



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Mötet mellan sjuksköterskor och barn i åldrarna 4-8 år med särskilt fokus på deras välbefinnande

En litteraturstudie

Författare: Matilda Gustavsson & Klara Wahlberg

Handledare: Stinne Glasdam

Kandidatuppsats

Hösten 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Mötet mellan sjuksköterskor och barn i åldrarna 4-8 år med särskilt fokus på deras välbefinnande

En litteraturstudie

Författare: Matilda Gustavsson & Klara Wahlberg

Handledare: Stinne Glasdam

Kandidatuppsats

Hösten 2014

## Abstrakt

Både barn och sjuksköterskor påverkas emotionellt i mötet under sjukhusvistelsen. Syftet med studien var att undersöka mötet mellan sjuksköterskor och barn i åldrarna 4-8 år under barnens sjukhusvistelse med fokus på deras ömsesidiga välbefinnande. Studien genomfördes som en litteraturöversikt. Analysprocessen resulterade i fyra huvudkategorier; Barn och sjuksköterskans syn på god omvårdnad, Hur barn kan känna trygghet på sjukhuset, Relation och kommunikation mellan sjuksköterska och barn samt Sjuksköterskans upplevelser av att vårda sjuka barn. Känslor som barnen upplevde var ensamhet och osäkerhet, men även nyfikenhet och glädje. Slutsatsen blev att sjukhus för barn både är en skrämmande och spännande plats. För sjuksköterskor kan det vara svårt att möta barnens reaktioner och frågor kring liv och död. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om vilka faktorer som kan påverka barnen i både positiv och negativ bemärkelse för att vården ska bli mer barnanpassad och barncentrerad.

## Nyckelord

Barn, sjuksköterska, sjukhusvistelse, välbefinnande, upplevelser, relationer

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Innehållsförteckning .....  | 1  |
| Introduktion .....  | 2  |
| Problemområde .....   | 2  |
| Teoretisk referensram.....  | 3  |
| Olika nivåer på välbefinnande.....                                  | 3  |
| Barns psykologiska utveckling i åldersgruppen 4-8.....              | 4  |
| Hur barn tolkar och tar till sig sjukhusrelaterad information ..... | 5  |
| Sjuksköterskors arbete med barn .....                               | 5  |
| Sjukhusmiljö .....  | 6  |
| Syfte .....   | 6  |
| Metod .....   | 7  |
| Urval.....  | 7  |
| Datainsamling.....  | 7  |
| Analys av data.....   | 8  |
| Forskningsetiska avvägningar .....                                  | 9  |
| Resultat.....   | 11 |
| Barn och sjuksköterskans syn på god omvårdnad .....                 | 11 |
| Barnets syn på god omvårdnad .....                                  | 11 |
| Sjuksköterskans syn på god omvårdnad.....                           | 12 |
| Hur barn kan känna trygghet på sjukhus .....                        | 13 |
| Hantera rädslor i en okänd miljö .....                              | 13 |
| Barns maktlöshet på sjukhuset .....                                 | 14 |
| Relation och kommunikation mellan barn och sjuksköterska .....      | 15 |
| Sjuksköterskans upplevelse av att vårda sjuka barn.....             | 16 |
| Diskussion.....   | 17 |
| Diskussion av vald metod .....                                      | 17 |
| Diskussion av framtaget resultat.....                               | 19 |
| Slutsats och kliniska implikationer .....                           | 22 |
| Författarnas arbetsfördelning.....                                  | 23 |
| Referenser .....  | 24 |
| Bilaga 1. Litteraturmatris.....                                     | 28 |

# Introduktion

## Problemområde

I Sverige vårdas varje år drygt 95 000 barn på sjukhus (Ygge, 2009). Barns upplevelser av sjukhusvistelsen är viktig information att beakta för sjukvårdspersonalen för att kunna utveckla och anpassa vården utifrån varje enskild individ. År 1989 bestämde Förenta Nationerna (FN) att varje barn har rätten till att bli hörd och respekterad (FN, 1989). Än idag upplever många barn att de inte blir lyssnade på, samt att miljön på sjukhusen inte är tillräckligt barnanpassad (Coyne & Kirwan, 2012). Ett stort problem är att barn ofta inte förstår vad som händer då informationen är bristfällig och terminologin inte anpassas utifrån barnets ålder och förståelse. Många barn upplever att vårdpersonalen inte pratar direkt till dem, utan vänder sig direkt till barnens föräldrar (Wollin, Plummer, Owen, Hawkins, Materazzo & Morrison, 2004). Under de senaste åren har flera studier påvisat att barnen fortfarande inte är tillräckligt involverade i besluten om deras vård (Jensen, Jackson, Kolbæk & Glasdam, 2012). I en studie från 2008 undersöktes barns upplevelser inför operationer och forskarna kom fram till att barnen framför allt upplevde att de tvingades in i oförutsägbara och stressfulla situationer (Wennström, Hallberg & Bergh, 2008).

Det är inte bara en utmaning för barn att vårdas på sjukhus. Sjuksköterskor kan också uppleva negativa känslor när barn visar tecken på oro och gör motstånd vid procedurer. Vanliga känslor som uppkommer vid vård av barn är stress, upprördhet, frustration och skuld (Lloyd, Law, Heard & Kroese, 2008). Mot bakgrund av utförd forskning undersöks därför mötet mellan sjuksköterskan och barnet under sjukhusvistelsen, med fokus på välbefinnande ur bådars perspektiv. Sjuksköterskan bör vara medveten om vilka aspekter som kan ha betydelse vid bemötandet av barn på sjukhus, men det är även viktigt att belysa hur sjuksköterskan själv påverkas i vården av barn. Föreliggande studie kommer fokusera på barn i åldrarna 4-8 år, då åldersgruppen var intressant för författarna.

## **Bakgrund**

Vården av barn kan delas in i två vårdgrupper, där ena är akutsjukvård, på grund av till exempel infektion eller trauma. Den andra gruppen gäller barn som är i behov av långvarig eller regelbunden sjukhusvård. Gruppen omfattar barn med kronisk sjukdom så som diabetes, epilepsi, cancer, reumatisk sjukdom eller svår astma (Ygge, 2009).

### *Teoretisk referensram*

För att kunna formulera och kartlägga en individs förutsättningar av att hantera påfrestande situationer utvecklade Antonovsky (2005) ett begrepp som kallas känsla av sammanhang (KASAM). KASAM består av tre centrala delar; hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet i förhållande till olika händelser i livet. Hanterbarhet handlar om hur en person har tillräckligt med resurser för att hantera situationer i vardagen. Med hög känsla av hanterbarhet anser sig personen inte bli till ett hjälplöst offer för omständigheterna utan har resurser till att bemöta och bearbeta. Resurserna kan antingen komma från individen själv eller från någon i närheten som kan hjälpa personen att kontrollera situationen. Begriplighet och kan enligt Antonovsky beskrivas i vilken utsträckning en person förnufts- och upplevelsemässigt kan begripa yttre och inre situationer på ett strukturerat och sammanhängande sätt. Situationerna kan komma som en överraskning och vara oönskade, men individer med hög känsla av begriplighet kan förstå att förklara och ordna upp för sig. Den tredje beståndsdel av KASAM är meningsfullhet, som Antonovsky menar är själva motivationskomponenten. Personer med stark KASAM konfronterar och försöker hitta mening i det som sker. För dessa individer har livet en känslomässig innebörd och det ska vara värdefullt att investera engagemang och energi i utmaningar som personen ställs inför. Enligt Antonovsky har individer med stark känsla av sammanhang större potential att hantera svåra och krävande situationer än de med svag känsla av sammanhang. KASAM formas och utvecklas från den tidiga barndomen. Det är framför allt personerna som tar hand om barnet som skapar utformningen av KASAM, men även mer diffusa figurer kan vara involverade (Antonovsky, 2005).

### *Olika nivåer på välbefinnande*

Enligt Nationalencyklopedin (NE, u.å.) definieras välbefinnande som en känsla av att må bra och ordet välbehag som en känsla av fysisk och psykisk tillfredsställelse. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, u.å.) definierades hälsa sedan år 1946 som ett tillstånd där individen uppnår ett fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och alltså inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning.

Enligt Folkhälsoguiden (2009) är livskvalité och hälsa mångtydiga termer som är svårdefinierade, men båda begreppen har en central roll i vad som kan kallas subjektivt välbefinnande. Välbefinnande kan även knytas samman med livstillfredsställelse som är en slags värdering som kan appliceras på situationen och tillvaron. Riktlinjer för välbefinnande kan vara tillfredsställelse med allt ifrån fysiskt, psykiskt, kognitivt samt socialt mående (ibid.). Hälsa ses som ett individuellt fenomen när upplevelseaspekten betonas. I boken *Omvårdnad i barnsjukvården* skriven av Tveiten (2000) skildras Benners och Wrubels omvårdnadsteori och hur de anser att välbefinnande är ett bättre begrepp att tillämpa framför hälsa, då välbefinnande tar bättre tillvara på upplevelseaspekten. Barns upplevelse av begreppen hälsa och välbefinnande och hur de inverkar kan vara svårt att definiera. Ordförrådet är begränsat och det är bättre som sjuksköterska att bedöma barnens välbefinnande utifrån deras funktion, beteende och humör (ibid.).

### *Barns psykologiska utveckling i åldersgruppen 4-8*

Barn i 4-8 års ålder genomgår många olika utvecklingsfaser som kan påverkas av omgivning, relationer, intryck och händelser (Tveiten, 2000). Bischofberger, Dahlquist, Edwinson Månsson, Tingberg och Ygge (2004) beskriver att hur ett barn reagerar vid sjukdom påverkas i stort utav vilken ålder barnet befinner sig i. Barnets syn på människokroppen och hälsa samt tankar om sjukdom påverkas av deras ålder och mognadsfas (ibid.). Kreuger (2000) belyser att barn vid cirka 5-års ålder börjar få en mer realistisk världsbild och de kan skilja på vad som är fantasi och verklighet. När barnen kommit upp i denna ålder börjar de bli allt mer medvetna om sin egen existens och funderar mer på frågor som handlar om liv och död (ibid.). Separation från föräldrar och att lämnas ensam med främmande människor orsakar rädsla och oro hos barn mellan 4 och 6 år (Salmela, Aronen & Salanterä, 2011). Rädslan för att dö existerar knappt före 5-årsåldern, eftersom barnen inte förstår innebörden av döden.

Under 6-årsåldern inser barnen att livet har ett slut och rädslan för att dö är oftast som mest intensiv vid denna ålder (Kreuger, 2000).

I åldrarna 4-8 år är barnen mycket intresserade av kroppen och dess funktion. Vid inläggning på sjukhus kan provtagningar, undersökningar och behandlingar få barnen att känna sig hotade. Behovet av att vara självständig är starkt, precis som behovet av att kunna uttrycka och bestämma över sig själv (Tveiten, 2000).

### *Hur barn tolkar och tar till sig sjukhusrelaterad information*

Barn upplever stor skillnad beroende på om personalen talar direkt till dem eller om personalen pratar över barnens huvud (Jensen, Jackson, Kolbäk & Glasdam, 2012). Enligt barnkonventionen har barnen rätt till att bli lyssnade till, bli respekterade samt att fritt få uttrycka sig i de frågor som rör barnen själva (Hammarberg, 2006). En viktig del i arbetet som sjuksköterska är att tillämpa barnkonventionens riktlinjer inom sin yrkesroll, då öppen och rak kommunikation mellan barn och sjuksköterska underlättar samspelet (Karlsson, Mörelius, Radeskog, Runeson & Rydberg, 2008). Vid 4-års ålder kan de flesta barn förstå verbal information, men det är under förutsättning att barnen får möjlighet till att koncentrera sig och att orden förmedlas inom deras förståelseramar (Tveiten, 2000).

Det finns tydliga skillnader i förståelse kopplat till barns ålder. Unga barn i åldrarna 4-6 år visar att de är medvetna om de grundläggande begreppen för hälsa och sjukdom (Valentine, Buchanan & Knibb, 2010). I 5-7-års ålder börjar barnen få ett mer abstrakt tankesätt som med tiden leder till en bättre förståelse av olika sammanhang. Barn börjar vid 8-års ålder tänka mer logiskt och kan ställa frågor relaterade till meningen av smärta, sjukdom och lidande (Tveiten, 2000). Något som däremot är viktigt att beakta är att barn har en tendens att använda sig av termer utan att förstå innebörden av orden, vilket i sin tur kan leda till missförstånd mellan barn och personal (Jensen et al., 2012).

### *Sjuksköterskors arbete med barn*

Karlsson et al. (2008) menar att för att optimera mötet med barn krävs det specifika färdigheter och kompetenser hos sjuksköterskan. En sjuksköterska som jobbar med barn ska

kunna möta barnen oavsett ålder, utvecklingsnivå, sjukdom, handikapp, bakgrund eller familjesituation. I samband med vård av barn ska sjuksköterskan kunna fatta beslut utifrån barnets bästa och anpassa medicintekniska moment, undersökningar och behandlingar efter det enskilda barnet. Att skapa en relation till barnet så att barnet kan känna förtroende och tillit gentemot sjuksköterskan är av stor vikt. En sjuksköterska ska ha kännedom om barnens rättigheter och jobba efter att förebygga ohälsa. Som sjuksköterska är det viktigt att arbeta för en god relation och samspel mellan barn och närstående (ibid.).

### *Sjukhusmiljö*

Av tradition är sjukhusmiljön klinisk och opersonlig, men under de senaste åren har utveckling skett då avdelningar har som mål att kombinera hygien och funktion med en mer hemlik och vardaglig miljö (Ygge, 2009). Lambert, Coad, Hicks och Glacken (2014b) anser att sjukhusmiljön har en direkt inverkan på barns välbefinnande. Vad som anses vara en barnvänlig miljö beror på vem frågan ställs till. Tidigare har utgångspunkten varit föräldrarnas antaganden och det finns fortfarande begränsad kunskap om vad som utgör en barnvänlig sjukhusmiljö utifrån ett barnperspektiv (ibid.).

Morgan (2010) förklarar hur antalet enkelrum på sjukhus har ökat de senaste åren. Fördelarna med enkelrum är att barn får avskildhet, föräldrarna kan övernatta, det finns tillgång egen toalett och barnen kan fritt få välja program på tv:n. Vinsterna med att dela rum med andra barn är att det alltid finns någon att prata med, möjligheten till att hitta nya vänner att leka med samt känslan av att inte behöva vara ensam (ibid.). Barn är snabba på att anpassa sig till omgivningen och väljer att göra liknande aktiviteter som de är vana vid att göra hemma (Jensen et al., 2012). Till en början kan sjukhuset upplevas som en hotande och otrygg plats där barnet är i behov av att kunna uttrycka sig, utforska sin omgivning och tillämpa leken som ett redskap för att hantera påfrestande och stressiga situationer (Edwinson Månsson, 2009).

### **Syfte**

Syftet med studien var att belysa mötet mellan sjuksköterskor och barn i åldrarna 4-8 år med särskilt fokus på deras ömsesidiga välbefinnande.



## Metod

En litteraturstudie med analyser av kvalitativa artiklar har gjorts för att besvara syftet. Fribergs (2012) analysmodell användes som grund för analysering av data. Metoden valdes utifrån att det har forskats kring det relevanta området och att det fanns tillräckligt med underlag (ibid.).

## Urval

För att urval skall kunna genomföras utifrån forskning som gjorts inom det aktuella ämnet krävs inklusions- och exklusionskriterier. Inklusioner är sådant som skall tas med och exklusionskriterier är punkter som inte är relevanta för det aktuella syftet (Friberg, 2012)

Inklusioner som var relevanta för studien var att artiklarna inte skulle vara publicerade tidigare än år 2009, vara genomförda i västvärlden, språk skrivna på engelska, samt att artiklarna skulle omfatta åldersramarna 4-8 år. En annan inklusionskriterie var att artiklarna förhåller sig till ett barn- eller sjuksköterskeperspektiv. Begrepp som exkluderades var föräldrars perspektiv och artiklar som inte har genomgått etisk prövning. För att underlätta urskiljningsprocessen uteslöts artiklar utan abstrakt. Eftersom syftet var att belysa upplevelser och beskrivningar var forskning med kvalitativ ansats en inklusion.

## Datainsamling

I studien användes databasen CINAHL som publicerar artiklar innehållande omvårdnadsforskning, varför databasen ansågs relevant av författarna. Sökningar genomfördes även i databasen PubMed som riktar sig mot forskning både inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2013). Utifrån söktermerna *child*, *children*, *hospitalization*, *coping*, *experiences*, *well-being*, *nurse*, *information* och *environment* skapades olika sökkombinationer med varandra. För att begränsa sökningarna användes boolesk sökteknik för att skapa ett samband mellan de utvalda sökorden. Operatorerna AND samt NOT användes mellan sökorden (Friberg, 2012). Genom att ta hjälp av sökhistoriken underlättades kombinationen av sökord. Friordssökning genomfördes i CINAHL och PubMed

genom olika kombinationer av orden. Sökningarna dokumenterades efterhand som de gjordes (Friberg, 2012). Sökningarna i CINAHL resulterade i sju artiklar. Sökningarna i PubMed gav endast träffar som redan återfunnits i CINAHL För resultat av sökningarna i CINAHL och PubMed hänvisas till Tabell 1 och Tabell 2 på sidan 10. För att identifiera ytterligare artiklar som berörde samma område studerades även referenslistorna i de valda artiklarna, så kallat kedjesökning (Friberg, 2012). Kedjesökningen resulterade i ytterligare tre artiklar.

När sökningen genomförts med de nämnda sökorden samt inklusionerna studerades titlarna. Därefter granskades abstrakt på de artiklar som ansågs väsentliga. De artiklarna som sågs relevanta lästes grundligt och granskades utifrån Fribergs (2012) frågor angående kvalitativa studier (ibid.). Författarna utgick ifrån ifall artiklarna svarade på samtliga av Fribergs granskningsfrågor, bedömdes kvalitén som hög. Artiklar som inkluderades var antingen av medel eller hög kvalitet. Efter att granskningsproceduren genomförts valdes tio artiklar ut till resultatet. Av de tio artiklarna var åtta av hög kvalitet. Två artiklar bedömdes vara av medelkvalitet, men valdes att ta med, då artiklarnas innehåll ansågs relevanta för författarnas syfte. En av artiklarna innehöll forskning om vikten av vårdteamets samarbete i samband med vård av barn. Den andra artikeln innehöll intressanta synpunkter om kommunikationsfärdigheter som barn anser är viktiga hos sjuksköterskor. De tio artiklarna som inkluderades i resultatet är markerade med \* i referenslistan. De artiklar som inte höll tillräckligt god kvalitet exkluderades.

## **Analys av data**

De tio artiklarna analyserades med utifrån från Fribergs (2012) analysmodell. Metoden går ut på att identifiera delar från flera helheter och därefter konstruera en helt ny helhetsbild. Analysen delades in olika steg. Artiklarna skrevs ut och lästes igenom ett flertal gånger. Det som ansågs mest framträdande till svar på studiens syfte markerades. För att skapa en översikt och helhetsbild av de olika artiklarna granskades de mest relevanta delarna i resultaten. För att skapa ett lättare arbetsredskap översattes därefter materialet till svenska. En schematisk översikt gjordes i pappersform för att ge en bättre översikt av materialet som skulle analyseras, se Bilaga 1. Därefter identifierades likheter och skillnader (ibid.) utifrån både barn- och sjuksköterskeperspektiv. Liknande meningsinnebörder ur de olika artiklarnas resultat grupperades. Diskussioner mellan författarna ledde till att nya grupperingar bildas

med nyidentifierade kategorier. Analysprocessen resulterade i fyra huvudkategorier med tillhörande subkategorier.

## **Forskningsetiska avvägningar**

En viktig aspekt var att de utvalda studierna utgick från ett etiskt förhållningssätt. En studie ska godkännas av en etisk granskningskommitté, alternativt att forskarna ska ha genomfört ett noggrant etiskt resonemang. Informanterna som deltar i undersökningarna måste skyddas och deltagandet ska vara frivilligt (Forsberg & Wengström, 2013). Forskarna ska ha tillgodosett de forskningsetiska principer som beskrivs i Helsingforsdeklarationen samt i FNs deklARATION om de mänskliga rättigheterna. Huvudsakligen gäller goda etiska standarder som till exempel omfattar autonomi, att göra gott, inte skada och behandlas med rättvisa (SSN, 2003).

Författarna till föreliggande studie beaktade att forskarna uppfyllde de etiska kraven genom att redovisa hur deltagandet var frivilligt och informanternas identiteter skyddades.

Författarna hade som mål att hantera materialet utan egna värderingar och fördomar samt undvika att egna tolkningar förekom under analysprocessen.

Tabell 1 Litteratursökning i CINAHL

|     | Sökord                          | Antal träffar | Granskade artiklar | Urval 1 | Urval 2 |
|-----|---------------------------------|---------------|--------------------|---------|---------|
| #1  | Child                           | 52876         |                    |         |         |
| #2  | Children                        | 21180         |                    |         |         |
| #3  | Nurse                           | 669           |                    |         |         |
| #4  | Well-being                      | 609           |                    |         |         |
| #5  | Hospitalization                 | 714           |                    |         |         |
| #6  | Environment                     | 1769          |                    |         |         |
| #7  | Coping                          | 541           |                    |         |         |
| #8  | Experiences                     | 1229          |                    |         |         |
| #9  | Information                     | 1777          |                    |         |         |
| #10 | #2 AND #4 AND #9                | 45            |                    |         |         |
| #11 | #2 AND #4 AND #9 NOT parents    | 22            | 3                  | 0       |         |
| #12 | #2 AND #5 AND #7                | 13            | 2                  | 1       | 1       |
| #13 | #1 AND #3 AND #8                | 54            | 9                  | 7       | 4       |
| #14 | #2 AND #4 AND #6 AND experience | 7             | 2                  | 2       | 2       |

Tabell 2 Litteratursökning i PubMed

|    | Sökord                         | Antal träffar | Granskade artiklar | Urval 1 | Urval 2 |
|----|--------------------------------|---------------|--------------------|---------|---------|
| #1 | Child                          | 253702        |                    |         |         |
| #2 | Nurse                          | 3536          |                    |         |         |
| #3 | Well-being                     | 102737        |                    |         |         |
| #4 | Hospitalization                | 8341          |                    |         |         |
| #5 | Experiences                    | 3820          |                    |         |         |
| #6 | #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 | 12            | 5                  | 3       | 2       |

## Resultat

Analysprocessen resulterade i fyra huvudkategorier; Barn och sjuksköterskans syn på god omvårdnad, Hur barn kan känna trygghet på sjukhus, Relation och kommunikation mellan barn och sjuksköterska samt Sjuksköterskans upplevelser av att vårda sjuka barn.

### Barn och sjuksköterskans syn på god omvårdnad

Kategorin presenteras genom följande två subkategorier: Barnets syn på god omvårdnad och Sjuksköterskans syn på god omvårdnad.

#### *Barnets syn på god omvårdnad*

Salmela, Salanterä, Ruotsalainen och Aronen (2010b) intervjuade 82 barn i åldrarna 4-6 år bosatta i Finland. Fletcher, Glesper, Prudhoe, Battrick, Coles, Weaver och Ireland (2011) intervjuade 61 barn, från förskoleåldern och uppåt, på två olika sjukhus i Storbritannien. Båda studierna visade att hjälp och god omvårdnad från sjukvårdspersonal var högt värderat hos

barnen (Salmela et. al., 2010b; Fletcher et. al., 2011). I Finland intervjuade Salmela, Salanterä och Aronen (2010a) 89 barn mellan åldrarna 4 och 6 år. Barnen i studien kände sig trygga när vuxna visade omsorg genom att till exempel lindra smärta och symtom. Behandlingar som visade gott resultat och när personalen visade omsorg uppskattades, likväl som när barnen kände sig uppmärksammade (ibid.). På en brittisk barnavdelning intervjuades 22 barn av Brady (2009). En bra sjuksköterska skulle enligt barnen vara organiserad och kunna utföra medicintekniska moment utan att det gjorde onödigt ont som till exempel vid blodprovstagning och att kunna ge intravenösa mediciner långsamt. En dålig sjuksköterska gav läkemedlet alldeles för fort så att det gjorde ont (ibid.).

Både Brady (2009) och Salmela et al. (2010b) presenterade i sina studier att det uppskattades från barnens sida när sjuksköterskan var ärlig och berättade att en procedur kunde göra lite ont, istället för att ljuga och förneka att det inte kändes. En bra sjuksköterska gav även beröm efteråt. Barnen uppskattade humor och belyste hur viktigt det var att en sjuksköterska kunde skämta, ha kul och skratta tillsammans med barnen (Brady, 2009; Salmela et al., 2010a). Barnen uppmärksammade sjuksköterskans professionella uppträdande, då barnen lätt kopplade samman sjuksköterskans utseende med hur kompetent han eller hon var (Brady, 2009). Fletcher et al. (2011) och Salmela et al. (2010b) poängterade andra egenskaper hos sjuksköterskan som uppskattades hos barnen. Bra egenskaper var när sjuksköterskan var skicklig på att ta vitala parametrar, hålla barnen säkra och smärtfria samt försåg dem med passade mat och näring. Barnen tyckte om när sjuksköterskan höll dem sysselsatta genom lek, läsa historier och berätta skämt, både under medicinska behandlingar, men även på fritiden (ibid.).

### *Sjuksköterskans syn på god omvårdnad*

Ljusegren, Johansson, Gimble Berglund och Enskär (2012) intervjuade 21 legitimerade sjuksköterskor som under det senaste året arbetat på en barnavdelning i Sverige. Vid sjuksköterskornas omvårdnad av barn var smärtlindring och att vara observanta på förändringar det mest angelägna. Enligt sjuksköterskorna var det extra viktigt att lyssna och iaktta barn som var tystlåtna, då det inte alltid var lätt att skilja på smärta och rädsla. Att ha kunskap om smärtans natur och hur den yttrade sig hos barnen var viktigt för sjuksköterskorna, samt att de visade respekt och bekräftade barnens känslor (ibid.). För

många sjuksköterskor var deras förmåga att kunna lindra barnens lidande av stor betydelse. Hilliard och O'Neill (2010) presenterade i sin studie om vård av brännskadade barn att sjuksköterskorna som deltog kände sig extra hjälplösa i de stunder då barnen grät av smärta och rädsla och personalen stod utan alternativ (ibid.). Att inte kunna hjälpa barn så som önskat bidrog till stor ångest och börda hos sjuksköterskorna. Det var viktigt att ge smärtlindring i god tid inför en smärtsam procedur, då det kunde minska den ångest som uppstod hos sjuksköterskorna (Hilliard & O'Neill, 2010; Ljusegren et al., 2012).

Birkeland, Hägglöf, Dahlgren och Rydberg (2013) intervjuade vårdpersonal på en hjärtavdelning för barn i Sverige. Det framkom hur viktigt det var med samarbete mellan de olika professionerna för att kunna bemöta barn med komplexa ohälsotillstånd på ett tryggt och säkert sätt. Det var nödvändigt att alla i teamet tog sitt ansvar, både för att ge barnet och familjen den medicinska och psykiska vård som de var i behov av (ibid.).

## **Hur barn kan känna trygghet på sjukhus**

Kategorin presenteras genom följande två subkategorier: Hantera rädslor i en okänd miljö och En barnanpassad sjukhusmiljö.

### *Hantera rädslor i en okänd miljö*

Ensamhet var en återkommande känsla för barn som låg på sjukhus (Wilson, Megal, Enenbach & Carlson, 2010; Livesley & Long, 2012; Lambert, Coad, Hicks & Glacken, 2014a). Wilson et al. (2010) intervjuade 93 amerikanska barn mellan åldrarna 5-9 år. Flera av barnen var osäkra på vad som skulle hända och förutsatte ibland att otäcka saker kunde inträffa som ofta baserades på tidigare erfarenheter (ibid.). De viktigaste faktorerna för att barnen skulle känna trygghet på sjukhus var närvaron av föräldrar, känslor av närhet och ömhet (Salmela et al., 2010a) samt tillgången till sina leksaker eller gosedjur (Salmela et al., 2010b).

Som sjuksköterska var det enligt Salmela et al. (2010a) viktigt att vara medveten om hur barn kan skydda sig mot faror, så kallade copingstrategier. I studien identifierades fyra teman: förnekelse, att distraheras, förbereda sig själv inför situationen och att rymma (ibid.). Barn

skyddar sig genom att vägra titta, inte tänka på objektet eller rikta uppmärksamheten någon annanstans. Samma sak gäller när barnen försöker fly situationen genom att göra motstånd, gömma sig eller låtsas sova (Salmela et al., 2010a; Salmela et al., 2010b). När barnen ställdes inför otäcka situationer menade både Salmela et al. (2010b) och Wilson et al. (2010) att barnen sökte skydd hos föräldrarna så väl som sjuksköterskorna. Helst ville barnen ha skydd från föräldrarna, men sjuksköterskorna medförde oftast tillräckligt med säkerhet hos barnen (Salmela et al., 2010b; Wilson et al., 2010).

Både Salmela et al. (2010a) och Wilson et al. (2010) identifierade att leken var något som flest barn upplevde som bästa sättet för att känna välbefinnande under sjukhusvistelsen. Barnen uppskattade möjligheten till fri lek med andra barn, pyssla och spela spel, och de fann glädje i att få lära sig nya saker (ibid.). Salmela et al. (2010b) menade att efter föräldrarnas närvaro och personalens hjälp var leken den faktor som hjälpte barnen bäst att hantera rädslor.

### *Barns maktlöshet på sjukhuset*

Lambert et al. (2014a) intervjuade 55 barn i åldrarna 5-8 år på ett irländskt sjukhus. Barnen i studien ville att lekrummen alltid skulle vara tillgängliga och fungera som ett delat utrymme (ibid.). Livesley och Long (2012) upptäckte att det hände att barnen endast fick tillgång till lekrummen i sällskap av en vuxen, vilket gjorde att vissa barn sällan fick möjligheten att gå dit (ibid.). Lambert et al. (2014a) identifierade problemet som uppstod hos de barn som var bundna till sängen, isolerade eller hade oförmågan till att vistas i de gemensamma lekrummen. De drabbade barnen önskade att deras sängar var omringade av leksaker, precis som att de vore i ett lekrum (ibid.).

Livesley och Long (2012) intervjuade sammanlagt 15 barn i Storbritannien. Många barn märkte av när sjuksköterskorna var stressade. Barnen var frustrerade över den makt och kontroll som sjuksköterskan hade över det som barnen ansåg vara det viktigaste på avdelningen, det vill säga belysning, tv, datorer, tillgången till lekrum och maten. Sjuksköterskornas stress gick ibland ut över barnen, och ett barn i den brittiska studien berättade om hur en sjuksköterska bara gick fram och stängde av tv:n för att hon sa att hon hade fått nog av den (ibid.).



## Relation och kommunikation mellan barn och sjuksköterska

Både Hilliard och O'Neill (2010) samt Fletcher et al. (2011) påpekade hur viktigt det var att bygga upp en trygg relation där sjuksköterskan och barnet kunde lita på varandra. Vinna barnets förtroende, samt tillit var nödvändigt för att barnet skulle våga ställa frågor och känna sig bekvämt i sjuksköterskans närvaro (Hilliard & O'Neill, 2010).

Ett problem som kunde uppstå i relationen mellan sjuksköterskorna och barnen var att de levde i olika världar och eftersträvade olika mål. Barnens huvudmål i en brittisk studie var att få bli som andra barn. Sjuksköterskornas viktigaste mål var däremot att få deras jobb gjort (Livesley & Long, 2012). Sjuksköterskorna i Livesleys och Longs (2012) studie menade att de såg barnen som patienter snarare än individer. Sjuksköterskorna kunde få dåligt samvete när de ignorerade barnens rop på hjälp, på grund av att de var mitt uppe i någon annan arbetsuppgift (ibid.). Dåligt samvete kunde förekomma vid situationer när sjuksköterskorna bröt förtroendet gentemot barnet när de utförde en smärtsam procedur (Hilliard & O'Neill, 2010).

Enligt Brady (2009) uppskattade barnen när sjuksköterskorna använder sig av ömhetstermer när de tilltalade barnen, så som "sötnos", "hjärtat" eller "vännen", då det fick barnen att känna sig speciella. Sjuksköterskorna skulle vara tillgängliga, stöttande och lugnande enligt barnen i Fletcher et al.s (2011) studie. Barn är känsliga för i vilket tonläge sjuksköterskan talar i, samt vilket kroppsspråk som används. En bra sjuksköterska bör inte skrika, utan använda en trevlig, lugn, uppmuntrande och glad röst (Brady, 2009; Fletcher et al., 2011). Genom att förklara vad som händer och kommunicera på ett språk som är anpassat efter barnens ålder skapas ett lugn samt ökar barnens förståelse över situationen (Fletcher et al., 2011; Salmela et al., 2010a).

Fråga om hjälp var enligt Salmela et al. (2010b) en viktig del i hur barn hanterade rädslor under sjukhusvistelsen. Barnen behövde uttrycka sina rädslor framför vuxna i hopp om att få hjälp och sjuksköterskorna måste därför uppmärksamma barnens individuella behov (Fletcher et al., 2011; Salmela et al., 2010b). Om barnen aktivt fick delta i sin vård ansåg Salmela et al. (2010a) att det hjälpte barnen att hantera sina rädslor bättre. Sjuksköterskan måste enligt studien låta barnen själva få komma till tals och få framföra sina önskningar och åsikter, eller helt enkelt få vara med och fatta beslut omkring sin vård (ibid.).

## **Sjuksköterskans upplevelse av att vårda sjuka barn**

Vård av sjuka barn kunde ha en stor påverkan på sjuksköterskans känslor (Hilliard & O'Neill, 2010) och var en emotionell utmaning som krävde goda kunskaper i kommunikation och observationer för att rätt beslut skulle kunna fattas (Ljusegren et al., 2012). Det var en smärtsam upplevelse för många sjuksköterskor att se barnen lida. Många gånger skapades det en känsla av maktlöshet och frustration (Ljusegren et al., 2012). Enligt Hilliard och O'Neill (2010) kunde många sjuksköterskor fortfarande efter flera års arbete ha kvarstående minnen från specifika händelser. När sjuksköterskorna inte kunde framkalla det välbefinnande som barnen var i behov av kände de sig hjälplösa och skyldiga. Ett sätt att undkomma känslan av skuld kunde vara att uppmuntra barnet till att assistera vid deras egen omläggning. Samarbetet skapade en tillfredsställelse hos sjuksköterskan och kompenserade för känslan av att plåga barnet vid omläggningen (ibid.).

Ljusegren et al. (2012) presenterade att sjuksköterskorna var bättre på att hantera och bemöta förutsägbara situationer, som när barnen visade en tydlig sjukdomsbild med fysisk smärta och läget var under kontroll. Om situationen däremot var oförutsägbar upplevde sjuksköterskorna att de tappade kontrollen. Sjuksköterskorna kände sig oroliga, uppgivna och skyddade sig själva genom att misstro barnet (ibid.). Vetskapen om att deras omvårdnad hjälpte barnet att tillfriskna, både fysiskt och psykiskt, skapade en tillfredsställelse och tog bort den emotionella smärta som kunde uppstå i rollen som sjuksköterska (Hilliard & O'Neill, 2010).

Sjuksköterskorna upplevde ibland att de inte kunde hantera barns reaktioner och var ofta rädda för att möta barnens oro över döden. Sjuksköterskorna visste inte hur de skulle hantera eller stötta barnen och vågade ibland inte fråga hur barnen mådde eller kände för att de fruktade svaren. Ibland såg sjuksköterskan att ett barn mådde psykiskt dåligt, men hade inte mod att våga göra någonting åt det, vilket kunde leda till att sjuksköterskans rädsla blev ett hinder i relationen till barnet (Ljusegren et al., 2012). Hilliard och O'Neill (2010) beskrev i sin studie att det inte alltid var lätt för sjuksköterskorna att bemöta barnen. Ibland behövde sjuksköterskorna dölja sina känslor och hålla masken för att inte göra barnen upprörda eller oroliga. Sjuksköterskorna stängde av sina känslor eller byggde upp en barriär när barnen var ledsna och grät, för att kunna fortsätta att fullfölja sitt jobb på ett professionellt sätt. Barriären skapades dock inte i syfte att stänga ute barnet, utan snarare för att dölja sjuksköterskans sanna känslor (ibid.). Svårigheten med att vårda ett svårt sjukt barn var att skapa ett större

behov av samverkan inom sjukvårdsteamet (Birkeland et al., 2013) Stöd och support mellan kollegor värderades högt, och vid emotionellt krävande arbetsuppgifter hjälps teamen åt. Exempel på detta kunde vara att dela på arbetsuppgifterna, rotera ansvaret för patienterna och samtala med varandra (Hilliard & O'Neill, 2010).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Studien utfördes som en litteraturstudie. Valet av metod grundades delvis i att det fanns relevant forskning inom området men också för att skapa en överblick över kunskapsområdet. Till studien tillämpades endast kvalitativ forskning då studiens syfte var att skapa en tydlig bild av välbefinnandet hos barn och sjuksköterskor på sjukhus. Friberg (2012) menar att analyser av kvalitativ forskning leder till en fördjupad förståelse av fenomenet och den valda undersökningsgruppens upplevelser och förväntningar.

För att skapa en överblick över kunskapsområdet för studiens syfte valdes sökord utifrån vad som kunde kopplas samman med problemområdet. Sökorden kombinerades i fritext för att utöka antalet träffar i databasen CINAHL. Fritextsökning kan i efterhand kritiskt reflekteras av författarna, då det gav en del irrelevanta träffar och sökresultaten behövdes granskas extra noggrant. Ett alternativ hade varit att använda CINAHL Headings för att specificera och smalna av sökningen (Hørmann, 2011). Författarna använde sig utav avgränsningar under databassökningen för att ytterligare skräddarsy sökningen och på så vis sortera bort dokument som inte ansågs tillhöra intresseområdet (Friberg, 2012). Ett västerländskt perspektiv för studien valdes, då dessa länders barnsjukvård inte skiljer sig avsevärt åt. I det slutgiltiga urvalet användes artiklar som publicerats i länderna Sverige, Finland, Storbritannien, Irland och USA. Valet att anta ett västerländskts perspektiv kan ifrågasättas, då författarna själva förutsatte att andra områden i världen har annan kultur, värderingar och människosyn som har inverkan på vården av barn. Avgränsningen kan även hindra möjligheten att inspireras och ta lärdom från andra kulturer runt om i världen.

Det finns alltid en risk att förförståelse påverkar författarna och har ett inflytande i valet av fokusområden. Förförståelse är den kunskap som författarna redan besitter inom det aktuella kunskapsområdet (Forsberg & Wengström, 2013). Tankar, förståelse, synsätt och handlingar kan ha influerat valet av de tio artiklarna som i slutändan användes i resultatet. Sökning och urval är en aktiv handling, där författarna själva valde ut vilka artiklar vars resultat ansågs beröra studiens syfte. En helt objektiv sökning anses dock vara svår att genomföra då vissa subjektiva aspekter spelar in. I den genomförda studien var författarna medvetna om att till exempel barn har ett annat sätt att kommunicera på och att sjukhusmiljön kan ha en inverkan på barnen. Författarna valde att ha ett öppet och brett synsätt vid informationssökningen, där fokus på både barns och sjuksköterskors perspektiv värderades. För författarna var det viktigt att inkludera synvinklar som omfattade både positiva och negativa aspekter och artiklar som motbevisade varandra i studiernas resultat. Exempel på artiklar som motbevisa varandra var hur synen på ärlighet skiljde sig mellan barn och sjuksköterskor. Under hela analysprocessen har författarna varit medvetna om riskerna för personlig påverkan och därför har studiens syfte legat som stöd och utgångspunkt under hela processen. Genom att kontinuerligt blicka tillbaka på syftet bevarades fokus på vad som var relevant för studiens resultat istället för att låta andra upptäckter som författarna ansåg intresseväckande bli framträdande. Data baserade på föräldrarnas medverkan i barnens vård var ett exempel som fångade författarnas intresse, men valdes att exkluderas, då syftet med studien var att fokusera på barn och sjuksköterskor.

Valet av vilka artiklar som exkluderas berodde till exempel på att barnen i studierna inte omfattade de åldersramar som ingick i studiens syfte, 4-8 år. Forskning gjord på bredare åldersgrupper än vad syftet baserades på användes. I några studier redovisades ett resultat som baserades på åldersgrupper med ett större spann än vad författarna i denna studie var ute efter. Avvikelsen var oundviklig och kan ses som en svaghet i studien, även om författarna endast la fokus på den del i resultatet där svarspersonerna redovisades inom syftets åldersramar. Balansen mellan barn- och sjuksköterskeperspektivet har under studiens gång varit en utmaning för författarna. Att ge båda fokusgrupperna lika mycket utrymme var utmanande, där barnens perspektiv fick mer utrymme i det färdiga resultatet. Enligt författarna var det viktigt att sjuksköterskans perspektiv också belystes för att skapa en förståelse av hur sjuksköterskorna upplever vården av barn.

För att granska artiklarna valde författarna att använda sig av Fribergs granskningsfrågor, istället för ett granskningsprotokoll. Valet av granskningsmetod ledde till att författarna

svarade mer utförligt på frågor och fick samtidigt en bra sammanfattning av artiklarnas innehåll. Fördelen med ett granskningsprotokoll är att en procentsats kan räknas ut på kvalitetuppfyllelsen, som därefter kan redovisas. Genom att kunna redovisa en procentsats på kvalitén i artiklarna hade trovärdigheten av resultatet kunnat styrkas ytterligare. Samtidigt framhåller författarna att svaren inte hade analyserats i samma utsträckning om granskningen endast utgått från ja- och nej-frågor.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Efter analysering och sammanställning av resultatet från studien identifierade författarna fyra huvudfynd. I studien framkom (1) hur barn har tydliga föreställningar om hur en bra sjuksköterska ska vara, både gällande beteende och utseende, (2) hur sjuksköterskor ibland valde att dölja sanningen för att skydda barnen och använde vita lögner inom vården och hur det påverkar barnens förtroende till sjuksköterskan, (3) att sjuksköterskorna hade svårt att möta barnens frågor kring det känsliga ämnet liv och död och hur vuxna försöker skydda barnen, (4) hur sjuksköterskans emotionella påverkan av att vårda sjuka barn gestaltade sig.

Barn jämför sjuksköterskor med varandra och drar slutsatser om hur kompetens och utseende går hand i hand (Brady, 2009). Coyne (2006) skriver om hur barn påverkas och skapar sig uppfattningar om hur saker på sjukhuset ska vara och gå till utifrån vad de ser på tv, läser i böcker eller till exempel hör på skolan (ibid.). Om barn anser att en sjuksköterska är bra eller dålig kan alltså baseras på vad barnen sett på tv, böcker eller hört från vänner eller föräldrarna. Problem uppstår när barnens fördomar påverkar mötet och samarbetet tillsammans med vårdpersonalen. Brady (2009) upptäckte att barn till och med kunde bli misstänksamma gentemot personalen när de inte såg ut som barnen förväntat sig. Om sjuksköterskans utseende inte framstod på ett sådant sätt som barnen ansåg att en sjuksköterska "borde göra", kunde barnen till och med tänka att sjuksköterskan inte jobbade på sjukhuset utan kom dit med onda avsikter (ibid.). Barns fördomar och metoder till att döma kan enligt författarna tänkas bli till ett hinder i relationen med sjuksköterskan. Frågan författarna ställer sig är varför det uppkommer och hur det kan undvikas. Krantz (n.d.) skriver att hur vi uppfattar och tolkar saker förändras och utvecklas under livet, precis som resten av kroppen. Vid födseln är människans sinnen inte helt utvecklade, vilket ger individen en ofullständig bild av världen. Förmågan att uppfatta och bearbeta ansikten och ansiktsuttryck

kan däremot följas så tidigt som hos bebisar. Forskning visar att nyfödda barn känner igen vissa karaktäristiska drag på hur ett ansikte ska se ut. Hur vi sedan som vuxna till exempel hanterar ansikten är ganska komplext, men vi har vissa förväntningar om hur någonting ska se ut eller vara (ibid.). På grund av att människan redan som nyfödd känner igen karaktäristiska drag hos andra individer menar författarna att det är svårt att påverka barnens metoder att värdera och döma vårdpersonal.

Som sjuksköterska är det lätt att bagatellisera behandlingar och procedurer i hopp om att hjälpa och inte skrämna barnen. Resultatet visade att barn snarare känner sig lurade när sjuksköterskan säger att det inte kommer göra ont. Barnen föredrog när sjuksköterskan var ärlig och informerade om att det eventuellt kunde kännas, samt gav beröm till barnen efteråt (Brady, 2009). I en studie av Tuckett (1998) var sjuksköterskorna enhälliga om att lögner eller förvrängda sanningar var okej att tillämpa när syftet var att främja eller förbättra patientens välbefinnande. Vita lögner används till fördel för patienten i mån om att minimera skada (ibid.). Inställningen motsäger de etiska regler som sjuksköterskan bör förhålla sig till. Svensk sjuksköterskeförening poängterar betydelsen av att respektera patientens autonomi och självbestämmande, på samma sätt som att sjuksköterskan ska företräda patientens intresse (SSF, 2009). Om patienten märker av att sjuksköterskan medvetet ljuger kan tilliten i relationen mellan dem båda sättas på prov och författarna menar att den etiska koden inte efterföljs. Bischofberger et al. (2004) poängterar hur viktigt det är med ärlighet. Sjuksköterskan måste berätta för barnet vad som ska göras samt vad som händer under momentet. Ärligheten bidrar till att barnets förtroende bevaras gentemot sjuksköterskan, vilket förbättrar samarbetet under framtida behandlingar (ibid.).

Författarna reagerar på hur barnets och sjuksköterskans syn skiljer sig åt. I många fall tvekar inte sjuksköterskor att ta till vita lögner under procedurer, vilket kommer i konflikt med att barnen söker efter ärlighet. Sjuksköterskans antagande att barn har svårt att hantera smärta kan bidra till att han eller hon väljer att undanhålla sanningen. En rimlig tolkning är att samarbetet bli lättare om barnet håller sig lugnt, snarare än om barnet är rädd och oroligt. Vinsten av att behandla ett lugnt och tryggt barn kan hela tiden vägas mot lögnen och risken att barnet tappar förtroendet för sjuksköterskan. De etiska aspekterna blir därför en synpunkt att beakta. Johansson (2007) menar att det kan bli lönsamt att undanhålla sanningen, men med tiden kan det bli mer och mer energikrävande att upprätthålla den förvrängda illusionen på ett trovärdigt sätt (ibid.). Proczkowska-Björklund, Runeson, Gustafsson och Svedin (2008)

beskriver att när sjuksköterskan ger barnet en mer grundläggande kunskap angående ämnet eller situationen har barnet lättare till att ta steget i att själv vilja delta i vården (ibid.). Antonovsky (2005) belyser vikten av att som människa känna till att motgångar är hanterbara utifrån egna resurser (ibid.), som kan kopplas till den kunskap och information sjuksköterskan delger barnen. För att må bra är det viktigt med en struktur och en regelbundenhet i livet, samt en känsla av att det som människan gör och upplever har en mening (Antonovsky, 2005). Författarna instämmer med synpunkten att barn till större utsträckning bör involveras i vården för att hjälpa dem att minska deras rädslor och ångest som kan uppstå vid ovisshet och brist på information. Barnens deltagande skulle kunna leda till att sjuksköterskan inte behöver känna den rädsla eller oro som kan uppstå vid stunder då sjuksköterskan inte talar sanning. Barn som är delaktiga får antas vara mer medvetna om sin egen situation. En rimlig tolkning är att genom att göra barn mer delaktiga kan det antas gynna relationen och höja välbefinnandet hos både barnet och sjuksköterskan. För ökat självstämmande hos patienten är en förutsättning att sjuksköterskan ger den information som behövs för att patienten ska kunna ta välgrundade beslut och uppge samtycke (SSF, 2009).

I resultatet konstaterades att sjuksköterskor blir starkt påverkade av att vårda sjuka barn. Ibland behöver sjuksköterskorna hålla masken och dölja sina sanna känslor för att skydda barnen. I studien framkom det att sjuksköterskor känner att det är svårt att möta barns reaktioner och frågor kring liv och död (Ljusegren et al., 2012). Det finns barnböcker som tar upp ämnet döden i sin handling. Barnböcker kan bli till ett redskap och hjälpa vuxna till att våga prata och diskutera döden tillsammans med barn. (Gutiérrez, Miller, Rosengren & Schein, 2014). Precis som i studiens resultat framkom det att sjuksköterskorna gärna undvek att prata om döden med barnen. Gutiérrez et al. (2014) menar på att barns frågor kring döden har beskrivits som en viktig mekanism i barnens kognitiva utveckling. Barn kan se döden i olika dimensioner, både som känslolösa och bokstavliga. Frågorna som barnen väljer att ställa är rika på information och visar på hur barnen kan hantera ämnet döden (ibid.).

Antonovsky (2005) beskriver begriplighet, som bland annat omfattar i vilken utsträckning en person kan begripa yttre och inre situationer på ett strukturerat och sammanhängande sätt (ibid.). Författarna tolkar att begripligheten kan utvecklas hos både sjuksköterskan och barnen vid samtal angående döden. För sjuksköterskan kan det vara en fördel att få kännedom om vilken nivå barnen ligger på och vilken kunskap och relation barnen har angående liv och död. Inblicken kan ses som en vägledning i hur mycket sjuksköterskan kan berätta och dela med

sig till barnen. Föräldrarna i Gutiérrez et al.s (2014) studie berättade att de inte alltid såg hela sanningen för deras barn, utan föräldrarna valde aktivt att inte läsa vissa ord ur boken där situationer om döden var framträdande. När frågor kring döden dök upp var det viktigt för föräldrarna att försäkra barnen om att de kommer leva ett långt liv och att de vuxna kommer att försvinna före barnen (ibid.). Barn kan lära sig att se människor som viktiga objekt och räknar med att de personer som försvinner dyker upp igen (Antonovsky, 2005). En rimlig tolkning kan vara att det blir en större utmaning när döden ligger mer tätt inpå. Som sjuksköterska kan det vara svårt att avgöra hur mycket han eller hon kan dela med sig av verkligheten.

Studiens resultat visade på att många sjuksköterskor upplever känslor av hopplöshet, förtvivlan och skuld när omvårdnaden eller mötet med barnen inte går som planerat. Det finns enligt Hilliard och O'Neill (2010) sjuksköterskor som efter flera års arbete fortfarande har kvarstående minnen från tidigare situationer. Sjuksköterskorna har i efterhand upplevt situationerna som känslomässigt krävande, speciellt när barnen gråter av smärta och rädsla och personalen står utan alternativ (ibid.). Meningsfullhet tolkar författarna in i situationer när allt känns hopplöst för sjuksköterskan och att det i dessa stunder är viktigt att ständigt påminna sig om att arbetet och det han eller hon gör har en mening. Det ska vara värdefullt och givande att engagera sig i uppgiften. Antonovsky (2005) menar att meningsfullhet i arbetet kan utvecklas hos den enskilda individen när möjligheten finns att bestämma över dennes uppgifter, arbetsordning och takt. Inflytande i arbetet bidrar till att personen väljer att investera energi i arbetet (ibid.). Ågren-Bolmsjö (2005) skriver om hur känslan av att göra skillnad, göra gott, och att det i slutändan kommer gynna patienten är viktigt att ha med sig under hela omvårdningsprocessen (ibid.). Sjuksköterskor som arbetar efter den filosofin kan lättare känna välbefinnande, även i stunder som upplevs svåra. Författarna är medvetna om att det förekommer etiska dilemman då strävan att göra gott för andra, som ICN:s etiska kod (2014) förespråkar, ibland inte kan uppnås på ett optimalt sätt.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Vårdrelationen och mötet mellan sjuksköterskan och barnet på sjukhus är för många en emotionell upplevelse. När det kom till god omvårdnad var det viktigt att sjuksköterskan bland annat visade omsorg och lindrade barnens lidande. Sjuksköterskor har svårt att möta



barnens reaktioner och frågor kring liv och död, och i dessa stunder kan det hjälpa sjuksköterskan att känna stöd från kollegorna inom vårdteamet. En sjukhusvistelse kan innebära stress, oro, rädsla och obehag för barn. Som sjuksköterska belyses vikten av att vara medveten om vilka faktorer som kan påverka barn i både positiv och negativ bemärkelse. Ökad kunskap om barns känslor gentemot sjukvården kan leda till en mer barnanpassad och barncentrerad vård, där målet är att barnet ska känna sig tryggt, respekterat och känna välbefinnande. Sjuksköterskan kan dra nytta av ny kunskap inom sin yrkesprofession och som berör bemötandet av barn. Med grund i resultatet som visar att trygghet är en central faktor i relationen mellan sjuksköterskan och barnen efterfrågas ytterligare forskning kring till exempel hur sjuksköterskan kan närma sig barnen och öppna upp för samtal kring döden.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Arbetsfördelningen och författarnas ansvar har varit jämn genom hela arbetsprocessen. Artikelsökningen genomfördes individuellt och därefter fördelades artiklarna mellan författarna för genomläsning. Granskning av de valda artiklarna gjordes tillsammans och sedan valdes artiklar gemensamt ut till resultatdelen. Analysarbetet, den skriftliga sammanställningen och utformningen av arbetet genomfördes tillsammans med lika stort ansvar och arbetsfördelning.

## Referenser

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

\*Birkeland, A., Hägglöf, B., Dahlgren, L. & Rydberg, A. (2013). Interprofessional teamwork in Swedish pediatric cardiology: A national exploratory study. *Journal Of Interprofessional Care*, 27(4), 320-325.

Bischofberger, E., Dahlquist, G., Edwinston Månsson, M., Tingberg, B. & Ygge, B.-M. (2004). *Barnet i vården*. (1. uppl.). Stockholm: Liber.

\*Brady, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethics*, 16(5), 543-560.

Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326-336.

Coyne, I. & Kirwan, L. (2012) Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of Child Health Care*, 16(3), 293-304.

Edwinston Månsson, M. (2009). Barn på sjukhus. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrik omvårdnad*. (s. 107-110) Stockholm: Liber.

\*Fletcher, T., Glasper, A., Prudhoe, G., Battrick, C., Coles, L., Weaver, K. & Ireland, L. (2011). Building the future: children's views on nurses and hospital care. *British Journal Of Nursing*, 20(1), 39-45.

Folkhälsoguiden (2009). *Psykisk hälsa: En litteratursammanställning av välbefinnandeforskning*. Hämtad 15 april, 2014, från <http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Psykisk%20Hälsa/Psykisk%20hälsa-%20en%20litteraturgenomgång%20av%20välbefinnandeforskning.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. (3. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (red.) (2012). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Gutiérrez, I. T., Miller, P. J., Rosengren, K. S. & Schein, S. S. (2014). III. AFFECTIVE DIMENSIONS OF DEATH: CHILDREN'S BOOKS, QUESTIONS, AND UNDERSTANDINGS. *Monographs Of The Society For Research In Child Development*, 79(1), 43-61.

Förenta Nationerna. (1989). FN:s barnkonvention om barns rättigheter. Hämtad 14 april 2014, från UNICEF <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten>

Hammarberg, T. (2006). *Mänskliga rättigheter: konventionen om barnets rättigheter*. Stockholm: Utrikesdepartementet.

\*Hilliard, C. & O'Neill, M. (2010). Nurses' emotional experience of caring for children with burns. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2907-2915.

Hørmann, E. 2011. Litteratursøgning. In *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: - indblik i videnskabelige metoder*. Glasdam, S. (red.). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 36-46 11 s.

International Council of NursesSvensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Jensen C. S., Jackson K., Kolbæk R. & Glasdam S. (2012). Children's experiences of acute hospitalisation to a paediatric emergency and assessment unit--a qualitative study. *Journal of Child Health Care*, 16(3), 263-273.

Johansson, P. (2007, 1 december). Svarta och vita lögner. *Forskning & Framsteg*. Hämtad 19 december, 2014 från <http://fof.se/tidning/2007/8/svarta-och-vita-logner>

Karlsson, C., Mörelius, E., Radeskog, M., Runeson, I. & Rydberg, B. (2008) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm. Hämtad 11 november, 2014, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Sjukskoterska-med-specialistsjukskoterskeexamen-med-inriktning-mot-intensivvard/>

Krantz, J. (n.d.). *Experiencing Sensation and Perception*. Hämtad 22 december, 2014, från <http://psych.hanover.edu/classes/sensation/chapters/Chapter%2015.pdf>

Kreuger, A. (2000). *Barnet och sjukvården: erfarenheter från barnonkologin*. Lund: Studentlitteratur.

\*Lambert, V., Coad, J., Hicks, P. & Glacken, M. (2014a). Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health & Development*, 40(2), 195-204.

Lambert, V., Coad, J., Hicks, P. & Glacken, M. (2014b). Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. *Journal Of Child Health Care*, 18(1), 57-71.

\*Livesley, J., & Long, T. (2013). Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. *International Journal Of Nursing Studies*, 50(10), 1292-1303.

\*Ljusegren, G., Johansson, I., Gimbler Berglund, I. & Enskär, K. (2012). Nurses' experiences of caring for children in pain. *Child: Care, Health & Development*, 38(4), 464-470.

Lloyd, M., Law, G., Heard, A., & Kroese, B. (2008). When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures. *Paediatric Nursing*, 20(4), 29-34.

Morgan, H. (2010). Single and shared accommodation for young patients in hospital. *Paediatric Nursing*, 22(8), 20-24.

Proczkowska-Björklund, M., Runeson, I., Gustafsson, P., & Svedin, C. (2008). Decision making about pre-medication to children. *Child: Care, Health & Development*, 34(6), 713-720.

Salmela, M., Aronen, E. T. & Salanterä, S. (2011). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child: Care, Health & Development*, 37(5), 719-726.

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

\*Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T. & Aronen, E. (2010b). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal Of Paediatrics & Child Health*, 46(3), 108-114.

Sjuksköterskornas samarbete i Norden (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Oslo: Vård i Norden.

Svensk sjuksköterskeförening (2009). *Svensk sjuksköterskeförening om sjuksköterskans profession* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Tuckett, A. (1998). "Bending the truth": professionals' narratives about lying and deception in nursing practice. *International Journal Of Nursing Studies*, 35(5), 292-302.

Tveiten, S. (2000). *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Valentine, A., Buchanan, H. & Knibb, R. (2010). A preliminary investigation of 4 to 11-year-old children's knowledge and understanding of stress. *Patient Education & Counseling*, 79(2) 255-257.

Välbefinnande. (u.å.). I Nationalencyklopedin. Hämtad 15 april, 2014, från <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/sve/välbefinnande>

Världshälsoorganisationen. (u.å.). *What is the WHO definition of health?* Hämtad 14 april, 2014, från <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

Wennström, B., Hallberg, L., & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal Of Advanced Nursing*, 62(1), 96-106.

\*Wilson, M., Megel, M., Enenbach, L. & Carlson, K. (2010). The voices of children: stories about hospitalization. *Journal Of Pediatric Healthcare*, 24(2), 95-10.

Wollin, S. R., Plummer, J. L., Owen, H., Hawkins, R. M., Materazzo, F. & Morrison, V. (2004). Anxiety in children having elective surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(2), 128-132.

Ygge, B.-M. (2009). Barn på sjukhus. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad*. (s. 101-105) Stockholm: Liber.

Ågren-Bolmsjö, I. (2005). *De Fyra Principerna*. Hämtad 9 december, 2014, från [http://www.vardalinstitutet.se/sce/ib\\_principer.pdf](http://www.vardalinstitutet.se/sce/ib_principer.pdf)

## Bilaga 1. Litteraturmatris

| Författare, (År), Land, Titel   | Syfte  | Deltagare   | Metod  | Resultat   | Kvalitet |
|---|--|---|--|--|----------|
| M. Salmela, S. Salanterä & E. T. Aronen (2010), Finland<br><i>Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children</i> | Att beskriva hur förskolebarn mellan åldrarna 4-6 bemästrar deras rädslor under sin sjukhusvistelse samt deras upplevelse utav vården                          | 89 barn mellan 4-6 år. 49 barn intervjuades på dagis och 40 barn på sjukhus.  | Kvalitativ metod. Semistrukturerad intervju med hjälp av bilder. Det ställdes öppna frågor anpassade efter barnens ålder.  | Det upptäcktes 10 olika huvudgrupper i att bemästra sjukhusrädsla hos barn. Huvudgrupperna var: säkerhet, välbefinnande, positiva föreställningar, fråga om hjälp, anpassningar, skydda sig själv, deltagande, förstå meningen av situationen, omvårdnad och självsäkerhet               | Hög      |
| C. Hilliard & M. O'Neill (2010), Irland<br><i>Nurses' emotional experience of caring for children with burns</i>                              | Att utforska barnsjuksköterskors emotionella upplevelser i omhändertagandet av brännskadade barn samt identifiera hur sjuksköterskorna hanterar dessa känslor. | Deltagarna i studien var kvinnliga sjuksköterskor med 6-30 års erfarenhet inom yrket. De hade jobbat på avdelningen i 1-8 år. | Kvalitativ metod. Data samlades in genom att använda ostrukturerade intervjuer som var djupgående. Två huvudfrågor: "Vilka känslor upplever sjuksköterskorna när de vårdar brännskadade barn?" och "hur hanterar de dessa känslor?". | Vid omvårdnaden av barn med brännskador var såromläggning, smärtbehandling, stötta föräldrar samt hög arbetsbelastning de mest emotionellt krävande utmaningarna för sjuksköterskorna. Det finns ett behov av att supporta och stötta sjuksköterskorna i deras känslomässiga reaktioner. | Hög      |

|  |  |   |   |   |            |
|--|--|---|---|---|------------|
| <p>M. Salmela, S. Salanterä, T. Ruotsalainen &amp; E. T. Aronen (2010), Finland</p> <p><i>Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children</i></p> | <p>Att beskriva hur förskolebarns mellan 4-6 år bemästrar sjukhusrelaterad rädsla.</p>   | <p>82 barn i åldrarna 4-6 år. 34 barn intervjuades på sjukhus och 48 st. på dagis. 43 flickor och 39 pojkar deltog i studien.</p> | <p>Kvalitativ metod. Stickprovsurval bland barn gjordes. Därefter semistrukturerade intervjuer med hjälp av bilder.</p>   | <p>De vanligaste copingstrategier var föräldrars närvaro, hjälp från sjukhuspersonal, humor och positiva föreställningar, lek samt barnets egna gosedjur/favoritleksak</p>  | <p>Hög</p> |
| <p>G. Ljusegren, I. Johansson, I. Gimble Berglund &amp; K. Enskär (2012), Sverige</p> <p><i>Nurses' experience of caring for children in pain</i></p>                      | <p>Att beskriva sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad av barn som lider av smärta.</p> | <p>Legitimerade sjuksköterskor som jobbat det senaste året på barnavdelningen. Sammanlagt 21 sjuksköterskor intervjuades.</p>     | <p>Kvalitativ metod. Deltagarna intervjuades individuellt, ansikte mot ansikte. Intervjuerna varade 25-45 minuter. Den öppna frågan var: "beskriv vad som är det bästa med att arbeta med barn som lider av smärta, samt det jobbigaste".</p> | <p>När barns smärta följer ett förutsett mönster är det lättare att genomföra behandlingen, då sjuksköterskan kan utgå från tidigare erfarenheter och kan känna sig mer säker. Vid oförutsägbara situationer känner sig sjuksköterskan mer hjälplös, övergiven, orolig och tvivlar på sin egen förmåga och kunskap.</p> | <p>Hög</p> |
| <p>M. E. Wilson, M. E. Megal, L. Enenbach &amp; K. L. Carlson (2010), USA</p>  | <p>Att utifrån barns egen röst undersöka deras syn på sin sjukhusvistelse.</p>           | <p>93 barn mellan 5-9 år deltog. 48 barn låg på sjukhus och 45 barn intervjuades utanför sjukhuset.</p>                           | <p>Kvalitativ metod. En sekundär analys genererade till en uppsättning frågor som i sin tur skulle</p>  | <p>I barnens berättelser fanns ett fokus på att de ofta känner sig ensamma, rädda, arga och ledsna. Barnen vill känna sig</p>   | <p>Hög</p> |

|   |  |   |   |  |     |
|---|--|---|---|--|-----|
| <i>The voices of children: stories about hospitalization</i>  |  |   | ligga till grund för ytterligare frågor. Data sorterades och grupperades efter teman och kategorier.  | trygga och skyddade. Sjukhuset kan också vara en unik plats, där barn kan utvecklas och ha roligt.   |     |
| J. Livesley & T. Long (2012),<br>Storbritannien<br><br><i>Children's experiences as hospital in-patients: voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study</i> | Syftet är att öka förståelsen och skapa insikt om barns subjektiva tolkning och kunskap i att vara patient på sjukhus.         | Det deltog sammanlagt 15 barn i två olika faser. Barnen var mellan åldrarna 5-15.   | Kritisk etnografi. Två faser, den första var en igenkänningsfas, för att utforska barns återblick på sjukhusvistelsen. Det låg som grund för fas två, då det gjorde en fältstudie på sjukhuset. | Sjukhusavdelningen är en plats där barn får kämpa för att få sin röst hörd och synas. Deras röst blev ett sätt att yttra sig, men även icke verbala konversationer som att vända sig bort, vara tyst och göra motstånd gjorde att barnen fick uppmärksamhet. | Hög |
| V. Lambert, J. Coad, P. Hicks & M. Glacken (2012),<br>Irland<br><br><i>Social spaces for young children in hospital</i>   | Syftet med studien är att presentera barn mellan 5-8 år ideala perspektiv på det sociala utrymmet som finns/behövs på sjukhus. | 55 barn i åldrarna 5-8 år från tre olika sjukhus deltog i studien, 24 pojkar och 31 flickor. 39 barn hade tidigare sjukhuserfarenhet, 16 barn var på sitt första besök. | Kvalitativ utforskningsmetod användes, där vuxna aktivt samspela med barnen och lyssna på deras berättelse och åsikter. Semistrukturerade intervjuer gjordes individuellt och                   | Barn vill ha en variation av olika aktiviteter. Där de ska vara tillgängliga, ålders- och könsanpassade, lämplig miljö för utveckling och fritid/ledighet samt ha utrymme för underhållning (lek, spel, tv, dator m.m.)                                      | Hög |



|  |  |  |   |   |       |
|--|--|--|---|---|-------|
|  |  |  | gruppworkshops vilket innebar att barn aktivt engagerades genom att rita teckningar.  |   |       |
| A-L. Birkeland, B. Hägglöf, L. Dahlgren & A. Rydberg (2013), Sverige<br><br><i>Interprofessional teamwork in Swedish pediatric cardiology: A national exploratory study.</i> | Beskriva uppbyggnad av teamarbete, dess funktion och betydelse för hjärtsjuka barn.                              | Sjukvårdspersonal som arbetade på hjärtavdelningen för barn.   | Mixad metod. Frågeformulär skickades ut till 34 team i Sverige som innehöll 19 frågor. Ämnen var organisation, arbete/arbets sätt, funktion och uppgift, attityd. Fokusgrupper intervjuades för att få ett större djup och som ett komplement av frågeformuläret. Semistrukturerade intervjuer. | I 17 av teamen hade sjuksköterskan en central roll som koordinator. Det fanns en positiv attityd till att jobba i team. I intervjuerna framkom det olika problem och behov på förbättringar; struktur, ledarskap, närvaro av läkare samt riktlinjer för teamets uppdrag. Alla deltagarna höll med om att interprofessionella team behövs för att kunna hantera det komplexa arbetet som krävs i barnsjukvård. | Medel |
| M. Brady (2009), Storbritannien<br><br><i>Hospitalized children's views of good nurse</i>  | Att identifiera det som kännetecknar en bra sjuksköterska från barns perspektiv och hur barns omvårdnad fungerar | 22 barn som valdes ut från en barnavdelning. 11 pojkar och 11 flickor i åldrarna 7-12 (6 barn var mellan 7-8). | Grounded theory. En rita- och skrivmetod användes, anpassad för barnens ålder för att hjälpa barnen att   | Fem teman framkom av analysen; kommunikation, professionell kompetens, säkerhet, professionellt uppträdande och förtjänst.  | Hög   |

|  |   |   |   |   |       |
|--|---|---|---|---|-------|
|  | i praktiken.  |   | tydliggöra/uttala frågor som är viktiga för dem. Barnen fick en penna och några papper där de skulle rita en bild på en bra och en dålig sjuksköterska. Efter det ställdes frågor om var barnet ritat.                |   |       |
| T. Fletcher, A. Gasper, G. Prudhoe, C. Battrick, L. Coles, K. Weaver & L. Ireland (2011), Storbritannien<br><br><i>Building the future: children's views on nurses and hospital care</i> | Att utforska barnens syn på vilka färdigheter, kunskaper och attityder som krävs av en sjuksköterska i omvårdnaden av ett sjukt barn. | Barn från två olika sjukhus deltog. Sammanlagt 61 barn intervjuades. 8 barn var i förskoleåldern och 28 barn var i åldrarna 6-11. 25 barn var över 11 år. | Rita- och berättarteknik användes som metoder i studien. Det är två kompletterande kvalitativa forskningsmetoder som har syftet att kapsla in barnens röst mer effektivt än den mer vuxencentrerade intervjutekniken. | Verbala och ickeverbala kommunikationsfärdigheter som barnen ansåg vara viktiga hos sjuksköterskorna kunde vara: vänlig, hjälpsam, lugnande, stöttande, tillgänglig och uppmärksamma barnens behov. Barnen ansåg även att sjuksköterskorna skulle vara bra på att ta vitala parametrar, blodtryck och servera passande mat. | Medel |

