



Sjukhusmiljö för barnens välbefinnande

– Den fysiska omgivningen som en resurs

FÖRFATTARE	Maria Klacker Egnell
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ Examensarbete Om 5250 HT/VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristin Falk
EXAMINATOR	Monica Moene

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Title (Engels):	Health facility environment for the well-being of children
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjusköterskeprogrammet/Examensarbete/Om 5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Maria Klacker Egnell
Handledare:	Kristin Falk
Examinator:	Monica Moene

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrunden När vi befinner oss i påfrestande och utsatta situationer påverkas vår upplevelse utifrån både vilka inre och yttre resurser vi har. Att bli eller vara sjuk och tillbringa en tid på en sjukhusavdelning är för de allra flesta en påfrestande och stark upplevelse. Denna upplevelse bestäms av en mängd olika faktorer, varav en är miljöns utformning. Den miljö vi befinner oss i påverkar oss både på ett medvetet och på ett omedvetet plan. **Syftet** med arbetet var att undersöka vad i den fysiska vårdmiljön som hade betydelse för barns upplevda välbefinnande sett ur deras eget perspektiv, under vårdtiden på sjukhus. **Metoden** som användes var en litteraturoversikt, baserad på nio kvalitativa vetenskapliga artiklar. Artiklarna belyste vad barnen själva angav som centralt i sin omgivning under sjukhusvistelsen. **Resultatet** visas i teman och underteman. De övergripande tre temana var: *miljöer för trygghet*, *miljöer för aktivitet* och *miljöer för integritet*. Det som framkommer som en röd tråd i arbetet är att den fysiska vårdmiljön inte kan utformas för patientgruppen "barn" som sådan. Just barn skiljer sig oerhört mycket i sina aktiviteter och sitt behov av stimulans, beroende på kognitiv utveckling, vilket i sin tur är kopplat till barnets ålder. En avdelnings arkitektoniska utformning såväl som utrustning för lek, gav ett stöd för barnens upplevda välbefinnande och gav de en känsla av att vara förstådda, respekterade och synliga. När dessa behov inte tillgodosågs genom miljön, uppkom följaktligen motsatta negativa upplevelser. Upplevelser av de slaget kunde vara att sjukhuset inte var till för barnen och att rädsla och osäkerhet präglade vistelsen. **Slutsatsen** Det barnen anger som viktigt i den fysiska vårdmiljön för deras upplevda välbefinnande under sin sjukhusvistelse är en miljö som är trygg, säker, stimulerande och värdig. Vad detta innebär för det enskilda barnet, visade sig vara starkt kopplat till barnets ålder och utveckling. Sjuksköterskor kan använda sig av närmiljön för att ge förutsättningar för att stötta barnen och stärka deras egna resurser.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Historik.....	1
Barnsjukhus.....	2
Barnets utveckling.....	3
Begrepp	4
Värdegrund för omvårdnad	4
Salutogenetiskt perspektiv	4
Personcentrerad vård.....	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design	6
Litteratursökning	7
Datainsamling	7
Tabell 1 Tabell över den systematiska litteratursökningen, använda artiklar	7
Urval.....	8
Analys	8
Etik	9
Resultat.....	9
Miljöer för trygghet.....	10
Familjen	10
Hemlighet.....	11
Miljöer för aktivitet	12
Vara tillsammans.....	12
Förströelse/distraction.....	13
Miljöer för integritet.....	13
Kontroll	13
Att få vara den man brukar vara.....	14
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion.....	15
Konklusion	18

Rekommendationer	18
Referenser	19
Bilagor: Artikelgranskning.....	23

Inledning

Genom de olika praktikplaceringar vi har haft under utbildningen har jag reflekterat mycket över hur olika vårdmiljöer påverkar oss som människor. Att vår närmiljö i fysisk bemärkelse påverkar oss på olika plan, är självklart. Även om det troligen är mötet med människor som är det mest avgörande, har den fysiska kontext i vilket detta möte äger rum, stor betydelse för hur mötet upplevs.

Valet att fokusera på barn som patientgrupp, har bland annat att göra med deras ökade känslighet för det som får ses som ickeverbal kommunikation. Sett ur den synvinkeln, borde den fysiska miljöns ”språk” få extra stor inverkan på denna patientgrupp. På samma sätt som äldre med normala funktionsnedsättningar eller en begynnande demens, har barnet inte alltid förmåga att själv sortera och tolka intryck från omgivningen. En sjukhusmiljö är en obekant omgivning som signalerar en mängd olika budskap genom sin utformning. Även om tolkningen av dessa signaler är individuellt kopplad, ville jag undersöka vad barn och ungdomar i allmänhet, angett som betydelsefullt i den fysiska vårdmiljön på ett sjukhus. Alla varianter av kommunikation med omgivningen blir av extra stor betydelse när vi befinner oss i en utsatt situation, till vilken en sjukhusvistelse får räknas. Inbyggt i närmiljön finns ett språk i form av symboler som vi registrerar på ett mer eller mindre omedvetet plan. Detta ”språk” signalerar ett förhållningssätt och en syn på personen, vilket i sin tur färgar patientens tilltro till den vård han eller hon får. Om vi som sjuksköterskor kan lära oss detta ”språk” och vad som är centralt i det, kan det användas som en omvårdnadsåtgärd.

Bakgrund

Historik

De första sjukhusen i Sverige byggdes under 1700-talet. Patienter med olika diagnoser och tillstånd delade rum då kunskapen kring smittspridning och hygien var bristfällig. Så under den senare hälften av 1800-talet när man började förstå hur infektioner spreds, byggdes ”paviljongsjukhusen” i syfte att minska smittspridningen. Dessa bestod av fristående byggnader vilka hade sinsemellan olika patientgrupper med olika sjukdomar. Husen låg i parkmiljö, välavgränsat mot omgivningen i övrigt. I takt med en bättre kontroll på hur smittspridning kunde hållas i schack och med ett ökande behov av kontakt mellan kliniker, byggdes de första blocksjukhusen under 1950-talet (Region Skåne, 2005). Rationalitet och effektivitet var honnörsord. Långa korridorer med likadana dörrar till varje patientrum är fortfarande den allmänt rådande verkligheten för många sjukhus. Aidentifiering och sterilitet är synonymt med en sjukhusinteriör. Idag finns det många studier som visar på att en dylik miljö hindrar patientens känsla av trygghet och snarare ökar på oro, ångest och osäkerhet (Edvardsson, Sandman, & Rasmussen, 2005). Särskilt inom demensvården är detta beforskat och visar tydligt på vikten av en så hemlik vårdmiljö som möjligt, individuellt utformad för bästa behandling och omvårdnad (Edvardsson & Wijk, 2009).

Redan vid mitten av 1800-talet betonade Florence Nightingale vikten av miljön kring patienten. Utvecklingen av den fysiska vårdmiljön påverkar omvårdnaden som bedrivs och tvärtom. I ”Notes on Nursing” skriver hon om patientens behov av frisk luft, ljus, värme, angenäma dofter, ventilation men också om vikten av interaktionen med sjuksköterskan som en del i patientens närmsta sfär (Nightingale, 1860). Nightingale

ansåg att det var nödvändigt med en viss mängd frisk luft kring varje patient och hennes insatser för vårdmiljön kom att styra hur arkitekterna senare skulle konstruera sjukhusen. Hennes arbete med den fysiska vårdmiljön har kommit att ligga till grund för utseendet på dagens sjukhus och patientmiljöer (Edvardsson & Wijk, 2009).

I en rapport framtagen vid institutionen för vårdvetenskap vid Växjö Universitet, framkom att patienters ångest, oro och känsla av utsatthet kunde minskas genom en mer patientvänlig miljö. Detta var särskilt viktigt i de högteknologiskt utrustade intensivvårdsrummen. Den mer patientvänliga miljön kännetecknades av ljuddämpande innertak, utsikt mot grönska, lugnande färgsättning och en möjlighet till integritet i patientrummet. Vidare konstaterar man i rapporten att den vårdare som tillsammans med patienten använder sig av de förutsättningar vårdmiljön ger, visar respekt för patientens behov av integritet och för dennes upplevelse av individuell hälsa (Ronsten, 2009).

Vårdmiljö kan definieras på olika sätt. Antingen kan det ses som en objektivt mätbar omgivning eller som en subjektivt upplevd miljö. Med fysisk vårdmiljö menas de byggnader, avdelningar och rum med dess interiörer, inom vilka det bedrivs vårdverksamhet (Edvardsson & Wijk, 2009). Hur vårdverksamheten upplevs, vilken atmosfär en avdelning har utgör grunden för patienters vardag. Detta vårdklimat kan ses som ett resultat av vad människor gör, hur de är, den fysiska vårdmiljön och den värdegrund som finns mer eller mindre explicit som incitament till omvårdnadsarbetet på arbetsplatsen. Vårdklimatets karaktär med sina olika beståndsdelar, speglar också en syn på hur omvårdnaden värdesätts (Edvardsson & Wijk, 2009). Edvardsson (Edvardsson, Sandman, & Rasmussen, 2006) återger i en studie att patienter undrar över hur mycket personalen bryr sig om dem (sina patienter) när de låter en avdelnings blommor vissa och dammtussar ligga kvar. Ur sjuksköterskors synvinkel är användandet av omgivningen i omvårdnadsarbetet att likställa med att arbeta ur ett helhetsperspektiv. I helhetsperspektivet ingår att forma patientens omgivning så att den stöttar och uppmuntrar patientens användande av befintliga egna resurser. Lawton har konstruerat en teori där han ser mänskligt beteende som en konsekvens av den egna kompetensen i relation till de krav som en omgivning ställer. Med egen kompetens menas alltifrån erfarenheter till kognitiv- och sensomotorisk förmåga och med omgivning menas den fysiska omgivningens utformning. En omgivning med för stora respektive för små krav på en individs kompetens gör att individen betar sig på ett ickefungerande sätt. En anpassad omgivning som gör att individens kompetens och miljöns krav är i balans, skapar grund för en läkande miljö som stärker de egna resurserna (Lawton 1973 refererad ur Wijk, 2010b).

Barnsjukhus

I början av 1800-talet byggdes de första barnsjukhusen. Miljön i dessa var hemlik och mammorna fick bo med sina barn, men också hjälpa till att vårda. Anledningen till detta var dels att barnet skulle fortsätta var kvar sin naturliga miljö tillsammans med sin mor och dels att det var ont om utbildad vårdpersonal på den tiden. Men mot slutet av decenniet ändrades denna inställning till den motsatta. Inga utomstående fick besöka patienterna och en strikt, mekanisk, effektiv, ren och rutinbaserad vård blev metoden man arbetade efter. Barnen skulle helst inte ha kontakt sinsemellan heller och låg i stora salar i rader av sängar, strikt övervakade av sjuksköterskor. Infektionssjukdomarna var en av anledningen till att man bland annat efter Florence Nightingales arbete, på detta sätt försökte göra miljön aseptisk. I både renlighets- och arkitektonisk mening, utformades miljön till att bli lätt att hålla ren och effektiv att arbeta i och dagens

avidentifierade, sterila miljöer började utformas (Nightingale, 1860; Edwinsson Månsson & Enskär, 2008).

Det var först under 1940-talet som man insåg att detta sätt att vårda barn på sjukhus inte var bra för barnets hälsa och utveckling. Vändningen kom i samband med att Plattkommittén utfärdade en rapport i vilken det bland annat fastslås att individuell vård av barn ska inrättas, att förälder ska medfölja till sjukhuset, fria besök tillåts och att inläggning på sjukhus ska ske som ett sista alternativ. I Sverige kom dessa riktlinjer att börja användas under 1960- och 1970-talen. Riktlinjerna går att känna igen i Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (NOBAB), vilket är en sammanställning baserat på FN:s barnkonvention. Barnkliniker i Sverige arbetar utifrån denna sammanställning som är riktad till vård av barn på sjukhus (Edwinsson Månsson & Enskär, 2008; Regeringskansliet, 2002).

Barnets utveckling

Att hamna på sjukhus kan vara en omvälvande händelse för barnet. Hur reaktionen blir beror på en mängd olika faktorer; ålder, mognad, föräldrars attityd och vilken sjukdom barnet lider av. Barnet genomgår olika utvecklingsstadier beroende på hur gammalt barnet är och förstår sin värld och påverkas av den kopplat till den utvecklingsnivå han eller hon befinner sig. Piaget har utformat den kanske mest använda utvecklingsteorin för barn. Han menade att vår intellektuella utveckling sker i etapper och att vi uppnår olika stadium i olika åldrar, beroende på vilka vi är som individer, vilken social och fysisk miljö vi befinner oss i. Dock är *ordningsföljden* på stadierna densamma hos alla barn. Teorin beskriver intellektets utveckling från den tidiga barndomens sensomotoriska förhållningssätt till den vuxnes förmåga att tänka abstrakt (Piaget, 1952).

Stadierna i teorin är:

- 0-2 år, det sensomotoriska stadiet - barnet undersöker sin omgivning med hjälp av kroppen och sina sinnen.
- 2-6 år det föroperativa stadiet - barnet ordnar sin omvärld i ett symboltänkande. De tror att de kan påverka omgivningen på ett magiskt sätt, men kan i slutet på perioden skilja på verklighet detta symboltänkande
- 7-11 år, den operationella perioden - barnet tänker och drar logiska slutsatser
- 12 år- vuxen- det abstrakta tänkandet och en än större förmåga till logiska resonemang växer fram (Edwinsson Månsson & Enskär, 2008)

Det är dessa olika kommunikations- och perceptionsstadier som ställer krav på en optimal miljö för barnets utveckling eller i detta sammanhang, en så anpassad vård som är möjligt. Den fysiska närmiljön bör följa barnets förmåga, kompetens och behov (Edwinsson Månsson & Enskär, 2008).

Birgitta Qvarsell, professor i pedagogik vid Stockholms Universitet, skriver i en artikel om barnens perspektiv i forskning. Qvarsell menar att det sedan i slutet av 1990-talet, blivit alltmer viktigt att få med barnet perspektiv i forskning. Anledningen till detta anges hänga ihop med att konventionen om barns rättigheter enligt FN's stadgar, ska följas av kommun och landsting (Regeringskansliet, 2002). Detta för att se till att en grupp som tidigare inte privilegierats, tas om hand. Självklart kan det dessutom ses som en demokratisk rättighet. Det kan också hänga ihop med en vetenskaplig utveckling där en djupare förståelse för ett olika fenomen eftersöks. Som ett exempel här kan nämnas hur barns välbefinnande beskrivs. Det kan ses ur flera synvinklar; personalens, föräldrars, forskarens eller barnets egen. Med dessa olika aktörers perspektiv på ett

fenomen/problem erhålls en djupare förståelse. Barnens syn på sin omvärld är en nödvändig pusselbit som kan bidra till att utveckla kunskap. Det finns ett klart pedagogiskt och metodologiskt problem om man inte är medveten om att deras syn på omvärlden inte överensstämmer med de vuxnas (Qvarsell, 2003).

Begrepp

Värdegrund för omvårdnad

Svensk sjuksköterskeförening har nyligen tagit fram en värdegrund för omvårdnad. Syftet med en värdegrund är att det ska finnas en gemensam ideologi, ett gemensamt förhållningssätt till hur ett arbetet ska bedrivas på en arbetsplats. Värdegrunden för omvårdnad samlar etiskt, centrala ideologiska ställningstaganden till hur omvårdnadsarbetet ska bedrivas. Enligt riksdagens beslut om en etisk plattform ska all hälso- och sjukvård bedrivas enligt människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. I den etiska koden ingår i linje med denna plattform, att bland annat människors lika värde är odiskutabelt i allt omvårdnadsarbete (SOU, 1995:5). Värdegrunden för omvårdnad innebär respekt för individens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande och genom att försöka arbeta efter detta förhållningssätt kan människan ges en upplevelse av hopp, tillit och mening. För att hälso- och sjukvård ska kunna bedrivas personcentrerat krävs en gemensam värdegrund på arbetsplatsen och dessutom ett organisatoriskt system som ger förutsättningar för detsamma (SSF, 2010).

Salutogenetiskt perspektiv

Ordet salutogen är sammansatt och består av ”salus” som betyder hälsa och ”-genes”, vilket betyder ursprung (ne.se). Det handlar alltså om hälsans ursprung och kan tolkas som något som är hälsofrämjande. Till skillnad från ett patogent synsätt, i vilket man har sjukdom eller frihet från sjukdom som utgångspunkt, har det salutogena perspektivet den individuellt upplevda hälsan och mänskliga resurser som riktmärke (Edvardsson & Wijk, 2009).

Aaron Antonovsky utförde på 1970-talet studier vilket resulterade i det som kom att kallas den salutogena modellen (Antonovsky, 1991). I modellen fokuserar man på vad det är som gör att vissa människor verkar klara av mentala påfrestningar och sjukdom bättre än andra. Siktet är ställt på att undersöka vilka parametrar det är som styr detta. Antonovsky kom fram till att det centrala för en människas upplevelse av hälsa och välbefinnande, var hennes förhållningssätt och livssyn. Synen på livet styrs av känslan av sammanhang i situationen man befinner sig i och detta i sin tur avgör hur du förhåller dig till påfrestningar. Känslan av sammanhang (KASAM) består av tre komponenter:

- Begriplighet- förmåga att förstå händelser och se världen som ordnad
- Hanterbarhet- förmåga och resurser för att kunna hantera händelser i sin omgivning
- Meningsfullhet- förmåga att ha engagemang och motivation att handla vid händelser (a.a)

Ju högre nivå av känsla av sammanhang, desto större möjlighet har en person att vara motiverad att använda och se vilka resurser som kan användas för att göra en händelse hanterbar och begriplig. Istället för att fokusera på det som är svårt och omöjligt att

förändra, väljer en person med hög känsla av sammanhang att acceptera det som hänt men agerar aktivt på det som ändå kan ses som positivt och meningsfullt(a.a).

Det som avgör graden av känslan av sammanhang är enligt Antonovsky hur människans inneboende resurser ser ut. Dessa generella motståndsrresurser kan ses som basala friskfaktorer hos människor. Resurserna är: materiell standard, utbildning, socialt stöd, engagemang, kulturell stabilitet, självidentitet, genetiska faktorer, tro och preventivt förhållningssätt. I olika grad i livet beroende på vad vi är med om ser balansen mellan dessa resurser olika ut. I ett händelseförlopp kan en av resurserna vara mer betydelsefull än en annan. Hälsan är dynamisk och ändrar sig i takt med livet men vi kan ha mer eller mindre stark grundstabilitet i vår förmåga att förhålla oss (a.a). Förutsättningar i den fysiska vårdmiljön kan utgöra en motståndskraft och användas av sjuksköterskor för att stärka en persons upplevelse av sammanhang.

Personcentrerad vård

Valet av teorisk ram i bemärkelsen perspektiv i denna uppsats är det personcentrerade förhållningssättet. I en artikel ur Socialmedicinsk tidskrift anger Wijk att den personcentrerade vården är en av fem nyckelkomponenter till god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Wijk, 2010a). Den får bland annat härigenom anses kunna fungera som en kvalitetssäkring av en kvalitativ vård. Resultatet i arbetet kommer delvis speglas mot det personcentrerade perspektivet och de omvårdnadsåtgärder som föreslås får därigenom en kvalitetsstämpel enligt ovan.

Personcentrerad vård anses ha sitt ursprung inom psykologin och där från terapeuten Carl Rogers, som betonade vikten av patientens eget perspektiv på sin hälsosituation(Rogers, 1961). Tom Kitwood var den som började använda den personcentrerade ansatsen inom vårdverksamhet(Kitwood, 1997). Det var bland människor med demens som denna vårdform tog sin egentliga början. Innan Kitwood ansågs en person med demens vara enbart en kropp med fysiska funktioner och behov. Den mentala funktionen ignorerades då personen, ansågs raderad i och med sjukdomen. Men det visade sig att om vården anpassades efter hur personer med demens såg på sin verkligheten, kunde ett helt annat möte äga rum. Snarare var det så att människan fanns kvar ”bakom” sjukdomen och det handlade om rätt förutsättningar för att detta skulle tydliggöras (SSF, 2010). Även professor Astrid Norberg skriver i en artikel hämtad från SBU, att ”demensforskningen just börjat se människan” och att detta kräver ett samspel mellan personal och patient (Norberg, 2005).

Inom personcentrerad vård är utgångspunkten personen med en sjukdom och inte i sjukdomen eller diagnosen i sig. Människan är inte sin sjukdom eller diagnos(SSF, 2010). Patienten ses som en unik helhet med en unik syn på sin egen hälsa baserat på personlighet och erfarenheter. Istället för att se människan genom ett i förväg på diagnosbasis, färdigt raster, är det centrala att försöka förstå den enskilda individens upplevelse av sin situation. Denna insikt kan fås främst genom patientens egen livsberättelse men också genom att:

- ge förutsättningar för patientens *delaktighet* i omvårdnaden
- förstå symtom utifrån patientens *egen upplevelse*
- skapa en fysisk *vårdmiljö* som är individanpassad
- se patienten som en *helhet* där patientens egen syn på sin hälsa är central
- ge patientens *egen berättelse* utrymme (GPCC, 2010; Fischer, 2010)

Den fysiska vårdmiljön är i ett personcentrerat perspektiv bland annat en miljö som är så hemlik som möjligt. Detta kan skapas genom att patienten erbjuds att ta med saker hemifrån, att det finns gemensamma rum avsedda för social samvaro och enskilda rum i vilka integriteten respekteras. Andra aspekter som anges vara av betydelse är ljussättningen av rummen, ljudförnimmelser och lukter. Vidare är den faktiska utformningen av patientrummet vad gäller färgsättning av stor vikt för en människa med olika perceptionsnedsättningar. Kontrasterande färger kan lösa många av vardagens sysslor som annars skulle vara svåra att genomföra för en människa med synnedsättning (Wijk, 2010b).

Sjuksköterskan kan ur ett salutogenetiskt perspektiv förstärka den upplevda hälsan så att människan i största mån ges möjlighet att se sig som handlande individ i ett meningsfullt sammanhang med sjukdom som *en* av de livspelare, på vilket tillvaron står. Ett sätt att skapa möjlighet för detta är att uppmärksamma den fysiska kontext som patienten, de närstående och personalen befinner sig i (Edvardsson & Wijk, 2009).

Problemformulering

Att vara patient på en sjukhusavdelning innebär att du som individ rycks ur ditt normala livssammanhang. Både mentalt och kroppsligen ska du existera i en ny kontext där du dessutom befinner dig på grund av ohälsa i någon form. Den fysiska miljön vi befinner oss i påverkar oss, vilket vi är mer eller mindre medvetna om. Den har effekter på en omedveten upplevelse plan genom våra sinnesintryck och på ett kanske mer medvetet plan vad gäller stimulans och praktisk lokalanvändning på sjukhuset. När vi befinner oss i en utsatt situation, som under en vårdtid på sjukhus, kan den fysiska omgivningen fungera som viktiga komponenter i ett värdigt och hälsobefrämjande möte. Anpassningen till situationen och rollen för patienten ser olika ut och är högst individuell beroende på vem du är som människa, din ålder, sjukdom och så vidare.

I vårdbete med barn konstruerar vi vuxna en omvärld och en omvårdnad som vi tror är den bästa för barnet. Vuxenperspektivet har tolkningsföreträde och bildar utgångspunkt. Så måste det kanske vara till viss del men det finns en risk att omvårdnaden inte blir kvalitativ eller når sitt syfte, om inte barnets syn på sina behov vad gäller fysisk närmiljö, blir klarlagt. Ju tydligare barnens behov blir desto mer effektivt kan användandet av närmiljön bli, som ett omvårdnadsverktyg.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka den fysiska vårdmiljöns betydelse för barnens välbefinnande inom slutenvård

Metod

Design

Uppsatsen är en litteraturöversikt menad att skapa en förståelse för vad barn anger vara betydelsefullt i upplevelsen av den fysiska vårdmiljön. Genom att sammanställa och analysera vad barnen anger, fås en djupare förståelse och därför är en litteraturöversikt en lämplig metod i sammanhanget. Implicit finns också en intention att undersöka forskningsläget hur ofta barn används som informanter inom valt ämne (Friebeg, 2006a).

Litteratursökning

Letandet efter informationsunderlag började i ett ostrukturerat sökande på nätet och på bibliotek. Via detta sökande upptäcktes bland annat Centrum för vårdbyggnadsforskning på Chalmers och Göteborgs centrum för personcentrerad vård (GPCC). Båda dessa centrum inrättades 2010. Härigenom hittades en mängd mer eller mindre användbara sökvägar, litteratur och annan information som var inspirerande. Även deltagande i en GPCC konferens om personcentrerad omvårdnad, får ses som en del i sondering av området.

Datainsamling

För att få en så bred bild som möjligt av vad barn väljer att lyfta som betydelsefullt har jag valt att i detta arbete innefatta fysisk vårdmiljö som sjukhuset som sådant, sjukhusets arkitektur, avdelningarnas arkitektoniska utformning, avdelningsrummens beskaffenhet och dess interiör respektive utrustning. Alltså i princip barnets hela fysiska omgivning. Den systematiska litteratursökningen är baserad på "tratteknik", dvs. att gå från det stora till det lilla (Friberg, 2006a, b). Databaser som använts är Cinahl, PubMed och Scopus, då dessa databaser täcker in de omvårdnadsmissiga aspekter som efterfrågas i syftet. Utifrån de centrala delarna i syftet har två huvudsökord valts ut; *vårdmiljö* och *barn*. Genom sökande i Mesh blev huvudsökorden: *health facility environment och children*. I en första ingångssökning användes endast huvudsökorden och sedan adderades: *physical environment, caresettings, experience, well-being, hospitalized, opinion, hospital och hospital design*. Booleska söktermer som användes var främst AND för att rikta sökningen så mycket som möjligt (Friberg, 2006b). Till en början överfördes sökordskombinationerna till största del i samma utförande mellan Cinahl, PubMed respektive Scopus för att inte missa artiklar som skulle kunna finnas i en av databaserna, men inte i en annan. Därefter gjordes sökningar med dessa ord i olika kombinationer. Titlar, abstracts, resultat och syfte i artiklarna granskades för att sedan förkastas eller behållas i förhållande till syftet och ämnet för arbetet. De resultat som redovisas nedan är de sökningar som resulterade i artiklar vilka ligger till grund för uppsatsen. Artiklar som fallit bort har till största del varit artiklar som inte haft barnens perspektiv men också enligt andra skäl enligt angivna exklusionskriterier. En av de använda artiklarna (nr 1) beställdes via Biomedicinska biblioteket i Göteborg (Friberg, 2006b).

Tabell 1 Tabell över den systematiska litteratursökningen, använda artiklar

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Referensnummer på använda artiklar
31/3	Cinahl	Health facility environment	Peer review, engelska, från 1990	2599	
		+AND children		111	Nr 1, 2
		+ AND opinions		2	Nr 1
		/ well-being		4	Nr 1
		/physical environment		3	Nr 1
		/hospital design		4	Nr 1
1/4	Cinahl	Hospital design		2422	
		AND child*		205	
		AND environment		29	Nr 1,3

5/4	Pubmed	Health facility environment	Engelska, från 1990	5253	
		AND children		405	
		AND hospital design		92	Nr 4
		Health facility environment AND ward design		84	Nr 5 (från icke använd artikels referenslista)
5/4	Cinahl	Children AND health facility environment		104	Nr 1, 4, 2
		Children AND hospitalized		1942	
		AND physical environment		3	Nr 6
		Children AND hospitalized AND need AND environment		24	Nr 7
		Children AND hospital design		54	Nr 1
6/4	Scopus	Children AND hospital AND physical environment		50	0
		Via referenslista från artikel nr 1			Nr 8, 9

Urval

Urvalskriterium för artiklarna var att de skulle vara studier från år 1990 eller därefter då barns åsikter om vad de uppfattar i miljön borde vara förhållandevis tidslöst, samtidigt som studierna skulle representera vår tid idag. De skulle vara skrivna på engelska och vetenskapligt granskade via peer review. **Inklusionskriterier** var att de skulle behandla barn 4-18 år som varit inlagda på sjukhus mer än 1 dygn och att det var barnens egna åsikter som var centrala i studien. Då syftet riktar sig till barns upplevelser, återgivna av barnen själva blev det i första hand kvalitativa studier som ingick i litteraturgranskningen. Åldersavgränsningen är gjord utifrån FN's barnkonvention, där det i 1§ definieras att alla människor under 18 år är barn (Unicef). Vidare anses barn från och med 4 år kunna svara på enklare frågor och ge svar i hela meningar, varför 4 år blev undre urvalsgräns i inklusionskriterium (Flygare & Roloff, 2008). **Exklusionskriterier** var att barnen, inte skulle vara yngre än 4 år, inte lida av psykisk sjukdom, inte review-artiklar. Inte heller fick studierna vara utförda enbart inom öppenvård.

Slutligen kvalitetsgranskades artiklarna enligt Friberg (2006a). Artiklar som bedömdes ha tillräckligt hög kvalitet användes för vidare analys och ligger som grund för resultatet i arbetet.

Analys

Mitt materialsökande har en induktiv ansats med influens av innehållsanalys som metod för databearbetning (Friberg, 2006; Graneheim & Lundman, 2004). Metodvalet baserades på syftets formulering i mening att förutsättningslöst söka svar på frågan som ställs i syftets frågeställning. Bearbetningen av data är utförd enligt Fribergs modell för en litteraturoversikt. En eventuell förförståelse ligger som del i tolkningen av uppkomna fakta.

Alla artiklar lästes till en början översiktligt för att få ett helikopterperspektiv. Sedan färgmarkerades områden i texterna som handlade om barns upplevda välbefinnande eller icke välbefinnande kopplat till den fysiska vårdmiljön. Det kunde också gälla något som var kopplat till företeelser eller psykosociala representationer, som *saknades* i den fysiska vårdmiljön. I nästa steg analyserades texterna utifrån likheter och skillnader i resultat: De färgmarkerade textavsnitten skrevs av som meningsbärande enheter, vilka därefter kodades till sitt latenta innehåll. Det kodade innehållet utgjorde underlag till bildandet av olika grupper av ämneskategorier. Slutligen konstruerades tre teman baserat på övergripande innebörd av grupperna. Vidare lästes sedan alla artiklar en gång till och utifrån understrykningar tolkades då delar av texterna ur ett personcentrerat perspektiv. Detta redovisas i resultatdiskussionsavsnittet (Friberg 2006a).

Etik

Artiklar som ingår i arbetet är alla, utom en där föräldrars godkännande dock inhämtats (Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, 2003) godkända av etiska kommittéer och anses därmed etisk försvarbara i detta arbete. Min egen förståelse och ofrånkomliga tolkning av information, alla resonemang och resultat är ofrånkomlig, men i största möjliga mån är en objektivitet eftersträvad.

Resultat

En övergripande gemensam nämnare i arbetet visade det sig att den fysiska vårdmiljöns utformning som en grund för barnens behov, är ålderskopplad (Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, 2003). Barn är i ständig utveckling och deras behov och förmåga att klara av en sjukhusvistelse beror på vilken utvecklingsnivå de befinner sig i. Deras behov skiljer sig därför från de vuxnas. (Runeson, Hallström, Elander, & Hermerén, 2002). För de yngre barnen var det till största del miljöer för trygghet med föräldranärvaro och miljöer för aktiviteter som var av betydelse. För ungdomar/tonåringar hade miljö som skapade integritet parallellt med aktiviteter, störst betydelse. En annan gemensam nämnare i resultaten var att den sociala interaktionen, möjligheten för barnen att kunna umgås med vänner, familj personal var ett övergripande behov. Detta möjliggjordes eller eftersöktes i olika omfattning med förutsättningar i den fysiska miljön.

Efter granskning av artiklarna framkom tre övergripande teman med koppling till den fysiska vårdmiljön. Till varje tema fanns underteman sammanställda av meningsbärande enheter ur texterna. Samtliga teman och underteman redovisas nedan i tabellform och utgör sedan rubriker i arbetets resultat.

Tabell 2 Tabell över teman och underteman i resultatet



Miljöer för trygghet

Att vara inlagd på en sjukhusavdelning kan skapa känslor av osäkerhet, rädsla och ångest. Om orsaken till dessa negativa reaktioner blir klarlagda kan sjukvårdspersonal försöka eliminera dem och istället skapa en trygg och stöttande miljö för barnen (Aronen, Salaterä, & Salmela, 2009). Det mest centrala för barnens upplevda välbefinnande enligt flertalet artiklar, var möjligheten för familjen att tillbringa tid på och bo över på avdelningen eller avsaknaden av familjens närvaro under sjukhusvistelsen (Aronen, Salaterä, & Salmela, 2009; Bishop, 2010; Coyne, 2006; Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, 2003; Pelander & Lehtonen, 2007; Pelander & Leino-Kilpi 2010; Runeson, Hallström, Elander, & Hermerén, 2002).

Familjen

Enligt en studie utförd i Finland var barnen mindre rädda under sin sjukhusvistelse när de kunde ha sina föräldrar nära (Aronen, Salaterä, & Salmela, 2009). Även Pelander och Leino - Kilpi, som i sin studie gällande barnens sämsta respektive bästa erfarenheter av sin vårdtid på sjukhus, kom fram till att separationen från familjen var en av de sämsta upplevelserna som barnen angav: "when mummy and daddy leave in the evening" (Pelander & Leino-Kilpi, s 730, 2010). I studien uppmärksammas att det är barnens egna åsikter kring sina upplevelser som efterfrågas. Författaren poängterar att det annars är föräldrar som ger svaren eller tolkar barnes utsagor. Vidare menar Pelander att resultatet av studien ska kunna fungera som en guide till att eliminera barnens negativa upplevelser till förmån för att stärka de positiva. Enligt demografiska data hade 35 % av barnen sina föräldrar närvarande dygnet runt under sin tid på sjukhuset, 59% enbart dagtid och 6% endast vid lämning och hämtning. Siffrorna anger att 65% tillbringade kvällar och nätter utan möjlighet till föräldranärvaro. Barnen i studien var mellan sju och elva år och var kvar på sjukhuset över natten i 156 fall av de deltagande 387 barnen. Dock var 72/387 barn inneliggande fem nätter eller fler. Som en resurs för att skapa möjlighet för barnen att ändå vidmakthålla kontakten med föräldrar och vänner, föreslås att det ska finnas en möjlighet för barnen att använda sig av den sociala media som finns idag. Att erbjuda användande av internet och

mobiltelefoner, kan öppna för kontakt med familj, vänner och skola för att integreras med tiden på sjukhuset(Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

I studien av Runeson (Runeson, Hallström, Elander, & Hermerén, 2002) görs en lite annan distinktion vad gäller barns behov under sjukhusvistelse. Efter utförd observationsstudie framkom 10 behovskategorier varav 4 kunde härföras till situationer där barnen kände sig trygga och ohotade och 6 kategorier som hängde ihop med hotfulla situationer. Icke-hotfulla situationer var när barnen var i lekrummet, eller på sitt eget rum utan att någon behandling eller undersökning skulle äga rum. Hotfulla situationer var när något gjorde ont, vid undersökningar och olika behandlingar. Vid de situationer som upplevdes som hotfulla var förädranrvaron avgörande för barnens känsla av välbefinnande. Studien visar på att barnens behov var situationsstyrda. Men även under de icke-hotfulla situationerna, framhöll barnen hur viktigt det var att få ha föräldrarna hos sig för att bibehålla sin positiva syn på sin situation och sitt välbefinnande (Runeson, Hallström, Elander, & Hermerén, 2002).

Ytterligare en av artiklarna anger att sjukhusmiljöer måste bli mer barn-centrerade och att för detta krävs barnens syn på vad det är som är viktigt i deras sjukhusmiljö. Även denna studie visar att barnen önskade föräldrarnas närvaro för sin känsla av trygghet och att barnen led av separationen från föräldrar, hemmiljö och vänner (Coyne, 2006). Pelander (Pelander & Lehtonen, 2007) ställer sig frågan om betydelsen av att ha sina föräldrar nära sig på sjukhuset, egentligen skulle skattats ännu högre om inte barnen tog deras närvaro för given. I artikeln av Bishop (Bishop, 2010) beskriver barnen en annan aspekt av att ha sin familj hos sig på sjukhuset. Barnen berättade i studien om att de var oroliga för hur familjens i övrigt mårde, hur dess behov tillgodosågs i den fysiska miljön som sjukhuset istället för ett hem, kunde erbjuda. De var måna om att deras familj, som ändå hade så mycket besvär med att ha sitt barn på sjukhus, erbjöds en tillvaro med så mycket stöd i omgivningen som möjligt(Bishop, 2010).

Hemlighet

Nära sammanlänkat med att ha med sin mamma och pappa under vårdtiden, finns betydelsen av att sjukhusmiljön är hemlik. En hemlik miljö ökar känslan av igenkänning, trygghet och därmed ett större mått av välbefinnande. Den hemlika miljön var också central i Pelanders (Pelander & Lehtonen, 2007)studie om hur barn via teckningar åskådliggjorde sin bild av ett ”idealsjukhus”. Det visade det sig att det önskade patientrummet var ett rum som innehöll färgglada mattor, målningar, krukväxter och husdjur utöver medicinsk utrustning. Miljön skulle vara hemlik och vänlig (Pelander & Lehtonen, 2007).

Parallellt med en hemlik miljö finns behovet av att känna sig hemmastadd. I flera av studierna lyftes det fram hur viktig den egna sängen på avdelningen var. När barnen var tvungna att flytta mellan olika sängar eller att den egna sängen temporärt flyttades mellan avdelningar, upplevde de en starkt negativ känsla av att ha förlorat sin hemmastaddhet och kontroll. Författaren menar att det är viktigt att sjuksköterskor och annan vårdpersonal uppmuntrar barnen att ta med saker hemifrån för att göra sängen och närmiljön så personligt utformad som möjligt. Detta för att åstadkomma ett område, en yta som är barnets egen och som känns hemmastadd (Coyne, 2006). Barnen var mycket medvetna om denna egna yta inom avdelningen, vilken de även i en annan studie, identifierade som sängen med sitt sängbord (Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, 2003). Bishop menar att behovet att göra patientsängen till sin egen, är ett uttryck för ett komplext behov. Barnen i hennes studie tyckte även de att sängen och sängplatsen var

något mycket viktigt för en individuellt utformad tillvaro under sjukhusvistelsen. I diskussioner med barnen återgav de att de uppfattade det som att miljön i allmänhet, var utformad för deras skull. Detta gav dem en välkomnande känsla som låg till grund för att de kände sig hemmastadda (Bishop, 2010). Barnen försökte också göra omgivningen till sin egen genom att lära känna den och få en förståelse för hur den fungerade

”When the boy and his parents entered the room the boy started investigating the bed. He raised and lowered it and pushed all the buttons he came across. He jumped up and down on the bed and finally he put the bedside table in order (9-year-old)” (Runeson, Hallström, Elander, & Hermerén, s 161, 2002)

Miljöer för aktivitet

Barn är i ständig utveckling, både motoriskt och kognitivt. För detta behövs stimulans, vilket bland annat kan finnas i en fysisk omgivning. Men för att det verkligen ska bli en stimulerande miljö, måste den vara i paritet med barnens behov och önskemål. Med det menas att miljön måste vara anpassad i sin utformning och sitt innehåll, baserat på barnen som individer, deras ålder och sjukdomsbild (Runeson, Hallström, Elander, & Hermerén, 2002). Förutom rum för lek och förströelse i allmänhet, efterfrågades rum där barnen ostört kunde vara med besökande från livet utanför sjukhuset som skolkamrater och släktingar (Hutton, 2005).

Vara tillsammans

Att det finns miljöer där barnen kan umgås på olika sätt är angivet som en av de viktigaste aspekterna för välbefinnandet (Pelander & Lehtonen, 2007). Aktivitetsrummen var oerhört viktiga. De skulle vara ställen där ungdomarna kunde umgås med kompisar från avdelningen och där de kunde ta det lugnt tillsammans och komma ifrån alla rutiner och restriktioner (Hutton, 2005). En social miljö var också i Carneys studie ett av huvudtemana för barnen. Även där ville barnen i största utsträckning använda rummen till att vara med avdelningens andra barn.

”Some kids were friendly. The playroom is a really good idea” (Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, s 32, 2003)

“The Robert Scott Room (adolescent room) was good. It helped me get more privacy” (Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, s 32, 2003)

I studien var det den fysiska vårdmiljön som totalt sett fick flest omnämningar. I de frågeformulär och teckningar som användes i strukturerad och ostrukturerad form, var det 52,1% av barnen som på ett eller annat sätt hade med omgivningen i sina resultat. Bland dessa var det äldre barn/ungdomar (9 -18 år), som särskilt tyckte att den fysiska miljön och dess innehåll som TV, spel var viktigast. Det ska poängteras att ca 75 % i denna urvalsgrupp var pojkar. De yngre barnens resultat belyste deras ovilja till separation från föräldrar och hemlivet i allmänhet (Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, 2003).

Att det finns en närmiljö som stödjer det sociala umgänget, är angivet som centralt ur fler perspektiv. En av de mest avgörande aspekterna, är hur rum för aktiviteter tillsammans med andra kan minimera risken för att barnen blir uttråkade. Uttråkade i bemärkelsen passiviserade, ostimulerade och osedda. Särskilt om barnen tillbringar en längre tid inom sjukhusets väggar är denna ”uttråkning” ett av de större hoten mot både ett fysiskt och psykiskt upplevt välbefinnande. I Bishop’s (Bishop, 2010) artikel anges att miljön som stimulerar till umgänge och aktivt motarbetar ett uttråkat barn vara avgörande, då den naturliga nyfikenheten och växandet är navet för ett barns tillvaro i positiv bemärkelse.

Förströelse/distraktion

I en studie visar teckningar att barnen tycker att det är centralt att det finns valmöjligheter till olika sorters aktiviteter på patientrummen och avdelningen. Det som omnämns är leksaker, husdjur, TV, spel, böcker, lekplatser och gungor (Pelander & Lehtonen, 2007). Av samma författare i en annan studie från 2010, framkommer att det absolut viktigaste för barnen var att kunna förströ sig på olika sätt. Barnen såg sig själva som aktiva personer, även under sjukhusvistelsen, oavsett sjukdom eller tillstånd. Aktiviteter var associerade med sjuksköterskor, vänner och föräldrar och med lekutrustning. Även om ett barn var sängliggande på grund av sjukdom, ville de i hög grad kunna sysselsätta sig med aktiviteter. Författaren menar att barnens naturliga lek- och aktivitetsbehov, kan användas för adekvata aktiviteter i den dagliga omvårdnaden och därigenom reducera negativa upplevelser under vårdtiden (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Även de äldre barnen, ungdomarna i Huttons studie lyfte fram hur viktigt det var för dem att ha en mängd åldersadekvata aktiviteter för motivationen och för att distraheras från sjukdomssituationen så att deras välbefinnande ökade (Hutton, 2005). I Bishops studie relateras åldersadekvata aktiviteter till det som barnen i studien kallar för ”barnvänligt” i meningen barnanpassad. I detta uttryck ligger betydelsen av att miljön på sjukhuset ska vara till för barnen. Denna studie är den enda där informanterna anger en estetisk aspekt av miljön. Färg, ljus, konst och framför allt möjligheten att kunna vara ute i naturen är något som barnen lyfter som viktigt för de och som bland annat därför ses som en del av i en barnanpassad miljö (Bishop, 2010).

Miljöer för integritet

I studierna framkom barnens behov av att det skulle finnas möjligheter för att kunna vila, få vara ifred och kunna behålla sin integritet. Detta tillsammans med ett behov av delaktighet i beslut rörande dem själva gav en känsla av att ha kontroll över sin situation som en avgörande faktor för deras upplevda välbefinnande (Hutton, 2005; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Coyne, 2006).

Kontroll

Att få vara ifred och ha ett privatliv var en av de bästa erfarenheterna med att vara på sjukhus och samtidigt var detta angivet som en av de sämsta erfarenheterna om möjligheten inte fanns. I studien var urvalsgruppen i åldrarna 7-11 år och diskussion fördes om denna aspekt av en fysisk vårdmiljö skulle vara ännu viktigare för de något äldre barnen (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Även Coyne resonerar kring det faktum att barnens självbestämmande fick stryka på foten till förmån för avdelningens rutiner och regler. Kontrollförlusten för de lite äldre barnen var kännbar då den berörde självklara basfunktioner i livet. De upplevde att de var tvungna att få tillåtelse till vanliga beteenden som när de skulle vakna, somna, sova och äta (Coyne, 2006). Det blir ännu tydligare i Huttons studie om ungdomars åsikter kring hur de ville att en sjukhusavdelning, arkitektoniskt och innehållsmässigt, skulle se ut. Ungdomarna som

deltog i studien delade upp avdelningen i två områden: privat- och socialt användande. Den privata delen speglade integritetsbehovet och gällde utformningen av badrum, behandlingsrum, sovrum, kök, aktivitetsrum och sjuksköterskors eventuella arbetsstation. Alla deltagarna i studien ville ha lås till badrummen och att varje patientrum skulle ha ett eget badrum. De upplevde det som oerhört kränkande att behöva gå i sovkläder på natten till en toalett i korridoren eller att bli sedda på dagen på väg mot toaletten i en alltför tydlig intention. Vidare önskade ungdomarna att få behålla sin egen sfär kring sängen, där de kunde dra sig tillbaka för att få lugn och ro. Sovrummet ansågs vara ett privat vilorum men till följd av avdelningars rutiner, ansåg ungdomarna inte att detta respekterades nog. Med socialt användande av miljön avsågs umgänge i aktivitetsrummen. Även de gemensamma aktivitetsrummen skulle präglas av integritet på så sätt att de skulle placeras långt bort från sjuksköterskestationen, patientrummen och behandlingsrummen. Detta var ett sätt att bibehålla självbestämmande och självständighet inom avdelningen även när ungdomarna umgicks med varandra (Hutton, 2005).

Att få vara den man brukar vara

Som en utveckling av integritetsbehovet, visar flera av artiklarna på barnets övergripande behov av att få vara den de brukar vara, utanför sjukhusets väggar. Oavsett var barn befinner sig finns en drift att utvecklas och göra en närmiljö till sin egen. De ser sig själva som aktiva deltagare i sin egen situation och behöver en stimulerande miljö för att kunna utvecklas (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Åldersadekvat lekutrustning men också mycket att välja bland, är något barnen framhåller. Behovet av variation i miljön är stort. Olika svårighetsgrader och sorters aktiviteter upplevs som centralt för barnets naturliga kompetensutveckling. En studie anger tid som avgörande för hur mycket av variation barnen frågar efter. Hur lång tid de legat inne, hur många gånger innan de varit på sjukhuset och hur långa de besöken varit styr vilka krav barnen utvecklar på en stimulerande fysisk miljö. Känslan av att befinna sig i en miljö som kan svara upp mot en naturligt växande utveckling, skapar en känsla av kontroll, integritet och normalitet (Bishop, 2010). Vårdvistelsen innebar ett avbrott från det vanliga livet och barnen saknade skolkompisar, att gå i skolan och andra aktiviteter som hänger ihop med vardagen. Barnen efterfrågar miljöer som inte är kopplade till den vanliga sjukhusmiljön, miljöer där de bara kan få vara sig själva, oavsett hälsotillstånd. Möjligheten att kunna utföra aktiviteter som de skulle gjort utanför sjukhusets väggar, bidrar till en hög grad av välbefinnande hos barnen. Miljöer i ett vidare synsätt som anges kunna bidra till detta är: skolverksamhet, affärer och att kunna gå med familjen till något slags café, allt inom sjukhusets väggar (Bishop, 2010, Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, 2003). I en studie om hur barn såg på sin sjukhusvistelse genom att belysa vikten av sjukhusets lobby, är resultatet inte lika entydigt. Lobbyns utbud av affärer, restauranger sågs av vissa som en miljö där man kunde få vara som ett vanligt barn med sin familj, medan andra tyckte att miljön gjorde de uttråkade och passiva (Adams, Theodore, Goldenberg, McLaren, & McKeever, 2010).

Diskussion

Metoddiskussion

Valet och intresset för att undersöka den fysiska vårdmiljön har bland annat att göra med min bakgrund som formgivare. Med den kunskap och erfarenhet jag har inom detta område är det självklart att det finns en förståelse kring frågor och företeelser som

dykt upp under arbetets gång. Ett rums beskaffenhet, belysning, färgsättning och användning är områden jag berört och tidigare arbetat med till viss del, vilket ger mig en plattform i arbetet. Den förförståelsen finns med i analysen av framkomna data, men i bemärkelsen kunskap snarare än förförståelse som ett hinder för objektivitet.

Det var mycket svårt att hitta vetenskapligt granskad litteratur, d.v.s. artiklar utifrån mitt syfte. Forskning inom den fysiska vårdmiljöns område saknas generellt sett (Edvardsson, 2010). Mitt syfte gällde vårdmiljön kring barn och framförallt ville jag undersöka vad barnen själva ringade in som betydelsefullt. Barnens eget perspektiv var för mig viktigare än att ändra inriktning på arbetet, även om det var svårt att hitta material med denna utgångspunkt. Detta ligger också i linje med det personcentrerade förhållningssättet där det är centralt att utgå ifrån människans egen upplevelse av sin situation (a.a). De studier som ändå ligger till grund för arbetet hade den fysiska vårdmiljöns komponenter som del i ett bredare undersökningsperspektiv. I en del av studierna fick jag ”gå bakvägen” på så sätt, att det som barnen uppfattade eller saknade i miljön som grund för ett icke välbefinnande, istället sågs som en presentation av något de upplevde skulle varit bra för deras välbefinnande om det funnits. Detta gjorde sökandet mödosamt, frustrerande och tidskrävande. Trots den ringa mängden artiklar som till slut vaskades fram, var resultaten så pass överensstämmande att jag anser att slutresultatet har bärighet. Som ett tillägg i urvalsprocessen vill jag kommentera två artiklar. Den ena är Carneys artikel där urvalsgruppens ålder inte stämmer med mina inklusionskriterier (4 år som undre gräns). Barnen i studien är mellan 5 månader och 16 år. Artikeln är ändå med då de yngre barnens (5 mån -3 år) bidrag i studien inte är synliga utan de givna svar kommer från barn som är fyra år eller äldre. Detta är dock en svaghet i artikelns berättigande.

Geografiskt är studierna utförda i spridda delar av världen, vilket får ses som en styrka för resultatet, då de oavsett kulturgeografiskt ursprung är samstämmiga. Dock har studierna genomförts i länder med en koppling till västvärlden. Dessutom är 44 % av studierna utförda inom Norden, vilket skulle kunna ses som en svaghet i uppsatsen, då detta troligen inverkat på resultatets utformning. Två av studierna är utförda av samma författare, vilket dock får ses som positivt genom författarens fördjupade insikt i problemområdet.

Under arbetets gång uppstod tankar kring på vilket sätt resultatet hade sett annorlunda ut om syftet omformulerats att gälla en specifik åldersgrupp bland barn. Eftersom resultatet har en skiljelinje beroende på barnens ålder skulle en fördjupning inom respektive grupp, förslagsvis 4-11 år och 12-18 år, kanske gett en mer detaljerad insikt i problematiken. Men syftet i den här undersökningen hade ett bredare åldersspektra, då den skulle gälla för barn i allmänhet, oavsett ålder.

Resultatdiskussion

Samtliga studier visar att vårdtagarna i egenskap av barn, mycket väl kan fungera som informanter i forskning. Artiklarna visar att barn genom olika kommunikativa handlingar som teckningar, intervjuer, observationer ger en förhållandevis enhetlig bild i vad de anser vara betydelsefullt i en fysisk vårdmiljö (Pelander & Lehtonen, 2007). Tolkningen till vad i deras svar som är kopplat till välbefinnandet görs i alla studier utifrån förutsättningen att det som är betydelsefullt också är något barnen värnar om (eller är rädda för) och därför berättar om. Flera av artiklarna får fram motsatsresultat på så sätt att barnen återger något de saknar. Som exempel från en av artiklarna anger

barnen att det sämsta med sjukhusvistelsen är när mamma och pappa måste åka hem på kvällen. Sett ur den fysiska vårdmiljöns perspektiv är det som saknas här en utformning av avdelningen som tillåter att föräldrar kan sova över. Detta skulle öka barnets upplevda välbefinnande (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Självklart finns det svårigheter med att använda barn som informanter i det att forskaren själv måste vara insatt i hur barn kommunicerar beroende på ålder och utvecklingsgrad. Barnets kognitiva och sensomotoriska utveckling styr i hög grad frågorna, hur svaren ser ut och vilket beteende som uppvisas i olika situationer (Runeson, Hallström, Elander, & Hermerén, 2002). De studier som valts ut för arbetet, beskriver denna problematik och författarna har varit noga med att poängtera att hänsyn tagits vid datainsamling och analys, till risken med att tolka ett barns uttalande eller vad en teckning faktiskt visar. (Pelander & Lehtonen, 2007, Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, 2003).

I princip samtliga artiklar efterlyser mer forskning inom fysisk vårdmiljö. Dessutom är det centrala incitamentet till studierna (och till min uppsats) betydelsen av vårdmiljön för barn, uttryckt av barnen och inte av en förälder eller personal. Det har visat sig i studier där upplevd vårdkvalitet värderats, att barn och föräldrar bedömer vården vara olika bra (Chesney, Lindeke, Johnson, Jukkala, & Lynch, 2005). I linje med detta borde vården för vilka det gäller tillfrågas. Denna synpunkt ligger i också linje med det personcentrerade vårdperspektivet och den forskning som bedrivs inom området (Edvardsson, 2010; SSF, 2010). En av hörnstenarna i denna är att identifiera patienten som en person med en egen unik tolkning av tillvaron som utgångspunkt i omvårdnaden. Att ta tillvara barnens syn på hur de vill utforma den fysiska vårdmiljön genom att fråga dem ”på deras språk”, skapar grund för att omgivningen blir så stödjande för barnet som möjligt. Genom att se patienten som expert på sig själv och respektera dennes upplevelse av symtom eller behov, skapas möjlighet för att verkligen försöka ge en kvalitativ omvårdnad (Edvardsson, 2010).

En reflektion jag gjort kring resultatet i sig, är avsaknaden av kommentarer kring den estetiska delen av en miljö. Endast i en av studierna svarar barnen att det var viktigt för de med ljus, lukt eller färgval på väggar, tavlor eller gardiner (Bishop, 2010). Min egen tolkning av detta hänger ihop med att resultatet är taget ur artiklar som frågade efter barnens upplevelse av sjukhusvistelse i ett brett perspektiv. Den fysiska omgivningen och dess betydelse för välbefinnandet har varit delar av det barnen svarat som faktorer av vikt för dem. En studie som fokuserat enbart på barnens syn på den fysiska vårdmiljön hade antagligen gett andra typer av svar som eventuellt tydligare skulle hänga ihop med den estetiska utformningen. Detta belyser vikten av ytterligare forskning inom ett så viktigt område men också vikten av en oerhörd noggrannhet i val av studiedesign och analysmetod. Beroende på vilka som är informanterna, i detta fall barn, krävs en stor insikt i hur de olika sätten att utforma datainsamlingsmetod styr svaren. Hade det funnits fler studier gjorda, skulle resultatet eventuellt kanske varit mer detaljerat i redan angivna resultattema. Här finns en forskningslucka.

Inom den personcentrerade vården betonas vikten av att känna sig hemmastadd (Wijk, 2010b). En känsla av att ha en tillhörighet skapar trygghet, kontroll och säkerhet. Ett ställe där barnen kände sig hemmastadda var också en plats där de kunde bibehålla sin integritet. I artiklarna avspeglas detta i vikten av den egna sängen och ytan därikring. Denna sfär ansågs högst personlig och representerade en välkänd plats som barnen kunde utforma och utrusta med personliga saker hemifrån. Sängen var också en plats som sågs som en socialt befriad zon, om barnen så ville. Dit drog de sig tillbaka för vila och lugn och ro (Coyle, 2006; Hutton, 2005; Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, 2003).

Även det personcentrerade synsättet att patienten ska vara delaktig i beslut rörande den egna vården, kan ses som ett utslag av detta sätt att förhålla sig till en individuellt utformad närmiljö.

Ett av de övergripande resultaten i mitt arbete var att det inte går att jämföra vård av vuxna i olika åldrar med vård av barn i olika åldrar (Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, 2003, Runeson, Hallström, Elander, & Hermerén, 2002). Snarare är det så att synen på barn eventuellt skulle kunna likställas med synen på vård av människor med olika kognitiva funktionshinder, såsom demens. Med det inte sagt att barnen lider av en kognitiv nedsättning utan snarare att vården måste anpassas efter den utvecklingsnivå den enskilda patienten har. I artiklarna blir det tydligt att det inte går att utforma en fysisk vårdmiljö utifrån patientgruppen "barn". Enligt all tillgänglig utvecklingsteori, nämnd förut är Piaget, går barn igenom olika kognitiva stadier i vilka de är mogna att bete sig och förstå sin omgivning. När omgivningen, anpassas efter individens kompetens och behov av stimulans, kan ett adekvat beteende och ett önskat välbefinnande uppstå (Edvardsson & Wijk, 2009). Detta visade sig bland annat på så sätt att de yngre barnen angav en annan sorts behov av fysisk omgivning, lokalanvändande, lekutrustning jämfört med de äldre barnen. Tonåringarna tillmätte den fysiska omgivningen den allra största betydelsen för upplevelsen av sin sjukhusvistelse. Det som skiljde sig åt jämfört med de yngre barnen, var deras oerhörda behov av integritet och självbestämmande (Hutton, 2005). I en personcentrerad vårdmiljö skulle detta kunna komma till uttryck genom att en avdelning lokalmässigt planeras så att integritetsbehovet tillgodoses beroende på dess brukare.

Att ta tillvara barnens uppfattningar och göra dem delaktiga i hur en optimalt utformat vårdmiljö ska se ut redan på byggnadsritningsstadiet är något som förespråkas i studierna. I en artikel av professor Birgitta Qvarsell (Qvarsell, 2003) framhålls vikten av att använda barn som informanter och att undersöka fenomen ur barns perspektiv. Men även i en redan existerande vårdbyggnad kan ett personcentrerat förhållningssätt genomsyra miljön. Sjuksköterskor kan i den omfattning det är möjligt uppmuntra barnen att göra sitt patientrum personligt, de kan i absolut största möjliga omfattning göra familjen och barnets nätverk delaktigt i omvårdnaden och de kan lyssna på barnets livsberättelse och egen syn på sin hälsa och välbefinnande. När barnens faciliteter och aktivitetsmöjligheter motsvarar deras individuella behov känner de sig bekräftade. I bekräftelsen upplever de sig som kompetenta och styrka i sin syn på sig själva. De upplever också en känsla av kontroll över tillvaron då de genom ett anpassat bemötande i kraven och utformningen av omgivningen, kan få bara vara den de är. Att slippa se sig som ett sjukt och annorlunda barn och bara få vara ett vanligt barn med en egen identitet, var något som framkom till exempel när ungdomarna önskade tillgång till ett kök, där de kunde laga mat själva eller när de önskade umgämesrum långt bort från personalens insyn (Hutton, 2005).

Om sjuksköterskor är öppna för vem barnet är som individ utifrån dennes livsberättelse, kan sjuksköterskor se på deras omgivning genom barnets personliga raster. Utifrån denna bild kan omgivningen utformas så att individens resurser förstärks genom att de får stimulans och bekräftelse på ett anpassat sätt. Användandet av barnens inneboende resurser, till exempel deras naturliga lek- och aktivitetsbehov, kan förstärkas på ett adekvat sätt i en åldersanpassad miljö. Tillvaron för barnen görs dessutom begriplig och hanterbar om den fysiska vårdmiljön speglar att det finns en insikt och förståelse för barnens olika utvecklingsnivåer. Sjuksköterskor kan använda denna insikt och använda befintliga resurser för att förstärka barnens bild av sig själva som individer snarare än

patienter. När barnet görs delaktig i utformandet av sin fysiska närmiljö, till exempel genom att han eller hon får hjälp att göra sin säng hemlik, ökar känslan av att vara en del i ett sammanhang. I en av artiklarna som undersökte vad små barn var rädda för i en sjukhusmiljö kan ge en fingervisning till hur en miljö kan stötta ett barn istället för att manifesteras eller till och med förstärka en rädsla. Om den fysiska miljön används så att barnen får bli bekanta med tex medicinsk utrustning eller andra ”maskiner”, kan kunskap och information minska rädslor som har med sjukhusmiljön att göra (Aronen, Salaterä, & Salmela, 2009). Detta sätt att arbeta kan ses som ett salutogenetiskt perspektiv i det att miljön görs, begriplig, hanterlig och meningsfull för barnen.

Den personcentrerade omvårdnaden med sin största användning i demensvården, kan även appliceras på andra vårdtagare. Omvårdnadsprincipen utgår från ett humanistiskt perspektiv med individens upplevelse i centrum. Detta förhållningssätt bör med fördel kunna användas i olika vårdformer. Beroende på patientgrupp, diagnoser och vårdtid, får omvårdnadsperspektivet anpassas. Men med en gemensam teoretisk plattform med människan istället för sjukdomen i centrum skulle detta vara fullt möjligt. Genom att bedriva omvårdnad ur ett personcentrerat perspektiv för barn, kan det enskilda barnets behov tillgodoses på bästa sätt. Den fysiska vårdmiljön bör i sin utformning därför vara präglad av flexibilitet för att möta dessa behov. För att kunna personanpassa vården för barn, måste dock forskning med barn som informanter öka i omfattning. Vidare implikationer för denna forskning skulle kunna vara ett kostnadseffektivt perspektiv. En kvalitativ vård är en vård som i sin förlängning använder sina ekonomiska resurser på ett effektivt sätt.

Konklusion

Det barnen anger som viktigt i den fysiska vårdmiljön för deras upplevda välbefinnande under sin sjukhusvistelse, är en miljö som är trygg, stimulerande och värdig. Vad detta innebär för det enskilda barnet, visade sig vara starkt kopplat till barnet som person, barnets ålder och utveckling. Sjuksköterskor kan använda sig av närmiljön för att ge förutsättningar för barnens välbefinnande och för att stärka deras egna resurser.

Rekommendationer

Barnen visar på företeelser eller avsaknaden av företeelser i den fysiska vårdmiljön som sjuksköterskor kan använda i sitt omvårdnadsarbete. Genom att fråga barnen själva vilka aspekter av den fysiska vårdmiljön som har betydelse för dem, kan miljön användas så optimalt som möjligt. När så sker fungerar den fysiska miljön som en stödjande faktor och som en förstärkning av barnets resurser. Befintliga vårdmiljöer kan användas utifrån barnens behov, men barnen kan också vara med på planeringsstadiet av en avdelning. Generellt bör en flexibilitet prägla den fysiska vårdmiljöns utformning så att individuella behov kan tillgodoses så långt det är möjligt.

En förutsättning för att kunna arbeta personcentrerat är att det finns en värdegrund och en formulerad definition av perspektivet. Sjuksköterskor kan använda sig av den befintliga fysiska vårdmiljön i riktning med en personcentrerad vård. Om barn finns med på planeringsstadiet av ny- eller ombyggnation av vårdavdelningar eller sjukhus, skapas förutsättningar för en ännu bättre följsamhet i den fysiska närmiljön. Vårdmiljö

har stor inverkan på personen och med en kunskap om hur den kan användas, får sjuksköterskor ett kraftfullt omvårdnadsverktyg att använda, helt utan biverkningar. Ett gemensamt grepp i form av utbildning och information om teori och konsekvenser för individen genom ett dylikt användande av den fysiska miljön, behövs troligen.

” I really enjoyed my stay at the hospital. Everyone was very nice and helpful. The nurses and doctors were great and the food was especially nice. If I had to go back to a hospital it would definitely be that one”
(Carney, Murphy, J, Bishop, & Kerr, s 33, 2003)

Referenser

* =vald artikel för resultatet

Litteratur:

Region Skåne. (2005). Hämtat från Byggplan hälso-och sjukvården:
http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Regionservice/dokument_externt/vara_kunder/utvecklings-och_byggplaner/05_byggplan_sjukvardens_lokalbehov_i_standig_forandring.pdf
den 27 april 2011

Svensksjuksköterskeförening. (2010). Hämtat från Publikationer:
<http://www.swenurse.se/PageFiles/8749/OM%20vardmiljo.pdf> den 8 april 2011

*Adams, A., Theodore, D., Goldenberg, E., McLaren, C., & McKeever, P. (2010). Kids in the atrium: Comparing architectural intentions and children´s experiences in a pediatric hospital lobby. *Social Science & Medicine*, 70, 658-667.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

*Aronen, E., Salaterä, S., & Salmela, M. (2009). Child-reported Hospital Fears In 4 to 6-year-old children. *Pediatric Nursing*, 269-303.

*Bishop, K. (2010). Through the eyes of children and young people: the components of a supportive hospital environment. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing Volume 13 number 2*, 17-25.

*Carney, T., Murphy, S., J. M., Bishop, E., & Kerr, C. P. (2003). Children's views of hospitalization: An exploratory study of data collection. *Journal of Child Health Care*, 27-40.

Chesney, M., Lindeke, L., Johnson, L., Jukkala, A., & Lynch, S. (2005). Comparison of Child and parent Ratings of Ambulatory Pediatric Subspecialty Care. *Journal of Pediatric Health Care: Jul/Aug;19:(4)*, 221-229.

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

Edvardsson D; Sandman, P-O; Rasmussen, B. (2005). Sensing an atmosphere of ease: a tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences; 19*, 344-353.

Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad-definition, mätskalor och hälsoeffekter. *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Edvardsson, D; Sandman, P-O; Rasmussen. (2006). Meanings of being in the physical environment of an oncology clinic. *Journal of Advanced Nursing*, 344-353.

Edvardsson, D., & Wijk, H. (2009). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. i A.-K. Edberg, & H. Wijk, *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa* (ss. 164-193). Ungern: Studentlitteratur AB.

Edwinsson Månsson, M., & Enskär, K. (2008). Barnsjukvårdens framväxt. i M. Edwinsson Månsson, & E. K, *Pediatrik vård och specifik omvårdnad* (ss. 23-29). Lund: Studentlitteratur AB.

Ekman, I. (2009). Symtom och tecken på ohälsa. i A.-K. W. Edberg, *Omvårdnadens grunder-Hälsa och ohälsa* (ss. 197-215). Ungern: Studentlitteratur AB.

Flygare, A., & Rollof, L. (2008). Tillväxt och pubertetsutveckling. i K. Enskär, & M. Månsson Edwinsson, *Pediatrik vård och specifik omvårdnad* (ss. 73-77). Ungern: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006a). Att göra en litteraturöversikt. i F. Friberg, *Dags för uppsats* (ss. 115-125). Danmark: Naryana Press.

Friberg, F. (2006b). Informationssökning. i F. Friberg, *Dags för uppsats* (ss. 45-60). Danmark: Naryana Press.

GPCC (Feb 2010) Göteborgs *Centrum för Personcentrerad vård* [http/ www gpcc.gu.su/personcentrerad-vard](http://www.gpcc.gu.su/personcentrerad-vard)

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

- *Hutton, A. (2005). Consumers perspective in adolescent ward design. *Issues in Clinical Nursing* 14,, 537-545.
- Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & mental health*, 13-22.
- Langius, A. (2009). Känsla av sammanhang. i A.-K. W. Edberg, *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa* (ss. 88-105). Ungern: Studentlitteratur.
- Lindahl, B. (2010). *chalmers.se*. Hämtat från Chalmers Tekniska Högskola: http://www.chalmers.se/arch/SV/samverkan/centrum-for/projekt/den-goda-vardavdelningen/downloadFile/attachedFile_3_f0/Berit_Lindahl_Boras.pdf?nocache=1300172913.75 den 17 mars 2011
- ne.se*. (u.d.). Hämtat från Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/sok/genes?type=NE> den 17 mars 2011
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing*. New York: D. Appleton and Company.
- Norberg, A. (2005). *SBU*. Hämtat från sbu.se: <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/2149/> den 16 Mars 2011
- *Pelander, T., & Lehtonen, K. L.-K. (2007). Children in Hospital: Elements of Quality in Drawings. *International Pediatric Nursing*, 333-341.
- *Pelander, T., & Leino-Kilpi, H. (2010). Children´s best and worst experiences during hospitalization. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 726-733.
- Piaget, J. (1952). *The origin of intelligence in children*. New York: University Press.
- Qvarsell, B. (2003). Barns perspektiv och mänskliga rättigheter. *Pedagogisk forskning i Sverige* årg 8, nr1-2, 101-113.
- Regeringskansliet. (2002). *Mänskliga rättigheter-Konventionen om barns rättigheter*. Hämtat från Regeringens webbplats: http://www.humanrights.gov.se/dynamaster/file_archive/020521/a2fe55424340e999aed047eb281537d7/fn_891120.pdf den 02 04 2011
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist´s view psychotherapy*. London: Constable.
- Ronsten, B. (2009). *Ett patientvänligt sjukhus*. Växjö: Växjö universitet, Kerstin Gynnerstedt.
- *Runeson, I., Hallström, I., Elander, G., & Hermerén, G. (2002). Children´s needs during hospitalization: An observational study of hospitalized boys. *International Journal of Nursing Practice*, 158-166.

Socialstyrelsen. (2010). *Socialstyrelsen*. Hämtat från Socialstyrelsen.se:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>
den 17 Mars 2011

SOU. (mars 1995:5). *Vårdens svåra val- Slutbetänkande av prioriteringsutredningen*. Hämtat från Regeringskansliet:
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/108/a/25124> den 27 april 2011

SSF. (2010). *Etik*. Hämtat från Svensk sjuksköterskeförening:
http://www.swenurse.se/PageFiles/8810/Nr55_13okt_NYWEB.pdf den 6 april 2011

SSF. (Dec 2010). *swenurse.se*. Hämtat från Svensk Sjuksköterskeförening:
http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf
den 16 Mars 2011

Unicef. (u.d.). Hämtat från [unicef.se/barnkonventionen](http://www.unicef.se/barnkonventionen):
<http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-i-olika-versioner/barnkonventionen-kort-version> den 18 april 2011

Wijk, H. (mars, 2010a). Miljöer tillstöd för hälsan. *Socialmedicinsk tidskrift*, ss. 167-174.

Wijk, H. (2010b). Personcentrerad miljö. i D. Edvardsson, *Personcentrerad omvårdnad i praktik och teori* (ss. 75-83). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor: Artikelgranskning

Referensnr: 1

Titel: Through the eyes of children and young people: the components of a supportive hospital environment

Författare: Bishop, K

Tidskrift/årtal: Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing, 13: 2, 2010

Land: Australia

Syfte/problem: Att undersöka barn och ungdomars erfarenheter av sjukhusvistelse och beskriva hur den fysiska vårdmiljön påverkar barnens välbefinnande och till sist undersöka värdet av barns deltagande i forskning.

Metod/analys: Kvalitativ studie. Innehållsanalys med teman och underteman som resultat av intervjuer, frågeformulär och reflektioner kring foton

Urval: 55 barn initialt, 24 deltog i pilotstudie och 31 i huvudstudien. Ålder 9-18. Barnen skulle ha >7 dagars ineliggande tid på sjukhus som erfarenhet att relatera till

Etik: Godkännande från etiska kommitén på sjukhuset där studien utfördes

Referenser: 47 st

Referensnr: 2

Titel: Children's best and worst experiences during hospitalisation

Författare: Pelander, Tiina; Leino-Kilpi, H

Tidskrift/årtal: Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010, 24; 726-733

Land: Finland

Syfte/problem: Att beskriva skolbarns bästa och sämsta erfarenheter av vårdtid på sjukhus utifrån barnens egna åsikter, inte föräldrarnas.

Metod/analys: Kvalitativ studie med innehållsanalys via datainsamlingsmetoden meningsifyllnad

Urval: 388 finska skolbarn i ålder 7-11 från 5 olika sjukhus och 23 olika avdelningar, vilka varit ineliggande på sjukhus > 1dygn

Etik: Etiska kommittéer från sjukhusen godkände studien. Personal, föräldrar och barn tillfrågades och skriftliga och muntliga godkännanden inhämtades. Sju föräldrar respektive 11 barn nekade till denna underskrift och uteslöts därmed ur studien.

Referenser: 43 st

Referensnr: 3

Titel: Kids in the atrium: Comparing architectural intentions and children's experiences in a pediatric hospital lobby

Författare: Adams, A; Theodore, D; Goldenberg, E; McLaren, C; McKeever, P

Tidskrift/årtal: Social Science & Medicine 70(2010), 658-667

Land: Canada

Syfte: Undersöka hur barn ser på sin sjukhusmiljö och i synnerhet sjukhusets lobby

Metod/ Analys: Deduktiv databearbetning av intervjuresultat, observationer och foton tagna av barnen själva på delar av lobbyn som de fann intressanta. Kodad data relaterades till forskningsfrågan och arkitekternas intention med sjukhusutformningen

Urval: 80 barn i åldrar 5-18, varav 35 var inläggande på avdelning och hade utsikt mot lobbyn och 45 var patienter som historiskt hade tillbringat mycket tid på sjukhus och befann sig i lobby av olika skäl; återbesök etc

Etik: Etiskt godkännande inhämtat från sjukhuset

Referenser: 69 st

Referensnr: 4

Titel: Children in the hospital: Elements of Quality in Drawings

Förf: Pelander, T; Lehtonen, K; Leino-Kilpi, H

Tidskrift/årtal: International Pediatric Nursing, 2007; Vol 22, No 4(August)

Land: Finland

Syfte: Att undersöka om tolkning av barns teckningar kan fungera som kvalitativ kommunikationsmetod och vad som var centralt i hur barn såg på det optimala sjukhuset

Metod/Analys: Initialt en pilotstudie på 8 barn och sedan en kvalitativ granskning av 35 teckningar med innehållsanalys enl Miles & Huberman som metod. Barnen fick rita svar på frågan om det optimala sjukhuset.

Urval: 35 teckningar gjorda av 40 barn, 28 pojkar och 12 flickor i ålder 4-11 under sjukhusvistelse.

Etik: godkänd

Referenser: 36 st

Referensnr: 5

Titel: Consumer perspective in adolescent ward design

Författare: Hutton, A

Tidskrift/årtal: Issues in Clinical Nursing

Land: Australia

Syfte/problem: Att få en förståelse för vad ungdomar behöver av utrustning och miljö på en ungdomsavdelning

Metod/analys: Kvalitativ studie. Tolkningar av teckningar och intervjuer

Urval: 7 ungdomar mellan 13-18 år. Inklusionskriterier: > 3 sjukhusbesök inom 2år på >10dgr sammanlagt.

Etik: Godkänd

Referenser: 43 st

Referensnr: 6

Titel: Child reported Hospital Fears in 4 to 6-year-old children

Författare: Aronen, Eeva; Salanterä, S; Salemla, M

Tidskrift/årtal: Pediatric Nursing/September-Oktober 2009/Vol. 35/No 5

Land: Finland

Syfte/problem: Att beskriva sjukhusrelaterad rädsla hos 4-6 år gamla barn

Metod/analys: Kvalitativ- och kvantitativ databearbetning av material inhämtat genom intervjuer, observation och teckningar. Kvantitativ i den mening att barn på dagis´ åsikter, jämfördes med åsikter hos barnen som låg på sjukhus.

Urval: 90 barn i åldrar 4-6 intervjuades. 27 barn låg inne på sjukhus och 63 gick på dagis.

Etik: Godkännande inhämtat av en etisk kommité. Föräldragodkännande.

Referenser: 49 st

Referensnr: 7

Titel: Children´s experience of hospitalization

Författare: Coyne, I

Tidskrift: Journal of Child Health Care 2006, 10:326, 326-337

Land: UK

Syfte/Problem: Undersöka barns erfarenheter från sin sjukhusvistelse

Metod: Semi- strukturerade intervjuer, djupintervjuer med analysmetod groundedtheory

Urval: 11 barn från 4 olika barnkliniker på 2 sjukhus i ålder 7-14 år

Etik: Tagit etisk hänsyn, godkännande av etisk kommité och skriftligt godkännande från föräldrar och informanter inhämtade

Antalreferenser: 17

Refnr: 8

Titel: Children´s needs during hospitalization: An observational study of hospitalized boys

Författare: Runeson, I; Hallström, I; Elander RN; Herméren, G

Tidskrift/årtal: International Journal of Nursing Practice 2002; 8: 158-166

Land: Sverige

Syfte/Problem: Undersöka barns behov under sin sjukhusvistelse

Metod/analys: Observationsstudie med innehållsanalys som metoden. 120h med fältanteckningar som grund för en innehållsanalys, via barnens kroppsspråk och vanligt tal

Urval: 21 pojkar 5- 16 år

Etik: Hänsyn tagen och godkännande från forskningsetiska nämnden finns

Referenser: 24st

Referensnr: 9

Titel:Childrens views of hospitalization: An exploratory study of data collection

Författare: Carney,T.; Murphy S; Mclure, J; Bishop, E; Kerr, C; Parker, J

Tidskrift/årtal: Journal of child Health Care, 2003, 7:27

Land: UK

Syfte/problem: Att få en stor bredd vad gäller barns erfarenheter kring vårdtid på sjukhus och att ta reda på bästa sätt att få denna informationen. Detta i syfte att utifrån barnens åsikter, i den fortsatta utvecklingen av barnavdelningar på sjukhus

Metod/analys: Frågeformulär med skrivna ord eller teckningar som svar.
Innehållsanalys via ett dataprogram med nio huvudkategorier som resultat.

Urval: 213 skolbarn i åldrar 4-18 med en medelålder på 10 år och 7 månader. 54% pojkar och 46 % flickor

Etik: Godkännande av båda föräldrar

Referenser: 19 st
