

# - ETT SKADAT BARN, VAD GÖR JAG?

SJUKSKÖTERSANS  
PREHOSPITALA BEMÖTANDE  
AV 6-12-ÅRIGA BARN

<b>FÖRFATTARE</b>	Erika Eskilsson Maria Nyberg
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterske- programmet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete  VT 2003
<b>OMFATTNING</b>	10 poäng
<b>HANDLEDARE</b>	Monica Kelvered
<b>EXAMINATOR</b>	Ann Bengtson

<b>Titel (svensk):</b>	- Ett skadat barn, vad gör jag? Sjuksköterskans prehospitala bemötande av 6-12-åriga barn
<b>Titel (engelsk):</b>	- An injured child, what do I do? The nurse's prehospital care of 6-12-year old children
<b>Arbetets art:</b>	Eget arbete
<b>Program/kurs/kurskod:</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng Omvårdnad – VOM200
<b>Arbetets omfattning:</b>	10 poäng
<b>Sidantal:</b>	21 sidor
<b>Författare:</b>	Erika Eskilsson Maria Nyberg
<b>Handledare:</b>	Monica Kolvered
<b>Examinator:</b>	Ann Bengtson

### **SAMMANFATTNING**

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskans prehospitala bemötande av 6-12-åriga barn. I introduktionen beskriver vi prehospital omvårdnad, utvecklingspsykologi och barns tankar och känslor kring sjukdom/skada. Det finns inte mycket genomförd forskning inom detta ämne vilket gjorde sig påmint i vår artikelsökning. Artiklarna vi valde ut tangerar därför endast valt område. Resultatet i artiklarna kändes dock relevant för vårt arbete då det fanns konsensus i dessa. I resultatet såg vi hur vissa faktorer påverkade sjuksköterskans bemötande och barnens upplevelser. Sjuksköterskorna kunde t.ex. undvika en djupare patientkontakt av rädsla för att inte kunna lösa patientens problem. Föräldrarnas emotionella tillstånd styrde barnens, de yngre skolbarnens magiska tänkande kunde ge upphov till missförstånd och det var viktigt för barnen att få känna kontroll av någon form. Vid analysen såg vi sex områden utkristallisera sig under frågan ”Vad är viktigt att tänka på vid det prehospitala bemötandet av 6-12-åriga barn?”. Områdena berörde sjuksköterskan själv, barnet är barn, trygghet, information, relation och delaktighet/makt. Utifrån dessa konstruerade vi en handlingsplan att använda i vårt framtida arbete som sjuksköterskor.

# INNEHÅLL

<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>DEFINITIONER</b>	<b>1</b>
Paramedic	1
Prehospital omvårdnad	1
Ambulanssjukvård	1
Empati	1
Självkänedom	1
<b>PROFESSIONELLT FÖRHÅLLNINGSSÄTT</b>	<b>2</b>
Empati	2
Självkänedom	2
<b>OMVÅRDNADSPERSPEKTIV</b>	<b>2</b>
<b>PREHOSPITAL OMVÅRDNAD</b>	<b>3</b>
Bemötande	3
Kommunikation	4
Relation	4
Krisreaktioner	4
Försvarsmekanismer	4
Att möta barn	5
<b>UTVECKLINGSPSYKOLOGI GÄLLANDE 6-12-ÅRIGA BARN</b>	<b>5</b>
<b>BARNS KÄNSLOR OCH REAKTIONER KRING SJUKDOM OCH SKADA</b>	<b>6</b>
<b>REGELVERK</b>	<b>7</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>9</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>10</b>
<b>HUR KAN BARN I 6-12 ÅRS ÅLDERN REAGERA PÅ EN UPPLEVD KATASTROF</b>	<b>10</b>
Utvecklingspsykologi	10
Känslor	10
Beteende	10
Psykosomatiska besvär	11

<b>VAD KAN PÅVERKA 6-12-ÅRIGA BARNES REAKTIONER PÅ EN UPPLEVD KATASTROF?</b>	<b>11</b>
<b>Kognitiv utveckling</b>	<b>11</b>
<b>Sårbarhet</b>	<b>11</b>
<b>Smärta</b>	<b>11</b>
<b>Hotfulla händelser</b>	<b>11</b>
<b>Föräldrarnas reaktioner</b>	<b>11</b>
<b>Sjuksköterskans förhållningssätt</b>	<b>12</b>
<b>VAD KAN 6-12-ÅRIGA BARN HA FÖR TANKAR OCH KUNSKAPER KRING ANATOMI OCH FYSIOLOGI?</b>	<b>12</b>
<b>HUR KAN VI SOM SJUKSKÖTERSKOR BEMÖTA DE NÄRSTÅENDE FÖR ATT BARNEN SKALL KÄNNA ÖKAD TRYGGHET?</b>	<b>13</b>
<b>HUR KAN VI SOM SJUKSKÖTERSKOR BEMÖTA BARN I ÅLDRARNA 6-12 ÅR FÖR ATT SE TILL BARNETS BÄSTA?</b>	<b>13</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>Sjuksköterskan själv</b>	<b>16</b>
<b>Barnet är barn</b>	<b>17</b>
<b>Relation</b>	<b>17</b>
<b>Trygghet</b>	<b>18</b>
<b>Delaktighet/makt</b>	<b>18</b>
<b>Information</b>	<b>19</b>
<b>Slutsats</b>	<b>19</b>
<b>Framtida forskning</b>	<b>19</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>20</b>
<b>BILAGOR</b>	
<b>BILAGA 1</b>	<b>Artikelsammanställning</b>
<b>BILAGA 2</b>	<b>Handlingsplan</b>

## ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

## BILAGA 1

Referens: (28)  
Författare: Brennan A.  
Titel: Caring for Children During Procedures: A Review of the Literature  
Syfte: Sammanställa rekommenderade interventioner när det gäller att hjälpa barn och föräldrar att gå igenom undersökningar och behandlingar inom sjukvården.  
Metod: Litteraturstudie  
Referenser: 39 st  
Tidskrift: Pediatric Nursing 1994;20(5): 451-456 (Sep-Oct)

---

Referens: (29)  
Författare: Gray Deering, C.  
Titel: A Cognitive Developmental Approach to Understanding How Children Cope With Disasters  
Syfte: Hjälpa sjukvårdspersonal förstå barns upplevelse av en katastrof, åldersspecifika reaktioner och identifiera symtom på copingssvårigheter.  
Metod: Fallstudie kring tre barn från författarens tidigare arbeten.  
Referenser: 33 st  
Tidskrift: Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing 2000;13(1): 7-16

---

Referens: (30)  
Författare: Di Gallo, A, Barton, J, Parry-Jones, W.  
Titel: Road Traffic Accidents: Early Psychological Consequences in Children and Adolescents  
Syfte: Ta reda på vilka psykologiska konsekvenser och symtom som kan dyka upp hos barn efter en trafikolycka.  
Metod: Intervju med 57 barn  
Referenser: 24 st  
Tidskrift: British Journal of Psychiatry 1997;170: 358-362

---

Referens: (31)  
Författare: Coffman, S.  
Titel: Children's Reactions to Disaster  
Syfte: Visa hur barnens utveckling, livs- och familjesituation påverkar barns reaktion på en katastrof.  
Metod: Litteraturstudie  
Referenser: 22 st  
Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing, 1998;13(6): 376-382 (Dec)

---

Referens: (32)  
Författare: Basson, M, Guinn, J, McElligott, J, Vitale, R, Brown, W, Fielding, P.  
Titel: Behavioral Disturbances in Children After Trauma

Syfte: Beskriva barns psykologiska och beteendemässiga abnormaliteter efter ett trauma.  
Metod: Frågeformulär och intervjuer med föräldrar till 80 barn utsatta för trauma respektive 80 barn i en kontrollgrupp.  
Referenser: 40 st  
Tidskrift: Journal of Trauma, 1991;31(10): 1363-1367 (Oct)

---

Referens: (33)  
Författare: Nicastro, E, Velasco Whetsell, M.  
Titel: Children's Fears  
Syfte: Ge sjuksköterskor en ökad förståelse för barns rädslor och ge förslag på hur sjuksköterskor kan hjälpa barnen att bearbeta dessa.  
Metod: Litteratustudie  
Referenser: 85 st  
Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing, 1999;14(6): 392-40 (Dec)

---

Referens: (34)  
Författare: Hellier Wilson A, Yorker B  
Titel: Fears of Medical Events Among School-age Children with Emotional Disorders, Parents, and Health Care Providers  
Syfte: Beskriva rädslor för medicinska ingrepp/händelser hos barn med emotionella störningar och jämföra med föräldrars och sjukvårdspersonals rapporter.  
Metod: 30 barn, föräldrar och sjukvårdspersonal fick svara på frågeformulär  
Referenser: 22 st  
Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing, 1997;18: 57-71

---

Referens: (35)  
Författare: Bricher, G  
Titel: Children in the Hospital: Issues of Power and Vulnerability  
Syfte: Belysa de ojämlika relationerna mellan barn och vuxna inom sjukhusvården. Vad menas med "för barnets bästa"?  
Metod: Fenomenologisk studie, intervjuer med 6 st barnsjuksköterskor.  
Referenser: 51 st  
Tidskrift: Pediatric Nursing, 2000;26(3): 277-281 (May-June)

---

Referens: (36)  
Författare: Tiedeman, M.  
Titel: Anxiety Responses of Parents During and After the Hospitalization of Their 5- to 11-Year-Old Children  
Syfte: Beskriva föräldrarnas oro och hur den yttrar sig under och efter sjukhusvistelse för deras 5-11-åringar.  
Metod: Frågeformulär till 52 föräldrar.  
Referenser: 34 st  
Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing 1997;12(2): 110-119 (April)

Referens: (37)  
Författare: Jay R.  
Titel: Reassuring and Reducing Anxiety in Seriously Injured Patients: a Study of Accident and Emergency Interventions  
Syfte: Att beskriva och förklara olika omvårdnadsstrategier när det gällde bemötande av traumapatienter som var, eller inte var till hjälp för patienterna på en akutmottagning.  
Metod: Kvalitativ studie med intervjuer av 7 patienter.  
Referenser: 26 st  
Tidskrift: Accident and Emergency Nursing 1996;4: 125-131

---

Referens: (38)  
Författare: Woodward, G, Fleegler, E.  
Titel: Should Parents Accompany Pediatric Interfacility Ground Ambulance Transport? Results of a National Survey of Pediatric Transport Team Managers.  
Syfte: Sammanställa vad olika pediatrika och neonataltransportteam ansåg om föräldrarnas närvaro vid ambulanstransport.  
Metod: Enkätundersökning, 103 st team.  
Referens: 24 st  
Tidskrift: Pediatric emergency care 2001;17(1): 22-27

---

Referens: (39)  
Författare: Jones, E, Badger, T, Moore, I  
Titel: Children's Knowledge of Internal Anatomy: Conceptual Orientation and Review of research  
Syfte: Sammanställa studier kring barns förståelse för intern anatomi.  
Metod: Litteraturstudie  
Referenser: 27 st  
Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing 1992;7(4): 262-268 (Aug)

---

Referens: (40)  
Författare: Byrne G, Heyman R.  
Titel: Understanding Nurses' Communication with Patients in Accident & Emergency Departments Using a Symbolic Interactionist Perspective.  
Syfte: Att undersöka sjuksköterskors upplevelse av deras arbete och patienter på två akutmottagningar, hur dessa upplevelser påverkade deras arbete samt hur sjuksköterskorna hanterade patienternas oro.  
Metod: Djupintervjuer med 21 sjuksköterskor  
Referenser: 34 st  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 1997;26(2): 93-100

---

Referens: (41)  
Författare: Wahlin U, Weislander I, Fridlund B.  
Titel: Loving Care in the Ambulance Service.

Syfte: Att undersöka hur ambulanspersonalen praktiserade kärleksfull omvårdnad i ambulanserna.  
Metod: Kvalitativ studie där tolv ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterskor fick svara på skriftliga frågor.  
Referenser: 28 st  
Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing, 1995;11: 306-313

---

Referens: (42)  
Författare: Jarrett, N, Payne, S.  
Titel: A Selektive Review of the Literature on Nurse-Patient Communication: Has the Patient's Contribution Been Neglected?  
Syfte: Belyser hur patienten är delaktig i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient.  
Metod: Litteraturstudie  
Referenser: 51 st  
Tidskrift: Journal of Advanced nursing 1995;22(1): 72-78

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Vi är två sjuksköterskestuderande som är intresserade av mötet med olika människor under vitt skilda omständigheter, långt från sjukhus och korridorer. Därför blev valet av uppsatsämne en fördjupning i ambulanssjukvård. Hur präglar det första mötet med sjukvården den fortsatta bearbetningen av det inträffade? Under sjuksköterskeutbildningen har vi diskuterat omvårdnad, relationer, bemötande, empati, krisbearbetning och patientcentrering (1). Hur konkretiserar vi dessa fina ord? Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska vi som sjuksköterskor bemöta patienten med respekt, men vad innebär det i praktiken (2)? Vi tror att bemötandet är grunden för en god vård och att det är viktigt att vara medveten om de psykiska behoven. Om vi som sjuksköterskor har en god självbild och är lyhörda inför patienten är chansen stor att denne påverkas positivt även om vi inte bemästrar situationen medicinskt till hundra procent. Vi har båda arbetat med barn och ungdomar och såg nu chansen att fördjupa våra kunskaper gällande barn inom ambulanssjukvården. Vi vill konstruera en ”manual” innehållande punkter över vad vi som sjuksköterskor bör tänka på i bemötandet för att patienten ska känna att denne är i goda händer. Det är en investering att lära sig mer kring vårt mänskliga beteende och våra reaktioner.

## DEFINITIONER

### **Prehospital omvårdnad**

Den initiala medicinska omvårdnaden som ges en sjuk eller skadad människa, av en paramedic, vilken är en yrkeskategori som har utbildning inom akutmedicin, eller annan person innan patienten når sjukhusets akutmottagning (3).

### **Ambulanssjukvård**

Ambulanssjukvården innefattar undersökning, vård och behandling i samband med sjuktransporter inom hälso- och sjukvården (4).

### **Empati**

Redan de gamla grekerna använde sig av ”empathia”. De grekiska ”en” betyder in och ”pathos” betyder känsla, lidelse. Inom den vetenskapliga litteraturen tolkas empati som förmågan att ta emot och förstå känslobudskap. I dagligt tal används empati i betydelsen vänlighet och tillmötesgående istället för att uppfatta en annans individs känslomässiga tillstånd (5). Nationalencyklopedin (6) definierar empati som förmåga till inlevelser till andra människors behov och reaktioner, inkännande. Nilsson och Waldermarsson (7) hävdar att empati innebär en förståelse för hur den andre tänker och känner utifrån sitt perspektiv, en identifikation med den andre och bortseende från det egna perspektivet. Empati kräver engagemang, identifikation och insikt. Vi måste både ha närhet och en förmåga till distans. Medan sympatin innebär att vi utifrån egna upplevelser och erfarenheter förstår att den andre har det svårt går empatin djupare och innefattar en intellektuell och känslomässig förståelse.

### **Självkännedom**

Nationalencyklopedin (6) beskriver självkännedom som kännedom om det egna jaget och dess begränsningar.

## PROFESSIONELLT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

### Empati

Holm (5) betonar att empati behövs i mötet med olika patienter. Det gäller att kunna vara personligt engagerad och samtidigt sätta gränser för att inte uppslukas i det professionella bemötandet. Det är lättare att inta en annan människas perspektiv om jag tycker att denne liknar mig själv. Holm beskriver ett försvar som slår till hos oss när vi möter potentiellt hotfulla signaler, vilket försvårar medkänslan. Den empatiska precisionen är högre om den andres känslor och tankar inte förväntas orsaka obehag hos oss. Det här är viktigt att komma ihåg när vi möter patienter som upplevs otrevliga och som hotar vår önskan att vara "duktiga" sjuksköterskor. Vår empatiska förmåga är beroende av en god psykologisk anpassning. Det hjälper att vara emotionellt mogen, ansvarstagande, ha tilltro till andra och en god självkänsla.

### Självkänedom

I vårt professionella förhållningssätt är det viktigt att vara medveten om de egna känslorna och behoven. Först då kan vi hantera dem så att de inte styr kontakten med patienten. Vi måste utvidga vår kännedom om egna problemområden, vårt typiska sätt att reagera i speciella situationer och med vissa människor, våra psykiska försvar och beteenden som vi har svårt att möta. Det finns behov som kan påverka oss som sjuksköterskor i kontakten med patienterna. Behovet av att vara omtyckt kan innebära att obekvä information inte ges eller att nödvändiga gränser i kontakten med patienten inte sätts. Vårt behov av kontroll och makt kan medföra att patienten inte får stå på egna ben. Här påverkar också behovet av att vara behövd. Vi kan binda den hjälpsökande till oss och göra denne beroende. Behovet av att vara duktig kan innebära att vi förutom att ställa höga krav på oss själva också förväntar oss underverk av patienten. Risken finns att vi då inte investerar i patienter som inte blir bättre. Behovet av att bli sedd kan innebära att vi kräver uppmärksamhet, tacksamhet eller beundran från patienten när uppmärksamheten i mötet istället skall ges denne (5).

Holm (5) redogör för myten inom sjukvården att hjälparen bara får känna fina, uppbyggliga känslor som medkänsla, hjälpsamhet och omtanke. Förmodligen kommer detta från att vi inte skiljer mellan att ha känslan och att oreflekterat leva ut den. Att undertrycka sina känslor resulterar inte i att de försvinner, de läcker istället omedvetet ut i våra handlingar. Då minskar även förmågan att inse vad som händer i kontakten med patienten. Omedvetenhet om att en patient väcker vår irritation innebär att vi inte heller ser att vi reagerar på detta genom att t.ex. vara ironiska. Vi kan därför inte förstå varför patienten blir sårad eller arg.

## OMVÅRDNADSPERSPEKTIV

Katie Eriksson (8) ser relationen mellan patient och vårdare som grunden i vårdandet. Här ska vi som sjuksköterskor möta hela människan, med kropp, själ och ande. En hel människa har livsvilja, hopp, önskningar, fantasi, tankar, känslor, tro, drömmar, o s v. Det ligger i vår yrkesskicklighet att ständigt fördjupa vår kunskap om den unika människan. Vi arbetar i en ny vårdprocess med varje ny patient. Eriksson hävdar att en fungerande vårdrelation utgör förutsättningen för en fungerande vårdprocess. Om vårdprocessen inte grundats på en relation har den reducerats till utförandet av en rad uppgifter. Eriksson (9) talar också om att vårda är

att dela. Att dela förutsätter en helhet, jag måste som sjuksköterska vara hel för att kunna dela och därmed vårda.

Jahren Kristoffersen (10) beskriver Ida Orlandos teori där hon betonar samspelet mellan sjuksköterska och patient. Vi är som människor unika och individuella. Omvårdnadsprocessen definieras som interaktionen mellan patientens beteende, sjuksköterskans reaktion på patientens beteende samt ett bekräftande av sjuksköterskans reaktioner. Interaktionsprocessen inleds med att patientens beteende uppmärksammas. Om patienten har ett behov som denne inte själv kan tillfredställa upplevs hjälplöshet. Patientens känslor återspeglas i beteendet och det gäller att vara särskilt observant på bristande överensstämmelse mellan verbalt och ickeverbalt beteende. Sjuksköterskan uppfattar patientens beteende och tolkar därefter situationen mot bakgrund av egna kunskaper och erfarenheter. När sjuksköterskan identifierat ett behov hos patienten måste upplevelsen av situationen delas med denne. Reaktionerna kan inte leda till handlingar innan patienten fått bekräfta att sjuksköterskans antaganden och uppfattningar är korrekta.

## **PREHOSPITAL OMVÅRDNAD**

Socialstyrelsen har beslutat att endast legitimerade sjuksköterskor, och inte ambulanssjukvårdare, får administrera läkemedel i ambulans från och med oktober 2005. Argumentet har varit att patienter i hela landet har rätt till samma kvalitet av hälso- och sjukvård. Läkemedlen blir också allt mer potenta med smal terapeutisk bredd, vilket kräver utbildning och kunskap. I och med att sjuksköterskor nu bemannar ambulanserna kommer också omvårdnadsperspektivet in (11).

### **Bemötande**

Sjöström och Johansson (11) har intervjuat ambulanssjukvårdare för att ta reda på vad dessa tycker är ambulanssjukvårdskunnande. Resultatet visar att bemötande och medmänsklighet sågs som något viktigt. De intervjuade talade om att se människor som unika individer. Det gäller att ge både patienter och anhöriga ett individuellt omhändertagande som baseras på förståelse för individ och situation. Ambulanssjukvårdarna blev också tillfrågade om skillnaderna mellan nybörjare och erfarna vårdare. Här talas det om olikheter i sättet att bemöta och uppträda gentemot patienterna. Ju längre ambulanspersonalen arbetade desto mer sågs betydelsen av empati och vikten av att visa hänsyn och respekt. Malmsten (12) talar om vikten av att förstå och acceptera sina egna reaktioner som hjälpare. Det är en förutsättning för att må bra i yrket på lång sikt och därmed kunna göra ett bra arbete. Axelsson (13) hävdar att vi måste se människan bakom sjukdomen/skadan för att kunna tillgodose dennes behov av trygghet och allmänmänskliga behov. I bemötandet är det viktigt att förstå de känslor och upplevelser som den drabbade har.

Isaksson och Ljungquist (14) poängterar att vi i mötet med en människa bildat oss en uppfattning om denna redan innan vi börjar tala med henne. Relationen påverkas av vilka känslor och värderingar som uppstår i mötet. Att visa respekt i kombination med att inge trygghet inom den prehospitala verksamheten ger patienten en bra grund inför den fortsatta sjukvårdskontakten efter mötet med ambulanspersonalen. Författarna beskriver vikten av att ställa frågor så att dessa inte stressar patienten, att inleda med allmänna frågor, aldrig ljuga eller lova något som inte går att hålla,

undvika medicinska termer, tala kort och koncist. Det är väsentligt att presentera sig, fråga efter patientens namn, samt att stanna oss patienten, inte vända ryggen till.

### **Kommunikation**

Tate (15) hänvisar till olika faktorer som påverkar kommunikationen mellan läkare och patient. När patienten blir sjuk eller skadad så finns många tankar om detta. Innan läkaren kommer in i bilden har ofta patienten redan teorier om vad som hänt, varför det har hänt, varför det skulle drabba just honom/henne, vad som skulle kunna göras åt det och om det är allvarligt. Ingen söker läkare med endast symtom. Patienten kommer dit med teorier, oro och förväntningar kring symtomet. Vi behöver bli mer kunniga att ta reda på varför patienten har kommit/ringt ambulansen. Tate tar också upp vikten av att gå igenom sina egna värderingar och attityder. Hur påverkar det mitt förhållande till patienten? Vad är mitt mål när jag möter patienten? Se, lyssna, ställa en diagnos? Tate hävdar att vi måste ställa samma frågor till patienten som denne redan frågat sig själv. Varför har patienten kommit/ringt ambulansen, varför nu, vad har hänt och varför har det hänt? Tate beskriver hur olika ord påverkar patientens upplevelse. Om patienten får höra att denne "inte ska oroa sig" säger vi samtidigt att det finns en möjlighet att oroa sig i situationen. Det gäller att undvika att säga "*don't unless you mean do*".

### **Relation**

Genom ett gott bemötande och en konstruktiv kommunikation skapas förutsättningarna för en god relation. Det är viktigt att patienten i sin beroendeställning känner förtroende för oss som vårdare. Den psykiska upplevelsen av att vara sjuk/skadad innefattar ofta ångslan, oro och smärta. I ambulanssjukvården möter dessutom patienten främmande människor i en främmande miljö. Det finns därför ett stort behov av trygghet (13).

### **Krisreaktioner**

Rädsla, smärta och oro innebär ofta att vi hamnar i en krisreaktion av något slag. Krisen kan delas upp i fyra olika faser, där gränserna är flytande. Den första är chockfasen då individen håller verkligheten ifrån sig. Detta kan pågå från några sekunder till några dygn. Reaktionen kan visa sig i gråt, skrik, total apati, förvirring och panik (16). Panik kan lätt smitta av sig och försvårar därmed hjälparbetet. Det gäller att fråga hur folk mår, erbjuda hjälp, lyssna och kanske hålla en hand, fysisk kontakt (13). Nästa steg innefattar reaktionsfasen. Nu börjar individen förstå det inträffade och det gäller att integrera verkligheten så funktionellt som möjligt. Här gör försvarsmekanismerna att det sker skonsamt (16). Fasen kan pågå från några veckor till månader och visa sig i ångest, sömnsvårigheter och aptitlöshet. Den drabbade frågar sig ofta "varför"? Här gäller det att lyssna, visa förståelse och ta emot gråten. Bearbetningsfasen kan pågå ett år eller längre. Nu finns en distans och ett accepterande till det inträffade. Som hjälpare kan vi lyssna och svara på frågor. Det är viktigt att inte komma med goda råd eller egna värderingar. Den sista fasen innefattar nyorientering och pågår under resten av livet. Smärtan och sorgen har fått en ny dimension. Individen börjar tänka framåt (13).

### **Försvarsmekanismer**

I en kris får kroppen ta emot mycket känslomässigt smärtsam information. Utan försvarsmekanismer hade vi hamnat i en akut psykos, de hjälper den drabbade att se verkligheten på ett realistiskt sätt. I omhändertagandet gäller det sedan att underlätta

för patienten att ta till sig det inträffade. Individens kan omedvetet förneka och då kan kroppen inte heller reagera på det inträffade. Vid en isolering når vissa, mindre känslomässigt laddade delar av informationen fram medan andra kopplas bort. Hjälparen använder sig ofta av detta vid arbete på skadplats. Känslorna blir tillfälligt avskärmade medan den tekniska verkligheten når en medveten nivå. Vid bortträngning är individen helt eller delvis medveten om problemet men skjuter det avsiktligt åt sidan. Regression innebär att känslomässigt och beteendemässigt gå tillbaka till tidigare utvecklingsfaser. Den drabbade behöver därför ofta bli omhändertagen och beskyddad. Istället för att utgå ifrån att patienten är självständig måste vi komma ihåg att det i en krissituation kan vara skönt att bli tillsagd, inte bara informerad, ”Sätt dig här”, ”Gör detta”. Rädsla och oförmåga kan kompenseras med en skenbart stor förmåga, överkompensation. Det kan gälla patienten som i en akutsituation med svåra skador ”inte har så ont” eller hjälparen som trots en känsla av okunskap ger intrycket av stor självsäkerhet (12).

### **Att möta barn**

Barn skiljer sig från vuxna både anatomiskt, fysiologiskt och emotionellt. De kan dessutom visa andra symtom vid sjukdom än vuxna. Därför är det naturligt att människor som inte är vana att arbeta med barn känner tveksamhet och blir rädda inför att t ex behandla ett barn. Situationen blir genast värre när barnet är under stress och svårt sjukt. Det gäller att tala med barnet och vinna förtroende. Föräldrarna måste vara involverade från början. Dessa blir också patienter, som är oroade och upprörda över sitt barn. Det kan underlätta om de får tydlig information om vad som händer i olika steg, och att få vara med så mycket som möjligt under omhändertagandet (17).

I mötet med skolbarnet är det viktigt att tala direkt till barnet och därefter vända sig till de närstående. Vi kan med enkla ord förklara vad som är fel och hur detta kommer att påverka barnet. Genom att förutse barnets frågor och rädslor kan vi genast diskutera dem. Det gäller att inte ge allt för mycket information, inte ljuga, inte förhandla om saker som barnet egentligen inte kan påverka och försäkra att sjukdomen/skadan inte är något straff. Beröm barnet, låt det vara delaktigt och bli inte irriterad om barnet inte vill samarbeta. Vård av ett barn innebär ofta att vårda en hel familj och därför måste vårdaren ha en god kommunikationsförmåga (18).

### **UTVECKLINGSPSYKOLOGI GÄLLANDE 6-12-ÅRIGA BARN**

I mötet med barn gäller det att ha vissa förkunskaper för att relationen ska bli så god som möjligt. För att förstå barns förmåga och beteende måste vi t.ex. ta hänsyn till var barnet befinner sig utvecklingsmässigt. Då finns förutsättningarna för att undvika senare problem. Det finns ett behov av mer forskning eftersom det inte finns mycket beskrivet om denna åldersgrupp jämfört med tidig barndom och tonår. Inom psykologin har latensperioden, 7-11 år, setts som en lugn period i barnets liv. Först under 1990-talet börjar forskningen visa att så inte är fallet. Här finns svåra känslostormar, ångslan och depressiva tendenser (19).

Nilzon (19) refererar till Piagets forskning som beskriver barns kognitiva utveckling, olika processer som tänkandet går igenom. Han beskriver att 7-9-åringarna börjar få ett ökat abstrakt tänkande, större matematisk förmåga, kunna bedöma tid och hastighet, ökad förståelse för orsak och verkan. Från att ha varit egocentriska och sett

och tolkat allt från sig själva kan nu barnet mer och mer sätta sig in i vad andra känner, tänker och tycker. Evenshaug och Hallen (20) hänvisar till Vygotskij som menar att språket är viktigt i den kognitiva utvecklingen, och det gäller att som vuxen uppmuntra till kommunikation. Språket är ett redskap för tänkandet. Nilzon (19) uppger att 7-9-åringarna kan delta i diskussioner och problemlösningar. De reflekterar över det egna sättet att vara och se ut och funderar över brister och avvikelser. Självkritiken är ofta stor.

Evenshaug och Hallen (20) beskriver Erik Homburger Eriksons teori kring vår psykosociala utveckling utifrån olika faser. I faserna finns olika livskänslor respektive rädslor och ångest. Livskänslorna hos 6-9-åringarna kretsar ofta kring förståelse, duktighet, styrka, att behärska tillvaron och känna ett ökat ansvar. Hos 9-12-åringarna växer autonomi och meningsfrågorna fram. Förtrölighet och intimitet är också viktigt. I en omvårdnadssituation är det betydelsefullt att å ena sidan förstärka dessa livskänslor och å andra sidan minska ångesten. Samtidigt är 6-9-åringarna rädda för att inte klara sig själva, förlora funktioner, känna svaghet, skuld och skam. Rädslan hos 9-12-åringarna berör ofta döden, beroende samt förlust av framtiden. Om en sjukdom/skada inträffar hos en åttaåring finns enligt Homburger Erikson en risk att denne går vidare med t ex skuld och skamkänslor kring detta.

För några år sedan myntades begreppet ”nioårskrisen”. Barnet förstår mer än tidigare, och är samtidigt mycket självkritisk. Detta kan leda till olust, oro, aggressioner, sorg, magont och depressiva känslor (19).

## **BARN KÄNSLOR OCH REAKTIONER KRING SJUKDOM OCH SKADA**

Barn i skolåldern har en stark rädsla och oro över att bli beroende, att förlora självbestämmandet. De har många tankar kring existentiella frågor, om livets mening, om skuld och straff och är rädda för kroppsskada (21). I skolåldern kan barn förstå vad som hänt, de kan reflektera och sätta ord på tankar och känslor. Barn som varit med om traumatiska upplevelser kan ha svårt att tänka på sina känslor. De sätter ofta igång med en aktivitet för att slippa tänka eller uppleva känslor (22). Vanliga reaktioner hos barn i det direkta skedet efter ett trauma är chock och tvivel, fruktan och protest, apati och ett förlamande tillstånd, barnet fortsätter med det som denne håller på med (23). Harris (24) beskriver hur barn i de yngre skolåren kan ha ett begränsat tankeinhåll. Om barnet har skrämmande tankar kan de inte koncentrera sig på andra uppgifter. Ångestfyllda och sorgsna tankar kan blockeras om barnet är uppslukat av en viss aktivitet. Harris hänvisar till studier där barnen fick rekommendera tekniker för att hantera sjukdom. Sexåringarna föreslog roliga aktiviteter medan tioåringarna beskrev betydelsen av att glömma sjukdomen och det obehagliga. Vidare tar Harris upp att barn i 7-8-årsåldern blir medvetna om ambivalens, att människor kan ha en kombination av positiva och negativa känslor. I 10-11-årsåldern börjar barnen förstå att två känslor kan existera samtidigt och ingå i ett samspel.

Pojkar och flickor har olika förmåga att hantera en kris. Redan från födseln uppfostras flickor och pojkar olika i både leken och den sociala inlärningen. Pojkar skjuter lättare undan saker och ting, blickar framåt och bryr sig inte om sina känslor medan flickor stannar upp och konfronteras med känslorna (23). Barns reaktioner beror till stor del på hur de vuxna reagerar och deras förmåga att tillgodose barnens

behov. Barn behöver korrekt fakta och information om det inträffade. En öppen och ärlig dialog är bäst för barnet. Efterreaktioner som rädsla och ångest kan anta många olika uttryck, vilket är viktigt att vara uppmärksam på. Vuxnas attityd att barn snart glömmer det de upplevt, kan vara den bidragande orsaken till att barns katastrofreaktioner är dåligt kartlagda (25).

## **REGELVERK**

Hälso- och sjukvårdslagen beskriver våra allmänna skyldigheter som sjuksköterskor:

*”Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt. Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient skall se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten skall den istället lämnas till en närstående till patienten.”* Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. 2 kap, 1 § och 2 § (2).

FN:s barnkonvention hävdar att barnets bästa alltid skall komma i främsta rummet. Vuxna måste ge barnet det skydd och den omvårdnad som det behöver. I alla frågor som rör barnet skall barnets egna åsikter ges möjlighet att uttryckas och vi vuxna måste ta hänsyn till dessa. Vidare har alla barn rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa genom sjukvård och rehabilitering (26).

Nordisk förening för sjuka barns behov, NOBAB har arbetat fram en nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård i enlighet med FN:s barnkonvention. Där talas det om att föräldrar skall få stöd att ta aktiv del i barnets vård. Barn och föräldrar skall få information på ett sätt så de förstår och som är anpassat till barnets ålder. Därefter skall de vara delaktiga i beslut som gäller behandling och vård av barnet. Som sjuksköterskor måste vi ha utbildning och kompetens att bemöta de fysiska och psykiska behoven som finns hos barnet och familjen. Vi skall också bemöta barnet med takt och förståelse och respektera integriteten (27).

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa sjuksköterskans prehospitala bemötande av 6-12-åriga barn.

## **FRÅGESTÄLLNINGAR**

Hur kan barn i 6-12 års åldern reagera på en upplevd katastrof?

Vad kan påverka 6-12-åriga barns reaktioner på en upplevd katastrof?

Vad kan 6-12-åriga barn ha för tankar och kunskaper kring anatomi och fysiologi?

Hur kan vi som sjuksköterskor bemöta de närstående för att barnen skall känna ökad trygghet?

Hur kan vi som sjuksköterskor bemöta barn i åldrarna 6-12 år för att se till barnets bästa?

## METOD

Introduktionsdelens material har inhämtats från Biomedicinska biblioteket i Göteborg, Studietorget vid institutionen för omvårdnad (Göteborgs universitet), Stenungsunds folkbibliotek, Ljungskiles vårdcentral, privat litteratur och Internet.

Resultatet bygger på 15 artiklar som bl.a. funnits genom sökningar i databaserna CINAHL och PubMed/Medline (se tabell 1). Manuell sökning har skett vid Biomedicinska biblioteket i Göteborg och biblioteket vid Högskolan i Borås. Referenslistor från tidigare uppsatser vid Institutionen för omvårdnad (Göteborgs universitet) samt en uppsats från [www.ambulansforum.se](http://www.ambulansforum.se) gav tips om artiklar som vi valde att använda (28-33, 37, 39, 41, 42).

Eftersom det var svårt att hitta artiklar inom vårt område beslutade vi oss för att manuellt gå igenom alla exemplar av Pediatric Nursing från år 2000. På detta sätt hittades en artikel (35).

Tabell 1. Sökning i databaser

Databaser	Sökord	Utfall	Urval (referens)
Cinahl	Prehospital, child/children, relationship	53	(36)
Cinahl	Prehospital, child/children, experience	47	(34)
PubMed/ Medline	Accidents, Communication, Emergency Nursing	7	(40)
PubMed/ Medline	Parents, Ambulance	13	(38)

De granskade artiklarna är publicerade mellan år 1991 och 2001. Dessa finns presenterade i en artikelsammanställning (se bilaga 1).

Vi har även talat med leg. Sjuksköterskan Karin Åhman Svensson vid Skene Ambulans. Hon har utformat och skrivit en manual kring omhändertagandet av barn i ambulanssjukvården och bekräftade att hon inte heller funnit mycket forskning rörande vårt syfte.

## RESULTAT

Vi har valt att sammanställa resultatet utifrån våra frågeställningar. För att förtydliga materialet har vi satt underrubriker till de två första frågeställningarna. Underrubrikerna har vi valt utifrån de granskade artiklarna.

### **HUR KAN BARN I 6-12 ÅRS ÅLDERN REAGERA PÅ EN UPPLEVD KATASTROF?**

#### **Utvecklingspsykologi**

Brennan (28) framhåller att det idag finns allt mer kunskap kring barns tankeförmåga, rädslor och reaktioner i kontakten med hälso- och sjukvården. Det faktum att barnet är barn påverkar rädsla, fantasier och missförstånd. Reaktionerna kan till en del förklaras av utvecklingspsykologin. Det gäller att veta var barnet befinner sig utvecklingsmässigt. Gray Deering (29) och Di Gallo m.fl. (30) hävdar i sina studier att barnen reagerade olika på stressiga händelser. Coffman (31) beskriver hur de yngre skolbarnens magiska tänkande kunde ge upphov till missförstånd. Barnen kunde ha svårt att beskriva upplevelsen med ord och blandningen av ett magiskt och egocentriskt tänkande kunde framkalla skuldkänslor, ”det är mitt fel”. De äldre skolbarnen tänkte mer logiskt, såg andras perspektiv och kunde sätta ord på känslorna. Både Gray Deering (29) och Coffman (31) poängterar att barnen i den här åldersgruppen förstod vidden av katastrofen. För att undvika att barnen missförstod det som hände runt omkring dem var det viktigt att prata om det som hänt (29).

#### **Känslor**

Di Gallo m.fl. (30) beskriver i sin studie en rad känslor som kunde uppträda efter en trafikolycka, humörsvängningar, ilska, nedstämdhet och ovillighet att prata om känslor. Barnen kunde också drabbas av fobi efter en traumatisk upplevelse (30, 32). Många barn fick även sömnsvårigheter (29, 30). Coffman (31) nämner också mardrömmar, traumatiska minnen och en oro för att händelsen skulle upprepas. Gray Deering (29) talar om ångest, ångslan och irritation. Vidare nämns depression (29, 31, 32). En ständigt återkommande känsla är rädsla (29, 31, 33). Nicastro och Velasco Whetsell (33) hänvisar till forskning som beskriver hur rädslan innefattar maktlöshet. Barnet jämförde den egna upplevda makten med makten av det okända och desto mindre makt ett barn kände sig ha ju mer benägen var denna att känna rädsla. Barnet kände automatiskt rädsla inför det som inte kognitivt förstods. Den begränsade erfarenheten gjorde också att barnet inte förstod sambandet mellan rädsla och stress och reaktionerna på dessa. Brennan (28) hänvisar till forskning som poängterar att det är orealistiskt att förvänta sig att ett barn kan genomgå undersökning och behandling utan att känna stress och obehag. Hellier Wilson och Yorker (34) hävdar i sin studie att pojkarna var mindre rädda än flickorna.

#### **Beteende**

En studie av Basson m.fl. (32) beskriver beteendemässiga störningar hos barn efter trauma. Studien jämförde tre grupper av barn och föräldrarnas upplevelse av beteendeförändringar hos barnen. Trettio procent av barnen som varit med om ett trauma utan skallskada och 48 procent av barnen som varit med om ett trauma med lättare skallskada hade beteendeförändringar. Från kontrollgruppen, barn som genomgått en blindtarmsoperation, uppvisades inga beteendeförändringar. Symtom efter en traumatisk upplevelse kunde yttra sig i hyperaktivitet, raseriutbrott och att

barnet drog sig undan. Di Gallo m.fl. (30) beskriver hur barnen svarade undvikande:  
- Jag försöker att inte prata om olyckan.

### **Psykosomatiska besvär**

Coffman (31) och Gray Deering (29) ger exempel på hur katastrofer kunde påverka barn psykosomatiskt. Vanliga symtom var yrsel, magont och huvudvärk (31).

## **VAD KAN PÅVERKA 6-12-ÅRIGA BARNS REAKTIONER PÅ EN UPPLEVD KATASTROF?**

### **Kognitiv utveckling**

Nicastro och Velasco Whetsell (33) redogör för studier som visar att barn var utsatta på ett annat sätt än vuxna då de kognitivt kanske inte hade förmågan att förstå det som hände runt omkring. Yngre barns rädsla för stympning, kroppslig förvrängning och förintelse var förknippad med missuppfattningar angående kroppen och dess funktion. Barn har också en begränsad kunskap om potentiella utvägar och resurser (28).

### **Sårbarhet**

Nicastro och Velasco Whetsell (33) hänvisar till forskning som visar att barn som fick stöd och levde i en trygg miljö löpte mindre risk att påverkas negativt av sin rädsla och känsla av sårbarhet. Ju mindre barnen litade till sina egna känslor av makt desto mer benägna var de att känna rädsla. Även tidigare erfarenheter och kriser påverkade reaktionerna (31). Di Gallo m.fl. (30) kommer i sin forskning fram till att barnen som varit med om en trafikolycka kunde vara övertygade om att de skulle dö och kämpade för att förstå vad som hänt. De äldre barnen kunde ofta tänka ut en rationell förklaring medan olyckan fortsatte att vara hotfull för de kognitivt mer omogna barnen och de som inte kom ihåg olyckan. Minnesförlust från själva olyckstillfället hindrade inte starka efterreaktioner i kontrast till vad tidigare forskning kring vuxna patienter visat. Detta kan också förklara varför ung ålder ofta var förknippat med stort undvikande.

### **Smärta**

Hellier Wilsson och Yorker (34) skriver att smärta och rädsla ofta gick hand i hand. Om barnen hade ont var risken större att de blev mer rädda.

### **Hotfulla händelser**

Hotfulla händelser som att få en nackkrage, vara kopplad till övervakningsutrustning och få en intravenös infusion kunde starkt påverka barnens reaktioner (30). Coffman (31) hävdar att barn mådde sämre desto mer de hade sett och utsatts för vid olyckstillfället. Bricher (35) beskriver hur barn lärt sig att det är "fel" att bli vidrörd på vissa delar av kroppen. Barnen kände därför obehag när läkare och sjuksköterskor överträdde denna gräns t.ex. vid administration av suppositorier och lavemang. En del kunde uppleva behandlingen som ett övergrepp.

### **Föräldrarnas reaktioner**

Föräldrarnas reaktioner påverkade barnen (30, 31, 36). Tiedemans (36) studie visar att om föräldrarna kände en stor oro blev barnet i sin tur oroligt. Samtidigt minskade barnens oro när föräldrarnas oro minskades. Förnekelse hos föräldrarna påverkade barnet negativt (31). Di Gallo m.fl. (30) beskriver hur olyckorna kunde ses som

”små” av föräldrar, vänner och anhöriga. Barnen fick ofta höra att de hade tur som klarade sig så bra, det kunde ha gått värre. Därmed fanns också en liten möjlighet att diskutera känslor som rädsla och hjälplöshet. Barnen påtvingades ett normalt vardagsliv. Di Gallo m.fl. nämner också hur föräldrarna ofta var omedvetna om sitt eget undvikande beteende men kunde se barnens humörsvängningar och utbrott. Barn som upplevt olyckan som hotande och stressfull ”lämnades” med hjälplöshetskänsla, mindre kontroll och sårbarhet. Nicastro och Velasco Whetsell (33) hävdar att en ny miljö och separation från närstående innebar en akut stress för barnen. Barnen kände mindre stress om de fick ha med sig en närstående, fick stöd från omgivningen och hade fasta rutiner.

### **Sjuksköterskans förhållningssätt**

Jay (37) hänvisar till forskning som visar att sjuksköterskor på akutmottagningen rapporterade att de hade en mer effektiv kommunikation med patienterna än vad observationer visade att de hade. Andra studier lyfter fram att sjuksköterskor kunde utveckla en självförsvarsmekanism där de undvek en djupare patientkontakt för att undvika att känna sig misslyckade då de inte kunde lösa patientens problem. De fokuserade på den fysiska vården och var oförmögna att ge en komplett psykologisk omvårdnad. De kommunicerade inte på nivån som patienten behövde eftersom de var rädda att misslyckas. Jay beskriver också forskning som redogör för patientens oro i akutrummet. Patienten hade svårt att tolka det som hände runt omkring och anspänningen blev värre eftersom den erfarna vårdpersonalen, som ändå var van vid miljön och arbetssättet, blev oroliga och osäkra när de stod inför en allvarligt skadad patient.

Woodward och Fleeger (38) hävdar att orosnivån höjdes hos personalen om föräldrarna deltog vid transport av barnet. Utan stor erfarenhet kunde det vara svårt att ta beslut och genomföra sina arbetsuppgifter, speciellt vid upplevelsen, verklig eller föreställd, av att vara granskad av en förälder eller någon annan ur personalstyrkan.

### **VAD KAN 6-12-ÅRIGA BARN HA FÖR TANKAR OCH KUNSKAPER KRING ANATOMI OCH FYSIOLOGI?**

Jones m.fl. (39) uppger att barns förståelse för hur kroppen ser ut och fungerar är ett inlärt fenomen som också påverkas av den kognitiva utvecklingen och tidigare erfarenheter av ändrat hälsostatus. Som exempel tar de upp diabetes. Det spelar ingen roll hur mycket information barnet tidigare har fått kring sin diabetes, barnet kan ändå inte helt förstå den komplicerade processen förrän långt upp i tonåren. Även om barn oftast visste var organ som hjärta, lungor och mage fanns i kroppen så behövde de nödvändigtvis inte veta vad de hade för funktion. Jones m.fl. hänvisar till forskning som beskriver att barn från åtta års ålder, i och med det abstrakta tänkandet, hade förutsättningarna att få en dramatisk kunskapsökning angående intern anatomi. Författarna lyfter även fram studier som visar att barn från åtta år och uppåt hade en övergriplig kunskap om hjärna, hjärta, skelett och mage. Däremot var kunskapen om nervsystemet, gastrointestinalkanalen (utom mage/magsäck), cirkulationssystemet och immunförsvaret begränsad. Detta gjorde att det fanns hinder för att förstå helheten kring hur kroppen fungerade.

## **HUR KAN VI SOM SJUKSKÖTERS KOR BEMÖTA DE NÄRSTÅENDE FÖR ATT BARNEN SKALL KÄNNA ÖKAD TRYGGHET?**

Föräldrarna är de som barnen litar på mest och känner bäst (28). Woodward och Fleeger (38) framhäver att det var positivt för barnen, att de genast såg mamma eller pappa efter att ha vaknat upp ur medvetslöshet i en främmande miljö, ambulansen. Tiedeman (36) hävdar i sin forskning att eftersom barnens och föräldrarnas oro påverkades av varandra, så hjälptes barnen om föräldrarnas oro minskades. Föräldrarnas emotionella tillstånd styrde barnens (29). En förutsättning för att föräldrarna skulle kunna hjälpa barnen i en svår situation var att de själva fick stöd (31). Det var skrämmande för barnen att se föräldrarna i avsaknad av kontroll (29). Forskning visar att samtal med sjuksköterskan om oro gjorde att människan i fråga mådde bättre (40). Coffman (31) talar om vikten av att hålla familjen intakt. Barnen behövde sina föräldrar. Föräldrarna kunde ofta behöva hjälp att möta barnens reaktioner och få en bekräftelse på att barnens agerande var en normal reaktion på en onormal händelse. Nicastro och Velasco Whetsell (33) och Woodward och Fleeger (38) betonar att föräldrarnas stöd och uppmuntran var till hjälp för barnen. Woodward och Fleeger (38) nämner vidare att föräldrarna lugnade barnet och närvaron var positiv vid t.ex. transporten av patienter med epiglottit. Brennan (28) hänvisar till forskning som hävdar att föräldramedverkan kan vara både en aktiv och passiv hjälp. Genom sin närvaro eller att säga vad barnet skall göra kan föräldrarna stötta.

## **HUR KAN VI SOM SJUKSKÖTERS KOR BEMÖTA BARN I ÅLDRARNA 6-12 ÅR FÖR ATT SE TILL BARNETS BÄSTA?**

Gray Deering (29) betonar att det är svårt att ge psykisk omvårdnad om de fysiska behoven inte är tillfredsställda. Om en människa är hungrig, sjuk eller otrygg kan det vara komplicerat att etablera en relation till denna. Sjuksköterskor har förutsättningen att kunna se både de fysiska och psykiska omvårdnadsbehoven.

Ambulanspersonalen i Wahllins m.fl. (41) studie betonade vikten av att visa omsorg till patienterna genom hänsyn, empati, respekt, omtanke och att våga vara nära. De beskrev hur de satt bredvid patienten och pratade, försökte lugna och lindra, höll handen, hade ögonkontakt och tog sig an de anhöriga. Jay (37) beskriver hur patienterna efterfrågade beröring, fysisk närhet och att ha det fysiskt bekvämt. De blev hjälpta av att ha någon nära när de kände sig rädda och ensamma. Patienter som blev lämnade ensamma, kände sig övergivna och bortglömda. Det var också viktigt att ha tilltro till personalen. Vid rädsla och beroende behövde patienten känna att någon hade ”allt under kontroll”. Uppmuntrande ord som ”Jag är här för att ta hand om dig” och ”Jag kommer att se efter dig” betydde mycket.

Sjuksköterskan kunde stödja barnet genom att bekräfta att han/hon såg barnets stress och att försäkra barn och föräldrar om att deras reaktioner var normala (28). Barnet blev också hjälpt av att sjuksköterskan hade tålmod, lyssnade, förstod, gav feedback och belöning (33). Jarrett och Payne (42) hänvisar till forskning som ifrågasätter att en låg kvalitet på kommunikationen mellan patient och sjuksköterska skulle bero på ett stressigt arbete och otillräckligt med tid. Vidare nämner Jarrett och Payne studier som visar att sjuksköterskorna inte talade mer med patienterna även om de fick tid över.

Jay (37) hävdar att kunskap var viktigt eftersom det hjälpte patienten att återfå en del av kontrollen. Patienten behövde hjälp att förstå den nya miljön. Även anhöriga kunde må bra av att bli informerade om vad som nu hände och vad som väntade vid akutmottagningen (30, 41). Mötet med ambulanspersonalen kunde ha föregåtts av en händelse som drastiskt kom att förändra livet för de inblandade, ofta helt oförberett (41). Det var viktigt att barnen fick åldersanpassad information om vad som hade hänt (30). Samtidigt gällde det att skydda barnet från intryck och för mycket information eftersom de mådde sämre desto mer de utsatts för (28, 31). Det går att använda barnets egna språk för att bilda en relation och undvika missförstånd. Genom att ge en röst åt barnets frågor, rädslor och fantasier fångas barnens orosmoment upp. Lek är en normal och hälsosam aktivitet för barn. Här kommer tankar och känslor fram och barnet möter undersökningssituationer på ”säker” mark. Debriefing efter en undersökning eller behandling skapar ett tillfälle för barnet att ställa frågor och prata kring sin upplevelse (28).

Barn behöver få göra val och därmed känna kontroll av någon form i kontakten med sjukvården (28). Bricher (35) kommer i sin forskning fram till att när vuxna pratade om ”barnets bästa” fanns en risk att se situationen endast från ett vuxet perspektiv. Sjuksköterskorna i studien försökte ge makt åt barnen genom en strategi som gick ut på att prioritera. Var det som sjuksköterskan ville skulle hända viktigt nog för att argumentera med barnet? Det gällde att prioritera saker som var tvungna att hända istället för saker som sjuksköterskan ville skulle hända. Bricher hänvisar till två studier där sjuksköterskorna fick ange vid vilken ålder de ansåg att barnen skulle vara med vid beslut. Medelåldern blev 10,3 år respektive 10,6 år. De hävdade att barnen då hade kognitiv förmåga att ta beslut för eller emot att genomgå en behandling eller undersökning.

Jay (37) understryker vikten av att låta patienten ha tillgång till sin familj i akutsjukvården. Flera forskningar betonar föräldrarnas medverkan när det var barn som var patienter (28, 31, 33, 34, 36). Barnen behövde föräldrarnas närhet och det var viktigt att inte separera dem (31, 33, 34). Genom att ta reda på föräldrarnas oro och funderingar kunde hindren att stödja barnen reduceras (36). Uppmuntran och stöd från föräldrarna hjälpte barnen att känna att de kunde klara av situationen (33).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Vi hade först tänkt inrikta oss på prehospitalt bemötande av vuxna patienter. ”Vår” uppsats visade sig dock redan vara skriven av andra studenter vid Göteborgs universitet varför vi försökte gå djupare i ämnet och inrikta oss på 6-12-åringar. Vi fann ingen artikel som direkt berörde vårt syfte men beslutade oss för att arbeta vidare med artiklar som tangerade forskningsområdet. Samtliga artiklar i vårt arbete som berör den prehospitala omvårdnaden studerar vuxna patienter. I studierna som behandlar barns upplevelser av skada/sjukdom fann vi paralleller mellan barn och vuxna som gjorde att vi valde att generalisera. Dessutom ser vi i resultatet att föräldrarna också blir våra patienter, vilket förstärker argumenten att ha med artiklar som berör vuxna.

Av de femton utvalda artiklarna var åtta från USA, fyra från Storbritannien, en från Sverige, en från Australien och en från Canada. Det vi har valt ut ur artiklarnas resultat tror vi inte skiljer sig från ett svenskt perspektiv. Medvetet har vi valt bort delar som inte kunnat appliceras till svenska förhållanden.

Det har varit svårt att hitta relevanta artiklar. Många har valts bort eftersom de varit för medicinskt inriktade. I USA och Storbritannien är yrkesgruppen Paramedics, inom ambulanssjukvården, medicinskt fokuserade till skillnad från sjuksköterskor som är inriktade på omvårdnad. Vi tror att pengarna till forskning finns i USA men där lyser omvårdnadsperspektivet med sin frånvaro inom prehospital vård. I Sverige finns omvårdnad i ambulanssjukvården men det är svårt att få pengar till forskning.

I vår sökning hade vi inga begränsningar vad gällde årtal. Vi valde dock bort artiklar som var publicerade tidigare än år 1990. De resterande femton artiklarna sträcker sig från 1991 till 2001. Majoriteten av dessa är utgivna 1997 eller senare. Eftersom artiklarna kommer till liknande slutsatser och författarna hänvisar till varandra finner vi resultatet trovärdigt.

Artiklarnas metoder uppfattar vi i de flesta fall som seriösa. Basson m.fl. (32) beskriver t.ex. hur intervjuarna övar genom rollspel innan de möter barnen. Detta känns genomtänkt och vi finner därmed resultatet trovärdigt. Vi ifrågasätter dock Hellier Wilsons och Yorker (34) instrument för att ta reda på barnens rädslor. De nämner som exempel att barnen får ta ställning till påståendet ”Jag är rädd för att skada mig själv”. Vi får här associationer till självmordsförsök och vi undrar hur barnen uppfattade frågan.

Sex stycken av artiklarna beskriver ingen metod och är därmed inte vetenskapliga men deras innehåll känns relevant och överrensstämmer med övriga artiklars slutsatser (28, 29, 31, 33, 39, 42).

### **RESULTATDISKUSSION**

Vi har genom de utvalda artiklarna fått svar på våra frågeställningar. Efter en analys och framställandet av en ”mind map” som arbetsmaterial kunde vi se hur sex olika

områden utkristalliserade sig. Vi har därför valt att använda dessa områden som underrubriker i vår diskussion.

Vi har valt att använda oss av ordet prehospital i vårt arbete istället för ambulanssjukvård, trots att prehospitalt inte är allmänt accepterat i svenska språket. Vi har mött ordet ofta och det kändes därför naturligt att använda.

I vår titel har vi med prehospitalt bemötande av 6-12-åriga barn trots att ingen artikel berör detta ämne. Det har dock varit vårt fokus och vi har dragit paralleller mellan prehospitalt bemötande av vuxna samt bemötande av barn och vuxna inom akutsjukvård. Vår slutsats rör prehospitalt bemötande av 6-12-åriga barn och vi valde därför att ha med det i titeln.

### **Sjuksköterskan själv**

Eriksson (9) beskriver hur vårda är att dela. För att kunna dela måste jag som sjuksköterska vara hel. Det gäller att veta vem jag är, att ha en trygg identitet. Då tror vi det är lättare att arbeta som sjuksköterska istället för att ”vara” sjuksköterska och ständigt gå runt och ställa omvårdnadsdiagnoser på människor i omgivningen. Förutsättningarna för att göra ett bra arbete innefattar kunskap kring vårt uppdrag som sjuksköterskor, våra resurser respektive begränsningar. Processorienterad handledning kan vara ett effektivt redskap för att utveckla insikt om dessa och kunskap om sig själv (1). Handledningen kan betyda mycket för vårt förhållningssätt, professionella handlande och vår hälsa. Vi behöver diskutera vissa situationer i arbetet som påverkar oss med människor inom samma sektor. Kollegor kan förstå, ta emot och konstruktivt bekräfta våra upplevelser. Orlandos teori betonar hur sjuksköterskans reaktion på patientens beteende tolkas mot bakgrund av de egna kunskaperna och erfarenheterna (10). Hur påverkar mina egna värderingar och attityder förhållandet till patienten? Tate (15) understryker att vi måste ha vårt mål klart för oss när vi möter patienten. Vill vi se, lyssna eller ställa en diagnos?

Holm (5) hävdar att det är lättare att inta en annan människas perspektiv om jag tycker att denne liknar mig själv. Detta är viktigt att ha i åminnelse i mötet med människor som vi inte är vana att arbeta med, kanske göteborgare, narkomaner, politiker, cancersjuka, tvååringar eller dementa. En del barn och föräldrar kan ha en bakgrund eller ett beteende som vi inte kan identifiera oss med. Eftersom forskning visar att föräldrarnas reaktioner styr barnens är det viktigt att vara medveten om vilka faktorer som påverkar signalerna jag som sjuksköterska skickar ut (30, 31, 36). Coffman (31) hävdar att föräldrarna själva behövde stöd för att hjälpa barnen i en svår situation. Här gäller det att som sjuksköterska våga se föräldrarnas ångest och känsla av maktlöshet. Risken finns, enligt Jay (37), att vi som sjuksköterskor inte törs få en djupare kontakt, eftersom problem vi inte kan lösa kan komma upp till ytan. Holm (5) tar upp att sjuksköterskans behov av kontroll och makt kan medföra att patienten inte får stå på egna ben. Vi tror att det är ett allmänmänskligt behov att vilja ha kontroll och det är därför viktigt att i varje ny relation reflektera över hur det påverkar bemötandet. Holm (5) poängterar att undertryckta känslor inte försvinner utan omedvetet läcker ut i våra handlingar. Det hade varit konstigt om t.ex. irritation över att någon ringt ambulansen ”i onödan”, barnet inte sitter still eller en förälder som ifrågasätter mitt handlande inte påverkat mitt beteende.

Många som inte är vana att arbeta med barn känner rädsla inför att behandla dem (17). Jay (37) hänvisar till forskning som visar att anspänningen blir värre då personalen blir orolig och osäker då de står inför en allvarligt skadad patient. Vi tror att det är viktigt med en grundtrygghet där jag som sjuksköterska kan inse att jag inte bemästrar situationen men ändå kan behålla mitt lugn. Wahlin m.fl. (41) gör i sin studie gällande att patienterna behövde känna att någon hade allt under kontroll. En trygg sjuksköterska sprider lugn omkring sig. Vi behöver inte känna oss som ”dåliga” sjuksköterskor om barnet inte blir lugn och harmonisk. Brennan (28) hänvisar till forskning som poängterar att det är orealistiskt att förvänta sig att ett barn kan genomgå en undersökning utan att känna stress och obehag. Det är en konst att utstråla trygghet när vi som sjuksköterskor kanske är livrädda i mötet med ett svårt skadat/smärtpåverkat/förtvivalat barn och dennes chockade föräldrar. Vi tror det är av största vikt att acceptera att vi inte kan ”göra allt bra” samtidigt som vi inser att vi har makt att påverka situationen.

### **Barnet är barn**

Förutom att vi alla är unika individer så skiljer sig barn från vuxna genom att de är just barn. Whyatt m.fl. (17) anger att det finns både anatomiska, fysiologiska och emotionella skillnader. Brennan (28) hävdar att detta påverkar rädslor, fantasier och missförstånd. Barnet har alltid kunskap om saker de utsätts för, frågan är om det är samma som den sjuksköterskan har eller om det är fantasier och egna förklaringar som utgör kunskapen. Därför är det viktigt att prata med barnet och vara lyhörd inför hur de tänker. Orlandos omvårdnadsteori (10) betonar att patienten måste bekräfta sjuksköterskans egna antagande och uppfattningar innan reaktionerna kan leda till handlingar. Om barnet tror att blodet i fingret tar slut vid ett blodprovstagande gäller det att vi får denna uppfattning bekräftad så vi kan förklara hur kroppen tar hand om blodförlust vid ett stick i fingret.

### **Relation**

Eriksson (8) ser relationen mellan patienten och vårdaren som grunden i vårdandet. Om vårdprocessen inte grundats på en relation har den reducerats till utförandet av en rad uppgifter. Sjöström och Johansson (11) hävdar att bemötande, medmänsklighet, hänsyn och respekt samt en förståelse för individ och situation lägger grunden i relationen till patienten. Detta bekräftas av Jay (37) och Wahlin m.fl. (41). Vi tror att kärleksfullt bemötande är A och O för att patienten skall få en fortsatt bra upplevelse av sjukvården. Inom akutsjukvården är mötena ofta korta och intensiva och en del känner kanske att de inte hinner skapa den relation som omvårdnadsteorierna har som ideal. Men det tar bara två sekunder att le och skapa ögonkontakt. Jay (37) beskriver vikten av uppmuntrande ord och det tar inte lång tid att ge feedback och bekräfta patienten med kommentarer som ”Jag ser att du har ont”. De extra sekunderna som detta tar innebär att tid kommer sparas under resterande kontakt med sjukvården. Jarrett och Payne (42) nämner forskning som visar att det inte talades mer med patienterna även om de hade tid. Vi tror att det handlar om en attitydfråga. Tiden vi har får vi prioritera på bästa sätt och tycker jag kommunikationen är viktig så kommer mina patienter att känna det. Mer forskning behövs vad gäller relationen i det korta mötet för att patienterna skall få en god omvårdnad och sjuksköterskorna inte skall bli utbrända.

Vi tror det är vanligt att vårdare ifrågasätter varför en del patienter har ringt efter en ambulans. ”Den här patienten är väl inte så sjuk?” Vi behöver veta var patienten

befinner sig känslomässigt för att skapa förutsättningarna för en god kommunikation. Hur kommer det sig att patienten ringt efter ambulansen? Vad är problemet enligt patienten? Något är det som gör att patienten söker hjälp.

### **Trygghet**

Axelsson (13) och Whyatt m.fl. (17) betonar vikten av att patienten i sin beroendeställning känner förtroende för oss som vårdare. I ambulanssjukvården möter den ofta oroliga och smärtpåverkade patienten främmande människor i en främmande miljö. Därför är behovet av trygghet stort (13). Homburger Erikssons teori (20) beskriver hur 6-9-åringarnas livskänslor exempelvis kretsar kring förståelse och duktighet och det är viktigt att i en omvårdnadssituation förstärka dessa. Coffman (31) nämner att de yngre skolbarnens magiska och egocentriska tänkande kunde framkalla skuldkänslor, ”det är mitt fel”. Tate (15) hävdar att patienten kommer till sjukvården med egna teorier och egen oro kring symtomet. Som sjuksköterska måste jag genom öppna frågor ta reda på hur barnet tänker och vilka teorier det har. Ställer jag frågan ”Tror du det här är ditt fel?” kan barnet få idén att så faktiskt är fallet. Istället får jag lyhört lyssna på vad barnet säger och inte säger. De framväxande meningsfrågorna och förtroligheten hos 9-12-åringarna behöver bekräftas och stöttas (20). Coffman (31) beskriver hur de äldre skolbarnen kunde tänka mer logiskt och sätta ord på känslorna. För att undvika missförstånd är det viktigt att prata om det inträffade (29). Här måste vi komma ihåg att det är barn vi pratar med och de har inte samma förståelse och ansvar för omvärlden som vuxna.

Barn kan efter en traumatisk händelse ha en rad känslor bl.a. ångest, depression, ångslan, irritation och rädsla (29). Hellier Wilson och Yorker (34) hävdar i sin studie att pojkar var mindre rädda än flickorna. Vi tror inte detta är hela sanningen. Pojkar skjuter lättare upp saker och bryr sig inte om sina känslor medan flickor stannar upp och konfronteras med känslorna (23). Förstod pojkar att de var rädda eller kände de ilska istället? Rädsla bekräftas hos flickor medan pojkar inte får visa rädsla på samma sätt. Som vuxna godkänner vi deras ilska istället.

Nicastro och Velasco Whetsell (33) hänvisar till forskning som säger att barn som fick stöd och levde i en trygg miljö löpte mindre risk att påverkas negativt av sin rädsla. Barnen behöver sina föräldrar (28, 29, 31, 33, 34, 36, 38). NOBAB beskriver hur föräldrarna skall få stöd att aktivt ta del i barnets vård (27). Whyatt (17) beskriver hur föräldrarna också är patienter som är oroade och upprörda över sitt barn. Trygga föräldrar är en förutsättning för ett tryggt barn. Det kanske är lättare att förstå och bemöta föräldrarna om vi tänker på dem som patienter.

### **Delaktighet/makt**

Nicastro och Velasco Whetsell (33) hänvisar till forskning som visar att ju mindre barnen litar på sin egen känsla av makt desto mer benägna är de att känna rädsla. Barn har en begränsad kunskap om potentiella utvägar och resurser (28). Jones m.fl. (39) beskriver också hur den kognitiva utvecklingen och tidigare erfarenheter påverkar kunskaperna kring kroppen. När vi förklarar för barnet vad som hänt och om den väntande behandlingen är det viktigt att ta reda på barnets förkunskaper. Vad vet barnet om kroppens olika organsystem och hur de samverkar? Hur mycket behöver barnet veta för att förstå sin situation?

Barn behöver få göra val och därmed känna kontroll av någon form i kontakten med sjukvården (28). Hälso- och sjukvårdslagen poängterar att vården så långt som möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten (2). FN:s barnkonvention och NOBAB gör gällande att barnets egna åsikter skall ges möjlighet att uttryckas och vi vuxna måste ta hänsyn till dessa (26, 27). Homburger Erikssons teori (20) förklarar hur 6-9-åringarna behöver behärska tillvaron och känna styrka och ett ökat ansvar medan 9-12-åringarnas växande autonomi och intimitet är viktiga. Om vi tar samtliga beslut utan barnets delaktighet finns risk att barnet inträder i vuxenvärlden med ett skadat känsloliv enligt ovan nämnda teori. Kreuger (21) beskriver hur barn i skolåldern har en stark rädsla över att bli beroende och förlora självbestämmandet. Även om barnet inte kan vara med och besluta om t.ex. huruvida någon livsnödvändig behandling skall ges eller inte så finns det många andra situationer där barnet kan känna delaktighet. Vi tar beslutet att barnet behöver en perifer venkateter, PVK, barnet i vilken arm den skall sitta.

### **Information**

Jay (37) hävdar att kunskap kring vad som nu hände och vad som väntade vid akutmottagningen var viktigt eftersom det hjälpte patienten att återfå en del av kontrollen. Det var viktigt att barnen fick åldersanpassad information (30). Samtidigt gällde det att skydda barnet från intryck och för mycket information eftersom de mådde sämre ju mer de utsatts för (28, 31). Isaksson och Ljungquist (14) betonar vikten av att aldrig ljuga eller lova något som inte går att hålla, undvika medicinska termer samt att tala kort och koncist. Både barn och föräldrar behöver tydlig information om vad som händer i de olika stegen (17). Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall patienten ges individuell information och om den inte kan lämnas till patienten skall den istället lämnas till en närstående till patienten (2). NOBAB kommenterar hur barn och föräldrar skall få information på ett sätt så de förstår (27). Vi tror att de flesta patienter vill ha mycket information. En risk efter att ha mött ”samma” patientgrupp under några år kan vara att vi ger information på rutin och har svårt att se varje människas behov och känslor. Det gäller att möta varje människa förutsättningslöst och att försöka sätta sig in i dennes situation. Vad tycker vi är viktigt att informera om? Vad tycker patienten är viktigt att få information om?

### **Slutsats**

Som sjuksköterskor behöver vi kunskap i utvecklingspsykologi för att kunna bemöta barnen på rätt nivå. I mötet är det väsentligt att vara medveten om sig själv som sjuksköterska, att barnet är barn, samt relation, trygghet, delaktighet/makt och information. Med detta som grund kan vi sedan skapa en handlingsplan (se bilaga 2).

### **Framtida forskning**

Vi efterlyser forskning som belyser prehospitalt bemötande av 6-12-åringar eftersom vi anser att det behövs utvecklingspsykologisk kunskap kring barn för att kunna ge en god omvårdnad. Vidare behövs fenomenologiska och kvalitativa studier utifrån barnens perspektiv. Vi inser att det är svårt att göra kvalitativa intervjuer med barn men det behövs ett komplement till den växande omvårdnadsforskningen kring vuxna. Önskvärt vore att studera hur bemötandet och handhavandet vid sjukdom/skada i barndomen påverkar individen i vuxen ålder. Här kanske det är lättast att studera människor som varit inlagda på sjukhus en längre tid som barn istället för att diskutera en enstaka händelse som t.ex. ett brutet ben.

## REFERENSER

1. Göteborgs universitet, Vårdvetenskapliga sektionen, Institutionen för omvårdnad. Utbildningsplan för sjuksköterskeexamen 120 poäng. Göteborg: Göteborgs universitet; 2000.
2. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). <http://rixlex.riksdagen.se/htbin/thw#1>, 26 februari 2003.
3. Mosby. Medical, nursing, and allied health dictionary. 4<sup>th</sup> ed. Mosby Inc, St Louis; 1993.
4. Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering I ambulanssjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen (SOSFS 1999:17). [http://www.sos.se/sosfs/1999\\_17/1999\\_17.htm](http://www.sos.se/sosfs/1999_17/1999_17.htm), 26 februari 2003.
5. Holm, U. Empati - att förstå andra människors känslor. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur; 2001.
6. Nationalencyklopedin. Höganäs: Bra Böcker AB; 1995.
7. Nilsson, B, Waldermarsson, A-K. Kommunikation – samspel mellan människor. Lund: Studentlitteratur; 1994.
8. Eriksson, K. Vårdprocessen. Göteborg: Almqvist & Wiksell; 1995.
9. Eriksson, K. Vårdandets idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1987.
10. Jahren Kristoffersen, N (red) Allmän omvårdnad. Stockholm: Liber AB; 1998.
11. Sjöström, B, Johansson, B. Ambulanssjuksvård - ambulanssjukvårdares och läkares perspektiv. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis; 2000.
12. Malmsten, C. Akutsjukvård på skadepplats. Stockholm: Nordiska räddningsförlaget AB; 1992.
13. Axelsson, M. Omvårdnad vid akut sjukdom och skada. Lund: Studentlitteratur; 1997.
14. Isaksson, L, Ljungquist, Å. Ambulanssjukvård. Stockholm: Liber AB; 1997.
15. Tate, P. The Doctor's Communication Handbook. Oxford & New York: Radcliffe Medical Press; 1995.
16. Cullberg, J. Kris och utveckling. Kap 15. Natur och Kultur; 1975.
17. Whyatt, J, Illingsworth, R, Clancy, M, Munro, P, Robertson, C. Oxford Handbook of Accident and Emergency Medicine. Oxford University Press: Bath; 1999.
18. Dieckmann, R. (red) Pediatric Education for Prehospital Professionals. USA: Jones & Bartlett Publishers; 2000.
19. Nilzon, K. Skolårens psykologi. Lund: Studentlitteratur; 1999.
20. Evenshaug, O, Hallen, D. Barn- och ungdomspsykologi. Lund: Studentlitteratur; 1992.
21. Kreuger, A. (red) Barnet och sjukvården – erfarenheter från barnonkologin. Lund: Studentlitteratur; 2000.
22. Dyregrov, A. Barn och trauma. Lund: Studentlitteratur; 1997.
23. Dyregrov, A. Barn i sorg. Lund: Studentlitteratur; 1990.
24. Harris, P. Barn och känslor. Lund: Studentlitteratur; 1995.
25. Dyregrov, A. Katastrofpsykologi. Lund: Studentlitteratur; 1992.
26. FN:s Barnkonvention. <http://boes.org/un/sweun-d.html>, 31 januari 2003.
27. Nordisk förening för sjuka barns behov <http://www.barn.halland.net/nobab/nobab.htm>, 31 januari 2003.
28. Brennan A. Caring for Children During Procedures: A Review of the Literature. Pediatric Nursing 1994;20(5): 451-456 (Sep-Oct).

29. Gray Deering, C. A Cognitive Developmental Approach to Understanding How Children Cope With Disasters. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2000;13(1): 7-16.
30. Di Gallo, A, Barton, J, Parry-Jones, W. Road Traffic Accidents: Early Psychological Consequences in Children and Adolescents. *British Journal of Psychiatry* 1997;170: 358-362.
31. Coffman, S. Children's Reactions to Disaster. *Journal of Pediatric Nursing* 1998;13(6): 376-382 (Dec).
32. Basson, M, Guinn, J, McElligott, J, Vitale, R, Brown, W, Fielding, P. Behavioral Disturbances in Children After Trauma. *Journal of Trauma*. 1991; 31(10): 1363-1367 (Oct).
33. Nicastro, E, Velasco Whetsell, M. Children's Fears. *Journal of Pediatric Nursing* 1999;14(6): 392-400 (Dec).
34. Hellier Wilson, A, Yorker, B. Fears of Medical Events among School-age Children with Emotional Disorders, Parents, and Health Care Providers. *Issues in Mental Health Nursing* 1997;18: 57-71.
35. Bricher, G. Children in the Hospital: Issues of Power and Vulnerability. *Pediatric Nursing*, 2000;26(3): 277-281 (May-June).
36. Tiedeman, M. Anxiety Responses of Parents During and After the Hospitalization of Their 5- to 11-Year-Old Children. *Journal of Pediatric Nursing* 1997;12(2): 110-119 (April).
37. Jay, R. Reassuring and Reducing Anxiety in Seriously Injured Patients: a Study of Accident and Emergency Interventions. *Accident and Emergency Nursing* 1996;4: 125-131.
38. Woodward, G, Fleegler, E. Should Parents Accompany Pediatric Interfacility Ground Ambulance Transport? Results of a National Survey of Pediatric Transport Team Managers. *Pediatric Emergency Care* 2001;17(1): 22-27.
39. Jones, E, Badger, T, Moore, I. Children's Knowledge of Internal Anatomy: Conceptual Orientation and Review of research. *Journal of Pediatric Nursing* 1992;7(4): 262-268 (Aug).
40. Byrne G, Heyman R. Understanding Nurses' Communication with Patients in Accident & Emergency Departments Using a Symbolic Interactionist Perspective. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26(2): 93-100.
41. Wahlin U, Weislander I, Fridlund B. Loving Care in the Ambulance Service. *Intensive and Critical Care Nursing* 1995;11: 306-313.
42. Jarrett, N, Payne, S. A Selective Review of the Literature on Nurse-Patient Communication: has the Patient's Contribution been Neglected?. *Journal of Advanced nursing* 1995;22(1): 72-78.

