

O, aj, aj, aj, aj buff...!

– barns uttryck för smärta samt
sjuksköterskans bedömning

FÖRFATTARE	Evelina Melin Linda Pettersson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Andersson
EXAMINATOR	Annika Janson-Fagring

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	O, aj, aj, aj, aj buff...! – barns uttryck för smärta samt sjuksköterskans bedömning
Titel (engelsk):	O, aj, aj, aj, aj buff...! – children's expressions of pain and nurses' assessment
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp/ Examensarbete i omvårdnad, 15 hp/ OM5250/SSK2
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	Evelina Melin och Linda Pettersson
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Annika Janson-Fagring

SAMMANFATTNING

Tidigare ansåg man att barn inte kunde uppleva och känna smärta för att deras nervsystem inte var fullt utvecklat. I början av 1980-talet utfördes vissa operationer av prematura och nyfödda barn med enbart muskelrelaxantia och lustgas. De senaste 20 åren har forskning på området bedrivits och många studier har visat att barn i stor utsträckning underbehandlats och deras smärta har undervärderats. Eftersom smärta är en subjektiv upplevelse kan det vara väldigt svårt att göra en adekvat smärtbedömning. För att kunna skatta någon annan människas smärta måste man förstå det språk som personen uttrycker sig med. Comfort Theory skildrar patientcentrerad omvårdnad och beskriver välbefinnande och dess betydelse för patienter och deras hälsa. Människan har olika typer av behov. Genom att sjuksköterskan möter och arbetar för att tillgodose dessa behov kan patienten uppleva befrielse, lugn och lindring samt transcendens. Syftet med litteraturstudien är att beskriva hur barn, 0-6 år, uttrycker upplevelsen av smärta samt hur sjuksköterskans bedömning av barns smärta sker. Litteraturstudien byggde på tio vetenskapliga artiklar. Resultatet visade att barn uttryckte smärta verbalt bl.a. med ord och ljud och icke-verbalt med t.ex. gråt, jämmer och gnäll. Smärtuttrycken var även fysiologiska såsom ökad hjärtfrekvens och förändrat andningsmönster. Grimasering och påverkat rörelsemönster var ansiktsuttryck respektive kroppsliga uttryck för smärta. Sjuksköterskan använde sig av en rad olika symtom och tecken i sin bedömning av barns smärta exempelvis gråt och hjärtfrekvens. Kunskap, erfarenhet och utbildning påverkade antalet använda indikatorer. Då alla barn är olika och unika kan uttrycken skilja sig mycket åt. Ökad kunskap hos sjuksköterskor skulle kunna leda till större förståelse för barns smärta. Det kan också leda till att sjuksköterskan bättre kan smärtbedöma, hantera och lindra barns smärta.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historia och myter om barns smärta	1
Definition av smärta	2
Sociokulturell påverkan	3
Smärtfysiologi	3
Skäl till varför man skall behandla smärta	4
Bedömning av barns smärta	4
<i>Vas-skalan</i>	5
<i>Pieces of hurt tool</i>	5
<i>The faces pain scale</i>	5
<i>Flacc-skalan</i>	5
Comfort Theory	6
SYFTE	7
METOD	7
Artikelsökning	7
Dataanalys	8
RESULTAT	8
Barns uttryck för smärta	8
<i>Verbala uttryck</i>	8
<i>Icke-verbala uttryck</i>	9
<i>Fysiologiska uttryck</i>	10
<i>Ansiktsuttryck</i>	10
<i>Kroppsliga uttryck</i>	11
Sjuksköterskans bedömning	11
<i>Använda indikatorer vid smärtbedömning</i>	11
<i>Erfarenhet, kunskap och utbildning</i>	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
<i>Slutsats</i>	19
REFERENSER	20
BILAGOR	
1 Smärtskattningsinstrument	
2 Artikelöversikt	

INLEDNING

Vårt intresse för barn har sedan vi själva blivit föräldrar ökat. Önskan om att kunna förstå och tolka barns uttryck och tecken har allt mer vuxit fram. I mötet med andra föräldrar och barn har vi förstått att likheterna bland barn är många, men olikheterna är ibland fler. Vi har upplevt att det kan vara svårt att som förälder tyda och förstå sitt eget barn. Alla barn reagerar på ett eller annat sätt på smärta. Reaktionen är olika från barn till barn och det är svårt att finna några typiska smärtreaktioner. Fysiska uttryck för smärta kan vara enklare att observera men smärtbeteendet innefattar också psykiska och sociala komponenter som barnen på andra sätt förmedlar. Sjuksköterskor i vården möter många och olika barn med skilda bakgrunder. Det är då en stor utmaning att i dessa möten kunna bemöta och tolka dem på bästa sätt för att skapa förutsättningar för en så god omvårdnad som möjligt. Sjuksköterskan bör lära sig hur det enskilda barnet reagerar för att kunna identifiera, värdera och tolka tecken på smärta (1).

Syftet med socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor är att tydliggöra professionen och yrkesutövandet, och på så sätt medverka till att göra vården bättre och mer säker för patienten. I kompetensbeskrivningen tas flera kompetensområden upp, såsom bemötande, att främja hälsa och förebygga ohälsa. Sjuksköterskan skall ha förmåga att tillgodose patientens omvårdnadsbehov och om förändringar i tillståndet uppstår kunna värdera och åtgärda dessa. Hon skall också med respekt och lyhördhet kunna kommunicera med patienten och dess närstående (2). Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt lindra lidande (3).

BAKGRUND

HISTORIA OCH MYTER OM BARN SMÄRTA

Tidigare ansåg man att barn inte kunde uppleva och känna smärta för att deras nervsystem inte var fullt utvecklat (4). Detta hävdade Hippocrates redan för 2300 år sedan (5). I början av 1980-talet utfördes vissa operationer av prematura och nyfödda barn med enbart muskelrelaxantia och lustgas. Man använde ingen narkos och väldigt lite analgetika. Troligtvis berodde detta på rädsla för biverkningar och okunskap vad gäller att bedöma och skatta barns smärta (4). De senaste 20 åren har forskning på området bedrivits och många studier har visat att barn i stor utsträckning underbehandlats och deras smärta har undervärderats (5).

Men det är flera andra felaktiga föreställningar om barn och smärta som har gjort att smärtskattningen och behandlingen tillbaka i tiden varit långt ifrån optimal (5). En sådan föreställning har varit att barn uthärdar smärta och obehag bättre än vuxna. Man har även hävdats att barns nervsystem är så pass omoget att smärtupplevelsen blir en helt annan jämfört med vuxnas (5, 6). Tron på att barn inte skulle uppleva någon smärta, eller uppleva smärta annorlunda än vuxna, grundade sig i att myeliniseringen av neuronerna inte är avslutad då barnet föds. Detta leder till att nervsignalen inte färdas lika snabbt genom nervsystemet. Dock påverkas inte signalens innehåll. Numera vet man att nervsignalers hastighet inte påverkar smärtupplevelsen då avstånden är små i det nyfödda barnets kropp (7). Det finns dessutom omständigheter som inte ger upphov till smärta hos vuxna, men som kan vara smärtsamma för barn. Vuxna har ett logiskt tänkande som gör att man kan placera smärtan i ett sammanhang där innebörden förstås

och hotet utvärderas. Smärtan blir begriplig (8,9). Vetskapen om att proceduren är ofarlig gör att kroppens system blockerar smärtupplevelsen och det gör då inte lika ont. Barnet i sin tur har livlig fantasi och styrs mer av sitt känslomässiga system. Motsvarande procedur kan göra barnet livrädd. Rädslan gör att kroppens naturliga smärthämning stoppas och en svag stimulering av smärtreceptorerna kan upplevas som oerhörd smärta (4). Rädsla och oro förstärker ofta känslan av smärta (9). Nu för tiden vet vi också att till och med det ofödda barnet i mammans mage reagerar på smärtsamma procedurer (7).

Tidigare var man också övertygad om att små barn helt saknade smärtminne och att upplevelse av smärta tidigt i livet inte har några skadliga effekter på längre sikt. Denna okunskap är idag förkastad (6). Man tror idag att även de allra minsta barnen har kapacitet att lagra tidiga minnen. Strukturer i hjärnan som har till uppgift att långtidslagra minnen är väl utvecklade och fungerande hos det nyfödda barnet. Tveksamhet råder dock kring huruvida det är medvetna minnen (7). Klart är i alla fall att tidig smärtupplevelse sätter spår och påverkar den framtida smärtupplevelsen. Detta framkom tydligt i en studie där man undersökte 4-6 månaders gamla barn och hur de reagerade på smärta vid vaccination. Resultatet visade att pojkar som blivit omskurna utan analgesi hade en betydligt starkare reaktion på smärtan vid vaccination till skillnad från övriga barn i studien (4). Tidigare erfarenheter av smärta samt barnets utvecklingsnivå är avgörande för hur barnet tolkar, upplever och hanterar smärta. En stor betydelse har också omgivningens bemötande (10).

Vidare finns det även myter kring farmakologisk behandling som har gjort att barn ofta underbehandlats. Exempel på sådana myter är att upptaget från mag-tarmkanalen är dåligt, att barn bryter ned opioider sämre än vuxna, att ett visst äldre neuroleptika förstärker den smärtlindrande effekten av opioider samt att barn i större utsträckning än vuxna utvecklar beroende av narkotiska preparat (5).

Samhället bär även på attityder till smärta som påverkat och påverkar. Det kan till exempel vara att smärta har en hårdande effekt och att det skulle vara karaktärsdanande att klara av smärta. Personligheten och tävlingsförmågan stärks då en person utsätts för lidande. Dessa attityder är problematiska och inte helt enkla att göra sig av med då det inte går att bevisa eller motbevisa. Att förändra en samhällelig attityd tar lång tid (6).

DEFINITION AV SMÄRTA

Definitionen på smärta är enligt IASP (International Association for the Study of Pain) en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse som uppkommer i samband med faktisk eller möjlig vävnadsskada, eller beskrivs i termer av sådan skada. IASP understryker att de personer som inte har förmåga att kommunicera och uttrycka smärta verbalt också kan uppleva smärta och vara i behov av behandling för att förebygga smärtan. Smärta är alltid en subjektiv upplevelse (11). Människans upplevelse är unik och kan variera mycket. Ingen annan person kan säga att det inte gör ont (7). Enligt McCafferys (12) definition förstärks den subjektiva synen på smärta. Han menar att smärta är det som personen som upplever smärtan upplever att det är, och existerar då personen uppger att den existerar (12).

Mycket kan påverka smärtupplevelsen och det är viktigt att identifiera detta och hur de påverkar barnet. Upplevelsen kan vara beroende av många faktorer såsom personlighet,

oro, stresströskel, tidigare erfarenheter, förväntan om smärta, illamående, hunger och otrygghet (6). Även den mängd endorfiner man har i kroppen tros påverka smärtan. Endorfiner är ett hormon som kroppen tillverkar själv och som lindrar smärta (1, 7).

Smärtans orsak kan dessutom vara av stor betydelse. Att veta vad den beror på och att den går över kan göra det lättare att uthärda smärta (7).

Smärta brukar delas in i följande kategorier:

- nociceptiv smärta
- neurogen smärta
- psykogen smärta
- dysfunktionell/psykosomatisk smärta
- övrig smärta.

Nociceptiv smärta uppkommer i smärteceptorn, nociceptorn. Neurogen smärta uppstår istället till följd av skada i en annan del i nervsystemet. Psykogen smärta är ganska ovanlig och kan förekomma hos personer med psykisk sjukdom. Olika typer av smärta där annan sjukdom eller organiskt fel inte kan påvisas brukar kallas för dysfunktionell/psykosomatisk smärta (6).

Smärta kan vara akut, pågående eller långvarig. Pågående smärta mer än tre månader definieras som långvarig och delas in i ihållande och återkommande. Smärta kan vara inflammatorisk eller ickeinflammatorisk. Det typiska för inflammatorisk är att den ökar vid rörelse. Olika smärtyper kan vara av olika karaktär. De kan vara kontinuerliga eller intermittenta och kan svara olika bra på olika typer av behandlingar (6).

SOCIOKULTURELL PÅVERKAN

Det kan skilja sig mycket i hur man visar sin smärta och den kulturella bakgrunden kan då spela en stor roll. De attityder, uppfattningar och normer familjen bär på gällande smärta och smärtbehandling påverkar hur barnet uttrycker smärta. I vissa kulturer ger man ett offentligt livligt uttryck för sin smärta medan i andra kulturer kan det vara helt oacceptabelt (7, 13). I vår svenska kultur är smärta något man gärna undviker (8). Kanske barnet inte uttrycker smärta alls. Det kan bero på familjens kulturella och sociala uppfattningar samt genus. För flickor anses det legitimt att gråta medan pojkar förväntas bita ihop. Detta är viktigt att som sjuksköterska bära med sig och vara medveten om, då arbetet bjuder möte med patienter från olika kulturer och bakgrund (7).

SMÄRTFYSIOLOGI

Uppbyggnaden av vårt smärtsinne är oerhört invecklat (7). Det är olikt våra övriga sinnen, då smärtförnimmelse upplevs som obehaglig och skrämmande (14). Smärta är en slags varningssignal som informerar att något är felaktigt och bör åtgärdas (7). Smärtan kan utlösas av olika smärtframkallande stimuli och det gemensamma för dem är att de fördärvar kroppsvävnad i olika grad (14).

Vid sjukdom eller vävnadsskada frisätts kemiska ämnen i vävnaden. Smärtreceptorer som finns i vävnaden aktiveras av de kemiska ämnena och impulser skapas. De

bearbetas på vägen upp genom en perifer nerv, via ryggmärgen till hjärnbarken. När ryggmärgen och hjärnstammen nås av impulserna utlöses reflexer. Exempelvis är undandningsreflexer som leder till att man tar bort den skadade kroppsdel från det som skadar. Autonoma reflexer utlöses också och skapar förändringar i puls, blodtryck och andningsreflex. I samma ögonblick går smärtimpulserna vidare längs ryggmärgsbanor upp till talamus och hjärnbarken där smärtan blir medveten. Talamus fungerar som en omkopplingsstation mellan hjärnstam och hjärnbark. Där går signaler vidare till både hjärnbarkens sensoriska område, limbiska systemet och minnescentrum i hjärnan. I det sensoriska området får individen information för att lokalisera smärtan. Även smärtans ursprung, typ och styrka förmedlas här. Vidare går även signaler till det limbiska systemet, som styr emotionella reaktioner, där kan smärtan förstärkas rent känslomässigt av t.ex. ångest, oro och rädsla (7). Smärtupplevelser lagras i minnescentrum och kan påverka hur smärta upplevs senare i livet.

SKÄL TILL VARFÖR MAN SKALL BEHANDLA SMÄRTA

Det finns många skäl till varför man ska behandla smärta. Hos kritiskt sjuka barn förvärrar smärta det stresspåslaget som redan existerar i kroppen. Stresspåslaget gör att det blir svårt för kroppen att upprätthålla homeostas (15). Okontrollerad smärta leder till frisättning av en rad olika stresshormoner, både lokala och generella (5). Kliniska komplikationer, fördröjt tillfrisknande, ökad risk för dödlighet och långsiktiga psykologiska konsekvenser är exempel på negativa konsekvenser till följd av okontrollerad smärta samt otillfredsställande smärtbehandling (15). Fördröjd sårläggning, längre sjukhusvistelse, infektioner på grund utav nedsatt immunförsvar samt katabolt tillstånd är ytterligare negativa konsekvenser (5).

Det finns även psykologiska konsekvenser av obehandlad smärta, som förstärker varför man alltid skall behandla smärta hos barn. Lider barnet av smärta finns det risk för minskad rörlighet och att barnet inte vill äta. Detta kan i sin tur leda till nedstämdhet och kraftlöshet (9, 16). Det finns också rapporter som talar för att olämplig smärtbehandling vid ingrepp initialt i sjukdomsperioden kan minska effekten av smärtbehandling senare i sjukdomsförloppet (5). Sammanfattningsvis kan man säga att smärta är ohälsosam och skall undvikas; framför allt hos barn (4).

Utav detta kan man troligen också dra slutsatsen att det föreligger ekonomiska vinster i att på ett adekvat och tillfredsställande sätt behandla smärta (5).

BEDÖMNING AV BARNES SMÄRTA

“Not everything that can be measured counts and not everything that counts can be measured.” (Albert Einstein) (17) sidan 4

Eftersom smärta är en subjektiv upplevelse kan det vara väldigt svårt att göra en adekvat smärtbedömning (7). För att kunna skatta någon annan människas smärta måste sjuksköterskan förstå det språk som personen uttrycker sig med (4). Många olika faktorer har betydelse men också sjuksköterskans tolkning spelar en avgörande roll. Att regelbundet bedöma smärtan för att se om den minskar, ökar eller ändrar karaktär har stor betydelse. Att bedöma barns smärta kan vara väldigt svårt då barns verbala och kognitiva förmåga inte är riktigt utvecklat. Bedömningen bör baseras på barnets egna upplevelser och beteende men också fysiologiska och psykologiska reaktioner. Barnets

föräldrar är en stor resurs och deras värdering kan man ha stor nytta av då man bedömer smärta. Eftersom barn ibland kan ha svårt att redogöra smärtförlopp, karaktär osv. så kan föräldrar vara till god hjälp i att tolka barnets uttryck (7).

För att kunna göra en så korrekt och objektiv bedömning som möjligt är det många komponenter sjuksköterskan bör ta hänsyn till. Tidigare erfarenhet av smärta och kognitiv utvecklingsnivå är grundläggande för hur barnet kan förmedla sin smärtupplevelse. Det är då viktigt att som sjuksköterska ha en så bred kunskap som möjligt vad gäller barns utveckling, förståelse och uppfattningsförmåga (7).

Det är viktigt att utgå ifrån den verbala kommunikationen när man gör smärtbedömningen. Till att börja med kan man fråga barnet – hur mår du? Och – om det gör ont? Hos barn som inte har förmåga att uttrycka sig verbalt blir tolkningen av kroppsrörelser sjuksköterskans verktyg (9). Som ett komplement till sjuksköterskans egen bedömning finns flertalet smärtskattningsinstrument att ta hjälp av. Dessa instrument ger ett konkret och objektivt värde för intensiteten i smärtan. Det finns en rad olika typer av skattningsinstrument anpassade efter ålder och kognitiv förmåga (7). Valet av instrument avgörs av barnets utvecklingsnivå samt typ av smärta (9).

Vas-skalan

Ett väl utprovat skattningsmedel är den visuella analogskalan (VAS). Med hjälp av VAS-skalan kan patienten själv skatta smärtupplevelsen. Det gör man genom att peka på eller skjuta en markör över en skala på 1-10, där 0 = ingen smärta och 10 = värsta tänkbara smärta. Rekommenderad ålder är 7 år och uppåt (9) (se bilaga I).

Pieces of hurt tool

Består av fyra röda plastbrickor. En plastbricka symboliserar lätt smärta och fyra svår smärta. Barnet väljer själv det antal plastbrickor som bäst motsvarar deras smärta. Rekommenderad ålder är 3-4 år (9) (se bilaga 1).

The faces pain scale

Har visat sig vara den mest tillförlitliga ansiktsskalan när smärta efterfrågas (7). Den består av sex tecknade ansikten med skiftande ansiktsuttryck, där det vänstra ansiktet visar ett obekymrat, neutralt och smärtfritt ansiktsuttryck, skattningsvärde 0, i motsats till ansikte nummer sex som visar ett mycket bekymrat ansikte, skattningsvärde 10 (9). Rekommenderad ålder är 4-12 år (16) (se bilaga I).

Flacc-skalan

Är en beteendeskala där man observerar barnets ansiktsuttryck, benrörelser, aktivitet, gråt och tröstbarhet i några minuter. De olika kategorierna är indelade i tre beskrivningar och poängsätts därefter från 0-2. I studier gjorda den senaste tiden har det visat sig att flacc-skalan har god tillförlitlighet. Skalan passar bäst att användas på vårdinrättning inom slutenvården (9). Rekommenderad ålder är 0-7 år samt barn med flerfunktionshinder (16) (se bilaga I).

COMFORT THEORY

Comfort är ett mångfacetterat begrepp med flera innebörder. Webster (18) definierar begreppet som tröst, lindring, välbefinnande och reducerat lidande. Ordet Comfort härstammar från confortare som innebär "att göra starkare". Den egenskapen tillsammans med ökad comfort är speciellt förknippad med och intressant för omvårdnaden. Comfort är en holistisk och komplex term som beskrivs både som en process och en produkt. Ett tillstånd av comfort är mer än bara avsaknad av comfort (18).

Kolcaba (18) har applicerat teorin på, och gjort den användbar för sjuksköterskeprofessionen och den pediatrika omvårdnaden (18). Comfort Theory skildrar patientcentrerad omvårdnad och beskriver välbefinnande och dess betydelse för patienter och deras hälsa. Kolcabas teori har grunder i andra omvårdnadsteoretiker såsom Orlando, Henderson och Paterson/Zderad (19). Enligt Kolcaba har människan olika typer av behov. Dessa kan delas in i 4 grupper; fysiska, psykospirituela, miljömässiga samt sociokulturella behov. Genom att sjuksköterskan möter och arbetar för att tillgodose dessa behov kan patienten uppleva befrielse, lugn och lindring samt transcendens. När dessa behov är uppfyllda beskriver Kolcaba att man uppnår comfort dvs. välbefinnande. Att uppleva befrielse innebär att få ett specifikt behov tillgodosett och lindrat. Lindring är ett tillstånd av lugn och tillfredsställelse. Transcendens innebär att patienten, trots närvaro av smärta och krämpor, kan se bortom sina problem. Enligt Kolcaba är Comfort, i sin holistiska natur, ett viktigt mål för omvårdnaden. Hon betonar också att ökad Comfort stärker mottagaren, både barnet och andra familjemedlemmar, att själv kunna engagera sig i aktiviteter som är nödvändiga för att uppnå hälsa (18).

Kolcaba menar att sjuksköterskor vill och lätt kan implementera teorin vid varje omvårdnadshandling. Vidare anser hon att en sådan tillämpning kan skapa mer kreativitet och belåtenhet hos sjuksköterskan men också tillfredsställelse hos patienten. För att kunna öka välbefinnandet bör sjuksköterskan använda sig av lämpliga och effektiva interventioner i sin omvårdnad. Interventioner för välbefinnande delas enligt Kolcaba in i tre olika kategorier; Standard-, uppmuntrande-, och själainterventioner. Standardinterventioner innebär att man strävar efter att bibehålla homeostas och hålla smärta under kontroll. Uppmuntrande interventioner syftar till att inge hopp och tilltro, minska ångest och lyssna samt ge information. Själainterventioner innebär att man som sjuksköterska gör det där lilla extra för att styrka patient och familj samt att få dem att känna att man bryr sig. Det kan vara t.ex. massage eller guided imagery. Guided imagery går ut på att barnet innan behandlingen eller operationen får föreställa sig en bild eller situation som frambringar behagliga känslor och tillfredsställelse. Denna bild ska sedan kunna tas fram i en obehaglig situation. En lista för varje patient och familj innehållande effektiva interventioner menar Kolcaba bör finnas tillgänglig och uttalad. Vidare rekommenderar Kolcaba att man som sjuksköterska ber patienten eller familjemedlemmarna att skatta sitt välbefinnande från 0-10 där 10 är mesta möjliga välbefinnande. Ett mått på välbefinnande kan vara användbart i dokumentationen och bör användas i kombination med andra smärtskattningsinstrument (19). Inom pediatriken har man utifrån Comfort Theory utformat specifika omvårdnadsåtgärder som syftar till att på olika sätt uppnå comfort för det sjuka barnet och dess familj. Exempel på åtgärder som kan tillgodose barnet och familjens sociala och psykospirituela behov kan vara att bjuda in familjen till att närvara i omvårdnaden och att undvika ordet smärta, då små barn kan ha svårt att relatera till det ordet. Genom att

förbereda barnet och familjen inför stressande procedurer, skapa en lugn och harmonisk miljö samt att göra det bekvämt för barnet är åtgärder som syftar till att uppfylla de miljömässiga och fysiska behoven (18). En adekvat smärtbehandling som leder till att patienten upplever sig smärtlindrad skapar förutsättningar för patienten att uppnå komfort.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att beskriva hur barn, 0-6 år, uttrycker upplevelsen av smärta samt hur sjuksköterskans bedömning av barns smärta sker.

METOD

ARTIKELSÖKNING

För artikelsökning användes databaserna Cinahl, PubMed och Scopus. De artiklar som slutligen valdes ut för litteraturstudien hittades via Cinahl som är en databas specialiserad för omvårdnadsforskning. Sökorden valdes utifrån den erhållna kunskap som bakgrunden gav samt utifrån det formulerade syftet. De använda sökorden i Cinahl var *Pain, Assessment, Measurement, Nurse, Communication, Expression, Nonverbal*. Sökorden användes i olika kombinationer. Sökningar med andra sökord gjordes också men gav inga användbara träffar och redovisas därför inte i artikeltabellen nedan. Se tabell 1. En manuell sökning genomfördes också då ett författarnamn (Craig) återkom i flera av artiklarnas referenslistor. Via en referenslista hittades en artikel som Craig författat och som var publicerad i tidskriften *The Clinical Journal of Pain*. Efter sökning i tidskriften hittades den aktuella artikeln som granskades och inkluderades i studien.

Vid samtliga sökningar lästes abstract och ibland även resultat och diskussion för att avgöra om artiklarna svarade mot vårt syfte. Inklusionskriterierna var att studierna skulle handla om barn och deras uttryck för smärta samt sjuksköterskans bedömning av barns smärta. Artiklarna skulle vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter, vara förhandsgranskade, skrivna på engelska eller svenska och abstract skulle finnas tillgänglig via databasen. Artiklarna skulle också finnas tillgängliga i fulltext på Göteborgs universitetsbibliotek.

Till en början gjordes sökningar med avgränsningen infant 1-23 months. Sedan utökades sökningen till att innefatta även preschoolers, 2-6 år, och syftet breddades till att innefatta även den åldersgruppen.

Efter litteratursökningen granskades elva artiklar i full text, varav tio valdes ut för studien. Av de inkluderade artiklarna var nio (13, 15, 20, 22-24, 26-28) publicerade mellan 1997 och 2010. En artikel var publicerad 1989 (19). Av de inkluderade artiklarna var fyra (19, 23, 26, 28) kvalitativa, fem var kvantitativa (13, 20, 22, 24, 27) och en var litteraturstudie (15).

TABELL I:

Sökdatum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Utvalda	Referensnr
100906	Cinahl	Assessment Pain	Peer Reviewed Research Article Infant 1-23 months	204	2	21 25
100907	Cinahl	Pain Measurement	Research Article Peer Reviewed Infant 1-23 months English	219	4	13 15 27 29
100915	Cinahl	Nurse Communication Pain	Peer Reviewed Research Article Infants 1-23 months Preschoolers	9	1	28
100915	Cinahl	Expression Pain Nonverbal	Peer Reviewed Research Article Infants 1-23 months Preschoolers	4	2	22 24
100916	Tidskrift	Manuell sökning			1	23

DATAANALYS

Efter att ha läst artiklarnas resultat noggrant och fått en känsla för vad de handlar om gjordes en översikt och en sammanfattning av varje studies resultat. De olika resultaten relaterades till varandra och utifrån dem identifierade vi olika kärnpunkter samt urskilde likheter och skillnader. På detta sätt skapades nya övergripande teman och subteman som utgör grunden för vårt resultat. De två identifierade huvudtemana var *Barns uttryck för smärta* och *Sjuksköterskans bedömning*. Subtemana för barns uttryck var *verbala uttryck*, *icke-verbala uttryck*, *fysiologiska uttryck*, *ansiktsuttryck* och *kroppsliga uttryck*. För temat sjuksköterskans bedömning identifierades följande subteman: *använda indikatorer vid smärtbedömning* och *kunskap, erfarenhet och utbildning*.

Stöd för denna analysmetod, som passar vårt syfte och problemområde väl, finner vi i Fribergs (20) bok *Dags för uppsats*. Metoden syftar till att öka förståelsen för det valda problemområdet, att sammanställa tidigare forskning till en ny helhet, att omsätta den urskiljda vetenskapliga vetenskapen till kliniskt användbar kunskap samt att formulera vägledande kunskap för hantering av forskningsproblemet i vårdarbetet.

RESULTAT

BARNES UTTRYCK FÖR SMÄRTA

Verbala uttryck

Enligt Franck et al. (21) fanns det en stark relation mellan antalet använda ord för smärta och barnets ålder. Flertalet barn (81 %) använde samma uttryck för smärta under

hela den tidiga barndomen. Barn i åldern 1-2 år hade minst ett ord för att uttrycka smärta (21). Ord som *ouch*, *ow* (22, 23) och *oh dear* användes samt ljud som *aargh* och *ay*. Dessa ljud upprepades ofta av de yngre barnen, 1-1,5 år (21). Mills (22) visade i sin studie att redan vid 9 månaders ålder skrek barn efter *mummy* vid smärtsamma procedurer. Med ökad ålder utvecklades barnens förmåga att kommunicera smärta (22). Förmågan att kombinera konsonanter och sätta ihop två ord t.ex. *fall down* observerades hos barn 1,5-2 år (21). Från denna ålder blev uttrycken och meningsbyggnaderna mer komplexa och barnen började också kunna beskriva var det gjorde ont någonstans (21, 22, 24) samt uttryckte önskan om lindring t.ex. *kiss it mummy* (21). I en annan studie av Dubois et al.(25) undersöktes barn mellan 1-6 år post operativt. Resultatet visade att de verbala uttrycken för smärta uppkom först vid 2-5 års ålder. De kom också fram till ett samband mellan inandningsljud och verbala uttryck (25). En viss grammatisk struktur utvecklades från cirka 2 års ålder där man såg att barnen använde sig av dåtid samt regelbundna och vissa oregelbundna verb. Förmågan att använda prepositioner och därtill även uttryck för att lugna föräldrarna, *I'm brave*, observerades (21).

Från 2,5-3 års ålder ökade smärtvokabulären och blev mer invecklad. Användningen av beskrivande ord associerade till den sensoriska dimensionen av smärta ökade och ord som *hurt*, *sore* och *poorly* användes. Ord för smärta relaterad till skada uppkom också vid denna ålder och något senare även ord relaterade till sjukdom. En del av barnen (10-15 %) i studien hade fler ord för smärta vållad av skada än av sjukdom i alla åldersgrupper upp till 4 år. Användning av tredje person och dåtid kombinerat t.ex. *Jack hit me började* uttryckas vid 3-3,5 års ålder. Tillämpningen av hjälpverb observerades först senare från 3,5-4 års ålder t.ex. *I'm not feeling very well*. Komplexiteten och medellängden av uttryck i åldersgrupperna stämde överrens med den generella språkutvecklingen (21). I en annan studie kunde vissa barn separera smärtan från sig själva, *I'm feeling well, but my willie is in pain, it's crying* (24).

Enligt Frank et al.(21) påvisades influenser som kunde påverka de verbala uttrycken för smärta hos barn under 2,5 år. Flickor hade fler ord än pojkar för smärta orsakad av sjukdom än för smärta orsakad av skada. Barn med ett eller flera syskon samt de barn som hade erfarenhet av sjukhusvård, hade ett större antal uttryck för smärta och använde fler smärtrelaterade ord än de barn som saknade syskon eller inte hade erfarenhet av sjukhusvård (21).

I en studie där syftet var att undersöka hur barn i åldern 4 år och 8 månader - 6 år och 3 månader spontant verbaliserade smärta vid intramuskulär injektion. I studien visade det sig att de äldre barnen uttryckte färre ord för smärta. Man fann dock inget signifikant samband mellan ålder och smärta. Alltså behöver äldre barn inte uppleva mindre smärta trots att det inte uttrycks (23).

Icke verbala uttryck

Spädbarn 0-1 år och småbarn 1-5 år uttryckte smärta genom gråt (22, 24, 25). Detta uttryck visade sig försvinna runt 5 års ålder (25). Nyfödda barn med brännskador, frakturer eller kirurgiska sår kunde skrika upp till 50 sekunder innan de tystnade. Gråten blev mer ihållande och kunde vara upp till tre min vid två månaders ålder. Gråten blev mer kraftfull vid hostning, vändning, ryckningar eller när man rörde vid såret. Även observerades det att vissa barn gnällde när de låg stilla. En 8-månaders baby med brännskada både skrek och grät. Efter första omläggningen började barnet skrika bara

hon såg en sjuksköterska med mask eller blev förflyttad till behandlingsrummet. Vid 9 månaders ålder var gråten så ihållande att den kunde vara i upp till 9 minuter då man la om brännskadeförbanden (22). Sammanfattningsvis kan man säga att gråt, jämmer och gnäll var vanliga uttryck relaterade till smärta hos barn med begränsad verbal förmåga (22, 25). I Dubois studie observerades tårar först från 2 års ålder och även inandningsljud. Jämmer och tystnad visade sig vara gemensamma uttryck för smärta, för barn i åldrarna 1-6 år (25).

Fysiologiska uttryck

Enligt Ramelet et al. (15) samt Mills (22) orsakade smärta, hos kritiskt sjuka barn, fysiologisk stress vilket visade sig genom uppdriven hjärtfrekvens. Observationer av nyfödda och spädbarn visade att hjärtfrekvensen ökade som svar på akut smärta (22). Smärta påverkade även kroppens produktion av noradrenalin samt störde den metaboliska processen vilket ledde till för hög halt av serumlaktat. Dock fanns det lite evidens för att blodtrycket ökade vid smärta (15). Wennströms (24) studie visade att barn som genomgått operation och led av postoperativ smärta fick förändrat andningsmönster. Pustande och hyperventilering var symtom relaterade till smärta (24). Förändrad andningsfrekvens har även uppvisats av nyfödda med akut smärta. Minskad syresättning var ett tecken på smärta hos nyfödda som blivit omskurna (15). Smärta yttrade sig också genom emetiska problem såsom illamående, kräkning, hulkande samt ökad salivproduktion. Flera barn som kräktes klagade på smärta strax före uppstötningen. Vid en mängd tillfällen hade även dessa barn bett om att få något att dricka före de kräktes. Smärta visade sig även genom förändrad hudton. Postoperativa symtom såsom blekhet, rosig och varm hud samt kallsvettning observerades hos barn som led av smärta och illamående (24).

Nedsövda eller förlamade patienter som saknade förmåga att uttrycka smärta verbalt eller kroppsligt var komplexa att smärtskatta. Fysiologiska tecken, pupillstorlek och närvaro av tårar kunde vara de enda reliabla indikatorerna för smärta hos dessa patienter (15).

Ansiktsuttryck

I en studie av Wennström och Bergh (24) kunde man se en koppling mellan leende och välbefinnande samt grimasering och illabefinnande (24). Redan under spädbarnstiden såg man förändringar i ansiktsuttryck hos barn med smärta. Mills (22) visade i sin studie att barn 0-3 månader grimaserade, uttryckte bister min och sammanpressad käke vid akut förlängd smärta. Allvarlig min, O-formad mun och förvåningsuttryck i kombination med hastiga rörelser var alla uttryck samt möjliga indikatorer för smärta. Vidare kunde barn äldre än 9 månader rycka till i ansiktet och även uppvisa ansiktsuttryck för rädsla och smärta (22). Minspel såsom rynkade ögonbryn och läppfåra, kisande ögon, hopsnörpning av läppar, spänd mun och tunga samt darrande käke visade sig också vara valida tecken för olika typer av smärta hos spädbarn. Dock kunde det vara svårt att observera förändrad läppfåra hos intuberade patienter då tuben var tejpad på överläppen (15). Vid 2,5 års ålder kunde man se att barn gjorde sura miner (22). I en annan studie såg man att de som verbalt uttryckte smärta uppvisade större reaktioner i ansiktet än de som inte verbaliserade sin smärta (23).

Kroppsliga uttryck

Mills (22) beskrev i sin studie *Pain behaviours in infants and toddlers* hur rörelsemönstret hos spädbarn och småbarn påverkades av akut smärta samt hur beteendet förändrades med ökad ålder. Hos de nyfödda barnen observerades stillsamma svängningar av extremiteter och ryckningar liknande Moro-reflexen som tecken på smärta (22). Enligt Nationalencyklopedin (26) är en moro-reflex en rörelse där barnet slår ut och upp med armarna och för sedan samman armarna i en omfamningsrörelse. Denna reflex brukar vanligtvis försvinna vid 4-5 månaders ålder då det centrala nervsystemet är mer moget (26). De nyfödda iaktogs också dra benen upp mot magen, vilket var över normal förmåga för så små barn. Från 3- upp till 6-månaders ålder uppvisade spädbarnen ökad kontroll över rörelserna, vilket visade sig genom viftande rörelser med händer och fötter. De kunde också, om än långsamt, vända sig själva. Vissa barn uppvisade tremor. Ryckningarna liknande moro-reflexen fanns fortfarande i denna åldersgrupp, men i större utsträckning. Barn med sår på buken höll tillbaka hostande och gråt och observerades dra upp det ena benet mot magen medan de sparkade med det andra. Efter 6 månaders ålder kunde man se ytterligare ökad kontroll samt förfining av rörelserna. Vid smärta observerades barnen vrida händerna, nypa eller bita sig själva och upprepat gnugga en viss kroppsdel. Enligt Mills (22) så ökade också de medvetna rörelserna och barn i åldern 6-9 månader kunde slingra sig, kröka kroppen bågformat, vägra vända på sig samt trampa med benen när de hade smärta. Spädbarn vid nio månaders ålder iaktogs också kasta överkroppen från sida till sida som ett svar på akut smärta samt göra försök till att hindra sjuksköterskor med händerna. Ett spädbarn med brännskador hade ena armen i förhöjt läge, antagligen för att det var bekvämt. Barnet grät när en vårdare sänkte armen (22).

Det kroppsliga smärtbeteendet som observerades hos spädbarn var samma som hos de lite större barnen från 1 år och uppåt. Smärtbeteendet förfinades då äldre barn hade ökad motorisk kontroll och var uppenbart mer avsiktliga med sina rörelser. Dock sågs de äldre barnen hoppa upp och ner när en sjuksköterska skulle lägga om brännskadeförbanden (22).

Wennström och Bergh (24) undersökte i sin studie pojkar, 3-6 år, som genomgått kirurgi och hur deras aktivitetsmönster förändrades vid smärta postoperativt. Vid närvaro av smärta samt illamående sågs pojkarna vända och vrida på sig och uppvisa rastlöst beteende. Barnen som observerades var stela och hade ökad muskeltonus samt hade benen uppdragna mot magen. Detta beteende förmodades bero på smärta. Vissa av pojkarna i studien var slöa, rörde sig mindre och sov mycket. Detta mönster antogs kunna bero på antingen välbefinnande eller illabefinnande (24).

SJUKSKÖTERSANS BEDÖMNING

Använda indikatorer vid smärtbedömning

Sjuksköterskan använde sig av en rad olika symtom och tecken i sin bedömning av barns smärta. Gråt, blodtryck, hjärtfrekvens, andningsfrekvens och syresättning var indikatorer som sjuksköterskor själva uppgav att de använde som ett mått på barns smärtintensitet (13, 27, 28), se tabell II och III. I de granskade studierna var ansiktsuttryck en väl använd indikator för smärta (13, 27-29). Andra tecken som togs med i värderingen var olika förändringar i beteendet så som orolighet och irritation (13).

Kroppsrörelser som t.ex. knutna händer, fäktande extremiteter, ryckningar, uppdragna ben, aktivitetsnivå och att barn skruvade på sig var alla använda tecken i sjuksköterskans smärtbedömning. Även svettning och blekhet var brukade mått för smärta (13, 27, 28). Sjuksköterskorna på barnintensiven nyttjade fler indikatorer för smärta vid bedömning av trauma- och kirurgpatienter än för övriga patienter. De patienter som erhöll respiratorbehandling bedömdes med färre indikatorer än de icke-ventilerade patienterna (13).

TABELL II:

Indikatorer använda av sjuksköterskor på barnintensivavdelning	
* Siffran motsvarar antal ggr varje indikator användes under de 112 observationer som gjordes av sjuksköterskor.	
Ökad hjärtfrekvens	64
Ökad andningsfrekvens	56
Orolig/lättretlig	49
Uttryck av smärta (verbalt)	37
Ökat blodtryck	34
Muskelrigiditet	34
Vrida sig	28
Uppdragna ben	27
Gråt	26
Procedur-relaterat	22
Grimaser/bister min	20
Tårar	19
Patients begäran	19
Skydd av smärtområde	19
Oförmåga att sova/vila	15
Skakig	15
Ökat cerebralt tryck	11
Jämmer/klagan	10
Beröring av smärtområde	9
Oförmåga att lugna/trösta	9

[13] Författarnas översättning

TABELL III:

Indikatorer använda av sjuksköterskor på neonatal- och barnintensivavdelning	
* Mest frekvent använda indikatorer	
Sjuksköterskans bedömning	1
Blodtryck	2
Hjärtfrekvens	3
Diagnos	3
Gråt	5
Föräldrars bedömning	6
Dålig syresättning	7
Grimaser	8
Muskelrigiditet	9
Minskad sömn	10
Fäktande extremiteter	10
Tillbakadragande	11
Rycka till	13
Dokumentation	14
Knutna händer	14
Bister min	16
Cerebralt tryck	17
Andningsfrekvens	17

[27] Författarnas översättning

I Seymours (29) studie använde sig alla sjuksköterskor av tidigare dokumentation i sin smärtbedömning. Dock betonades att det som sjuksköterskorna själva såg och hörde, alltså förstahandsinformation, gav de viktigaste ledtrådarna för bedömningen. Deltagarna i studien ansåg att det var en viktig rutin att läsa dokumentation men att den måste tolkas i sin helhet. Sjuksköterskorna menade att dokumenterade symtom och

tecken i sig inte kan vara pålitliga indikatorer för smärta utan måste förstås med bakgrund av övrig information (29).

Twycross (28) studie visade att sjuksköterskor inte använde sig av några fysiologiska indikatorer för att bedöma smärta. Man använde inte heller beteendeindikatorer regelbundet som ett mått på smärtintensitet. Dock påpekar författaren att det saknas möjlighet att avgöra huruvida sjuksköterskorna noterade fysiologiska tecken. Endast en sjuksköterska använde ansiktsuttryck för att avläsa smärta och en annan barnets uppträdande och aktivitetsnivå. Endast vid tio tillfällen, under de 185 timmar som sjuksköterskorna observerades, tillfrågades barnen om deras smärta och hur den upplevdes. I 12 av 14 fall togs inte heller någon smärtanamnes. The Wong and Baker Faces Pain scale var inkluderad på den preoperativa checklisten och sjuksköterskorna uppmanades att använda skalan för smärtanamnesen. Skalan var ett passande smärtskattningsverktyg för patienternas ålder. Dock såg observatören bara att skalan användes vid ett tillfälle och då på fel sätt. Barnet tillfrågades om hur de kände snarare än hur intensiv smärtan var. Detta indikerade att sjuksköterskorna hade missförstått hur skalan fungerade. Vid två tillfällen använde sjuksköterskorna VAS-skalan som skattningsinstrument. Enligt Twycross (28) var det 26 tillfällen som det hade varit passande att använda något smärtskattningsinstrument, men det gjordes inte. Detta kan till viss del ha berott på att det inte fanns något etablerat instrument på avdelningen. Smärtskattning dokumenterades inte, smärthantering dokumenterades inkonsekvent och lite fanns skrivet om smärtlindrande åtgärder (28).

Kommunikationen mellan sjuksköterskorna och föräldrarna var ofta initierade av föräldrarna och då ville man antingen ha upplysning eller meddela att barnet hade ont. Endast två sjuksköterskor bad föräldrarna meddela om deras barns smärta lindrades. Föräldrarna uppmanades inte heller att delta i barnets smärthantering. En återbedömning efter given smärtbehandling gjordes inte på rutin och utvärderades inte konsekvent. Endast vid ett tillfälle evaluerades den givna smärtbehandlingen och då med VAS-skalan som instrument. När det visade sig att behandlingen var otillräcklig var det inte säkert att åtgärder vidtogs. Under flera av observationerna tyckte sig forskaren se att barnen uppvisade icke-verbala tecken på smärta men detta uppfattades inte av sjuksköterskorna. Vissa av sjuksköterskorna använde sig av beteendeindikatorer dock såg man ingen regelbundenhet (28).

Erfarenhet, kunskap och utbildning

Sjuksköterskans personliga erfarenheter var oerhört betydande gällande hur många smärtindikatorer hon använde sig av. De sjuksköterskor som själva hade erfarit eller haft nära familjemedlemmar som upplevt smärta använde sig av fler smärtindikatorer än de som inte hade någon personlig erfarenhet (13). Sjuksköterskor förlitade sig på och reflekterade utifrån den egna erfarenheten (som föräldrar, mostrar eller fastrar, barnvakter och även som husdjursägare) för att kunna identifiera och förstå smärta samt försöka föreställa sig hur de skulle känna sig om de var i barnets situation (29). Sjuksköterskor med längre erfarenhet använde desto fler indikatorer än de med kortare (13). En annan studie visade att sjuksköterskor har en kunskapsbank med erfarenheter och strategier som de använde för varje enskild bedömning. De med längre erfarenhet selekterade sin bank i större utsträckning och de mest erfarna sjuksköterskorna var mycket knapphändiga i antalet faktorer som de använde för bedömningen (29). Utbildning var också avgörande, ju högre utbildning desto fler använda indikatorer (13).

Att kunna utveckla en förmåga att läsa av spädbarns uppträdande och beteende var en viktig del i den professionella utvecklingen. Sjuksköterskor med mindre erfarenhet förvärvade sig förmågan genom att lära sig olika professionella tekniker för att tolka spädbarns kropp, gråt, ansikte och sömnbeteende. Baserat på denna kunskap utvecklade sjuksköterskan ett eget sätt att förstå och tolka barnet (29).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi valde att göra en litteraturundersökning då vi ansåg att det var en lämplig metod för vårt syfte. Databaserna Cinahl, PubMed och Scopus användes för artikelsökningen. Fördelen med Cinahl är att den är inriktad mot omvårdnad till skillnad från PubMed som är mer naturvetenskaplig. Scopus, som är den största databasen av de tre, innefattar både Cinahl och PubMed. De tio artiklar som slutligen valdes ut till studien hittades via Cinahl. Det är möjligt att det hade påverkat resultatet om vi hade inkluderat artiklar från PubMed och Scopus. Databaserna har olika söksystem men gemensamt för de är att man kan söka på MeSH-termer eller Headlines. Vid en sådan sökning inkluderas alla sökord med samma tema. Hade vi sökt med hjälp av MeSH-termer eller Headlines skulle det kunnat ge fler träffar. Det finns en möjlighet att detta påverkat vårt resultat. Vi gjorde fler sökningar än de som redovisas i artikeltabellen, Tabell I. Vi anser dock att det är irrelevant att redovisa dessa sökningar. Under artikelsökningen påträffade vi ett par andra artiklar som verkade svara mot vårt syfte men som inte fanns tillgängliga i fulltext via Göteborgs Universitetsbibliotek. Med anledning av den korta tid vi hade till vårt förfogande valde vi att utesluta dessa vilket kan ha gjort att vi gått miste om relevanta artiklar.

Då vårt syfte innehöll två huvudteman, *Barns uttryck för smärta* och *Hur sjuksköterskans bedömning sker*, gjordes artikelsökningen med två inriktningar. I studien inkluderades 6 artiklar som svarade mot syftet barns uttryck för smärta och 3 artiklar för syftet sjuksköterskans bedömning. Ramelets (15) studie användes för hela litteraturstudien. I efterhand kan vi tycka att resultatet kanske hade blivit mer djuplodande om syftet endast innehållt något av temana. Dock anser vi att en större helhetsbild har skapats genom att vi valde att ha ett tudelat syfte. Litteraturstudien beskriver både barns uttryck för smärta samt hur sjuksköterskans bedömning sker.

De använda sökorden identifierades utifrån syftet och bakgrunden. Sökningar gjordes bland annat med sökordet *Nurse*. Detta kan ha begränsat vårt resultat. Om vi istället hade sökt på *Nurse** eller *Nursing* är det möjligt att resultatet blivit annorlunda.

De inkluderade artiklarna är alla publicerade i västvärlden; 3 i USA, 2 i England, 2 i Australien och de övriga i Sverige, Frankrike och Canada. I de sökningar som gjordes hittades inga relevanta artiklar publicerade utanför västvärlden. Den kulturella kontexten kan ha influerat resultatet i de olika studierna och det finns därmed en risk med att generalisera resultatet till andra kulturer. I bakgrunden finns beskrivet hur barns uttryck för smärta påverkas av kulturell bakgrund, attityder, normer och det samhälle man lever i. Sjuksköterskan i svensk vård möter patienter med olika bakgrund och härkomst. Därför hade det kompletterat vårt resultat om några studier undersökt barn från t.ex. Afrika, Latinamerika, Asien eller Mellanöstern. Alla studier var publicerade på engelska. Vi har granskat, översatt och tolkat studiernas resultat. Då engelska inte är

vårt modersmål finns det en risk att vi i denna process kan ha feltolkat artiklarna vilket i så fall skulle ha påverkat resultatet. För att minimera denna risk har vi båda läst artiklarna flera gånger, diskuterat resultaten och stämt av att vi tolkat dem lika. I vissa fall då identifierade nyckelord i resultatet varit svåra att översätta har vi slagit upp orden i ordlista och synonymordlista och gemensamt diskuterat fram den mest lämpliga översättningen.

Litteraturstudien innefattade 5 kvantitativa artiklar, 4 kvalitativa artiklar och en litteraturöversikt. Nyttan med kvantitativ forskning är att det är enklare att dra allmänna slutsatser över resultatet. Dock får man inte djupare förståelse för ämnet. Av de 3 artiklar som användes för syftet sjuksköterskans bedömning var 2 kvantitativa. Det hade varit intressant att ha med ytterligare någon kvalitativ artikel för den delen av syftet.

Resultatet delades in i två huvudteman, *Barns uttryck för smärta* och *Sjuksköterskans bedömning*, som följdes av flera subteman. När vi analyserat resultatet kändes de valda subtemana för Barns uttryck för smärta ganska självklara då vi tydligt kunde urskilja skillnader i uttrycken.

Vårt resultat visade att sjuksköterskorna endast använde VAS-skalan och The faces pain scale som smärtskattningsinstrument. Det är möjligt att det resultatet hade blivit på ett annat sätt om vi granskat och inkluderat fler artiklar i litteraturstudien.

RESULTATDISKUSSION

Tidigare ansåg man att barn inte kunde uppleva och känna smärta för att deras nervsystem inte var fullt utvecklat. Under operationer användes endast lustgas och muskelavslappande, ingen narkos och lite smärtlindring (4). Vidare var man övertygad om att barn kunde bemästra smärta och obehag bättre än vuxna och att barns smärtupplevelse var annorlunda mot vuxnas (5, 6). Smärtupplevelse tidigt i livet trodde man inte hade några skadliga effekter på längre sikt och man var säker på att barn inte hade något smärtminne (6).

Vårt resultat visade på att barn uttrycker smärta på ett mycket nyanserat sätt. Hela barnets kropp kunde vara engagerad i uttrycket som många gånger var mycket kraftfullt. Gråt, skrik, häftig andning, minspel och plötsliga kroppsrörelser var alla exempel på hur smärta kan te sig hos ett barn (22, 24, 25). Dessa tecken anser vi i allra högsta grad är tydliga och reella uttryck för smärta. Vi ställer oss undrande till hur dessa tecken tolkats av vårdpersonal tidigare på t.ex. 70-talet då synen på barns smärta var helt annorlunda. Hur förklarade man gråten, skriken och det som idag är typiska attribut för smärta? Negligerades de helt och bortförklarades med något annat? Varför tog det så många år innan den tidigare kunskapen förkastades? Idag vet vi att obehandlad smärta leder till flertalet negativa följder såsom fördröjt tillfrisknande och kliniska komplikationer. Psykologiska besvär som minskad aptit och nedstämdhet är också relaterade till smärta (9, 15, 16). Smärta är skadlig för hälsan och skall undvikas, framförallt hos barn (4).

Resultatet visade att barn i åldrarna 0-6 år har flera gemensamma uttryck för smärta men att vissa uttryck försvann med ökad ålder. Äldre barn uttryckte färre ord för smärta och runt fem års ålder upphörde de att gråta (23, 25). Detta kan bero på att vårt samhälle har skapat ramar och normer för hur vi ska bete oss och att det inte är socialt accepterat att gå utanför dem. En sådan norm kan vara att man ska behärska sig och inte göra några

större utspel. Barn lär sig tidigt att vara känslomässigt kontrollerade och att smärta kan ha en härdande effekt (6). Det kan hända att barnet möts av negativa svar på sin gråt i smärtfyllda och svåra lägen. De vuxna anser det oacceptabelt för ett barn att uttrycka sin smärta genom gråt. Kanske barnet inte vågar gråta förrän de får medgivande från föräldrarna (1). Detta skulle kunna innebära att upplevda känslor undertrycks vilket kan leda till illabefinnande. En annan möjlig orsak till att orden blir färre och gråten tar slut kan vara att lite äldre barn utvecklat en slags medvetenhet gällande smärta som har gjort att de lättare kan ta till sig smärtan, dess orsak och på så sätt hantera den annorlunda än tidigare. I resultatet visade det sig också att pojkar hade färre ord än flickor för att uttrycka smärta orsakad av sjukdom (21). Detta anser vi är väldigt intressant och man kan fråga sig om vårt samhälleliga klimat, kultur, normer och värderingar kan vara tänkbara faktorer som kan påverka språkutvecklingen på detta sätt. Pojkar förväntas redan i tidig ålder bita ihop och chansen att uttrycka sin smärta kanske inte ges i samma utsträckning (7). Pojkar möts av förväntningar om att de ska vara starka och modiga medan flickor tillåts gråta och visa känslor mer öppet (1,7). Genom t.ex. förskolegrupper civiliseras barn tidigt in i samhället och lär sig då att uppträda och reagera utefter de outtalade ramar som finns för pojkar respektive flickor.

Genom att aktivt lyssna, bekräfta och uppmuntra kan man som sjuksköterska ge barn utrymme att känna hopp, tilltro och trygghet men också få de att känna att man bryr sig. Detta är omvårdnadsåtgärder i enlighet med Kolcabas teori om Comfort (18). På detta sätt kan en öppnare relation skapas där barnet förhoppningsvis lättare kan uttrycka sina behov och öppet våga visa sina känslor. De vuxnas attityder talar om för barnet i fall de får uttrycka sina känslor eller inte. En blick eller några tanklösa ord kan räcka för att barnet att hålla känslorna inne. Dubois (25), Stanfords (23) och Francks (21) resultat visar att det är viktigt att som sjuksköterska möjligen vara extra lyhörd då det gäller äldre barn och pojkar och deras uttryck för smärta. De kanske inte gråter, kan ha ett begränsat ordförråd och därmed uppvisa sin smärta på helt andra sätt (21, 23, 25).

I resultatet visade det sig att sjuksköterskor i Twycross (28) studie inte använde sig av några fysiologiska indikatorer för att bedöma smärta. Dock påpekades att det inte framkom huruvida sjuksköterskorna noterade fysiologiska tecken. Andra indikatorer såsom ansiktsuttryck, beteende och aktivitetsnivå användes mycket knapphändigt eller bara vid ett tillfälle. Smärtanamnes togs endast vid 2 av 14 tillfällen och smärtskattningsskalor användes otillfredsställande och ibland även på fel sätt. Resultatet visar också på att kommunikationen mellan sjuksköterskan och barnens föräldrar var mycket knapphändig och ofta initierad av föräldrarna. Smärtskattning dokumenterades inte, smärthantering dokumenterades inkonsekvent och lite fanns skrivet om smärtlindrande åtgärder (28). Sjuksköterskan bör basera sin bedömning på barnets egna upplevelser och beteende men även fysiologiska och psykologiska reaktioner. Barnets föräldrar beskrivs i bakgrunden som en stor resurs som man kan ha stor nytta av i tolkningen av barnets smärta (7).

Kan det vara så att sjuksköterskan utför omvårdnadsåtgärder och professionella bedömningar som inte är synliga på något sätt? Dokumenterar omvårdnadspersonal tillräckligt? Finns det luckor i kunskapen om beprövade hjälpmedel? Eller är det så att det råder viss slentrian bland sjuksköterskor?

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor tas flera områden upp som alla syftar till att göra vården bättre för patienten. Det handlar om hur

sjuksköterskan skall förhålla sig till sig själv i sin roll som sjuksköterska, sin omgivning och till professionen. Områden som berörs är bl.a. kommunikation, bemötande, att tillgodose behov och att kunna utföra adekvata åtgärder (2).

Det är möjligt att de sjuksköterskor som enligt resultatet inte använde sig av några fysiologiska tecken faktiskt noterade dessa indikatorer och inkluderade de i bedömningen. Hade då sjuksköterskan dokumenterat sin smärtbedömning hade detta varit synligt för kollegor och i sin tur skapat större förståelse och kunskap om patientens tillstånd. Detta kan vara avgörande för att kunna bemöta och behandla patienten på bästa sätt vilket kompetensbeskrivningen talar om. Sjuksköterskans smärtbedömning påverkar val av smärtlindringsmetod vilket påverkar möjligheten att hålla smärtan under kontroll. Kolcaba (18) beskriver i Comfort Theory möjligheten att hålla smärtan under kontroll som en standardintervention för att patienten skall kunna uppnå komfort, välbefinnande. Adekvat smärthantering kan också skapa möjlighet för patienten att uppleva befrielse och lindring (18).

Det är möjligt att sjuksköterskorna inte noterade fysiologiska indikatorer samt använde andra smärtindikatorer mycket knapphändigt. De tog inte heller smärtanamnes eller använde smärtskattningsskalor och samspelet med föräldrarna var mycket bristfälligt. Detta skulle t.ex. kunna bero på bristande rutiner, dåligt chefskap och otillräcklig kunskap. Men det skulle också kunna bero på att sjuksköterskorna tröttnat och slutat upp med att ta yrket på allvar. Vardagen blir slentrian och arbetet utförs utan större reflektion. Som ny sjuksköterska vill man gärna passa in och för att göra det anpassar man sig till den rådande kulturen på avdelningen. Arbetssättet adapteras trots att man vet att det är bristfälligt (28). Detta är varken förenligt med kompetensbeskrivningen eller Comfort Theory som mål för omvårdnaden.

I bakgrunden nämns flera olika smärtskattningsskalor så som Flacc-skalan, VAS-skalan, The faces pain scale och Pieces of hurt tool (7, 9, 16). Detta är endast ett fåtal av alla väl beprövade och evidensbaserade hjälpmedel som finns. I bakgrunden ges smärtskattningsskalorna relativt stort utrymme då vi trodde att de skulle ta en större plats i resultatet. I Twycross (28) studie nämns dock endast VAS-skalan och The faces pain scale och användandet av de skalorna var då mycket bristfälligt. Det är möjligt att Twycross (28) resultat blivit annorlunda om smärtskattningsskalor hade haft en större och mer framträdande roll i bedömningen. Genom att använda sig av smärtskattningsskalor ges smärtan ett konkret och objektiva värde för intensiteten i smärtan. Det är också av stor vikt att regelbundet bedöma smärtan för att se om den minskar, ökar eller ändrar karaktär (7). Detta ger sedermera sjuksköterskan en stor möjlighet att värdera och sedan smärtlindra patienten på ett så optimalt sätt som möjligt.

I det första mötet med en patient, vid t.ex. ett ankomstsamtal eller anamnes, ställs frågor som syftar till att upptäcka patientens omvårdnadsbehov och status. Samtidigt tar sjuksköterskan in mer information än svaren på frågorna genom t.ex. patientens kroppsspråk, ansiktsuttryck, tonfall och känslor. All denna information skapar en helhetsförståelse för patienten. Helheten dokumenteras men alla delarna dokumenteras troligen inte då sökorden kanske inte alla gånger är tillräckliga. Vi anser att det är mycket viktigt att sjuksköterskan blir mer medveten om betydelsen av allt det hon gör och att allt som noteras, vägs in och uppfattas blir synligt för kollegor men också för samhället. Tillfredsställande och heltäckande dokumentation är avgörande. Kanske kan det vara så att sjuksköterskor skulle vinna på att bli bättre på att dokumentera delarna av

helheten. På så vis skulle kanske den komplexa kunskap och kompetens som behövs för att bemöta och bedöma patienter bli synlig vilket skulle kunna leda till att sjuksköterskeprofessionen stärks och får något högre status.

En studie som vi kommit i kontakt med senare under arbetets gång är gjord av Kortessluoma, Nikkonen och Serlo (30). Studien undersökte barn 4-11 år och dess förväntningar av sjuksköterskor och professionella hjälpare vid sjukhusinläggning. Studien visade att barnen hade gjort väldigt detaljerade observationer av de professionella hjälparna och deras möjligheter att underlätta smärta. Patienterna förväntade sig kompetens, empati och tid för att kunna lätta och lindra smärtan. Barnen uppskattade de sjuksköterskor som kände empati för dem. Dock kunde vissa barn inte lita på sjuksköterskornas hjälp då de upplevde att sjuksköterskorna inte var tillräckligt nära personligen. Resultatet visade också att barnen var tvungna att själva fråga efter smärtlindring. De tyckte att sjuksköterskorna ofta var upptagna och de hade förväntat sig att de skulle ha mer tid till att hjälpa. Det blev också uppenbart att barnen förlitade sig på smärtlindrande mediciner som ibland var enda vägen för att mildra smärtan (30).

Denna studies resultat anser vi styrker vår litteraturstudies resultat om hur viktig en adekvat smärtbedömning är. Dock visar Kortessluoma et al. (30) att upplevelsen av att vara smärtlindrad är mångfacetterad och så mycket mer än antalet använda indikatorer för en lämplig smärtbedömning (30). Sjuksköterskans sätt och uppträdande när hon bedömer, huruvida frågor ställs med värme och om barnet känner uppriktig medkänsla från sjuksköterskan är faktorer som kan spela roll för upplevelsen. Detta kan kopplas till Comfort Theory och Kolcabas själainterventioner (18). Vi anser det mycket intressant och relevant med den här typen av kvalitativ forskning som låter barnen själva komma till tals. Vi efterfrågar mer studier gjorda på detta sätt. Det hade också varit intressant för, och berikat vårt syfte med en studie där barnen tillfrågades om hur sjuksköterskans smärtbedömning gick till och hur den upplevdes.

I resultatet framkom att sjuksköterskor som arbetade med intensivvårdspatienter valde olika många indikatorer för smärtbedömning beroende på vilken typ av patient det var. Fler tecken inkluderades vid uppskattning av trauma- och kirurgpatienters smärta än för övriga patienters. De patienter som fick respiratorbehandling bedömdes med färre indikatorer än de icke-ventilerade (13). Det sistnämnda resultatet anser vi verkar rimligt då respiratorpatienter är nedsövd och inte uppvisar något kroppsspråk, några verbala uttryck för smärta och begränsat med ansiktsuttryck. Kunde det vara så att sjuksköterskor i mötet med trauma- och kirurgpatienter hade en förutfattad mening om smärtans intensitet, att man väntade sig att de skulle ha svårare smärta och därför togs hänsyn till ett större antal tecken. McCaffery (12) menar att smärta är det som personen upplever smärtan upplever att det är (12). Därför bör sjuksköterskan, oavsett patientens åkomma, inte göra åtskillnad i sin bedömning. Vi anser att man alltid bör ha i åtanke att en person som har en lindrigare åkomma kan ha lika ont som en patient som exempelvis drabbats av livshotande skador.

Coffmans (13) studie uppvisade ett resultat där sjuksköterskorna med längre erfarenhet använde fler indikatorer för smärta än de med kortare erfarenhet (13). De har kanske lärt sig med tiden att smärta kan te sig på lika många sätt som det finns människor. Erfarenheten gör att man använder fler indikatorer för att få en större och tydligare helhetsbild gällande patientens smärta och tillstånd. Vidare kan man diskutera varför sjuksköterskorna med mindre erfarenhet använder sig av färre indikatorer (13). Som

blivande sjuksköterskor ställer vi oss frågande till detta resultat. Vår egen erfarenhet talar för att använda sig av så många indikatorer som möjligt för att inte missa viktig information. Samtidigt kanske kunskapen om smärtindikatorer är begränsad efter grundutbildningen och att man med tiden lär sig identifiera fler möjliga uttryck för smärta. Sedermera blir bedömningen mer nyanserad och komplex.

En annan studie visade däremot att de mest erfarna sjuksköterskorna selekterade i sin kunskapsbank och var mycket knapphändiga i antalet faktorer de använde (29). Detta kan tyckas motsägelsefullt jämfört med Coffmans (13) studie, men det skulle kunna bero på att dessa sjuksköterskor relaterar till tidigare erfarenhet av smärtbedömning. Med tiden formas ett eget tillvägagångssätt och i mötet med olika patienter använder man tidigare erfarenheter om hur smärta brukar te sig och man söker därför de typiska kännetecknen för en viss typ av smärta. Detta kan skapa en mer effektiv och god bedömning men det finns också risk för att man kan gå miste om individuella skillnader då smärtupplevelsen är unik.

Slutsats

Avslutningsvis vill vi betona vikten av kunskap om barns olika smärtuttryck. Barn uttrycker smärta icke-verbalt och verbalt, genom ansiktsuttryck och rörelser samt fysiologiskt. Då alla barn är olika och unika kan uttrycken skilja sig mycket åt. Vidare vill vi understryka att det är viktigt att se och vara medveten om vad som påverkar barnets smärtupplevelse och uttryck. Ålder, sammanhang, erfarenheter och kulturell bakgrund är exempel på faktorer som påverkar. Ökad kunskap hos sjuksköterskor om hur barn uttrycker smärta skulle kunna leda till ökad komfort för barnet i vården. Det kan också leda till att sjuksköterskan bättre kan smärtbedöma, hantera och lindra barns smärta.

I resultatet framkommer det att sjuksköterskorna använder sig utav åtskilliga smärtindikatorer i sin bedömning av barns smärta. Utifrån vår litteraturstudie kan vi se att det behövs mer forskning om hur sjuksköterskan använder sig av de olika smärtskattningsverktyg som finns att tillgå. Det vore också intressant att forska vidare på huruvida smärtuttryck mellan pojkar och flickor skiljer sig åt.

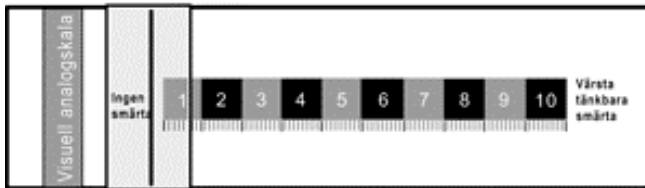
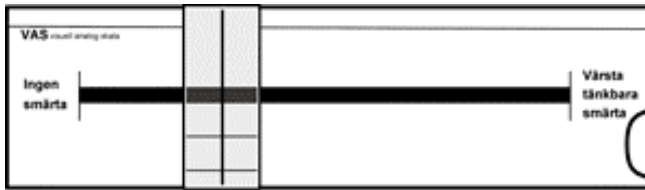
REFERENSER:

1. Lindemann T. Barn och smärta Lund: Studentlitteratur; 1992.
2. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm; 2005 [updated 2005; cited 2010 26 september]; Available from: www.socialstyrelsen.se.
3. Svensk sjuksköterskeförening. Icn:s Etiska Kod för Sjuksköterskor. Stockholm; 2007 [updated 2007; cited 2010 26 september]; Available from: <http://www.swenurse.se>.
4. Werner M, Strang P. Smärta och smärtbehandling. Stockholm: Liber; 2003.
5. Ljungman G, Karling M. Barn och smärta: State of the art. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
6. Lindberg T, Lagercrantz H. Barnmedicin. 3 ed. Lund: Studentlitteratur; 2007.
7. Olsson L G, Jylli L. Smärta hos barn och ungdomar. Lund: Studentlitteratur; 2001.
8. Tveiten S. Omvårdnad i barnsjukvården. Lund: Studentlitteratur; 2000.
9. Månsson E M, Enskär K. Pediatrik vård och specifik omvårdnad. 2 ed. Lund: Studentlitteratur; 2008.
10. von Bayer et al. Children's memory for pain: overview and implications for practice The journal of Pain. 2004;5(5):241-9.
11. Merskey H, Bogduk N. Part III: Pain Terms, A Current List With Definitions and Notes on usage. 1994 [updated 1994; cited 2010 9 september]; Available from: <http://www.iasp-pain.org>.
12. McCaffery M. Nursing management of the patient in pain. Philadelphia Lippincott; 1979.
13. Coffman S et al. Nursing assessment and management of pain in critically ill children. Heart & Lung. 1997;26:221-8.
14. Bjälle J G et al. Människokroppen: fysiologi och anatomi. Stockholm: Liber AB; 1998.
15. Ramelet A-S et al. The challenges of pain measurement in critically ill young children: a comprehensive review. Australian critical care. 2004;17(1):33-45.
16. Hallström I, Lindberg T. Pediatrik omvårdnad Stockholm: Liber; 2009.
17. Nilsson S. Hur kan vi utvärdera smärta hos barn med funktionshinder? ; 2008 [updated 2008; cited 2010 9 september]; Available from: <http://www.reghab.org>.
18. Kolcaba K, Dimarco A M. Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. Pediatric Nursing. 2005;31(3):187-94.
19. Alligood M R, Tomey A M. Nursing Theorists and Their Work. 7 ed. Maryland Heights: Mosby; 2010.
20. Friberg F. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
21. Franck L, Noble G, Lioffi C. From tears to words: the development of language to express pain in young children with everyday minor illnesses and injuries. Child; care, health and development. 2010;36(4):524-33.
22. Mills M N. Pain Behaviors in Infants and Toddlers. Journal of Pain and Symptom Management. 1989;4:184-90.
23. Stanford A E et al. "OW!": Spontaneous Verbal Pain Expression Among Young Children During Immunization. Clin J Pain. 2005;21:499-502.
24. Wennström B, Bergh I. Bodily and Verbal Expressions of Postoperative Symptoms in 3- to 6-Year-Old Boys. Journal of Pediatric Nursing. 2008;23(1):65-76.

25. Dubois A et al. Vocal and Verbal Expression of Postoperative Pain in Preschoolers. *Pain Management Nursing*. 2008;9(4):160-5.
26. Nationalencyklopedin. Mororeflexen. [cited 2010 1 oktober]; Available from: <http://www.ne.se/mororeflex>.
27. Ramelet A-S. Assessment of pain and agitation in critically ill infants. *Australian critical care*. 1999;12(3):92-6.
28. Twycross A. Children's nurses' post-operative pain management practices: an Observational study. *International journal of nursing studys* 2007(44):869-81.
29. Seymour E et al. Modes of Thought, Feeling and Action in Infant Pain Assessment by Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 1997;12(1):32-50.
30. Kortessluoma R-L, Nikkonen M, Serlo W. "You Just Have to Make the Pain Go Away" - Children's Experiences of Pain Management. *Pain Management Nursing*. 2008;9(4):143-9.

BILAGA I

SMÄRTSKATTNINGSINSTRUMENT:



©2B

VAS-skalan (4) sidan 70:



Pieces of Hurt Tool (7) sidan 7:



The faces pain scale (9) sidan 106:

	0	1	2
Ansikte	Neutralt ansiktsuttryck eller ler	Bister uppsyn, rynkar pannan av och till, tillbakadragen, ointresserad	Frekvent eller konstant rynkad panna, darrande haka, hopbitna käkar
Ben	Normal ställning eller avslappnad	Orolig, rastlösa eller spända ben	Sparkar eller uppdragna ben
Aktivitet	Ligger lugnt, normal position, rör sig obehindrat	Skrugar sig, ändrar ofta ställning, spänd	Sprättbåge, rycker till eller stel
Gråt	Ingen gråt (vaken eller sover)	Gnäller eller jämrar sig, klagar av o till	Gråter, skriker eller snyftar, klagar ofta
Tröstbarhet	Nöjd, avslappnad	Kan lugnas med beröring, kramar eller prat. Avledbar	Svår att trösta eller lugna

Observera barnets ansikte, ben, aktivitet, gråt och tröstbarhet i några minuter. Bestäm vilken poäng (0-1-2) barnets beteende överensstämmer med. Poängen summeras. Barnet kan få max 10 p. Dokumentera!

Flacc-skalan (9) sidan 109:

BILAGA II

ARTIKELÖVERSIKT:

Referensnummer: 13

Författare: Coffman S et al.

Titel: Nursing assessment and management of pain in critically ill children.

Tidskrift: Heart & Lung

År: 1997

Land: USA

Syfte: att beskriva hur sjuksköterskor bedömer och hanterar smärta hos kritiskt sjuka barn.

Design: Kvantitativ studie

Metod: Data samlades in genom ett formulär där sjuksköterskorna själva fick uppge vilka indikatorer de använde och hur ofta de användes i bedömningen.

Urval: 24 sjuksköterskor, på en intensivavdelning för barn, bedömde smärta hos 25 barn mellan 1 månad – 18 år.

Antal referenser: 22st

Referensnummer: 15

Författare: Ramelet A-S et al.

Titel: The challenges of pain measurement in critically ill young children: a comprehensive review.

Tidskrift: Australian Critical Care

År: 2004

Land: Australien

Syfte: Att ge en heltäckande översikt av de smärtbedömningsinstrument som finns för barn mellan 0-3 år samt diskutera instrumentens användbarhet för denna grupp av barn.

Metod: Litteraturoversikt av tillgängliga studier och information inom området.

Antal referenser: 88 st

Referensnummer: 22

Författare: Mills M N.

Titel: Pain behaviours in infants and toddlers.

Tidskrift: Journal of Pain and Symptom Management.

År: 1989

Land: USA

Syfte: Att beskriva spädbarn och små barns beteende när de upplevde akut smärta samt beskriva de förändringar i beteende under tre års tid.

Design: En kvalitativ studie

Metod: Observationer, föräldrantervjuer med öppna frågor, journalanteckningar gällande smärta och demografisk data.

Urval: 32 stycken barn med vävnadsskada inkluderande kirurgiska sår, frakturer och brännskada observerades. Intervjuer med barnens föräldrar följde.

Antal referenser: 31 st

Referensnummer: 21

Författare: Franck L, Noble G och Lioffi C.

Titel: From tears to words: the development of language to express pain in young children with everyday minor illnesses and injuries.

Tidskrift: Child: care, health and development.

År: 2010

Land: Storbritannien

Syfte: att klargöra barns språkliga utveckling vad gäller att uttrycka smärta samt hur barn och föräldrar kommunicerar vid små skador och sjukdomar.

Design: kvantitativ studie.

Metod: Frågeformulär med 20 frågor som fanns tillgängliga på Internet under 3 månader.

Urval: 1716 föräldrar deltog i studien. De blev erbjudna att vara med genom e-mail, radio, webbsidor och tidningar för föräldrar.

Antal referenser: 22 st

Referensnummer: 23

Författare: Stanford E A et al.

Titel: "OW!": Spontaneous Verbal Pain Expression Among Young Children During Immunization.

Tidskrift: Clinical Journal of Pain

År: 2005

Land: Kanada

Syfte: Att beskriva hur barn som vaccineras spontant verbaliserar smärta samt att undersöka hur uttrycken för smärta stämmer överrens med ansiktsuttryck och skattning av smärtans intensitet.

Design: Kvantitativ studie

Metod: Barnen observerades med videokamera före-, under- och efter injektion. CHEOPS-skalan och The Faces Pain Scale användes som mätinstrument.

Urval: 58 barn mellan 4 år och 8 månader och 6 år och 3 månader som skulle vaccineras genom intra muskulär injektion.

Antal referenser: 19 st

Referensnummer: 24

Författare: Wennström B, Bergh I.

Titel: Bodily and Verbal Expressions of Postoperative Symptoms in 3- to 6- Year-Old Boys.

Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing

År: 2008

Land: Sverige

Syfte: att undersöka hur små pojkar mellan 3 och 6 år uttrycker postoperativa symtom, kroppsligt och verbalt.

Design: Kvalitativ studie

Metod: Observationer och semistrukturerade intervjuer under pre-, peri- och postoperativa procedurer. W-B skalan användes som mätinstrument.

Urval: 14 pojkar mellan 3- och 6 år med diagnosen retentio testis.

Antal referenser: 58 st

Referensnummer: 25

Författare: Dubois A et al.

Titel: Vocal and Verbal Expression of Postoperative Pain in Preschoolers.

Tidskrift: Pain Management Nursing.

År: 2008

Land: Frankrike

Syfte: Att undersöka barn under 7 år och deras utveckling av vokala och verbala uttryck av postoperativ smärta.

Design: En kvantitativ studie

Metod: Observation med hjälp av videokamera, både pre- och postoperativt.

Urval: 47 barn 1-6 år som var inlagda minst två dagar på barnkirurgisk avdelning för att genomgå operation.

Antal referenser: 33 st

Referensnummer: 28

Författare: Twycross A.

Titel: Children's nurses' post-operative pain management practices: An observational study.

Tidskrift: International Journal of Nursing Studies

År: 2006

Land: Storbritannien

Syfte: Att utröna hur sjuksköterskor hanterar post-operativ smärta hos barn och huruvida hanterandet håller fast vid aktuella riktlinjer.

Design: Kvalitativ studie

Metod: Strukturerad och icke-strukturerad information samlades in genom observationer och anteckningar gjorda av observatören.

Urval: 13 sjuksköterskor som arbetar på en kirurgisk vårdavdelning på ett barnsjukhus.

Antal referenser: 63 st

Referensnummer: 27

Författare: Ramelet AS.

Titel: Assessment of pain and agitation in critically ill infants.

Tidskrift: Australian Critical Care

År: 1999

Land: Australien

Syfte: 1.) Att identifiera de olika tecken som sjuksköterskan använder sig av för att bedöma smärta hos kritiskt sjuka barn. 2.) Att identifiera de olika tecken som sjuksköterskan använder sig av för att bedöma agitation hos kritiskt sjuka barn. 3.) Undersöka om det finns någon skillnad mellan de olika indikatorer sjuksköterskor använder sig utav för att bedöma smärta/agitation?

Design: kvantitativ studie

Metod: frågeformulär innehållande likertskala har använts som mätinstrument där sjuksköterskorna har rankat indikatorer för smärta och agitation.

Urval: 85 sjuksköterskor på en neonatal- och barnintensiv avdelning.

Antal referenser: 55 st

Referensnummer: 29

Författare: Seymour E et al.

Titel: Modes of thought, Feeling, and Action in Infant Pain Assessment by Pediatric Nurses.

Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing

År: 1997

Land: USA

Syfte: Att klargöra vilka komponenter som barnsjuksköterskor använder sig av för att identifiera källa, natur och nivå av smärta samt betydelse och samspel av dessa.

Design: Kvalitativ metod

Metod: 60 barnsjuksköterskor med olika erfarenheter blev intervjuade efter att ha fått information och sett videoklipp på patienter.

Antal referenser: 82 st