Bemötande av barnpatienten i den prehospitala vården

- En enkätundersökning

Aspholm Hanna

Backlund Lina

Fant Monica

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2016

EXAMENSARBETE

Författare: Hanna Aspholm, Lina Backlund, Monica Fant

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anita Ståhl-Levón

Titel: Bemötande av barnpatienten i den prehospitala vården

Datum 27.5.2016 Sidantal 64 Bilagor 4

Syftet med denna kvantitativa enkätstudie, är att undersöka om vårdarna upplever det utmanade att bemöta barnpatienten prehospitalt och i sådana fall varför, samt hur man kan främja bemötandet. Denna studie syftar på barn i åldern 0-8 år

Som teoretisk bakgrund har respondenterna valt att utgå från Halldorsdottirs vårdteori, om förhållandet mellan patient och vårdare och Benners vårdteori, om sjukskötarens professionella utveckling. Respondenterna har utgående från syfte och frågeställningar, konstruerat en enkät som besvarats av förstavårdare på Österbottens räddningsverk och Mellersta Österbottens och Jakobstadsområdets räddningsverk. Av resultatet framkom det, att förstavårdare upplever barnpatienten som utmanande att bemöta. Anledningen till detta är att barnpatienten endast utgör en liten del av patienterna, vilket leder till att vårdarna inte har tillräckligt med erfarenhet.

Resultatet av enkäterna presenteras i form av stapeldiagram och innehållsanalys. Informanterna ansåg att man kunde ordna fler undervisningstillfällen i form av praktiska övningar och simulationsövningar, för att främja bemötandet av barnpatienten.

Språk: Svenska Nyckelord: bemötande, barnpatient, utmanande, prehospital

BACHELOR'S THESIS

Author: Hanna Aspholm, Lina Backlund, Monica Fant

Education and place: Nurse, Vasa

Supervisor: Anita Ståhl-Levón

Title: Treatment of child patients in the prehospital care

Date 27.5.2016 Number of pages 64 Appendices 4

The aim of this quantitative study, is to investigate whether caregivers are experiencing it challenging to treat child patients prehospital and in such cases why, and how to promote the treatment. This study is aimed at children aged 0-8 years.

As a theoretical background, the respondents have chosen Halldorsdottirs care theory, about the relationship between patient and caregiver, and Benners care theory, about nurse's professional development. The respondents have based on the purpose and questions, designed a questionnaire survey which is answered by paramedics of Österbottens räddningsverk och Mellersta Österbottens and Jakobstadsområdets räddningsverk. The results revealed, that paramedics do experience child patients challenging to treat. The reason is that child patients are just a small percentage of all the patients, which results that caregivers hasn't enough experience.

The results of the questionnaires are presented in charts and content analysis. The informants thought that it could be organized more teaching sessions in form of practical training and simulations, to promote the treatment of child patients.

Language: Swedish Keywords: Treatment, child patient, challenging, prehospital

---

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Hanna Aspholm, Lina Backlund, Monica Fant

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoitaja, Vaasa

Ohjaajat: Anita Ståhl-Levón

Nimike: Lapsipotilaan kohtaaminen ensihoidossa

Päivämäärä 27.5.2016 Sivumäärä 64 Liitteet 4

Tavoite tälle kvantitatiiviselle tutkimukselle on selvittää, kokevatko sairaanhoitajat lapsipotilaan kohtaamisen haastavaksi ja miksi, sekä mitä voisi tehdä edistääkseen sitä. Tutkimus on suunnattu lapsipotilaille 0-8 vuotta.

Teoreettiset lähtökohdat ovat Halldorsdottirsin teoria, joka kertoo potilas- hoitaja suhteesta, sekä Bennerin teoria sairaanhoitajan ammatillisesta kehityksestä. Tavoitteen ja tutkimuskysymyksien perusteella, luotiin kyselylomakkeen jonka ensihoitajat Pohjanmaan pelastuslaitoksesta ja Keski Pohjanmaan ja Pietarsaaren alueen pelastuslaitoksesta ovat täyttäneet. Tutkimuksen tulos osoittaa, että lapsipotilaitaan kohtaaminen pidetään haasteellisena. Syynä on että lapsipotilaita on niin vähän, että kokemusta ei ole tarpeeksi.

Tulokset kysely lomakkeesta esitetään pylväskaaviona. Sairaanhoitajat toivoivat lisää koulutustilaisuuksia ja simulaatio harjoituksia, jotta lapsipotilaan kohtaaminen edistyisi.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: Kohtaaminen, lapsipotilas, haastava, ensihoito

Innehållsförteckning

1 Inledning 1

2 Syfte och frågeställningar 2

3 Teoretiska utgångspunkter 2

3.1 Förhållande mellan vårdare och patient 2

3.2 Från novis till expert 3

4 Tidigare forskning 4

4.1 Bemötande av barnpatienten 4

4.2 Kommunikation 6

4.3 Anhöriga 8

5 Teoretisk bakgrund 9

5.1 Barns fysiska utveckling 10

5.2 Barns psykiska utveckling 11

5.3 Behandling av barn vid smärtsamma procedurer 12

5.4 Bedömning av barnets smärta 13

5.5 Smärtbedömningsskalor 14

6 Metod och material 15

6.1 Studiens praktiska genomförande 15

6.2 Kvantitativ studie 16

6.3 Kvalitativ studie 17

6.4 Enkät 17

6.5 Pilotstudie 18

6.6 Deskriptiv statistik 19

6.7 Innehållsanalys 19

7 Etiska överväganden 20

8 Resultat 21

8.1 Kvantitativ resultatredovisning 25

8.1.1 Har vårdarens kön betydelse vid bemötandet? 26

8.1.2 Har vårdarens ålder betydelse vid bemötandet? 30

8.1.3 Har vårdarens arbetserfarenhet betydelse vid bemötandet? 34

8.1.4 Har det betydelse om vårdaren har egna barn vid bemötandet? 38

8.1.5 Upplevs bemötandet av barnpatienten utmanande? 42

8.1.6 Vad upplevs som utmanande beroende på barnets ålder? 45

8.2 Kvalitativ resultatredovisning 51

8.2.1 Vad har underlättat bemötandet? 51

8.2.2 Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet? 51

8.2.3 Vad kan man göra för att underlätta bemötandet? 53

9 Tolkning 55

9.1 Kommunikation 56

9.2 Anhöriga 57

9.3 Bemötande 58

10 Kritisk granskning 59

10.1 Validitet 60

10.2 Reliabilitet 61

11 Diskussion 62

Källförteckning

Bilagor

1 Inledning

Respondenterna till detta examensarbete, har genom en kvantitativ enkätstudie valt att undersöka om vårdarna upplever det utmanade att bemöta barnpatienten prehospitalt och i sådana fall varför, samt hur man kan främja bemötandet. Utifrån dessa syften har respondenterna valt att formulera frågeställningarna.

Barnpatienten utgör 10 % av alla patienter som vårdas prehospitalt och är därmed en liten patientgrupp i den prehospitala vården. Därför kan det vara svårt att som vårdare bygga upp en rutin i bemötandet av barnpatienten. Något som också kan bidra till en stresskänsla från vårdarens perspektiv, är att en vårdsituation med barn i princip alltid också handlar om bemötandet av en orolig förälder eller anhörig. Barnpatientens möte med ambulanspersonalen kan vara den första kontakten som barnet får med vården, som de kan komma ihåg och skapa känslor ifrån. Därför är det viktigt att vårdarens bemötande till det sjuka barnet skapar en så positiv känsla som möjligt. (Suserud & Svensson, 2009, s. 456-457)

Respondenterna har valt att studera vad som orsakar att barnpatienten kan uppfattas som mer krävande, samt vad man kan göra för att reducera denna känsla. Denna studie syftar på barn i åldern 0-8 år. Respondenterna vill både för sig själva och för andras skull skapa en större kunskap inom området. En god vårdrelation borde skapas för att kunna ge barnpatienten ett så bra bemötande som möjligt.

Som underlag till detta examensarbete har respondenterna använt sig av en enkät, för att samla in data och analysera informationen för att nå ett resultat. Enkäten har riktats till förstavårdare på fyra brandstationer på Österbottens räddningsverk och Mellersta Österbottens och Jakobstadsområdets räddningsverk.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna kvantitativa enkätstudie, är att undersöka om vårdarna upplever det utmanade att bemöta barnpatienten prehospitalt och i sådana fall varför, samt hur man kan främja bemötandet. Utifrån dessa syften har respondenterna valt att formulera frågeställningarna.

1. Finns det utmaningar för vårdarna att bemöta barnpatienten prehospitalt?
2. Varför kan bemötandet av barnpatienten upplevas utmanande?
3. Vad kan man göra för att främja bemötandet av barnpatienten?

3 Teoretiska utgångspunkter

I detta examensarbete har respondenterna valt att utgå ifrån två olika vårdteorier. Sigridur Halldorsdottirs (1996) vårdteori som handlar om förhållandet mellan patient och vårdare och Patricia Benners (1993) vårdteori som handlar om sjukskötarens professionella utveckling.

Halldorsdottirs teori valde respondenterna att ta med i examensarbetet för att den främst berör bemötandet. Teorin har två nyckelord: bro och mur, som beskriver bemötandet mellan vårdare och patient. Benners teori valdes för att den beskriver sjukskötarens professionella utveckling och kan därmed relateras till detta examensarbete.

3.1 Förhållande mellan vårdare och patient

Halldorsdottirs vårdteori handlar om förhållandet mellan patient och vårdare. Teorin baseras på två nyckelord; bro och mur. Senare kompletterades dessa två, med ett till nyckelord; kompetens. Då patienten upplever vårdarens bemötande som något positivt, t.ex. att sjukskötaren visar sitt intresse att vårda patienten, så bildas det en bro mellan patient och vårdare. Ifall vårdaren är oengagerad och nonchalant, upplever patienten att mötet blir negativt och då bildas det en mur mellan patienten och vårdaren. (Halldorsdottir, 1996, 2008, 2012)

För att uppnå samhörighet mellan patient och vårdare bygger man en bro enligt sex steg.

1. Den som tar initiativ ska uppnå respons.
2. Vårdare och patient ser varandra som personer.
3. Patienten känner sig speciell, vilket bygger på både verbal och non verbal kontakt.
4. Patienten utvecklar ett förtroende till sjukskötaren.
5. Patienten har accepterat sjukskötaren och ser att sjukskötaren är där för dennes skull.
6. Ett band har utvecklats mellan patienten och sjukskötaren, en bro, där de tillsammans kan uppnå hälsa och välbefinnande. Man vill uppnå en så god vårdrelation som möjligt men det är ändå viktigt att behålla en professionell distans till patienten. (Halldorsdottir, 2008, s.647-648)

3.2 Från novis till expert

Benners vårdteori handlar om att säkra och återskapa sjukskötarens förmåga att bry sig, i en tid där vårdare blir belönade för mera effektivitet, teknisk kunskap och andra mätbara resultat. Benner har en modell för de olika stadierna i klinisk kompetens, som är en av de mest använda ramar för att bedöma sjukskötarens professionella utveckling. Teorin är framtagen för att utveckla kunskap i vårdyrket och för att skapa förståelse för patientvården. Benners teori fokuserar inte på hur en sjukskötare ska vara, utan hur sjukskötaren ska erhålla kunskap inom vårdarbetet. (Tomey & Alligood, 2006, s.140-157)

Benner anser att sjukskötaren går igenom fem olika stadier i sin professionella utveckling; novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och slutligen expert. Kompetensområden har delats in i ytterliga sju olika områden.

1. Den hjälpande rollen; att kunna ge patienten själv möjlighet att ta kontroll över sitt tillfrisknande, ge tröst och känslomässigt stöd, även till närstående.
2. Den undervisande och vägledande rollen; att förstå patientens egen tolkning av sjukdomstillståndet. Samt att samtidigt förklara och göra svåra sidor av sjukdomen förståeliga för patienten.

3. Diagnostik och övervakande funktion; att tidigt kunna upptäcka negativa förändringar i patientens tillstånd och kunna förutse vad en sjukdom ger upphov till.
4. Att effektivt kunna hantera snabbt skiftande situationer och kunna hantera kriser.
5. Att utföra och övervaka behandling. Säker läkemedelsbehandling.
6. Att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt vårdarbete.
7. Att planera och organisera personalens arbete och vården. Samarbete för att skapa trygghet runt patienten. (Tomey & Alligood, 2006, s.140-157)

4 Tidigare forskning

Som teoretisk bakgrund har respondenterna valt ämnen som berör bemötande och kommunikation med barn och de anhörigas betydelse vid bemötande av barnpatienten. Databaser som artiklarna söktes i var; CINAHL, SveMed, PubMed och Medic, De vetenskapliga artiklarna söktes i språken Svenska, Engelska och Finska. Artiklarna skulle finnas i fulltext och vara publicerade mellan år 2009-2015. Sökorden som användes var; ”bemötande”, ”kommunikation”, ”barn”, ”barnpatient”, ”ambulans”, ”förstavårdare”, ”akutvård”, ”child”, ”prehospital”, ”nursing”, ”caring”, ’’treatment’’, ’’lapsipotilas’’, ’’ensihoito’’, ’’ensihoitaja’’.

4.1 Bemötande av barnpatienten

Tidigare forskning antyder att vid bemötande av barnpatienten och deras anhöriga är det viktigt att ställa öppna frågor, använda sig av ett öppet kroppsspråk och visa att man bryr sig. Både patienten och de anhöriga behöver känna sig hörda och sedda. Man låter barnet själv förklara och berätta om det vill, annars berättar föräldrarna och vårdaren ställer följdfrågor för att spegla det som blivit sagt. På detta sätt försäkrar man sig om att båda parter har förstått rätt. Man försöker skapa ett förtroende till både föräldrarna och barnet för att de ska känna sig lugnare, vilket kan underlätta vid olika undersökningar. När man som sjukskötare närmar sig barnet är det bra att gå fram långsamt och försiktigt och gå ner på deras nivå, så de inte behöver se upp till en.

Man ser hur barnet reagerar, och ser ifall det drar sig tillbaka till förälderns famn.

Det kan vara bra att låta barnet vara i en trygg förälders famn, så de känner sig bekväma och trygga. (Ekström, 2015, s. 22-27)

Det är viktigt att vårdpersonalen har kunskap om barns utveckling. Vården av barn varierar beroende på barnets mognad och erfarenhet. Många barn kan känna sig sårbara i miljöer som inte tillhör deras vardag. Att låta föräldrar eller annan anhörig vara närvarande vid en vårdsituation är en självklarhet, eftersom föräldrarna känner sina barn bäst och kan ge barnet trygghet i skrämmande situationer. För barnet har det stor betydelse att ha bra kommunikation, relation och samspel mellan vårdpersonal och familj. För vårdpersonalen är vårdmiljön de arbetar i vardag, medan barn och föräldrar kan uppfatta miljön som osäker och skrämmande. Därför har kommunikation och bemötande en stor betydelse i vården. Med en bra kommunikation vill man skapa ett förtroende för att kunna samla information och få ett gott samarbete i vårdsituationen. (Söderbäck, 2010, s.17-19)

Barns erfarenheter av sin vårdtid, är att det ges bristfällig information till barnet som patient och även till föräldrarna. Informationen som de fått ta del av, är dessutom svår tolkat för barnet. Gordon, m.fl. (2010) gjorde en studie i Australien på 102 barn i åldrarna 6-10 år om vilka erfarenheter de hade efter en sjukhusvistelse. Det som behandlades var; miljön och formatet på den information som patienterna fick före intagningen till avdelningen samt vilken information de ansågs ha nytta av. Barnen ställde flera frågor om vad som skulle hända; om tid, om smärta, om nålar, om föräldrarna kan närvara, om aktiviteter att göra på ett sjukhus och ville ha svar på varför. Om barnen gavs tillräckligt med information innan de kom till sjukhuset, upplevdes själva sjukhusvistelsen mindre obehaglig. Föräldrarna visade sig ha en viktig roll som informationsförmedlare. (Gordon, m.fl., 2010, 727-733)

I en vårdsituation med barnpatienten krävs det att vårdaren har intervjuteknik som är anpassad efter barnets psykiska utveckling. För att få intervjun att framskrida på ett bra sätt och för att få relevanta svar av barnpatienten, får inte barnet känna sig pressad eller tvingad till att ge ett svar. Intervjun ska ske så naturligt som möjligt under de omständigheter som barnet befinner sig i. Ifall barnet känner sig pressad under en intervju, kan det uppstå långa tystnader, missförstånd och osammanhängande, felaktiga påståenden ökar.

Även vårdarens felaktiga intervjuteknik kan orsaka förväxlingar, osanna uttalanden och svar som helt och hållet har fantiserats ihop. Denna tveksamhet hos barnet kan orsaka att barnet som tidigare varit säkra på vissa svar, helt och hållet kan ändra sina tidigare svarsalternativ och intervjuns tillförlitlighet sänks. Ifall barnet under en intervjusituation känner sig pressad eller tvingad att ge svar, kan barnet börja svara det som vårdaren vill höra, eftersom de vill vara vårdare och anhöriga till lags, trots att dessa svar kan vara felaktiga. (Axelsson, 1999)

När barnet befinner sig i en ålder mellan tre och fem år kan de börja hantera stress, men man kan se en viss skillnad på vilket sätt de kan hantera den. När barnet befinner sig i treårsåldern, ser man mera fantasisvar, felaktiga uttalanden och förväxlingar mellan olika händelser. Medan barn i femårsåldern, i allt högre grad kan stå för sina uttalanden och påvisa relevans. Hos femåringarna innehåller svarsalternativen mer information än hos treåringarna, vilket kan vara en följd av en mer utvecklad förmåga att uttrycka sig verbalt. Hur pass bra barnet klarar av att intervjuas under större press är individuellt. Faktorer som; förmåga att uttrycka sig verbalt, minnet och dess utveckling, barnets intelligens samt barnets temperament är sådana som kan påverka barnets förmåga att intervjuas. För att få intervjun utförd på ett tillfredsställande sätt, måste dessa faktorer tas i beaktande när man intervjuar barn. (Axelsson, 1999)

4.2 Kommunikation

När man som vuxen kommer i kontakt med en obekant vårdmiljö, står man oftast inför blandade känslor, detsamma gäller barn. Till skillnad från vuxna har barn svårare att hantera känslor som rädsla och ångest. Ett bra sätt att hjälpa barnet och deras anhöriga igenom detta, är att använda sig av ett korrekt och åldersanpassat språk. (Stock, m.fl. 2009, 641-646)

En bra kommunikation är viktig och har stor betydelse i vårdrelationen. Oavsett om kommunikationen är verbal eller icke-verbal lämnar den spår, den mänskliga interaktionen bygger på förtroende och kommunikation. Det har visat sig att god kommunikation har en stor inverkan på humöret, genom att dämpa negativa känslor, ångest och ilska.

Att som vårdpersonal kunna sätta sig in i en annan persons situation och att försöka uppleva bemötandet ur patientens synvinkel är en viktig aspekt för god kommunikation och förståelse. Patienten skall känna sig bekräftad, sedd och hörd av vårdaren. (Ammentorp, 2009, 60-62)

Kommunikationsnivån och språkbehovet för barn är nära relaterat till deras utvecklingsnivå. Barn utvecklas och uppnår olika faser under uppväxten. Om man som vårdare vet vad som händer i de olika utvecklingsfaserna hos barnet kan man bidra till en bättre vårdupplevelse för både barn och föräldrar. En förklaring angående den normala utvecklingsfasens stresshantering i en obekant miljö, kan hjälpa föräldrarna att förstå varför barnet reagerar som det gör under olika procedurer. För småbarn kan det exempelvis vara normalt att de sparkar och skriker vid olika vårdprocedurer, men inte på grund av smärta, utan på grund av förlusten av normal rörlighet eftersom någon kanske håller fast dem. Som vårdare är det bra att förklara detta även för föräldrarna så de kan känna sig lugnare. (Stock, m.fl. 2009, 641-646)

För mindre barn kan det kännas tryggare och resultera i mindre stress om de får sitta i en förälders famn under vårdåtgärden. Men när barnet befinner sig i början av förskoleåldern ökar behärskningen av färdigheter och barnet kan känna ökad förlust av kontroll. I sådana situationer kan det vara bra att kommunicera och erbjuda lämpliga val åt barnet exempelvis ”vill du sitta på båren eller i mamma eller pappas famn när vi tar blodprov?”. Däremot skall man inte ge barnet valmöjligheter när svaret med största sannolikhet blir ett nej, t.ex. ”får jag ta blodprov?”, då kan man istället fråga ”från vilken arm skall vi ta blodprov?”. Att involvera både barnet och föräldrarna genom att ge dem olika uppgifter kan också vara bra, t.ex. ”mammas uppgift är att krama dig medan din uppgift blir att hålla armen riktigt stilla medan vi hjälper dig”. (Stock, m.fl. 2009, 641-646)

Förskolebarn kan på grund av livlig fantasi ha otydliga gränser mellan fantasi och verklighet. Här kan man låta barnet känna på de olika vårdinstrumenten medan man förklarar på en lämplig nivå vad man skall använda det till. Detta kan minska på ångesten innan proceduren, eftersom man ger barnet en aktiv roll i sin egen vårdsituation. Det är viktigt att använda ett konkret och barnanpassat språk med beskrivande ord till barnet, som de sedan kan relatera till för att få ytterligare förståelse.

Ett exempel på detta; ”Det här är en blodtrycksmanschett, den kommer att ge din arm en hård kram; din uppgift blir att hålla armen så stilla som möjligt tills den slutar krama. Den hjälper till att berätta hur starkt hjärta du har.” (Stock, A. m.fl. 2009, 641-646)

Skolbarn kännetecknas av; konkret förståelse, intensivt intresse av kroppen och hur den fungerar. De har en allmän rädsla för blodprov, vissa barn kan tro att vårdaren tar allt deras blod och att det inte kommer att bli något kvar. De kan också uppfatta behandling som en bestraffningsform. Klara och enkla förklaringar samt bekräftelse på att barnet förstår vad man gör och varför, bidrar till att barnet inte utvecklar dessa missuppfattningar. (Stock, m.fl. 2009, 641-646)

En god kommunikation främjar vården och reducerar onödig stress för alla inblandade. När man kommunicerar med barn oavsett ålder är det viktigt att man förklarar, visar och får bekräftat att barnet har förstått. Det är inte endast vad som sägs som är viktigt, utan även kroppsspråket. Kroppsspråket är den del av kommunikationen som barn och föräldrar uppfattar snabbt, ifall det man säger inte stämmer överens med kroppsspråket. För att uppnå bästa möjliga resultat, skall situationen, den muntliga kommunikationen och kroppsspråket skall vara synkroniserade med varandra. (Stock, m.fl. 2009, 641-646)

4.3 Anhöriga

Att föräldern får delta vid s.k. obehagliga procedurer vid vårdsituationer, har visat ge en positiv inverkan på hur pass bra vårdaren kan genomföra olika vårdprocedurer. För att underlätta vårdandet av ett barn vid smärtsamma procedurer, kan vårdaren istället för att använda farmakologiska smärtstillandemedel ta hjälp av sin kunskap, sin erfarenhet av den kliniska vården och sina sociala kunskaper. Detta för att kunna bygga upp ett förtroende i vårdrelationen till barnet. (Olmstead, m.fl. 2014 s. 162-171)

Föräldrarnas närvaro ger en känsla av trygghet för barnet, de kan motivera och stödja barnet. Eftersom föräldrarna känner barnet bäst, har de kunskapen att kunna läsa av, stötta, avleda och uppmuntra barnet. Under vårdproceduren är det lugnande för barnet att få sitta nära eller i famnen på en anhörig. En faktor som kan göra barnet oroligt är att den anhöriga sänder ut signaler om stress, oro eller rädsla.

Därför är det viktigt att klargöra för föräldern, hur detta smittar av sig till barnet och att man som vårdare ständigt låter den anhörige få ta del av vad som händer och vad man gör. Det är viktigt att man på ett ärligt och lättförståeligt sätt redogör för föräldern och barnet vad som skall göras, på vilket sätt och att man ärligt berättar om något kommer att göra ont eller kännas obehagligt. Informationen som ges till barnet skall inte överdrivas eller berättas för ingående, eftersom det kan bli för mycket att tänka på. Informationen kan vara svår för barnet att tolka vilket kan leda till ännu mera oro och rädsla. (Finnström, Käck & Söderhamn. 2011, s. 40-44)

5 Teoretisk bakgrund

Respondenterna kommer att redogöra för barnets fysiska, psykiska och fysiologiska utveckling, föräldrarnas betydelse och hur barnets beteende skiljer sig i de olika åldrarna från 0-8 år. För att en så korrekt vård som möjligt skall kunna ges, skall vårdaren utifrån barnets ålder, kunna uppskatta barnets psykiska och fysiska utveckling. I den prehospitala vården utgör barnpatienter ca 10 % av alla patienter som vårdas, vilket gör att barnpatienten tillhör en klar minoritet. Barnpatienter är inte bara en liten patientgrupp, utan också en patientgrupp som kräver att man tar hänsyn till många olika aspekter som kan påverka vården (Drayna, m.fl., 2015 s.441-447).

I en vårdrelation till barn i den prehospitala vården, ställs vårdaren inför några huvudmoment, där vården av en vuxenpatient och en barnpatient skiljer sig mycket åt. Anatomin hos barn skiljer sig mycket från en vuxen, även i barnets olika åldrar ser man skillnader. Ett annat moment som anses mer krävande, är att kommunikationen med ett barn inte alltid framskrider lika smidigt, som det i allmänhet gör med den vuxna patienten. Dessa moment kan skapa en osäkerhet hos vårdaren, vilket kan leda till att barnet inte får den vård det behöver, inom de tidsramar som finns, eller att någon viktig aspekt som kan styra vården glöms bort. (Suserud & Svensson, 2009, s. 435-438)

5.1 Barns fysiska utveckling

Barn i åldern 0-8 år, genomgår en stor utveckling både fysiskt och anatomiskt. Barnet föds med ett visst antal hjärnceller, som är färdigutvecklade först när barnet är i femårsåldern. Motoriska färdigheter utvecklas i hjärnan, för att sedan spridas till resten av kroppen. Kranialnerverna utvecklas mest i åldern 0-6 månader. De har en livsuppehållande funktion med skyddande reflexer som blinkning, sväljning, sugreflex samt syn och hörsel. Hjärnan är oftast mindre, mjukare och mer flexibel, den är också mer känslig för infektioner, förgiftningar och trauman. Detta beror på att hjärnan ännu utvecklas. Koordinationen utvecklas först senare, vilket är en av orsakerna till att ett barn lätt faller och får skador. En normal hjärtfrekvens varierar beroende på barnets ålder. Förekomst av takykardi är oftast en kompensationsfaktor som uppstår när hjärnan behöver mera syre. Om hjärnan behöver mera syre kan detta bero på ökad metabolism vid t.ex. hypertermi eller hypovolemi vid t.ex. blödning eller dehydrering.

Barnets blodvolym är mindre än hos vuxna. Hos små barn utgör huvudet en större proportion gentemot kroppen, vilket gör att en större del av blodvolymen finns där. (Suserud & Svensson, 2009, s. 436-437) Huden utgör proportionerligt större yta i förhållande till barnets kroppsmassa. Det är först när barnet uppnår en ålder på 10 år som barnets hud utgör ungefär lika stor massa som hos en vuxen. Kroppsytans storlek och att barnets hudlager är så tunt, leder till att det finns en högre risk för barn att utveckla hypotermi. (Suserud & Svensson, 2009, s. 436-437)

Luftvägarna hos barnet är mer trånga, mjuka och anatomin ser annorlunda ut än hos en vuxen. Hos barnet är tungan större i proportion till munnen och ingången till larynx är högre beläget, detta är en av de vanligaste orsakerna till luftvägsobstruktion hos ett barn. Barn upptill 6 år andas genom näsan, andningen är ytligare och två till tre gånger snabbare än en vuxen. Näsgången har en liten diameter och därmed finns det en större risk för obstruktion. (Suserud & Svensson, 2009, s. 436-437) Revbenen på barn är mer flexibla och elastiska, vilket leder till att småbarn sällan får frakturer. Lungvävnaden i lungor är känsligare, detta leder till att barn lättare utvecklar pneumothorax.

Eftersom mediastinum (mellanrummet mellan lungorna) är mera rörligt, kan det lättare ske en förskjutning av hjärtat och de stora kärlen. (Suserud & Svensson, 2009, s. 436-437)

5.2 Barns psykiska utveckling

Barnet börjar redan vid 0-4 månaders ålder känna igen sina föräldrars ansikten och röster och kan anknyta dessa till trygghet. När barnet är cirka 0-6 månader, ger barnet tillåtelse till enkla undersökningar och behandlingar. För att inte utsätta barnet för stress, bör undersökningen börja så långt ifrån huvudet som möjligt. (Suserud & Svensson, 2009, s. 435-437)

Barnet lär sig att använda sig av de färdigheter, som de lärt sig under det första levnadshalvåret. De börjar fästa blicken på de människor som de har runt omkring sig. Vid en undersökning skall barnet få vara i en bekant famn för att känna sig trygg, trots att situationen är främmande. Eftersom barnet befinner sig i en fas, där de är starkt kopplade till sina vårdnadshavare, kan en liten faktor som att t.ex. föräldern är utom synhåll för barnet, orsaka att barnet blir olyckligt eller grips av panik. (Leach, 1997, s. 226-231)

Det kan vara svårt att undersöka barn i åldern 1-2 år, eftersom de kan känna obehag inför att en främmande människa undersöker dem. Man skall låta barnet vara nära föräldern under undersökningen. (Katajamäki, 2004, s. 67) Vårdutrustning kan upplevas som skrämmande, t.ex. inför syrebehandling kan det upplevas som obehagligt, att en del av ansiktet täcks över med en syremask. Nålar och kanyler sammankopplas ofta med smärta och det är vanligt att barnet ber om ursäkt för att de har skadat sig. (Suserud & Svensson, 2009, s. 435-436)

När barnet är 3-4 år, börjar det få ett mer konkret tänkande och allt de hör tolkar de bokstavligen. Fantasin är livlig och det är vanligt att händelser överdramatiseras. Vokabulär kan variera kraftigt mellan olika barn. I denna ålder är det viktigt att man noggrant och utan att försöka förminska t.ex. smärtan, förklarar vad man ska göra, hur det går till och varför man gör det. För att man skall bygga upp ett förtroende till barnet, skall man inte använda förminskande ord såsom t.ex. ’’Det gör lite ont’’,

’’ Den lilla nålen’’ o.s.v. utan man skall vara ärlig och tydlig så att barnet förstår och är förberedd på vad som kommer att hända. (Lindemann, 1992, s.17-19)

Barn i åldern 7-8 år, är för det mesta samarbetsvilliga och ibland också nyfikna. De förstår att vårdpersonalen är där för att hjälpa dem. Barn upplever skada, smärta och sjukdom på olika sätt. Informationen skall ges på ett sådant sätt, att barnet förstår vad som händer. (Söderbäck, 2014, s. 139-141)

5.3 Behandling av barn vid smärtsamma procedurer

Vid behandling av barn är det viktigt att förebygga smärta. Tar man inte smärtan på allvar och behandlar den, kan det medföra att barnet får ökad rädsla och smärtkänslighet vid senare behandlingar. Barns smärtsystem utvecklas redan under fosterstadiet. Spädbarn har ett känsligare nervsystem än vuxna, samt mindre utvecklat försvar mot smärta. Smärta vid procedur undersökningar kan vara nociceptiv, det vill säga; smärta som beror på vävnadsskada, där smärtfibrerna förmedlar en snabb, kraftig smärtupplevelse. Denna smärtupplevelse är svårbehandlad. Smärtsystemet är uppbyggt så att det förstärks av exempelvis oro, rädsla eller stress. För att bedöma barns smärta, kan man ta hjälp av olika sorters smärtskattningsskalor. (Lundeberg, 2014, s.27-28)

När man vårdar barn, skall man alltid se till barnets bästa. Det är viktigt att från första början försöka få en bra vårdrelation till både barnet och föräldrarna. Barn kan uppleva mindre stress eller rädsla, om en förälder är närvarande. Informationen till föräldrar och barn skall vara grundlig, de skall vara delaktiga i beslut som har att göra med behandling och vård. Upplever man som patient, att man har kontroll över situationen och vad som kommer att hända, kan de psykologiska faktorerna bidra till att förändra smärtupplevelsen, samt påverka beteendet vid proceduren. Det är även viktigt för barnet att interaktionen mellan vårdare och föräldrar fungerar, det skapar en känsla av trygghet för barnet. Vårdpersonal och anhörigas beteende kan påverka barnets upplevelse av situationen. Man skall inte säga till barnet att det kommer att gå bra eller att det inte kommer göra ont, eftersom barnet tror på vad föräldrarna säger. Bemöter man barnet på ett bra sätt, ökar möjligheten till ett lyckat genomförande. Det är viktigt att vara väl förberedd och planera, samt utföra behandlingen med inställningen att minska på barnets rädsla.

Genom att planera genomförandet, samt förbereda barnet på vad som kommer att ske innan, under och efter behandlingen, låter man barnet känna trygghet och kontroll. Vårdarens uppgift är att fånga barnets uppmärksamhet och förklara noggrant för barnet, på ett sätt som passar deras individuella utveckling, så de säkert förstår vad man menar. Ansiktsuttryck och röstläge är viktiga när man talar till ett barn. (Wiwe Lipsker, 2014, s. 29-31)

Att skapa ett förtroende till barnet är grundläggande inför en lyckad behandling. När man skapar förtroende och förbereder barnet på vad som kommer att ske, ökar man förutsättningarna för att behandlingen genomförs på bästa möjliga sätt. Barn i olika åldrar förbereds på olika sätt. Nyfödda och spädbarn förbereds genom att ammas/matas innan proceduren, de skall vara mätta. Att äta innan behandlingen kan ha en smärtlindrande effekt. Det är viktigt att förklara empatiskt och ärligt, på barnets nivå, så de känner trygghet. Vårdaren ser till att barnet har förstått den information som getts och att de känner att de kan hantera situationen. Upplever man att barnet blir onormalt rädd och har svårt att hantera situationen, kan det vara bra att vänta tills situationen lugnat sig innan man utför en behandling, så att barnet känner sig sett. (Karlsson, S. 2014. s.36-38)

Vid smärtsamma procedurer kan distraktion fungera som en effektiv metod. Detta innebär att barnet koncentrerar sig på något annat än smärtan eller rädslan. Man kan distrahera barnet på någonting annat än det smärtsamma, med hjälp av t.ex. musik, såpbubblor, en bok eller om barnet är över sju år, kan andningsövningar eller fantasi hjälpa. Fysikaliska metoder kan också vara effektiva när man vill lindra smärta. Man kan lindra smärta eller rädsla med hjälp av hud mot hud, värme, kyla eller massage. Detta kan också behöva förberedas av den som skall utföra det. (Hedén, L. s.39-41)

5.4 Bedömning av barnets smärta

Smärta definieras olika från person till person. Smärta är ett svårbedömt tillstånd som även kan vara svår att behandla, speciellt när barn genomgår en behandling eller undersökning. I vissa situationer är anestesi det bästa alternativet för att lindra smärtupplevelsen, men alla gånger finns inte möjlighet till det och även om det är möjligt kan smärtupplevelsen kvarstå efter utförd undersökning under anestesi.

Det finns också smärtstillande läkemedel som kan vara till hjälp vid olika sorters smärtupplevelser. Man kan använda sig av läkemedel som dämpar signalerna till hjärnan, som t.ex. EMLA kräm, Paracetamol eller Ibuprofen. Att uppnå smärtfrihet vid alla undersökningar är inte alltid möjligt. Man skall låta barnet tänka på något roligt och positivt, samt se till att barnet har stöd från någon närstående men också av vårdaren. (Nilson, S. 2011, s.28-29)

För att kunna bedöma barnets smärtupplevelse finns det flera olika faktorer som har betydelse i bedömningen. Faktorer som påverkar kan vara kan vara tidsbrist, fel i kommunikationen eller att kvaliteten på smärtbedömningen inte är tillräckligt god, samt vårdarens erfarenheter och skicklighet att kunna bedöma smärtan utifrån; ord, mimik och ansiktsuttryck hos barnet. Det är viktigt att betrakta varje patient individuellt, eftersom olika grader av smärta kan påverka olika från barn till barn. Som hjälpmedel kan man använda en VAS-skala (se bilaga 1), där barnet själv på ett enkelt sätt får beskriva sin smärta. (Bertilsson, 2004. s. 13-16)

Vid bedömningen av barnets smärta, måste man alltid ta i beaktande hur barnet själv beskriver sin smärtupplevelse. Det är bra att ta hjälp av barnets föräldrar eller anhörig, eftersom de kan hjälpa barnet att förklara eller hjälpa vårdaren att förstå. För att vårdaren ska kunna göra en bra bedömning, kan det vara till stor nytta att känna till; barnets ålder, vilken utvecklingsnivå barnet befinner sig i, tidigare sjukdomar och mediciner, smärtupplevelser samt olika beteenden och speciella egenskaper hos barnet. I dessa situationer kan föräldrarna eller någon annan anhörig vara till stor hjälp, för att vårdaren skall kunna göra en korrekt bedömning. (Bertilsson, 2004, s. 17-18)

5.5 Smärtbedömningsskalor

För att underlätta kommunikationen mellan vårdare och barn och för att försäkra sig om att båda parten har samma bedömningsskala, kan man ta hjälp av en VAS-skala (Visuell analog skala) (se bilaga 1). Skalan består av en vågrät linje med en siffernumrering mellan 0-10, där 0 ska skall beskriva en känsla av smärtfrihet och 10 ska beskriva den värsta tänkbara smärtan. Siffrorna mellan 0-10 ska stiga succesivt i takt med smärtan som patienten känner. Genom att använda sig av en smärtskala, får man en tydlig bedömning på patientens smärtupplevelse. (Nilsson, s. 32)

För att man skall ha nytta av denna smärtskala, krävs det att barnet ska ha en tillräcklig abstrakt förmåga, för att kunna omvandla sin smärta och upplevelse till en siffra. Det rekommenderas att barnet är i 7-8 års ålder och uppåt, för att de ska kunna förstå dessa skalor. (Nilsson, s. 32)

FPS-skalan (Faces Pain Scale-Revised) byggs upp på samma sätt som en VAS-skala, men istället för att bedömningen sker utifrån siffror, skattas smärtan utifrån 6 olika ansiktsuttryck (se bilaga 1). De 6 ansiktsuttrycken som finns på denna skala, går från ett ansikte som ser glatt ut till ett ansikte som succesivt blir mera ledsen. Utifrån denna skala ska barnet kunna bedöma och visa hur svår smärtan är. Forskning har visat att barn från fyraårsåldern kan förstå en FPS-R-skala. (Nilsson, s. 32-33)

6 Metod och material

Respondenterna har valt att använda sig av en enkätundersökning. Enkäten utformades utgående från syftet och frågeställningarna. Personerna som deltagit i undersökningen, valdes ut eftersom de är förstavårdare och kommer i kontakt med barnpatienter i sitt arbete. Räddningsverkens stationer valdes ut med motiveringen att det skulle vara jämnfördelat mellan norra-, mellersta- och södra Österbotten.

Majoriteten av frågorna i enkäten har varit flervalsfrågor, vilket har gjort denna studie kvantitativ. I enkäten finns även en öppen fråga, där informanterna med egna ord har fått besvara frågan, vilket gör studien delvis kvalitativ. De fasta svarsalternativen bearbetades i programmet SPSS. Svaren från den öppna frågan, samt kommentarerna från två frågor där det fanns möjlighet att svara fritt, analyserades med hjälp av innehållsanalys.

6.1 Studiens praktiska genomförande

Respondenterna till detta examensarbete, har som datainsamlingsmetod använt sig av en enkätstudie. Svarsalternativen på enkäterna har varit både kvalitativa och kvantitativa, eftersom respondenterna har använt sig av både frågor med fasta svarsalternativ (kvantitativa) och öppna frågor (kvalitativa). Före den slutgiltiga enkäten skickas ut, gjordes en pilotstudie.

När enkäterna placerades ut på respektive station, bifogades ett följebrev som förklarar undersökningen och motiverar informanterna till att delta (se bilaga 3). För att bearbeta innehållet från enkäten, har respondenterna använt sig av programmet SPSS och innehållsanalys.

Vid enkätundersökningar väljs det ut vilka frågor som ska tas med i enkäten och varför. Man måste även ta reda på om det finns motsvarande undersökningar som redan är gjorda. Frågorna ska formuleras på ett tydligt sätt för att undvika missförstånd. Svarsalternativen ska vara anpassade till frågan. Frågorna bör utformas enligt vilken information man vill nå, man ska endast ta med det som är viktigt för studiens syfte. Om frågan och svaret inte påverkar resultatet man vill nå, kan frågan uteslutas. (Olsson & Sörensen, s. 90-94)

Man bör alltid räkna med ett visst bortfall. Det finns två olika bortfall; externt bortfall och internt bortfall. Externt bortfall betyder att vissa personer har valt att inte delta i undersökningen. Internt bortfall betyder att personen har deltagit i undersökningen, men svarat endast på några frågor. Om man får ett stort bortfall bör man göra en bortfallsanalys och fundera över hur resultatet påverkas. (Olsson & Sörensen, s. 90-94)

6.2 Kvantitativ studie

En kvantitativ metod förutsätter att man kan göra de teoretiska begreppen mätbara. Informationen ska kunna kvantifieras, uttryckas i kvantitet. Resultatet framkommer oftast i siffror och mängder och är på så vis mätbara. Man undersöker en stor grupp individer, ofta genom en enkät eller intervju med fasta svarsalternativ. När man använder sig av en kvantitativ metod, deltar inte forskaren själv i undersökningen, utan endast iakttar och observerar. (Holme & Solvang, 1997, s. 76-78)

Kvantitativ metod ger inte utrymme för individuella synpunkter. Vid en kvantitativ undersökning skaffas informationen på ett sätt som utformas av urval och avstånd. Man har bestämt frågorna själv och gjort färdiga svarsalternativ. (Holme & Solvang, 1997, s. 82-83)

Respondenterna har valt en kvalitativ enkät, för att lätt kunna undersöka en så stor mängd deltagare som möjligt. Genom att ha fasta svarsalternativ, kan man på ett bra sätt jämföra deltagarnas upplevelser av att bemöta barnpatienten i den prehospitala vården. Med hjälp av de fasta svarsalternativen, kan respondenterna på ett tydligt sätt kategorisera deltagarna och deras upplevelser. Respondenterna har använt sig av stapeldiagram för att jämföra resultaten.

6.3 Kvalitativ studie

En Kvalitativ metod betyder att man karaktäriserar och gestaltar något. En kvalitativ metod kan användas för att beskriva, ta fram fakta ur data och påvisa variationer. (Larsson, 2011, s. 7-9) Kvalitativa metoder är forskningsinformation om vad människan själv har sagt, skrivit eller observerat beteende. Fenomenet i något karakteriseras eller undersöks; man försöker hitta beskrivningar eller kategorier för att beskriva ett fenomen eller sammanhang. Kvalitativa metoder kan delas in i; språkorienterade, tolkande eller beskrivande metoder. Kvalitativa metoder berättar om få enheter, men fokuserar på det unika. (Olsson & Sörensen, s. 65-66)

Eftersom en av frågorna i respondenternas enkätundersökning var öppen och att man i två av frågorna, med fasta svarsalternativ, hade möjlighet att svara fritt, har respondenterna använt sig av en kvalitativ innehållsanalys.

6.4 Enkät

En enkät är ett sätt att samla information. Det är en typ av frågeformulär, som riktas till en grupp utvalda personer. Enkäter skickas ofta per post, e-post eller motsvarande, vilket gör att de som svarar på enkäten hålls helt anonyma. (Patel & Davidson, 2003, s. 69) När enkäten placeras ut ska det ingå ett brev, ett s.k. missiv, som ska innehålla information om undersökningen och motivera personerna att svara på enkäten. För att så många som möjligt ska svara på enkäten, är det viktigt att de som deltar är medvetna om syftet med undersökningen och på vilket sätt de gynnas av att delta. Man bör även klargöra om enkäten är anonym eller konfidentiell. Om den är anonym finns inga namn, nummer eller annan möjlighet till identifiering.

Däremot om enkäten är konfidentiell vet respondenterna vem som svarat på vilka enkäter, men det är endast respondenterna som har tillgång till den informationen. (Patel & Davidson, 2003, s. 70-71)

Respondenterna utformade enkäten (se bilaga 4) utifrån syftet och frågeställningarna. Frågorna som valdes var relevanta för undersökningen. Önskad mängd frågor skulle vara mellan sju till tio stycken, det slutliga antalet frågor blev nio. Enkäten omformulerades flera gånger tills frågeställningarna kunde besvaras. Enkäten skrevs på både svenska och finska. För att få en korrekt översättning med samma innebörd, översattes den flera gånger fram och tillbaka, mellan de olika språken. Enkäterna var utplacerade på stationerna i ca två veckor innan de samlades in för analys.

6.5 Pilotstudie

En pilotstudie är en förberedande undersökning, som syftar till att testa undersökningsinstrumentet och hur undersökningen ska genomföras praktiskt. Pilotstudiens avsikt i en kvalitativ undersökning, är att identifiera särdrag i olika processer. I en kvantitativ undersökning syftar pilotstudien till att konstruera ett frågeformulär och att testa studiens upplägg. (Olsson & Sörensen, s. 29)

Respondenterna har innan studiens genomförande fått muntligt tillstånd av ansvariga personer på respektive station, om att göra denna enkätundersökning. Efter det muntliga godkännandet, utformades en skriftlig anhållan om godkännande av enkätundersökning (Se bilaga 2). Den skriftliga anhållan skickades per mejl till respektive förman för underskrift. Anhållan godkändes. Innan undersökningen utfördes på de utvalda stationerna, gjordes en pilotstudie på tre utvalda personer inom branschen. När svaren från pilotstudien kom tillbaka, redigerades enkäten; frågeställningarna skrevs om, frågorna gjordes tydligare och lättare att förstå och språket i enkäten redigerades. Den slutliga versionen placerades ut på de utvalda stationerna.

6.6 Deskriptiv statistik

Inom vissa typer av undersökningsområden, där det redan finns beskrivet en kunskapsgrund, som man kategoriserat med olika modeller, är undersökningen beskrivande. I de beskrivningar som framställs, kan det handla om; situationer som har ägt rum, en beskrivning av dåtid eller situationer som sker just nu, en beskrivning av nutid. Vid undersökningar med en deskriptiv analys, begränsar man analysen till ett visst intresseområde. Man framför beskrivningen av dessa områden grundligt och välbeskrivet. Beskrivningen kan handla om varje aspekt var för sig, eller så väljer man att beskriva sambandet mellan de valda aspekterna. (Patel & Davidson, 2003 s. 12-13)

För att respondenterna skall kunna analysera den data som fåtts in via enkäterna, används programmet IBM SPSS Statistics d.v.s. SPSS. I detta program får man behandlat hela analysprocessen av de frågorna med fasta svarsalternativ i frågeenkäteten. (Eliasson, A. 2006, s. 56-58) Inför användningen av programmet SPSS, valde respondenterna först ut vilka frågor som skulle jämföras med varandra. Utifrån dessa jämföranden fick vi fram om det fanns ett samband mellan de olika komponenterna. Resultatet av jämförelserna presenteras i form av stapeldiagram i resultatdelen.

6.7 Innehållsanalys

Analys betyder att man kategoriserar något i mindre beståndsdelar. Man analyserar något för att bearbeta kunskap. När man analyserar information betyder det att man delar in och ordnar begrepp, för att försöka upptäcka sammanhang.

I en innehållsanalys gör forskaren egna tolkningar av materialet. Man kan använda sig av innehållsanalys för att vetenskapligt analysera dokument. (Olsson & Sörensen, s. 127-129)

Innehållsanalys beskriver människors uppfattning och erfarenhet av olika saker och har därför en låg analysnivå. Det är stor risk att informationen deltagarna ger, är annan än vad de menar. Man ska vara bekant med materialet som ska analyseras, för att analyseringen ska ske korrekt. (Dahlberg, s. 118-120)

Respondenterna har analyserat svaren i den öppna frågan på enkäten och kommentarerna från frågorna med fasta svarsalternativ för att hitta samband. Svaren och kommentarerna tolkas och ordnas enligt uppfattning, i passande kategorier för att underlätta analysen av informationen. Sedan analyseras sambanden och förklaras tydligare i resultatdelen.

7 Etiska överväganden

Begreppet etik behandlar frågeställningen; *hur man bör handla.* Etik handlar om den teoretiska reflektionen över moralföreställningarna. Det är viktigt att respondenterna har kunskap och fakta om det som utgör den etiska reflektionen. (Arlebrink, 2013, s.18) Man skall inte undanhålla information, resultaten som framförs skall vara tillförlitligt. All information skall behandlas sanningsenligt. (Forskningsetiska delegationen, 2012, s. 18) De personer som att deltar i undersökningen ska vara medvetna om eventuella risker och obehag, för att kunna ta ställning till om de deltar eller inte. Informationen skall vara lätt att förstå, innefatta vad en medverkan innebär och vara riktad till de som kommer att delta. Materialet skall inte användas till något annat än det ändamål som finns beskrivet. (Olsson & Sörensen, 2007, s. 78-84)

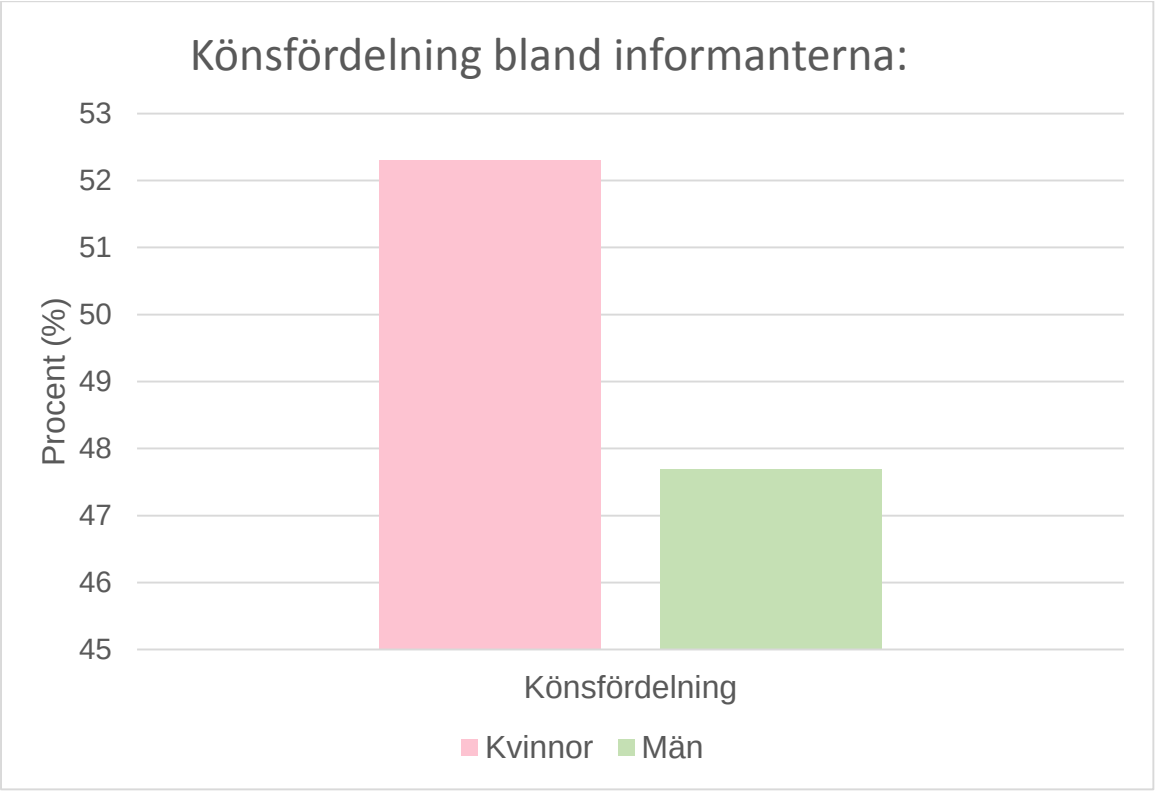
Respondenterna har en ambition och strävar till att vara noggrann, omsorgsfull och ärlig, genom studiens alla delar. Respondenterna strävar efter att inte misstolka tidigare forskning och källor. Respondenterna har ett etiskt ansvar och beaktar de allmänna forskningsetiska principerna som finns uppställa i (Forskningsetiska delegationen, 2012, s. 18). Respondenterna anser att denna studie är av etiskt värde att utföra, eftersom man vill skapa en större kunskap inom området, för att kunna ge barnpatienten ett så bra bemötande som möjligt. Studien har behandlats på ett opartiskt och korrekt sätt och har därmed ett etiskt värde.

I god tid innan enkäterna skickas ut, har respondenterna ansökt om lov av akutvårdsmästaren på Österbottens räddningsverk samt förmannen på Mellersta Österbottens och Jakobstadsområdets räddningsverk, om att få utföra enkätundersökningen. Respondenterna fick lov att utföra enkätundersökningen på de utvalda stationerna. Alla berörda förmän på respektive station, har blivit informerade om att undersökningen kommer att utföras och när den utförs. Informanterna har informerats om studiens syfte och upplägg.

Respondenterna ansvarar för att informationen som getts är begriplig för deltagarna. Personerna som deltar har själv rätt att bestämma om de deltar eller avstår från undersökningen. Respondenterna har gjort allt för att förebygga eventuella risker, skador eller obehag som kan framkomma i samband med undersökningen. Detta för att inte utsätta någon för skada eller kränkning. Att delta i undersökningen är frivilligt. Respondenterna har strävat efter att korrekt tolka och återge resultatet från datamaterialet. Deltagarna har genom att delta, gett samtycke till att materialet används till det syfte som blivit beskrivet. Alla som deltar är anonyma och undersökningen är gjord så att man inte kan gissa sig till vem som skrivit vad. Enkätundersökningsmaterialet kommer att förvaras så att inga obehöriga har tillgång till det. Efter att denna studie är genomförd, kommer respondenterna att förstöra alla enkäter i en pappersstrimlare. Detta för att skydda deltagarnas anonymitet. Respondenterna kommer att respektera personerna som deltar i undersökningen och ta hänsyn till deras integritet.

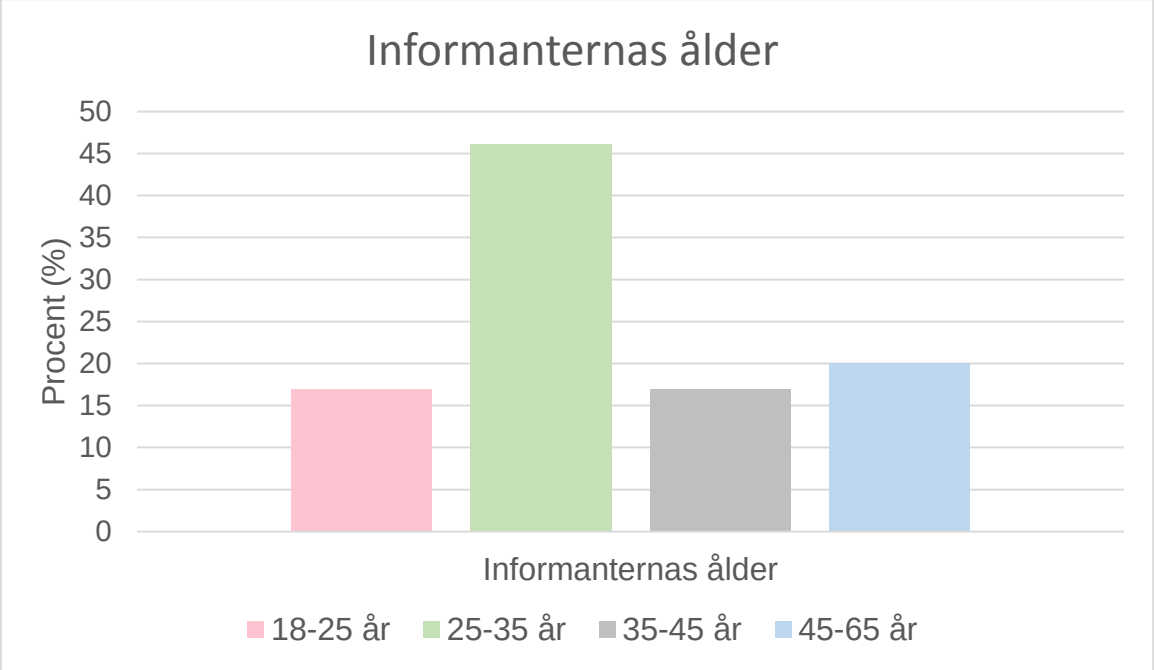
8 Resultat

I detta kapitel kommer respondenterna att presentera en sammanfattning av resultatet från enkäterna, samt en beskrivning av undersökningsgruppen och internt bortfall. Personerna som har deltagit i undersökningen är förstavårdare på Österbottens räddningsverk och mellersta Österbottens och Jakobstadsområdets räddningsverk. Antalet förstavårdare som deltog i enkätundersökningen var 65 stycken, både män och kvinnor i åldrarna 18-65 år. Arbetserfarenheten inom förstavården varierar mellan < 3 till > 15 år. I resultatet framkom inget internt bortfall, alltså inga obesvarade frågor. Här nedan kommer en beskrivning av deltagarna med hjälp av stapeldiagram.



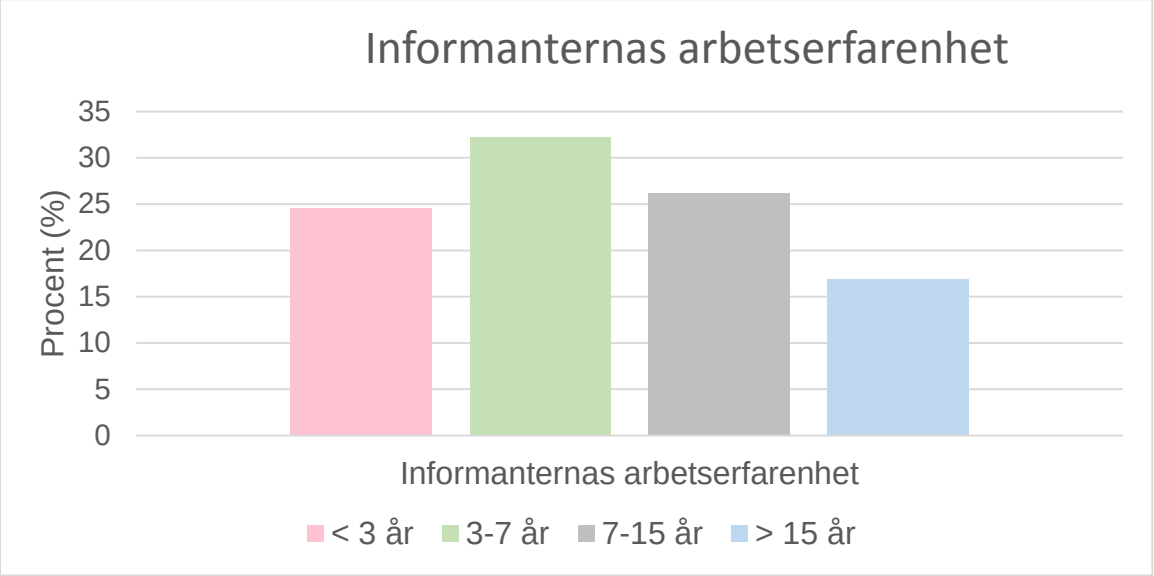
Figur 1. Könsfördelning bland informanterna.

Av informanterna var 34 stycken (52,3%) kvinnor och 31 stycken (47,7%) män. Könsfördelningen mellan informanterna var jämlik.



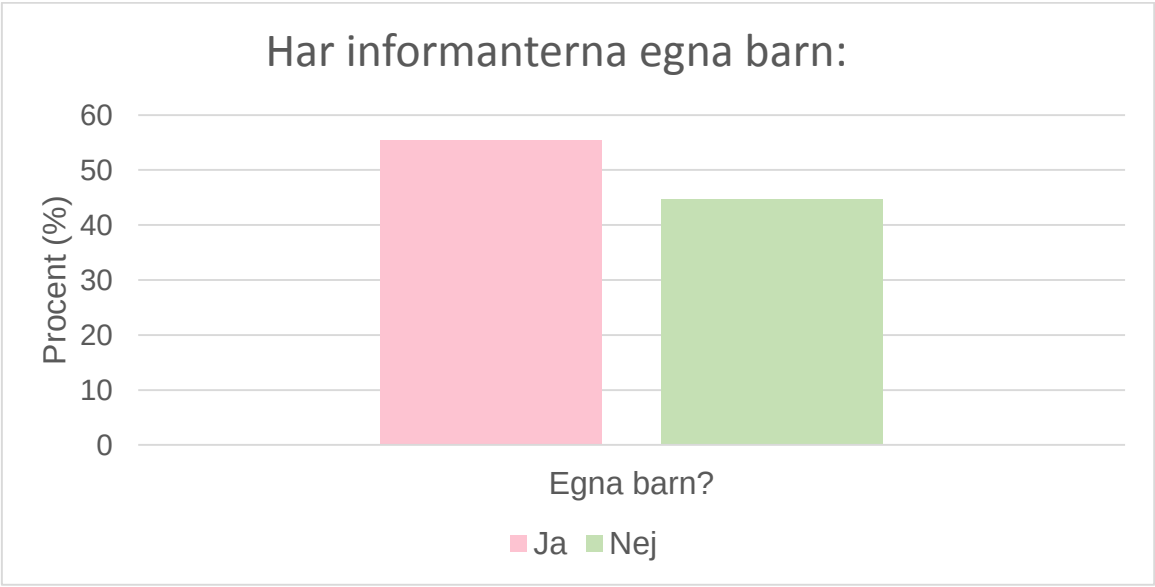
Figur 2. Informanternas ålder.

Av informanterna var 11 stycken (16,9 %) 18-25 år, 30 stycken (46,2 %) 25-35 år, 11 stycken (16,9 %) 35-45 år och 13 stycken (20 %) 45-65 år.



Figur 3. Informanternas arbetserfarenhet.

Av informanterna hade 16 stycken (24,6 %) < 3 års arbetserfarenhet, 21 stycken (32,3 %) 3-7 års arbetserfarenhet, 17 stycken (26,2%) 7-15 års arbetserfarenhet och 11 stycken (16,9 %) hade > 15 års arbetserfarenhet.

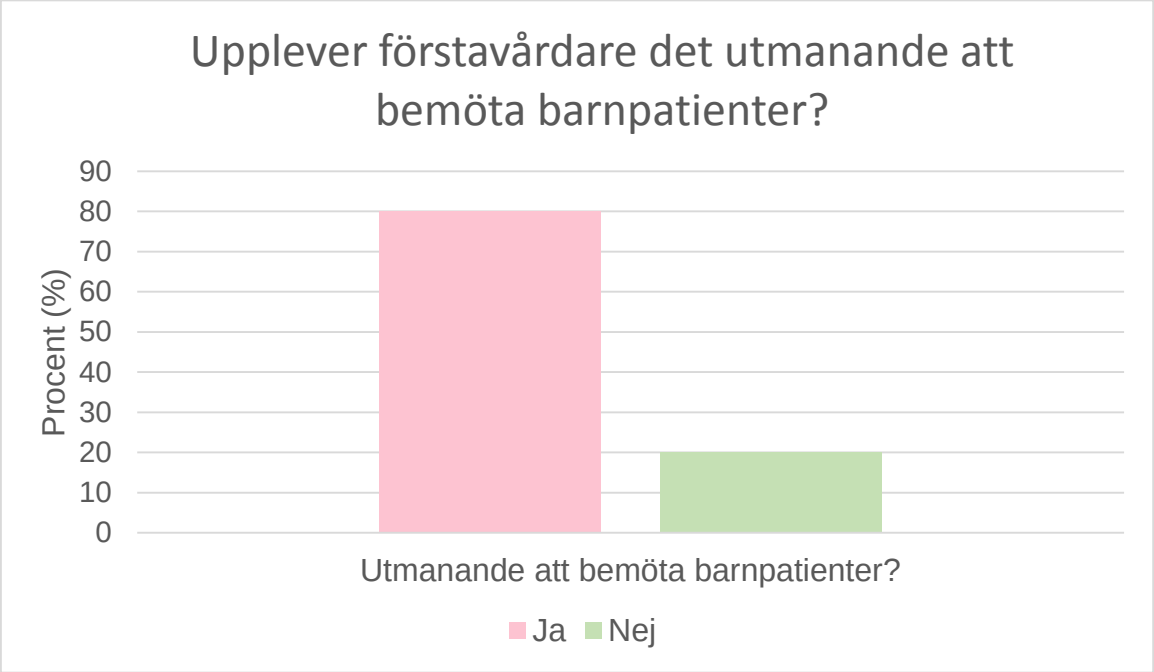


Figur 4. Har informanterna egna barn eller inte.

Av informanterna hade 36 stycken (55,4 %) egna barn, medan 29 stycken (44,6 %) inte hade egna barn.

8.1 Kvantitativ resultatredovisning

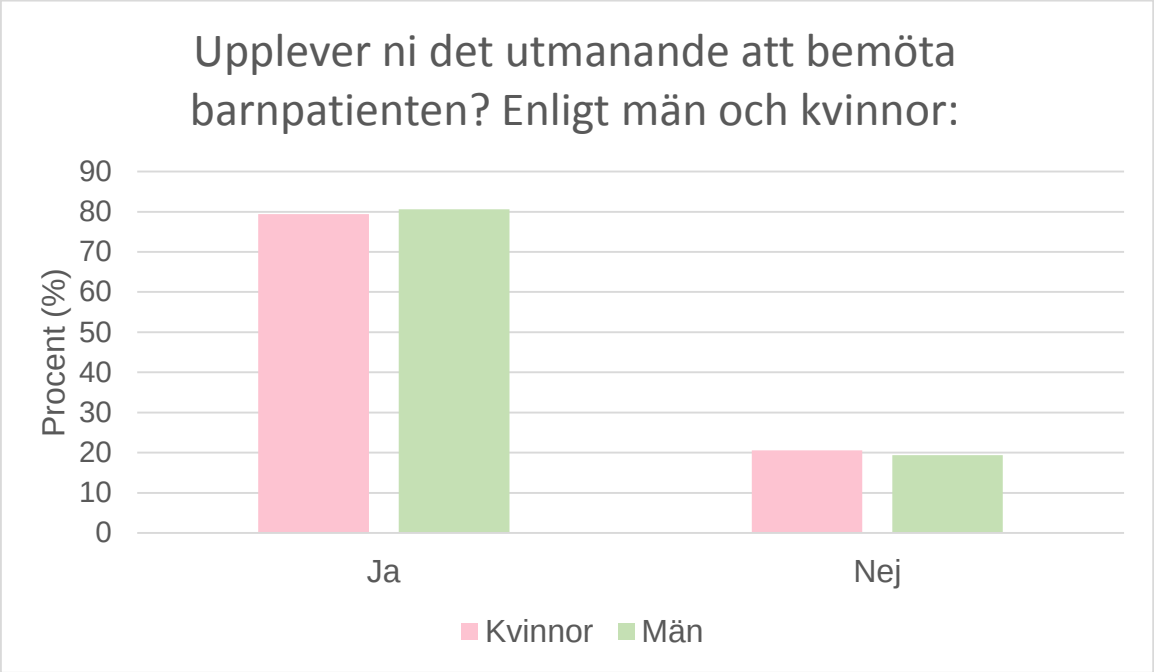
I resultatredovisningen har respondenterna valt att presentera resultatet av enkäterna, i form av stapeldiagram. Enkätfrågorna har blivit jämförda med varandra, för att se ifall det finns något samband mellan dem. Genom tabellerna får man även en bättre översikt, över vad som upplevs som utmanande och vad man kan göra för att underlätta bemötandet. För att hitta ett samband i jämförelsen av frågorna, använder respondenterna sig av p-värdet, som fås fram med hjälp av programmet; IBM SPSS Statistics. Om p-värdet är ≥ 0,05 finns inget samband.



Figur 5. Om förstavårdare upplever det utmanande att bemöta barnpatienten.

Förstavårdare som upplever att barnpatienten upplevs som utmanande att bemöta, är till antalet 52 stycken (80 %), medan 13 stycken (20 %) inte upplever bemötandet med barnpatienten som utmanande.

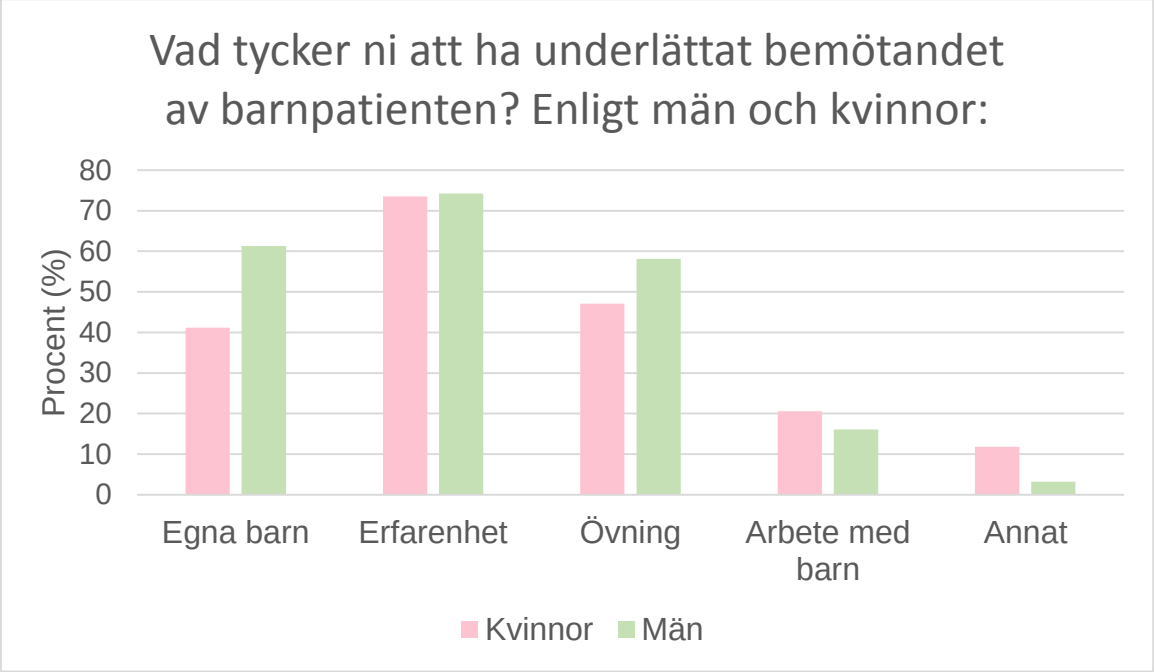
8.1.1 Har vårdarens kön betydelse vid bemötandet?



Figur 6. Om utmaningar i bemötandet av barnpatienten upplevs olika, beroende på vårdarens kön.

Att det upplevs utmanande att bemöta barnpatienten är jämt fördelat mellan män och kvinnor. Av de som upplever bemötandet av barnpatienten som utmanande, är 27 stycken (79,4 %) kvinnor och 25 stycken (80,6 %) män.

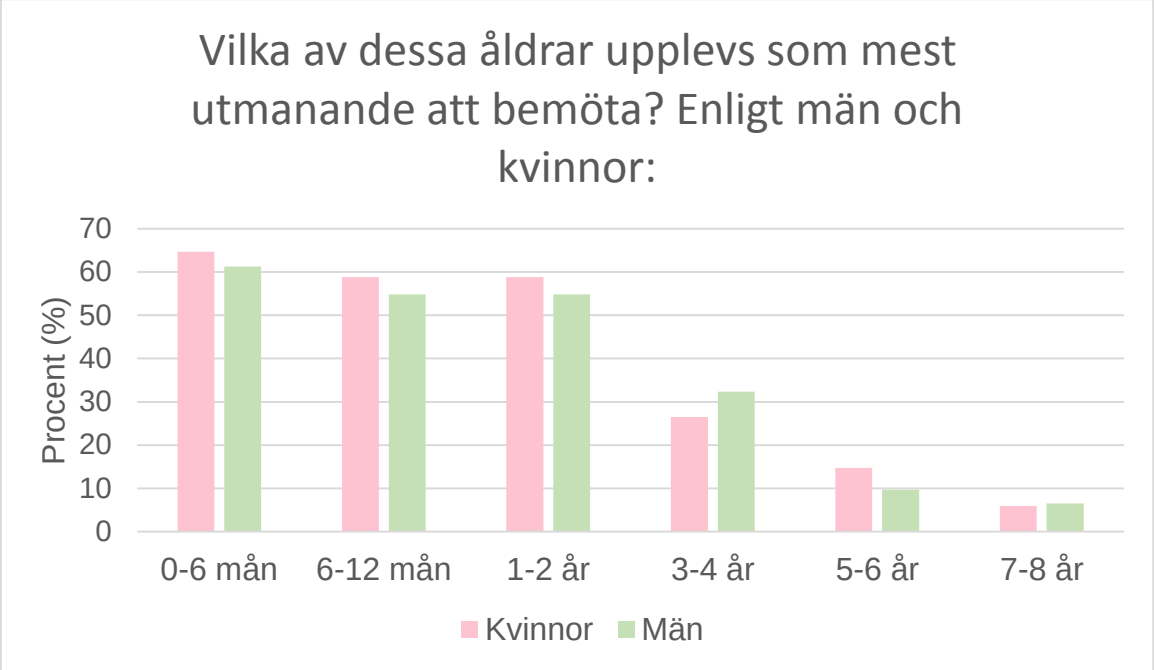
P-värdet mellan om det upplevs utmanande att bemöta barnpatienten och vårdarens kön är; (p=1,000). Inget samband hittades.



Figur 7. Vad har underlättat bemötandet av barnpatienten, enligt vårdarens kön.

Det som har underlättat bemötandet av barnpatienten är; erfarenhet, övning och egna barn. Inga större skillnader hittas mellan vårdarens kön och faktorer som har underlättat bemötandet finns.

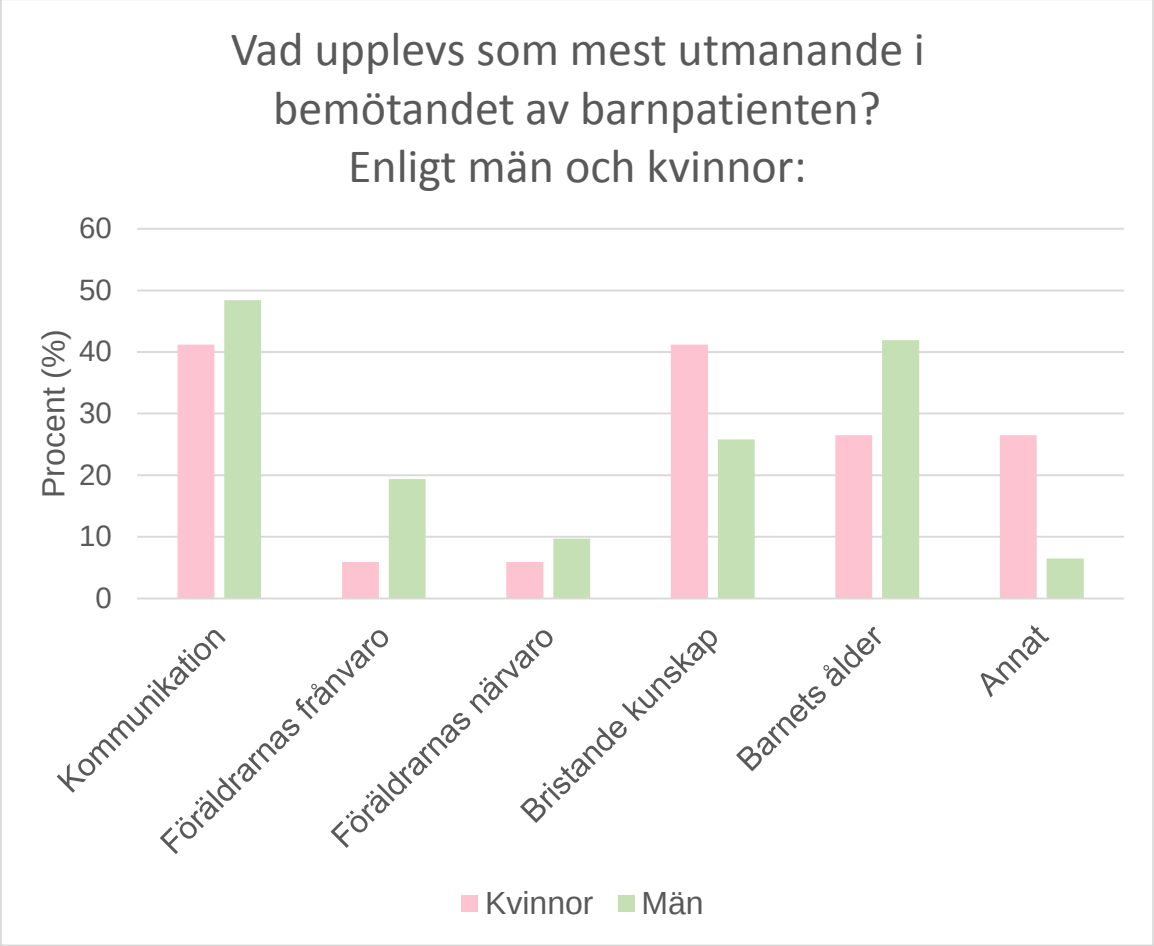
P-värdet mellan vad som underlättat bemötandet med barnpatienten och vårdarens kön är; egna barn (p=0,138), erfarenhet (p=1,000), övning (p=0,459), tidigare arbete med barn (p=0,754) och annat (p=0,358). Inget samband hittades mellan vad som underlättat bemötandet och vårdarens kön.



Figur 8. Den åldern som upplevs mest utmanande, i bemötandet av barnpatienten, enligt vårdarens kön.

Den åldern som upplevs mest utmanande för både män och kvinnor att bemöta, är barnpatienter mellan 0-2 år.

P-värdet mellan vilken ålder som upplevs mest utmanande och vårdarens kön är; 0-6 månader (p=0,802), 6-12 månader (p=0,805), 1-2 år (p=0,622), 3-4 år (p=0,785), 5-6 år (p=0,711) och 7-8 år (p=1,00). Inget samband hittades mellan vilka åldrar som upplevs utmanande och vårdarens kön.

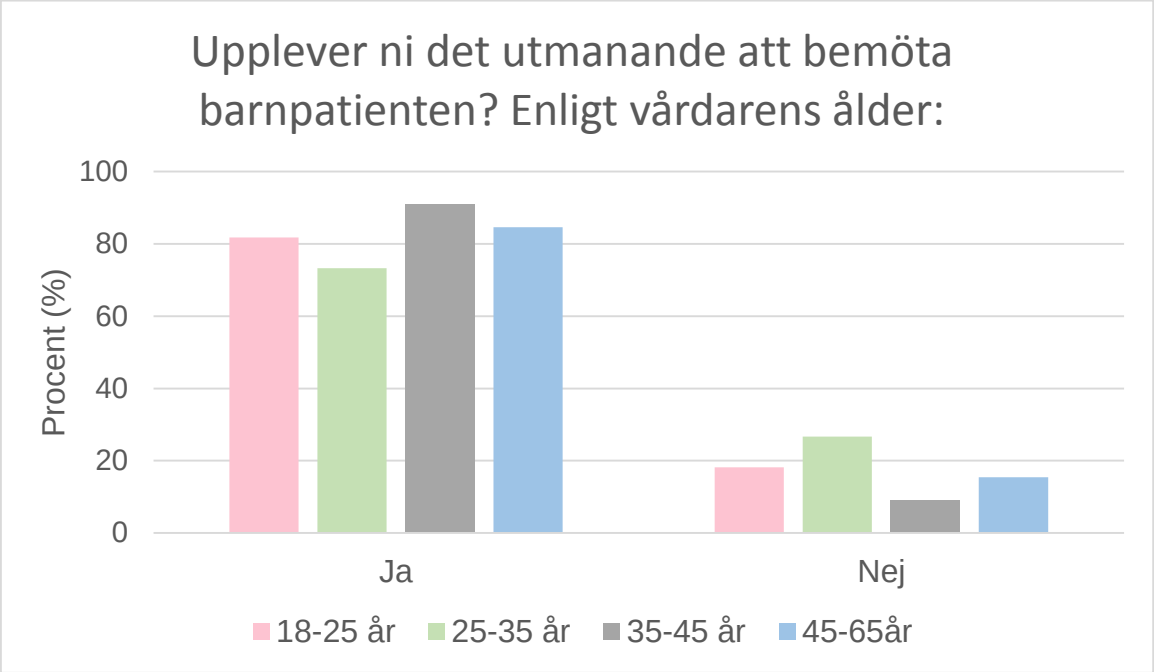


Figur 9. Det som upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten enligt vårdarens kön.

Det som upplevs mest utmanande enligt båda könen är kommunikationen, 41,2% av kvinnorna och 48,4 % av männen, upplever att kommunikationen är mest utmanande. Bristande kunskap anser 41,2 % av kvinnorna som utmanande och enligt männen 25,8 %. Barnets ålder är det 41,9 % av männen som upplever utmanande och 26,5 % av kvinnorna.

P-värdet mellan mest utmanande i bemötandet och vårdarens kön är; kommunikation med barn (p=0,622), föräldrars frånvaro (p=0,138), föräldrars närvaro (p=0,455), bristande kunskap gällande barn (p=0,294), barnets ålder (p=0,204) och annat (p=0,047). I kategorin ”Annat” hittas ett samband mellan vårdarens kön och vad som upplevs mest utmanande i bemötandet, 26,5 % av kvinnorna och 6,5 % av männen har svarat ”Annat”, på frågan vad som upplevs som mest utmanande.

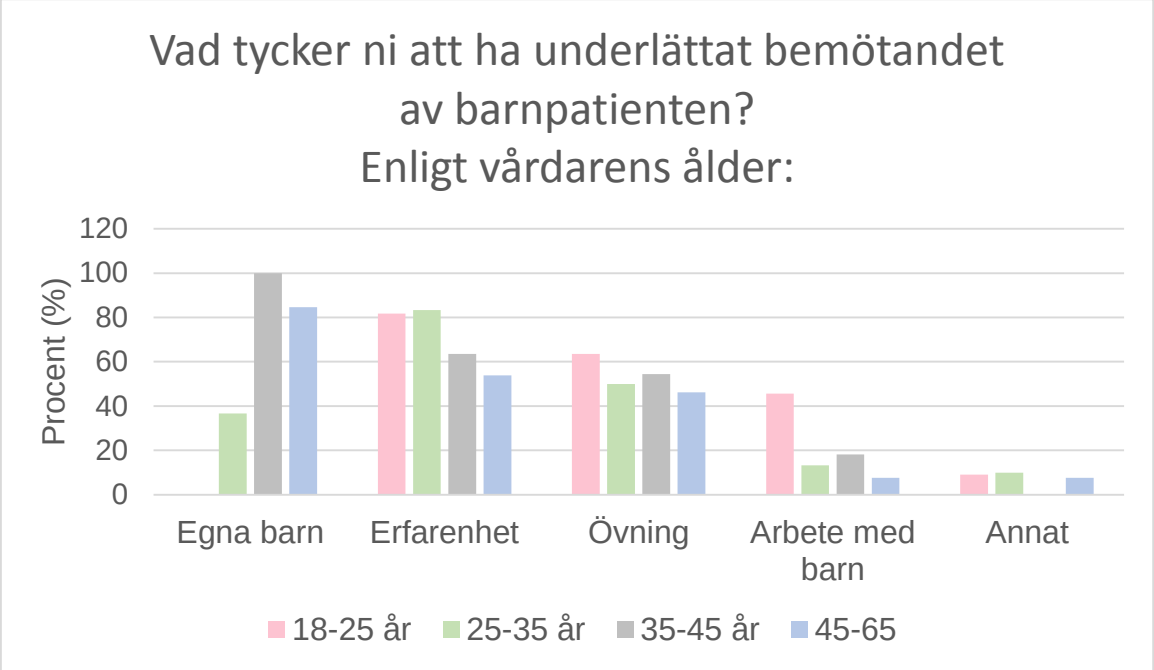
8.1.2 Har vårdarens ålder betydelse vid bemötandet?



Figur 10. Om utmaningar i bemötandet av barnpatienten upplevs olika, beroende på vårdarens ålder.

Att det upplevs utmanande att bemöta barnpatienten är lika fördelat mellan vårdarens ålder. Av vårdare i åldern 35-45 år är det 90,9 % som upplever bemötandet av barnpatienten utmanande och något lägre, 73,3 % av vårdare i åldern 25-35.

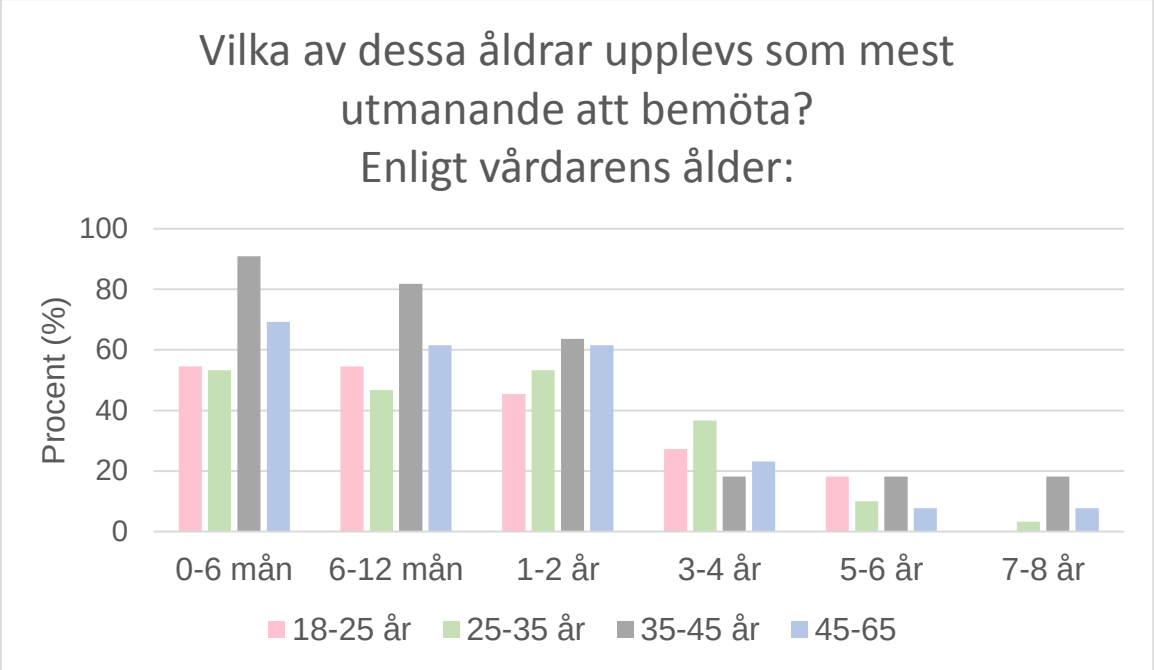
P-värdet mellan om det upplevs utmanande att bemöta barnpatienten och vårdarens ålder är; (p=0,605). Inget samband hittas mellan om bemötandet upplevs utmanande och vårdarens kön.



Figur 11. Vad har underlättat bemötandet av barnpatienten enligt vårdarens ålder.

Erfarenhet och övning har underlättat bemötandet av barnpatienten jämförelsevis lika, enligt vårdarens ålder. I kategorin ”egna barn” anser 0 % 18-25 åringar att det har underlättat, medan 35-45 åringar (100 %) samt 45-65 åringar (84,6 %) anser att egna barn har underlättat i bemötandet av barnpatienten. I kategorin ”arbete med barn” anser 45,5 % av 18-25 åringar, att tidigare arbete med barn har underlättat bemötandet medan endast 7,7 % av 45-65 åringar anser det samma.

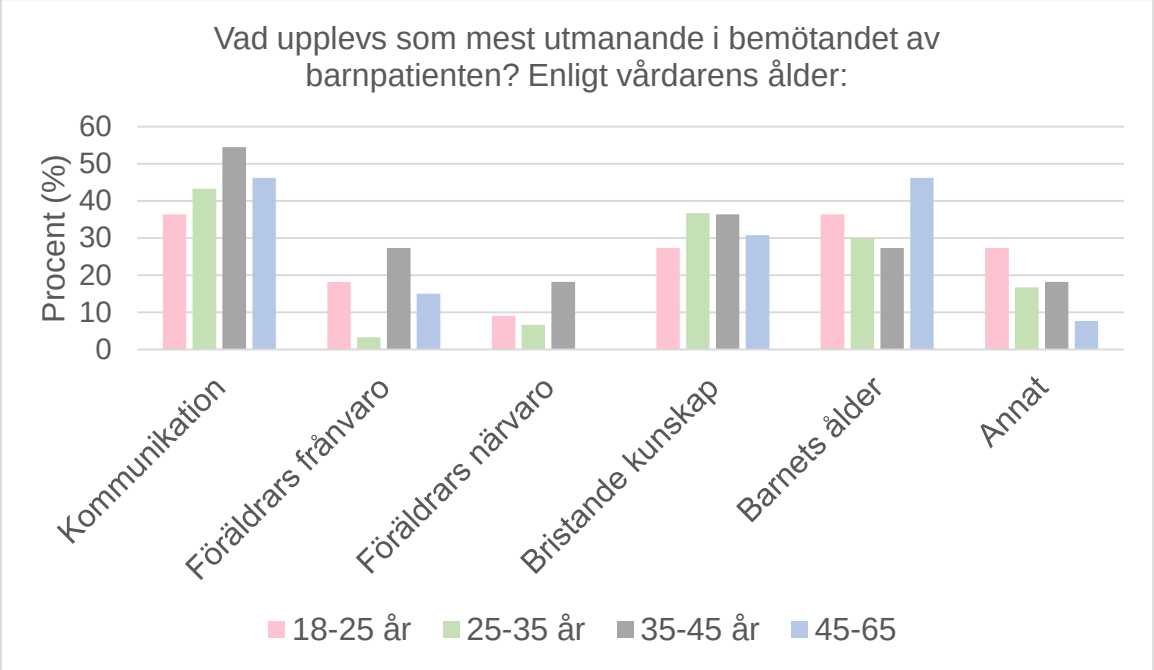
P-värdet mellan vad som underlättat bemötandet av barnpatienten och vårdarens ålder är; egna barn (p=0,000), erfarenhet (p=0,168), övning (p=0,838), tidigare arbete med barn (p=0,077) och annat (p=0,760). Ett samband finns i kategorin ”egna barn” och vårdarens ålder. Enligt detta underlättar det om vårdaren har egna barn i bemötandet till barnpatienten.



Figur 12. Den åldern som upplevs mest utmanande i bemötandet av barnpatienten, enligt vårdarens ålder.

Den åldern som upplevs mest utmanande för vårdare att bemöta, oberoende ålder är barnpatienter mellan 0-2 år. Av vårdare i åldrarna 35-45 år och 45-65 år anser 90,9 % respektive 69,2 % att 0-6 månaders barn är mest utmanande att bemöta, medan 54,5 % av 18-25 åringar och 53,3 % av 25-35 åringar anser det samma. I kategorin 6-12 månaders barn är det 81,8 % av 35-45 åringar och 46,7 % av 25-35 åringar som anser att det är den mest utmanande åldern att bemöta. Barn i åldern 1-2 år, varierar procenten mellan 45,5 % och 63,6 %, där 35-45 åringar har den högre procenten och 18-25 åringar har den lägre. Minst utmanande åldersgruppen är 7-8 åringar, där anser 18-25 åringar (0 %), 25-35 åringar (3,3 %) 35-45 åringar (18,2 %) och 45-65 åringar (7,7 %) att den åldern är den mest utmanande.

P-värdet mellan vilken ålder som upplevs mest utmanande och vårdarens ålder är; 0-6 månader (p=0,142), 6-12 månader (p=0,240), 1-2 år (p=0,803), 3-4 år (p=0,635), 5-6 år (p=0,775) och 7-8 år (p=0,268). Inget samband hittas mellan barnpatientens ålder och vårdarens ålder.

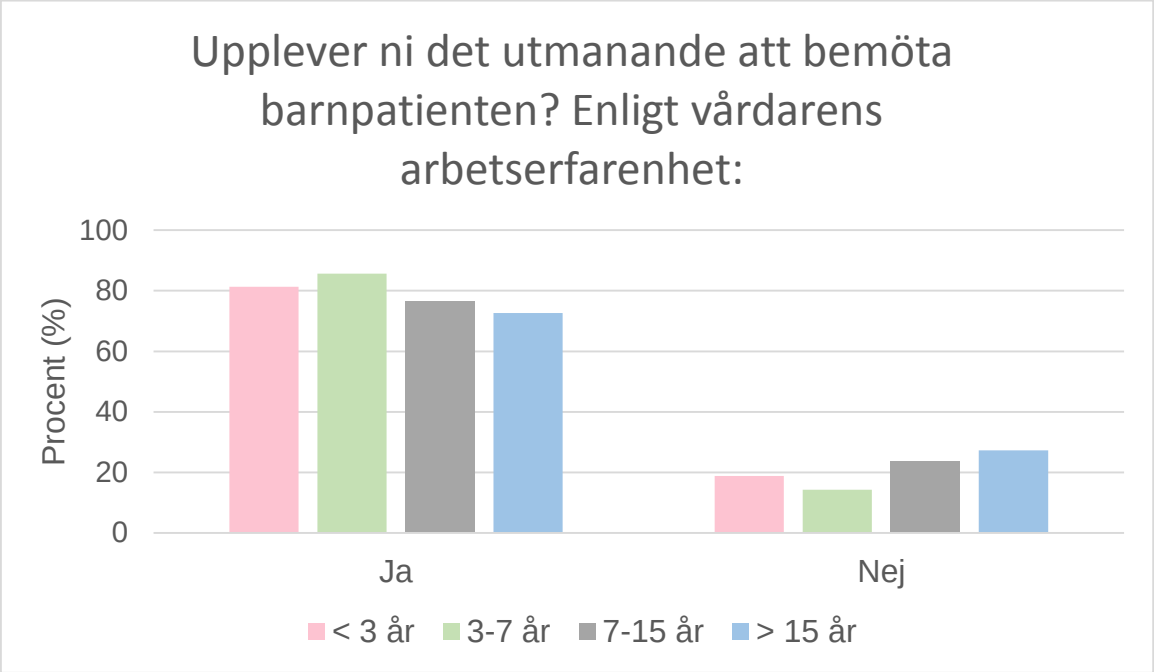


Figur 13. Det som upplevs som mest utmanande, i bemötandet av barnpatienten, enligt vårdarens ålder.

Det som upplevs gemensamt mest utmanande enligt alla vårdare, oberoende av ålder, är kommunikationen, 18-25 åringar (36,4 %), 25-35 åringar (43,3%), 35-45 åringar (54,5 %) och 45-65 åringar (46,2 %) anser att det är mest utmanande. Vårdare mellan 18-25 år (36,4 %) och 45-65 år (46,2 %) har svarat att kommunikationen och barnets ålder är lika utmanande. ”Bristande kunskap” gällande barn är en annan kategori, som vårdare i alla åldrar i undersökningen anser som svår.

P-värdet mellan vad som upplevs mest utmanande i bemötandet och vårdarens ålder är; kommunikation med barn (p=0,856), föräldrars frånvaro (p=0,173), föräldrars närvaro (p=0,413), bristande kunskap gällande barn (p=0,939), barnets ålder (p=0,724) och annat (p=0,650). Inget samband hittas mellan det som upplevs mest utmanande och vårdarens ålder.

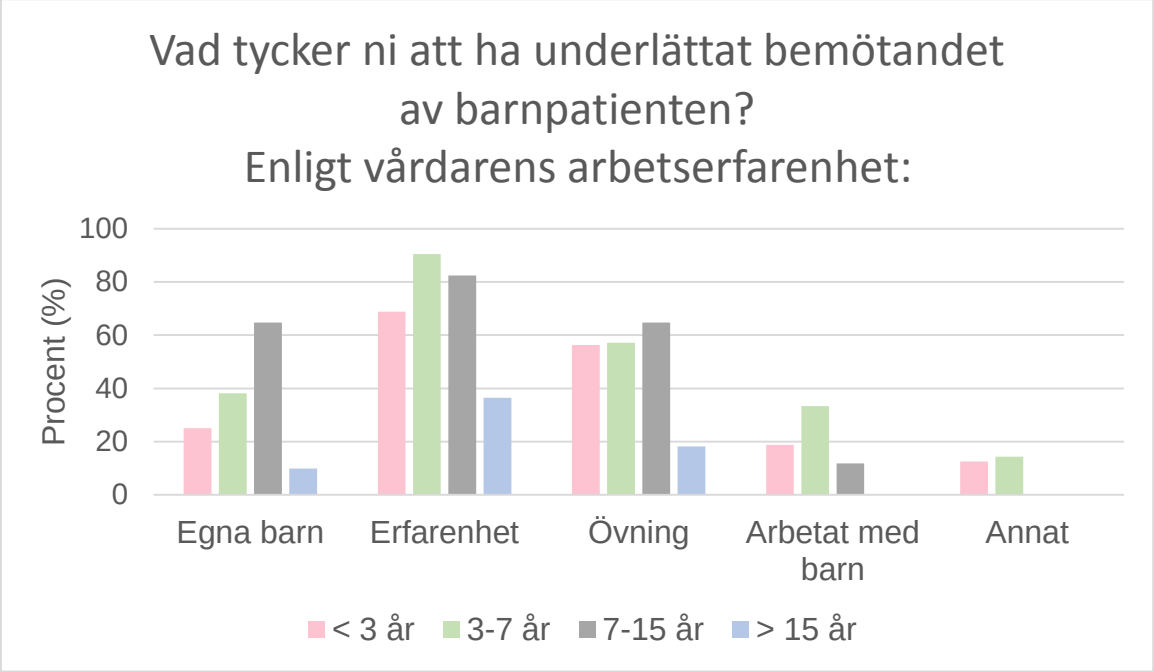
8.1.3 Har vårdarens arbetserfarenhet betydelse vid bemötandet?



Figur 14. Om bemötandet av barnpatienten upplevs olika beroende på vårdarens arbetserfarenhet.

Att det upplevs som utmanande att bemöta barnpatienten är jämt fördelat mellan hur många års arbetserfarenhet vårdaren har. Av vårdare med < 3 års och 3-7 års erfarenhet är det 81,3 % respektive 85,7 % upplever bemötandet av barnpatienten utmanande. Vårdare med 7-15 års och > 15 års erfarenhet, är det något lägre, 76,5 % respektive 72,7 % som upplever det utmanade.

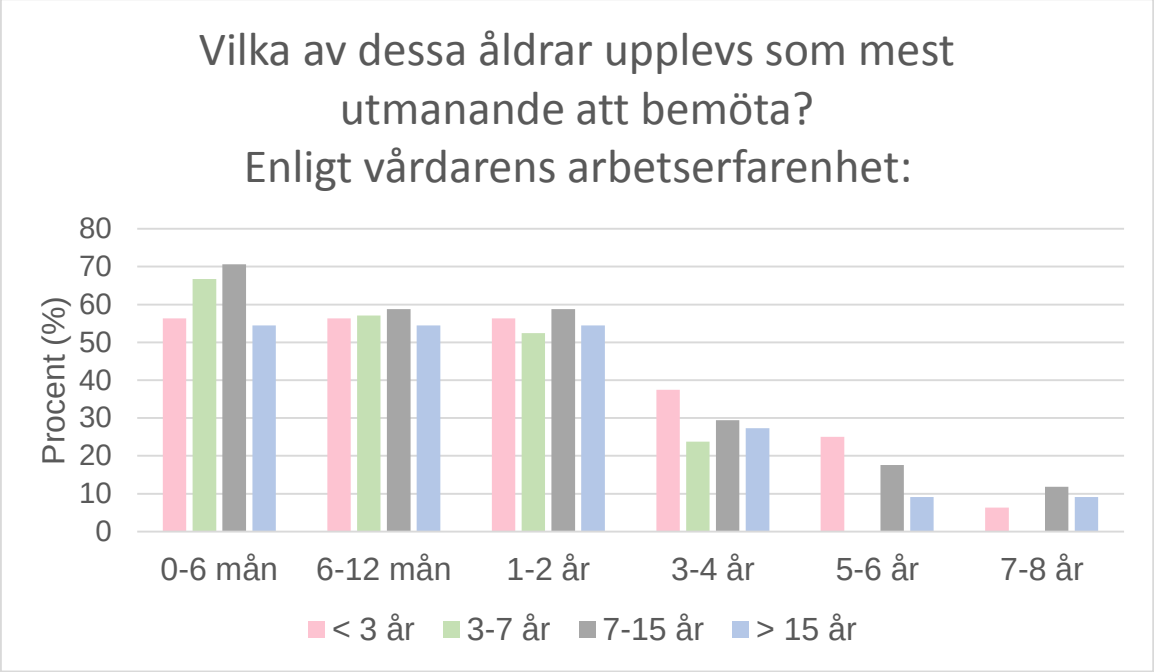
P-värdet mellan om det upplevs utmanande att bemöta barnpatienten och hur många års arbetserfarenhet vårdaren har är; (p=0,816). Inget samband hittas mellan om bemötandet upplevs utmanande och vårdarens kön.



Figur 15. Vad har underlättat bemötandet av barnpatienten, enligt vårdarens arbetserfarenhet.

Erfarenhet av barnpatienter är den kategorin som enligt vårdarens arbetserfarenhet har underlättat bemötandet mest. Vårdare med < 3 års, 3-7 års och 7-15 års arbetserfarenhet är det 90,5 %, 82,4 % respektive 68,8 % som tycker att erfarenhet har underlättat bemötandet. Av vårdare med > 15 års arbetserfarenhet är det 36,4 % anser att erfarenhet av barnpatienter har underlättat bemötandet. Övning kategorier har underlättat ungefär lika mycket för vårdare, som har < 3 års till 15 års arbetserfarenhet, mellan 56,3 % till 64,7 %, medan endast 18,2 % av vårdare med > 15 års anser att det har underlättat. I kategorin ”egna barn” anser 64,7 % av vårdare med 7-15 års erfarenhet, att egna barn har underlättat, av vårdare med > 15 års erfarenhet är det endast 9,9 % som anser att det har underlättat.

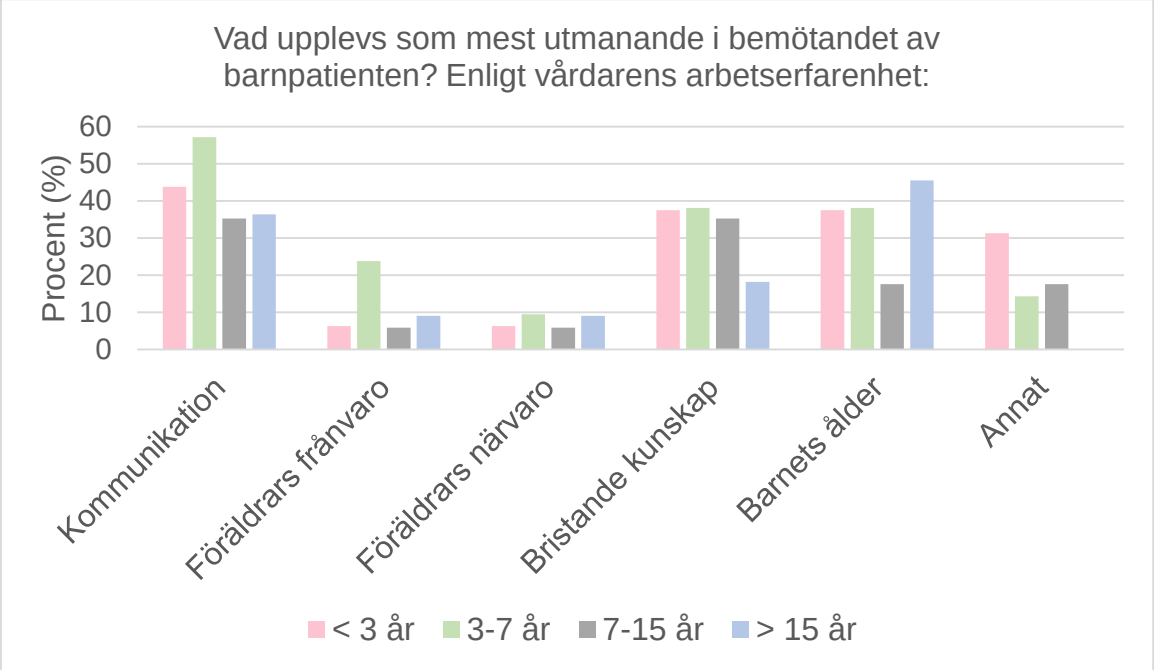
P-värdet mellan vad som underlättat bemötandet av barnpatienten och vårdarens arbetserfarenhet är; egna barn (p=0,003), erfarenhet (p=0,008), övning (p=0,090), tidigare arbete med barn (p=0,108) och annat (p=0,247). Ett samband hittas mellan kategorierna ”egna barn” och ”erfarenhet” med vårdarens ålder. Enligt detta underlättar det om vårdaren har egna barn och erfarenhet av barnpatienter, när de bemöter barnpatienten.



Figur 16. Den åldern som upplevs mest utmanande i bemötandet av barnpatienten, enligt vårdarens arbetserfarenhet.

Den åldern som upplevs mest utmanande att bemöta för vårdare oberoende på arbetserfarenhet är barnpatienter mellan 0-2 år. I åldern 0-6 månader är det mellan 54,5 % (> 15 års erfarenhet) och 70,6 % (7-15 års erfarenhet) av vårdare som upplever det utmanande. Åldern 6-12 månader är det 54,5 % (> 15 års erfarenhet) till 58,8 % (7-15 års erfarenhet) av vårdare, som upplever den åldern utmanande, för barnpatienter mellan 1-2 år varierar det mellan 52,4 % (3-7 års erfarenhet) och 58,8 % (7-15 års erfarenhet). Minst utmanande åldersgruppen är 7-8 åringar, där anser 6,3 % av vårdare med < 3 års erfarenhet, 0 % av vårdare med 3-7 års erfarenhet och 11,8 % respektive 9,1 % av vårdare med 7-15 och > 15 års erfarenhet, att det är den mest utmanande åldern.

P-värdet mellan vilken ålder som upplevs mest utmanande och vårdarens arbetserfarenhet är; 0-6 månader ($p=0,755$), 6-12 månader ($p=0,997$), 1-2 år ($p=0,983$), 3-4 år ($p=0,838$), 5-6 år ($p=0,117$) och 7-8 år ($p=0,418$). Inget samband hittas mellan barnpatientens ålder och vårdarens arbetserfarenhet.

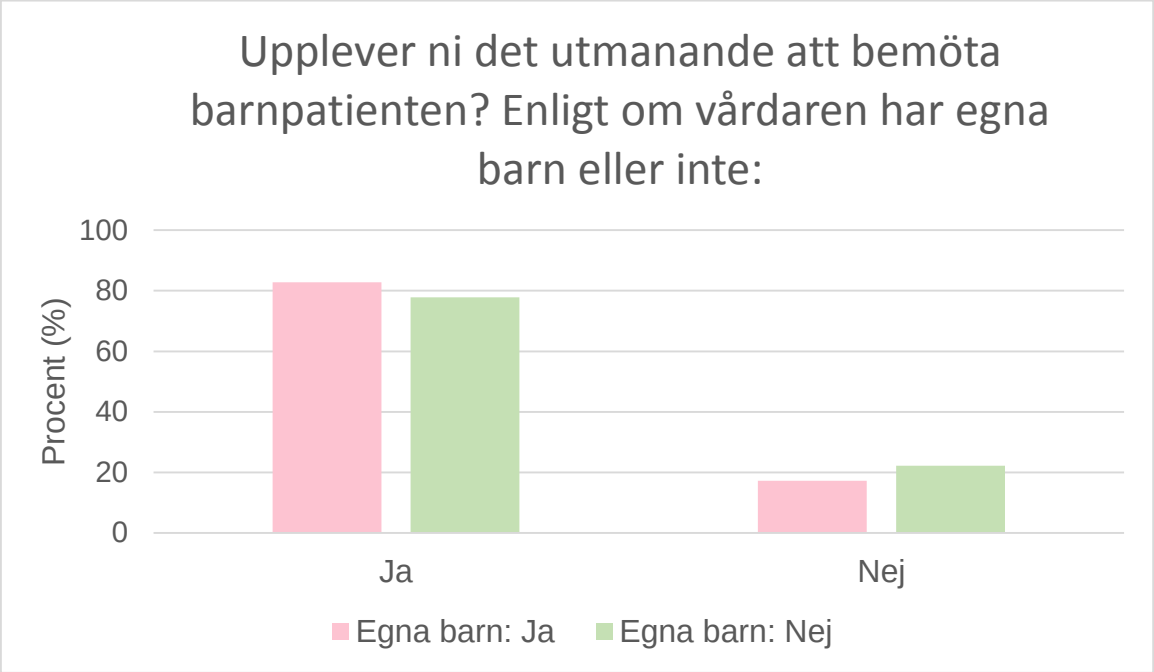


Figur 17. Det som upplevs mest utmanande i bemötandet av barnpatienten, enligt vårdarens arbetserfarenhet.

Det som upplevs gemensamt mest utmanande enligt vårdare, oberoende av arbetserfarenhet, är kommunikationen. Bristande kunskap gällande barn, upplevs utmanande av vårdare med < 3 till 15 års erfarenhet, något lägre hos vårdare med > 15 års erfarenhet. Barnets ålder upplevs mest utmanande för vårdare med >15 års erfarenhet, vårdare med > 3-7år erfarenhet upplever också barnets ålder utmanande, medan vårdare med 7-15 års erfarenhet upplever det mindre utmanande. Minst utmanande upplevs föräldrarnas närvaro samt frånvaro, undantagsvis för vårdare med 3-7 års erfarenhet där 23,8 % upplever att föräldrars frånvaro upplevs utmanande.

P-värdet mellan mest utmanande i bemötandet och vårdarens arbetserfarenhet är; kommunikation med barn (p=0,524), föräldrars frånvaro (p=0,275), föräldrars närvaro (p=0,968), bristande kunskap gällande barn (p=0,685), barnets ålder (p=0,404) och annat (p=0,196). Inget samband hittades mellan vad som upplevs mest utmanande i bemötandet med barnpatienten och vårdarens arbetserfarenhet.

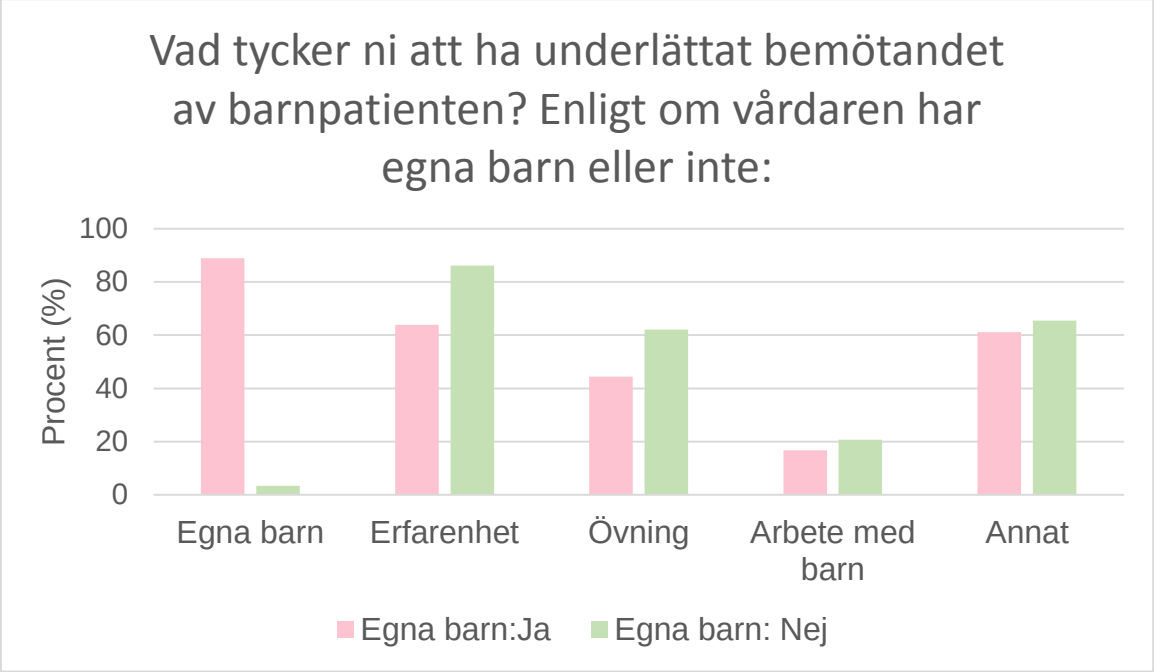
8.1.4 Har det betydelse om vårdaren har egna barn vid bemötandet?



Figur 18. Om bemötandet av barnpatienten upplevs olika, beroende på om vårdaren har egna barn eller inte.

Bemötande av barnpatienten upplevs lika utmanande, oberoende om vårdaren har egna barn eller inte. Av vårdare med egna barn upplever 77,8 % att det upplevs utmanande och av vårdare som inte har egna barn, upplever 82,8 % att det är utmanande att bemöta barnpatienten.

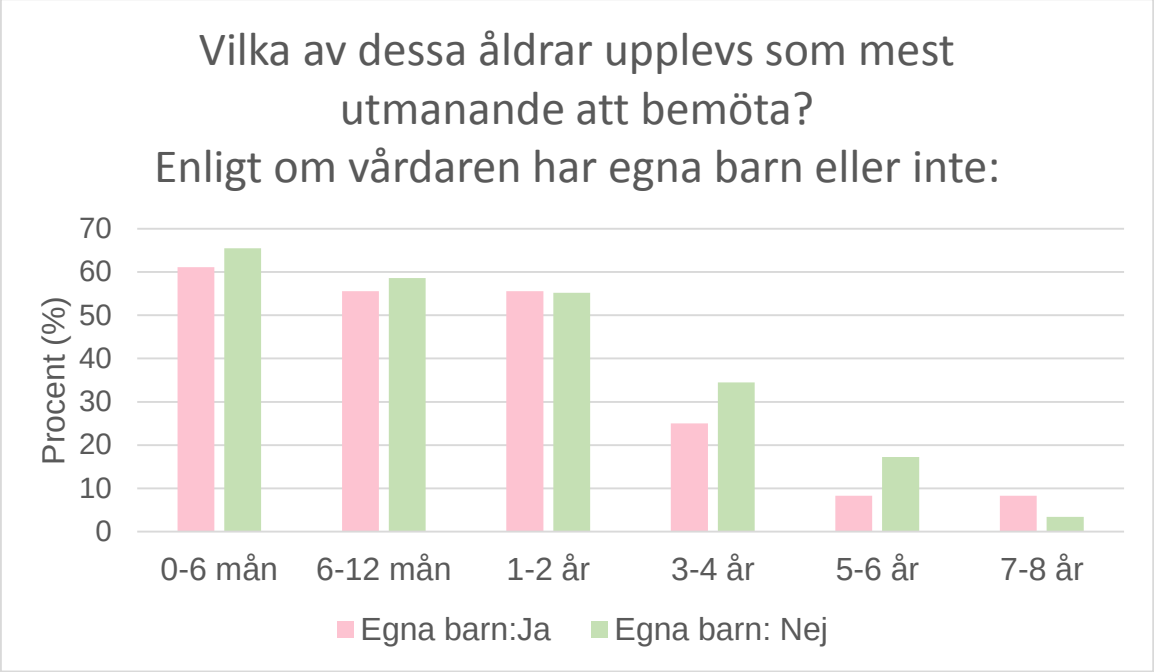
P-värdet mellan om vårdaren har egna barn eller inte och om bemötandet av barnpatienten upplevs utmanande är; (p=0,759). Inget samband hittas mellan om vårdaren har egna barn och om bemötandet upplevs utmanande.



Figur 19. Vad har underlättat bemötandet av barnpatienten enligt om vårdaren har egna barn eller inte.

Det som har underlättat bemötandet av barnpatienten, enligt om vårdaren har egna barn eller inte, är kategorierna ”egna barn”, ”erfarenhet”, ”övning” och ”annat”. Av vårdare med egna barn anser 88,9 % att egna barn har underlättat bemötandet, en klar majoritet. Av vårdare med egna barn, anser 63,9 % att erfarenhet har underlättat och 86,2 % av vårdare som inte har egna barn anser det samma. Vårdare med egna barn (44,4 %) och vårdare som inte har egna barn (62,1 %), anser att övning har underlättat bemötandet med barnpatienten.

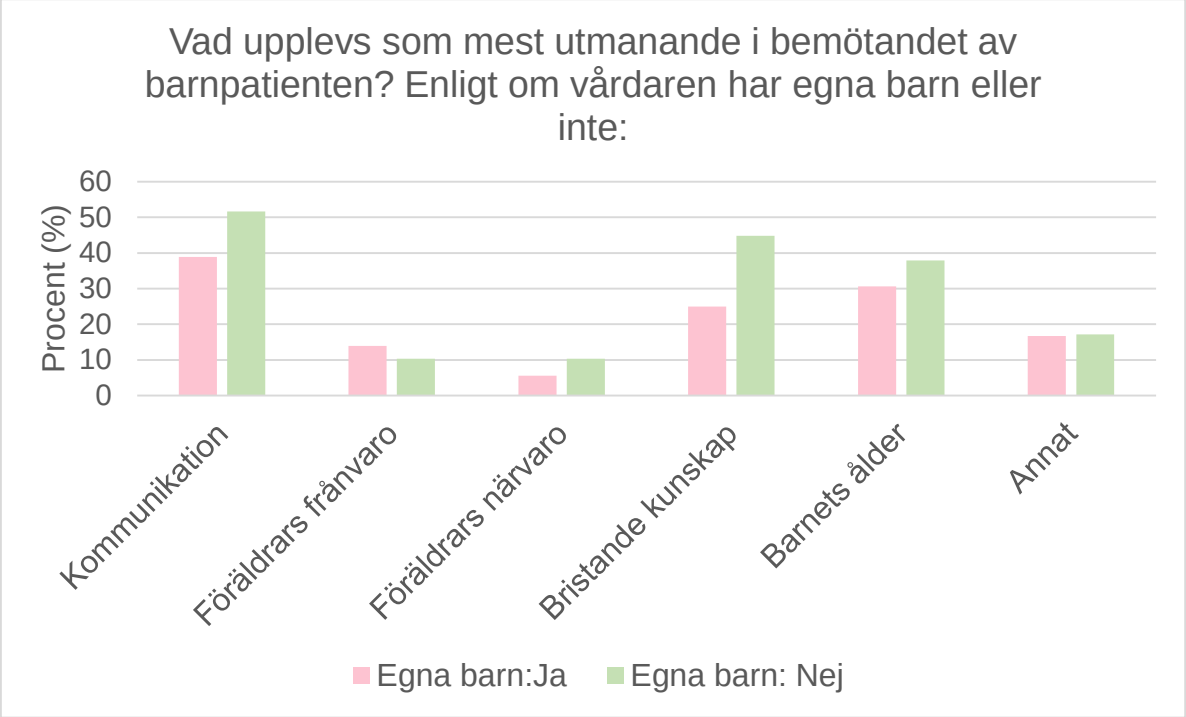
P-värdet mellan om vårdaren har egna barn eller inte och vad som underlättat bemötandet av barnpatienten är; egna barn (p=0,000), erfarenhet (p=0,051), övning (p=0,213), tidigare arbete med barn (p=0,754) och annat (p=0,164). Samband hittas mellan om vårdaren har egna barn och om man anser att bemötandet av barnpatienten har underlättat, om man har egna barn.



Figur 20. Vilken ålder som upplevs mest utmanande i bemötandet av barnpatienten enligt om vårdaren har egna barn eller inte.

Den åldern som upplevs mest utmanande för vårdare, oberoende om vårdaren har egna barn eller inte är barnpatienter mellan 0-2år. Av vårdare som har egna barn (61,1 %) och av vårdare som inte har egna barn (65,5 %) upplever att barn i åldern 0-6 månader är mest utmanande att bemöta. Den åldern som anses minst utmanande att bemöta, är barn i åldern 5-8 år. Av vårdare som har egna barn (8,3 %) och av vårdare som inte har egna barn (3,4 %), upplever att barn i åldern 7-8 år är minst utmanande att bemöta.

P-värdet mellan om vårdaren har egna barn eller inte och vilken ålder som upplevs som mest utmanande är; 0-6 månader (p=0,799), 6-12 månader (p=1,000), 1-2 år (p=1,000), 3-4 år (p=0,426), 5-6 år (p=0,450) och 7-8 år (p=0,622). Inget samband hittas mellan barnpatientens ålder och om vårdaren har egna barn eller inte.

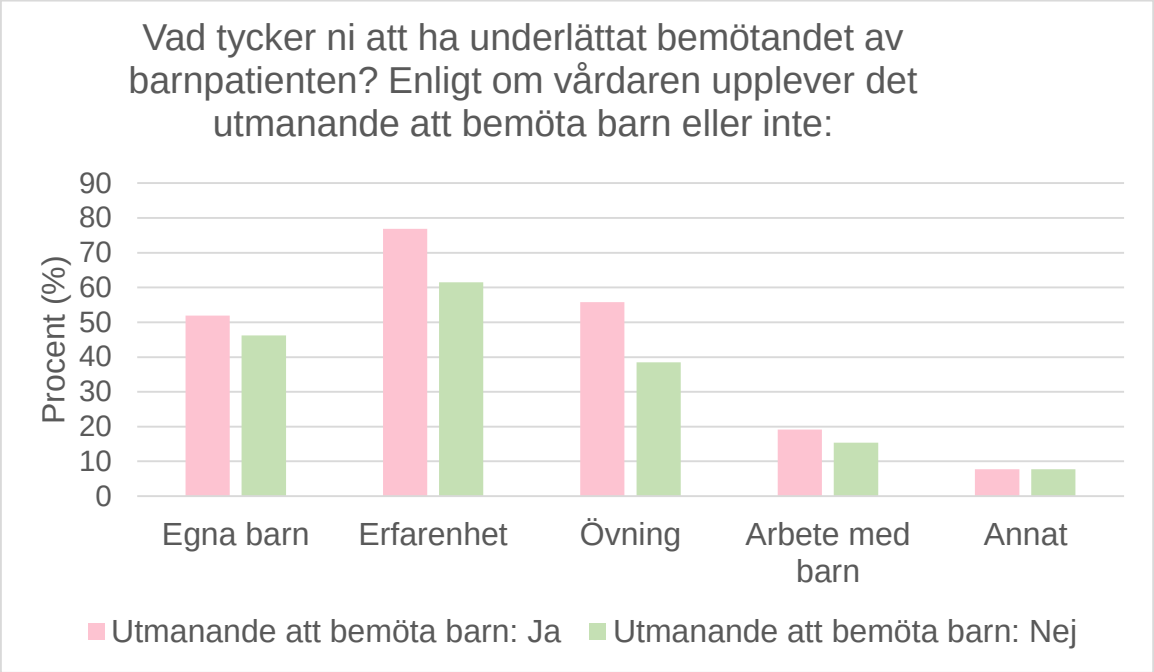


Figur 21. Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten, enligt om vårdaren har egna barn eller inte.

Det som upplevs mest utmanande är kommunikationen, 38,9 % av vårdare med egna barn och 51,7 % av vårdare som inte har egna barn upplever det mest utmanande. Vårdare med egna barn (30,6 %) respektive (25,0 %) och vårdare som inte har egna barn (37,9 %) respektive (44,8 %) upplever barnets ålder och bristande kunskap mest utmanande. Minst utmanande i bemötandet av barnpatienten, beroende på om vårdaren har egna barn eller inte är föräldrarnas frånvaro/närvaro.

P-värdet mellan om vårdaren har egna barn eller inte och mest utmanande i bemötandet är; kommunikation med barn (p=0,327), föräldrars frånvaro (p=0,723), föräldrars närvaro (p=0,649), bristande kunskap gällande barn (p=0,118), barnets ålder (p=0,603) och annat (p=1,000). Inget samband hittas mellan vad som upplevs mest utmanande och om vårdaren har egna barn eller inte.

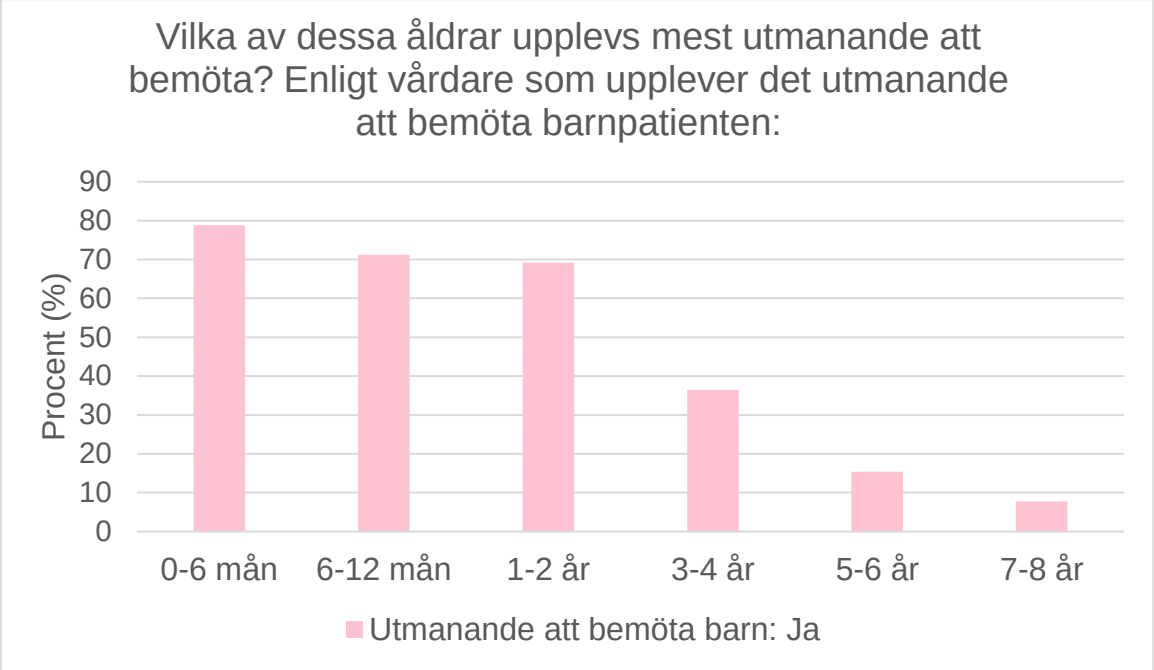
8.1.5 Upplevs bemötande av barnpatienten utmanande?



Figur 22. Vad har underlättat bemötandet av barnpatienten, enligt om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn eller inte.

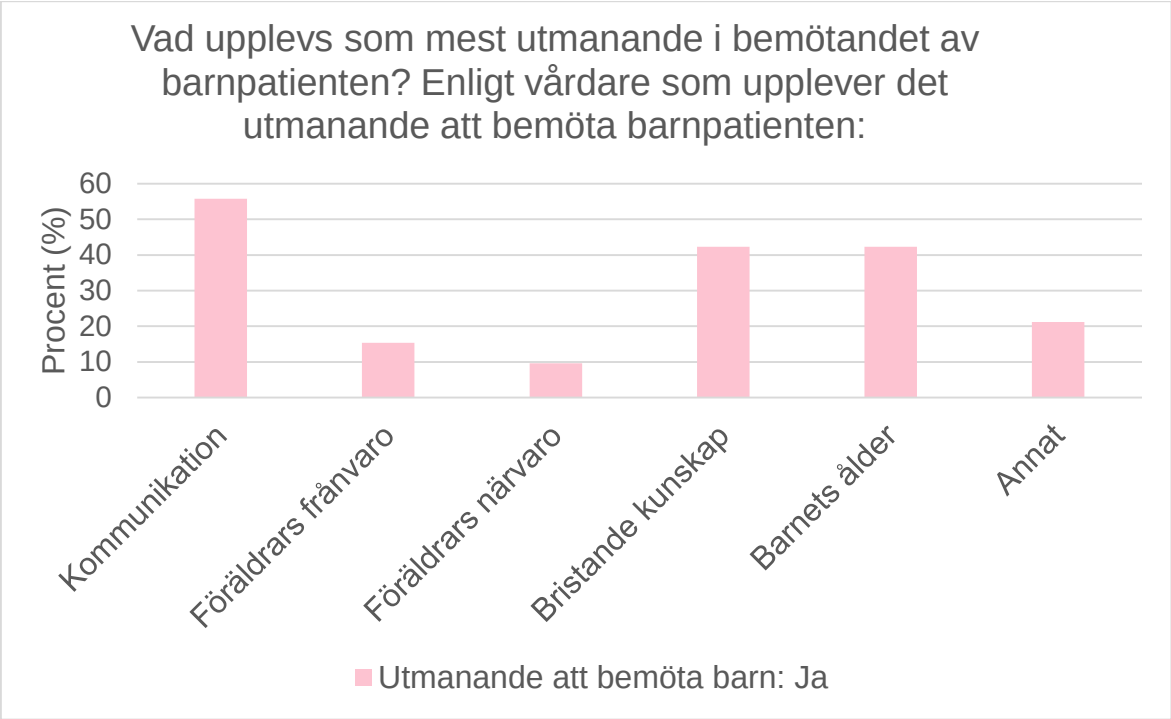
Erfarenhet av barnpatienter, är den kategorin som tillsammans med egna barn och övning har underlättat mest, oberoende på om vårdaren upplever bemötandet av barnpatienten utmanande eller inte. Av vårdare som upplever det utmanande att bemöta barn, anser 76,9 % att erfarenhet av barnpatienter har underlättat bemötandet, 61,5 % av vårdare som inte upplever bemötandet utmanande upplever detsamma. Det som underlättat bemötandet med barnpatienten minst, är kategorierna ”tidigare arbete med barn” och ”annat”.

P-värdet mellan vad som underlättat bemötandet med barnpatienten och om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn eller inte är; egna barn (p=0,764), erfarenhet (p=0,299), övning (p=0,356), tidigare arbete med barn (p=1,000) och annat (p=1,000). Inget samband hittas mellan barnpatientens ålder och om vårdaren upplever bemötandet med barn utmanande eller inte.



Figur 23. Vilken ålder som upplevs mest utmanande i bemötandet av barnpatienten enligt om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn.

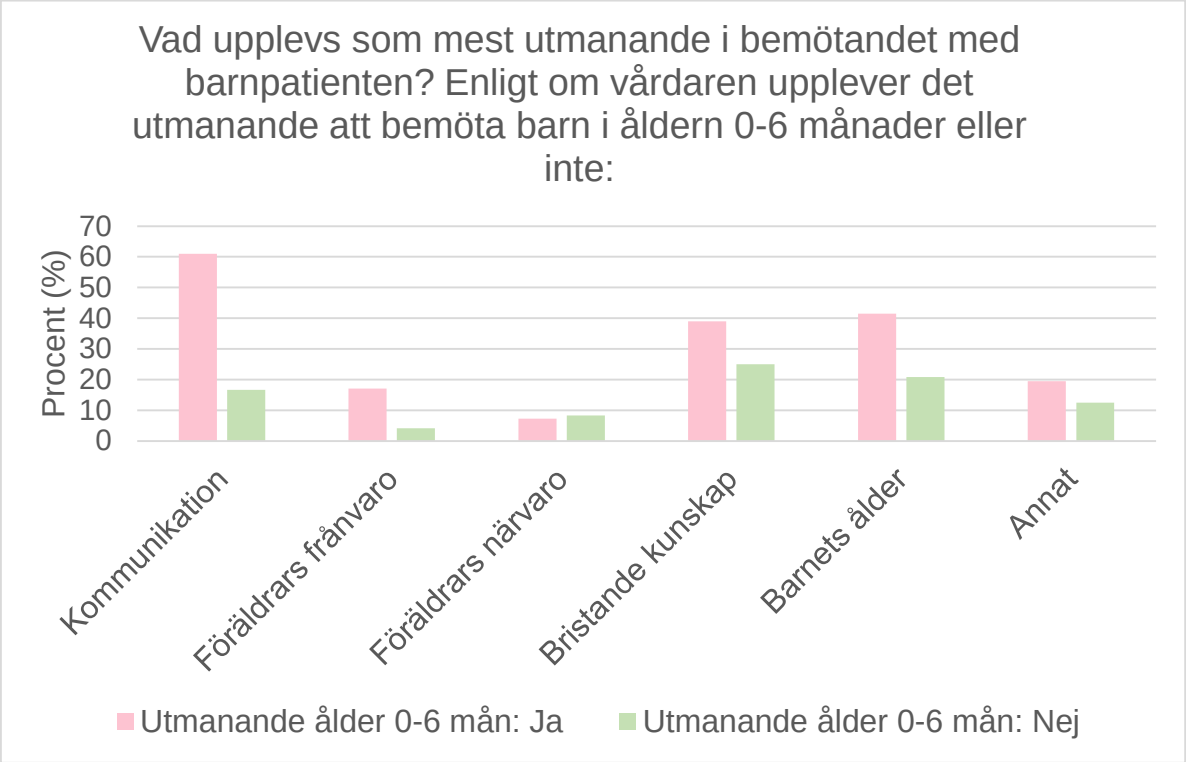
Av vårdare som upplever bemötandet med barnpatienten utmanande, är det 78,8 % som tycker att åldern 0-2 år är mest utmanande, 71,2 % anser att 6-12 månader är mest utmanande och 69,2 % att 1-2 år är den mest utmanande ålder. Den minst utmanande åldern är 7-8 år, endast 7,7 % anser att det är den mest utmanande åldern.



Figur 24. Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet med barnpatienten enligt om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn.

Kommunikationen upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten, 55,8 % av vårdare som upplever bemötandet med barnpatienten utmanande anser detta. Bristande kunskap och barnets ålder anser 42,3 % av vårdare som mest utmanande. Minst utmanande är föräldrars närvaro samt frånvaro, 9,6 % respektive 15,4 % anser att det är den mest utmanande kategorin.

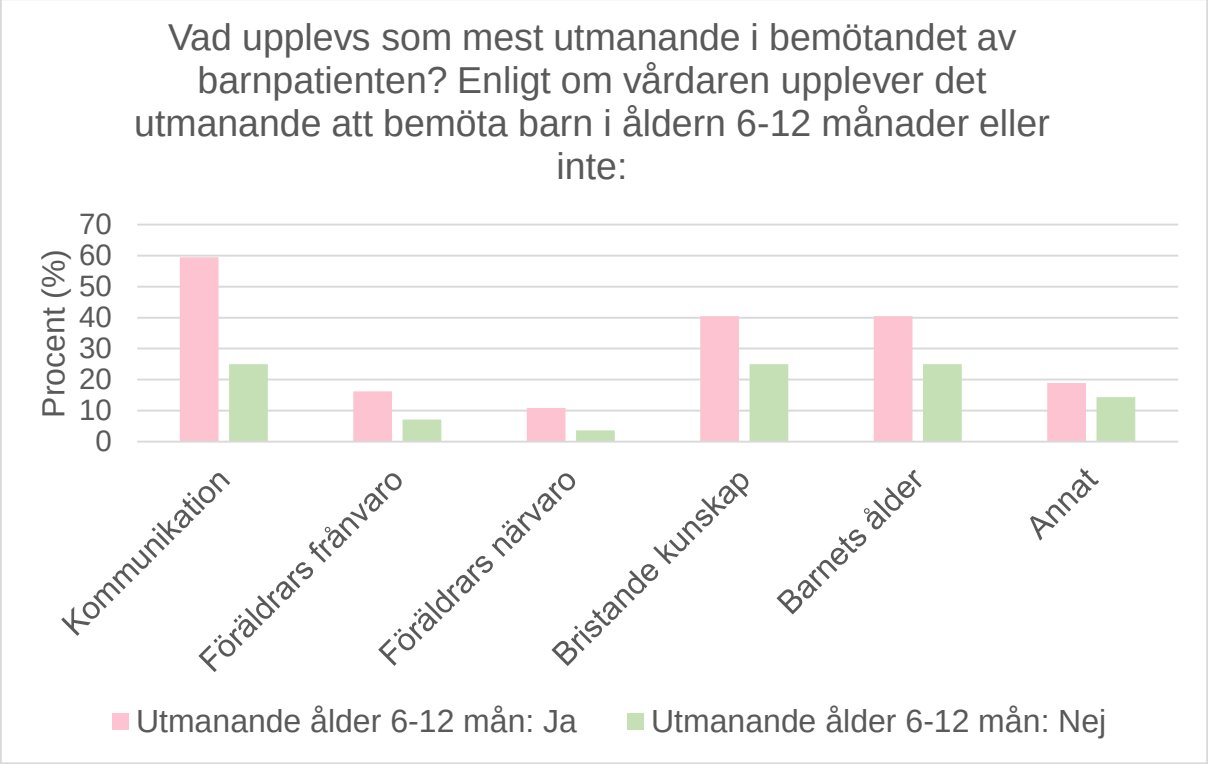
8.1.6 Vad upplevs som utmanande beroende på barnets ålder?



Figur 25. Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten enligt om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 0-6 månader eller inte.

Mest utmanande i bemötandet med barnpatienten 0-6 månader, enligt vårdare som upplever bemötandet utmanande är kommunikationen (61,0 %), barnets ålder (41,5 %) och bristande kunskap gällande barn (39,0 %). Av vårdare som inte upplever bemötandet med barnpatienten 0-6 månader utmanande, är det kategorierna ”bristande kunskap” (25,0 %) och ”barnets ålder” (20,8 %) som upplevs som svåraste.

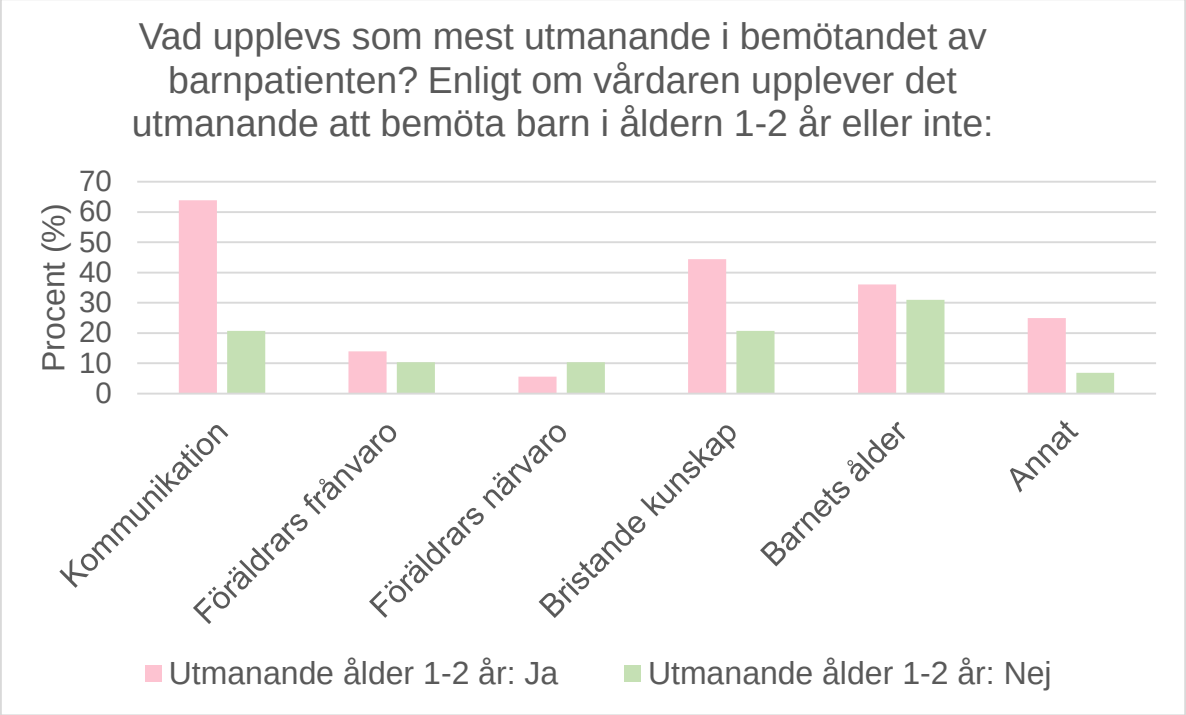
P-värdet mellan mest utmanande i bemötandet och om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 0-6 mån eller inte är; kommunikation med barn (p=0,001), föräldrars frånvaro (p=0,240), föräldrars närvaro (p=1,000), bristande kunskap gällande barn (p=0,289), barnets ålder (p=0,109) och annat (p=0,733). Samband hittas mellan om vårdaren upplever att barnpatienten i åldern 0-6 månader upplevs utmanande och kommunikationen.



Figur 26. Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten, enligt om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 6-12 månader eller inte.

Mest utmanande i bemötandet av barnpatienten 6-12 månader, enligt vårdare som upplever bemötandet utmanande, är kommunikationen (59,5 %), barnets ålder och bristande kunskap gällande barn (40,5 %). Av vårdare som inte tycker att bemötandet med barnpatienten 0-6 månader är utmanande, är det även där kategorierna ”kommunikation”, ”bristande kunskap” och ”barnets ålder” (25,0 %) som upplevs svåraste.

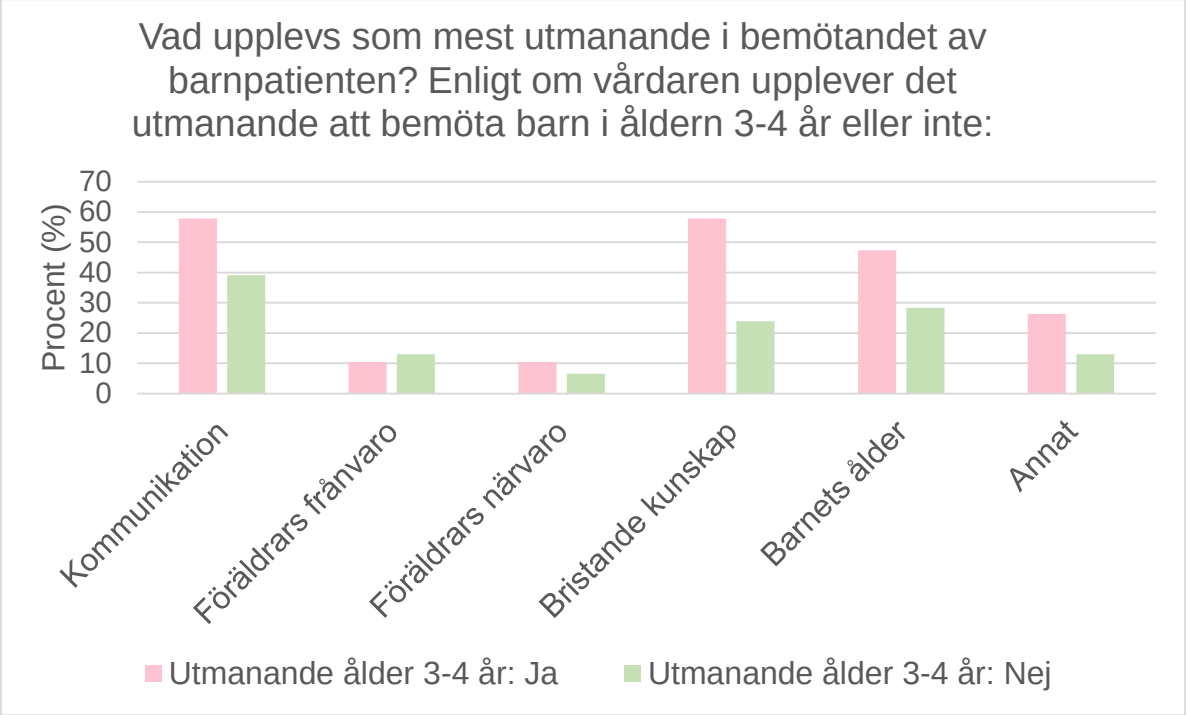
P-värdet mellan mest utmanande i bemötandet och om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 6-12 mån eller inte; kommunikation med barn (p=0,005), föräldrars frånvaro (p=0,449), föräldrars närvaro (p=0,380), bristande kunskap gällande barn (p=0,290), barnets ålder (p=0,290) och annat (p=0,745). Samband hittas mellan om vårdaren upplever att barnpatienten i åldern 6-12 månader upplevs utmanande och kommunikationen.



Figur 27. Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten, enligt om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 1-2 år eller inte.

Mest utmanande i bemötandet av barnpatienten 1-2 år, enligt vårdare som upplever bemötandet utmanande, är kommunikationen (63,9 %), bristande kunskap gällande barn (44,4 %) och barnets ålder (36,1 %). Av vårdare som inte tycker att bemötandet med barnpatienten 1-2 år är utmanande, är det kategorierna barnets ålder (31,0 %) och bristande kunskap och kommunikation (20,7 %) som upplevs svåraste.

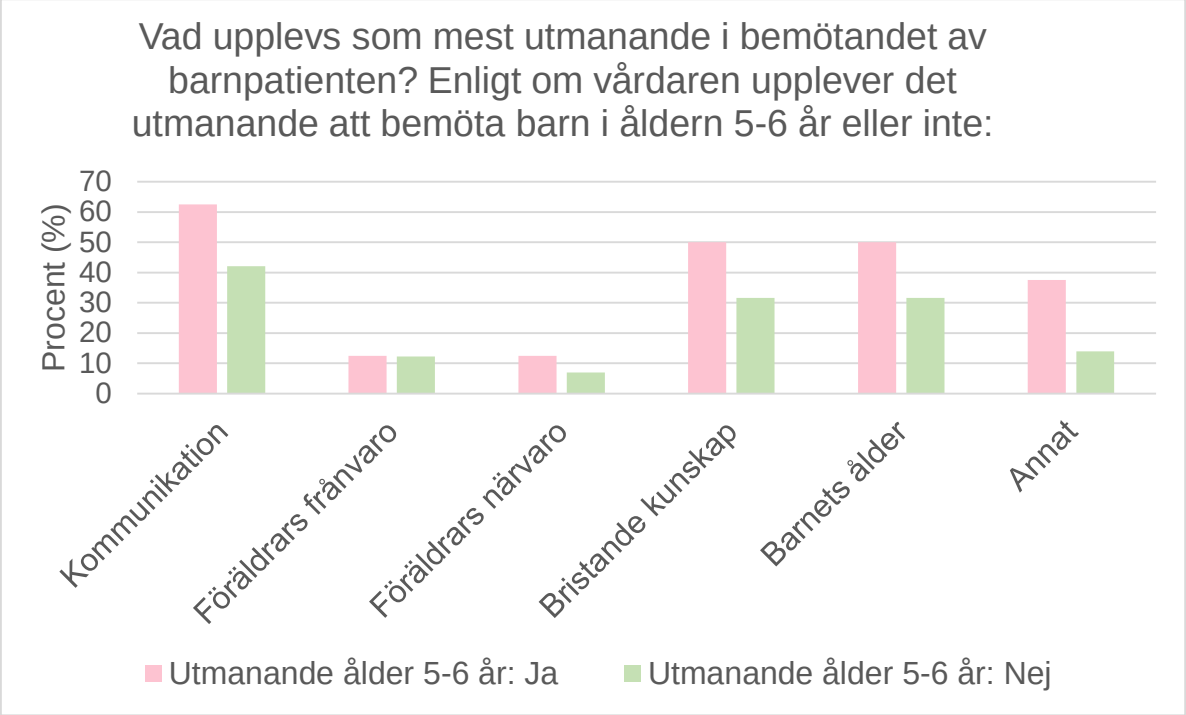
P-värdet mellan mest utmanande i bemötandet och om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 1-2 år eller inte är; kommunikation med barn (p=0,001), föräldrars frånvaro (p=0,723), föräldrars närvaro (p=0,649), bristande kunskap gällande barn (p=0,065), barnets ålder (p=0,794) och annat (p=0,094). Samband hittas mellan om vårdaren upplever att barnpatienten i åldern 1-2 år upplevs utmanande och kommunikationen.



Figur 28. Vad upplevs mest utmanande i bemötandet av barnpatienten enligt om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 3-4 år eller inte.

Mest utmanande i bemötandet med barnpatienten 3-4 år enligt vårdare som upplever bemötandet utmanande är bristande kunskap gällande barn, kommunikation (57,9 %) och barnets ålder (47,4 %). Av vårdare som inte tycker att bemötandet med barnpatienten 3-4 år är utmanande, är det kategorierna ”kommunikation” (39,1 %), ”barnets ålder” (28,3 5) och ”bristande kunskap” gällande barn (23,9 %) som upplevs svåraste.

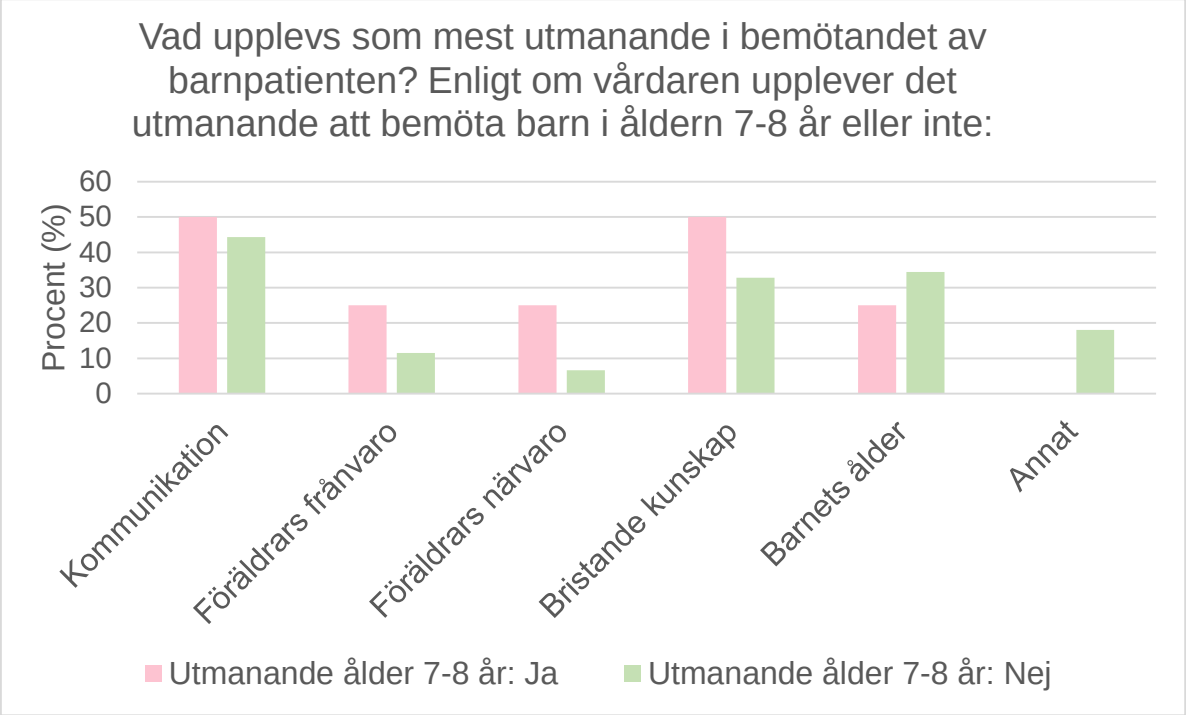
P-värdet mellan mest utmanande i bemötandet och om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 3-4 år eller inte är; kommunikation med barn (p=0,183), föräldrars frånvaro (p=1,000), föräldrars närvaro (p=0,625), bristande kunskap gällande barn (p=0,019), barnets ålder (p=0,159) och annat (p=0,275). Samband hittas mellan om vårdaren upplever att barnpatienten i åldern 3-4 år upplevs utmanande och bristande kunskap gällande barn.



Figur 29. Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten, enligt om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 5-6 år eller inte.

Mest utmanande i bemötandet av barnpatienten 5-6 år, enligt vårdare som upplever bemötandet utmanande, är kommunikationen (62,5 %), barnets ålder och bristande kunskap gällande barn (50,0 %). Av vårdare som inte anser att bemötandet med barnpatienten 5-6 år är utmanande, är det kategorierna ”kommunikation” (42,1 %), ”bristande kunskap” och ”barnets ålder” (31,6 %) som upplevs som svåraste.

P-värdet mellan mest utmanande i bemötandet och om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 5-6 år eller inte är; kommunikation med barn (p=0,450), föräldrars frånvaro (p=1,000), föräldrars närvaro (p=0,493), bristande kunskap gällande barn (p=0,427), barnets ålder (p=0,427) och annat (p=0,126). Inget samband hittas mellan vad som upplevs som mest utmanande och om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 5-6 år eller inte.



Figur 30. Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten, enligt om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 7-8 år eller inte.

Mest utmanande i bemötandet av barnpatienten 7-8 år enligt, vårdare som upplever bemötandet utmanande, är kommunikationen och bristande kunskap (50,0 %). Av vårdare som inte tycker att bemötandet med barnpatienten 7-8 år är utmanande, är det kategorierna ”kommunikation” (44,3 %) ”barnets ålder” (34,4 %) och ”bristande kunskap” (32,8 %) som upplevs svåraste.

P-värdet mellan mest utmanande i bemötandet och om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 7-8 år eller inte är; kommunikation med barn (p=1,000), föräldrars frånvaro (p=0,417), föräldrars närvaro (p=0,280), bristande kunskap gällande barn (p=0,599), barnets ålder (p=1,000) och annat (p=1,000). Inget samband hittas mellan vad som upplevs som mest utmanande och om vårdaren upplever det utmanande att bemöta barn i åldern 7-8 år eller inte.

8.2 Kvalitativ resultatredovisning

Frågeenkäten innehöll främst frågor med fasta svarsalternativ, men för att få mer personliga svar konstruerades också en fråga, där informanterna fick svara fritt. Denna fråga var helt öppen och informanterna fick svara med egna ord på frågan. I två av frågorna med fasta svarsalternativ, fanns det möjlighet svara på kategorin ”Annat”, där informanterna fick kommentera med egna ord. Respondenterna har analyserat enkätens öppna fråga och kommentarerna i kategorin ”Annat”, med hjälp av innehållsanalys, för att få ett mer överskådligt resultat. Underrubrikerna i detta kapitel besvarar frågan och svaren har vidare delas in i beskrivande ord.

8.2.1 Vad har underlättat bemötandet?

Erfarenhet

Informanternas arbetserfarenhet varierade mellan < 3 år till > 15 år. Många av informanterna ansåg att erfarenhet av barnpatienten, kunde underlätta bemötandet. På frågan; vad som kunde underlätta bemötandet av barnpatienten. Svarade flera av informanterna, att de i ofta vardagen kom i kontakt med barn och upplevde därför att bemötandet av barnpatienten underlättades.

’’Släkt och vänners barn.’’

’’Jag har yngre syskon och tycker att de har underlättat när vi har barnpatienter i ambulansen.’’

De informanter som hade yngre syskon eller barn i sin bekantskapskrets, upplevde att den privata kontakten med barn, har underlättat i bemötandet av barnpatienten prehospitalt.

8.2.2 Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet?

Erfarenhet

Som tidigare beskrivet, utgör barnpatienten endast 10 % av alla patienter i den prehospitala vården. Detta leder till att man som förstavårdarna inte kommer i kontakt med barnpatienten tillräckligt ofta, för att bemötandet inte ska kännas utmanande.

’’Praktiska erfarenheten av att vårda allvarligt sjuka barn är liten, så det är alltid utmanande att möta barnpatienter. Tur är det ju att barnpatienter är sällsynta inom förstavården, men just därför blir det också utmanande att möta dem när något allvarligt hänt.’’

’’Då det är sällan vi har barnpatienter och speciellt barn som är riktigt sjuka, i dåligt skick, så det känns lite främmande/osäkert då larm kommer gällande ett riktigt sjukt barn. Vi är helt enkelt lite ovana.’’

Barnpatienten utgör endast en liten del av patienterna som vårdas prehospitalt, vilket innebär att den praktiska erfarenheten hos vårdarna blir bristfällig. Vårdarna har inte möjlighet, att med så få larm, kunna bygga upp en självsäkerhet och rutin i bemötandet av barnpatienten.

Allvarligt sjuka barn

Vid vården av barnpatienten kan situationen ändras snabbt och vara svår att förutspå. Detta kan bidra till att vårdare upplever denna situation som de mest utmanande i bemötandet av barnpatienten. Att bemöta barn som är allvarligt sjuka, är inte lätt, trots att man som vårdare har lång arbetserfarenhet eller är van med barn.

’’Allvarligt sjuka barn.’’

’’Att det kan se lugnt ut när man kommer men situationen kan ändra snabbt och bli mycket kritisk.’’

Allvarligt sjuka barn, upplevs som utmanande att bemöta för vårdaren eftersom man inte vet hur situationen kommer att sluta. Att som vårdare kunna hålla sig lugn, trots ett allvarligt sjukt barn, är något som kan vara utmanande, eftersom situationen kan ändra snabbt till det värre.

Kommunikation

Kommunikationen med barnpatienten kan anses som utmanande, speciellt om barnet inte vill samarbeta. Situationen kan göra barnet stressad, vilket i sin tur kan leda till att kommunikationen försvåras. Barnets ålder har betydelse vid bemötandet och kommunikationen.

Är barnet i en ålder där de inte ännu förstår allt, är det viktigt att vårdaren håller ett lugnt tonläge, för att hålla barnet lugnt. Anhörigas förmåga att hantera situationen, har en stor betydelse både för vårdaren och för barnet. Om de anhöriga kan hålla sig lugna, är det lättare att bemöta barnpatienten. Däremot om de anhöriga har svårt att hålla lugnet, kan bemötandet bli mer utmanande.

''Kommunikation med mindre barn.''

''Ifall föräldrarna är lugna är deras närvaro positiv. Men en mycket rädd förälder förvärrar situationen.''

''Barnens olika utvecklingsfaser.''

Kommunikationen med barnpatienten kan anses som utmanande. Att som vårdare kunna kommunicera med barnpatienten kan vara utmanade, eftersom barn i samma ålder kan vara olika långt i utvecklingen, gällande kommunikationen och hur de förstår saker. Som vårdare är det bra att känna till barnets olika utvecklingsfaser, för att på ett naturligare sätt, kunna bemöta barnet. Förutom barnpatienten, skall vårdaren också bemöta barnets förälder eller anhöriga. Hur detta bemötande utförs, är beroende på de anhörigas förmåga att hantera situationen. Som vårdare skall man försöka hålla situationen lugn och förklara vad som sker.

8.2.3 Vad kan man göra för att underlätta bemötandet?

Fortbildning

Majoriteten av alla informanter svarade att de önskade mera fortbildning i form av teoristudier, simulationsövningar eller praktik på en barnavdelning. Att ha praktik på en barnavdelning skulle underlätta bemötandet av barnpatienten. Där kommer man kommer i kontakt med sjuka barn varje dag och har lättare att skapa bra rutin i hur man skall bemöta dem.

''Öva, öva, öva. Simulering med barnpatienter och även ha övningar på station.''

''Ett exempel skulle vara att få vara på ”praktik” några dagar på barnavdelning eller akuten på barnsidan för att bli mer van och säkrare gällande barnpatienter. Mera skolningar av personer som jobbar med barnpatienter skulle också vara bra.''

Informanterna anser att praktiska övningar och simulering med barnpatienten kan underlätta bemötandet. Att man både genom simulationsövningar på arbetsplatsen, men också genom praktiska erfarenheter på t.ex. sjukhus, kunde främja bemötandet av barnpatienten. Mera erfarenhet och övningar, kunde bidra till att förstavårdare blir säkrare gällande bemötandet.

Vårdarens egenskaper

Informanterna betonade att vårdarens egna egenskaper, är något som kan underlätta bemötandet av barnpatienten. Ordet ”lugn” framkom i flera av informanternas svar. Att vårdaren ska behålla lugnet en viktig aspekt när man bemöter barnpatienten. Vårdaren ska ha förmåga att sprida en känsla av trygghet, genom att arbeta lugnt, strukturerat och ha patienten i fokus. Vårdaren bygger upp ett förtroende till både barnpatienten och dess anhöriga, genom att lyssna, svara på frågor och har den kunskap som krävs.

’’Vara sig själv, prata lugnt till barnet, ta med en av föräldrarna eller båda i vården. Försöka kommunicera på barnets eget språk. Ha ett mjukisdjur med i ambulansen som man kan fästa barnets uppmärksamhet med.’’

’’Ge bemötandet tid och behåll lugnet.’’

Vårdarens egenskaper ska främja vårdsituationen på ett sådant sätt att bemötandet underlättas. Vårdaren ska kunna sprida en känsla av lugn på ett sådant sätt, att både barnpatienten och anhöriga känner att vårdaren behärskar situationen. Vårdarens egenskaper är en viktig faktor i bemötandet av barnpatienten, eftersom att situationen kan upplevas som omtumlande av både barnpatienten och dess anhöriga.

Vårdaren ska låta barnets anhöriga delta i vården, för att barnet ska känna trygghet. Anhöriga är en viktig källa till information och kan förmedla en stor trygghet åt barnet. Vårdaren ska i mån av möjlighet, kunna kommunicera med barnet på ett sådant sätt, att barnet känner att det blir förstått. Den information som vårdaren ger till barnpatienten och dess anhöriga, ska vara lättförståeligt.

9 Tolkning

I detta kapitel tolkar respondenterna resultatet, mot studiens teoretiska utgångspunkter, tidigare forskning och den teoretiska bakgrunden. Respondenterna valde att inrikta examensarbetet endast på bemötandet av barnpatienten och inte lägga fokus på själva vårdåtgärderna. Anledningen till detta, är att studien hade blivit allt för bred och inte lika ingående. Syftet med denna kvantitativa enkätstudie, är att undersöka om vårdarna upplever det utmanade att bemöta barnpatienten prehospitalt och i sådana fall varför, samt hur man kan främja bemötandet. Tolkningen visar vad som överensstämmer och vad som avviker, i de teoretiska utgångspunkterna, tidigare forskningen och den teoretiska bakgrunden, i förhållande till studiens resultat.

Informanterna beskriver, om bemötandet av barnpatienten går bra och de känner att de får kontakt med barnet och dennes anhörig, underlättas bemötandet. Halldorsdottirs (2012) vårdteori beskriver förhållandet mellan patient och vårdare. De två nyckelorden; bro och mur, kan sammankopplas till studiens resultat. Om bemötandet inte känns utmanande, byggs en bro mellan patient och vårdare (Halldorsdottir, 2012), vilket också resultatet utifrån informanternas svar påvisar. Majoriteten av informanterna svarade på frågan ”*Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten”* att kommunikationen är den faktor, som gör att bemötandet upplevs som mest utmanade. Halldorsdottirs (2012) andra nyckelord ”mur”, kan sammankopplas med resultatet, genom att en mur bildas mellan vårdare och patient om kommunikationen inte är optimal. I vårdsituationer med barnpatienten är det inte endast barnet som bemöts, utan vårdaren skall även kunna bygga ett band till de anhöriga, för att vårdsituationen och kommunikationen till barnet ska vara så optimal som möjligt.

Något som förvånade oss var att en del av informanterna, främst yngre vårdare, ansåg att erfarenhet inte är en faktor som underlättar vid bemötandet av barnpatienten. Enligt Benner (1993), genomgår sjukskötaren en professionell utveckling, vartefter att erfarenheten ökar. Detta framkom också i resultatet av enkäterna.

Annat som framkom i resultatet, var att vårdare i åldern 25-35 år, inte upplevde det lika utmanande att bemöta barnpatienter, i jämförelse med hur vårdare i åldern 35-45 år upplevde bemötandet. Benners (1993) teori beskriver hur sjukskötaren i de olika stadierna uppnår en allt högre kompetens.

Trots detta kan vi utifrån våra informanters svar, i stort sätt se lika stor andel från alla åldersgrupper, som svarat ”ja” i frågan; om barnpatienten anses som utmanande att bemöta. Benner (1993) beskriver i sin teori om hur sjukskötaren framskrider i de olika utvecklingsstadierna, vartefter att kompetensen ökar. I enkätundersökning kunde man se; trots att flera av informanterna hade en arbetserfarenhet på över 15 år, svarade majoriteten av dessa, att de anser att barnpatienten är utmanande att bemöta. Detta kan tolkas som att bemötande av barnpatienten är utmanande, trots en lång arbetserfarenhet.

9.1 Kommunikation

Kommunikationen med barnpatienten är den faktor som gör bemötandet mest utmanande, speciellt om barnet inte vill samarbeta**.** Situationen är främmande för barnpatienten, vilket i sin tur kan leda till att kommunikationen försvåras. Gordon (2010) beskriver att det ofta ges bristfällig information till barnpatienten och dess anhöriga och att den information som ges ofta kan vara svårtolkad. Ifall kommunikationen inte är god, kan detta få följder som att viktig information uteblir. Både tidigare forskning och informanternas svar påvisar att vårdaren inte ska pressa barnet för att få fram svar i en intervju, utan vårdaren ska vara lugn och ge barnet den tid som behövs.

I resultatet framkom att åldern 0-2 år ansågs vara den ålder som var svåraste att bemöta. Respondenterna tolkar detta resultat som att barn i den åldern inte ännu kan kommunicera verbalt och därmed försvåras kommunikationen. Att informanterna ansåg att kommunikationen var den faktor som gjorde bemötandet av barnpatienten utmanande, framkom under alla åldersgrupper från 0-8 år i frågeenkät svaren.

I vilken grad barnet har utvecklat sin förmåga att kommunicera, är relaterat till deras utvecklingsnivå. Barn utvecklas och uppnår olika faser under uppväxten. Om man som vårdare vet vad som händer i de olika utvecklingsfaserna hos barnet, kan man bidra till en bättre vårdupplevelse för både barn och föräldrar (Stock, 2009).

Eftersom alla barn utvecklas i olika takt och därmed befinner sig i olika utvecklingsstadier trots samma ålder (Stock, m.fl.) kan resultatet vara svårtolkat. Axelsson (1999) beskriver i sin studie att Ifall vårdaren använder en felaktig intervjuteknik på barnpatienten, kan det uppstå förväxlingar, osanna uttalanden och svar som helt och hållet har fantiserats ihop.

Resultatet från enkätundersökningen påvisar att kommunikationen till barn i åldern 3-4 år samt barn i åldern 5-6 år anses lika utmanande enligt informanterna. Trots detta, skriver Axelsson (1999) att barn i femårsåldern i allt högre grad, kan stå för sina uttalanden och påvisa relevans. Svarsalternativen hos femåringarna innehåller mer information än hos treåringarna, vilket kan vara en följd av en mer utvecklad förmåga att uttrycka sig verbalt.

9.2 Anhöriga

Trots att examensarbetet främst är fokuserat på bemötandet av barnpatienten, ansåg respondenterna att det var relevant, att ha med svarsalternativ i enkäten och fakta som berör de anhörigas närvaro.

Enligt resultatet från innehållsanalysen, beskriver informanterna att vårdarens egenskaper är något som påverkar bemötandet av barnpatienten. Det kan påverka bemötandet både positivt och negativt. Tidigare forskning påvisar att vid bemötande av barnpatienten och deras anhöriga är det viktigt att vårdaren använder sig av öppna frågor, öppet kroppsspråk och visar empati (Ekström, 2015). Vårdaren ska skapa ett förtroende till både barnet och anhöriga för att de ska känna sig lugnare, vilket kan underlätta vid olika undersökningar (Ekström, 2015). Att låta anhöriga vara närvarande vid en vårdsituation är en viktig del för att främja bemötandet, eftersom de anhöriga känner barnet bäst och kan ge barnet trygghet i skrämmande situationer. För barnpatienten är det viktigt att kommunikation är bra samt att vårdare och anhöriga kan samarbeta. (Söderbäck, 2010) Tidigare forskningen stöder vårt resultat angående detta, eftersom att flera av informanterna svarade att anhörigas närvaro är en viktig del i bemötandet av barnpatienten.

Anhörigas närvaro och frånvaro, var något som några av informanterna hade kryssat i på frågan ”*Vad upplevs som mest utmanande i bemötandet av barnpatienten?”.*

Anhörigas närvaro kan skapa stress och en känsla av att vårdaren arbetar under uppsikt. Närvaron kan också skapa en positiv känsla eftersom föräldern känner barnet bäst och barnet infinner trygghet. Anhörigas frånvaro kan leda till att vårdsituationen blir utmanande, eftersom en viktig källa till information, trygghet för barnet och någon som känner barnet personligen, inte finns närvarande.

På vilket sätt bemötandet av barnpatienten framskrider, kan i många fall bero på hur kontakten och kommunikationen mellan vårdare och anhöriga är. Enligt Gordon (2010) fungerar både anhöriga och vårdare som informationsförmedlare till barnet. Examensarbetets resultat påvisar detsamma, eftersom att flera av informanterna ansåg att anhörigas närvaro underlättar bemötandet.

9.3 Bemötande

Sammanfattningsvis kan man utifrån examensarbetets resultat se att barnpatienter anses vara utmanande att bemöta. Det finns flera faktorer som kan framkalla denna känsla, t.ex. att barnpatienten utgör en så liten del av alla som vårdas i den prehospitala vården. Detta leder till att vårdaren i den prehospitala vården inte får vårda barnpatienter tillräckligt ofta, för att kunna känna att bemötandet inte upplevs utmanande. Något som framkom i frågan *”Vad kan man göra för att underlätta bemötandet av barnpatienten?”*, var att majoriteten av alla informanter ansåg att det ordnades allt för få undervisningstillfällen, i form av praktiska övningar som t.ex. simulerade vårdsituationer med barnpatienter. Annat som framkom var att vårdare önskade fortbildning av t.ex. barnläkare samt praktik på barnavdelning.

I den teoretiska bakgrunden, redogör respondenterna barnets fysiska, psykiska och fysiologiska utveckling, föräldrarnas betydelse och hur barnets beteende skiljer sig i de olika åldrarna från 0-8 år**.** Som tidigare nämnts, ansåg informanterna att barnpatienten i åldern 0-2 år var den åldersgrupp som ansågs svårast att bemöta. De faktorer som gjorde att bemötandet ansågs utmanande var kommunikation, barnets ålder och vårdarens erfarenhet.

På frågan *”Vad kan man göra för att underlätta bemötandet?”* svarade en stor del av informanterna att man önskade mera utbildning i form av t.ex. simulerade vårdsituationer. Detta kan tolkas som att det borde ordnas mera skolningar åt första vårdare för bemötandet skulle underlättas.

Detta påvisar också Suserud & Svensson (2009) eftersom att anatomin hos barn skiljer sig mycket från en vuxen, även i barnets olika åldrar ser man stora skillnader.

Vid vården av barnpatienten kan situationen ändras snabbt och vara svår att förutspå. Detta är en bidragande orsak till att vårdare upplever, att allvarligt sjuka barn är svåra att bemöta. Resultatet påvisar att allvarligt sjuka barn är svåra att bemöta trots att vårdaren har lång arbetserfarenhet och är van att bemöta barn.

Lundeberg (2014) beskriver att barnets smärtsystem är uppbyggt så att det förstärks av exempelvis oro, rädsla eller stress. Vilket också stöder vikten av att vårdaren ska bemöta barnet på ett lugnt sätt.

10 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenterna kritiskt granska sin studie, studiens genomförande och frågeenkäten. Respondenterna har valt att granska examensarbete enligt kvalitetskriterierna; validitet och reliabilitet.

När det handlar om enkätundersökningar bör man alltid fundera över om resultaten från enkäter är korrekta eller inte, om de med säkerhet mäter det man vill mäta. Resultatets innebörd bör ses över, om frågan ställs på fel sätt eller om enkäten besvaras av fel personer, för att säkerställa att resultatet kan användas till det man ämnat använda det. För att säkerställa resultatet kan man med hjälp av validitet och reliabilitet påvisa att enkätundersökningen genomförs på rätt sätt. Som forskare är det viktigt att vara medveten om principerna för kvaliteten och kunna hantera kvalitetsaspekterna. Om en undersökning har ett högt bortfall kan den inte generaliseras och därmed har inte undersökningen tillräckligt hög kvalitet och kan därför inte godkännas. Urvalet av informanter måste väljas enligt vad man vill få fram i resultatet. Informanterna måste ha tillgång till den information man vill nå. Om frågorna ställs till fel personer, är inte resultatet tillförlitligt. (Ejlertsson, 2005, s. 99-100)

Informanternas svar på frågenkäten har tolkats på ett ärligt sätt utan att respondenternas egna åsikter eller värderingar har påverkat resultatet. Informanterna har besvarat frågeenkäten utifrån egna erfarenheter och upplevelser. Enkäten formulerades med eftertanke, för att minska marginalen för missförstånd.

Syftet var att få fram informantens egen åsikt. Genom att använda oss av en frågenkät var det möjligt.

10.1 Validitet

Med validitet menas att man undersöker det man ämnat undersöka. Frågorna i enkäten måste konstrueras på sådant sätt att det verkligen besvarar frågeställningarna. Genom en logisk analys av innehållet kan man komma fram till en innehållsvaliditet, som kan kopplas ihop med teorin för undersökningen. Efter att ha hittat begrepp som berör studiens syfte, omvandlas dessa till variabler som formuleras till frågor i en enkät. Olika instrument används för att mäta resultatet för att nå den önskade informationen. Validiteten kan även säkerställas genom samtidig validitet, där man undersöker samma sak, men med olika metoder och får liknande resultat. (Patel & Davidson, 2011, s. 102-103)

Man skall inte enbart mäta validitet i själva frågeenkäten och frågorna i den, utan man mäter validitet i relation till syftet med respektive fråga. I kvantitativa studier används oftast kriterievaliditet, innehållsvaliditet eller begreppsvaliditet. Om sambandet är stort mellan det som frågan mäter och ett speciellt kriterium, har det hög kriterievaliditet. Kriterievaliditet används ofta när man vill undersöka olika beteenden. Innehållsvaliditet betyder att frågan är formulerad, så att den mäter rätt sak. Frågorna ska definieras så att allt som ingår i begreppet, tydligt framkommer för att innehållsvaliditeten är hög. För att kunna nå en hög begreppsvaliditet bör man vara insatt i de antagandena som frågorna ska avspegla. Frågeformuleringen skall så långt som möjligt beskådas som en definition av den teoretiska bakgrunden. (Ejlertsson, 2005, s. 101-102)

Utifrån syftet och frågeställningarna sammanställdes enkäten, som skulle besvara de frågor respondenterna hade. Frågorna i enkäten, tänktes genom ordentligt och testades med hjälp av en pilotstudie. Detta gjordes för att kontrollera att frågorna inte skulle misstolkas. De slutliga svaren från enkäten, analyserades med hjälp av programmet SPSS på de fasta frågorna och innehållsanalys på de öppna frågorna. Utifrån denna analys framställdes ett resultat.

Enkätens frågor besvarade frågeställningarna som respondenterna hade och resultatet framkommer i stapeldiagram. Validiteten i undersökningen anses vara hög, eftersom antalet deltagande var högt och deltagarna var förstavårdare. Detta innebär att de har den erfarenhet som krävs, inom det utvalda området. Varken internt eller externt bortfall förekom i undersökningen. Respondenterna anser att om enkätundersökningen skulle göras om med samma informanter, skulle resultatet vara det samma.

10.2 Reliabilitet

Med reliabilitet menas att man gör undersökningen på ett tillförlitligt sätt. Vid kvantitativa undersökningar är reliabiliteten relativt låg, eftersom undersöknings metoden ofta är enkäter, intervjuer eller observationer, där resultatet är grundat på människors upplevelser, erfarenheter och inte fakta. Det kan vara flera olika faktorer som påverkar vad en individ svarar, t.ex. humör, tidpunkt och slumpen. Vid enkäter är det svårt att kontrollera tillförlitligheten, enda sättet är att försäkra sig om att personerna som svarat på enkäten uppfattat syftet och frågorna rätt. (Patel & Davidson, 2011, s. 103-105)

Om reliabiliteten är hög har man samma resultat varje gång man mäter något med samma mätmetod. Reliabiliteten kan mätas på olika sätt. En mätmetod är test-retest-metoden, där man mäter samma variabler vid olika tidpunkter. Om resultatet stämmer överens, är reliabilitet hög. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 123) Test-retest-metoden innebär att samma människor besvarar enkäten vid två olika tillfällen. Därefter kan man mäta hur pass bra svaren stämmer överens. För att metoden ska fundera, måste frågorna vara sådana att svaret inte ändras inom en kort tid. Om svaren vid de båda frågetillfällena är samma, är reliabiliteten hög. Om svaren skiljer sig mycket från första tillfället till det andra, är reliabiliteten låg. (Ejlertsson, 2005, s. 103)

Intern konsistens är en annan metod man kan använda sig av, när man vill mäta reliabiliteten i något. Metoden används när man har variabler, som är meningen att gemensamt mäta en specifik situation. Man kan genom denna metod lista frågorna, för att sedan sammanföra svaren. De ingående frågorna skall helst inte reflektera olika förhållanden. (Ejlertsson, 2005, s. 104)

Reliabiliteten säkerställdes genom att respondenterna bifogat examensarbetets syfte och frågeställningar i följebrevet. Informanterna kunde utifrån detta besvara enkäten. Respondenterna hoppas att informanterna ansåg dessa tillräckligt tydliga, för att kunna ge så sanningsenliga svar som möjligt.

Frågorna formulerades så att varken tid eller plats borde påverka informantens svar. Informanterna har svarat utifrån egna åsikter och erfarenheter. Respondenterna har sedan analyserat och tolkat detta till ett resultat.

Svaren har tolkats så som de framkommit i enkäten. Respondenterna har varit opartiska och utan att bilda egna uppfattningar, tolkat svaren. Vid inmatningen av svaren från enkäterna i programmet SPSS har vi varit ärliga utan att förvränga svaren. Några av informanterna hade tolkat några enkätfrågor felaktigt. Detta ledde till att respondenterna fick flera svar ikryssade på envals frågor och analysprocessen försvårades. Det fanns även informanter som missuppfattade, att det var endast *bemötandet* av barnpatienten som skulle undersökas, inte vårdåtgärderna. Dessa svar som handlade om vårdåtgärder, lämnades därför bort från resultatet, eftersom de inte var relevanta för denna studie. Respondenterna hade en förförståelse i att barnpatienten anses vara svår att bemöta, på grund av egna erfarenheter och förutfattade meningar. Resultatet visade att dessa antaganden delvis stämmer.

11 Diskussion

Syftet med denna kvantitativa enkätstudie var att undersöka om vårdarna upplever det utmanade att bemöta barnpatienten prehospitalt och i sådana fall varför, samt hur man kan främja bemötandet. Utifrån resultatet av enkätundersökningen kan vi konstatera, att majoriteten av informanterna ansåg att denna patientgrupp, barn i ålder 0-8 år, anses utmanande att bemöta. När informanterna fick svara fritt på frågan *”Vad kan man göra för att underlätta bemötandet av barnpatienten”,* svarade majoriteten att de önskade flera tillfällen för simulerade övningar, praktik på barnavdelning och fortbildning om barnpatienten. Studien visar att detta är något som efterfrågas och borde ordnas. Därför kan denna studie ligga till grund för t.ex. framtida planering av utbildningstillfällen för förstavårdare.

Frågorna till enkäten utformades utifrån syftet och frågeställningarna på studien. Efter pilotstudien, besvarad av tre stycken förstavårdare, gjordes ändringar i

frågorna, vissa förtydligades eller omformulerades medan andra togs bort helt. I enkäten kunde respondenterna förklarat ordet *bemötande* bättre, att det endast var bemötandet vi fokuserade på och inte på vårdåtgärderna. Innan enkäten placerades ut på de valda stationerna, informerades förmän på respektive station om vad studien innebär.

Respondenterna kunde även på förhand informerat deltagarna per mejl, för att försäkra sig om att alla deltagare hade samma förhandsinformation. Deltagarna informerades både muntligt och skriftligt, med ett följebrev på insamlingslådan. Svarprocenten på enkäterna är >100 %. Enligt vår information var antalet förstavårdare som hade möjlighet att medverka i studien ca 63 stycken. När enkäterna samlades in fick respondenterna tillbaka 65 stycken enkäter, vilket betyder att utöver dessa 63 förstavårdare fanns ytterligare 2 stycken som besvarat enkäten. Detta är möjligt eftersom personal från andra stationer, som inte deltog i studien, kan ha jobbat på någon av de utvalda stationerna under tiden som enkäten var utplacerad.

Att analysera enkäterna var väldigt tidskrävande. Ifall respondenterna skulle göra om studien, skulle vi antagligen lämna bort någon av frågorna, svarsalternativen eller eventuellt de öppna svarsalternativen. Eftersom de ledde till att studien blev både kvantitativ och kvalitativ vilket försvårade analysen. Några av informanterna hade missförstått vissa flervalsfrågor och kryssat i flera svarsalternativ, trots att de endast skulle välja ett. Respondenterna är nöjda över att fokusen legat på bemötandet och inte innefattat vårdåtgärder, eftersom studien redan som den är blev ganska omfattande. Utifrån resultatet, kan vi konstatera att vi fått svar på våra frågeställningar.

Som tidigare nämnts är antalet larm med barnpatienter en minoritet, vilket bidrar till att förstavårdare har för lite kontakt med barnpatienten för att kunna skapa en rutin i sitt bemötande till dem. Som förslag på frågan hur man kunde förminska känslan av utmaning vid bemötande av barnpatienten, svarade flera av informanterna att de ville ha en praktikperiod på en barnavdelning, för att bli säkrare i sig själv och på ett mer naturligt sätt kunna bemöta barn.

Detta är kanske svårt att förverkliga för alla förstavårdare, men det skulle främja personalens självförtroende, erfarenhet och kompetens.

Valet av ämne gjordes utifrån eget intresse för akutvård och barnpatienten. Respondenterna ville både för sin egen och för andra vårdares skull, studera varför barnpatienten anses som en utmanande patientgrupp i den prehospitala vården. Eftersom respondenterna endast fokuserade syftet på *bemötandet* av barnpatienten i den prehospitala vården, var det svårt att hitta aktuell vetenskaplig forskning inom ämnet. Detta trots att vårt resultat bevisar att förstavårdare känner sig osäkra i sitt bemötande av barnpatienten. Åldern 0-2 år ansågs vara svåraste att bemöta enligt informanterna, denna åldersgrupp kunde vara intressant att ytterligare fördjupa sig i, som fortsatt forskning inom ämnet. Bemötande och kommunikation är en viktig länk till en säker och trygg vård därför anser vi att detta ämne borde studeras närmare i framtiden.

Källförteckning

Ammentorp, J., 2009. God kommunikation sætter positive spor. Sygeplejersken. (5), s. 60-62.

Arlebrink, J., 2013. Grundläggande vårdetik. Teori och praktik. Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, M., 1999. Press i utredande samtal med barn. Örebro universitet: Institutet för samhällsvetenskap.

Bertilsson, S., 2004. Bedömning av smärta hos barn -En Review. Vård i Norden, 77(25), s.13-18.

Dahlberg, K., 2014. Att undersöka hälsa och vårdande. Stockholm: Natur & kultur.

Drayna, P., Browne, L., Guse, C., Brousseau, D, Lerner, B., 2015. Prehospital Pediatric care: Opportunities for training, Treatment and research. Prehospital Emergency Care, 19(3), s. 441-447.

Ejlertsson, G. 2005. Enkäten i praktiken. Lund: Studentlitteratur.

Ekström, M., 2015. Att bedöma barn på akuten. Barnbladet, (3), s. 22-27.

Eliasson, A., 2006. Kvantitativ metod från början. Lund: Studentlitteratur AB.

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

Forskningsetiska delegationen., 2012. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland-anvisningar. Forskningsetiska delegationen.

Gordon, B K. Jaaniste, T., Bartlett, K.,Perrin, M., Jackson, A., Sandstrom, A., Charleston, R. & Sheehan, S., 2010. Child and perental surveys about pre-hospitalization information provision. Child: Care, health and development. 37(5), s. 727-733.

Halldorsdottir, S., 1996. Caring and uncaring enconters in nursing and health caredeveloping a theory. Linköping: Avhandlingar för medicine doktorsexamen.

Hallidorsdottir, S., 2012. Nursing as a Campassionate Competence: A theory on professional nursing care based on the patient´s perspective. International Journal for Human Caring, 16(2), s.7-19.

Halldorsdottir, S., 2008. The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient´s perspective. Scandinavian Journal of Applied Sciences. 22, s.643-652.

Hedén, L. & Lundberg, S. & Karlsson, S. & Nilsson, S. & Wiwe Lipsker, C., 2014. Behandling av barn i samband med smärtsamma procedurer i hälso- och sjukvård – kunskapsdokument. Läkemedelsverket. 25(3), s.9-14, s. 27-41.

Holme, I & Solvang, B., 1997. Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder. Lund: Studentlitteratur.

Katajamäki, E., 2004. Terveen lapsen ja nuoren kehitys, hoito ja ohjaus. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhoteö, Tammi.

Koistinen, P, Ruuskanen, S & Surakka, T., 2009. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Tammi.

Larsson, S., 2011. Kvalitativ analys- Exemplet fenomengrafi. Linköping: Studentlitteratur.

Leach, P., 1997. Barn- De första fem åren. Falkenberg: Albert Bonniers förlag.

Lindemann, T., 1992. Barn och smärta. Lund: Studentlitteratur.

Nilson, S., 2011. Tänk på något roligt! - smärta och oro vid undersökningar och behandlingar på sjukhus. Barn bladet. 36(1), s. 3-32.

Olmstead, D., Scott, S., Mayan, M., Koop, P. & Reid, K., 2014. Influences shaping nurses' use of distraction for children's procedural pain. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 19, s. 162-171.

Olsson, H. & Sörensen, S., 2007. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Forskningsprocessen. Stockholm: Liber.

Patel, R & Davidson, B., 2003. Forkningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Lund: Studentlitteratur.

Stock, A., Hill, A. & Babl, F E., 2012. Practical communication guide for paediatric procedures. Emergency Medicine Australasia. (24) 641–646.

Suserud, B-O. & Svensson, L.,(Red)., 2009. Prehospital akutsjukvård. Stockholm: Liber.

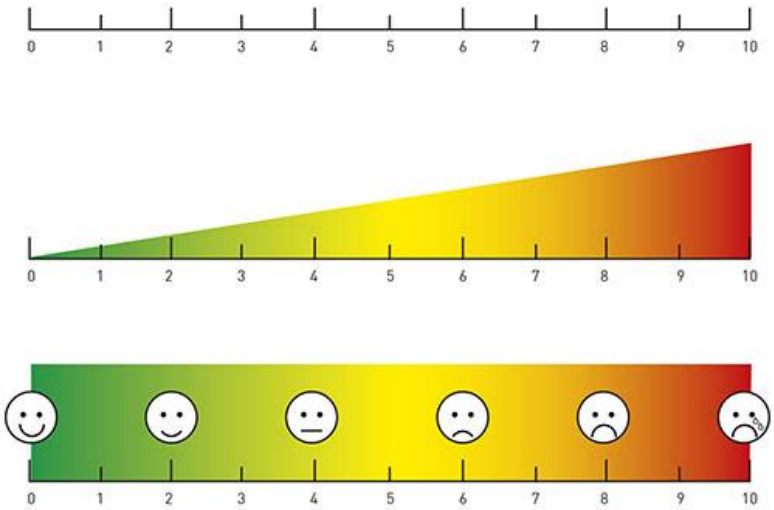
Söderbäck, M., 2010. Barn och unga som patienter. Barns och Ungas rätt i vården. 2010(3), s.17-19.

Söderbäck, T., 2014. Kommunikation med barn och unga i vården. Stockholm: Liber.

Tomey, A. & Alligood, M., 2006. Nursing theorists and their work. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Bilagor

Bilaga 1, VAS – visuell analog skala och FPS- Faces Pain Scale-Revised Skala. VAS skalan överst, FPS- skalan nederst.



Fjällhaug Nylund, M. (2013). VAS-Visuell analog skala. *Tidsskift for den norske legeforeningen.*

Bilaga 2. Ansökan om tillstånd för enkätundersökning

Studerande
För-och efternamn:
Telefonnummer:
E-postadress:

Studerande
För-och efternamn:
Telefonnummer:
E-postadress:

Studerande
För-och efternamn:
Telefonnummer:
E-postadress:

Studieområde: Vård
Yrkeshögskolans namn och ort: Yrkeshögskolan Novia, Vasa

Examensarbetets titel:

”Bemötandet av barnpatienten i den prehospitala vården”

Syftet med denna kvantitativa enkätstudie är att undersöka om vårdarna upplever det utmanade att bemöta barnpatienten prehospitalt och i sådana fall varför, samt hur man kan främja bemötandet. Utifrån dessa syften har respondenterna valt att formulera frågeställningarna.

1. Finns det utmaningar för vårdarna att bemöta barnpatienten prehospitalt?
2. Varför kan bemötandet av barnpatienten upplevas utmanande?
3. Vad kan man göra för att främja bemötandet av barnpatienten?

Respondenterna till detta examensarbete kommer att använda sig av en enkätstudie. Enkätundersöknings materialet kommer att förvaras, så att inga obehöriga har tillgång till det. Respondenterna kommer att respektera personerna som deltar i undersökningen och ta hänsyn till deras integritet. Personerna som deltar har själv rätt att bestämma om de deltar eller avstår från undersökningen. Personerna som deltar, har genom att delta gett samtycke till att materialet används till det syfte som blivit beskrivet. Materialet skall inte användas till annat än det ändamålet.

Handledande lärare

Namn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Förman

Namn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Jag godkänner [ ]

Jag godkänner inte [ ]

Datum, underskrift och namnförtydligande:

Bilaga 3. Följebrev

Examensarbetets titel:
”Bemötandet av barnpatienten i den prehospitala vården”

Syftet med denna kvantitativa enkätstudie är att undersöka om vårdarna upplever det utmanade att bemöta barnpatienten prehospitalt och i sådana fall varför, samt hur man kan främja bemötandet. Utifrån dessa syften har respondenterna valt att formulera frågeställningarna.

Finns det utmaningar för vårdarna att bemöta barnpatienten prehospitalt?

1. Finns det utmaningar för vårdarna att bemöta barnpatienten prehospitalt?
2. Varför kan bemötandet av barnpatienten upplevas utmanande?
3. Vad kan man göra för att främja bemötandet av barnpatienten?

Respondenterna till detta examensarbete har som datainsamlingsmetod använt sig av en enkätstudie för att besvara frågeställningarna. Svarsalternativen på enkäterna är både kvalitativa och kvantitativa. Enkätundersökningen skall endast att besvaras av förstavårdare på utvalda stationer inom Österbottens räddningsverk och Mellersta Österbottens och Jakobstadsområdets räddningsverk. Respondenterna kommer att behandla all information sanningsenligt och inte undanhålla information. Enkätundersöknings materialet förvaras så att inga obehöriga har tillgång till det. Respondenterna kommer respektera personerna som deltar i undersökningen och ta hänsyn till deras integritet. Personerna som deltar har själv rätt att bestämma om de deltar eller avstår från undersökningen. Personerna som deltar, har genom att delta gett samtycke till att materialet används till det syfte som blivit beskrivet. Materialet skall inte användas till annat än det ändamålet.

Bilaga 4. Enkät

Enkät/Tutkimus

Denna enkät skall besvaras av förstavårdare på utvalda stationer i Österbotten. Med hjälp av denna enkät skall vi ta reda på om det upplevs utmanande att bemöta barnpatienter och varför, samt vad man kan göra för att underlätta bemötandet av barnpatienten. Enkäten är gjord av tre sjukskötarstuderanden på yrkeshögskolan Novia.

Tähän tutkimukseen osallistuvat valittujen Pohjanmaan asemien ensihoitajat. Lomakkeen avulla pyritään selvittämään kokevatko ensihoitajat lapsipotilaan kohtaamisen haastavana ja miksi, sekä millä keinoilla voitaisiin helpottaa lapsipotilaan kohtaamista. Tutkimus on tehty Ammattikorkeakoulu Noviassa kolmen sairaanhoitajaopiskelijan toimesta.

1. Kön/Sukupuoli

Man/Mies ☐ Kvinna/Nainen ☐

2. Ålder/Ikä (år/vuotta)

18-25 ☐ 25-35 ☐ 35-45 ☐ 45-65 ☐

3. Arbetserfarenhet som förstavårdare/työkokemusta ensihoitajana (år/vuotta)

<3 ☐ 3-7 ☐ 7-15 ☐ >15 ☐

4. Har ni egna barn? / Onko teillä omia lapsia?

Ja/Kyllä ☐ Nej/Ei ☐

5. Upplever ni det utmanande att *bemöta* barnpatienten? Ja/Kyllä ☐ Nej/Ei ☐

Onko lapsipotilaan *kohtaaminen* mielestäsi haastavaa?

6. Vad tycker ni har underlättat *bemötandet* av barnpatienten?

Mikä on mielestäsi ollut avuksi lapsipotilaan *kohtelussa*?

Egna barn/Omia lapsia ☐

Erfarenhet av barnpatienter/kokemuksia lapsipotilasta ☐

Simulationsövning/Simulaatioharjoituksia ☐

Jobbat med barn tidigare (T.ex. dagis)/Työskennellyt ennen lasten parissa (Es. päiväkoti) ☐

Annat/Muuta:_____
_____

*Om ni svarade "**Nej**" på fråga nr. 5 behöver du inte fylla i resterande frågor. Tack för ert deltagande!*

*Mikäli vastasitte "**Ei**" kysymykseen nro. 5, älä vastaa loppuihin kysymyksiin vaan, osaltasi lomake on valmis. Kiitos* osallistumise*stasi!*

7. Vilka av dessa åldrar upplevs som mest utmanande att *bemöta*? (1 eller flera alt.)

Minkä seuraavista ikäryhmistä koet olevan haastavinta *kohdata*? (1 tai useampi vaihtoehto.)

0-6 månader/kuukautta ☐

6-12 månader/kuukautta ☐

1-2år/vuotta ☐

3-4 år/vuotta ☐

5-6 år/vuotta ☐

7-8 år/vuotta ☐

8. Vad upplevs som mest utmanande i *bemötandet* av barnpatienten?

Minkä koet haastavaksi lapsipotilaan *kohtaamisessa*?

Att kommunicera med barnet/kommunikoida lapsen kanssa ☐

Föräldrarnas frånvaro/vanhempien poissaolo ☐

Föräldrarnas närvaro/vanhempien läsnäolo ☐

Bristande kunskap gällande barn/puutteellinen tieto lapsista ☐

Barnets ålder/Lapsen ikä ☐

Annat/Muuta:_____
_____
_____
_____
_____

9. Vad kan man göra för att underlätta *bemötandet* av barnpatienten? (svara fritt)

Mitä voitaisiin tehdä lapsipotilaan *kohtaamisen* helpottamiseksi? (Vastaa vapaasti)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Tack för ert deltagande! Kiitos osallistumisestasi!