

Från INSTITUTIONEN FÖR KVINNORS OCH BARNNS HÄLSA
Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige

Barn inom Barnhälsovård

Studier om HUR barn gör sig delaktiga vid hälsobesök

Maria Harder



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2011

De tidigare publicerade artiklarna har tryckts med tillåtelse från respektive utgivare.

Publicerad av Karolinska Institutet.

© Maria Harder, 2011

ISBN 978-91-7457-414-2

Printed by



www.reproprint.se

Gårdsvägen 4, 169 70 Solna

Till Klara och Stina som varje dag
visar och lär mig om
Barns perspektiv.

SAMMANFATTNING

Den svenska Barnhälsovården har till uppdrag att främja barns hälsa och utveckling. Det sker genom återkommande hälsobesök under barnets fem första levnadsår. Vid dessa besök deltar barnen som aktörer. De visar sitt perspektiv genom kroppsliga och verbala uttryck. Trots att barnen är Barnhälsovårdens huvudsakliga intresseområde, är inte barnens perspektiv eller uppfattningar vid dessa hälsobesök utforskade.

Avhandlingsarbetets syfte var att utforska och beskriva tre- fyra- och femåriga barns uttryck för delaktighet i olika situationer vid hälsobesök (I, II, III) samt att beskriva femåriga barns uppfattningar av att genomgå en vaccination (IV).

För att utforska barnens uttryck i varierande situationer genomfördes i delstudie I, II och III videoobservationer. Hermeneutiskt förhållningssätt användes vid analysen. För förståelse av barnens olika uppfattningar av att genomgå en vaccination användes teckningar och reflekterande samtal, vilka analyserades fenomenografiskt. Utifrån etiska överväganden bjöds samma barn in att medverka i de olika delstudierna. I delstudie I och II analyserades 28 barns kroppsliga och verbala uttryck och i delstudie III 22 barns uttryck. I delstudie IV medverkade 23 av barnen.

Resultatet visar hur barnen i samhandling med sjuksköterska och förälder rörde sig mellan olika tillstånd (I); från ett tillstånd av att *göra sig redo*, till att *vara beredd* och vidare till ett tillstånd där de *bekräftar sig själva*. Barnen kunde även vara i tillstånd av att *inte vara redo* eller av att *vara motvilliga*. I dessa tillstånd använder barnen olika strategier: de *tar in situationen* (III), *förhandlar bejakande* (II, III) och/eller *förhandlar förhalande* (II, III). I delstudie IV identifierades tre olika uppfattningar bland barnen av att genomgå en vaccination: *Det var inte otäckt, det gjorde inte ont, det kändes bra, Det var otäckt, jag trodde det skulle göra ont, jag behövde göra det, och Jag ville komma undan, det kändes inte bra.*

Inblick i barns perspektiv och uppfattningar bidrar till sjuksköterskors lyhörddhet när de bjuder in och guidar barn genom hälsobesök. Det bidrar även till utveckling av en barncentrerad vård där barns rätt till delaktighet främjas.

ABSTRACT

The Swedish Primary Child Health Care (PCHC) is a service provided for children with the purpose of promoting children's health and development in the 0-6 years-age group. The service is provided through health visits. The children participate in these visits as actors, from their own perspective through bodily and verbal expressions. Although, the children are the main consideration of the PCHC service, their perspectives and perceptions of this setting have not been explored.

The aim of this thesis was to explore and describe three-, four- and five-year-old children's expressions of participation in various situations in PCHC visits (I, II, III), and to describe five-year-old children's perceptions of undergoing an immunization (IV).

In Study I, II and III video observations and a hermeneutic approach were used to capture the children's expressions in the various situations. To understand the children's various perceptions of undergoing an immunization procedure, drawings and reflective talks were used from a phenomenographic approach (IV). The same children were invited to take part in the different studies due to ethical considerations. In Study I and II the expressions of 28 children were analysed, and in Study III the expressions of 22 children. In Study IV 23 children took part.

The findings show how the children in *joint action* with the nurse and their parents progressed through various states (I); from a state of *getting ready*, to a state of *being ready* and further to a state where they *strengthened their own self*. The children could also be in a state of *not being ready* and of *being adverse*. In these different states the children used various strategies as *tuning in* (III), *affirmative negotiation* (II, III) and *delaying negotiation* (II, III). In study IV, three various perceptions of undergoing the immunization were identified among the children: *It wasn't frightening, it didn't hurt, it felt good, It was frightening, I believed it would hurt, I had to deal with it, and I wanted to get away, it felt no good*.

Recognizing children's perspectives and perceptions will help nurses to act with sensitivity when inviting children and guiding them through health visits. The thesis will also contribute to the development of a child-centred care and the promotion of children's right to participate.

Keywords: children; drawings; expression; health care; hermeneutics; immunization; perceptions; phenomenography; reflective talks; video observations.

PUBLIKATIONSLISTA

Avhandlingen grundar sig i nedanstående fyra delarbeten. De refereras till med romerska siffror i texten.

- I. Harder, M., Christensson, K., & Söderbäck, M. (2009). Exploring three-year-old children in a primary child health care situation. *Journal of Child Health Care, 13*(4), 383-400.
- II. Harder, M., Christensson, K., & Söderbäck, M. (2011). Four-year-old children's negotiation strategies to influence and deal with a primary child health care situation. *Children & Society*. Publicerad on line 5 april 2011.
- III. Harder, M., Christensson, K., Coyne, I., & Söderbäck, M. (2011). Five-year-old children's tuning-in and negotiation strategies in an immunization situation. *Qualitative Health Research, 21*(6), 818-829.
- IV. Harder, M., Christensson, K., & Söderbäck, M. Five-year-old children's perceptions of undergoing an immunization procedure. Inskickad.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
	2.1 Barnhälsovården och dess hälsobesök	2
	2.2 Barns rätt	3
	2.3 Barnperspektiv och barns perspektiv	3
	2.4 Barns kompetens	5
	2.5 Barns delaktighet	6
	2.6 Att utforska barns perspektiv inom Barnhälsovård	7
3	SYFTE	8
4	METOD	9
	4.1 Teoretiska utgångspunkter	9
	4.2 Etiska överväganden	9
	4.3 Urval av barn	12
	4.4 Datainsamling	13
	4.5 Videoobservationer	13
	4.6 Hermenutiskt förhållningssätt	15
	4.6.1 Hermeneutisk analys av videoobservationer	16
	4.7 Teckningar och samtal	18
	4.7.1 Analys av teckningar och samtal	19
	4.8 Fenomenografiskt förhållningssätt	20
	4.8.1 Fenomenografisk analys av teckningar och samtal	20
	4.9 Forskarrollen	21
	4.10 Syntetisering av delstudie I, II, III	22
5	RESULTAT	24
	5.1 Att göra sig redo - att ta in situationen	25
	5.1.1 Söker stöd och bekräftelse	25
	5.1.2 Söker ledtrådar	26
	5.1.3 Tar paus	27
	5.2 Att vara beredd - Bejakande förhandlingsstrategier	27
	5.2.1 Uppmärksammar	28
	5.2.2 Tillgodoser egna önskningar	29
	5.2.3 Fokuserar	31
	5.3 Att inte vara redo eller att vara motvillig - Förhållande förhandlingsstrategier	32
	5.3.1 Undviker	32
	5.3.2 Strävar emot	33
	5.4 Att bekräfta sig själv	34
	5.5 Komplexitet i barns förhandlingsstrategier	34
	5.6 Barnens uppfattningar av att genomgå vaccination	35
	5.6.1 Det var inte otäckt, det gjorde inte ont, det kändes bra	37
	5.6.2 Det var otäckt, jag trodde det skulle göra ont, jag behövde göra det	38
	5.6.3 Jag ville komma undan, det kändes inte bra	39
6	DISKUSSION	41
	6.1 Barnen är kompetenta att ta sig an hälsobesök	41
	6.2 Barnen är sociala aktörer vid hälsobesök	42

6.2.1 Barnens kropp, språk och känslor	44
6.2.2 Barnen använder förhandlingsstrategier.....	45
6.3 Föräldrars betydelse	48
6.4 Barn som rättighetsbärare	49
6.5 Barnperspektiv och barnkompetens.....	50
6.5.1 Ge ledtrådar och information.....	52
6.5.2 Samhandling.....	52
6.5.3 Ge tid och utrymme	53
6.6 Metoddiskussion.....	54
6.6.1 Urval.....	54
6.6.2 Datainsamling	55
6.6.3 Tolkningarnas rimlighet.....	57
6.6.4 Kunskapsstillskott.....	58
6.6.5 Överförbarhet.....	58
7 KONKLUSION OCH FORTSATT FORSKNING.....	60
8 TACK.....	61
9 REFERENSER.....	63
Tabell 1.....	23
Tabell 2.....	36

LISTA ÖVER FÖRKORTNINGAR

BHV	Barnhälsovård
BVC	Barnvårdscentral
Barnkonventionen	Konventionen om barnets rättigheter (FN, 1989)
Ssk	Sjuksköterska, förkortningen används i utdragen ur observationsberättelserna i resultatet och i tabellerna.

DEFINITIONER

Barn	Avser individer 0-18 år (FN, 1989). Barnen som medverkat i avhandlingsarbetet är i åldern 3-5 år och kan refereras till som yngre barn.
Barnhälsovård	Den organisation inom hälso- och sjukvården som har till uppgift att främja barns hälsa och utveckling (Socialstyrelsen, 1991).
Barnperspektiv	Vuxnas förståelse av hur barn uppfattar, erfar och handlar i sin tillvaro (Sommer et al., 2010).
Barns perspektiv	Barnens egen förståelse och erfarenheter av sin tillvaro (Sommer et al., 2010).
Delaktighet	Att delta i och bidra i en situation, händelse, process eller ett beslut. Hur individen bidrar och med vilken självständighet det sker kan variera väsentligt och inskränkas på olika sätt (James & James, 2008 min översättning).
Förhandling	En handling, aktivitet eller process med andra för att nå samförstånd, komma överens, angående ett specifikt spörsmål eller problem (Oxford English Dictionary, www.oed.com , min översättning)
Intersubjektivitet	Att gemensamt rikta sig mot en aktivitet, att dela uppmärksamhet, känslor och intentioner med varandra (Schütz, 1999).
Kompetens	Avser ett barns förmågor att anpassa sig till och förstå olika situationer. Kompetens är inte förutbestämd utifrån ålder utan formas av barnets intressen, behov, önskningsar och erfarenheter från dess vardagsliv (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 2005).
Rättigheter	Krav rättfärdigade utifrån juridiska eller moraliska grunder för att erhålla eller uppnå något, eller för att agera/handla på ett särskilt sätt. Även om juridiska och moraliska rättigheter ofta är desamma, är existensen av moraliska rättigheter inte nödvändigtvis förkroppsligade som en laglig rätt (James & James, 2008, min översättning).
Samhandling	Innebär samordning av flera individers handlingar, genom samförstånd, i en gemensam aktivitet. Ingen enskild människa har totalansvar för aktivitetens process utan den sker i förhandling utifrån varje individs intentioner (Levesque et al., 1990; Tollefsen, 2005). Den process där sjuksköterskan bjuder in barnet till olika aktiviteter som barnet besvarar på varierande sätt har tillskrivits begreppet samhandling. Barnets förälder kan också utgöra en del i denna process.
Vårdpersonal	Avser alla professioner inom hälso- och sjukvården.
Vårdsituationer	Avser situationer inom hälso- och sjukvård.

1 INLEDNING

Till hälsobesök inom Barnhälsovården kommer barn som har olika erfarenheter och uppfattningar. De visar dessa med olika kroppsliga och verbala handlingar. Sjuksköterskan som möter barnen behöver tolka och förstå dessa handlingar för att främja deras delaktighet. Att som vuxen förstå barns handlingar i olika situationer är inte alltid enkelt. Vi är utelämnade till att göra vårt bästa. Det är lätt att hamna på avvägar när vår vuxna förståelse tar överhanden. Detta illustreras nedan genom en episod med min familj där jag tog för givet att jag förstod min dotter Klaras handlingar. För Klara själv hade hennes handlingar en helt annan innebörd.

Jag och min familj sitter på en restaurang med goda vänner. Intill vårt bord finns en tom öppen yta som under kvällstid fungerar som dansgolv. På andra sidan dansgolvet sitter ett stort sällskap med många barn i olika åldrar. Vi har precis fått in vår mat, men Klara, som snart är tre år, är inte intresserad av att äta. Hon tittar mot det andra sällskapet där barnen lämnat bordet för att inta dansgolvet. De hoppar och springer runt. Klara följer dem med blicken och reser sig ur barnstolen. Vi försöker truga med mat, men ger snart upp. Jag lyfter upp henne ur stolen och ställer henne på golvet varpå hon springer till dansgolvet, ställer sig mot en pelare som finns där, och ser på barnen som springer runt. Ett av de större barnen i sällskapet kommer fram till henne, säger något och sträcker fram sin hand. Klara skakar på huvudet och står kvar. De andra barnen börjar röra sig i grupp mot en trappuppgång. Klara springer efter, lutar sig mot en vägg och ser på barnen som börjar gå upp för trappen. Jag reser mig för att ”hjälpa till”, jag tänker att Klara, som ännu inte börjat i förskola, vill vara med och leka, men är för blyg. När jag frågar om hon vill att jag ska vara med skakar hon på huvudet. Ett av barnen sträcker fram handen mot henne, men Klara skakar på huvudet. Barnen vänder tillbaka till dansgolvet och Klara till sin pelare, där står hon resten av kvällen och följer barnens lek på avstånd. Senare på kvällen när hon ligger i sin säng gäspar hon stort, tittar på mig och säger: Å, mamma vad jag har lekt.

Min förståelse var att Klara inte lekt utan bara tittat på när de andra barnen lekte. Den mening Klara själv tillskrev situationen var att hon varit delaktig i leken. Denna episod visar att i alla situationer med barn behöver vi vuxna uppmärksamma barnets perspektiv och vara öppna för att den förståelse vi tillskriver ett handlande kan skilja sig från barnets.

Den här avhandlingen bidrar med *ett* sätt att förstå hur barn genom sina handlingar gör sig delaktiga vid hälsobesök inom Barnhälsovård.

2 BAKGRUND

2.1 BARNHÄLSOVÅRDEN OCH DESS HÄLSOBESÖK

Ett välfärdssamhälle utgår från en jämlik och rättvis vård för alla barn oavsett socioekonomisk bakgrund. För barns välfärd ingår förebyggande barnhälsovård där varje barns hälsa och utveckling följs kontinuerligt utifrån ett hälsoövervakningsprogram (Socialstyrelsen, 1991).

Barnhälsovårdsverksamheten har en lång tradition i Sverige. Den är kostnadsfri, frivillig och når de flesta barn i åldersspannet 0-5 år, oavsett socialgruppsstillhörighet.

Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet utgår från ett nationellt hälsoövervakningsprogram som innebär att varje barns tillväxt, hälsa och utveckling undersöks. Dess syfte är att förebygga, uppmärksamma och åtgärda ohälsa, sjukdomar och utvecklingsförseningar, generellt och individuellt genom hälsouppllysning och vaccination. Arbetet utifrån detta basprogram innefattar även stöd till föräldrar. Varje barn och dess familj bjuds in till flertalet hälsobesök där de möter en barnsjuksköterska eller en distriktssköterska. Hälsobesöken sker mest frekvent under barnets första levnadsår. Efter barnet uppnått 18 månaders ålder bjuds barnet och dess föräldrar in vid tre, fyra och fem års ålder (Magnusson, et al., 2009; Socialstyrelsen, 1991).

Detta avhandlingsarbete har sin förankring i denna förebyggande och hälsofrämjande verksamhet vid de hälsobesök som genomförs vid tre-, fyra- och femårsålder. Ett hälsobesök innefattar olika situationer då sjuksköterskan bjuder in barnet till skilda aktiviteter för att undersöka barnets hälsa och utveckling. Av intresse är barnets kroppsliga tillväxt samt kognitiva, emotionella och sociala förmågor utifrån barnets mognad och ålder. Vid treårsålder är fokus på barnets språkutveckling. Denna undersökning genomförs genom att barnen får titta på och benämna olika föremål. Vid fyraårsålder undersöks barnets motoriska och kognitiva utveckling. Barnen får gå balansgång och hoppa på ett ben. De får även rita en teckning, benämna färger samt följa instruktioner. Vid fyraårsålder undersöks även syn och hörsel. Vid femårsålder genomförs en sammanfattande bedömning av barnets utveckling och hälsa inför skolstart. Barnet erbjuds även vaccination (Rikshandboken för barnhälsovård, www.growingpeople.se). Varje hälsobesök kan skilja sig åt beroende på hur respektive sjuksköterska planerar sitt arbete utifrån riktlinjerna i Rikshandboken för barnhälsovård.

2.2 BARNS RÄTT

Barnhälsovårdens utformning regleras av Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (SFS, 1982: 763). I lagen beskrivs krav på god vård till alla på lika villkor, vilket uppfylls genom: respektfullt bemötande, att individens behov tillgodoses samt att individens delaktighet i sina vårdssituationer främjas. I HSL benämns inte barn i vården specifikt. Barns rättigheter finns formulerade i FN:s Konvention om barnets rättigheter (1989). Konventionen innefattar fyra huvudprinciper: att barn har rätt att ta del av sina rättigheter, att barns bästa ska beaktas, att barns överlevnad och utveckling ska säkras samt att barns perspektiv ska höras och visas respekt. Dessa grundläggande principer finns formulerade i artiklarna 2, 3, 6, och 12. De speglar samtidigt innehållet i de andra artiklarna.

Sverige har en barnrättspolitik vars mål utgår från Barnkonventionens fyra huvudprinciper som beskrivits ovan. En strategi för att stärka barnets rättigheter har lagts fram. Den riktar sig till alla verksamheter som berör och möter barn (Socialdepartementet, 2010). Strategin innehåller att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt till delaktighet och inflytande. För att svara mot regeringens strategi har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, 2011) genomfört en kartläggning om vilka behov av fortbildning och stödinsatser som behövs för att leva upp till innehållet i Barnkonventionen. Hälso- och sjukvården utgör ett av de områden som ingått i kartläggningen. Behov av att föra in barnperspektivet och barnrättsfrågor har identifierats.

Sedan Barnkonventionens tillkomst har den haft viss inverkan på barns vårdssituationer (Smith, 1997). Flera internationella forskare framhåller emellertid att det finns mycket kvar att göra för att införliva barns rätt i vården (Bricher, 2000; Hardy & Armitage, 2002; Noyes, 2000; Runesson et al., 2002a). För att främja barnperspektiv och barns rättigheter i vårdssituationer krävs kunskap om och förståelse för skillnad mellan vuxnas barnperspektiv och barns perspektiv.

2.3 BARNPERSPEKTIV OCH BARN PERSPEKTIV

Begreppen *barnperspektiv* och *barns perspektiv* har sin utgångspunkt i idén om välfärdssamhället där alla individer är jämlika samt i Barnkonventionens principer (Sommer, Pramling Samuelsson & Hundeide, 2010).

Barnperspektiv innefattar vuxnas utifrånperspektiv när de så realistiskt som möjligt försöker förstå barns önsknings, uppfattningar, handlingar och erfarenheter (Sommer et al., 2010). Vuxnas barnperspektiv utgår från deras individuella erfarenheter, värderingar och kunskap, men även från faktorer som: ålder, kön, social tillhörighet, samt

samhälleliga och kulturella strukturer (Halldén, 2003; Pramling Samuelsson, 2004). Det finns därmed inte ett globalt eller nationellt allennarådande barnperspektiv. Även om vuxnas barnperspektiv försöker komma så nära ett barns erfarenhetsvärld som möjligt kommer det alltid att representera ett vuxenperspektiv på barnet (Sommer, 2003).

Den forskning som tidigare genomförts inom barnhälsovård utgörs av studier ur ett barnperspektiv. Det innebär att barns bästa har fokuserats för att främja deras hälsa och utveckling. Forskning har undersökt hälsoövervakningsprogrammets möjligheter att upptäcka och förebygga ohälsa bland barn (Bremberg, 2000; Kornfält, 2000; Larsson, 1996; Magnusson, Garrett & Sundelin, 1999; Magnusson, Persson & Sundelin, 2000). Vidare har studerats hur barnhälsovårdsjournalen kan nyttjas vid epidemiologiska studier om barns hälsa (Hagelin, 1998). En grundtanke inom Barnhälsovården är samverkan mellan sjuksköterskor och föräldrar för att uppnå barns bästa. En riktad insats är föräldrastöd. Forskning har fokuserat föräldrastöd ur både föräldrars och sjuksköterskors perspektiv (Arborelius & Bremberg, 2003; Fägerskiöld, 2002; 2006; Magnusson, Garrett & Sundelin, 2000). Annan forskning beskriver samspelet mellan föräldrar och läkare eller sjuksköterska (Baggens, 2002; Hallberg et al., 2001; Hydén & Baggens, 2004; Jansson, 2000; Olin Lauritzen, 1990). Det finns även forskning om föräldrastöd som fokuserar: sjuksköterskors rådgivning kring mat och sömn (Funkquist, Carlsson & Nyqvist, 2005), föräldrars följsamhet gentemot olycksförebyggande rådgivning (Carlsson et al., 2006) samt hur sjuksköterskor använder en hälsokurva som verktyg vid hälsosamtal med föräldrar (Golsäter et al., 2009). Ytterligare forskning inom barnhälsovården beskriver hur sjuksköterskors arbetssätt innehåller både befolkningsperspektiv och individualiserat familjeperspektiv (Olander, 2003).

Till skillnad från ovanstående barnperspektiv innefattar *barns perspektiv* att ta tillvara barns egna erfarenheter, uppfattningar och förståelse av sin tillvaro. Barn har sitt eget sätt att erfara och förstå sin omgivning. De konstruerar innebörder och skapar mening utifrån sina egna erfarenheter och livssituationer. Barns perspektiv visar sig genom kroppsliga och verbala uttryck, dvs. genom gester, kroppsrörelser, ansiktsuttryck, tal, skratt och gråt (Sommer et al., 2010).

Förståelse för barns perspektiv i vårdsituationer kan enbart uppnås genom att involvera deras perspektiv i forskning, vilket även bidrar till att upprätthålla kvalitét i vårdarbetet (Pelander, Leino-Kilpi, & Katajisto, 2009). Ett flertal forskare hävdar att barn inom vården ännu utgör en utforskad grupp trots att de är storkonsumenter av denna service (Bricher, 1999a; Carter, 2009; Clark, 2005; Söderbäck, 2010; Watson, 2008). Att

inte involvera barn i forskning och utforska deras perspektiv förnekar dem deras rättighet att dela med sig av sina erfarenheter. Därmed går betydelsefull information förlorad för vårdpersonal (Bricher, 1999a; Ireland & Holloway, 1996; Woodgate, 2001). En orsak till att barns perspektiv ännu är outforskat kan ha att göra med att de ses som sårbara. Detta kan grundas i ett resonemang kring vad som är bäst för barnet (Carter, 2009; Kirk, 2007). Ytterligare orsak till att barns perspektiv är outforskat kan grundas i resonemang att den information barn bidrar med inte anses trovärdig (Bricher, 1999a; Carter, 2009; Kirk, 2007; Woodgate, 2001). Emellertid har barns bidrag snarare validitet i sig själv genom att vara just deras perspektiv på sina erfarenheter i olika sammanhang (Kirk, 2007).

Viss forskning utifrån barns perspektiv har genomförts med barn i åldern 5-17 år inom vårdområdet, dock inte inom barnhälsovård. Denna forskning beskriver hur barn uttrycker att deras vardag påverkas av akuta eller kroniska sjukdomar. De känner sig vilslna, sårade och i behov av tröst (Forsner, Jansson & Sørli, 2005a, b). De strävar efter någon form av normalitet genom att vilja ta egen kontroll över sina liv (Guell, 2007; Protudjer et al., 2009) eller att de vänjer sig vid sin situation (Stewart, 2003). Ytterligare studier berör barns rädsla under sjukhusvistelse. Barnen uttrycker att rädsla hör samman med separation från familjen, den ovana miljön, undersökningar, behandlingar och förlust av självbestämmande (Carney et al., 2003). Även barns strategier för att hantera sin rädsla när de är på sjukhus har undersökts (Salmela et al., 2010). Barnen vill ha sin familj hos sig och de använder positiva föreställningar, humor, leksaker och aktiviteter för att hantera sin rädsla.

Kunskap och förståelse för barns perspektiv möjliggör deras rättighet till att vara delaktiga. Emellertid, förutsätter delaktighet även förståelse för barnet som aktiv och kompetent i sitt sociala och kulturella sammanhang.

2.4 BARNS KOMPETENS

I föregående avsnitt beskrivs hur barnets kroppsliga och verbala uttryck visar dess perspektiv i en situation. Ett barns uttryck avslöjar även dess kompetens (Pramling Samuelsson, 2004) De visar den genom att på olika sätt inverka på de situationer de befinner sig i (Hart, 1992). Kompetens innefattar hur varje barn lärt sig att använda sin kropp, sin röst och sin förståelse för att anpassa sig i situationer med andra. Att kompetens är något barn lär sig innebär att den skapas och vidareutvecklas utifrån varje barns kroppsliga förutsättningar och intressen. Barns kompetens utvecklas även genom deras erfarenheter av andra i sin vardag. Därmed har vuxna inverkan på hur barns kompetens

utvecklas (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 2005). En given kompetens kan därför skilja sig åt hos olika barn beroende av ålder, kön och kulturellt sammanhang där förekomst av stöd från och samspel med vuxna varierar (Hart, 1992; Sommer, 2005). Barn i förskoleålder har genom sina erfarenheter lärt en hel del med och om sin kropp, sin förmåga, sin tillvaro och socialt samspel. Barn i 3-6 års ålder har en känsla av att det kan inverka på andra samt dela erfarenheter och mening med andra. De har känslor av att vara en fysisk enhet, av kontinuitet i tiden och av att ha avsikter och förmåga att agera. De kan etablera stabila sociala kontakter med flera i sin omgivning genom sin förmåga till intersubjektivitet och förmåga att anpassa sig. På samma sätt som barns kompetens uttrycks i erfarenheter gjorda med kroppen är deras tankeutveckling också nära relaterad till erfarenheter. Detta innebär att även barns förståelse skiljer sig åt beroende av deras erfarenheter inom ett specifikt område (Sommer, 2005).

I situationer med vuxna och barn råder asymmetri som följd av skillnad i fysisk storlek, kunskap och erfarenhet. För att så långt som möjligt utjämna denna asymmetri behöver vuxna agera stöttande och visa respekt för att främja barns rätt till delaktighet (Alderson, 2007; Carter, 2009; Morrow & Richards, 1996). I vårdsituationer innebär det att barnets kompetens att förstå situationen inte ska ignoreras och att vuxna behöver vara uppriktiga (Bricher, 1999b). Kritik mot hur vuxna tar till vara barns kompetens i vårdsituationer framförs av Flatman (2002). Hon menar att det främst är barnens psykologiska behov som lek och kontakt med familjen som fokuseras. Hon framhåller vidare att barn redan från fyraårsålder kan formulera och ge uttryck för hur de förstår de vårdsituationer de är involverade i och att de värdesätter den behandling de får. Även Söderbäck (2010) betonar barns rätt att vara involverade i situationer som berör dem. Asymmetrin behöver synliggöras genom att ta tillvara barns perspektiv och främja deras delaktighet.

2.5 BARNES DELAKTIGHET

Att vara delaktig innebär att bidra i en situation. Hur barnet bidrar och med vilken självständighet hon eller han deltar kan dock variera och inskränkas på olika sätt (James & James, 2008) beroende av vuxnas barnperspektiv eller situationens sammanhang. Barns utrymme att vara delaktiga och bidra i en situation har betydelse för deras hälsa och utveckling (Wennerholm Juslin & Bremberg, 2004). Barns delaktighet hör även samman med deras välbefinnande och tilltro till den egna förmågan (Hart, 1992).

För att barn ska kunna ta del av sina rättigheter och för att deras hälsa ska främjas är delaktighet i vårdsituationer en förutsättning (Runesson, 2002; Söderbäck, 2010). Forskning som berör barns delaktighet i vårdsituationer innefattar kunskap om beslut som tas i dessa situationer. Runeson et al. (2002a) beskriver hur barn som var välinformerade och förberedda samt hade möjlighet att delta i den beslutsfattande processen kring sin vård, hade större möjlighet att behålla kontroll över sin situation. Emellertid, beskrivs i flera studier att barn inte anser sig vara välinformerade, att de inte blivit lyssnade till, inte fått det stöd de behövde, inte känt sig delaktiga och respekterade eller att de inte togs på allvar när de hade något att säga (Coad & Shaw, 2008; Coyne, 2006; Runesson et al., 2002b; Runesson, Mårtenson & Enskär, 2007).

2.6 ATT UTFORSKA BARNNS PERSPEKTIV INOM BARNHÄLSOVÅRD

Barnets position i vårdsammanhang utvecklas i takt med förståelse för att barn, liksom vuxna, har rätt att få sitt eget perspektiv taget på allvar i de situationer de befinner sig samt att ses som kompetenta deltagare i det som berör dem. Watson (2008) och Söderbäck, Coyne och Harder (2011) uttrycker att denna positionsutveckling innebär en nödvändig förändring från familjecentrerad vård till barncentrerad vård där det primära hänsynstagandet fokuserar det individuella barnet. En barncentrerad vård förflyttar barnet från att vara mottagare av vård till att vara delaktig i sina vårdsituationer.

Trots att barnhälsovårdens hälsobesök riktar sig till barn för att främja deras hälsa och utveckling är barnens perspektiv inte utforskade. För att leva upp till en jämlik och rättvis vård, utifrån innehållet i HSL (SFS, 1982: 763) och barns rätt enligt Konventionen om barnets rättigheter (FN, 1989), behöver barns perspektiv vid hälsobesök inom barnhälsovården utforskas. Den tidigare forskning, som presenterats i bakgrunden, har berört barn i åldern 5-17 år som är sjuka och befinner sig på sjukhus. Dessa vårdsituationer kan inte likställas med yngre barns hälsobesök inom barnhälsovård. Barns perspektiv är knutet till den situation de befinner sig i. För att utveckla barnhälsovården i riktning mot en alltmer barncentrerad vård behöver de yngre barnens perspektiv utforskas. Kunskap och förståelse för *hur barn gör* när de deltar i vårdsituationer kan främja sjuksköterskors lyhörddhet när de möter dem. Sådan kunskap främjar även barns möjlighet att visa sin kompetens och sina möjligheter att tillvarata sin rätt att bli lyssnade till. Förståelse för hur barnen gör bidrar till att barns perspektiv kan utgöra en del av sjuksköterskors utökade barnperspektiv.

3 SYFTE

Avhandlingsarbetets syfte var att utforska och beskriva tre-, fyra-, och femåriga barns uttryck för delaktighet i olika situationer vid hälsobesök (I, II, III) samt att beskriva femåriga barns uppfattningar om att genomgå en vaccination (IV), inom svensk Barnhälsovård.

Specifikt syfte för respektive delstudie var:

- I. Att utforska treåriga barns uttryck när de deltar i en situation vid sitt hälsobesök.
- II. Att utforska fyraåriga barns uttryck när de deltar i en situation vid sitt hälsobesök.
- III. Att utforska femåriga barns uttryck när de deltar i en vaccination.
- IV. Att beskriva femåriga barns uppfattningar av att genomgå en vaccination.

4 METOD

4.1 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Avhandlingsarbetets utgångspunkter innebär förståelse för att varje situation formas av de människor som befinner sig i densamma. Det betyder att varje människa är en meningssökande social aktör som deltar i en situation utifrån sina erfarenheter och intressen, sin motivation och önskan. Mening söks i varje situation genom att uppmärksamhet riktas mot de andra aktörerna och/eller den aktivitet som sker. Det sätt människor handlar på i en situation beror av hur den enskilda aktören förstår situationen och vilken mening den tillskrivs. Att människor är sociala aktörer innefattar även förståelse om intersubjektivitet. Människor vill erfara mening med andra och riktar sin uppmärksamhet mot en gemensam aktivitet och anpassar sitt handlande i situationen (Schütz, 1999). Vid hälsobesök innebär dessa utgångspunkter att varje barn, förälder och sjuksköterska påverkas av varandras handlingar och därmed gemensamt formar besöket utifrån sitt perspektiv och sin förståelse.

Ytterligare utgångspunkt är att barnet vid hälsobesök använder kroppsliga och verbala uttryck och handlingar, vilka avslöjar dess perspektiv (Sommer et al., 2010). Barnets uttryck visar dess intersubjektivitet och kompetens att anpassa sig till den situation det bjuds in till (Pramling Samuelsson, 2004). Alla situationer och aktiviteter barn delar med andra bidrar således till fortsatt utveckling (Bronfenbrenner, 1979). Varje barns uttryck och uppfattning har därför utforskats induktivt i de aktuella situationerna.

4.2 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etiska överväganden är specifika för de sammanhang där forskning utförs. De sker kontinuerligt i forskningsprocessen (Dockett & Perry, 2007; Hill, 2005; Kirk, 2007; Morrow & Richards, 1996). De etiska överväganden som gjorts i avhandlingsarbetet har influerats av de teoretiska utgångspunkterna och haft inflytande på: urvalsförfarande, val av datainsamlingsmetoder, genomförande av datainsamling samt även på analys och hur forskningsresultaten presenteras.

Barn involveras allt oftare i forskning. Det diskuteras huruvida forskning bör ske *på*, *om*, eller *med* barn (Alderson, 2007; Clark, 2005; Clavering & McLaughlin, 2010; Kirk, 2007). Val av preposition beror av forskarens syn på barn som forskningsobjekt, som sårbara individer i behov av skydd eller som sociala aktörer med kompetens att ge informerat samtycke (Alderson, 2007; Clark, 2005; Kirk, 2007). Att se barn som sårbara kan medföra att de ses som inkompetenta och svaga (Hill, 2005). Kirk (2007) framhåller

att forskning *med* barn innebär ett ställningstagande där barn erkänns som bärare av rättigheter. De ses som sociala aktörer, snarare än som forskningsobjekt. I forskning *med* barn finns medvetenhet om att asymmetri, genom skillnad i ålder och bestämmanderätt, råder mellan den vuxne forskaren och barnet som deltagare (Allmark, 2002; Bricher, 1999a). Insikt om denna ojämlikhet medför att informerat samtycke ska eftersökas hos varje enskilt barn (Allmark, 2002; Ireland & Holloway, 1996; Kirk, 2007).

Inom vårdforskning anses tre kriterier nödvändiga för att informerat samtycke ska vara etiskt korrekt (Allmark, 2002). Dessa kriterier används för att beskriva de etiska överväganden som gjorts i avhandlingsarbetet. Kriterierna är kursiverade för att särskilja dem från de referenser som används.

Kriterium 1: Samtycke har givits av någon som är kompetent att göra så. Detta kriterium innebar att mina föreställningar om barns kompetens påverkade hur barnens samtycke eftersöktes (Alderson, 2007). Det förutsatte reflektion kring barn och deras kompetens (Hill, 2005). Intentionen var att forska *med barnen* för att ta tillvara den teoretiska utgångspunkten att barn är sociala aktörer som utifrån sin mognad och erfarenhet (Bronfenbrenner, 1979; Schütz, 1999; Sommer, 2005) kan ge uttryck för sitt samtycke (Alderson, 2007).

Kriteriet förutsätter därmed att varje enskilt barns kompetens att ge informerat samtycke efterfrågas. Det blev emellertid komplicerat eftersom jag själv, när projektet inleddes, inte hade möjlighet till direkt kontakt med barnet som skulle medverka. Vid forskning med barn är alltid flera vuxna involverade (Morrow & Richards, 1996). I avhandlingsarbetet utgjordes de involverade vuxna främst av barnens föräldrar. Ett fungerande samarbete med föräldrarna var nödvändigt för att kunna träffa barnen (Allmark, 2002). Andra vuxna som involverades var sjuksköterskor, deras verksamhetschefer och Barnhälsovårdsöverläkare. De involverades för att få tillträde till verksamheten och de vårdssituationer som var av intresse. Tillvägagångssätt för kontakt med barnen blev därför hierarkiskt. Barnhälsovårdsöverläkarna informerades skriftligt och muntligt innan de gav sitt godkännande till studien. De förmedlade kontakt med verksamhetscheferna. Dessa fick i sin tur muntlig och skriftlig information innan de gav sitt godkännande samt förmedlade kontakt med sjuksköterskor vid verksamhetens BVC. Därefter kontaktades och informerades de enskilda sjuksköterskorna skriftligt och muntligt. Då sjuksköterskorna gett sitt samtycke var de behjälpliga med att förmedla information till barnen och deras familjer. Det här förfaringssättet innebar att barnets kompetens att säga ja eller nej till att medverka i de olika delstudierna blev föräldrarnas

ansvar. Helsingforsdeklarationen (2008) framhåller vikten av att föräldrar ska ge informerat samtycke för sitt barn i forskningssammanhang. Ireland och Holloway (1996) påpekar dock att föräldrars samtycke inte kan anses giltigt om det inte sker i samråd med barnet. Mitt aktörsperspektiv innebar ett ansvar att erhålla varje barns samtycke att medverka i projektet. Det förpliktigade föräldrasamtycket ansågs inte tillräckligt (Coyne, 2010).

Kriterium 2: Personen som ger samtycke är adekvat informerat. Att utgå från att barnen ska ge sitt samtycke medförde krav att utforma och ge dem information på ett förståeligt sätt (Alderson, 2007). För att tillmötesgå detta krav och erkänna barnets rättigheter skickades, inför varje datainsamlingsperiod en separat inbjudan till barn och föräldrar. Den innehöll information och ett formulär för underskrift till barnet och föräldern. Barnen gav sitt samtycke genom att rita eller skriva något på sitt formulär och föräldern signerade sitt. När barnen kom till BVC upprepades informationen. Varje barn gav då sitt samtycke muntligt. Att rikta specifik information till barn och föräldrar var ett sätt att hantera den asymmetri som råder mellan vuxna och barn (Hill, 2005) och värna den individuella informationen (Ireland & Holloway, 1996).

Kriterium 3: Samtycke är givet frivilligt. Att eftersöka barnens samtycke att medverka innebär att hantera hur fria barn egentligen är att neka till eller att avsluta sitt deltagande (Kirk, 2007). Barn kan i en asymmetrisk situation tycka att det är svårt att neka eller tycka annorlunda (Ireland & Holloway, 1996). Hur känslan av frivilligt samtycke tedde sig inom varje barn vid datainsamlingen kan endast anas genom barnets upprepade vilja att medverka i de olika studierna. Min förhoppning är att barnen hemma, tillsammans med sina föräldrar, kunnat ge uttryck för sin egen vilja att medverka. Föräldrarna gav sitt samtycke för barnet att medverka men även de kan ha känt sig förpliktigade att hjälpa mig (Allmark, 2002). Samma plikt-känsla kan också gälla de involverade sjuksköterskorna, även om de var särskilt ombedda att avbryta datainsamlingen (I, II, III) om de ansåg att det var nödvändigt för barnets välbefinnande.

Utöver ovan beskrivna överväganden är projektet granskat och godkänt av den Regionala Etiska nämnden i Uppsala (Dnr 2004: M-333).

4.3 URVAL AV BARN

Under det tidigare avsnittet om etiska överväganden beskrevs hur kontakten med barnen skett hierarkiskt. Detta förfaringssätt innebar att de första som kontaktades var Barnhälsovårdsenheterna i två landsting. Vid dessa enheter erbjöds förmedling av kontakt med Barnvårdscentraler utifrån arbetsbelastning och antal barn som vid tiden för datainsamling skulle genomföra ett hälsobesök vid treårsålder. Verksamhetschefer vid sex olika BVC-mottagningar kontaktades, tre i vardera landsting. Sjuksköterskorna, verksamma vid dessa mottagningar, söktes därefter upp. Efter att förbindelse etablerats med sjuksköterskorna har kontakten främst varit med dem. Det är också sjuksköterskorna som varit behjälpliga med att bjuda in barnen.

Det planerade urvalet var att bjuda in 10 barn från varje BVC-mottagning (60 barn, dvs. 5 barn/sjuksköterska) med jämn fördelning mellan kön och var de var bosatta, i stad eller på landsbygd. Detta förfaringssätt medförde variationer av erfarenheter hos barnen (Bronfenbrenner, 1979).

Det hierarkiska förfarandet fick dock konsekvenser vid urvalet. Efter att datainsamlingsperioden inletts avböjde en BVC-verksamhet sin medverkan. Den ena sjuksköterskan sjukskrevs, vilket ökade arbetsbelastningen för den andra sjuksköterskan, varför medverkan avböjdes. Vid en annan BVC-verksamhet sjukskrevs också en sjuksköterska. Att tre sjuksköterskor ej medverkade medförde ett bortfall på sammanlagt 15 barn. Ytterligare 16 barn föll bort till följd av sjukdom bland barnen, eller att de inte samtyckte till att medverka i projektet. Det innebar slutligen att 29 barn bjöds in till den första delstudien. En jämn balans fanns emellertid avseende variationer av barnens kön och var de var bosatta.

Samma barn har därefter bjudits in till alla delstudierna (I, II, III, IV) utifrån etiska överväganden och av pragmatiska skäl. Att forska *med* barn innebär att ta hänsyn till barnens rätt att lära känna den som genomför projektet (Allmark, 2002). Det tar tid att bygga upp ett förtroendefullt förhållande till barn, föräldrar och sjuksköterskor.

I delstudie I och II medverkade de inbjudna 29 barnen. Ett barn exkluderades inför analysen i de båda delstudierna eftersom barnet inte talade eller förstod svenska ($n = 28$). Datainsamling med barnen till delstudie III och IV genomfördes vid samma hälsobesök då samtliga 29 barn åter bjöds in. Vid detta var bortfallet sju (III) respektive sex (IV) barn. Det berodde på att möjligheten att träffa barnen begränsades till följd av att: en sjuksköterska sjukskrevs (2 barn), en familj hade flyttat, en familj kom inte till avtalad tid vid två tillfällen, samt att två av barnen inte skulle genomgå vaccinationen som var fokus

för delstudierna. Ett barn föll bort i delstudie III då problem med inspelningsutrustningen uppstod (n = 22). I delstudie IV medverkade dock 23 barn. Datainsamlingsmetoden var en annan och inte beroende av samma utrustning.

Att samma barn tillfrågades om fortsatt medverkan i de olika delstudierna har inneburit att jag upprättat ett register över barnen med namn och adress. Detta har skett med tillåtelse från barnen och deras förälder. Registret förvaras inlåst.

4.4 DATAINSAMLING

För att ge barnen möjlighet att delge sitt perspektiv på de situationer de befann sig i, och kunna hantera asymmetrin mellan barn och vuxen gjordes övervägningar vid val av datainsamlingsmetoder (Allmark, 2002; Kirk, 2007). Om barnen känner sig obesvärade erhålls bättre data (Hill, 2005; Punch, 2002).

Att utforska barns perspektiv innebar en aktiv process som innefattade att höra, tolka och skapa mening. Begreppet *höra* begränsades inte till barnens talade ord (Clark, 2005). Med yngre barn i vårdsituationer behövdes metoder som förflyttar sig från en föreställning om att bara verbala uttalanden ger trovärdiga data (Watson, 2008). I avhandlingsarbetet har videoobservationer varit den huvudsakliga datainsamlingsmetoden för att fånga barnens uttryck (I, II, III). Även teckningar och reflekterande samtal har använts (IV).

4.5 VIDEOOBSERVATIONER

Videoobservationer används allt oftare för att utforska olika fenomen i vårdsituationer. Metoden tillåter att händelser fångas i sitt sammanhang och ger rika data som möjliggör analys av enskilda handlingar (Faulkner, Lewis & Cheung, 2001; Heath, Hindmarsh & Luff, 2010; Spiers, 2000). Vid forskning med barn ger videoteknik tillgång till aspekter av barns perspektiv som annars kan förbli osynliga (Punch, 2002). Tekniken gör det möjligt att lyfta ut en del av barnens verklighet för att utforska hur de gör i en specifik situation (Pramling Samuelsson & Lindahl, 1999). Därmed kan observatören prioritera aktörernas perspektiv (Heath et al. 2010) och möjliggöra för deltagarna att göra sin röst hörd (Haw, 2008).

I avhandlingsarbetet har videoobservationer genomförts under pågående hälsobesök för att fånga barnens uttryck (I, II, III). Yngre barn förmedlar sig företrädesvis med kroppen (Sommer, 2003). Videoteknik utgör därför en metod som är anpassad till barns kompetens. Metoden ger direkt tillgång till barnens kroppsliga och verbala uttryck i en situation. Ytterligare argument för att använda videoteknik var möjligheten att titta på

genomförda observationer vid upprepade tillfällen. Därmed kunde medforskare medverka i och validera analysarbetet (Heath et al., 2010; Lindahl, 1993).

Att använda videoobservationer innebar att göra medvetna val om hur videokameran skulle hanteras under observationen, dvs. om den skulle vara stationerad eller rörlig samt vad den skulle fokusera (Heath et al., 2010). Videoobservationerna genomfördes i sjuksköterskans mottagningsrum. Barnen och deras uttryck var i fokus vid videoobservationerna. Sjuksköterskorna och föräldrarna var involverade som medaktörer, men fokuserades inte med videokameran. Det var inte möjligt att använda en stationär videokamera då flera moment under ett hälsobesök kan ske utanför sjuksköterskans mottagningsrum. Om barnet lämnade mottagningsrummet följde jag efter med videokameran. Valet att inte fokusera samtliga aktörer kan ses som en begränsning då hälsobesökets sammanhang inte fångats i sin helhet (Sparrman, 2005).

Videoobservationer behöver inte påverka aktörerna. När en situation observeras i sitt naturliga sammanhang har deltagarna en uppgift som ska genomföras (Heath et al., 2010). Barnen, sjuksköterskorna och föräldrarna befann sig inte på BVC för att i första hand bli videoobserverade, utan för att genomföra ett hälsobesök. Barnen verkade dessutom inte ta så stor notis om min närvaro när sjuksköterskan väl inledde hälsobesökets aktiviteter. De verkade snarare uppfatta mig som en naturlig del av situationen, vilket kan ha att göra med att barn numera är vana vid att bli videofilmade (Lindahl, 1993; Sparrman, 2005).

Datainsamling med video innebar etiska överväganden kring att jag som observatör inte var medveten om vad inspelningarna innehöll förrän filmerna noggrant sågs igenom. Det innebar att varken observatör eller de observerade egentligen visste vad som kunde utforskas. Därför var det viktigt med information om varför video användes, vem som skulle få se filmerna och hur de förvarades (Preisler, 1990). I mötet med familjerna tydliggjordes att filmerna inte skulle användas som bedömningsunderlag av barnens utveckling eller förmågor, utan att intresset var att utforska *hur barnen gjorde* vid hälsobesöken. Informationen innefattade även att filmerna förvarades inlåsta samt att de under analysen skulle visas för delstudiernas medforskare (MS, KC).

Sjuksköterskorna var ombedda att avbryta en pågående videoobservation om de ansåg det nödvändigt, utifrån barnets välbefinnande. Ingen videoobservation avbröts under de två första delstudierna. Under den tredje delstudien avbröts en videoobservation. Barnet tillfrågades om sin vilja att fortsätta eller avsluta videoobservationen. Barnet undvek att svara och i samråd mellan förälder, sjuksköterska och videoobservatör beslöts

att avbryta videoobservationen. Detta barn skulle inte heller genomföra vaccinationen som var fokus för delstudien (III).

Videoobservationer har genomförts vid tre insamlingsperioder, våren 2007; våren 2008 och hösten 2009. En datainsamlingsperiod för respektive delstudie (I, II, III) då de medverkande barnens planerade hälsobesök vid tre-, fyra-, och femårsålder genomfördes. Efter att videoobservationerna har genomförts har arbetet med transkribering och analys tagit vid. Videoobservationerna har analyserats hermeneutiskt med inspiration från Ödman (2007).

4.6 HERMENEUTISKT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Valet av hermeneutiskt förhållningssätt för analys av videoobservationerna beror av dess överensstämmelse med avhandlingens teoretiska utgångspunkter. Ett fenomen ska utforskas i den situation det förekommer och människor är sociala aktörer vars handlingar kan tillskrivas mening (Schütz, 1999; Ödman, 2007). Förförståelse, intuitiv öppenhet och den utforskande rörelsen mellan det som utforskas och forskarens perspektiv är centralt i förhållningssättet (Ödman, 2007).

Förförståelse är svår att beskriva utförligt och tillräckligt. Den förändras över tid med nya erfarenheter som varje människa tillgodogör sig i sina olika vardagliga situationer. Ett sätt att beskriva den egna förförståelsen är att beskriva egna erfarenheter från det område där forskningen genomförts. Jag är utbildad distriktssköterska, men mina professionella erfarenheter av barnhälsovård utgörs enbart av verksamhetsförlagd utbildning. Jag har erfarenhet av barnhälsovård och barnsjukvård som förälder. Ett annat sätt att redogöra för min förförståelse är att beskriva mitt barnperspektiv. Det är erfarenheter från olika livssituationer som bidragit till detta. Vid den verksamhetsförlagda utbildningen vid BVC fanns möjlighet att betrakta barns uttryck, vilket bidrog till nyfikenhet och intresse. Erfarenheter av att vara förälder, och specifikt situationer liknande den som beskrivits i inledningen, har haft inverkan på mitt barnperspektiv. Mina erfarenheter har bidragit till förståelse för hur barn företrädesvis visar sitt perspektiv och vilja till delaktighet med kroppen och att jag som vuxen aldrig kan få full tillgång till barnets perspektiv och dess känsla av delaktighet. Denna insikt och förståelse har medfört en strävan att vara öppen vid tolkning av barnens uttryck och att ifrågasätta den förståelse de tillskrivits.

Avhandlingsarbetet har allt eftersom de olika delstudierna genomförts också bidragit till min förförståelse genom erfarenheter och utökad förståelse. Nyvunnen

kunskap har fått betydelse för efterkommande delstudier. Det är dock inte möjligt att beskriva exakt vilken kunskap och utvecklad förförståelse som bidragit till vad. Min medvetenhet om förförståelsens betydelse har bidragit till varsamhet och att vara intuitiv öppen för barnens uttryck. Detta var möjligt genom att datainsamling skett under tre olika tidsperioder. Den intuitiva öppenheten har underlättats genom att en genomförd delstudie har lagts åt sidan innan arbetet med transkribering och analys av nästa delstudie tagit vid. Detta förfaringssätt har även underlättat den utforskande rörelsen mellan perspektiv, dvs. de uttryck barnen demonstrerar och mitt barnperspektiv.

4.6.1 Hermeneutisk analys av videoobservationer

De teoretiska utgångspunkterna utgör del av min förförståelse av barnens uttryck (Ödman, 2007). Den hermeneutiska analysen för delstudie I-III inleddes med att lära känna materialet för att få en första förståelse för dess innehåll (Ödman, 2007). Detta innebar i delstudie I att hela det videoobserverade hälsobesöket sågs och transkriberades till text. Efter transkriptionen valdes en specifik situation vid hälsobesöket för analys. Den valda situationen i delstudie I, treårsbesöket, var när sjuksköterskan undersökte barnens språkutveckling. Barnen fick benämna olika föremål som togs fram ur en tygpåse eller som fanns framlagda på ett bord. Situationen i delstudie I kan beskrivas som att sjuksköterskan kontinuerligt guidar barnen i vad de ska göra, dvs. hur de förväntas delta.

För delstudie II och III valdes situationer för analys innan videoobservationens genomförande. De situationer som valdes skulle kontrastera mot den valda situationen i delstudie I. En första förståelse för de utvalda specifika situationerna erhöles därmed när dessa sågs i sin helhet och transkriberades till text.

I delstudie II innefattade den valda situationen undersökning av de fyraåriga barnens kognitiva och finmotoriska utveckling. Situationen genomfördes genom att barnen fick rita en teckning. Denna situation tillät, till skillnad från den i delstudie I, att barnen handlade mer oberoende av sjuksköterskans guidning.

I delstudie III valdes situationen då de femåriga barnen genomgick en vaccination. Det var återigen en situation där barnens delaktighet guidades av sjuksköterskan men dess innehåll skiljde sig från delstudie I.

Efter transkribering innebar nästa steg i analysen att särskilja varje uttryck i texten för att utforska dem vidare. Uttrycken beskrevs genom att ställa frågor till texten. Dessa frågor utgick från syftet och den teoretiska utgångspunkten för förståelse att situationen, i vilken uttryck uppkommer har betydelse. Frågor som användes var: Vilken sorts uttryck

är detta? När visar sig uttrycket? På vilket sätt demonstreras uttrycket? Detta tillvägagångssätt innebar att gå från den specifika delen i situationen där uttrycket visas, till varje enskilt uttryck och därefter tillbaka igen till dess ursprung i situationen (Ödman, 2007). Denna beskrivande del av analysen gjorde det möjligt att abstrahera barnens demonstrerade uttryck till kondenserade uttryck. Liknande uttryck från liknande sammanhang grupperades tillsammans.

För delstudie I, tillät detta systematiska förfaringssätt en konstruktion av begrepp som gav förståelse för de treåriga barnens handlingar. Följande handlingar konstruerades: *Söker stöd och bekräftelse, Bjuder in, Söker ledtrådar, Tar paus, Uppmärksammar, Tillgodoser egna önskningar, Besvarar bejakande och bekräftar sig själv, Avisar och Strävar emot*. Efter att uttrycken konstruerats som handlingar fanns behov av att gå tillbaka och utforska barnens möte med sjuksköterskan i situationen som helhet. Att föra barnens handlingar tillbaka till situationen som en helhet gjorde det möjligt att utforska hur dessa handlingar ingick i en process av olika tillstånd: *Att göra sig redo, Att vara beredd, Att bekräfta sig själv, Att inte vara redo och Att vara motvillig*.

I delstudie II innebar analysen att de fyraåriga barnens uttryck konstruerades som handlingar där barnen influerade och tog sig an hälsobesökssituationen. Barnens handlingar var: *Tillgodoser sina egna önskningar, Accepterar, Uppmärksammar, Följer ledtrådar, Fokuserar, Undviker och Protesterar*. Analysen för att förstå *hur* barnen inverkade på och tog sig an situationen innebar att återigen gå från den specifika delen av situationen till varje uttryck och därefter till den specifika delen av situationen igen. Denna process gjorde det möjligt att utforska och få förståelse för barnens strategier, vilka benämns som *Bejakande och Förhalande förhandlingsstrategier*.

I delstudie III innebar analysen att de femåriga barnens uttryck konstruerades som handlingar där barnen gör sig redo för att inverka på och ta sig an vaccinationen samt som handlingar där barnen inverkar på och tar sig an situationen. Barnens handlingar var: *Söker stöd och bekräftelse, Söker ledtrådar, Uppmärksammar, Tillgodoser egna önskningar, Undviker och Protesterar*. Barnens handlingar har konstruerats som meningssökande strategier där de *Förhandlar* när de *Tar in situationen, Bejakar* eller *Förhalar situationen*.

4.7 TECKNINGAR OCH SAMTAL

Att rita är ett sätt att tänka högt, vilket ger teckningar en underliggande innebörd (Aronsson, 1997). När barn ritat uttrycker de sådant de känner till (Holmsen, 2007) med sina kroppsliga erfarenheter (Golomb, 2004). Teckningar ger därmed direkt tillgång till barns uppfattningar och är en metod anpassad till deras kompetens (Backett-Milburn & McKie, 1999; Bradding & Horstman, 1999; Franck, Sheikh, & Oulton, 2008; Horstman et al., 2008; Pridmore & Bendelow, 1995; Punch, 2002; White et al., 2010).

I delstudie IV utforskades barnens uppfattningar av att genomgå en vaccination. Varje barn ritade sin teckning utifrån samma angivna tema (Bradding & Horstman, 1999; Stafström, Rostasy & Minster, 2002): ”rita dig själv när du får sprutan”. Enbart teckningar är inte tillräckligt för att fånga ett barns uppfattningar. Därför fick barnen reflektera kring sin teckning för att förstå den mening den avslöjade (Walker, Caine-Bish & Wait, 2009). För att uppmuntra barnen till samtal om sin teckning ställde jag frågor om vad de hade ritat. Vid samtalet fick barnen tillsammans med mig dessutom reflektera kring en bild som visade en musunge som får en injektion i ”armen” en s.k. samtalsbild (Holmsen, 2007). Bilden användes för att ytterligare hjälpa barnet att fokusera på vaccinationen och förmedla sina erfarenheter (Holmsen, 2007). De frågor som ställdes till barnet utifrån bilden var: Vad händer här?, Hur känner sig musungen? Det finns barn som är rädda för att få sprutan, vad kan man göra för att vara mindre rädd? Beroende av hur varje barn svarade på de olika frågorna ställdes följdfrågor.

Barn är situationsbundna och därför behöver deras uppfattningar fångas nära en konkret erfarenhet (Övreeide, 2000). Teckningar och samtal med barnen genomfördes i sjuksköterskans mottagningsrum, i direkt anslutning till att de genomgått vaccinationen. Vid genomförandet fanns föräldern med, när barnet själv uttryckte önskemål om detta. Sjuksköterskan som genomfört vaccinationen var inte närvarande. När det var möjligt gjordes noteringar om i vilken ordning barnet ritade. Ett barns ritordning har betydelse för den senare analysen av bilder och samtal (Holmsen, 2007). En del barn ville inte visa vad de ritat förrän teckningen var klar. Från att metodens tillvägagångssätt introducerats till barnet och till det att de lämnat mottagningsrummet spelades samtalen in.

Alla medverkande barn (n=23) ville inte rita. Därför består materialet i delstudie IV av 20 teckningar och 23 samtal.

4.7.1 Analys av teckningar och samtal

Trots att teckningar och samtal är en datainsamlingsmetod som tidigare använts vid forskning med barn inom vårdområdet är tillvägagångssättet för analys sällan formulerat (Franck, et al., 2008; Horstman & Bradding, 2002; Pridmore & Bendelow, 1995; Smith & Callery, 2005; Stafstöm, et al., 2002; Walker, et al., 2009). Pridmore och Bendelow (1995) beskriver sitt tillvägagångssätt som att de lät barnen själva tolka sina teckningar och att deras skrivna eller inspelade kommentarer utgjorde grunden för analys. Walker et al. (2009) beskriver att de använde ett definierat kodningssystem av kategorier för analys.

Ovanstående studier gav ingen vägledning om hur barns teckningar kan analyseras. Det kan antyda hur komplext sådant analysarbete är. För min analys har istället litteratur kring bildanalys utgjort inspirationskällor (Aronsson, 1997; Golomb, 2004; Holmsen, 2007). Golomb (2004) menar att femåringar ofta bestämmer i förväg vad eller vilka de ska inkluderas i sin teckning. Det som inkluderas är av betydelse. Detta får som konsekvens att mindre viktiga föremål utesluts helt i en teckning (Aronsson, 1997; Holmsen, 2007). Holmsen (2007) framhåller dock att barn kan utesluta sådant som uppfattas som farligt.

Barn tecknar först det som är viktigast (Holmsen, 2007). Det viktiga ritas stort och centralt (Aronsson, 1997; Holmsen, 2007). Detta kan visa ett barns uppfattning om sig själv som central eller som perifer deltagare i en situation (Aronsson, 1997). Golomb (2004) menar att proportioner och relationer mellan föremål i barns teckningar visar deras uppfattningar. Betydelsefulla kroppsdelar eller föremål i en situation kan därför ritas proportionellt större (Holmsen, 2007). Hur föremål eller aktörer arrangeras i förhållande till varandra är förutbestämda av barnets subjektiva uppfattningar. Barn avslöjar även känslor genom hur något formas. Generellt utpekas ett ansikte i en teckning som bärare av känslor. Glädje formas som en uppåtsvängd mun och ledsenhet som en nedåtsvängd mun (Golomb, 2004). Känslor kan även uttryckas genom styrkan hos linjerna i en teckning. Det måste samtidigt hållas i minnet att det är svårt att veta om den förståelse som tillskrivs en teckning är den rätta (Holmsen, 2007).

För att utforska barnens uppfattningar av att genomgå en vaccination utifrån deras teckningar och reflektioner söktes ett strukturerat förhållningssätt för analysen. Fenomenografiskt förhållningssätt (Marton, 1988; Marton & Booth, 1997) och förfaringssätt valdes för analys (Dahlgren & Falsberg, 1991).

4.8 FENOMENOGRAFISKT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Fenomenografiskt förhållningssätt för analys av teckningar och samtal stämde överens med den teoretiska utgångspunkten att människors uppfattningar av ett fenomen eller en situation beror av tidigare erfarenheter, situationens sammanhang samt den mening fenomenet eller situationen tillskrivs (Marton, 1988; Marton & Booth, 1997; Schütz, 1999). Centralt i ett fenomenografiskt förhållningssätt är förståelse för: första och andra ordningens perspektiv, vad och hur aspekter av erfarenheter och uppfattningar, samt förståelse för att beskrivningar av andras erfarenheter och uppfattningar inte sker oberoende av den som gör beskrivningarna (Marton, 1988; Marton & Booth, 1997). Vid de beskrivningar som gjorts har jag, liksom i det hermeneutiska förhållningssättet, strävat efter att förhålla mig öppen till barnens erfarenheter och uppfattningar jag fått ta del av samt varit medveten om min förförståelse.

Första och andra ordningens perspektiv utgör sätt att förhålla sig till sin omvärld. Det förstnämnda perspektivet innebär hur något är. Det sistnämnda hur människor erfar och uppfattar att något är. Vid ett fenomenografiskt förhållningssätt är det andra ordningens perspektiv som utforskas. Människor erfar, förstår och uppfattar en situation på kvalitativt olika sätt. I en grupp människor finns ett begränsat antal olika uppfattningar vilka kan sorteras i kategorier som beskriver dessa uppfattningar. *Vad* människor erfar och uppfattar och *hur* detta erfars och uppfattas kan härledas till människors erfarenheter och det specifika sammanhanget (Marton, 1988; Marton & Booth, 1997).

4.8.1 Fenomenografisk analys av teckningar och samtal

Den fenomenografiska analysen var inspirerad av det strukturerade förfaringssätt som presenterats av Dahlgren och Falsberg (1991). Jag har emellertid anpassat de olika momenten i analysen till mitt material genom att hänsyn har tagits till litteratur om hur barns teckningar kan förstås. De olika analysmomenten presenteras nedan.

Att lära känna materialet. Alla teckningar gjordes familjära när de granskades för att upptäcka variationer mellan dem. De framträdande skillnaderna mellan teckningarna var: hur många aktörer som ritats, om linjerna var hårda eller upprepade, hur munnen var ritad, samt storlek och proportioner på detaljer (Aronsson, 1997; Golomb, 2004; Holmsen, 2007). Utskrifterna från barnens reflektioner kring sin teckning och samtalsbilden lästes igenom. Även noteringar kring barnens ritordning, när sådana fanns, lästes igenom. Teckningarna och samtalen arrangerades därefter i grupper utifrån vad

barnen uppmärksammat i sina teckningar. De samtal som inte hade en tillhörande teckning utgjorde en grupp för sig.

En första beskrivning. Varje barns reflektioner kring sin teckning och mina anteckningar kring ritordning fördes samman med teckningen. Därefter beskrevs teckningarnas innehåll genom att ställa *vad* och *hur* frågor. *Vad har barnet ritat?*, vilket avslöjar vad barnen uppmärksammat. *Hur har barnet ritat?*, dvs. i vilken ordning, färger och detaljers proportioner? Även varje barns reflektioner kring samtalsbilden beskrevs utifrån *Vad* och *hur* frågor. *Vad reflekterar barnen kring? Hur reflekterar barnen?*, dvs. hur var rösten.

Kondensering. Beskrivningarna av barnens teckningar och reflekterade samtal från det föregående momentet fördes samman och kondenserades till en *andra beskrivning* av *vad* och *hur* barnen uppfattade vaccinationssituationen.

Konstruktion av preliminära kategorier. De kondenseringar som liknade varandra fördes samman i preliminära, kvalitativt olika kategorier utifrån vad det enskilda barnet uppmärksammat i sin teckning.

I jämförelsen av de preliminära kategorierna, upptäcktes andra likheter och skillnader vilka fokuserade barnens uppfattningar av vaccinationen. Utifrån dessa variationer konstruerades följande beskrivningskategorier: Aktörer och föremål som uppmärksammas, Känslor i situationen; det kändes inte bra och/eller det kändes bra, Handlingar för att ta sig an och bemästra vaccinationen.

Konstruktion av teman. Variationerna inom beskrivningskategorierna ordnades i ett utfallsrum med tre teman av uppfattningar kring hur barnen uppfattade vaccinationen. Varje uppfattning, tema, innehåller de varierande beskrivningskategorierna där *vad* och *hur* aspekten kunde relateras till varandra (tabell 2, sidan 36).

4.9 FORSKARROLLEN

Mänskliga handlingar måste förstås i de sammanhang de äger rum. Det innebar att jag befann mig i det sammanhang som barnen var i när de medverkade i olika situationer vid sina hälsobesök (I, II, III). Att vara på plats i det specifika sammanhanget innebar medvetna val om forskarrollen. En observatör utgör alltid en del av det aktuella sammanhanget och kommer därmed att påverka det på något sätt (Pilhammar Andersson, 1996). Mina val innebar att forskarrollen pendlat mellan en öppen aktiv roll och en öppen passiv roll. Att rollen varit öppen innebar att barnen, föräldrarna och sjuksköterskorna var informerade om det övergripande syftet med min närvaro. Den aktiva rollen innebar ett

val att svara på frågor från samtliga deltagare under pågående videoobservation, men även passiv genom att jag inte själv initierade samtal eller aktiviteter under pågående hälsobesök. Kvalitativ forskning är generellt passiv genom att forskaren inte deltar i den kliniska situationen utan endast observerar och beskriver vad som händer (Morse, 2007). Att vara passiv innebar också att jag befann mig i situationens periferi för att få tillgång till barnens perspektiv (Hammerlsey & Atkinson, 1995). Andra medvetna val, som blev aktuella vid delstudie II och III, var att inte avslöja vilken specifik situation som var i fokus för studien. Detta gjordes för att inte försätta de medverkande i en situation där de försökte tillfredsställa mina intressen eller undanhålla information (Pilhammar Andersson 1996).

När barnen tecknade och deltog i samtal (IV) var det av betydelse att vara lyhörd för barnens ork och vilja. Ett hälsobesök är uttröttande för en femåring, särskilt när hälsobesöket inträffar sent på eftermiddagen när barnen varit på förskolan hela dagen. Innehållet i hälsobesöket som sådant kan också vara uttröttande för ett barn. Det förekom att barnen hade andra aktiviteter som väntade efter hälsobesöket. Dessa omständigheter påverkade barnens intresse och motivation när de i delstudie IV skulle rita och samtala om vaccinationen. Att försöka hålla kvar barnet för att försöka få mer information ger inte bättre data och strider även mot etiska överväganden vid forskning med barn.

Genom videoobservationer, teckningar och reflekterande samtal har det varit möjligt att närma mig barnens perspektiv. Sommer (2003) menar dock att det måste finnas en medvetenhet om att barns perspektiv alltid tolkas ur ett vuxenperspektiv. Detta innebär att det i forskarrollen iakttagits ett ödmjukt förhållningssätt vid analys av barnens uttryck, teckningar och uttalanden.

4.10 SYNTETISERING AV DELSTUDIE I, II, III

I ramberättelsens resultatavsnitt har resultaten i de tre första delstudierna förts samman till en syntes. Detta förfaringssätt har inneburit att de olika resultaten först granskats var för sig och därefter förts samman till ett resultat i avhandlingen (tabell 1, sidan 23). Det syntetiserade resultatet ger helhetsförståelse av yngre barns uttryck när de deltar i olika aktiviteter vid hälsobesök inom Barnhälsovården. Avhandlingsarbetet är inte longitudinellt i det avseendet att de medverkande barnens utveckling från tre till femårsålder har eftersökts och analyserats i kronologisk ålder. Därför framgår inte av beskrivningarna i vilken ålder de olika uttrycken demonstreras. Det framgår emellertid från vilken delstudie beskrivningarna härrör från.

Tabell I Syntetisering av delstudie I, II och III.

Kondenserade uttryck	Handlingar	Tillstånd och Strategier
<p>Söker kroppskontakt med förälder (I, III). Söker kontakt med ssk (III). Bjuder in förälder (I). Söker bekräftelse hos förälder (I).</p>	<p>Söker stöd och bekräftelse</p>	<p>Att göra sig redo – Att ta in situationen</p>
<p>Skärper sin uppmärksamhet (I, III). Tar in rummet (III). Följer vad ssk gör (I, II). Frågar (I, III). Följer samtal mellan ssk och förälder (III). Reflekterar (III).</p>	<p>Söker ledtrådar</p>	
<p>Släppnar av i sin uppmärksamhet (I, II). Tar sig tid att avsluta en aktivitet (I). Vänder sig mot sitt inre (I).</p>	<p>Tar paus</p>	
<p>Besvarar en fråga eller inbjudan (I, II, III). Följer ledtrådar och instruktioner (I, II, III). Accepterar (III).</p>	<p>Uppmärksammar</p>	<p>Att vara beredd – Att förhandla bejakande</p>
<p>Tar egna initiativ (I, II, III). Bjuder in föräldern eller ssk till aktiviteten (I, II). Tar ett steg i taget (III).</p>	<p>Tillgodoser egna önskningar</p>	
<p>Reflekterar (II). Upptagna med att genomföra aktiviteten (II, III). Frånvarande uppmärksamhet (III).</p>	<p>Fokuserar</p>	
<p>Avvisar inbjudan (I, II, III). Tar sig tid (III).</p>	<p>Undviker</p>	<p>Att inte vara redo eller att vara motvillig – Att förhandla förhållande</p>
<p>Ignorerar (I). Visar sitt ogillande (III). Protesterar (I, II, III).</p>	<p>Strävar emot</p>	
<p>Bejakar beröm (I).</p>	<p>Bekräftar sig själv</p>	<p>Att bekräfta sig själv</p>

5 RESULTAT

Mitt resultat inleds med en presentation av hur en situation vid hälsobesök kan förstås som *samhandling* mellan barn, sjuksköterska och förälder. Därefter följer en övergripande beskrivning av barnens kroppsliga och verbala uttryck följt av en mer detaljerad beskrivning av hur barn förhandlar med sig själva, med förälder och sjuksköterska i de olika situationerna (I, II, III). Den sista delen utgörs av en beskrivning av barnens uppfattningar av att genomgå en vaccination (IV).

I delstudie I, II och III har fokus varit de kroppsliga och verbala uttryck barnen demonstrerar i situationer vid hälsobesök. Barnen använder delar av eller hela sin kropp när de deltar i de olika aktiviteter de bjuds in till. Barnens kropp är som helhet samlad och stilla eller demonstrerar kroppslig glädje. Barnen visar glädje med stora vida rörelser, genom att svänga med bålen eller benen, glida eller hoppa på stolsitsen. Barnens verbala uttryck innefattar det de säger, men även ljud som skratt, gråt eller gnäll. Barnen använder företrädesvis kroppen. De verbala uttrycken kompletterar eller förstärker de kroppsliga uttrycken. Barnen *riktar* sina uttryck mot sig själva, mot föräldern, mot sjuksköterskan, gentemot mottagningsrummet eller de olika föremål som används i de olika situationerna eller som finns i rummet.

En hälsobesökssituation utgörs av en inbjudan-besvarande process. Denna process har tillskrivits begreppet *samhandling*. Den innefattar den inbjudan barnet får från sjuksköterskan till att delta i en aktivitet och hur barnet, på något sätt, besvarar denna inbjudan. Vid samhandling bidrar samtliga aktörer; barnet, föräldern och sjuksköterskan, ömsesidigt till hur situationen formas. När barnen bjuds in till aktivitet *gör de sig redo*, för att därefter *när de är beredda, ta sig an aktiviteten* och besvara sjuksköterskans inbjudan. Samhandlingen avslutas med att barnen *bekräftar sig själva*. Denna process är dynamisk. Det innebär att ett barn kan röra sig mellan att förbereda sig och ta sig an aktiviteten upprepade gånger innan det bekräftar sig själv. Det kan också innebära att ett barn, från att det har bekräftat sig själv, direkt är beredd att ta sig an en ny inbjudan utan att förbereda sig inför den. Att processen är dynamisk innebär vidare att varje barn genomgår den i sin egen takt. När barnen samhandlar, med sjuksköterska och förälder, befinner de sig i olika tillstånd av: *att göra sig redo, att vara beredda, att inte vara redo, att vara motvilliga* samt *att bekräfta sig själv*. I dessa olika tillstånd *förhandlar* barnen med sig själva, med sjuksköterskan och med föräldern.

Barnen har hanterats konfidentiellt. I delstudie I och II användes pseudonymer och i delstudie III och IV har barnens namn avkodats. I avhandlingens resultat har barnens namn också avkodats.

5.1 ATT GÖRA SIG REDO - ATT TA IN SITUATIONEN

Barnen gör sig redo för den aktivitet som sjuksköterskan bjuder in till genom att förhandla med sig själva. Med denna förhandling kan barnen *ta in, förstå och anpassa sig* till det som sker omkring dem. När barnen gör sig redo är de i samförstånd med sig själva om att de ska genomföra den aktivitet de bjuds in till. Denna förhandlingsstrategi innefattar olika handlingar där barnen visar hur de *söker stöd och bekräftelse, söker ledtrådar och tar paus*.

5.1.1 Söker stöd och bekräftelse

När barnen demonstrerar att de söker stöd och bekräftelse visar de sitt behov av trygghet för att förstå och anpassa sig till det som sker.

Barnen *söker kontakt* med både *förälder* (I, III) och *sjuksköterska* (III). Barnen söker kontakt med föräldern genom att krypa upp och sätta sig i knä, genom att vända sig mot, sträcka sig efter eller ta tag i föräldern (I, III). Barnen uttrycker också sina önskningar om kroppskontakt verbalt (III):

Barnet tittar mot föräldern: Mamma jag vill hålla dig i handen.

Föräldern reser sig från sin plats och sätter sig bredvid henne.

Barnet sträcker sig efter och tar tag i förälderns hand.

Ett annat sätt att söka kontakt med föräldern är att *bjuda in föräldern* till den pågående aktiviteten (I). Detta sker när barnen inte kan besvara en fråga eller svarar fel och blir rättade. Barnen kan också bjuda in föräldern utan att säga något. De placerar föremål, som de är ombedda att benämna, framför sin förälder. När barnen inte förstår eller inte vet svaret vänder de sig mot föräldern och upprepar frågan (I):

Ssk: Vilken färg har däckan?

Barnet vänder sig mot föräldern: Vad är däckan?

Ssk: Vilken färg har de?

Barnet tittar mot sin förälder: Vilken färg har dom?

Barnen som söker kontakt med sjuksköterskan, för att förstå det som sker, gör det genom att titta eller gå mot henne (III).

När en aktivitet är avslutad söker barnen *bekräftelse* hos sin förälder (I). Detta är ett sätt att göra sig redo för att ta in, förstå och anpassa sig till nästa aktivitet. De

ovanstående beskrivna uttrycken, för hur barnet söker kroppskontakt med föräldern, utökas då med leenden och pekningar mot de olika föremål som använts.

5.1.2 Söker ledtrådar

När barnen söker ledtrådar visar de sin nyfikenhet samt sin vilja att förstå vad som ska ske och vad som förväntas av dem.

Barnen *skärper sin uppmärksamhet*. De visar ansiktsuttryck som att pressa samman, bita i eller truta med läpparna och rynka pannan (I, III). De visar även uttryck där hela kroppen involveras, som att ställa sig på knä eller på tå, luta sig framåt, sätta sig eller sträcka på sig (III).

Barnen *tar in rummet* och *följer vad sjuksköterskan* gör. De ser sig omkring i mottagningsrummet (III) och följer vad sjuksköterskan gör med blicken eller genom att vända kroppen efter henne (I, III). Barnen kan också gå efter sjuksköterskan (III).

Barnen *ställer frågor* för att få reda på vad sjuksköterskan gör eller för att få ytterligare förklaring kring vad som förväntas av dem (I, III). Frågor kan vara verbala: ”Vad har du?” eller ”Vad är det?” De kan också vara kroppsliga och uttrycks genom att barnen söker ögonkontakt med sjuksköterskan, rynkar ögonbrynen och/eller vilar huvudet mot handen (I).

Ytterligare ett sätt, som visar hur barnen söker ledtrådar, är att *följa samtal mellan sjuksköterska och förälder* genom att tyst flytta blicken mellan dem (III).

Barnen *reflekterar* (III) även över det sjuksköterskan säger. Att barnen reflekterar märks när de vänder blicken bort från sjuksköterskan och ut i rummet, mot väggen eller upp i taket och sedan tillbaka till sjuksköterskan igen. När barnen reflekterar visar de även att de försöker föreställa sig vad som ska ske:

Barnet flyttar sin kropp framåt och bakåt, hon tittar på sin förälder: Gör det ont?

Föräldern: Det tror jag inte.

Ssk: Det känns som ett litet stick.

Barnet tittar på sjuksköterskan, suger in läppen i munnen och tittar ut i rummet utan att fixera blicken.

Föräldern: Det kommer att kännas som ett litet stick och sedan kommer det inte att kännas alls.

Barnet vänder sig till föräldern: Kan du göra som sticket med ditt finger? Mamma, kan du göra som sticket med ditt finger på mig? Hon lutar sig fram, tar sin mammas hand: Kommer det bara, hon pressar sin mammas finger mot sin hand, göra så här ont?

5.1.3 Tar paus

När barnen tar paus ägnar de sig åt sig själva för en stund, de samlar sig eller vilar inför det som ska ske härnäst (I, III).

Barnen *slappnar av i sin uppmärksamhet* när de väntar på sjuksköterskans nästa inbjudan (I) eller när sjuksköterskan för ett ögonblick lämnar mottagningsrummet (III). Att barnet slappnar av märks genom att de drar till sig händerna, knäpper dem eller vilar huvudet i handen (I), ler, pratar spontant eller genom att visa kroppslig glädje (I, III):

Barnet lutar sig med ryggen mot bordet.

Föräldern: Är det lite läskigt?

Barnet lägger ner huvudet på bordet och tittar mot taket: Nej.

Föräldern: Det kommer att gå bra.

Barnet biter sig i läppen, ler: Jag vill dansa.

Föräldern: Vill du dansa? Jamen gör det då.

Barnet: Okej. Han lägger sig ner på golvet och utför en slags breakdans.

Barnen *tar sig tid att avsluta en aktivitet*, trots att sjuksköterskan bjudit in till en ny aktivitet, genom att ägna sig åt de föremål som använts och lagts åt sidan (I).

Barnen *vänder sig mot sitt eget inre* (I) när de tittar ut i tomma intet och svarar frånvarande med enstaka ljud som ”ehh” när de bjuds in till aktivitet. Dessa uttryck liknar de uttryck barnen använder när de söker ledtrådar och reflekterar över vad sjuksköterskan berättar om den kommande aktiviteten. Det som skiljer är situationen det sker i. När barnen vänder sig mot sitt inre och tar paus sker det mellan två aktiviteter, och när barnen söker ledtrådar och reflekterar sker det när sjuksköterskan redan bjudit in till aktivitet.

5.2 ATT VARA BEREDD - BEJAKANDE FÖRHANDLINGSSTRATEGIER

När barnen är beredda att benämna olika föremål, rita eller genomgå vaccinationen visar de bejakande förhandlingsstrategier. Barnen förhandlar med sjuksköterskan, föräldern och sig själv för att nå samförstånd i situationen. Barnens bejakande förhandlingsstrategier bidrar till att situationen förs framåt. Deras förhandlingsstrategier visar *uppmärksamhet* (I, II, III), hur de *tillgodoser egna önskemål* (I, II, III), samt hur de *fokuserar* (II, III).

5.2.1 Uppmärksammar

När barnen uppmärksammar det som sker omkring dem visar de att de är beredda och vill samhandla med sjuksköterskan. De förstår vad som ska ske och vad som förväntas av dem.

Barnen *besvarar en fråga eller en inbjudan* med kroppen, genom att nicka eller le, de sträcker sig efter, plockar upp, undersöker och flyttar klossar, smådjur, pennor och papper (I, II). De rycker på axlarna när de inte förstår vad sjuksköterskan frågar efter eller när de inte vet svaret. Verbala svar kan variera från enstaka ord till detaljerade historier (I, III). Bekräftande enstaka svar på frågor eller uttalanden kan vara: ”Ja”, ”Mmmm” eller ”Okej” (II, III). Dessutom förekommer konstateranden och motfrågor som: ”Vad?” och ”Varför?” (III) eller att barnen berättar om sina egen förmågor (II) eller upprepar ett svar för att tydliggöra när sjuksköterskan inte har förstått (I, II). Hur barnen använder sin röst, när de uttrycker sig verbalt, skiftar mellan viskningar, rop, och ordinär (I) eller ledsen samtalston (III). Barnen ger också ifrån sig ljudeffekter ackompanjerade av kroppsliga gester när de konstruerar en historia kring sin teckning (II).

Barnen *följer ledtrådar och instruktioner* och hörsammar sjuksköterskans uppmaning om att gå i en specifik riktning, dra upp sin tröjärm eller andas med djupa andetag (III). När barnen har förstått hur en aktivitet går till och vad som förväntas av dem kan de fullfölja aktiviteter utan att invänta instruktioner och även ta över sjuksköterskans handlingar (I). När barnen bjuds in till att rita förekommer att de berättar att de inte kan, men genom att uppmärksamma hur sjuksköterskan gör och följa hennes ledtrådar kan de fullfölja aktiviteten (II):

Ssk: Kan du rita en gubbe?

Barnet tittar upp mot ssk och sedan mot lådan med kriter på bordet. Han tittar mot väggen: Nnn...nej.

Ssk: Kan du rita en cirkel?

Barnet: Nej. Han hasar med fötterna mot golvet.

Ssk tar en krita och håller fram den mot barnet: Vill du ha den här kritan?

Barnet tar kritan och börjar rita: Jag kan inte rita.

Ssk ritar en cirkel: Kan du rita en sån här?

Barnet tittar mot ssk och det hon ritar. Han börjar sedan rita.

Ssk: En boll.

Barnet: Ja, en liten en.

Ssk: Ja, en liten boll. Nu kan du rita små ögon på bollen.

Barnet ritar ett öga.

Ssk: Och så ett till öga.

Barnet ritar ett öga.

Barnen *accepterar* sjuksköterskans önskemål och agenda (II) när de anpassar sig. De accepterar det sjuksköterskan vill trots att det inte överensstämmer med egna intentioner eller önsknings. De visar sin acceptans genom att titta mot sjuksköterskan, stanna upp i det de gör och att indirekt påtala sin acceptans (II):

Barnet kommer in i mottagningsrummet, papper och kriter ligger på bordet: Jag tänker sätta mig och rita.

Ssk: Ja, det är bra, du vet precis vad du ska göra.

Barnet går fram till stolen, klättrar upp och sätter sig...sträcker ut handen mot lådan med kriter och väljer en krita: Jag ska rita någonting...

Ssk: Ja, kan du rita något fint?

Barnet tittar mot ssk: Det ska bli många färger det här. Hon tittar ner på pappret: Regnbågsfärger.

Ssk: Kan du rita en flicka eller pojke tror du?

Barnet tittar upp och runt i rummet: Det ska bli ett litet spel. Hon tittar tillbaka mot pappret.

Föräldern sträcker ut en hand mot henne och tar henne på armen: Kan du rita en gubbe först? Det vill hon att du gör.

Barnet tittar upp mot ssk: Det ska bli en blå gubbe.

5.2.2 Tillgodoser egna önsknings

När barnen tillgodoser egna önsknings visar de sin nyfikenhet, sin vilja, iver och sitt intresse att ta sig an aktiviteten och att samhandla. De visar också sin önskan att fortsätta med det de är upptagna med.

Barnen *tar egna initiativ* (I, II, III) och visar sin nyfikenhet inför de saker som finns på bordet framför dem, eller de saker som sjuksköterskan håller i. De sträcker sig efter eller drar till sig föremålen eller försöker se in i påsen där föremålen ligger gömda. Dessa kroppsliga uttryck kan kompletteras med önskemål som: ”Jag vill titta i påsen.”, ”Mer.” eller ”Jag vill också.” (I).

När barnen tar egna initiativ visar de även intresse av att börja, fortsätta och avsluta en aktivitet (II, III). Barnen ler, sätter sig ner, svänger med benen, vänder sig mot, tar på, drar till sig eller lägger ifrån sig de saker som de använt i aktiviteten (I, II). Barnen visar sitt intresse att föra situationen framåt när de tar av tröjan, drar upp tröjarmen och sträcker fram armen för att få sin vaccination (III). Dessa kroppsliga uttryck kan kompletteras verbalt: Barnet tar av sig sin tröja: ”Jag tar av den”.

När barnen *bjuder in föräldern eller sjuksköterskan* sker det med uppmanande kommentarer, genom frågor eller genom korta berättelser. Barnen önskar att aktiviteten ska ske på ett särskilt sätt (I):

Föräldern plockar fram en tallrik ur påsen.

Barnet tar tallriken från förälderns hand: Nej. Nej. Han håller ut tallriken mot

sjuksköterskan: Stoppa tillbaka den.

Barnen *bjuder in sjuksköterskan*, under pågående aktivitet, genom att söka kontakt. De tittar mot henne, ler, berättar om vad de kan och om sina önskingar eller om vad de gör eller ska göra. De *bjuder även in sjuksköterskan* när de berättar historier utifrån den teckning de ritat (II).

När barnen *tar ett steg i taget* visar de hur de vill avsluta den aktivitet de är upptagna med innan de påbörjar en ny. Barnens uttryck för att vilja ta ett steg i taget liknar deras uttryck för att ta paus. Nyansskillnaden är att barnen, samtidigt som det uppfyller sin önskan att ta ett steg i taget, kontinuerligt bekräftar det sjuksköterskan gör och säger, genom att titta mot henne, le och säga ”Mmm”. Dessa uttryck gör att sjuksköterskan fortsätter att bjuda in till nästkommande aktivitet (III):

Ssk och föräldern pratar. Ssk vänder sig mot barnet: Vet du va, du hör ju att mamma och jag pratar om sprutan.

Barnet tittar inte upp, hon fortsätter rita: mmm.

Ssk: När du var liten så fick du såna här sprutor, tre stycken. Men man behöver fyra.

Barnet ritat, tittar inte upp: Mmm.

....

Ssk: Jag tänkte att du också ska få ge en spruta.

Barnet slutar rita, sätter håret bakom örat. Tittar mot bordet. Läger tillbaka en penna på bordet.

Ssk: Tror du att du ska få ge mamma sprutan.

Barnet ritat: Mmm.

Ssk: Nä, mamma har fyra stycken redan.

Barnet fortsätter rita.

Ssk: Tror du att du ska få ge mig en spruta?

Barnet tar en krita, tittar upp mot ssk: Mmm. Ler. Tittar ner och fortsätter rita.

Ssk: Nä, jag har också fyra. Men jag har nån som inte har fått fyra sprutor... han sitter här.

Barnet tittar upp från teckningen, tittar mot ssk som lämnat sin plats och tar fram en nalle. Kliar sig på hakan.

Ssk: Honom ska du få ge en spruta. Har du sett, titta.

Barnet tittar mot nallen: Mmm. Vänder blicken mot bordet, lägger ner kritan.

Tittar mot sin teckning, pillar på pappret. Tar en annan krita.

Ssk: Då ska vi ta och ge honom en sån spruta.

Barnet ritat.

Ssk: Börjar du bli färdig med din teckning?

Barnet ritat: Mmm.

Ssk: Pyssla lite till där du så ska du se så ska jag greja lite här också.

5.2.3 Fokuserar

När barnen fokuserar visar de hur de skärper sin uppmärksamhet och anstränger sig när de tar sig an och genomför en aktivitet.

Barnen *reflekterar* genom att, för en kort stund, rikta blicken bort från sin teckning och ut genom fönstret, mot väggen eller genom att titta ut i tomma intet, de fixerar inte blicken på något, för att sedan återvända till teckningen och fortsätta rita (II).

Barnen visar hur de är *upptagna* med att genomföra en aktivitet när de trutar, biter ihop eller pressar samman läpparna. De visar även större kroppsliga uttryck: de rätar på sig, kryper ihop, ställer sig upp eller sätter sig på knä. Barnen är helt tysta och besvarar inte frågor eller ger endast ifrån sig bekräftande ljud som ”Ehhh.”, ”Aaa.”, ”Mmm.”, hummanden eller ljudliga in- och utandningar (II). Dessa uttryck liknar hur barnen skärper sin uppmärksamhet när de söker ledtrådar, men situationen uttrycken visar sig i skiljer dem åt.

Vid vaccinationen visar barnen hur de är *upptagna* av det som sker omkring dem genom *indirekt* eller *direkt uppmärksamhet*. Gemensamt för dessa former av uppmärksamhet är att barnens kropp är lugn och upprätt samt att de rycker till under vaccinationen. De kommenterar också hur det känns med uttryck som: ”Å, nej vad det gör ont.” ”Ajji.” eller ”Aaaaaa.” Det förekommer också gnyende ljud, att de ljudligt drar efter andan, skriker eller skrattar i förvåning. Efter vaccinationen förekommer andra kommentarer som: ”Det gjorde jätteont.” eller ”Jag vill titta mamma” [på insticksstället]. Det som skiljer dessa båda former av uppmärksamhet åt är att vid indirekt uppmärksamhet tittar barnen bort från sin arm och vid direkt uppmärksamhet tittar barnen hela tiden mot armen och sprutan. Barnen som visar en indirekt uppmärksamhet stirrar, blundar, ser ledsna ut, grimaserar, pressar samman läpparna och formar munnen ljudlöst till ett ”Aj”.

Barnen kan vid vaccinationen även visa *frånvarande uppmärksamhet* där de fokuserar på något bortom aktiviteten. Barnen har då en lugn, avslappnad kropp och de riktar blicken rakt fram. Dessa barn ”väcker sig själva” eller ”väcks” när vaccinationen är avslutad och uppmärksammar då det som hänt till fullo genom att vilja titta på sin arm.

5.3 ATT INTE VARA REDO ELLER ATT VARA MOTVILLIG - FÖRHALANDE FÖRHANDLINGSSTRATEGIER

När barnen inte är redo eller är motvilliga till att ta sig an en aktivitet visar de detta genom förhalande förhandlingsstrategier. Dessa strategier gör att aktiviteten stannar av och går långsammare. Emellertid, kan barnen ändra sina förhalande förhandlingar till bejakande förhandlingar (I, II). Det förekommer dock att barnen inte når detta beslut själva utan aktiviteten genomförs ändå (III). Barnens förhalande förhandlingsstrategier innefattar handlingar där de *undviker* och *strävar emot* sjuksköterskans inbjudan (I, II, III).

5.3.1 Undviker

När barnen demonstrerar undvikande handlingar visar de att de försöker komma undan aktiviteten. De behöver mer tid och utrymme för att ta in och anpassa sig till situationen och förstå vad som förväntas av dem.

Barnen *avvisar* en inbjudan när de vänder sig bort från sjuksköterskan och tittar mot fönstret, dörren eller väggen (I, II, III), skakar på huvudet (I, III), är tysta och inte svarar på tilltal (II, III). De kan även börja plocka med föremål (I, II) eller bjuda in till samtal om leksaker de har hemma eller saker som ska ske när hälsobesöket är avslutat (III). Barnen kan med trumpen röst uttrycka önskningar om att gå hem (I), att de inte vill eller kan (II) eller att de är rädda (III). Barnen kan söka kroppskontakt med föräldern genom att klättra upp i dess knä och gömma ansiktet mot förälderns bröst (I). Dessa uttryck där barnet söker närhet till föräldern är lika de som beskrivits som barnets sökande efter stöd och bekräftelse. Nyanskillnaden är att barnen när de avvisar en inbjudan försöker gömma sig (I). Andra uttryck som visar hur barnen försöker gömma sig är att de sätter händerna över ansiktet eller böjer ned huvudet (I, II, III).

Barnen som avvisar en inbjudan kan visa ett visst intresse genom att då och då följa sjuksköterskans handlingar och titta mot de föremål som är i fokus (I). När undvikande uttryck förekommer samtidigt som uttryck för att söka ledtrådar kan det förstås som att barnet vill ha sjuksköterskan under uppsikt eller att de behöver mer tid för att kunna ta sig an en inbjudan (I).

Barnen visar även att de *tar sig tid* genom att undersöka de olika föremål som ingår i en aktivitet: de lutar sig fram, suger in läpparna, ler, lyfter upp och sätter ner föremål, ställer eller besvarar frågor samt berättar vad de gör som en del i en ömsesidig konversation med förälder och sjuksköterska (III).

De barn som avisar en inbjudan eller tar sig mer tid kan anpassa sig till omständigheterna och övergå till bejakande förhandlingsstrategier. De barn som inte förmår eller inte vill anpassa sig till situationen kan istället övergå till att protestera mot situationen (III).

5.3.2 Strävar emot

När barnen demonstrerar att de strävar emot visar de att de inte vill samhandla. De är inte redo ännu eller förstår inte meningen med aktiviteten.

Barnen *ignorerar* sjuksköterskans inbjudan när de undviker ögonkontakt, ställer sig upp, som för att gå sin väg eller ägnar sig åt andra föremål än de som är i fokus. Barnen kan även pressa samman läpparna som för att visa att det inte kommer att svara (I).

Barnen *visar sitt ogillande* (III) genom att de försöka hålla sjuksköterskan på avstånd. De kryper ihop, skakar på huvudet, skjuter undan sjuksköterskans hand eller lägger en hand över sin arm där sprutan ska ges. Det händer att barnen gråter, gnyr och viskande säger att de är rädda samt att de uttrycker önskningar på ett bestämt sätt. Dessa önskningar är av ett sådant slag att de inte är möjliga att uppfylla som t.ex. att plåstret ska ha en speciell färg eller att de vill att sprutan ska ges på ett speciellt ställe på kroppen (III).

Barnen *protesterar* genom att avsiktligt namnge eller peka ut saker felaktigt (I), eller hålla kritan löst och kluddrita (II). De visar dessa uttryck samtidigt som de ler eller skrattar mot sjuksköterskan. Av det som föräldrarna säger framkommer även att barnen känner till de aktuella föremålen (I) eller att de kan och tycker om att rita (II). Barnen kan också protestera genom att använda sin fysiska styrka. De kastar föremålen de ska namnge, klämmer ihop dem hårt eller drar i dem och biter samtidigt samman tänderna (II). Barnen protesterar även med fysiskt motstånd (III). De kränger med kroppen, ålar, hoppar på stjärten, drar kroppen bakåt, sparkar, dra i tröjarmen och stöter bort förälderns hand. De kan även skrika och gråta ut sin ovilja, rädsla och smärta (III). De följer vad sjuksköterskan gör med blicken och hela kroppen samtidigt som de söker kroppskontakt med föräldern. Dessa uttryck skiljer sig från när barnen söker ledtrådar och söker stöd och bekräftelse då de snarare håller uppsikt över situationens faror och söker skydd.

De barn som strävar emot kan övergå till att använda en bejakande förhandlingsstrategi. Det förekommer emellertid att barnen strävar emot genom hela situationen som t.ex. vaccinationen (III). Barnen hålls då fast, eftersom förälder och sjuksköterska är överens om att vaccinationen ska genomföras.

5.4 ATT BEKRÄFTA SIG SJÄLV

Barnen bekräftar sig själva genom att *bejaka beröm* när en aktivitet är avslutad. De visar kroppslig glädje eller en samlad och stillsam kropp, de ler, nickar eller uttalar enstaka verbala bejakande uttryck som ”Mmm” eller ”Ja”. Att barnen bekräftar sig själva kan underlätta för dem att ta sig an en ny inbjudan och ingår på det sättet i en strategi där barnen förhandlar med sig själva.

5.5 KOMPLEXITET I BARNENS FÖRHANDLINGSSTRATEGIER

Barnen visar en variation av handlingar när de förhandlar. Dessa handlingar kan hos det enskilda barnet i den ena stunden vara av bejakande karaktär, för att i nästa stund vara av förhalande karaktär. Dessa snabba variationer visar den komplexa ömsesidighet som samhandling innebär. Variationerna illustreras nedan genom ett utdrag ur en observationsberättelse (II). Situationen är när en fyraårig flicka bjuds in att rita en gubbe.

Ssk sträcker fram handen och pekar på kritburkarna: Jag har lite kriter här.

Barnet lutar sig över bordet, sträcker fram en hand mot den ena av kritburkarna tar en krita, sträcker upp handen med kritan i luften, släpper bordet och reser sig, ler: Lila. Hon tittar mot pappret igen, sätter ena handen mot pappret, börjar rita, lyfter upp kritan i luften, tittar upp mot ssk.

Ssk: Och lite ögon kanske?

Barnet tar ner handen vänder huvudet mot mamma, tittar mot henne. Sträcker fram handen med kritan mot mamma: Hjälpa.

Föräldern: Du kan.

Barnet tittar upp ut i rummet: Neej (gnälligt) mamma hjälpa, sträcker fram kritan mot mamma. Jag vill att du ska hjälpa mig (gnälligt) böjer ner huvudet, tar på kritan med båda händerna.

...

Ssk: du gjorde ju nästan en sån här (ssk ritar en cirkel). Kan du göra en sån tror du?

Barnet lutar överkroppen mot bordskanten, kluddritar något.

Ssk: Ja titta så bra.

Föräldern: Wow.

Barnet tittar upp men inte mot föräldern eller ssk, hon ler med stängd mun.

Ssk: Å så kan du ju göra lite ögon på bollen, ssk pekar mot barnets teckning.

Barnet tittar mot teckningen: Mmm. Hon håller pennan löst, kluddritar, lyfter upp handen med kritan i luften.

...

Föräldern: Var sitter armarna nånstans, på gubben, då?

Tittar mot föräldern, tittar mot teckningen, ritar ett sträck i stället för kludd.

Ssk: Och en till.

Barnet drar ett sträck till. Lyfter upp kritan, blicken mot teckningen.

Ssk: Och ben?

Barnet riter ben. Lyfter upp handen. Blicken mot teckningen.

Föräldern: Bra.

Ssk: Titta va tjusigt.

Barnet lägger huvudet på sned, ler. Lyfter upp ena knäet. Tar ner handen mot bordet. Sätter ner knät, ritar dit en näsa, skrattar.

Illustrationen visar hur barnet först använder bejakande förhandlingsstrategier när hon uppmärksammar sjuksköterskan och kritorna. Denna bejakande förhandlingsstrategi övergår snart till en förhållande förhandlingsstrategi när hon visar hur hon försöker undvika situationen, vända sig till sin mamma och be om hjälp. När hon inte kommer undan protesterar hon genom att hålla kritan med ett löst grepp, kluddrita och vänta på ytterligare instruktion från sjuksköterskan. Därefter skiftar hon åter igen till en bejakande förhandlingsstrategi genom att ta ett fastare tag om kritan och sluta kluddrita. Flickan visar därmed uttryck för att acceptera och fullfölja inbjudan och ingå i ömsesidig samhandling.

5.6 BARNENS UPPFATTNINGAR AV ATT GENOMGÅ VACCINATION

Hur barnen uppfattade det att genomgå vaccinationen beskrivs inom tre teman:

- A. Det var inte otäckt, det gjorde inte ont, det kändes bra.
- B. Det var otäckt, jag trodde det skulle göra ont, jag behövde göra det.
- C. Jag ville komma undan, det kändes inte bra.

Dessa teman innehåller beskrivningskategorier om vad som influerar de varierande uppfattningarna: *Aktörer och saker som uppmärksammas, Känslor i situationen: det kändes inte bra och/eller det kändes bra samt Handlingar för att ta sig an vaccinationen.*

Tabell 2. Utfallsum (IV). Barnens uppfattningar med beskrivningskategorier och dess variationer.

Tema; Uppfattningar av att genomgå vaccination	Beskrivningskategorier i förhållande till:	Variationer inom beskrivningskategorierna (A, B, C) visar variationer i respektive tema
<p>A. Det var inte otäckt, det gjorde inte ont, det kändes bra</p>	<p>Aktörer och saker som uppmärksammas</p>	<p>barnet (A, B, C) ssk (A, B) ssk är ansvarig i situation (A, B) ssk visar att situationen är allvarlig (B) föräldern (A, B) bedövningssalva (B) sprutan (A, B, C) nålen är vass (C) injektionshållet (A) plåstret (A, B) plåstret täcker hålet (A) plåstret gör att du känner dig bättre (A, B)</p>
<p>B. Det var otäckt, jag trodde det skulle göra ont, jag behövde göra det</p>	<p>Känslor i situationen:</p> <p>Det kändes bra</p>	<p>att inte vara rädd, det gör inte ont (A) att känna till proceduren (A) spännande (A) nyfiken (A, C) det gör inte ont (A) det gör inte så mycket ont (B) trygg (A) känna sig bra (A, B)</p>
<p>C. Jag ville komma undan, det kändes inte bra</p>	<p>Det kändes inte bra</p>	<p>vara rädd för att det ska göra ont (B, C) det gör ont (C) obehagligt (A, B) nervös (A) ledsamt (B, C) att gråta (B)</p>
	<p>Handlingar för att ta sig an vaccinationen</p>	<p>vara nära föräldern (A) fokusera (A, B) försöka stoppa ssk (B) acceptera (B) få tröst (B) få plåster (A, B) gråta (B) använda bedövningssalva (B) att vara hemma istället (C) att komma undan (C) att stoppa den (C)</p>

5.6.1 Det var inte otäckt, det gjorde inte ont, det kändes bra

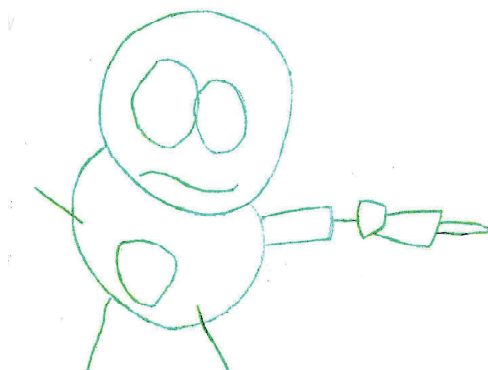
5.6.1.1 Aktörer och saker som uppmärksammas

De här barnen uppmärksammade sig själva, föräldern och sjuksköterskan som aktörer vid vaccinationen. Barnen själva var framträdande aktörer, föräldern var den person barnen var kroppsligt nära och sjuksköterskan var den som ansvarade för sprutan.

De saker som barnen uppmärksammade var sprutan, injektionshålet och plåstret. En spruta ritad vid sidan om armen, utritade injektionshål och plåster visade en uppfattning av att vaccinationen passerat: ”Jag har redan fått sprutan så därför ritade jag plåstret”. En spruta ritad instucken i armen visade en uppfattning av att vaccinationen fortfarande pågick. Plåster var betydelsefulla, de bidrog till att det kändes bra och de behövdes för att täcka över injektionshålet.

5.6.1.2 Känslor i situationen: det kändes inte bra och det kändes bra

Barnen gav uttryck för hur vaccinationen medförde olika känslor som att de inte var rädda, att det inte gjorde ont, eller bara ”pyttelite ont” och att det kändes bra. Känslan att inte vara rädd och att det kändes bra kan bero av att barnen visste att det onda skulle gå över, att det inte skulle göra ont, att det skulle bli en sårskorpa och att de skulle få ett plåster. Att det kändes bra kunde även bero av en känsla av trygghet relaterat till kroppslig närhet till föräldern. Barnen beskrev tudelade känslor förbundna med tiden före respektive efter vaccinationen. Att vara ledsen före vaccinationen och glad efter (teckning 1), eller att före vaccinationen känna obehag och att det efteråt kändes bra då det varit möjligt att ”klara av” situationen. Ett annat exempel på tudelade känslor är att vaccinationen var spännande för att det var nytt, men samtidigt var det nervöst.



Teckning 1: Tudelade känslor illustreras i den här teckningen som en vågformad mun. Den beskrevs som: ”lite ledsen och lite glad...ledsen för att det gjorde lite ont och glad för det bara gjorde lite ont”.

5.6.1.3 Handlingar för att ta sig an vaccinationen

Ett sätt att ta sig an vaccinationen för dessa barn var att hålla i föräldern eller att sitta i knä. Ett annat sätt var att fokusera genom att titta åt ett annat håll eller att tänka på olika saker som till exempel: ingenting, plåstret de skulle få, saker som de tyckte om som att leka eller att äta godis, eller att tänka att det inte skulle göra ont. Att fokusera hjälpte dem att inte vara rädda. En pojke berättade: "Om man är rädd kan man tänka på något annat, som att leka. Jag tänkte att det inte skulle göra ont, att jag lekte. Jag tittade bara ut genom fönstret."

5.6.2 Det var otäckt, jag trodde det skulle göra ont, jag behövde göra det

5.6.2.1 Aktörer och saker som uppmärksammas

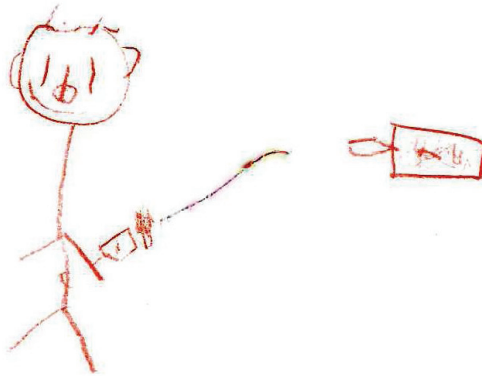
De aktörer dessa barn uppmärksammade var sig själva, sjuksköterskan, föräldern. Barnen själva kunde vara de mest framträdande aktörerna men även de som hade minst möjlighet att påverka situationen. Sjuksköterskan uppmärksammades som den främsta aktören, den som ansvarade för vaccinationen och som visade att det var en allvarlig situation. Föräldern var den person barnen var kroppsligt nära och som tröstade.

De saker som dessa barn uppmärksammade var sprutan, plåstret och bedövningssalvan. Barnen uppfattade vaccinationen som något som passerat eller fortfarande pågick. Detta utifrån om sprutan var ritad instucken i armen eller hängande i luften. Plåstret gjorde att det kändes bättre. Bedövningssalva kunde användas för att lindra det onda.

5.6.2.2 Känslor i situationen: det kändes inte bra och det kändes bra

Dessa barn gav uttryck för hur vaccinationen gjorde att det inte kändes bra innan den genomfördes. De var rädda, ledsna och det kändes obehagligt. Att känna obehag var relaterat till vaccinationen som sådan: "Man kommer inte riktigt ihåg vad man gör eller nånting...när man får sprutan...kanske är man inte rädd, men man är rädd".

Barnen beskrev att det kändes bra när vaccinationen var avslutad, det hade inte gjort så ont som de föreställt sig och de hade kunnat ta sig an och bemästra den. Detta uttrycktes som: "Man måste göra det även om man inte vill, men det går bra iallafall och man blir glad för man kunde göra det."(teckning 2).



Teckning 2. Den större sprutan hängandes löst i luften, visade hur vaccinationen först kändes otäck och obehaglig. Sprutan flyttar sig mot barnet, ritat genom en rörelselinje, och blir en mindre spruta som sticker in i armen. Den mindre sprutan och den glada munnen visar tillsammans att det efteråt kändes bra.

5.6.2.3 Handlingar för att ta sig an och bemästra vaccinationen

De sätt som dessa barn använde för att ta sig an vaccinationen var att använda bedövningssalva eller att försöka stoppa sjuksköterskan för att undvika att det skulle göra ont. Ett annat sätt var att acceptera situationen eftersom de måste ha vaccinationen för att inte bli sjuka: “Jag tänkte att det här kommer att göra ont. Men jag vill inte bli sjuk så jag kommer att ta den där sprutan”. Ytterligare sätt att bemästra situationen var att gråta och berätta att det gjorde ont, för att det onda skulle försvinna eller att fokusera genom att slappna av, vara modig, tro på sig själv, blunda eller tänka på ingenting. Att bli tröstad av sin förälder och att få ett plåster var också av betydelse.

5.6.3 Jag ville komma undan, det kändes inte bra

5.6.3.1 Aktörer och saker som uppmärksammas

De här barnen uppmärksammade sig själva som den enda aktören och sprutan som den enda saken. Sprutan ritades instucken i armen (teckning 3) vilket visar att vaccinationen är något som fortfarande pågår och påverkar dem.



Teckning 3. Sprutan är ritad som ett rakt streck in i armen. Det tillsammans med den raka munnen visar att vaccinationen inte är avslutad och att det inte kändes bra.

5.6.3.2 Känslor i situationen: det kändes bra och det kändes inte bra

Barnen beskrev att vaccinationen gjorde att det inte kändes bra, de var rädda för den vassa nålen och för att det skulle göra ont. Det gjorde ont och barnen kände sig ledsna. Ett barn beskrev nyfikenhet innan vaccinationen, men efteråt att det gjort ont och att det inte kändes bra.

5.6.3.3 Handlingar för att ta sig an och bemästra vaccinationen

De sätt de här barnen berättade om för att ta sig an vaccinationen visade deras önskan att komma därifrån, att komma undan för att det inte kändes bra. De berättade att det hade varit bättre att vara hemma istället och att de ville att vaccinationen skulle ta slut. I ett samtal berättade ett barn att musen på samtalsbilden var rädd för sprutan och därefter följer följande:

Intervjuare (I): Känner du dig rädd någon gång?

Barn (B): Ja [viskar].

I: Vad gör du då för att känna dig mindre rädd?

B: Inte göra den saken.

I: Men om du måste göra den saken även om du är rädd, vad gör du då?

B: Sluta att vara rädd. Inte bry mig om att det är farligt. Då känner man det inte.

Samtalet visar barnets förståelse för möjliga handlingar för att ta sig an och bemästra vaccinationen. Under vaccinationen verkade han inte ha möjlighet att sluta vara rädd eller inte bry sig om att det var farligt eftersom han inte berättade att det inte kändes bra efter vaccinationen.

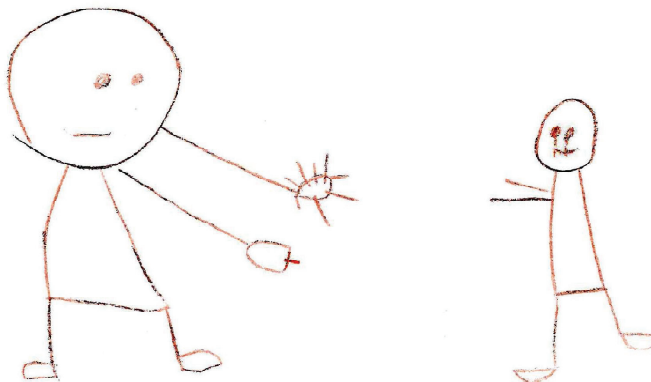
6 DISKUSSION

Detta avhandlingsarbete har sin förankring i de hälsobesök barn genomför vid tre-, fyra-, och femårsålder inom Barnhälsovård. Resultatet visar hur barnen, när de deltog i dessa besök, rörde sig mellan olika tillstånd (I), och hur de gjorde sig delaktiga genom att använda sig av olika förhandlingsstrategier (II, III). Resultatet visar även barnens varierande uppfattningar av att genomgå en vaccination (IV). Hälsobesök är vårdssituationer där vuxna kan guidas av ett barnrättsperspektiv för att försäkra sig om att barn blir sedda, lyssnade till och bemötta med respekt utifrån sina individuella kompetenser och erfarenheter. Barns rätt att bli lyssnade till kan inte tillgodoses genom att enbart höra deras verbala röst. Även barnens kroppsliga uttryck och deras handlingar behöver övervägas. Sådan lyhörddhet utesluter inte de barn som ännu inte utvecklat sin verbala kompetens, saknar ett verbalt språk eller talar ett annat språk än den person de möter vid sitt hälsobesök. Även det sammanhang barnet befinner sig i inverkar på möjligheten att göra sin röst hörd och delge sitt perspektiv. En vårdssituation med barn och vuxna utgörs alltid av asymmetriska relationer beroende av skillnader i ålder, språklig förmåga och erfarenheter (Thomson, 2008). Dessa skillnader kan begränsa barnets möjligheter att visa sitt perspektiv och att vara delaktig.

6.1 BARNEN ÄR KOMPETENTA ATT TA SIG AN HÄLSOBESÖK

Hälsobesök syftar till att främja barns hälsa och utveckling (Socialstyrelsen, 1991). Barnens förmåga att förstå innehållet i dessa besök ska inte underskattas. De har kompetens att förstå värdet av att genomgå olika procedurer för att kunna vara friska (Flatman, 2002). En vårdprocedur uppfattas inte självklart som oroande för barnet som ska genomföra den. Det tydliggörs bland barnen i delstudie IV som uppfattade att vaccinationen inte var otäck, inte gjorde ont och att det kändes bra. En situation där barnen förväntas berätta vad olika föremål föreställer (I) eller rita något (II) kan vara lika oroande som en vaccination. Det visar barnens undvikande handlingar (I, II), vilka synliggör hur barnen använde sin kompetens genom att med kroppen visa att de inte var redo att ta sig an situationen. Barnens kompetens framträder även genom deras uppfattningar (IV). Barnen förstod att vaccinationen var nödvändig för att inte bli sjuk. De beskrev olika sätt att ta sig an och bemästra vaccinationen som t.ex. att tro på sin egen förmåga (IV). Barnens kompetens tydliggjordes även i teckningarna där de visar vilja till

ömsesidig förståelse och samhandling då sjuksköterskan och barnet i teckningarna (teckning 4) sträcker ut armarna mot varandra (IV):



Teckning 4. Den större figuren vars ena arm slutar i sprutan är ssk och beskrevs som "hon som tog sprutan". Munnen på ssk är rak, vilket visar situationens allvar. Den mindre figuren är barnet. Barnet beskrev att det först inte kändes bra, vilket ritats som tårar i ansiktet. Barnet beskrev även att ssk sa att han skulle slappna av. Han trodde inte det skulle hjälpa, men han slappnade av och efteråt kändes det bra. Det ritades med en något uppåtsvängd mun.

6.2 BARNEN ÄR SOCIALA AKTÖRER VID HÄLSOBESÖK

Barns uttryck och handlingar i en situation visar att de själva anser att de är viktiga aktörer i det specifika sociala sammanhanget (Sommer et al., 2010). I avhandlingsarbetet tydliggörs betydelsen av att se barnen som egna aktörer vid hälsobesök inom BVC. Genom sina uttryck och handlingar synliggörs hur de tillgodoser sina önskningar, försöker undvika situationen eller strävar emot densamma (I, II, III). Att barnen ser sig själva som framträdande aktörer (Holmsen, 2007) framkom även i deras teckningar (IV). Barnen som ritade flera aktörer än sig själva ritade oftast barnfiguren först. När barnen i sina teckningar eller samtal uppmärksammade andra aktörer visar de också sitt intresse för andra. Detta märks även i hur barnen riktar sin uppmärksamhet och sina handlingar mot sina föräldrar och mot sjuksköterskan (I, II, III). Barnen var medvetna om att de delade sina situationer med andra och de engagerade sig genom ömsesidig samhandling. Vid samhandling använde barnen de handlingar som var mest meningsfulla, där och då. Barn är, precis som vuxna, pragmatiska och intersubjektiva, och anpassar sig till andra. Barnen tar till sig gensvar på sitt eget handlande, samtidigt som de söker förståelse för sjuksköterskans intentioner och motiv vid hälsobesöket (Bronfenbrenner, 1979; Schütz, 1999; Sommer, et al. 2010). Hur barnen gjorde sig redo och tog in situationen genom att söka efter ledtrådar (I, III) synliggör detta. De ledtrådar barnen uppmärksammade

inverkade på den mening situationen tillskrevs, och hur de tog sig an situationen och samhandlade med sjuksköterskan. Det fick till följd att om barnen inte förstod sjuksköterskans intentioner och/eller inte fann aktiviteten meningsfull uttryckte de förhållande förhandlingsstrategier (I, II, III).

Att vara pragmatisk och intersubjektiv innebar att barnets förståelse skiftade inom ramen för en specifik situation. När situationen förstods på ett nytt sätt blev andra sätt att handla på nödvändiga för att bemästra den (Schütz, 1999; Sommer et al., 2010). Detta synliggjordes genom barnens tillstånd av motvilja (I), förhållande förhandlingsstrategier (II, III) eller genom barnen som uppfattade vaccinationen som något de ville komma bort från (IV). Barnen förmådde ändå omvärdera situationen, anpassa sig och genomföra den. Allteftersom barnen uppmärksammade och förstod sjuksköterskans intentioner med de aktiviteter de bjöds in till, påverkade de sina möjligheter att anpassa sig och samhandla. Trots att barnen anpassade sig, och på något sätt genomförde de olika aktiviteter de inbjöds till, innebär inte det att barnen alltid visade bejakande förhandlingsstrategier. Det fanns situationer där barnen fortsatte att avvisa en inbjudan för att komma undan eller att de protesterade fysiskt (I, II, III). Detta fick som följd att barnen vid vaccinationen blev fasthållna (III). Barnen var då inte mindre intersubjektiva, snarare visade barnen att de inte var redo att ta sig an situationen. Barn som handlar på ett sätt som skiljer sig från det förväntade i situationen har alltid skäl för detta. För varje barn finns det alltid, i varje situation, någon slags förnuft och överensstämmelse i dess handlingar (Sommer et al., 2010).

Att barn är sociala aktörer och vill vara aktiva i vårdsituationer beskrivs även inom tidigare vårdforskning (Franck et al., 2008; Plumridge, Goodyear-Smith & Ross, 2009; Salmela et al., 2010). Även att barn anpassar sig till andra som deltar i samma vårdsituation har undersökts (Mårtensson, Fägerskiöld & Berterö, 2007). De beskriver hur barn, i en situation av informationsutbyte mellan barn och sjuksköterska, balanserar omständigheterna och försöker passa in i situationen för att hålla jämna steg med de vuxna.

6.2.1 Barnens kropp, språk och känslor

Barns uttryck kan tyckas självklara. Emellertid är det barns enkla uttryck i en aktivitet som gör varje situation komplex. De uttryck barnen visade i situationerna kan bero av hur de förstått de specifika situationerna och den mening de tillskrivit den, vilket i sin tur beror av deras tidigare erfarenheter (Bronfenbrenner, 1979; Schütz, 1999; Sommer et al., 2010). Det är genom analys av de uttryck som barnen visat som det var möjligt att förstå att handlingar inom samma åldersgrupp kan skilja sig åt, beroende av varje barns erfarenheter och mognad (Bronfenbrenner, 1979; Sommer et al., 2010). I studierna med videoobservationer (I, II, III) tydliggörs hur barnen använder kroppen när de uttrycker sitt perspektiv. De verbala uttrycken användes som komplement till de kroppsliga uttrycken (I). Sommer (2003) framhåller att yngre barn företrädesvis förmedlar sig med kroppen. Detta visar även Johansson (1999) som beskriver hur barn i förskolan använder sin kropp för att visa sin omsorg och sin makt i samspelet med andra barn.

I detta avhandlingsarbete fanns likheter och skillnader mellan de uttryck barnen använde vid de olika åldrar då studierna genomfördes. Skillnaderna kan bero av att barnens kompetens att använda sin kropp och röst utvecklats med åldern. Skillnader i uttryckssätt kan även vara en följd av att det är tre varierande situationer som observerats (Sommer et al., 2010; Ödman, 2007). Ett exempel på en sådan skillnad var att det treåriga barnet vände sig till sin förälder för att få stöd och bekräftelse när det gjorde sig redo och tog in situationen, medan det femåriga barnet kunde vända sig till både förälder och sjuksköterska. Det femåriga barnet har fler erfarenheter av andra vuxna, från förskola eller annat socialt nätverk, än föräldrarna som kan erbjuda stöd i en situation. Det kan också bero av att sjuksköterskan identifierats som den ansvariga för situationen och alltså är någon de kan vända sig till.

I delstudie IV tydliggjordes att hur barnen kände det under vaccinationen var relaterat till olika tidpunkter. De känslor barnen beskrev varierade beroende av om de beskrev tiden före, under eller efter vaccinationen. Hur känslor varierar över tid beskriver även Caty, Ellerton och Ritchie (1997). De har undersökt barns värderingar av att genomgå en venpunktion. Dessa barn värderade venpunktionen som ett hot både före och under proceduren, men som något som var bra för dem efter att de genomfört proceduren. Alla barn som medverkade i delstudie IV visade inte en sådan förändring. Barnens känslor av att det inte kändes bra eller att det kändes bra kunde vara under hela vaccinationsproceduren. De barn som berättade att de före vaccinationen kände nyfikenhet kunde efter vaccinationen tycka att det inte kändes bra.

6.2.2 Barnen använder förhandlingsstrategier

Jag har valt att använda begreppet förhandling utifrån den teoretiska utgångspunkten att barnen är sociala aktörer. Att förhandla utgör en naturlig del i barns möten med jämnåriga, föräldrar och andra vuxna (Sommer, 2005). En auktoritär familjekultur har numera utvecklats mot en mer förhandlande kultur där förmåga att samarbeta har betydelse. En sådan förhandlande kultur utvecklas som följd av att utbyte av åsikter, argumentation och försök att förstå någon annans perspektiv gynnar ett ömsesidigt förhållande med andra (Sommer et al., 2010). Att kunna förhandla utvecklar barns kompetens att samspela och anpassa sig till andra eller till en situation. Barn lär sig att förhandla i sina vardagliga situationer med familjen, med andra barn och med andra vuxna i olika sociala sammanhang. Förklaringar, motiveringar och argument är betydelsefulla i dagens familjer. Det bidrar till hur barn får varierande erfarenheter av att höras, synas och involveras i de sociala sammanhang de befinner sig i (Sommer, 2005).

I tidigare forskning med barn i olika situationer som pediatrik sjukgymnastik, på barnhem och i förskola och skola, framkommer hur barn använder sig av förhandlingsstrategier (Christensen & Mikkelsen, 2008; Markström & Halldén, 2009; Törrenen, 2006; Young et al., 2006). I ovanstående studier beskrivs hur barn förhandlar för att inverka på och hantera en situation och hur de riktar sina förhandlingsstrategier både mot sig själva och mot andra.

Ellerton, Ritchie och Caty (1994), Salmela et al. (2010) samt Woodgate och Kristjanson (1995) beskriver barns strategier för att anpassa sig till och hantera olika vårdssituationer som skapar oro. Även andra forskare redogör för barns strategier för att passa in bland andra i sin omgivning och hantera sin vardag när de lever med svåra sjukdomar som reumatisk artrit, astma eller cystisk fibros, när de lever med konsekvenser efter en levertransplantation eller när de lever med inkontinens problem (Guell, 2007; Ludman & Spitz, 1996; Protudjer et al., 2009; Stewart, 2003; Taylor et al., 2010; Williams et al., 2009). Inom vårdområdet beskrivs emellertid inte dessa strategier som förhandlingsstrategier.

6.2.2.1 Barnen gör sig redo och tar in situationen

Barnen gjorde sig redo och tog in situationen när de sökte förståelse och anpassade sig till den genom att söka ledtrådar och ta paus (I, III). Dessa båda handlingar kunde avlösa varandra. Barnen sökte ledtrådar genom skärpt uppmärksamhet, som vid paus övergick till mer avslappnade uttryck. Handlingarna avlöste varandra beroende av var i samhandlingsprocessen barnen och sjuksköterskan befann sig. Barnen tog paus mellan sjuksköterskans olika inbjudningar till aktivitet eller när hon lämnade rummet. Barnen kunde även visa skärpt uppmärksamhet under hela den tid aktiviteten pågick. Det kan förstås som att barnens delaktighet fordrade oavbruten uppmärksamhet utan utrymme för paus, eller att aktiviteten väckt barnens intresse och att paus inte var meningsfullt.

Barnens sökande efter ledtrådar för att förstå vad som sker beskrivs även av andra forskare. Johansson (1999) beskriver hur barn i förskolan vid samspel undersöker, tolkar och använder sin förståelse för att uppmärksamma vad som händer. Rogoff et al. (2003) framställer hur barn i vardagssammanhang observerar, lyssnar in och koncentrerar sig för att förstå den situation de är en del av. Ellerton et al. (1994) och Salmela et al. (2010) redogör för hur barn hanterar olika vårdsituationer genom att observera vad sjuksköterskan gör. Söderbäck (inskickad) beskriver barns nyfikna engagemang när de ska genomgå en venpunktion, vilket tolkats som barnets vilja att få reda på vad som ska ske.

Barnens sätt att ta paus (I, III) framkommer även av Ellerton et al. (1994) och Salmela et al. (2010). De beskriver hur barn i vårdsituationer utför avslappnande aktiviteter, hur de vill ha lugn och ro för att förstå och vänja sig vid den vårdprocedur som ska genomföras.

6.2.2.2 Barnens bejakande förhandlingsstrategier

När barnen var beredda på samhandling använde de bejakande förhandlingsstrategier genom att uppmärksamma det som sker och tillgodose egna önskningar (I, II, III). Dessa handlingar kunde vara sammanflätade med varandra. När barnen tillgodosåg egna önskningar stämde dessa önskningar inte alltid överens med sjuksköterskans önskemål. När barnen uppmärksammade sjuksköterskans vilja anpassade de sig efter den. De fortsatte dock att tillgodose egna önskningar inom ramen för sjuksköterskans önskemål (II). Att barnen anpassar sig på det här sättet framkom även i deras uppfattningar. De berättar att de måste vaccinera sig för att inte bli sjuka eller för att det inte går att komma undan (IV). Markström och Halldén (2009) beskriver liknande handlingar som att barn i

förskolan delvis accepterar den ram som de vuxna sätter upp och att de förhandlar för att lösa situationen.

Barnen visar och beskriver även hur de fokuserar (III, IV). Barnen i delstudie III som fokuserade på ett frånvarande sätt uttryckte ingen rädsla, eller att det gjorde ont. Det stämmer överens med barnens beskrivningar av hur de tänkte på saker de tyckte om att göra, eller tänkte på ingenting under vaccinationen (IV). Hur barn avleder sig själva beskriver även Caty et al. (1997), och hur de använder sin fantasi för att dra uppmärksamheten från det som gör ont beskriver Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen (2003). Barnen i delstudie III kunde även fokusera genom att följa med i vaccinationsproceduren (III). Att vara upptagen med en procedur beskrivs av Ellerton et al. (1994) som spänd följsamhet. Barnens uttryck under vaccinationen i delstudie III var spända; de blev stela i kroppen, pressade samman läpparna och grimaserade, men de försökte inte komma undan eller protestera.

6.2.2.3 Barnens förhållande förhandlingsstrategier

Barn vill veta och förstå vad som ska ske och det är vanligt att de har tankar om vad de tror ska ske (Holmsen, 2007). Att inte förstå varför en aktivitet skall genomföras, eller att förväntas göra något på uppmaning är inte motiverande, varken för barn eller vuxna. Det har även inverkan på barns möjlighet att tillskriva en situation mening (Sommer et al., 2010). Eriksson och Granlund (2004) påpekar att barns intresse, motivation, engagemang och förståelse för en situation är viktiga aspekter av delaktighet. Det har i sin tur att göra med barnets känsla av välbefinnande (Hart, 1992) och inverkar på hur barn gör i en situation (Törrenen, 2006). Det här synsättet får till följd att om barn inte känner sig väl till mods under sina hälsobesök, kan det vara svårare att engagera sig och vara delaktig.

Barnen som inte var redo för samhandling eller var motvilliga till den, använde förhållande förhandlingsstrategier genom undvikande handlingar eller genom att sträva emot (I, II, III). Dessa handlingar kan synliggöra att barnen inte kände sig hörda eller att de kände sig otåliga, att de saknade intresse eller den kompetens som behövdes för att genomföra aktiviteten de bjöds in till. För barnen kan det även ha verkat märkligt att komma till BVC, för att tala om vad olika föremål föreställer, rita en gubbe eller få 'ett stick i armen', om de inte förstått avsikten med dessa aktiviteter. Aktiviteterna vid hälsobesöken kan även ha verkat märkliga för barnen om de hör samman med erfarenheter från andra mer välkända sammanhang. De sammanhang barnen var i innan de kom till hälsobesöket inverkar också på deras förståelse och delaktighet. Exempel på

sådana sammanhang kan vara en konflikt med föräldern eller att komma försent. Med förhållande förhandlingar visar barnen att de behöver veta mer samt ha mer tid och utrymme för att göra sig redo.

Hur barn använder undvikande handlingar har även beskrivits tidigare. Ludman och Spitz (1996) redogör för hur barn med inkontinensproblematik handlar undvikande genom att vara tysta och dra sig undan när de är tillsammans med andra. Salmela et al. (2010) beskriver hur barn försöker fly från det som orsakar rädsla. Markström och Halldén (2009) beskriver hur barn, i förskolan, använder tystnad och undvikande strategier för att demonstrera sitt motstånd till aktiviteter de inte vill delta i.

Barn har ofta tankar om vad de tror ska ske i olika situationer (Holmsen, 2007), vilket inverkar på hur barn gör i en situation. Sådana tankar synliggjordes i delstudie IV. Barnen hade en uppfattning om vaccinationen som något otäckt för att de trodde att den skulle göra ont, och de berättade att de försökte stoppa sjuksköterskan. Handlingar som förhåller en situations fortskridande beskrivs även av Plumridge et al. (2009). De visar hur barns aktiva motstånd vid vaccination gör att situationen drar ut på tiden. Caty et al. (1997) benämner barns motstånd vid venpunktion som själv-skyddande beteende.

6.3 FÖRÄLDRARS BETYDELSE

Att föräldrar har betydelse för barnen tydliggjordes genom de uttryck de kontinuerligt riktar mot föräldrarna när de söker stöd och bekräftelse (I, III). Rogoff et al. (2003) beskriver på liknande sätt hur barn i olika lärande situationer kontinuerligt koordinerar sig med sina föräldrar. Även forskning med barn i vårdsituationer visar hur barn söker kontakt med sin förälder för att hantera en venpunktion (Ellerton et al., 1994) eller sjukhusrelaterad rädsla (Salmela et al., 2010).

Föräldrars betydelse synliggjordes även i barnens teckningar och reflektioner. Barnen som i delstudie IV (uppfattning A, B tabell 2, sid 36) ritade både sig själv och föräldern, ritade dem nära varandra och/eller reflekterade kring sina föräldrar. De berättade även om sina föräldrar, som viktiga för att ta sig an vaccinationen och bemästra den och som en del av att det kändes bra. Att föräldrar bidrar till att barn känner sig trygga i vårdsituationer finns beskrivet i flertalet andra studier. Barn behöver sina föräldrar för att hantera sjukhusvistelser (Carney et al., 2003; Salmela et al., 2010) för att få tröst (Pölkki et al., 2003; Ångström-Brännström, Norberg & Jansson, 2008), eller för fysisk närhet och för att känna sig trygga (Ångström-Brännström et al., 2008).

Att en del barn i delstudie IV (uppfattning C tabell 2, sid 36) inte ritade eller reflekterade kring sina föräldrar innebär inte att föräldrarna inte hade betydelse. Det kan istället förstås som att för barnet är föräldrarnas närvaro självklar. Det kan även förstås som att barnen vid vårt samtal fortfarande var fullt upptagna med att bemästra vaccinationen. En ytterligare förståelse kan vara att barnen kände sig utelämnade och otrygga.

6.4 BARN SOM RÄTTIGHETSBJÄRNARE

Barn har, genom FN:s Konvention om barnets rättigheter (1989), rätt till både skydd och delaktighet. Denna rätt behöver stödjas och främjas av vuxna (Alderson, 2007). Det innebär att vuxnas barnrättskompetens och barnperspektiv vid ett hälsobesök påverkar barnens möjligheter att göra sig delaktiga. Specifikt för dessa hälsobesök är att barnets delaktighet sker inom ramen för hälsobesökets agenda, vilken styrs av det Nationella hälsoövervakningsprogrammet (Socialstyrelsen, 1991). Att integrera barnperspektivet på alla nivåer inom verksamheter är ett pågående utvecklingsarbete (SKL, 2011). Verksamhetsföreträdarens barnperspektiv måste även innefatta barnens egna perspektiv. Detta avhandlingsarbete vill bidra till att öka medvetenheten om barns perspektiv och det egna barnperspektivet inom Barnhälsovårdens verksamhet.

Barnen, i avhandlingsarbetet, visar hur de använder bejakande och förhållande förhandlingsstrategier (II, III). De berättar även om handlingar för att ta sig an och bemästra en vaccination (IV). När vuxna tar sig an och främjar barns förhandlingsstrategier och uppfattningar med respekt kan barnens rätt till delaktighet förverkligas. Det innebär att förverkliga barnkonventionens innehåll, vilket emellertid är mer komplext än så. Ett barnrättsperspektiv fokuserar vad som är det bästa för ett barn. Vid ett hälsobesök kan sjuksköterskans och föräldrarnas uppfattning om vad som är bäst för barnet skilja sig från och konkurrera med barnets perspektiv i samma situation. Sjuksköterskor och föräldrar önskar genomföra hälsobesökets undersökningar och vaccinationer för att främja barnets hälsa och utveckling. De önskar att barnet ska anpassa sig till situationer på ett smidigt sätt. Vad som är *det bästa* från barns perspektiv och från de vuxnas barnperspektiv, kan grunda sig i att de förstår hälsobesöket på olika sätt. Bristande gemensam förståelse i vårdsituationer får konsekvenser. I de olika delstudierna fanns barn som deltog motvilligt (I), visade förhållande förhandlingsstrategier (II, III) eller förstod vaccinationen som något som de ville komma bort från (IV). Dessa handlingar och uppfattningar är exempel på bristande gemensam förståelse vilken försvårar för sjuksköterskan och barnet att samhandla.

Ett främjande förfaringsätt som svarar mot innehållet i HSL (SFS, 1982: 763), Barnkonventionen (FN, 1989) och ett tydligare barnperspektiv inom vårdområdet (SKL, 2011) medför ett ansvar för sjuksköterskor att försäkra sig om barnets informerade samtycke i varje situation. Barnen i dessa studier som demonstrerade förhållande förhandlingsstrategier (II, III) kan förstås som att de inte gett sitt informerade samtycke till samhandling. När vuxna, sjuksköterskor och föräldrar, framhårdar i att barnet ska genomföra en aktivitet, trots dess förhållande förhandling, innebär det att barnets rätt att neka en inbjudan förbises (FN, 1989). I vårdssituationer är det oundvikligt att frågan om vem som äger barnet ställs (Shields, et al., 2003). Att se barnet som objekt påverkar hur situationer inom Barnhälsovården utfaller. Att se barn som rättighetsbärare med Barnkonventionen (FN, 1989), folkhälsomålet om trygg uppväxt (Socialdepartementet, 2008) och idén om ett jämlikt välfärdssamhälle som grund utmanar Barnhälsovårdens arbetssätt. Hälsobesök kan skraddarsys i stunden i samhandling utifrån varje barns uttryck, handlingar, strategier och tillstånd.

6.5 BARNPERSPEKTIV OCH BARNKOMPETENS

Sjuksköterskans arbete inom Barnhälsovård innebär att undersöka barnets hälsa och utveckling enligt de Nationella riktlinjer hon förväntas följa (Socialstyrelsen, 1991). En förutsättning för att genomföra hälsobesök är att sjuksköterskan försäkras sig om både barnets och föräldrarnas förtroende. Hydén och Baggens (2004) menar att sjuksköterskan organiserar en ”joint working relationship”, en gemenskap mellan sig själv, barnet och föräldern. I denna gemenskap behöver sjuksköterskan överväga och ta hänsyn till varje barns kompetens och erfarenhet. Alderson (2007) betonar att barn behöver få känna tillit till att vuxna respekterar dem. Barnens önskan om tillit i dessa studier blir tydligt i deras handlingar när de kontinuerligt vänder sig till föräldrar och sjuksköterska för stöd och bekräftelse (I, III). Sjuksköterskor kan guida barn i hälsobesöket med lyhördhet och uppmärksamhet mot barns tillstånd, förhandlingsstrategier och uppfattningar. Flertalet forskare ger förslag på hur vuxna kan handla för att bemöta barn på bästa sätt. Bradding och Horstman (1999) beskriver att vuxna i vården kan underlätta för barnen i vårdssituationer genom att vara medvetna om barns perspektiv, erkänna barns rättigheter och sträva efter en barncentrerad vård. Ellerton et al. (1994) och Salmela et al. (2010) föreslår att vuxna kan stödja barns strategier för att bemästra en situation genom att förbereda och informera dem. Söderbäck et al. (2011) föreslår en barncentrerad vård som innefattar både vuxnas *barnperspektiv* om vad som är det bästa för barnet i en

vårdsituation och respekt för *barnets perspektiv*. Shier (2001) erbjuder en modell som främjar både barnperspektivet inom vården och barns delaktighet i de situationer som berör dem. En första nivå för att främja delaktighet innebär att barnet oberoende av ålder blir lyssnat till, därefter att barnet stöds i att uttrycka sina åsikter och att dess åsikter övervägs, vidare att barnen involveras i beslutsfattande processen och ges möjlighet att dela det ansvar en sådan process för med sig.

Att utforska barns uttryck innefattar inte enbart att vara medveten om den asymmetri som råder mellan barnet och forskaren. Det innebär även att försöka synliggöra den asymmetri som råder i situationer där barn och vuxna förväntas samhandla mot ett bestämt mål (Thomson, 2008). Det innefattar också möjlighet att förtydliga att barns uppfattningar av och erfarenheter i ett sammanhang kan skilja sig från vuxnas uppfattningar av barnets situation i samma sammanhang (Carney et al., 2003). Pedro, Barros och Moleiro (2010) redogör för hur sjuksköterskor skattade barns oro under vaccination högre än barnen själva. Något som de menar kan bero av att sjuksköterskorna inte var medvetna om barnens ansträngningar att ta sig an situationen med egna strategier. Dessa skiljaktigheter framkommer även i andra studier *på* barn i vaccinationssituationer. Chambers, et al. (2009), och Taddio et al. (2009) och Shah, Taddio och Rieder (2009) utgår från att vaccinationen är en skrämmande procedur för barn och riktar därför in sig på att undersöka det bästa sättet att skydda barn från att komma till skada, snarare än att studera barns egna uppfattningar. För att säkra vårdens kvalitet är det av betydelse att vuxna identifierar barns perspektiv; deras olika handlingar, uppfattningar, förmågor och tidigare erfarenheter, för att undvika antaganden ur ett vuxenperspektiv.

I avhandlingsarbetets delstudie IV framkommer att barnens uppfattningar av vaccinationen varierade. Uppfattningen: *Det var inte otäckt, det gjorde inte ont, det kändes bra (A)* är hierarkiskt överordnad uppfattningarna *Det var otäckt, jag trodde det skulle göra ont, jag behövde göra det (B)* och *Jag ville komma undan, det kändes inte bra (C)*. Det optimala, ur ett barnperspektiv, hade varit att alla barn delat uppfattning A. Genom att ta till vara barns uppfattningar av en situation är det emellertid möjligt att stödja barns kompetens och anpassa vägledning så att det som uppfattas som otäckt och obehagligt blir möjligt att bemästra.

6.5.1 Ge ledtrådar och information

För att göra sig redo och ta in situationen söker barnen ledtrådar genom att bland annat följa vad sjuksköterskan gör (I, III). Barn söker på det sättet aktivt vuxnas guidning (Sommer et al., 2010). Sjuksköterskan kan, genom att ta vara på barnens sökande efter ledtrådar, hålla aktivitetens mål tydliga och guida barnet genom besöket som förhandlare mellan barnets värld och barnhälsovårdens mål. Det innebär att sjuksköterskan behöver försäkra sig om att varje barn är välinformerat och inge dem trygghet. Alderson (2007) menar att vårdpersonal behöver tänja på sin egen förmåga för att informera och involvera barn i vård situationer, visa dem respekt och lita till deras kompetens. Den information som ges ett barn behöver utformas utifrån vad det enskilda barnet vet och vill veta om den specifika vårdproceduren. Barnen som i delstudie IV uppfattade att vaccinationen kändes bra berättade att de kände till vad som skulle hända. Barn anser själva att information är den bästa interventionen i situationer som kan orsaka oro (Coty et al., 1997) och att den kan hjälpa dem till en positiv erfarenhet (Carney et al., 2003).

6.5.2 Samhandling

Samhandling är den process där sjuksköterskans och barnets handlingar samordnas genom förhandling utifrån deras individuella intentioner (Levesque et al., 1990; Tollefsen, 2005). För att samhandling ska fungera tillfredställande är förmåga att uppmärksamma och känna igen varandras uttryck nödvändiga (Sommer et al. 2010). Emellertid är barnens förhandlingsstrategier ofta osynliga för vuxna (Christensen & Mikkelsen, 2008). För att synliggöra dem behövs medvetenheten om att alla deltagare i en situation: barnet, föräldern och sjuksköterskan behöver förmåga att kompromissa, argumentera och förhandla för att nå samförstånd (Sommer, 2005). Ett barn som kommer till BVC använder de förhandlingsstrategier det har erfarenhet av från sina andra vardagssammanhang (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 2005). Barnen använder den kompetens de har att förhandla och vill att sjuksköterskan svarar mot dessa på ett sätt som de förstår. Brist på överrensstämmelse kan förebyggas genom förhandlad vård (Plumridge, Goodyear-Smith & Ross, 2008).

Då sjuksköterskan anpassar sig till barnens vilja blir ömsesidigheten dem emellan tydlig. När barnen till exempel tillgodoser egna önsknings (III) kan de, samtidigt som de fortsätter med det de gör för stunden, bejaka sjuksköterskans inbjudan som i sin tur ger barnet mer tid och utrymme. När sjuksköterskan anpassar sig visar hon respekt för barnets rätt att bli lyssnat till. Hur en sjuksköterska väljer att anpassa sig beror av hennes

professionella barnperspektiv. Sjuksköterskans gensvar på varje barns handlingar får betydelse för hur barnet engagerar sig och gör sig delaktigt under sitt hälsobesök.

Vid hälsobesöken vid BVC är det sjuksköterskan som håller i agendan. För att förebygga brist på överrensstämmelse, beroende av den asymmetri som alltid finns, behöver sjuksköterskan göra sig medveten om både sina egna och barnets förhandlingsstrategier. Möjligheten till överrensstämmelse beror emellertid inte enbart av sjuksköterskans förmåga och möjligheter till att förstå och bemöta barnets strategier, utan även på barnets tillit till sjuksköterskan. När vuxna guidar och främjar barns strategier att ta sig an olika aktiviteter, eller situationer, blir barnet respekterat utifrån sitt eget perspektiv (Jolley, 2006).

6.5.3 Ge tid och utrymme

Delstudierna visar att barnen behövde tid och utrymme för att engagera sig och göra sig delaktiga i sitt hälsobesök. Till exempel när de; uppmärksammar det som sker om kring dem, tar paus, tillgodoser sina egna önskningar eller när de försöker undvika och sträva emot det som sker omkring dem. Barnen behövde tid för att använda sin optimala kompetens och förståelse för att samhandla. Även Ellerton et al. (1994) beskriver hur vuxna kan stödja barn att ta sig an en situation genom att erbjuda bästa möjliga tid och utrymme. Stewart (2003) beskriver hur tidens gång hjälpte barn med cancer att anpassa sig och förhålla sig till de olika följder som deras sjukdom förde med sig till barnens vardag. Söderbäck (inskickad) beskriver hur tid och utrymme har betydelse för vilket engagemang barn visar när de ska genomföra en venpunktion. Vid hälsobesök bestäms till viss del den tid som finns tillgänglig för barnen av sjuksköterskans agenda. Hälsobesök sker på en mottagning vilket innebär att när den planerade tiden för det enskilda barnet är till ända, är ett annat barn i tur för sitt hälsobesök, vilket påverkar sjuksköterskans möjlighet till flexibilitet.

Delstudie IV visar hur en del barn ritade sig själv sist och hur en del barn berättade att de hade ett litet utrymme för inflytande vid vaccinationen: ”det går inte att komma undan”. Barnen föreföll medvetna om det utrymme de hade till förfogande. Det utrymme ett barn behöver för att engagera sig och vara delaktig kan grunda sig i tidigare erfarenheter av att få ta plats. Sjuksköterskans möjlighet att främja utrymme kan konkret ta sig uttryck i att barnet erbjuds ett nytt besök. I en tvågångssituation, genom brist på utrymme, råder inte ömsesidighet vilket inverkar på barnets erfarenheter och vidare utveckling (Bronfenbrenner, 1979).

6.6 METODDISKUSSION

Det tidigare metodavsnittet ska möjliggöra bedömning av avhandlingsarbetets interna logik, dvs. harmoni mellan syfte, datainsamling och analys (Larsson, 1993). I nedanstående avsnitt förs diskussion om avhandlingsarbetets genomförande avseende urval, datainsamling och tolkningarnas rimlighet samt om kunskapsstillskott och överförbarhet.

6.6.1 Urval

En kvalitetsaspekt för mitt urvalsförfarande avser om rätt sammanhang valts för att svara mot det övergripande syftet (Pilhammar Andersson, 1996). Val av sammanhang, BVC-verksamheter, för det här avhandlingsarbetet skedde i samarbete med BHV-enheten i respektive landsting. Vid val av de BVC-verksamheter som medverkat, togs hänsyn till sjuksköterskornas arbetsbelastning och antal barn som vid tiden för datainsamling skulle genomgå hälsobesök vid treårsålder. Ett annat möjligt tillvägagångssätt kunde ha varit att kontakta olika BVC-verksamheter direkt. Emellertid, föreföll kontakten med BHV-enheten få betydelse för verksamhetens tilltro och inställning till avhandlingsarbetets betydelse, och även förtroendet för mig.

Att bjuda in 10 barn från varje BVC ansågs vara ett rimligt antal för att ha utrymme för bortfall under de tre år som datainsamlingen pågick. De involverade sjuksköterskorna var behjälpliga med kontakt med barnen och deras föräldrar. Att ta hjälp av sjuksköterskorna, innebar att de gick i god för avhandlingsarbetets betydelse och min trovärdighet. En annan aspekt som beaktades var att det kunde vara lättare för föräldrarna att ta kontakt med en person de kände, både för att ställa frågor men också för att neka till medverkan. I metodavsnittet beskrivs det hierarkiska tillvägagångssättet för kontakt med barnen. Att i stället kontakta barnen och föräldrarna i första hand hade försvårat genomförandet eftersom det var nödvändigt med godkännande respektive samtycke från flera parter (BHV-överläkare, verksamhetschefer och sjuksköterskor).

Till de olika delstudierna har samma barn bjudits in, med argument att det tar tid att etablera kontakt och förtroende mellan forskare och medverkande, samt att vid forskning med barn görs även etiska överväganden om barns rätt att lära känna den som genomför studierna (Allmark, 2002). Bricher (1999a) rekommenderar, att vid intervjuer med barn i åldern 6-12 år bör forskaren träffa barnen flera gånger innan en intervju, som ska ligga till grund för analys, genomförs. Jag träffade inte barnen som medverkat innan vi sågs vid första datainsamlingstillfället. Emellertid skiljer sig videoobservationer från

intervjuer på så sätt att de inte kräver direkt interaktion mellan barnet och observatören under datainsamlingen. Vid varje tillfälle som jag träffat barnen har utrymme funnits för vardagligt samtal i anslutning till hälsobesöket. Därtill har kontakt skett från min sida genom att jag skickat videofilmerna till de familjer som önskat få dem. Delstudie I och II, som genomfördes när barnen var 3 och 4 år blev därför en förberedelse till de samtal som genomfördes när barnen var 5 år. Min upplevelse när jag träffat barnen vid BVC har varit att de känt igen mig.

6.6.2 Datainsamling

En studie kan tillskrivas trovärdighet när datainsamlingen innebär att forskaren vistas en längre tid på fältet, vilket förväntas ge en ökad förståelse för dem som utforskas och även ett rikare datamaterial (Lincoln & Guba, 1985). Med hänsyn till det sammanhang där avhandlingsarbetet har sin förankring, och hur hälsobesök genomförs vid en viss tidpunkt under en begränsad tid, innebär *lång tid på fältet* att genomföra många videoobservationer vid många hälsobesök och vid upprepade tillfällen. I avhandlingsarbetet har sammanlagt 80 videoobservationer genomförts. Videoobservationerna har gett möjlighet att se en specifik situation vid upprepade tillfällen, vilket också bidragit till *lång tid på fältet*. Barnhälsovårdens hälsobesök innebär att jag vandrat ut och in i en fältarbetsroll med olika barn, föräldrar och sjuksköterskor under tre års tid. Denna fältvandring underlättades av att vara förtrogen med sammanhanget som utbildad distriktssköterska (Lincoln & Guba, 1985).

Att genomföra videoobservationer var uttröttande och tog mycket tid i anspråk när det gällde att komma underfund med min placering i rummet, att inte vara i vägen och samtidigt fånga så mycket som möjligt. Att använda video gav möjlighet att fokusera på hur videokameran riktades, vilket i sin tur gav utrymme att skapa kontakt med barn, föräldrar och sjuksköterskor. Eftersom videoobservationer gör att forskaren kommer så nära det som observeras blev kontinuerliga etiska ställningstaganden viktiga (Larsson, 1993). Alla medverkande har hanterats konfidentiellt. Trots att fingerade namn används i delstudie I och II eller att namn helt uteslutits i delstudie III och IV är det möjligt att de medverkande känner igen sig i de illustrationer som använts för att belysa resultatet. Emellertid kan de medverkande inte kännas igen av utomstående.

Datainsamling till delstudie III och IV skedde vid samma tillfälle. Det innebar att barnets hälsobesök först videoobserverades. Därefter följdes den aktuella vårdsituationen upp med att barnen fick rita en teckning och reflektera kring vaccinationen. Vid

genomförandet av barnens teckningar och samtal med mig kan vår intersubjektivitet i situationen ha påverkat samtalet. Barnen kan ha sett mig som en del av situationen som frågor ställs kring, vilket kan leda till att de frågor som ställts till barnet verkat konstiga. Därav kunde det varit värdefullt om någon annan än jag själv skött videokameran vid dessa hälsobesök. Det skulle kunna ha medfört en bättre uppföljning av det barnen berättade. Ett sådant förfarande skulle emellertid ha inneburit att en ny person engagerats, vilket förutsätter ytterligare krav på samordning. Det kan dessutom vara svårt, ur ett etiskt perspektiv, att motivera för barn, föräldrar och sjuksköterskor varför en okänd person skulle vara med vid hälsobesöket. Att jag var med vid hälsobesökets genomförande innebar att jag hade en förståelse för vad som hänt och därmed förförståelse kring vad barnen eventuellt skulle berätta om.

I delstudie IV ville tre barn inte rita en teckning. Punch (2002) menar att det inte är självklart att teckningar är en bra metod att använda med barn eftersom att rita beror både på barnets kompetens och om barnet tycker om att rita. Mina erfarenheter av att använda teckningar är att den stämning barnen är i när de ombeds rita kan påverka deras vilja och lust att rita. De barn som inte ville rita en teckning saknade inte förmåga att rita, vilket blev tydligt när barnen lämnade sina informerade samtycken.

När barnen ritade lämnades de i fred tills de själva ansåg sig färdiga. För att få tillgång till barnens tankar hävdar White et al. (2010) att barnen ska uppmuntras att prata om sin teckning när de ritat. Holmsen (2007) menar dock att den som samtalar med barnet behöver använda sin intuition om vad som verkar görligt i situationen. Det innebär att barnen inte ska pressas att svara på frågor eller utföra aktiviteter de inte är redo för. Jag fann det inte genomförbart att uppmuntra till samtal under teckningsritandet eftersom barnen visade mig att de behövde utrymme för att fokusera på sin teckning.

Genom sina erfarenheter från sammanhang med andra vuxna i förskola, fritidsaktiviteter eller hemma, kan barnen ha en föreställning om att det finns ett rätt svar på de frågor som ställs (Bricher, 1999a). Min upplevelse vid dessa samtal var dock att barnens berättelser kom som en reflektion kring den egna erfarenheten.

6.6.3 Tolkningarnas rimlighet

I analysen är trovärdighetsaspekten väsentlig. Mina medvetna reflektioner och min öppenhet kring förståelse och tolkning av barnens uttryck och uppfattningar var nödvändig (Marton, 1988; Marton & Booth, 1997; Ödman, 2007). Genom att kontinuerligt fråga ”om det inte betyder ’det här’ vad kan det då betyda?” reflekterades kring hållbarheten av de begrepp som barnens olika uttryck tillskrivits, eller de uppfattningar som formats från barnens teckningar och/eller reflektioner. Trovärdighet är inte att beskriva barns uttryck och uppfattningar på rätt sätt, utan att utföra god forskning genom att överväga och beskriva förståelse, tillvägagångssätt och sammanhang (Sandelowski, 1998). Det finns därför utrymme för någon annan att konstruera andra begrepp som skulle kunna beskriva hur barnens uttryck och uppfattningar kan förstås.

Förståelse för barns kroppsliga och verbala uttryck, eller att söka efter deras uppfattningar i teckningar och reflektioner innebar tolkning ur ett vuxenperspektiv. Vuxnas möjlighet att förstå barn är begränsade. Därför behövdes öppenhet för den tvetydighet som barnens uttryck erbjöd och förståelse av barnens uttryck i den situation de uppträdde (Sommer et al., 2010; Ödman, 2007). För reflektioner om och öppenhet för alternativa tolkningar av videoobserverade uttryck, teckningar och reflektioner, fanns ett värde av att ha medforskare under analysen (Sandelowski, 1998). Möjligheten att ta hjälp från medforskare har underlättats genom de valda datainsamlingsmetoderna. Medforskare kan inte tilldela ett resultat trovärdighet, men vara behjälpliga med att ställa andra och/eller bättre frågor till materialet så att de kan ses ur ett vidare perspektiv. För att resultatet ska vara användbart för andra behöver samstämmighet råda kring de begrepp och kategorier som konstrueras (Marton, 1988).

I avhandlingsarbetets samtliga delstudier har analysen av barnens uttryck och uppfattningar validerats kontinuerligt av medforskare. Dessa har främst utgjorts av handledarna (MS, KC). I delstudie III har även en fjärde medförfattare (IC) agerat som granskare av resultatet.

Förståelse för sammanhangets betydelse och öppenhet för alternativ tolkning av barnens uttryck att ta sig tid, är handlingarna som tillskrivits begreppen *tar paus*, *tillgodogör egna önskningar* och *undvikande* handlingar. När handlingarna förstås i sitt sammanhang framstår skillnader.

Förklaringen är att barnen som tar paus, tar tid på sig att avsluta en aktivitet. De har sin uppmärksamhet riktad mot de föremål som använts i en aktivitet och bejakar inte sjuksköterskans nya inbjudan. Dessa handlingar liknar de handlingar där barnen

tillgodoser egna önsknningar genom att ta ett steg i taget. Även i dessa handlingar tar barnen tid på sig att avsluta en aktivitet. Skillnaden är att barnen, som visar att de vill ta ett steg i taget, kontinuerligt bejakar sjuksköterskans inbjudan och situationen fortskrider. Barnen som använder undvikande handlingar visar hur de tar sig tid. Liksom barnen som tar paus har de sin uppmärksamhet riktad mot de föremål som ingår i en aktivitet. Skillnaden är att vid paus är en aktivitet avslutad, och vid undvikande handlingar har inte aktiviteten genomförts ännu. Dessutom finns här vid tolkningen en betydande tidsaspekt. Ett barns paus förhåller inte situationen. Det som skiljer barnens undvikande handlingar från att tillgodose egna önsknningar är att vid undvikande handlingar bejakar de delvis det sjuksköterskan säger men genomför inte aktiviteten förrän efter en lång stund.

Forskningens trovärdighet handlar inte heller enbart om hur analysen genomförts, utan även om hur resultaten återges (Sandelowski, 1993). För att tydliggöra överensstämmelse mellan de verkliga situationerna och den tolkning och förståelse som gjorts förekommer rikligt med illustrationer ur observationsberättelserna (Lincoln & Guba, 1985; Larsson, 1993).

6.6.4 Kunskapstillskott

Eftersom den forskning jag funnit inom barnhälsovård berört barn ur ett barnperspektiv, på så sätt att barnen själva inte varit involverade, kan detta avhandlingsarbete anses unikt då barnens perspektiv är i fokus. Resultatet, hur barnen gör i situationer vid sina hälsobesök och hur de uppfattar vaccinationen kan anses *självklar* för den vårdpersonal som dagligen möter barn i sin verksamhet. Avhandlingsarbetets beskrivning av barnens varierade uttryck och uppfattningar bidrar till att sådan självklar kunskap framstår tydligare. Sådant tydliggörande benämns av Larsson (1993) som innebördsrikedom, vilket innebär att gestalta något så att nya innebörder uppstår. I det här fallet bidrar tydliggörande av barns uttryck och uppfattningar till att barns delaktighet kan främjas utifrån varje barns erfarenheter och kompetens.

6.6.5 Överförbarhet

Att överföra avhandlingens resultat till andra sammanhang är möjligt om tillgänglig information om datamaterialet anses tillräcklig, vilket varje läsare är i sin rätt att bedöma (Lincoln & Guba, 1985). Marton (1988) menar dock att det första fyndet som görs när något utforskas är en upptäckt, och att upptäckter inte är upprepningsbara. Däremot kan den förståelse som erhållits genom analys vara användbar för att förstå andra uppfattningar i andra sammanhang. Det som är överförbart till andra vårdssituationer från

det här avhandlingsarbetet är: förståelsen för att barns uttryck är komplexa då de avlöser varandra i ett snabbt tempo, och att barns uppfattningar i en situation skiljer sig från vuxnas. Det innebär att hur barn gör sig delaktiga måste förstås i det specifika sammanhang som barnen deltar i.

7 KONKLUSION OCH FORTSATT FORSKNING

Avhandlingsarbetet bidrar med *ett* sätt att förstå hur barn gör sig delaktiga vid hälsobesök inom Barnhälsovård. Genom att utforska barnens uttryck är det möjligt att förstå hur barnen i ömsesidig *samhandling* med sjuksköterska och förälder formar sitt hälsobesök. Vid samhandling befinner sig barnen i olika tillstånd: de *gör sig redo, är beredda* att ta sig an aktiviteter de bjuds in till, samt *bekräftar sig själva* när de besvarat inbjudan. Barnen kan även vara i tillstånd där de *inte är redo* eller *är motvilliga*. I dessa olika tillstånd *förhandlar* barnen med sig själva, sjuksköterskan och föräldern. Barnen förhandlar med strategier där de *tar in situationen* de är i, samt genom *bejakande* och *förhalande förhandlingsstrategier*. Avhandlingsarbetet bidrar även till förståelse för barnens uppfattningar av sin vaccination. Barnens uppfattningar var: *Det var inte otäckt, det gjorde inte ont, det kändes bra; Det var otäckt, jag trodde det skulle göra ont, jag behövde göra det; och Jag ville komma undan, det kändes inte bra.*

Dessa beskrivna tillstånd, förhandlingsstrategier och uppfattningar kan främja hur sjuksköterskor kan guida barn vid hälsobesök och därigenom utgöra en del av sjuksköterskors barnperspektiv. Förståelse för hur barn gör sig delaktiga vid hälsobesök tillför förståelse för barns perspektiv och kompetens. Sådan förståelse bidrar till utveckling av en barncentrerad vård samt till att främja och realisera barns delaktighet i vårdssituationer.

Förslag till fortsatt forskning är att härleda barnens uppfattningar av vaccinationen till deras uttryck och handlingar i samma situation. Särskilt avseende hur barnen uppfattade att vaccinationen kändes bra eller inte bra. Barnen som sökte ledtrådar, tillgodosåg egna önskningar och/eller fokuserade kan, ur ett vuxenperspektiv, förstås som att barnen uppfattade att vaccinationen kändes bra och därför kan och vill de delta i vaccinationen. På samma sätt skulle de barn som uppfattade att vaccinationen inte kändes bra kunna visa undvikande handlingar eller sträva emot. Ytterligare förslag till vidare forskning är att implementera förståelse bland vårdpersonal för hur barn gör sig delaktiga, att utforska skillnader och likheter mellan pojkars och flickors uttryck, eller att fokusera sociala skillnader i barnens erfarenhetsvärld. Därtill utgör rytmen i interaktionen sjuksköterska-barn-förälder samt hur sjuksköterskor och föräldrar gör när de guidar barn vid hälsobesök för att främja deras delaktighet förslag till fortsatt forskning.

8 TACK

Att genomföra forskarutbildningen hade inte varit möjligt utan engagemang och stöd från andra. Jag vill rikta ett särskilt TACK till:

De som medverkat i mina studier: Barnen som genom sina uttryck, teckningar och reflektioner delat med sig av sina perspektiv. Barnens föräldrar som gett mig förtroendet att vara med vid hälsobesöken. Sjuksköterskorna som tålmodigt kontaktat barnen och deras föräldrar, anpassat sin tidbok till min kalender, ordnat skrivplats till mig i pausen mellan två hälsobesök och framför allt låtit mig vara med när de genomfört sitt arbete. Verksamhetschefer vid BVC, samt verksamma vid BHV-enheterna i Västmanland och Södermanland för stöd vid forskningsprojektets början.

Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa som antog mig som doktorand och gav tillgång till forskargruppen PIIB:s seminarier.

Roland och Gunnel vid Akademin för Hälsa, Vård och Välfärd som anställde mig som doktorand.

Nationella Forskarskolan i Vård och Omsorg, för samhörighet med andra doktorander, speciellt Eva F-W, Åsa A, Åsa S., för värdefulla kurser, seminarier, doktorand- och handledardagar samt finansiering av såväl forskarutbildning och vistelse vid Trinity College Dublin.

Forskargrupperna ICU CHILD, Mälardalens högskola och CHILD Högskolan i Jönköping för seminarier och gemenskap.

Majblommans riksförbund för finansiellt stöd.

Huvudhandledare Maja Söderbäck, för ett outtröttligt intresse och engagemang samt tilltro till min förmåga, för att du utmanar min tanke och uppmanar mig att vara här och nu.

Bihandledare Kyllike Christensson, för frågor med eftertanke och stringens samt för vilja och öppenhet att utforska barns perspektiv.

Co-author Imelda Coyne, for excellent scientific collaboration, generosity and laughter during my stay at School of Nursing & Midwifery, Trinity College Dublin. I miss you, Adrian and Theodore in my everyday life.

Mentor Per Tillgren för att du alltid tagit dig tid när jag behövt råd och stöd samt för att du köpte tårta när den första ”artiklen” accepterades.

Tidigare och nuvarande kollegor. Lilian V. och Claes för uppmuntrande tillrop och tilltro till min förmåga som pedagog. Coachen Robert, Anna G. och Emmie för

underhållande sällskap med träffsäkra och uppiggande reflektioner, både som kollegor och vänner. Gunilla för diskussioner vid kvällspromenader och för tålmodig introduktion i stickandets mysterier. Lena M.H. för vänskap i med- och motgångar. Ann-Kristin för ständig lyssnarberedskap om stort och smått. Fatumo för färgsprakande inslag när vardagen känns grå. Lena H, Carin, Karin, S., Karin, W., Ulf, Anita, Lotta, Lisa, Ingemar, Hélène, Sussie, Maria N-Z, Cilla, Camilla och Per A för fikastunder med viktiga och muntra ickevetenskapliga diskussioner.

Marie G. för givande metoddiskussioner och morgontidigt sällskap i Canada.

Mina stora och små vänner: Fredrik, Charlotte, Sigrid och Emil för långvarig vänskap, lilljular, skidresor, välsmakande middagar och uppmuntran. Jonas, Maria, Maja och Jakob för lunch, middag eller fika närhelst jag bjudit in mig och för medverkan i hysterisk pralintillverkning. Kicki och Uffe ”Raggarn”, Anna och Micke, alltid mysigt och avkopplande när vi väl ses. Katarina och Sofia för vardagsprat. Utan vänner är en akademisk avhandling omöjlig att färdigställa.

Alla familjemedlemmar för intresserade frågor och stöd. Speciellt min mamma Margareta för vardagshjälp med hembakat bröd, avfrostning av frys och hjälp med barntillsyn, samt min syster Carin för att du alltid finns tillgänglig för alla slags bryderier.

De käraste jag har, Johan, Klara och Stina för att ni så tålmodigt funnits vid min sida, ordnat med välgörande fredagsmys och utan att tveka följde med mig till Irland.

9 REFERENSER

- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65, 2272-2283.
- Allmark, P. (2002). The ethics of research with children. *Nurse Researcher*, 10(2), 7-20.
- Arborelius, E. U., & Bremberg, S. (2003). Supportive and nonsupportive qualities of child health nurses' contact with strained infant mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 169-175.
- Aronsson, K. (1997). *Barns bilder - barns världar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Backett-Milburn, K., & McKie, L. (1999). A critical appraisal of the draw and write technique. *Health Education Research*, 14(3), 387-398.
- Baggens, C. (2002). *Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. Doktorsavhandling. Tema kommunikation. Linköpings universitet.
- Bradding, A., & Horstman, M. (1999). Using the write and draw technique with children. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 170-175.
- Bremberg, S. (2000). Quality of evidence for the present Swedish child health surveillance programme. *Acta Paediatrica*, 434, 8-11.
- Bricher, G. (1999a). Children and qualitative research methods. *Nurse Researcher*, 6, 65-77.
- Bricher, G. (1999b). Paediatric nurses, children and the development of trust. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 451-458.
- Bricher, G. (2000). Children in the hospital: issues of power and vulnerability. *Pediatric Nursing*, 26(3), 277-282.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Carlsson, A., Dejin Karlsson, E., Håkansson, A., & Udén, G. (2006). Compliance with child accident precautions by child health nurses. *Journal of Child Health Care*, 10(2), 149-159.
- Carney, T. Murphy, S., Bishop, E., Kerr, C., Parker, J., Scott, F., ... Wilson, L. (2003). Children's views of hospitalization: an exploratory study of data collection. *Journal of Child Health Care*, 7, 27-40.
- Carter, B. (2009). Tick box for child? The ethical positioning of children as vulnerable, researchers as barbarians and reviewers as overly cautious. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 858-864.
- Caty, S., Ellerton, M. L., & Ritchie, J. A. (1997). Use of a projective technique to assess young children's appraisal and coping responses to a venipuncture. *Journal for Specialist in Pediatric Nursing*, 2, 83-92.
- Chambers, C. T., Taddio, A., Uman, L. S., & McMurtry, C. M. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: a systematic review. [Supplement B] *Clinical Therapeutics*, 31, 77-103.

- Christensen, P., & Mikkelsen, M.R. (2008). Jumping off and being careful: children's strategies of risk management in everyday life. *Sociology of Health & Illness*, 30, 112-130.
- Clark, A. (2005). Listening to and involving young children: a review of research and practice. *Early Child Development and Care*, 175(6), 489-505.
- Clavering, E. K., & McLaughlin, J. (2010). Children's participation in health research: from objects to agents? *Child: care, health and development*, 36, 603-611.
- Coad, J.E., & Shaw, K.L. (2008). Is children's choice in health care rhetoric or reality? A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 318-327.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326-336.
- Coyne, I. (2010). Research with children and young people: the issue of parental (proxy) consent. *Children & Society*, 24, 227-237.
- Dahlgren, L.O., & Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8, 150-156.
- Dockett, S., & Perry, B. (2007). Trusting children's accounts in research. *Journal of Early Childhood Research*, 5(1), 47-63.
- Ellerton, M., Ritchie, J. A., & Caty, S. (1994). Factors influencing young children's coping behaviors during stressful healthcare encounters. *Maternal-Child Nursing Journal*, 22(3), 74-82.
- Eriksson, L., & Granlund, M. (2004). Conceptions of participation in students with disabilities and persons in their close environment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 16(3), 229-245.
- Faulkner, M., Lewis, R., & Cheung, H. (2001). Using video recording in observational research. *Nursing Times*, 97(35), 32-33.
- Flatman, D. (2002). Consulting children: Are we listening? *Paediatric Nursing* 14(7), 28-31.
- FN, Förenta Nationerna. (1989). *Konventionen om barnets rättigheter*. FN: Genève.
- Forsner, M., Jansson, L., & Sørli, V. (2005a). Being ill as narrated by children aged 11-18 years. *Journal of Child Health Care*, 9(4), 314-323.
- Forsner, M., Jansson, L., & Sørli, V. (2005b). The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. *Journal of Child Health Care*, 9(2), 153-165.
- Franck, L. S., Sheikh, A., & Oulton, K. (2008). What helps when it hurts: children's views on pain relief. *Child: care, health and development*, 34(4), 430-438.
- Funkquist, E.-L., Carlsson, M., & Hedberg Nyqvist, K. (2005). Consulting on feeding and sleeping problems in child health care: what is at the bottom of advice to parents? *Journal of Child Health Care*, 9(2), 137-152.
- Fägerskiöld, A. (2002). *Support of mothers and their infants by the child health nurse: expectations and experiences*. Doctoral Dissertation. Faculty of Health Sciences. Linköping University.
- Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 79-85.

- Golomb, C. (2004). *The child's creation of a pictorial world*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Golsäter, M., Enskär, K., Lingfors, H., & Sidenvall, B. (2009). Health counselling: parental-oriented health dialogue - an innovation for child health nurses. *Journal of Child Health Care*, 13(1), 75-88.
- Guell, C. (2007). Painful childhood: Children living with juvenile arthritis. *Qualitative Health Research*, 17, 884-892.
- Hagelin, E. (1998). *Barnhälsovårdsjournalen som kunskapskälla. En analys av fullständighet, instruktionsenlighet och tillförlitlighet*. Comprehensive Summeries of Uppsala Dissertations, Faculty of Medicine 799. Acta Universitatis Upsaliensis.
- Halldén, G. (2003). Barnperspektiv som ideologiskt eller metodologiskt begrepp. *Pedagogisk forskning i Sverige*, 8, 151-159.
- Hallberg, A-C., Lindbladh, E., Råstam, L. & Håkansson, A. (2001). Parents: the best experts in child health care? Viewpoints from parents and staff concerning child health services. *Patient Education and Counseling*, 44, 151-159.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1995). *Ethnography. Principles in practice*. London: Routledge.
- Hardy, M., & Armitage, G. (2002). The child's right to consent to x-ray and imaging investigations: issues of restraint and immobilization from a multidisciplinary perspective. *Journal of Child Health Care*, 6(2), 107-119.
- Hart, R. (1992). Children's participation: from tokenism to citizenship. *Innocenti Essays No. 4*. Florence: UNICEF.
- Haw, K. (2008). 'Voice' and video: seen heard and listened to? In P. Thomson (Ed.), *Doing visual research with children and young people* (pp. 192-207). London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Heath, C., Hindmarsh, J., & Luff, P. (2010). *Video in qualitative research. Analysing social interaction in everyday life*. London: Sage Publications Ltd.
- Helsingforsdeklarationen. (2008). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, <http://www.codex.vr.se> Hämtad 2011-05-23.
- Hill, M. (2005). Ethical considerations in researching children's experiences. In S. Greene & D. Hogan (Eds.), *Researching children's experiences* (pp. 61-86). London: Sage Publications Ltd.
- Holmsen, M. (2007). *Samtalsbilder och teckningar - samtal med barn i svåra situationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Horstman, M., Aldiss, S., Richardson, A., & Gibson, F. (2008). Methodological issues when using the draw-and-write technique with children aged 6 to 12 years. *Qualitative Health Research*, 18(7), 1001-1011.
- Horstman, M., & Bradding, A. (2002). Helping children speak up in the health service. *European Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 75-84.
- Hydén, L. C., & Baggens, C. (2004). Joint working relationships: children, parents and child healthcare nurses at work. *Communication and medicine*, 1(1), 71-83.
- Ireland, L., & Holloway, I. (1996). Qualitative health research with children. *Children & Society*, 10, 155-164.
- James, A., & James, A. (2008). *Key concepts in childhood studies*. London: Sage.

- Jansson, A. (2000). *Sjuksköterskan i primärvård med särskilt fokus på barnhälsovård*. Doktorsavhandling. Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet.
- Johansson, E. (1999). *Etik i små barns värld: om värden och normer bland de yngsta barnen i förskolan*. Göteborg Studies in Educational Sciencis 141. Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Jolley, J. (2006). Commentary on Coyne I. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 785-799.
- Kirk, S. (2007). Methodological and ethical issues in conducting qualitative research with children and young people: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1250-1260.
- Kornfält, R. (2000). Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. *Acta Paediatrica*, 434, 8-11.
- Larsson, S. (1993). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*, 4, 194-211.
- Larsson, J-O. (1996). *Aspects of health surveillance at child welfare centres*. Doctoral Dissertation. Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet.
- Levesque, H. J., Cohen, P. R., & Nunes, J. H. T. (1990). On acting together. *Automated Reasoning*, 94-99.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, California: Sage.
- Lindahl, M. (1993). *Video som observationsteknik*. Paper presenterat på 21:a NFPF-kongress 11-13 mars 1993.
- Ludman, L., & Spitz, L. (1996). Coping strategies of children with faecal incontinence. *Journal of Pediatric Surgery*, 31(4), 563-567.
- Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård- att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber.
- Magnusson, M., Garrett, M. J. & Sundelin, C. (1999). Child health service's response to early feeding and behaviour problems: changes in parental perceptions 1970-93. *Acta Paediatrica*, 88, 1094-1100.
- Magnusson, M., Persson, K. & Sundelin, C. (2000). The effectiveness of routine health examinations at 2, 6, 9 and 12 month of age: experiences based on data from a Swedish county. *Child: Care, Health and Development*, 27(2), 117-131.
- Magnusson, M., Garrett, M. J. & Sundelin, C. (2000). Impact of child health centre organization on parental satisfaction. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14, 232-238.
- Markström, A.-M., & Halldén, G. (2009). Children's Strategies for Agency in Preschool. *Children & Society*, 23(2), 112-122.
- Marton, F. & Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Marton, F. (1988). Phenomenography: A research approach to investigating different understandings of reality. In R. Sherman & R. B. Webb (Eds.), *Qualitative research in education: focus and methods* (pp. 141-161). London: The Falmer Press.

- Morrow, V., & Richards, M. (1996). The ethics of social research with children: an overview. *Children & Society, 10*, 90-105.
- Morse, J. (2007). Ethics in action: ethical principles for doing qualitative health research. *Qualitative Health Research, 17*(8), 1003-1005.
- Mårtenson, E. K., Fägerskiöld, A. M., & Berterö, C. (2007). Information exchange in paediatric settings: an observational study. *Paediatric Nursing, 19*(7), 40-43.
- Noyes, J. (2000). Enabling young 'ventilator-dependent' people to express their views and experiences of their care in hospital. *Journal of Advanced Nursing, 31*(5), 1206-1215.
- Olander, E. (2003) *Hälsövägledning i barnhälsovården, syntetisering av två uppdrag*. Doktorsavhandling. Lärarytbildningen. Malmö högskola.
- Olin Lauritzen, S. (1990) *Hälsovård som rutin eller relation. svensk mödra- och barnhälsovård möter invandrarfamiljer*. Doktorsavhandling. Pedagogiska institutionen. Stockholms Universitet.
- Oxford English Dictionary, www.oed.com Hämtad 2011-05-23
- Pedro, H., Barros, L., & Moleiro, C., (2010). Brief report: parents and nurses' behaviors associated with child distress during routine immunization in a Portuguese population. *Journal of Pediatric Psychology, 35*, 602-610.
- Pelander, T., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2009). The quality of paediatric nursing care: developing the child care quality at hospital instrument for children. *Journal of Advanced Nursing, 65*(2), 443-454.
- Pilhammar Andersson, E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet - en jakt efter ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur.
- Plumridge, E., Goodyear-Smith, F., & Ross, J. (2008). Parents and nurses during the immunization of children-where is the power? A conversation analysis. *Family Practice, 25*(1), 14-19.
- Plumridge, E., Goodyear-Smith, F., & Ross, J. (2009). Nurse and parent partnership during children's vaccinations: A conversation analysis. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 1187-1194.
- Pramling Samuelsson, I. (2004). How do children tell us about their childhoods? *Early Childhood Research & Practice, 6* (1). <http://ecrp.uiuc.edu>
- Pramling Samuelsson, I., & Lindahl, M. (1999). *Att förstå det lilla barnets värld- med videons hjälp*. Stockholm: Liber.
- Preisler, G. (1990). *Att införa video i psykologiskt och pedagogiskt stödjande arbete med barn med funktionsnedsättningar*. Solna: Tomtebodaskolans resurscenter.
- Pridmore, P., & Bendelow, G. (1995). Images of health: exploring beliefs of children using the "draw-and-write" technique. *Health Education Journal, 54*(4), 473-488.
- Protudjer, J. L. P., Kozyrskyj, A. L., Becker, A. B., & Marchessault, G. (2009). Normalization strategies of children with asthma. *Qualitative Health Research, 19*, 94-104.
- Punch, S. (2002). Research with children: the same or different from research with adults? *Childhood, 9*(3), 321-341.

- Pölkki, T., Pietilä, A-M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2003). Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. *International Journal of Nursing studies*, 40, 33-44.
- Rikshandboken för barnhälsovård, www.growingpeople.se Hämtad 2011-03-31.
- Rogoff, B., Paradise, R., Arauz, R. M., Correa-Chávez, M., & Angelillo, C. (2003). Firsthand learning through intent participation. *Annual Review of Psychology*, 54, 175-203.
- Runeson, I. (2002). Children's participation in decision-making in health care. Doctoral Dissertation. Department of Medical Ethics Faculty of Medicine, Lund University.
- Runeson, I., Hallström, I., Elander, G., & Hermerén, G. (2002a). Children's needs during hospitalization: An observational study of hospitalized boys. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), 158-166.
- Runeson, I., Hallström, I., Elander, G., & Hermerén, G. (2002b). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics*, 9(6), 583-598.
- Runeson, I., Mårtenson, E., & Enskär, K. (2007). Children's knowledge and degree of participating in decision making when undergoing a clinical diagnostic procedure. *Pediatric Nursing*, 33(6), 505-511.
- Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T., & Aronen, E. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 108-114.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16, 1-8.
- Sandelowski, M. (1998). Focus on qualitative methods: The call to experts in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 21, 467-471.
- Schütz, A. (1999). *Den sociala världens fenomenologi*. Uddevalla: Daidalos. SFS 1982: 763. *Hälsa- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Shah, V., Taddio, A., & Rieder, M. J. (2009). Effectiveness and tolerability of pharmacologic and combined interventions for reducing injection pain during routine childhood immunization: systematic review and meta-analyses. [Supplement B] *Clinical Therapeutic*, 31, 104-151.
- Shields, L., Kristensson-Hallström, I., Kristjánsdóttir G., & Hunter, J. (2003). Who owns the child in hospital? *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 213-222
- Shier, H. (2001). Pathways to Participation: Openings, Opportunities and Obligation. A new model for Enhancing Children's Participation in Decision Making, in line with Article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Children & Society*, 15, 107-117.
- SKL. (2011). *Utbildningsinsatser och stöd för att stärka barnets rättigheter*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Smith, L., & Callery, P. (2005). Children's accounts of their preoperative information needs. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 230-238.
- Smith, F. (1997). Children's rights and A & E services. *Paediatric Nursing*, 9(9), 22-24.
- Socialdepartementet. (2008). *En förnyad folkhälsopolitik. Regeringens proposition 2007/08:110*.
- Socialdepartementet. (2010). *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Regeringens proposition 2009/10:232*.
- Socialstyrelsen. (1991). *Allmänna råd från socialstyrelsen. 1991:8. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården*. Stockholm: Allmänna förlaget.

- Sommer, D. (2003). Børnesyn i udviklingspsykologien. Er et børneperspektiv muligt? *Pedagogisk forskning i Sverige, 8* (1-2), 85-100.
- Sommer, D. (2005). *Barnomspsykologi. Utveckling i en förändrad värld*. Stockholm: Liber.
- Sommer, D., Pramling Samuelsson, I., & Hundeide, K. (2010). *Child perspectives and children's perspectives in theory and practice*. London: Springer.
- Sparman, A. (2005). Video recording as interaction: participant observation of children's everyday life. *Qualitative Research in Psychology, 2*, 241-255.
- Spiers, J. A. (2000). Video technology. Use in nursing research. *American Association of Occupational Health Nurses Journal, 48*(3), 119-124.
- Stafström, C. E., Rostasy, K., & Minster, A. (2002). The usefulness of children's drawings in the diagnosis of headache. *Pediatrics, 109*(3), 460-472.
- Stewart, J. L. (2003). Getting used to it: Children finding the ordinary and routine in the uncertain context of cancer. *Qualitative Health Research, 13*, 394-407.
- Söderbäck, M. (2010). Barn och unga som vårdkonsument. I M. Söderbäck (Red.), *Barn och unga rätt i vården* (s. 13-24). Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centered care. *Journal of Child Health Care, 15*(2), 99-106.
- Söderbäck, M. Young children's ways of engagement in care procedures involving venepuncture. *Inskickad för publicering*.
- Taddio, A., Illersich, A. L., Ipp, M., Kikuta, A., & Shah, V. (2009). Physical interventions and injection techniques for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. [Supplement B] *Clinical Therapeutic, 31*, 48-76.
- Taylor, R.M., Franck, L.S., Dhawan, A. & Gibson, F. (2010). The stories of young people living with a liver transplant. *Qualitative Health Research, 20*, 1076-1090.
- Thomson, P. (2008). Children and young people: voices in visual research. In P. Thomson (Ed.), *Doing visual research with children and young people* (pp. 1-19). London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Tollefsen, D. (2005). Let's pretend! Children and joint action. *Philosophy of the Social Sciences, 35*(1), 75-97.
- Törrenen M. 2006. Community in a children's home. *Child and Family Social Work, 11*, 129-137.
- Walker, K., Caine-Bish, N., & Wait, S. (2009). "I like to jump on my trampoline": an analysis of drawings from 8- to 12- year-old children beginning a weight-management-programme. *Qualitative Health Research, 19*, 907-917.
- Watson, P. (2008). Pre-school children frequently seen but seldom heard in nursing care. *Nursing Praxis in New Zealand, 24*(3), 41-48.
- Wennerholm Juslin, P., & Bremberg, S. (2004). *När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan. En systematisk forskningsöversikt*. Statens folkhälsoinstitut 2004:30.

- White, A., Bushin, N., Carpena-Mendez, F., & Ni Laoire, C. (2010). Using visual methodologies to explore contemporary Irish childhoods. *Qualitative Health Research, 10*(2), 143-158.
- Williams, B., Corlett, J., Dowell, J.S, Coyle, J. & Mukhopadhyay, S. (2009). "I've never not had it so I don't really know what it's like not to": nondifference and biographical disruption among children and young people with cystic fibrosis. *Qualitative Health Research, 19*, 1443-1455.
- Woodgate, R. (2001). Adopting the qualitative paradigm to understanding children's perspectives of illness: barrier or facilitator? *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families, 16*(3), 149-161.
- Woodgate, R., & Kristjanson, L. J. (1995). Young children's behavioural responses to acute pain: strategies for getting better. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 243-249.
- Young, B., Moffett J. K., Jackson, D., & McNulty, A. (2006). Decision-making in community-based paediatric physiotherapy: a qualitative study of children, parents and practitioners. *Health & Social Care in the Community, 14*(2), 116-124.
- Ångström-Brännström, C., Norberg, A., & Jansson, L. (2008). Narratives of children with chronic illness about being comforted. *Journal of Pediatric Nursing, 23*, 310-316.
- Ödman, P.-J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Övreeide, H. (2000). *Samtal med barn*. Lund: Studentlitteratur.

Exploring three-year-old children in a primary child health care situation

Journal of Child Health Care

© The Author(s), 2009.

Reprints and Permissions:

[http://www.sagepub.co.uk/](http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)

[journalsPermissions.nav](http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)

Vol 13(4) 383–400

DOI: 10.1177/1367493509344822

MARIA HARDER, PhD student, RN, MNurseSci

Department of Women and Child Health, Karolinska Institutet and School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University, Sweden

KYLLIKE CHRISTENSSON, PhD, RM

Professor, Department of Women and Child Health, Karolinska Institutet, Sweden and School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University, Sweden

MAJA SÖDERBÄCK, PhD, BSc, RN

Senior Lecturer, School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University, Sweden

Abstract

In the Swedish Primary Child Health Care (PCHC) children participate in regular health visits. In these visits children as actors demonstrate their subjective maturity through bodily and verbal expressions. The aim of this study was to explore three-year-old children's expressions when they take part as actors in a PCHC situation. An explorative design with a hermeneutic approach and video observations was used. Twenty-nine children participated. The findings exhibit a variation of expressions in the situation conceptualized as actions in a progression of states: from a state of getting ready to a state of being ready and further to a state where the child strengthens their own self. This progression is dynamic and coloured with the states of not being ready or of being adverse. The conceptualization of children's expressions can contribute towards encouraging nurses' sensitivity when inviting and guiding children in PCHC situations.

Keywords child • expressions • hermeneutic analysis • Primary Child Health Care • video observations

Introduction

Primary Child Health Care (PCHC) in Sweden deals with children's health in a broad sense and has a long tradition. Swedish PCHC aims to provide high-quality care, on equal terms, for all children in Sweden. The services are voluntary and free of charge as a part of the Swedish National Health Service. The participation rate of children 0–5 years of age is nearly 100 per cent (Baggens, 2002). The content is designed to promote children's health and development through regular health visits (National Board of Health and Welfare, 1991; Ministry for Health and Social Affairs, 2005). The child's first year involves several health checkups. Planned health visits with a monitoring programme then take place at 3, 4 and 5½ years of age. At 3 years of age focus is on speech development, at age 4 on motor activity and cognitive functions together with sight and hearing, and at age 5½ the child will undergo a comprehensive examination before attending school. During these health visits child and parents will meet a specialized trained PCHC nurse.

Research into Swedish PCHC has provided insight into promotion of children's health from examining how PCHC works with the monitoring programme, PCHC records, parental support, and how health care is provided through a population-individualization movement (Larsson, 1996; Hagelin, 1998; Magnusson, 1999; Olander, 2003). Research into parental support describes the perspective of both parents and PCHC nurses (Jansson, 2000; Baggens, 2002; Fägerskiöld, 2002; Hallberg, 2006). However, the child's subjective perspective and participation as an actor in a PCHC situation has not been previously studied. According to the Convention on the Rights of the Child, children have the right to participate and have their voice heard in all situations that involve them (Ministry for Foreign Affairs (FA), 1989). In Sweden, the Health and Medical Service Act (SFS, 2004: 176) also declares the human right to participate, although children are not mentioned specifically. To grasp the perspective of the child as an actor is about giving the child the opportunity to express his or her subjective competence and have his or her say (Hart, 1992).

A theoretical approach for understanding children as actors is that children express their subjective perspective through the body (i.e. gestures, facial expressions, body movement) and the voice (talking and sounds). The child's body is an important element through which the child learns to influence others, share meaning with others, demonstrate intentions and use skills to act (Sommer, 1997). Pramling (2004) emphasizes that children, whether they use the body or the voice to express themselves, are seeking meaning and express something from their subjective perspective. Accordingly, the child's expressions depend on each child's level of maturity, the use of the body and cognitive understanding, and each child's own experiences when adjusting to a situation and encountering another person. This theoretical approach is connected to Bronfenbrenner's (1979) bioecological model of a child's development as an ongoing process

throughout life, affected by relations and experiences in their close environment. All situations where the child is an actor are important for development. Thus, a child's expressions in a specific situation evolve from the child's interests, needs and earlier experiences in everyday life. Therefore, a child's subjective expressions as an actor have to be understood in the specific situation (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 1997; Pramling, 2004).

For the PCHC nurse to be sensitive towards a child's expression of participation in the PCHC setting there is a need for more knowledge. This study is one part of a longitudinal project to follow children in PCHC visits at 3, 4 and 5½ years of age to investigate expressions and perceptions from the children's perspective as actors. The aim of this first part was to explore three-year-old children's expressions when they take part as actors in a PCHC situation.

Methodological approach and research design

The guiding principle for the methodological approach in understanding a PCHC situation is that reality is formed by all actors as participants seeking meaning in a situation. A situation is experienced differently by each one (Schütz, 1999). Thus, children's expressions as actors have to be explored in the situated context. This led us to adopt an explorative design with a hermeneutic approach. Prior understanding is essential for the interpretative process. An exploratory movement between the child's subjective perspective and the researcher's perspective is central to the analysis (Ödman, 2007).

Selection procedure

The study was approved by the Regional Ethical Review Board in Uppsala, Sweden (Dnr 2004: M-333), and at the PCHC units in two Swedish counties. The procedure concerning the selection of six PCHC centres was based on the number of three-year-olds attending health visits in the period planned for data collection. The selection was conducted strategically to reach an even distribution amongst the children with regard to sex, and to whether they lived in towns or in the countryside. This may provide a variation of experiences (Bronfenbrenner, 1979). The invitation of children ($n = 59$) was conducted by PCHC nurses. One PCHC centre (two PCHC nurses) and one PCHC nurse at another PCHC centre declined involvement in the study, which gave a shortfall of 15 children. Later losses of 15 children were due to sickness, or them not wanting to take part in the study. Further, one video observation was excluded because the child neither spoke nor understood Swedish. However, a balance of the sexes and residential settings was achieved ($n = 28$).

Video observation

Video observation is found to be useful in research with children of preschool age since their verbal skills are limited (Sommer, 2003). The use of video observation provided the opportunity to capture the child as an actor in the situation, the child's subjective perspective. Video observation also allows repeated viewing of captured situations and validation by co-examiners (Pramling and Lindahl, 1999). The video observations were conducted from February to May 2007. They were made overtly and the first author followed the child and the natural course of the health visit with the camera.

Ethical considerations

In research with children it is particularly important to assure the child's informed consent because of the inequality in age and authority between adult and child (Allmark, 2002). Alderson (2007) emphasizes that children's competence in sharing information and expressing an informed consent do not have any age barrier. In the present study, informed consent was gained in writing from all children and parents before they came to the health visit. When meeting each child the information was repeated verbally and once again every child gave consent to the video observation. Each nurse involved gave his or her informed consent to take part in the video session.

Analysis

The analysis began with organizing the video data to gain a general view. Each video observation was watched in its entirety to capture a first understanding (Ödman, 2007). Then, the videos were divided into part-sequences and transcribed into text. One transcribed sequence from each PCHC visit was selected for further analysis. This selected sequence contains how the child is invited by the PCHC nurse to look at and talk about different objects hidden in a bag or lying on a table. The specific situation is part of the monitoring programme to examine the child's speech development. The situations ($n = 28$) varied in length from 1 to 16 minutes among the children. An aspect taken into account in the analysis was that PCHC nurses construct the situation according to the monitoring programme. The parent was also involved in constructing the situation. Accordingly, a child's expressions as an actor were to be explored in this constructed situation (Schütz, 1999). Ödman (2007) states that aspects are chosen for interpretation in a situation. In this present study, the authors chose the theoretical aspect that a child's expressions reveal his or her subjective perspective in a situation depending on maturity and earlier experiences (Bronfenbrenner, 1979). The probability of interpreting the children's perspective has been made continuously by the co-authors (Ödman, 2007).

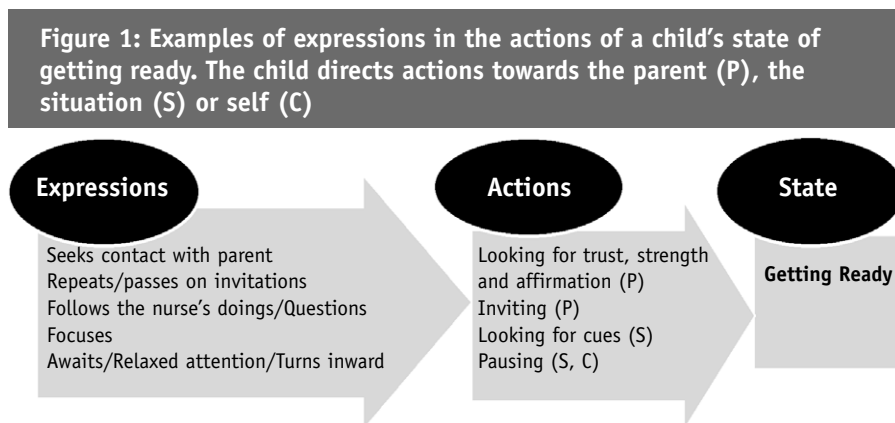
The first analytical step was to separate each expression from the situation

to allow further exploration. The next analytical step was to bring each one back into the specific part of the situation in which it occurred together with other expressions. For interpreting the expressions in that specific part of the situation, questions were asked of the text: 'What sort of expression? When does the expression occur? In what way are the expressions demonstrated? How are the expressions to be interpreted?' The systematic work of exploring the features of the expressions made it possible to construct concepts that make sense of the children's meaning-seeking actions. The following actions were constructed: looking for trust, strength and affirmation, inviting, looking for cues and pausing as well as attention and satisfying own desires, affirmative answering and self-rewarding, rejecting, and finally reluctance. In the third analytical step of interpretation there was a need to go back and look at the encounter with the PCHC nurse in its entirety (Ödman, 2007). Bringing the meaning-seeking actions into the whole situation revealed actions in a progression of states: these were getting ready, being ready and strengthening oneself and were coloured with the states of not being ready and of being adverse. This movement back and forth between the expressions and constructed actions deepened the understanding of the child's subjective perspective as an actor in his or her progress through the whole situation.

Findings

Each participating child goes through the PCHC situation in some way, by using different states of acting in the process. A child's state of acting progresses from the state of getting ready, to being ready and then to a state where the child strengthens him/herself. This progress is dynamic, moves forward and backward, and may be coloured with the states of not being ready or being adverse. The child's progress reflects the PCHC situation's invitation-answer process. The child is invited to act in the situation and primarily acts within the state of getting ready. When the child answers to the invitation the child's state is ready. Then the child moves on to a state of acting to strengthen him/herself. Amongst the children the states of not being ready and of being adverse occur throughout the whole invitation-answer process.

All states include actions of bodily and/or verbal expressions. The child's expressions may be directed towards the parent, towards the PCHC situation or towards the self. Here, the PCHC situation includes the PCHC nurse, the objects and the consulting room. The child's expressions may be the same, but the actions look different depending on towards what or whom the expressions are directed. The body is used wholly or partially, being either composed or showing happiness. A composed body is calm. The movements, small or large, are directed towards someone or something. Bodily happiness is expressed through large, wide movements; the child swings the trunk or legs, slides or jumps onto the chair. Verbal expressions complement or reinforce bodily expressions.



The state of getting ready

When a child is getting ready expressions are constructed as actions of looking for trust, strength and affirmation, inviting, looking for cues and pausing (Fig. 1).

An illustration of Anders and Mary demonstrates various actions in the state of getting ready. Anders looks for cues with expressions of focusing with his attention directed towards the nurse and with actions that only involve the body. Mary takes a pause by using expressions of finishing a previous invitation-answer process.

Anders sits at the table in the consulting room, holding his arm stretched out on the table, his hand resting on some crayons. PCHC nurse: 'Do you want to see what I've got in my bag?' Anders looks up at the nurse. The nurse takes the bag: 'Do you think it might be something exciting?' Anders looks at the bag and at the nurse again. The nurse looks down into the bag: 'Is there anyone at home?' Anders pulls his hand back, bends his head and looks furtively at the nurse and the bag.

Mary picks up a crayon from the table. She has a crayon in each hand. She holds her arm stretched out over the table, looks down at the paper and starts drawing. She puts the crayon back in its pot. PCHC nurse: 'Do you want to see what I've got in my bag?' Mary puts the other crayon back in the pot and looks at the nurse and at the bag: 'Yes'. Nurse: 'Do you think it might be something exciting?' Mary stretches her hand out towards the table and leans forward.

Looking for trust, strength and affirmation Actions of looking for trust and strength occur when the child is invited into the situation by the PCHC nurse. The child uses bodily expressions, directed towards the parent, such as turning the body towards the parent, climbing onto the parent's lap, putting a hand on the parent's hand, stationing the body between the parent's legs or holding on to

the parent's clothes or arm. The child may face towards the nurse and just put out an arm towards the parent without looking at him or her. Actions of affirmation occur when the child has answered to an invitation. The bodily expressions above are then complemented by smiles and by pointing at different objects.

Inviting Actions of inviting occur when the child cannot answer to an invitation, or answers in a wrong way, and is corrected. The child invites the parent into the situation by repeating the nurse's invitation, as illustrated by Peter:

PCHC nurse: 'And what is this?' Peter leans forward: 'A cow'. Peter straightens himself and, looks down: 'and a lamb'. Nurse: 'It's a goat'. Peter leans backward, smiles and turns to his mother: 'A goat'.

The child also invites the parent by passing on invitations, as Jesper demonstrates when he and the nurse are looking at a car:

Nurse: 'What colour are the tyres?' Jesper: Turning to his mother: 'What are the tyres?' Nurse: 'What colour are they?' Jesper looks at his mother: 'What colour are they?'

The child also invites the parent by using the body alone; he or she lifts up objects or places them in front of the parent. The child seems to invite the parent into the situation, looking for trust and strength to carry on with the invitation-answer process.

Looking for cues Actions of looking for cues occur when the child is invited by the nurse. The child demonstrates expressions of following the nurse's doings, asking questions, focusing and looking for affirmation. The child is directed towards the situation. The child follows what the nurse is doing with a composed body and with his or her eyes. The child seems to be curious about what the nurse is doing and demonstrates a wish to know what is happening.

When a child asks questions after a given invitation he or she may use the body alone. The child turns toward the nurse, looks for eye-contact, frowns or leans head on hand. The child also asks questions verbally: 'What have you got?', 'What is it?', or speaks thoughts out loud: 'I don't know what to do ... that one should be there'. The use of verbal questions demonstrates the child's searching for further explanation about how to progress in the situation.

The questions asked bodily, described above, may also demonstrate expressions of looking for affirmation. It appears as if the child is looking for affirmation of acting as expected, which may provide the child with strength to carry on in the invitation-answer process. The child focuses when invited by expressions such as compressing, biting or pouting the lips, frowning or biting his or her wrist. The child may focus in order to progress further in the situation.

Pausing Actions of pausing include expressions of making the body ready, awaiting, relaxed attention, finishing an earlier invitation or turning inward. The child's expressions of making the body ready when invited by the nurse may solely involve the body: climbing down from or up onto the chair, standing up, sitting down, leaning forward or backward, stretching the arms, putting the arms around the body, rubbing the eyes or smiling.

Expressions of waiting after a finished invitation-answer process include drawing hands towards the composed body, folding hands or leaning head on hands. These expressions of waiting seem to demonstrate how the child is awaiting the next invitation since the child's attention continues to be directed towards the nurse.

Expressions of relaxed attention also occur after a finished invitation-answer process. The expressions are demonstrated through a composed body or a body showing happiness directed towards self, the objects or the consulting room. The child smiles, looks around the consulting room, potters around with the objects or puts a finger in the mouth. The tense facial expressions used for concentrating disappear and the child uses verbal expression such as imitating animal sounds and spontaneous chatter.

Expressions of finishing occur when the child gets a new invitation from the nurse (see illustration with Mary above). The child seems to take a pause by finishing the previous invitation-answer process by moving objects aside or putting them down onto the table. These bodily expressions may be complemented by verbally imitating sounds associated with the object.

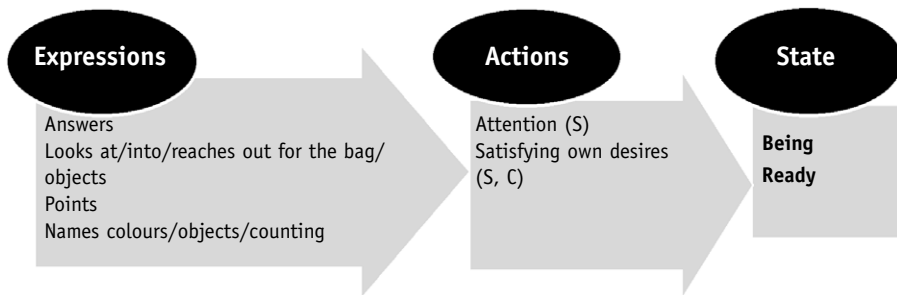
Expressions of turning inwards towards self include: a composed body leaning head on hand, biting the lips, stretching out the tongue, a half open mouth, an inward smile, holding on to the table, drawing the hand over the face, putting a finger in the mouth or pottering with the objects in a preoccupied, lingering way. The child demonstrates a dreamy look and seems to be absorbed in his or her thoughts. When invited the child nods or shakes the head in the affirmative or uses occasional sounds such as 'Ehh', but in an absent-minded way. The child seems to be composing him/herself before the next invitation-answer process. Ester provides an illustration of this:

Nurse: 'Do you want to look in my bag?' Ester hits the table with her palms, looks straight ahead; she does not fix her eyes on anything in particular. Nurse: 'Shall we look in the bag and see if there is anything exciting in there?' Ester puts a finger in her mouth. Her mother pokes her arm: Ester ... in the dreamy world.

The state of being ready

When a child is ready to answer an invitation expressions are constructed as actions of attention and of satisfying own desires in the situation. The child's expressions may be directed towards the situation or towards the self (Figure 2).

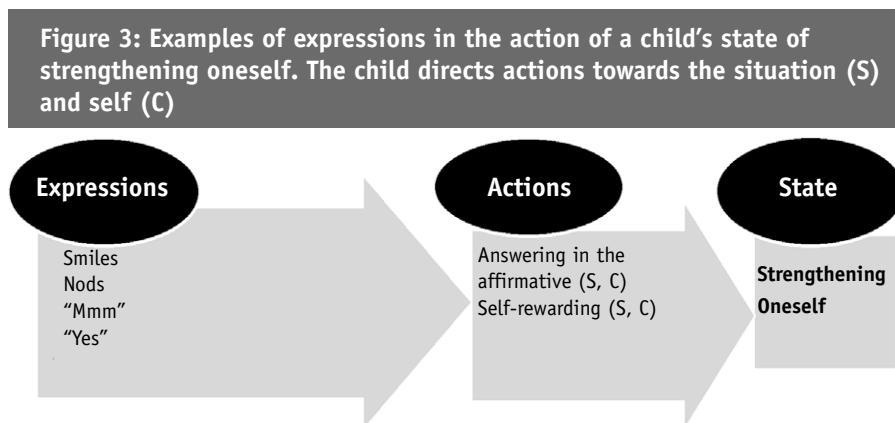
Figure 2: Examples of expressions in the actions of a child's state of being ready. The child directs actions towards the situation (S) or self (C)



Attention A child's actions of attention occur directed towards the situation. The expressions occur as a direct answer to a posed invitation or occur spontaneously. The child uses the body, looking at or into the bag, reaching out for the bag or the different objects, looking at, picking up, examining, placing and moving the different objects, and pointing out parts of the body or objects. Answering a posed invitation may be in the form of nodding and/or smiling as affirmation or shrugging the shoulders as a demonstration of not knowing how to answer. The child's verbal expressions involve naming colours or objects, counting, or imitating animal sounds or answering in the affirmative with 'Mmm' or 'Yes'. The verbal expressions are varied by using occasional words or by acting out a story. The verbal expressions also vary in the way a child uses a conversational tone, whispers, cries and shows surprise at the same time. Bodily and verbal expressions complement each other when the child smiles, touches, moves and examines the different objects at the same time as he or she names or counts them. The child may repeat expressions, using both body and voice, when the nurse has not understood an answer.

Satisfying own desires To satisfy own desires a child demonstrates varying expressions of taking the initiative and inviting. The child takes the initiative by using the body: by reaching out for the bag, trying to peek into the bag or into a closed book, taking the bag and pulling it towards him/herself, taking objects from the nurse or replacing objects. These bodily expressions may be complemented by verbal expressions – 'I can!', 'Mum, I want to look in the bag', 'More!', 'I want to!' – but also to declare bodily expressions, as illustrated by Karina, who clutches the rabbit and turns it onto its back: 'So that he can rest'. Through expression of taking the initiative the child may invite the nurse and/or the parent by exhorting or making assertions, by asking questions or by telling a story.

Sebastian illustrates how he takes the initiative by exhorting his parent and the nurse to act in a certain way: Sebastian takes the plate from his mother's hand:



‘No’. ‘No’, he holds out the plate to the nurse: ‘Put it back’. He demonstrates that it is the wrong object his mother picked out of the bag. Totte illustrates how he invites the nurse to join an own initiative: The nurse asks: ‘What’s this?’, referring to some wooden blocks. Totte places the dog in the middle of the blocks: ‘Look!’.

The state of strengthening oneself

When a child strengthens him/herself the expressions are constructed as an action of answering in the affirmative and rewarding the self. The child’s body is composed or demonstrates happiness. The expressions occur after finishing an invitation-answer process and are directed towards the situation and the self (Fig. 3).

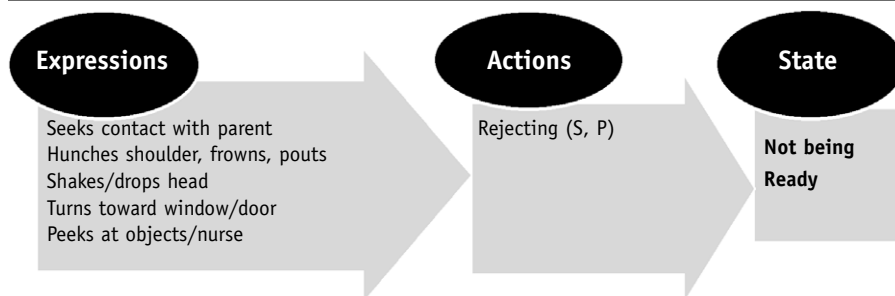
Answering in the affirmative and self-rewarding The child’s body is directed towards the situation, and the expressions demonstrated are smiles, nods and occasional verbal expressions such as ‘Mmm’ or ‘Yes’. The expressions occur when the child is praised by the nurse. The expressions are answers in the affirmative which appear as a self-reward for contributing to the invitation-answer process. The action may facilitate the child dealing with a new invitation from the PCHC nurse.

The state of not being ready

When a child’s state is not ready to answer an invitation the expressions are constructed as an action of rejection. The child’s expressions may be directed towards the situation or the parent and the child’s body is composed (Fig. 4).

Rejecting A child’s action of rejecting an invitation includes bodily expressions, such as turning his/her face into the parent’s chest, holding on to the parent’s arm or climbing onto the parent’s lap, hunching the shoulders, shaking the head,

Figure 4: Examples of expressions in the action of a child's state of not being ready. The child directs the actions towards the situation (S) and parent (P)



putting a hand over the face, turning the face or the trunk towards the window or the door, clenching fists, dropping the head, frowning, pouting or pottering with objects other than those in focus.

The child makes grumbling sounds and expresses his or her wishes, as with Anja: 'I want to go home.' These expressions demonstrate how the child turns away from the situation and looks for trust by seeking bodily contact with the parent. The child seems not ready to pay full attention towards the situation but still shows a slight interest by taking a look at the objects and the nurse, or by following the nurse's doings with the eyes.

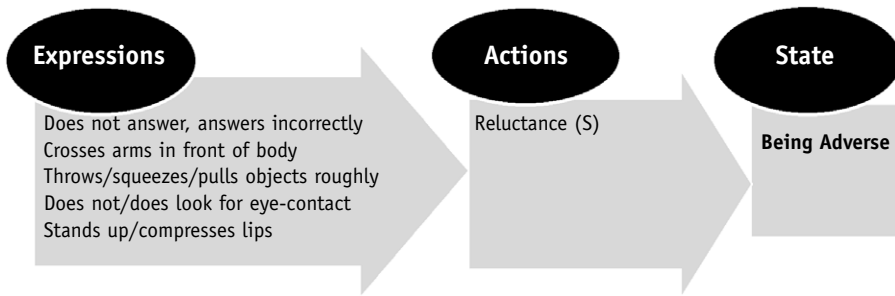
The state of being adverse

When a child demonstrates a state of being adverse the expressions are constructed as an action of reluctance. The expressions occur when the child is occupied in interests outside the situation, when the invitation is repeated or when the nurse asks the parent about the child's skills. The child's expressions are directed towards the situation and the child's body is composed (Fig. 5).

Johannes illustrates this when an invitation from the PCHC nurse is repeated and he gets ready in a state of being adverse:

Johannes sits in his mother's lap. Nurse: 'Do you want me to show you?' Johannes looks at the nurse. Johannes: 'Mmm.' Nurse: 'Then you have to sit here.' Johannes looks at the table. Nurse: 'Look at my things here.' Johannes leans forward onto the table. His mother lets him down onto the floor. Mother: 'You can sit on the chair.' Nurse: 'Sit down on the chair!' Johannes walks towards the chair, stops in front of the table and looks down at the table. Nurse: 'Listen to me now Johannes!' Johannes: 'Mmm.' Nurse: 'Sit down on the chair ... sit down on the chair ... Will you?' Johannes sits down crossing his arms in front of him and pulling in his chin.

Figure 5: Examples of expressions and actions in a child's state of being adverse. The child directs actions towards the situation (S)



Reluctance A child who is reluctant demonstrates this by ignoring the invitation and or by showing physical protest. A child getting ready reluctantly crosses the arms in front of the body and leans head against arms. Verbal expressions of reluctance are through the use of general babbling.

A child ignoring an invitation avoids eye contact and tries to draw away from the situation by standing up, sitting back in the chair or showing interest in objects apart from those in focus. The child potters with different objects and compresses the lips, which may demonstrate that there will be no answer. A child protests through the use of physical strength, looking for eye contact with the nurse, throwing the objects, squeezing or pulling the objects roughly using both hands and with the full power of the trunk and with clenched teeth. The child may also name or point out objects incorrectly and smile or laugh at the same time. It seems obvious from what the parent is saying that the child is familiar with the objects.

Discussion

The child's perspective as an actor

The varying states of acting found through video observations of three-year-old children in the present study describe how they act to adjust to and influence a specific PCHC situation in the way that seems most meaningful to them. A child's reality involves different kinds of everyday settings, activities and encounters which provide the child with varying experiences. Accordingly, previous experiences in a child's everyday life will influence the actions in this specific PCHC situation (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 1997; Schütz, 1999).

As actors, the children studied prefer to use the body to express their subjective perspective and intention. Verbal expressions were used as a complement to

or to reinforce the bodily expressions. This corresponds with what Johansson (1999) found in her study of how preschool children in interplay with each other expressed care as well as power by using their bodies. Johansson (1999) and Pramling (2004) emphasize that preschool children's bodily expressions say something about what is meaningful to them. Even a photo of a child may tell something about a child's subjective perspective through bodily expressions such as smiling, holding hands and looking in a certain direction.

In the present study it was found that the children directed their expressions towards the parent, the situation or towards the child's own self. Seeking the ability to adjust to the invitation-answer process in the PCHC situation, the child's expressions are turned towards the parent, looking for trust, strength and affirmation. A child's willingness to be engaged and to participate is revealed in the child's expressions directed towards the PCHC situation through actions of cue-seeking, attention and satisfying own desires. The actions of pausing reflect the child's need for time to take in and figure out further actions in the situation.

In the children's state of getting ready the cue-seeking actions satisfy the child's curiosity and clarify the situation. These actions involved expressions of focusing by listening in and observing the cues which the PCHC situation offered. Expressions of focusing were replaced by expressions of relaxed attention such as when the child was taking a pause to recover. However, expressions of focusing could continue throughout the whole PCHC situation, as if engagement and participation required a large effort and there was no time to pause. The cue-seeking actions reveal the children's willingness to engage and participate, in the way the PCHC situation seems meaningful to them.

Johansson (1999) also describes, in her study, how preschool children in interplay with each other investigate, interpret and use their understandings to find out what is going on in a situation. Further, Rogoff et al. (2003) make obvious how children in a variety of settings use observation, listening and concentration to comprehend a situation. When the children in the present study had worked out what was expected of them they exhibited actions of attention and progressed to a state of being ready to participate. The attention reveals that the child has figured out what is expected and he or she can adjust and, in some way, agree with the PCHC situation process. Schütz (1999) emphasizes that meaning appears through different actions, which are necessary to be able to figure out what is going on in order to be able to master different situations.

After the children have completed an invitation-answer process they strengthen themselves. The actions of answering in the affirmative and rewarding the self reveal a child's confidence in understanding the invitation-answer process and being able to adjust to it. According to Hart (1992), children who strengthen themselves will move into a positive spiral, which will provide them with the motivation to carry on in a situation.

Eriksson and Granlund (2004) relate that interest, motivation, engagement

and understanding the purpose of a situation are important elements of participation. In the present study the states of not being ready or of being adverse seemed to reveal that the children were worried about not understanding the situation, were impatient because of lack of interest, lacked the competence to get ready, needed further information or felt they were not being listened to. Hart (1992) stresses that being an active participant in a situation is related to a feeling of wellbeing. However, although the children in the present study exhibit a state of not being ready or of being adverse, the children carried on in the invitation-answer process.

By one means or another, the children got ready to engage and participate in the situation. This can be understood through what Pramling (2004) and Johansson (1999) describe as being inter-subjective. Social relationships are important for children and they have skills to engage and meet others and want to experience meaning with others. Schütz (1999) puts emphasis on everyday reality being inter-subjective as we share situations with others. Further, he points out that there is a need to figure out and master everyday activities or conquer them by acting in resistance. Being inter-subjective and pragmatic, humans accept and adjust in some way to everyday situations. This corresponds with Bronfenbrenner's (1979) idea that a child is influenced by the answer he or she receives from a specific action and will adjust to it.

A professional child perspective

Considering the maturity and experience of each child in any situation requires sensitiveness from professionals in PCHC so that a variety of expressions can be recognized and comprehended. This need for sensitiveness involves an awareness that expressions are intertwined and do not always occur in a chronological sequence. It is the small nuances which indicate a difference of meaning. In the present study it was apparent that the two states of getting ready and being ready could interchange several times before the child progressed into a state of strengthening their own self.

Sensitiveness is further needed by the PCHC nurse throughout the invitation-answer process since a child could turn to either the parent or the nurse to look for affirmation or cues. The children in the present study took their position in the situation as they adjusted to it and somehow progressed into a state of being ready. Here, Rogoff et al. (2003) emphasize that children in a learning situation constantly coordinate with their parents and take responsibility for their actions.

Furthermore, if a child is going to act based on subjective experience and skills and the nurse is going to try to be sensitive to a child's expressions, there is a need for the best possible time. In the present study it was found that a child's opportunity to progress towards a state of being ready and adjusting to the situation was dependent on the time offered.

Finally, the answer a child receives when figuring out how to act will influence the child's progress towards another state and provide new experiences in everyday activities (Bronfenbrenner, 1979). With regard to a child's maturity and earlier experiences, the child's right to participate and to adopt the subjective perspective, there is a call for sensitive guidance and monitoring by the PCHC nurse. A Primary Child Health Care visit focuses on what is best for the child. However, there is a considerable difference between an adult's perspective on what is best for a child and when the focus is on the child's perspective and on his or her say and expressions (FA, 1989).

Methodological issues

The trustworthiness in the present study relies on the prolonged engagement of video observation of 28 children's health visits combined with thorough transcriptions, reflexive notes and debriefing with co-examiners. Thorough description of the analyses increases the confirmability of the study.

During the hermeneutic analyses repeated debriefing was achieved by asking the question: 'Is this a probable interpretation?' The constructed actions and states were tested against the children's demonstrated expressions. The findings reveal how children's expressions are intertwined and complex. It is therefore important to allow for ambiguity and to relate the interpretations to the situation in which they occurred (Ödman, 2007). However, the expressions were interpreted whilst being conscious about how they might be interpreted in another way (Ödman, 2007).

One weakness concerns the prior understanding of the authors knowing children both as adults and as nurses. We are aware that the children's expressions as actors have been explored and interpreted from an adult perspective (Sommer, 2003; Ödman, 2007). Accordingly, the expressions were interpreted with sensitiveness and with relevance from the theoretical, bioecological perspective (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 1997).

The value of the present study concerns the fact that previous research into children as actors has not been conducted in Primary Child Health Care. These findings about three-year-old children as actors during a health visit may be familiar to PCHC nurses' experiences, which will add credibility to the study. Experiences and understanding of nuances among preschool children's expressions and actions in similar situations also give transferability to this study, and an interest in going on with more studies focusing on the child's perspective.

Conclusion

The present study contributes to and encourages research into exploring preschool children's subjective perspective as actors in Primary Child Health Care. The chil-

children's expressions explored in the PCHC situation studied describe meaning-making actions in a progression of states of acting. These states of acting reveal how the child as an actor adjusts to the process and how each child, together with the nurse and the parent, constructs the situation. The conceptualization of children's states of acting in PCHC situations contributes towards encouraging PCHC nurses to make sensitive invitations and guidance in the monitoring programme. Additional research from children's subjective perspective as actors in PCHC will continue, by following up these children at 4 and 5½ years of age.

Acknowledgements

We would like to express our thanks to the children, the parents and the child health nurses who participated in this study and made it possible to accomplish research with children. The project was granted financial support by the Health, Care Sciences Postgraduate School, Karolinska Institutet and School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University.

References

- Alderson, P. (2007) 'Competent Children? Minor's Consent to Health Care Treatment and Research', *Social Science & Medicine* 65: 2272–83.
- Allmark, P. (2002) 'The Ethics of Research with Children', *Nurse Researcher* 10(2): 7–20.
- Baggens, C. (2002) 'Barn och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården' [Children and Parents Meet Nurses in the Child Health Care Environment], Doctoral Dissertation, Department of Communications Studies, Linköping Universitet.
- Bronfenbrenner, U. (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Eriksson, L. and Granlund, M. (2004) 'Conceptions of Participation in Students with Disabilities and Persons in their Close Environment', *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 16(3): 229–45.
- FA (Ministry for Foreign Affairs) (1989) *The Convention on the Rights of the Child*.
- Fägerskiöld, A. (2002) 'Support of Mothers and Their Infants by the Child Health Nurse: Expectations and Experiences', Doctoral Dissertation, Faculty of Health Sciences, Linköping University.
- Hagelin, E. (1998) 'Barnhälsovårdsjournalen som kunskapskälla. En analys av fullständighet, instruktionsenlighet och tillförlitlighet' [Child Health Records as a Data Source: An Analysis of Completeness, Reliability and Accuracy of Recording], Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine, Uppsala Universitet.
- Hallberg, A-C. (2006) 'Parental Support in a Changing Society', Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine, Lund University.
- Hart, R. (1992) 'Children's Participation: From Tokenism to Citizenship', *Innocenti Essays* 4. Florence: UNICEF.
- Jansson, A. (2000) 'Sjuksköterskan i primärvård med särskilt fokus på barnhälsovård'

- [The Nurse in Primary Health Care with Special Focus on Child Health Care], Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine, Lund University.
- Johansson, E. (1999) *Etik i små barns värld: om värden och normer bland de yngsta barnen i förskolan* [Ethics in the World of Small Children: Values and Norms amongst the Youngest Preschool Children]. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Larsson, J-O. (1996) 'Aspects of Health Surveillance at Child Welfare Centres', Doctoral Dissertation, Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet.
- Magnusson, M. (1999) 'Barnhälsovård: studier av effektivitet och föräldratillfredsställelse' [Child Health Care: Studies into Effectiveness and Parent Satisfaction], Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine, Uppsala University.
- Ministry for Health and Social Affairs (2005) *Mötet med barnet. Barnkompetens inom hälso- och sjukvården* [Meeting Children: Competence in Dealing with Children in the Health Care Environment].
- National Board of Health and Welfare (1991) *Allmänna råd från socialstyrelsen. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården* [Advice from the National Board of Health & Welfare: Child Health Care Visits]. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Ödman, P.-J. (2007) *Tolkning förståelse vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. [Interpretation, Understanding, Knowing: Hermeneutic in Theory and Practice]. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Olander, E. (2003) 'Hälsövägledning i barnhälsovården, syntetisering av två uppdrag' [Advice in Child Health Care: Synthesis of Two Cases], Doctoral Dissertation, Lärarytutbildningen, Malmö högskola.
- Pramling, S-I. (2004) 'How Do Children Tell Us About Their Childhoods?' *Early Childhood Research & Practice* 6(1).
- Pramling Samuelsson, I. and Lindahl, M. (1999) *Att förstå det lilla barnets värld – med videons hjälp* [Understanding the World of the Little Child – with the Help of Video]. Stockholm: Liber.
- Regional Ethical Review Board (2004) 'Små barns erfarenheter av sina möten med hälso- och sjukvård' [Young Children's Experiences of their Encounters in Health Care Settings]. Dnr 2004: M-333, Uppsala: Sweden.
- Rogoff, B., Paradise, R., Arauz, R.M., Correa-Chávez, M. and Angelillo, C. (2003) 'Firsthand Learning through Intent Participation', *Annual Review of Psychology* 54: 175–203.
- Schütz, A. (1999) *Den sociala världens fenomenologi* [The Phenomenology of the Social World]. Uddevalla: Daidalos.
- SFS (2004) *Hälso och sjukvårdslag, 176*. [Swedish Health and Medical Act].
- Sommer, D. (1997) *Barndompsykologi. Utveckling i en förändrad värld* [Psychology of Childhood: Development in a Changed World]. Stockholm: Runa förlag.
- Sommer, D. (2003) 'Børnesyn i utvecklingspsykologien. Er et børneperspektiv muligt?' [The Child's Viewpoint in Developmental Psychology: Is the Child's Perspective Possible?], *Pedagogisk forskning i Sverige* 8(1–2): 85–100.

MARIA HARDER is a nurse in public health and PhD student at the Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet and at the School of Health, Care and Social Welfare, Mälardalens University, Sweden. Her clinical and research interests are children's health and care.

KYLLIKE CHRISTENSSON is a midwife and Professor of Reproductive Health at the Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet and Professor of Caring Sciences at the School of Health, Care and Social Welfare, Mälardalen University, Sweden. Her clinical and research interests are woman's and children's health, both national and in low-income countries.

MAJA SÖDERBÄCK is a paediatric nurse and senior lecturer in caring sciences at the School of Health Care and Welfare, Mälardalen University, Sweden. Her main clinical and research interests are the area of children's rights and children and their families in health care.

Correspondence to:

Maria Harder, School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen,
University Box 883, 72123, Västerås, Sweden.
[email: maria.harder@mdh.se]

Four-Year-Old Children's Negotiation Strategies to Influence and Deal with a Primary Child Health Care Situation

Maria Harder* and Kyllike Christensson

Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet, School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University, Västerås, Sweden

Maja Söderbäck

School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University, Västerås, Sweden

In Sweden, children's health and development are promoted through Primary Child Health Care (PCHC) visits. The children participate in these visits from their own perspective through bodily and verbal expressions. This study explores four-year-old children's expressions when they as actors take part in a PCHC situation. The conceptualisation of the children's expressions reveals various actions that exhibit their affirmative and delaying negotiation strategies to influence and deal with these situations. For PCHC nurses, these findings may encourage to view children as negotiating participants and inspire to sensitivity when inviting children and guiding them through health visits. © 2011 The Author(s). Children & Society © 2011 National Children's Bureau and Blackwell Publishing Limited.

Keywords: children, expressions, hermeneutic analysis, Primary Child Health Care, video observation.

Introduction

The Primary Child Health Care (PCHC) service has had a significant impact on the positive health development among Swedish children (Ministry of Health and Social Affairs, 2005; National Board of Health and Welfare, 2009). The PCHC service promotes the health and development of children from birth to the age of six through regular health visits conducted by a PCHC nurse (National Board of Health and Welfare, 1991). The service is voluntary and free of charge with a participation rate of nearly 100% (Baggens, 2002).

Earlier research into the Swedish PCHC service has focused on the monitoring programme and its potential to promote health and on the parental support provided (Baggens, 2002; Fägerskiöld, 2002; Hallberg, 2006; Jansson, 2000; Larsson, 1996; Magnusson, 1999). Nevertheless, the service is directed towards children. This requires an exploration of children's perspective. Children's participation in societal institutions, such as the PCHC, is a basic prerequisite in the Swedish public health policy (Ministry of Health and Social Affairs, 2007). To be able to incorporate young children's participation in line with this policy (Ministry of Health and Social Affairs, 2007) and to the Convention on the rights of the child (UN, 1989) children's perspectives need to be explored, understood and interpreted. Children's perspective refers to their views on the conditions, experiences and perceptions

in a situation. Children tell something from their perspective by bodily and verbal expressions. Those expressions involve their competence to adjust to a social situation (Sommer and others, 2010). Furthermore, Bronfenbrenner (1979) states that children's development is an ongoing process affected by every encounter and every varying situation they are involved in.

A study about three-year-old children's expressions in a health visit situation of speech development assessment was recently conducted (Harder and others, 2009). The findings show how children exhibit various actions through a progression of states. The children demonstrate a progression from a state of getting ready, to a state of being ready and further to a state where the children strengthen their own self. The children's progression in the situation might further be coloured with the states of not being ready or of being reluctant, adverse. This knowledge of children's perspective in the PCHC setting will promote nurses' sensitiveness when encountering children. Nurses have different professional positions (Olander, 2003). They are expected to observe, assess and document individual children's development to promote their health. They are also expected to listen to parents' queries about their child's health and development as well as to observe the interaction between the child and the parent. Concurrently, the nurses have to be sensitive towards children's expressions and encounter them in a respectful way. The aim of this present study is to explore four-year-old children's expressions when they, as actors, take part in a Swedish PCHC situation.

Methodology

Theoretical approach

The theoretical approach of this study is that the reality is constructed by all actors as participants seeking meaning in a situation. Each individual in a situation will experience it differently (Schütz, 1999). Thus, the children, the parents and the PCHC nurses construct the PCHC situation together and act in a way that seems meaningful from their own perspective. Children's demonstrated expressions therefore have to be explored in the situated PCHC context. A hermeneutic design was adopted in which the prior understanding, the researchers' intuitive openness and the exploratory movement between the children's and the researcher's perspective were essential (Ödman, 2007).

Sample and data collection

The children were purposefully sampled ($n = 59$) by the first author who identified them from lists of names and residence at the PCHC centres. The identification was made in co-operation with the nurses involved in the study. There was an attempt to reach an even distribution among the children in the sample with regard to sex, and to whether they lived in towns or in the countryside. This may provide a variation of experiences (Bronfenbrenner, 1979). The children were invited to take part in the study by the PCHC nurses. There was a shortfall of 15 children when three PCHC nurses declined to take part in the study. Additional losses of fifteen children were due to children being sick, or them not wanting to take part in the study. In spite of the shortfall, there was a balance regarding sex and residential setting among the children ($n = 29$).

The child's perspective in the PCHC situation was captured through video observation (Pramling Saumelsson and Lindahl, 1999). The video recordings were conducted in the PCHC nurses'

consulting room at the PCHC centres. They were also carried out overtly by the first author who followed the children in the natural course of the health visit. The researcher's role at the health visit was strictly that of a video observer. The study was conducted between April and June 2008. One video observation was excluded from the analysis because the child neither spoke nor understood Swedish ($n = 28$).

Ethical considerations

Exploring children's expressions involves the researchers' responsibility to obtain each child's informed consent to participate in the study and not only the obliged parental proxy consent (Coyne, 2010). Children's competence to share information and express informed consent is not linked to their age (Alderson, 2007). Furthermore, children's informed consent to research has to be assured, as there is an inequality between the researcher and the child (Allmark, 2002). To consider these responsibilities, the children and their parents received separate information leaflets regarding the study before attending the health visit. The children gave their consent to participate in the study by drawing or writing something on their information leaflet. The parents also gave their written consent. When meeting the children at the PCHC centre, the first author repeated the information and asked the children if they consented to be video recorded. Also, each PCHC nurse involved gave his/her informed consent to participate in the video sessions and was requested to stop the video observation if needed due to the child's needs. No video recordings were stopped. The project was approved by the Regional Ethical Review Board in Uppsala, Sweden (Dnr 2004: M-333) and by the PCHC management.

Analysis

In the PCHC monitoring programme, several moments imply that the nurse guides the children to act in a specific way to conduct examinations such as weighing and measuring. Other examinations allow the children to act more independently, like when they are invited to draw a picture to have their cognitive and fine motor functions examined. In the present study, it was this drawing situation that was analysed. In the situation, the child sat at a table and received a piece of paper and some crayons or a pencil for drawing. The parent and the PCHC nurse also sat at the table or nearby. Whether the children knew the purpose of this examination was not known to the researchers. The parents had received information about the purpose of the health visit and were expected to inform their child before the health visit. The nurse's information towards the child was of general interest about how the child has grown since the last time they met.

The children's expressions were explored, understood and interpreted as they occurred in that specific situation in line with a hermeneutic design (Ödman, 2007). The analysis was carried out inductively and the theoretical approach, of viewing the children as participating actors, was used for the understanding of their expressions (Bronfenbrenner, 1979; Schütz, 1999; Sommer and others, 2010). To capture a first understanding (Ödman, 2007), the analysis began with watching the 28 videoed situations in their entirety. Simultaneously, the video observations were transcribed into text. First, each child's expressions in the text were separated from the situation. The second step was to describe the expressions, asking the questions: 'What sort of expression?' and 'When does the expression occur?' There was a continuous process going from the specific part of the situation to each expression and then back to the specific part in the situation again in which the children's expressions were concentrated. This descriptive process revealed the children's actions as they influenced and

dealt with the situation. The third analytical step involved understanding and describing *how* the children influenced and dealt with the situation. The process continued, going from the specific part of the situation, to each expression and back to the specific part in the situation once again (Ödman, 2007).

The systematic analysis made it possible to reveal the children’s meaning-seeking strategies (Schütz, 1999). These are conceptualised as affirmative and delaying negotiation strategies. The analysis was carried out by the authors in collaboration with each other and also reviewed and verified in seminars with other researchers.

Findings

The findings reveal how children participate as actors in the PCHC situation by using affirmative and delaying negotiation strategies. The affirmative negotiation strategies take the drawing situation forward in order to reach agreement. The delaying negotiating strategies slow down the progress of the situation.

Affirmative negotiations

The children’s affirmative negotiation strategies reveal actions of satisfying own desires, acceptance, attention, following a lead and focusing (Figure 1).

Satisfying own desires

The actions of satisfying own desires are revealed through the children’s expressions of taking their own initiatives. Here, the children demonstrate an interest in beginning, carrying forward or ending the situation. The children sit down, turn towards the drawing-paper, swing their legs, jump or stand up and leave the table. Furthermore, they smile, look at the nurse, the paper or the crayon, and touch the paper or the crayon. In addition the children hold the paper still, change crayons, draw or pull the box of crayons towards their body, potter with the crayons, put the crayons down, push the drawing towards the nurse, lift it up to show the nurse or pull their hands towards their body. Verbally, the children laugh or make confirmatory comments about what they are going to do. An illustration involving Katja reveals how she satisfies her own desires by initiating the drawing situation when she discovers the paper and crayons.

Katja skips into the consulting room; paper and crayons are lying on the table: I’m going to get up on the chair and do some drawing.

Nurse: Yes, that’s good, you know just what to do.

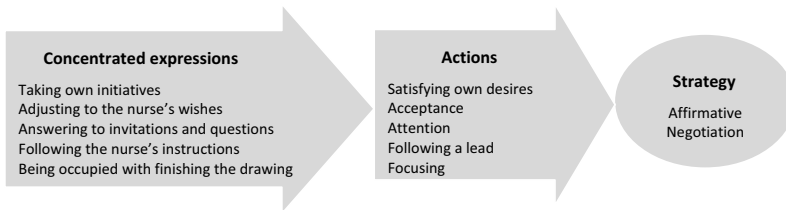


Figure 1: The concentrated expressions in the children’s actions of affirmative negotiation strategies.

Katja walks up to the chair, clambers up and sits down ... stretches out a hand towards the crayon box and chooses a crayon: I'm going to draw something ...

Nurse: Yes, can you draw something nice.

Katja looks at the nurse: There's going to be lots of colours. She looks down at the paper: Rainbow colours.

The children also initiate contact with the nurse. Here, the children look at the nurse, point at the nurse's drawing, point at their own drawing on the table or smile. Verbally, the children express their own skills and desires, talk about what they are doing or observing or what they are going to draw. The children also tell imaginative stories and use gestures when talking about the drawing. Also, the children ask questions or exhort the nurse to do something such as draw or fetch more paper. The children seem to use the body to elucidate what they are saying. Jesper reveals how he initiates contact with the nurse.

Jesper: I want to draw a tree. He lifts up the drawing and waves it backwards and forwards ... Where can the tree go? He places the drawing down on the table.

Nurse: Is it a little crowded?

Jesper: Yes. He looks up at the nurse.

Nurse: Would you like another piece of paper?

Jesper puts the crayon to his lips: Yes. He laughs: Mmmm ... He smiles and makes a sweeping movement with his arm: With a big hole

Acceptance

Actions of acceptance are revealed through the children expressions of adjusting to the nurse's wishes when their own intention or desire is not consistent with that of the nurse. Here, the children's bodily expressions are such as looking at the nurse, letting go of the box of crayons or stopping pottering with the paper or crayons. The children may also express their acceptance verbally. The continuation of the illustration involving how Katja satisfies her own desires above demonstrates how she immediately accepts and adjusts to the nurse's wishes when she understands what is expected.

Nurse: Can you draw a girl or a boy?

Katja looks up and around the room: It's going to be a little game. She looks back down at the paper.

Mummy reaches out a hand towards Katja and touches her: Can you draw a man first? That's what she would like you to do.

Katja looks up at the nurse: It's going to be a blue man.

Attention

Actions of attention are revealed through the children's expressions of answering to an invitation to take part in the situation or to a posed question. Here, the children allow bodily and verbal expressions to complement each other in order to make their answers clear to the nurse. The children use bodily expressions such as clarifying gestures, nodding approval, shaking the head, pointing, drawing, writing, and looking at the nurse, at the crayons, at the drawing or at something the nurse points out. Also, they use verbal expressions to confirm what the nurse is saying, to talk about their own skills, to make comments to establish or to clarify something. Additional verbal expression involves sound effects to accompany gestures and the children creating a story about the drawing.

Following a lead

Actions of following a lead are revealed through the children's expressions of making clear that they cannot draw the figure the nurse asks for. The children follow the nurse's instructions using bodily expression, such as looking at the nurse's drawing and then drawing something similar. Thomas reveals how he follows a lead.

Nurse: Now, can you draw a man?

Thomas looks up at the nurse and then straight back down at the crayon box on the table. He then looks on the wall: Nnnn ... no.

Nurse: Can you draw a circle?

Thomas: No. He shuffles his feet on the floor.

The nurse takes a crayon and holds it out to Thomas: Do you want this crayon?

Thomas takes the crayon and starts drawing: I can't draw.

The nurse draws a circle: Can you draw one of these?

Thomas watches as the nurse draws. He then starts to draw.

Nurse: A ball.

Thomas: Yes. A little one.

Nurse: Yes, a little ball. Now you can draw little eyes on the ball.

Thomas draws an eye.

Nurse: And now another eye.

Thomas draws another eye.

Focusing

Actions of focusing are revealed through the children's expressions of being occupied with finishing the drawing. The children seem to be either concentrating on doing the drawing or reflecting. Here, the children use bodily expressions such as leaning forward over or lying on the paper, straightening up, crouching, standing up, sitting down or kneeling down. The children pout, bite their lips or press them together. Their heads follow the drawing movements. The children also alternate between looking at the drawing, out of the window, at the wall or into space and then continue to draw. Verbal expressions take the form of occasional confirmatory comments, expressions such as 'Ehhh', 'Aaa' or 'Mmm' or sounds such as smacking the lips, humming or breathing loudly. The children may also stay quiet and not reply to questions. Kristina illustrates focusing actions through the use of bodily expressions.

Nurse: What do you usually draw?

Kristina reaches out her hand, takes a crayon, leans forward and starts drawing.

Nurse: We shall see if you draw the same things that you do in pre-school or if you perhaps will draw something different.

Kristina's head follows the movements of her drawing. She shakes her foot a little, puts the crayon back in the box, looks at her drawing, chooses another crayon, carries on drawing, places her feet on a spar under the table and leans her head to one side. She puts her feet back on the floor, puts the crayon back and chooses another one.

Nurse: What are you drawing Kristina?

Kristina shuffles her feet, leans her head to one side, does not reply and carries on drawing.

Delaying negotiations

The children use different actions to be excused from carrying out the drawing situation. Their actions revealed an attitude of avoidance and protest (Figure 2). However, at some

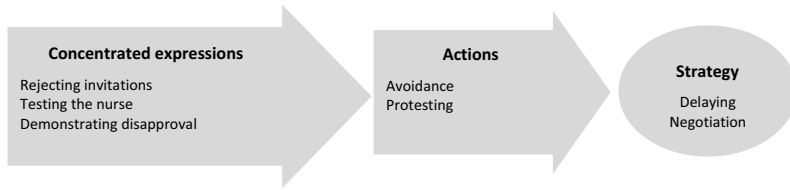


Figure 2: The concentrated expressions in the children's actions of delaying negotiation strategies.

point in the situation, the children decided to change their delaying negotiation strategy to an affirmative negotiation strategy, and the children completed the drawing.

Avoidance

Actions of avoidance are revealed through the children's expressions of rejecting the invitation. Here, the children adopt a slouching posture, sink down, bend the head forward look at the wall, put their hands over their eyes or occupy themselves with their own toys. The children make grumbling sounds or speak with a sullen or grumbling voice to express unwillingness and their opinions on their own skills. Furthermore, the children may express avoidance by being silent when the nurse poses a question or an invitation.

Protesting

Actions of protesting are revealed through the children's expressions of trying to test the nurse or demonstrate their disapproval of the situation when they are invited to draw. Here, the children smile, peer or look at the nurse, hold the crayon in a loose grip, dab with the crayon, smudge on the paper and await instructions, though it is obvious that they have the skills needed for doing the drawing. (These children have already made drawings on the information leaflets for the researchers.) The children express unwillingness or opinions on their own skills, using a sullen or grumbling voice. They may also protest by deliberately answering in a strange way.

Actions of avoidance and protesting are illustrated in the section below. The illustration exhibits how the delaying negotiation strategies are linked to the affirmative negotiation strategies.

The complexity of children's negotiation strategies

The children in this study exhibit a variety of actions when negotiating. These variations demonstrate the complexity in the PCHC situation. An illustration involving Mary shows this complexity. At first, she uses affirmative negotiation strategies adopting actions of attention. When the nurse shows her the crayons she directs her attention towards the nurse and the crayons, but suddenly she switches to delaying strategies. She tries to avoid the situation by turning to her mother and asking for help. When she does not succeed with her actions of avoidance, she proceeds to actions of protesting by holding the crayon with a loose grip, scribbling and waiting for instructions from the nurse. Then she switches back to an affirmative negotiating strategy adopting actions of acceptance and attention by holding the crayon in a firmer grip and stopping the scribbling. The situation is transcribed as follows:

Nurse: I've got some crayons here.

Mary leans over the table, reaches out towards the crayon box and takes a crayon, holds the crayon up in the air, lets go of the table, stands up and smiles: It's purple. She looks back down at the paper, begins to draw, holds the crayon in the air and looks up at the nurse.

Nurse: And some eyes perhaps?

Mary takes her hand down, turns towards her mother and looks at her. She holds out the crayon to her mother: Help me...

Mother: You can do it.

Mary looks up and around the room: No Mummy, help me (whining). She holds out the crayon to her mother: I want you to help me (whining). She drops her head and holds the crayon in both hands.

...

Nurse: You nearly drew one of these (a circle). Do you think you can draw one of these (a circle)?

Mary leans the upper part of her body against the edge of the table, holds the crayon loosely and scribbles.

Nurse: Gosh, that's very good!

Mother: Wow!

Mary looks up, but not at her mother or the nurse. She smiles, but with her mouth closed.

Nurse: Now, you can draw eyes on the ball. The nurse points at what Mary has drawn.

Mary looks at the drawing: Mmm ... She holds the crayon loosely and scribbles again. She holds the crayon up in the air.

...

Mother: Where do the arms go on the man then?

Mary looks at her mother, then at the drawing, gets a better grip of the crayon and draws a straight line instead of a scribble.

Mother: There you are!

Nurse: And what about some legs?

Mary draws some legs. She holds up her hand, and then draws a nose and giggles.

Discussion

The children's negotiation strategies

All participants in a situation will influence that situation. The expressions analysed and the actions described in this study might be considered as elementary. Nevertheless, it is the simple expressions in everyday activities that make each situation complex (Schütz, 1999). Through analysing children's demonstrated expressions in this PCHC situation, it becomes obvious that children's actions within the same age group differ depending on each child's experiences, perceptions and maturity (Bronfenbrenner, 1979; Sommer and others, 2010). The children in this study are understood as playing an active part in constructing the PCHC situations (Schütz, 1999). The study reveals how four-year-old children use affirmative or delaying negotiation strategies to influence and deal with a PCHC situation. These findings are in line with Sommer (2005) who emphasises negotiation as a natural part of a child's encounters with peers, parents or other grown-ups. Negotiation strategies will develop children's competence in adjusting to another person or situation. Children's use of negotiation strategies has also been found in previous research in various settings such as paediatric physiotherapy, children's homes, and pre-school and school (Christensen and Mikkelsen,

2008; Markström and Halldén, 2008; Törrenen, 2006; Young and others, 2006). These studies describe how children use negotiation strategies to influence and manage a situation, either when on their own or with others.

In health care settings, children's use of strategies to manage various distressing situations have earlier been described by Woodgate and Kristjanson (1995) and Ludman and Spitz (1996), although in those health care settings the children's strategies were not identified as negotiation strategies. In this present study, within the PCHC setting, the concept negotiation is used as it addresses children as social actors who contribute to and influence a situation in one way or another. Human beings in their various encounters with others have to assume that together they are seeking and exchanging meanings, and use negotiating strategies from their different positions depending on earlier experiences (Schütz, 1999). However, the concept negotiation is not commonly used in health care settings. Considering children's expressions and actions as negotiation strategies in the PCHC setting adds to the understanding of their perspectives. Furthermore, such considerations will contribute towards incorporating of children's participation in accordance with the Swedish public health policy (Ministry of Health and Social Affairs, 2007) and the Convention on the rights of the child (UN, 1989). The children in the drawing situation exhibit how their delaying negotiation strategies move on to affirmative negotiation strategies and finally end with them adjusting to the nurse's invitation to draw. In the earlier study that focused three-year-olds in a PCHC situation (Harder and others, 2009), it was found that the children in a state of not being ready or being adverse somehow got themselves ready to engage and participate in the situation. In this present study, the children's progression from delaying to affirmative negotiation strategies corresponds with what Mårtensson and others (2007) describe as children's balancing of circumstances in an information exchange situation with health care professionals.

The children's affirmative negotiation strategies carry the situation forward towards adjusting to the nurses' invitation to draw a picture by accomplishing this task. The children reach an agreement with the nurses through actions of acceptance, attention and following a lead. This can again be related to the descriptions by Mårtensson and others (2007) who show how the children balance the circumstances by keeping pace with the adults and the situation and how they try to fit into the situation.

Furthermore, in this present study, the children demonstrate how they satisfy their own desires by taking the initiative in the situation. However, when they understand that their own desires are not consistent with that of the nurses, the children demonstrate actions of acceptance and adjust to the nurses' wishes. The children may then continue to take their own initiatives in line with the nurses' wishes. These kinds of actions allow the situation to move forward. This finding has also been depicted by Markström and Halldén (2008). They describe how children in pre-school partly accept the social order and negotiate to solve a situation.

The children in this present study further demonstrate how they initiate contact with the nurses by asking questions, telling stories about the drawing and by pointing. This corresponds with Törrenen (2006) who found how children in a children's home initiated interaction with staff if it did not occur naturally.

The children's delaying negotiation strategies make the drawing situation stand still or progress slowly. The children are trying to get themselves excused from the situation by using

actions of avoidance and protesting. To avoid a situation in order to manage it has been described earlier by other researchers. Woodgate and Kristjanson (1995) describe how children hide away to avoid a painful situation. Ludman and Spitz (1996) describe how children with soiling problems avoid the problem by acting in a quiet and withdrawn manner when in the company of others. Furthermore, Markström and Halldén (2008) found how children in pre-school used silence and avoidance as a strategy to demonstrate resistance to activities they did not want to take part in.

Actions of avoidance and protesting may reveal the children's impatience due to lack of interest, lack of drawing ability or not understanding the purpose of drawing a picture at the PCHC visit and therefore they are not being ready or willing to demonstrate their skills. Considering the possibility that the children may not have received information about the purpose of the health visit, the actions of avoidance and protesting may demonstrate that they actually did not give their informed consent to complete the drawing situation. In this case, the children's right to deny the invitation were not listened to (UN, 1989). Eriksson and Granlund (2004) found that children's interest, motivation, engagement in and understanding of the purpose of a situation are important for their participation. Furthermore, Törrenen (2006) describes how children's commitment to a situation prerequisites positive emotions. Drawing pictures is an activity in a familiar setting. Avoidance and protest may be the children's perspective of demonstrating their inexperience of being the centre of attention. Another possible circumstance that might give demonstrations of avoidance or protest is that something may have happened before the child arrived at the PCHC, such as a conflict with a parent, or arriving late. Varying circumstances influence the actions revealed in the situation at the PCHC. All the encounters children experience will construct their actions in a situation (Bronfenbrenner, 1979).

To conclude, this study portrays the children as active participants in constructing a situation. It also exhibits how the children use their competence to adjust to the situation and reach agreement in a meaningful way. This competence to adjust to a social situation points out children as intersubjective beings (Schütz, 1999; Sommer and others, 2010).

The need for professional sensitivity

Children's negotiation strategies are often invisible to adults (Christensen and Mikkelsen, 2008). Despite this, children learn to negotiate in their everyday life with their parents at home or with other adults in different social contexts. Explanations, motivations and arguments all play a role in the family of today and give children varying experiences of being heard, seen and of being involved in settings that concern them (Sommer, 2005). Consequently, children will bring their experiences of using negotiating strategies to a health visit (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 2005). The children use their negotiating competence and may expect the nurse to respond in a way that is familiar to them.

To make children's negotiation strategies more visible for nurses and thereby accentuate the children's perspective, there is a need to be aware of that all participants in a health visit situation: the child, the parent and the nurse, need compromise, argument and negotiating skills to reach agreement (Sommer, 2005). In due course, it might also be useful to consider how children's competence in using negotiation strategies are encountered and encouraged by parents and nurses. This present study elucidates the children's way of using varying strategies of negotiation to reach agreement. Adults, parents and nurses, dealing with

children's actions with respect, acknowledging their competence and supporting their negotiating strategies promote the incorporation of the requirements of UN Convention on the Rights of the Child (UN, 1989). However, ensuring children's rights also brings forward the question of what is in children's best interest. In PCHC situations, the nurses' and parents' perceptions about what is in the children's best interest might differ and compete with the children's own perspectives on what is in their best interest. The disparity of what is in children's best interest can be compared with the issue of 'owning the child' (Shields and others, 2003), which will affect the encounters in the PCHC service and the provision of health care. Within PCHC services, the encounters should be tailored to children's expressions, actions and strategies, meaning that nurses have a responsibility to ensure children's rights and informed consent. Issues of 'owning a child' are never compatible with children's rights (UN, 1989).

Methodological issues

The trustworthiness of this study relies on combining video observation with thorough transcription and verifications by co-examiners. The conceptualised strategies of negotiation were compared with the children's demonstrated expressions and related to the situation in which they occurred (Ödman, 2007). Although this study endeavours to elucidate the children's perspective, we are aware that the children's expressions have been explored, described and interpreted from an adult perspective. The expressions have thus been interpreted with sensitiveness in line with the theoretical approach (Bronfenbrenner, 1979; Schütz, 1999; Sommer and others, 2010).

The value of this study derives from the fact that no previous research into children's strategies to influence and deal with a PCHC situation has been found. In addition, this study covers new ground by taking into account children's negotiating competencies in a health care setting.

Conclusions

This study contributes to the exploration of children's perspective in PCHC. Conceptualising children's expressions makes it possible to understand how children use various actions of affirmative and delaying negotiation strategies to influence and deal with the situation. The negotiation strategies described may encourage professionals to view children as skilled negotiators with the competence to adjust to and participate in constructing a situation. This may also contribute towards encouraging nurses' sensitivity when giving children guidance. Further research into children of 5½ years of age as actors in a PCHC situation will follow.

Acknowledgements

We would like to express our thanks to the children, the parents and the PCHC nurses who participated in this study and enabled this research. The project was granted financial support by the Health Care Sciences Postgraduate School, Karolinska Institutet and the School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University.

References

- Alderson P. 2007. Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science and Medicine* 65: 2272–2283. DOI: 10.1016/j.socsimed.2007.08.05.

- Allmark P. 2002. The ethics of research with children. *Nurse Researcher* 10: 7–20.
- Baggens C. 2002. *Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården. (Children and parents meet nurses in the child health care environment)*. Doctoral dissertation. Department of Communications Studies, Linköping University.
- Bronfenbrenner U. 1979. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press: Cambridge.
- Christensen P, Mikkelsen MR. 2008. Jumping off and being careful: children's strategies of risk management in everyday life. *Sociology of Health & Illness* 30: 12–130. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.01046.x.
- Coyne I. 2010. Research with children and young people: the issue of parental (proxy) consent. *Children & Society* 24: 227–237. DOI: 10.1111/j.1099-0860.2009.00216.x.
- Eriksson L, Granlund M. 2004. Conceptions of participation in students with disabilities and persons in their close environment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 16: 229–245.
- Fägerskiöld A. 2002. *Support of mothers and their infants by the child health nurse: expectations and experiences*. Doctoral dissertation. Faculty of Health Sciences, Linköping University.
- Hallberg AC. 2006. *Parental support in a changing society*. Doctoral dissertation. Faculty of Medicine, Lund University.
- Harder M, Christensson K, Söderbäck M. 2009. Exploring three-year-old children in a PCHC situation. *Journal of Child Health Care* 13: 383–400. DOI: 10.1177/1367493509344822.
- Jansson A. 2000. *Sjuksköterskan i primärvård med särskilt fokus på barnhälsovård (The nurse in Primary Health Care with special focus on child health care)*. Doctoral dissertation. Faculty of Medicine, Lunds University.
- Larsson JO. 1996. *Aspects of health surveillance at child welfare centers*. Doctoral dissertation, Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet.
- Ludman L, Spitz L. 1996. Coping strategies of children with faecal incontinence. *Journal of Pediatric Surgery* 31: 563–567.
- Magnusson M. 1999. *Barnhälsovård: studier av effektivitet och föräldratillfredsställelse (Child health care: studies into effectiveness and parent satisfaction)*. Doctoral dissertation. Faculty of Medicine, Uppsala University.
- Markström AM, Halldén G. 2008. Children's strategies for agency in pre-school. *Children & Society* 23: 112–122. DOI: 10.1111/j.1099-0860.2008.00161.x.
- Mårtensson EK, Fägerskiöld AM, Berteró CM. 2007. Information exchange in paediatric settings: an observational study. *Paediatric Nursing* 19: 40–43.
- Ministry of Health and Social Affairs. 2005. *Mötet med barnet. Barnkompetens inom hälso- och sjukvården. (Meeting the child. Competency regarding children in health care)*.
- Ministry of Health and Social Affairs. 2007. *En förnyad folkhälsopolitik, Regeringens proposition 2007/08: 110 (A Renewed Public Health Policy, The Government Bill 2007/08:110)*. Ministry of Health and Social Affairs: Stockholm.
- National Board of Health and Welfare. 1991. *Allmänna råd från socialstyrelsen. 1991:8. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. (Advice from the National Board of Health & Welfare: Child health care visits)*. Allmänna förlaget: Stockholm.
- National Board of Health and Welfare. 2009. *Folkhälsorapport. (Public Health Report)*. National Board of Health and Welfare: Stockholm.
- Ödman PJ. 2007. *Tolkning förståelse vetande. Hermeneutik i teori och praktik. (Interpretation, understanding, knowing. Hermeneutics in theory and practice)* Norstedts Förlag: Stockholm.
- Olander E. 2003. *Hälsovägledning i barnhälsovården, syntetisering av två uppdrag (Advice in child health care, synthesis of two cases)*. Doctoral dissertation. Lärarytildningen, Malmö högskola.
- Pramling Saumelsson I, Lindahl M. 1999. *Att förstå det lilla barnets värld – med videons hjälp (Understanding the World of the Little Child – With the Help of Video)*. Liber: Stockholm.
- Schütz A. 1999. *Den sociala världens fenomenologi (The Phenomenology of the Social World)*. Daidalos: Uddevalla.
- Shields L, Kristensson-Hallström I, Kristjánsdóttir G, Hunter J. 2003. Who owns the child in hospital? *Journal of Advanced Nursing*: 41: 213–222.

- Sommer D. 2005. *Barndomspsykologi. Utveckling i en förändrad värld (Psychology of Childhood. Development in a Changed World)*. Runa förlag: Stockholm.
- Sommer D, Pramling Samuelsson I, Hundeide K. 2010. *Child Perspectives and Children's Perspectives in Theory and Practice*. London: Springer.
- Törrenen M. 2006. Community in a children's home. *Child and Family Social Work* 11: 129–137.
- United Nations. 1989. *Convention on the rights of the child*. United Nations: Geneva.
- Woodgate R, Kristjanson LJ. 1995. Young children's behavioural responses to acute pain: strategies for getting better. *Journal of Advanced Nursing* 22: 243–249.
- Young B, Klaber Moffett J, Jackson D, McNulty A. 2006. Decision-making in community-based paediatric physiotherapy: a qualitative study of children, parents and practitioners. *Health and Social Care in the Community* 14: 116–124. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2006.00599.x.

*Correspondence to: Maria Harder, PhD Student, RN, MNurseSci, School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University, Box 883, SE-721 23 Västerås, Sweden. E-mail: maria.harder@mdh.se

Accepted for publication 3 February 2011

Five-Year-Old Children's Tuning-In and Negotiation Strategies in an Immunization Situation

Qualitative Health Research
21(6) 818–829
© The Author(s) 2011
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1049732311400629
http://qhr.sagepub.com



Maria Harder,¹ Kyllike Christensson,¹
Imelda Coyne,² and Maja Söderbäck³

Abstract

In this article, we have explored 5-year-old children's expressions when they as actors took part in an immunization situation in the Primary Child Health Care (PCHC) service in Sweden. Although children's health and development are the main concern in the PCHC service, their perspectives in such a setting have not been explored fully. To capture children's perspectives we used a hermeneutic design and video observations. The findings revealed children as competent and active participants, contributing to the construction of the PCHC situation in mutuality with the nurse and the parent. The conceptualization of children's expressions and actions revealed how they influenced and dealt with a PCHC situation by using strategies of tuning-in, affirmative negotiation, and delaying negotiation. Understanding children's actions will assist nurses to act with sensitivity when they encounter and support children.

Keywords

children; health care; hermeneutics; immunization; observation

The Swedish Primary Child Health Care (PCHC) is a service provided for children and their families with the purpose of promoting children's health and development in the 0- to 6-years age group. Trained specialist PCHC nurses provide this service through regular health visits as part of a national monitoring program, which involves the immunization program and examination of children's speech development and motor and cognitive functions (Swedish National Board of Health and Welfare, 1991). The PCHC service is voluntary and free of charge, with a participation rate of nearly 100% (Baggens, 2002).

Researchers into the Swedish PCHC service have focused on the health-monitoring program, parental support, and the documentation in the PCHC service (Baggens 2002; Fägerskiöld, 2002; Golsäter, Enskär, Lingfors, & Sidenvall, 2009; Hagelin, 1998; Hallberg, 2006, Jansson, 2000; Larsson, 1996; Magnusson, 1999). Other researchers have investigated how health care was provided through a population-individualization movement (Olander, 2003) and on how the PCHC nurses established joint working relationships with families during a health visit (Hydén & Baggens, 2004). These researchers have contributed to the knowledge about how to promote children's health. Nevertheless, the PCHC service is directed toward the children, and therefore their perspectives in such a setting should be explored to a greater extent than they actually

are. Knowledge about children's perspectives will encourage PCHC nurses to be sensitive toward each child's expressions in such a setting, thereby enhancing the quality of care provision. Furthermore, exploring and understanding children's perspectives as actors is about being attentive to their right to participate and to have their voices heard in situations that involve them (Swedish Ministry for Foreign Affairs, 1989).

Recently, we explored 3- and 4-year-old children as actors in two different health visit situations that included the assessment of the 3-year-olds' speech development (Harder, Christensson, & Söderbäck, 2009) and of the 4-year-olds' motor and cognitive functions (Harder, Christensson, & Söderbäck, in press). The findings from our study with the 3-year-olds showed how the children, when invited to take part in the situation by the nurse, progressed through various states, from a state of getting ready to a state of being ready, and then to a state in which the children strengthened

¹Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

²Trinity College Dublin, Ireland

³Mälardalen University, Västerås, Sweden

Corresponding Author:

Maria Harder, Mälardalen University, School of Health, Care and Social Welfare, P.O. Box 883, SE-721 23 Västerås, Sweden
Email: maria.harder@mdh.se

themselves. The children's progression might be colored with the states of not being ready or of being adverse (Harder et al., 2009). The findings from our study with the 4-year-olds showed how the children used affirmative or delaying negotiation strategies to influence and deal with the situation they were invited to take part in (Harder et al., in press). In this article, we explore children's perspectives in the PCHC setting. Our aim was to explore 5-year-old children's expressions when they as actors took part in an immunization situation in the Swedish PCHC.

Methodology

Theoretical Approach

The theoretical approach that underpinned this research was that the reality is constructed by its actors, who seek meaning in every situation, and that a situation is experienced differently by each actor (Schütz, 1999). Thus, the child, the parent, and the nurse constructed the PCHC situation together, and they acted in a way that seemed meaningful from their own perspectives. Children's demonstrated expressions therefore had to be explored in the situated PCHC context. The theoretical approach also comprised the conception that children reveal their perspectives by using the body; for example through gestures, facial expressions, body movement, and the voice, such as talking and sounds (Sommer, 2005). These demonstrated expressions also reveal their competence to adjust to a social situation (Pramling Samuelsson, 2004). This relates to Bronfenbrenner's (1979) stance of a child's development as an ongoing process affected by every encounter and every varying situation the child is involved in.

We used a hermeneutic design because of its conformity with our theoretical approach that a phenomenon should be explored in its situated context (Ödman, 2007; Schütz, 1999). In the hermeneutic design, our prior understanding, our intuitive openness, and the exploratory movement between the child's perspective and our perspective as researchers were essential (Ödman). Prior understanding is difficult to describe, as it changes over time with the new experiences we obtain from already accomplished research, and from various everyday situations. Our various experiences and backgrounds have contributed to and influenced the exploration of children's expressions. The first author (Harder) is a public health nurse with some clinical experiences from the PCHC setting. The second author (Christensson) is a midwife with experiences of researching women's and children's health, both nationally and in low-income countries. The third and fourth authors (Coyne and Söderbäck) are both pediatric nurses with experiences from clinical pediatric nursing and research with children. Our awareness of the variability of our prior understanding has

helped us to be intuitively open to the nuances of children's expressions, and to the exploratory movement between the children's perspectives and our own perspectives.

Sample and Data Collection

We invited 29 children to take part in the study, and these children were the same sample who took part in our previous studies (Harder et al., 2009, in press). The justification of using the same sample in this additional study is pragmatic, because of the time it took to develop a trusting relationship between the researchers and the children, parents, and PCHC nurses. Our decision to invite the same children was also grounded in ethical considerations. When conducting research with children, the researchers are obliged to give the children opportunities to become familiar with the researchers (Allmark, 2002). The sample was purposefully selected by the first author to achieve an even distribution with regard to the children's sex and their residential settings. This provided a variation of experiences and therefore a variation among the children's expressions (Bronfenbrenner, 1979). There was attrition from the sample of seven children in this present study; access to these children was not possible because nurses were on sick leave, the family had moved, the family had twice failed to come to a scheduled appointment, or the children were not undergoing immunization. There was also attrition because of technical problems with the equipment. Thus, 22 children constituted the sample for the present study. In spite of attrition and convenience sampling, there was an even distribution according to the children's gender and residential settings.

Each child's perspective in the PCHC situation was captured through video observation conducted in the PCHC nurse's consulting room. We used video to conduct the observations because of its applicability in research with children of preschool age who preferably talk with their bodies (Sommer, 2003). Furthermore, the video observations allowed repeated viewing of the captured situations for verification purposes (Pramling Samuelsson & Lindahl, 1999). The data were collected between August and October, 2009. The first author carried out the video observations overtly, and each child was followed in the natural course of the health visit. Her role as researcher at the health visit was strictly that of a video observer (Morse, 2007). None of the other authors were involved in the immunization situations.

Ethical Considerations

The children and their parents were invited to take part in the study by the PCHC nurse at the same time as they were invited to the health visit. With assistance from the nurse, the first author sent the family an information leaflet by mail regarding the study, and the family gave their consent

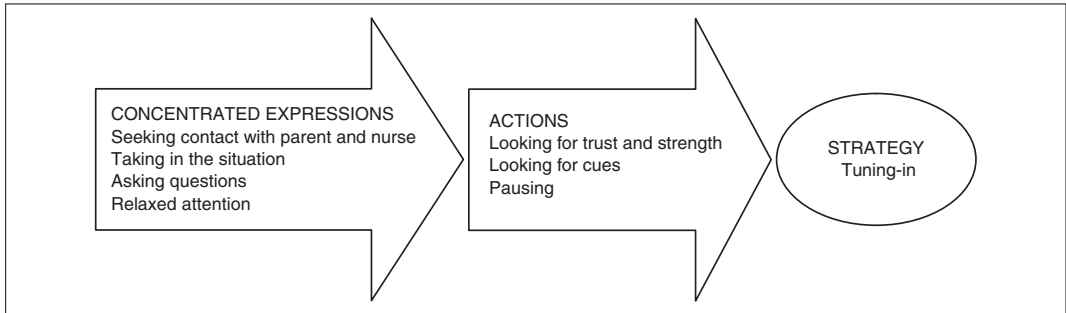


Figure 1. The concentrated expressions in the children's actions of tuning-in strategies

before attending the health visit. Because of the inequality between adult and child, each child's informed consent to research had to be obtained (Allmark, 2002). Therefore, when meeting the children prior to the health visit, the information about the study was repeated and they gave their oral consent. Children's competence to share information and express informed consent is not linked to their age (Alderson, 2007). The PCHC nurses involved also gave their informed consent to participate. We informed the children, the parents, and the nurses about their right to withdraw from the study at any time and that we would publish the findings as an article (Morse, 2007). To protect the identity and confidentiality of the children we have not named or assigned pseudonyms in this article. The project was approved by the Regional Ethical Review Board in Uppsala, Sweden, and by the PCHC managers.

Analysis

The PCHC situation we analyzed involved the children being invited by the nurse to receive their immunization. The length of the video recordings varied from 3.5 minutes to 20 minutes. We analyzed the data inductively, and the described theoretical approach was used to understand the child's perspective and the child as an actor in the situation. To capture a first understanding of the data (Ödman, 2007), we watched the 22 video recordings in their entirety and immediately transcribed them into text. This first understanding made it possible to look for recurrences and confirmation of the children's demonstrated expressions (Streubert, 1995). The procedure helped to confirm that the video-observed situations were sufficient to assume saturation. Nevertheless, we can only assure the saturation of the children's demonstrated expressions at this particular point in time (Morse, 1989).

In the next step, we separated each child's expressions in the text from the situation. Then we continued the analysis by making descriptions of the expressions by asking the questions: What sort of expression is this? When does the

expression occur? This was a continuous process in which we went from the specific part of the situation to each expression and then back to the specific part in the situation again (Ödman, 2007). In this descriptive process, we abstracted the children's demonstrated expressions into concentrated expressions, meaning that we grouped similar expressions from similar contexts of the explored situation together. In an additional step, the grouped concentrated expressions were constructed into the children's actions of making themselves ready to influence and deal with the situation and their actual influencing and dealing with the situation. This systematic analysis made it possible for us to discover the children's meaning-seeking strategies (Schütz, 1999). We have conceptualized them as strategies of tuning-in, affirmative negotiation, and delaying negotiation. The first author conducted a preliminary analysis, which was reviewed and verified by the fourth author when observing the video recordings together. The second and the third authors contributed by critically reviewing the final findings.

Findings

Our findings showed how the children participated as actors in the PCHC situation by using varying strategies. The children's strategies of tuning-in made the situation move toward the immunization procedure as they adjusted themselves to the situation. The children's strategies of affirmative negotiation also carried the situation forward toward the immunization procedure, and the procedure was carried out. There was agreement in the situation. The strategies of delaying negotiation slowed the progress in the situation.

Tuning-in

The children's strategies of tuning-in comprised actions of looking for trust and strength, looking for cues, and pausing (see Figure 1).

Looking for trust and strength. The actions of looking for trust and strength were revealed through the children's expressions of seeking contact with the parent or the nurse, and by the children's questions and pronounced desires. The children needed to know that the situation was safe, and they needed support from both parent and nurse to be able to adjust to and go through the immunization. The children sought bodily contact with their parent by settling themselves or by laying the upper part of their body in the parent's lap. They turned toward, leaned against, or took their place beside their parent, huddled up in the parent's arms, and buried their head into the parent's chest. The children also looked at, embraced, smiled toward, kissed, touched, pointed at, and reached out for the parent. When the children sought contact with the nurse, they looked at, walked toward, and turned their arm toward her or him. The children asked questions, and they expressed a desire to have bodily contact with their parent during the immunization. For example, a child demonstrated how she looked for trust and strength by using bodily and verbal expressions directed toward her mother when the nurse told her about the immunization: The child looks at her mother. "Mum, I want to hold your hand." Her mother sits down on a chair beside her. The child reaches out and grabs her mother's hand.

Looking for cues. The actions of looking for cues were revealed through the children's expressions of taking in the various signs that were available in the situation. The children expressed a willingness to know and understand what was going on to be able to adjust their actions to deal with the situation. They demonstrated how they took in the situation by looking around the consulting room, by following the nurse's actions, and by looking at or by going along with her or him. The children sharpened their awareness to take in and reflect on what they were being told by the nurse. Here, they used expressions as getting up on their knees, leaning forward, sitting down, straightening their body, and standing on tiptoe; they touched their own mouth, chin, hair, and face, and they also looked straight ahead without fixing their eyes. The children turned the direction of their gaze from the nurse to the room, the ceiling, and then back again to the nurse. The children also followed the conversation between the parent and the nurse by using expressions such as looking at the nurse and the parent as they were talking, putting their head to one side, leaning with head in hand, opening their mouth, putting a finger in their mouth, and being quiet. Verbally the children asked questions about what the injection would feel like. They tried to picture to themselves what getting the injection would be like. The following excerpt demonstrates how a child was looking for cues by asking questions, reflecting on what she was being told, and by visualizing the situation to herself:

[The child moves her body forward and backward, looks at her mother.]

Child (C): Will it hurt?

Mother (M): I do not think so.

Nurse: It feels like a little prick.

[The child looks at the nurse, sucks in her lips, and looks out into the room without fixing her eyes.]

M: It will feel like a little prick, and then you won't feel it at all.

[The child turns to her mother.]

C: Can you do as the prick with your finger? Mum, do as the prick with your finger on me.

[The child leans forward, takes her mother's hand.]

C: Will it only [the child presses her mother's finger against her hand] hurt as much as this?

The children also asked questions about what the nurse was doing when she or he had gone to prepare the injection: "Will she come with the injection?" "What is she doing?" "Where is my injection?" The children also asked questions about the illnesses the immunization would prevent, and questions about the injection itself: "What illness?" "What is polio?" "Mum, why shall I have this injection?" "What does immunization mean?" "Can I have a look [at the injection]?" "Is an injection with a needle?"

Pausing. The actions of pausing were revealed through the children's expressions of relaxed attention. Here, the children were still attentive to the situation but took a pause to get ready for the immunization. The children moved their body in a relaxed way and they talked spontaneously. The children leaned against the table, danced, stood up, looked at and stretched the arm forward, and smiled. Verbally the children laughed, talked about having had injections before, and told about other children they knew who had been to health visits. The children also expressed desires that displayed their relaxed attention:

[The child leans with his back against the table.]

M: Is it a little scary?

[The child puts his head on the table and looks toward the ceiling.]

C: No.

M: It will be fine.

[The child bites his lip, smiles.]

C: I want to dance.

M: Do you want to dance? Well, go on and do that, then.

C: Okay.

[He lies down on the floor and performs a "break" dance.]

Affirmative Negotiation

The children's strategies of affirmative negotiation comprised actions of attention, satisfying their own desires, and focusing (see Figure 2).

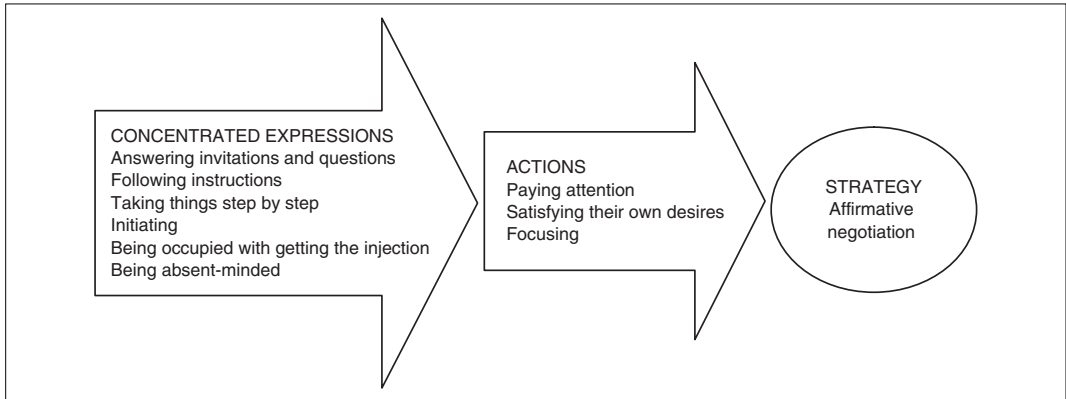


Figure 2. The concentrated expressions in the children's actions of affirmative negotiation strategies

Attention. The actions of attention were revealed through the children's expressions of answering to an invitation or a posed question, and of following instructions. Here, the children stood straight, and/or walked toward the nurse or in a specified direction. They sat down on the parent's lap and leaned forward or backward. The children also removed their jumper; pulled the sleeve up; fixed the sleeve under the chin; and stretched, bent, strained, and relaxed their arm. They took deep breaths, nodded in the affirmative, smiled, and looked at their mother, the nurse, the plaster (adhesive bandage), and the injection. Verbally the children laughed or answered in the affirmative with a neutral or sad voice, with short expressions such as, "Yes," "Mmm," and "Okay." They also answered questions with longer phrases, made comments, and asked short counter questions, such as, "What?" and "Why?" For example, a child demonstrated his bodily and verbal actions of attention towards the nurse's invitation as follows:

Nurse (N): The immunization is good to have to avoid illnesses.

C: Yes.

[He straightens his body, walks toward the nurse, stands in front of her.]

C: So I won't get ill, and then I will need a plaster.

N: Yes, you will have a plaster. There will be only a small prick.

C: Tomorrow it will be healed.

Satisfying their own desires. The actions of satisfying their own desires were revealed through the children's expressions of taking the health visit step by step. The children demonstrated a desire to finish the situation they were occupied with before they dealt with a new situation. However, they did not mind when the nurse introduced a new

situation, as they continuously affirmed the nurse's doings by looking and smiling at her or him. Verbally they made small sounds, such as, "Mmm." The following illustrates how a child satisfied her own desires by finishing one situation before dealing with another:

[The nurse and the child's mother have a conversation. The nurse turns toward the child.]

N: Do you know what? You hear that your mother and I talk about the injection.

[The child does not look up; she keeps on drawing.]

C: Mmm.

N: My intention is that you also will give an injection.

[The child stops drawing, puts her hair behind her ear, looks at the table, and puts her crayon down.]

N: Do you think you will give me an injection?

[The child takes a crayon, looks at the nurse, smiles.]

C: Mmm.

[The child looks down and continues to draw.]

The actions of satisfying their own desires were also revealed through the children's expressions of initiating the situation. Here, the children demonstrated an interest in moving the situation forward by taking their jumper off, pulling the sleeve up, and exposing their arm, holding the sleeve to keep their arm exposed and stretching the arm forward. The children also complemented their bodily expressions with verbal expressions as in the following: The child pulls her jumper. "I'll take it off." The child pulls her jumper off.

Focusing. The actions of focusing were revealed through the children's expressions of being occupied with getting the injection. Here, the children focused on what was happening with their arm. They had a calm, upright body that winced or got stiff during the immunization. The children had an explicit awareness directed toward what was

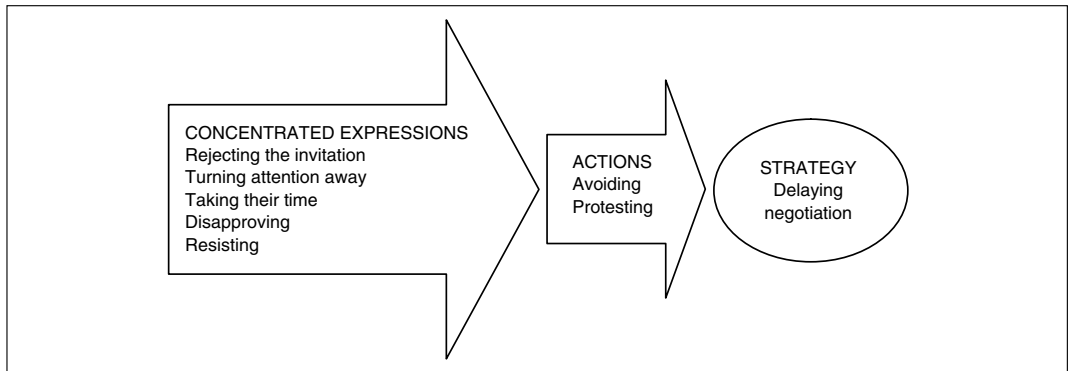


Figure 3. The concentrated expressions in the children's actions of delaying negotiation strategies

happening by looking at the arm and the injection, or an implicit awareness toward what was happening by looking toward toys in the examination room during the immunization. Expressions such as staring, shutting their eyes, making a sad-looking face, making facial grimaces, compressing lips, and soundlessly forming the word *ouch* with the mouth revealed their awareness of what was happening, although they were not looking at their arm. Irrespective of whether the children's awareness was explicit or implicit, they also made spontaneous comments about how it felt to them. They used a neutral and calm voice, and expressions as, "Oh no, it hurts," "Ouch," and "Aaaa." They also made whining sounds, drew breath loudly, shouted, and laughed at the same time in surprise. When the immunization was over the children touched their arm, looked at their arm, and placed a hand on the injection site. The children also made comments such as, "It did hurt a lot," or expressed desires to look at the injection site: "I want to look, Mum."

Furthermore, the actions of focusing were revealed through the children's expressions of being absent-minded during the immunization. Here, the children focused on something beyond the immunization. They were silent and demonstrated a calm, relaxed body, an expressionless face with a closed or an opened mouth; they looked straight ahead and/or put a finger in the mouth during the immunization. Furthermore, they either stayed in their absent-minded position for a while and were awakened when the immunization was over, or they awoke themselves and put full awareness toward their arm. The excerpt below illustrates a child's expressions of being absent-minded and being awakened by the event around her:

N: Then, it will be a small prick.
 [The child opens her mouth, then the face is still, and she looks straight ahead.]
 N: And then it will go into your arm.
 [The child closes her mouth.]

N: How clever you are.
 [The nurse pulls out the injection and let go of the arm.]
 N: Not a peep.
 [The child keeps still and looks straight ahead, with a closed mouth. The nurse prepares the plaster.]
 N: You are so clever.
 [The child turns her head and looks at the plaster.]
 N: How did it feel?
 C: Good.
 [The child keeps still, with her arm hanging down.]
 Father (F): Did it not hurt?
 C: Not that much.
 [The nurse puts the plaster on, leans forward, and helps to put the jumper on. The child keeps still, with an expressionless face. She suddenly winces, becomes active, and helps get the jumper back on.]

Delaying Negotiation

The children's strategies of delaying negotiation comprised actions of avoidance and protesting (see Figure 3).

Avoidance. The actions of avoidance were revealed through the children's expressions of rejecting the invitation to accomplish the immunization. Here, the children demonstrated a calm body, looked at the wall or the floor, shook their head, and placed a hand over the mouth or on the arm at the injection site or put an arm over the face. Verbally, the children used a whining tone and single words as, "Mum," or statements such as, "I'm frightened." The children might also remain silent when the nurse poses a question or an invitation.

The actions of avoidance were also revealed through the children's expressions of turning their attention away from the situation and toward something of their own interest. Here, the children invited the nurse and the parent into a conversation instead of answering the nurse's suggestion

to undergo the immunization. Once the children succeeded in turning the attention away from the immunization, they answered questions about the new topic and also continued with spontaneous talk. These conversations concerned something about their body, an object in the consultation room, toys they had, or something that would happen after the health visit. The children's spoken conversations were complemented with bodily expressions such as looking at the nurse, into the room, at a part of their body, or touching a part of their body. The excerpt below shows how a child at first rejected the invitation from the nurse and then turned his attention away from the situation and toward his toes:

- N: Shall we go on with the injection now then?
 M: Yes.
 [The child shakes his head, looks down at his sleeve, and folds it up around his wrist.]
 N: It will be just fine.
 [The child takes a grip around his foot, pulls it toward his body, and looks at it.]
 C: My toes are hurting.
 N and M, simultaneously: Do your toes hurt?
 C: Mmm.
 M: How come?
 [The child touches and looks at his toes.]
 C: My toes are hurting.
 N: Are they hurt now?
 C: Mmm.

The actions of avoidance were further revealed through the children's expressions of taking their time. Here, the children gave their full attention to the situation, but they took their time to answer. The children had a calm, straight body that might lean forward to take a closer look at different objects. They sucked in their lip, smiled, held objects, and put them down again. Verbally, the children asked or answered questions, and they said what they were going to do. An illustration of a child involved with picking out a plaster shows how she took her time:

- [The nurse points at a plaster.]
 N: Do you want this one?
 [The child sucks in her lip, stretches out her hand, and touches the drying pad.]
 C: What is this?
 N: I will use that to dry the vaccine on your arm if needed.
 [The child leans over the table and looks at the plasters.]
 N: Which one is the nicest?
 [The child leans deeper over the plasters.]
 C: I do not know.
 [The nurse moves forward.]
 N: No . . . that's the question. Maybe Dad shall decide?

- [The child puts her hands on the table.]
 C: No. I will look a little.
 [The child pulls the plaster out of its package, leans forward, and takes a close look.]
 N: Yes, take a proper look. What is it [the picture on the plaster]?
 [The nurse looks at the plaster.]
 N: It is a cow.
 [The child holds the plaster and smiles.]
 C: A cow princess.
 N: That one was nice, wasn't it?
 [The child's father moves forward.]
 F: Mmm, I think you want that one. It was really nice.
 [The child holds the plaster and looks at it, puts it down, picks up the other plaster, and pulls it out of its package.]
 C: I will look.

The children's actions of avoidance postponed the injection moment and demonstrated how they needed more time to tune-in to the situation. If the children adjusted themselves to the situation, they underwent the immunization in an affirmative way. The children who demonstrated expressions of rejecting the invitation might move on to actions of protesting.

Protesting. Actions of protesting were revealed through the children's expressions of demonstrating their disapproval of the situation. Here, the children tried to keep the immunization away by straightening their body or huddling up, pulling the hand and arm toward their body and embracing themselves. In addition they shook their head, bit their lip, placed a hand over their mouth or on their upper arm at the injection site, and they smiled and pushed the nurse's hands away. Verbally, the children cried, sobbed, whined, and whispered when they expressed unwillingness to undergo or fear of the immunization. They also expressed fear of feeling pain, and stated desires in an emphatic way. These desires were those that could not be fulfilled in the situation, such as having a plaster with a specific color or picture on it, or wanting to choose the place on the body where the injection should be given.

Actions of protesting were also revealed through the children's expressions of resisting. Here, the children bodily resisted by swaying, crawling along, jumping on their bottom, pulling the body backwards, kicking, pulling the jumper sleeve in the opposite direction than the parent, pushing the parent's hands away, pulling themselves out of the grip of the parent or the nurse, or putting the removed jumper back on again. Verbally, the children shouted and cried out their unwillingness, fear, and pain. The excerpt below shows how a child at first demonstrated his disapproval and then how he started resisting:

- N: You are going to get an injection in your arm today.
 C: No.

[The child takes a firmer grip around his mother's neck and puts his head toward her. He starts to cry.]

C: No.

[The child's mother starts to pull the sleeve.]

M: We will just take it off.

[The child pulls his arm toward his body.]

C: No, I do not want to.

M: Come on, honey.

[The child pulls both arms toward his body and huddles up.]

C: No.

M: You only have to take one sleeve off.

[The child shouts.]

C: No!

[He sways his body and legs.]

The children's actions of protesting were also demonstrating expressions of following the nurse's actions and seeking contact with the parent. However, as the children were protesting against the situation, these actions varied from expressions of looking for trust and strength, and of looking for cues in the strategy of tuning-in to the situation. Rather, the children were looking out for danger and seeking protection. The children might move on to an affirmative negotiation strategy before or during the immunization. There were also children who protested and resisted the situation throughout the immunization, and these children were held during the procedure.

Discussion

In this article, we have described 5-year-old children's strategies of tuning-in, affirmative negotiation, and delaying negotiation when they influenced and dealt with an immunization situation in the PCHC setting. These strategies showed children as active actors in constructing a situation, and that they used the strategies that seemed most meaningful to them (Bronfenbrenner, 1979; Schütz, 1999; Sommer, 2005). The work of other researchers, such as Plumridge, Goodyear-Smith, and Ross (2009), and Salmela, Salanterä, Ruotsalainen, and Aronen (2010), supports our stance that children are and want to be active in health care situations.

Tuning-in Strategies

A recent literature review showed how children in various settings used observations and listening-in as common activities to learn what was happening in the situations they were a part of (Rogoff, Paradise, Arauz, Correa-Chavez, & Angelillo, 2003). Ellerton, Ritchie, and Catzy (1994), and Salmela et al. (2010) have described that children needed to understand the situations they were going to be involved in. These researchers showed how children dealt with a venipuncture

(Ellerton et al.) or a hospital-related fear (Salmela et al.) by observing the nurse's actions, making bodily contact with the parent, using tension-reducing activities, or wanting to rest and calm down to understand and familiarize themselves with the event. These varying activities were similar to our findings of 5-year-old children's strategies of tuning-in to understand and adjust to the situation. The children used actions such as looking for trust and strength by seeking bodily contact with their parent, which confirmed the importance of a parent's presence. Furthermore, the children used actions of looking for cues to take in and understand both the situation and the nurse's actions. They also demonstrated actions of pausing as expressions of relaxed attention, as a way to reduce tension or calm down to familiarize themselves with the situation. The strategies of tuning-in also corresponded with the findings from our study with 3-year-old children who displayed a state of getting themselves ready before they answered the nurse's invitation to take part in the situation (Harder et al., 2009).

Negotiation Strategies

Negotiation is an ordinary action in children's encounters with peers, parents, or other grown-ups, and their use of negotiation strategies helps to develop their competence in adjusting to other persons and situations (Sommer, 2005). Following our previous study with 4-year-old children, we reported on how they used various negotiation strategies to deal with situations in which their motor and cognitive functions were assessed (Harder et al., in press). The children's use of negotiation strategies to deal with a situation was confirmed in our present study, in which the children dealt with an immunization situation. Several other researchers have described children's strategies to adjust to and manage distressing health care situations (Ellerton et al., 1994; Salmela et al., 2010; Woodgate & Kristjanson, 1995), the activities of everyday life when living with severe illnesses (Guell, 2007; Protudjer, Kozyrskiy, Becker, & Marchessault, 2009; Stewart, 2003; Taylor, Franck, Dhawan, & Gibson, 2010; Williams, Corlett, Dowell, Coyle, & Mukhopadhyay, 2009), or living with continence problems (Ludman & Spitz, 1996). These strategies were not described as negotiation strategies. We have used the concept of negotiation because it acknowledges the child as an active actor in the construction of a situation (Schütz, 1999; Sommer, 2005).

The children's affirmative negotiations made the situation progress toward their dealing with the immunization. The children reached an agreement with the nurse and the parent through actions of attention, satisfying their own desires, and focusing. That the children tried to reach agreement corresponds with the findings of Mårtensson, Fågerskiöld, and Berteró (2007), who described how children kept pace with the adults. Our findings also correspond with those of

other researchers who described how children with diseases such as juvenile arthritis (Guell, 2007), asthma (Protujder et al., 2009), and cystic fibrosis (Williams et al., 2009), or children living with the consequences of liver transplantation (Taylor et al., 2010), tried to adjust themselves to fit in with their peers.

The 5-year-olds who displayed actions of focusing through expressions of being absent-minded did not express fear or pain. The children who focused through expressions of being occupied with the immunization did express pain, but even so, they dealt with it in a good way. This indicated that when the children were provided with the time and space they needed to use their own competence and understanding, they could adjust to the immunization situation with affirmative negotiation. This corresponded to the findings of Ellerton et al. (1994), who suggested that adults could support children to settle in to a situation by providing the best possible time and space. The children's expressions of being occupied with getting the injection might be understood as tense compliance (Ellerton et al.). The children's demonstrated expressions were tense; they got stiff, compressed their lips, and grimaced, but did not try to avoid nor protest against the immunization.

The children's delaying negotiation made the immunization situation stand still or progress slowly. The children tried to get away from the situation by using actions of avoidance and protesting. These strategies and actions were also seen in our study with 4-year-old children (Harder et al., in press). In the present study, we found other nuances in the actions. In addition to expressions of rejection in the action of avoidance, we also found how the 5-year-old children demonstrated expressions of taking their time. In addition to expressions of demonstrating disapproval in the action of protesting, we also found expressions of resisting. That children's expressions of resisting delayed the immunization moment corresponded with the findings of Plumridge, Goodyear-Smith, and Ross (2009), who described how children's active resistance in an immunization situation made the session longer.

We further found that the children needed time to adjust to a new situation when they used both affirmative and delaying negotiation. The need for time was seen in the actions of satisfying their own desires, where the children demonstrated a wish to take in the situation step by step, and in the actions of avoidance, where they were either turning their attention from the immunization or taking their time to answer. These actions appeared much the same, but the nuances showing the variation between them were that of a child wanting to take things one step at a time, continually affirming what the nurse was saying, which made the situation progress. In the actions of avoidance there were no expressions of affirming the nurse's actions, and the progress therefore was slow. Children's need of time to adjust to a situation was also found among

children with cancer (Stewart, 2003). Time helped the children adjust to the various consequences the cancer brought to their everyday lives. In health care encounters, the time available for the child to adjust is to some extent dependent on the nurse's agenda.

The children in our study displayed how their delaying negotiation strategies might move on to affirmative negotiation strategies and end with the children's adjustment and agreement to undergo the immunization. This movement from delaying negotiation into affirmative negotiation also emerged in our study with the 4-year olds, in which the children eventually adjusted to the nurse's invitation to draw a picture (Harder et al., in press). Furthermore, we found similarities in the study in which we focused on 3-year-olds (Harder et al., 2009). The children in a state of not being ready or being adverse somehow got themselves ready to engage and participate in the situation. The children's progression from delaying negotiation to affirmative negotiation in our present study also related to the findings of Mårtensson et al. (2007), who reported how children during information exchange in a pediatric outpatient setting tried to balance the circumstances to be a part of the situation.

The children's movement from delaying negotiation to affirmative negotiation demonstrated their intersubjectivity and their desire to engage in and share meanings with others. Everyday reality brings various situations that humans have to deal with, either by affirmation or by protests in an attempt to conquer them. Humans are intersubjective and pragmatic, and therefore adjust in some way to everyday situations (Schütz, 1999). Nevertheless, we need to bear in mind that even if all the children in our study underwent the immunization, it does not imply that all children went through it using affirmative negotiation strategies. There were situations in which the children tried to get away by using delaying negotiations and protesting, but were held. This does not make them less intersubjective; rather, it shows that they were not ready to adjust themselves, even though they were informed, prepared, and encouraged by their parents and the nurse.

A Professional Child Perspective

According to our theoretical approach, the strategies the children used depended on each child's competence, perspective, and the situational circumstances (Bronfenbrenner, 1979; Schütz, 1999; Sommer, 2005). Furthermore, the child, the nurse, and the parent contributed mutually to the construction of the situation (Schütz). Therefore, we emphasize that nurses' actions will influence children's actions, which calls for a professional perspective that acknowledges children as actors with competence to tune in to and negotiate in a situation. Nurses need to be aware of the varying strategies children use so as to be able to support them with sensitivity.

Health care situations are complex, because each participant will bring varying perceptions and desires to the situation. Health professionals and parents want to accomplish examinations and immunizations to promote the child's health and development, and they want the child to adjust to the situation in a smooth way in the child's best interest. This might be contradicted by the child's own desires in the situation, and result in the child's actions of protesting. Plumridge et al. (2008) suggested that lack of concordance in a care situation might be prevented by negotiated care. In the present study the nurses' use of negotiated care was not investigated. The PCHC nurse is in charge of the agenda in the immunization situation, and to prevent lack of concordance because of the existing asymmetry, she not only has to negotiate herself; she also needs to be aware of each child's strategies of negotiation and act with sensitivity. When the health care situation is not acute and it is not possible to reach agreement with the child, we suggest that the nurse should take in the child's perspective, acknowledge the child's competence, and offer additional time and space. The need for such sensitivity was also described by Ellerton et al. (1994) and Salmela et al. (2010), who suggested that adults can support children's strategies by preparing and informing them.

Methodological issues

The trustworthiness in this study relies on us using our prior understanding, together with our intuitive openness and a reflexive movement between the children's demonstrated expressions and our understandings of them (Ödman, 2007). The occurrence of nuances that varied from our previous studies shows that we have succeeded. It also shows that the situational contexts between the explored situations differed, and therefore brought new nuances (Ödman; Schütz, 1999). To achieve credibility in our interpretations, we continuously asked the question: Is this a credible interpretation? We also performed decontextualization and recontextualization processes. Furthermore, the credibility of our interpretations was confirmed with other colleagues who conduct research with children. From our point of view, the interpretations of the children's expressions through actions and strategies contributed to elucidating the children's perspectives when they as actors took part in constructing a PCHC situation. This is not to say that our interpretations were the only possible way of understanding the children's actions. Criticism might be raised because we invited the same children to participate in this study as participated in our previous studies, because it might color our findings. Still, children are familiar with being video-recorded (Pramling-Samuelsson & Lindahl, 1999), and once the children were invited to take part in the health visit, they were too occupied to direct their attention toward the video observer.

Additional research to grasp children's perspectives as actors in various health care settings is needed. We will continue with another study, in which we will explore the children's perceptions of taking part in an immunization situation.

Acknowledgments

We express our thanks to the children, the parents, and the PCHC nurses who participated in this project and made it possible to accomplish research with children.

Declaration of Conflicting Interests

The authors declared no conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article.

Funding

The authors received no financial support for the research and/or authorship of this article.

References

- Alderson, P. (2007). Competent children? Minor's consent to health care treatment and research. *Social Science and Medicine*, 65, 2272-2283. doi:10.1016/j.socscimed.2007.08.05
- Allmark, P. (2002). The ethics of research with children. *Nurse Researcher*, 10(2), 7-20.
- Baggens, C. (2002). *Barn och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården [Children and parents meet nurses in the child health care environment]*. (Doctoral dissertation). Department of Communications Studies, Linköping University, Sweden.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ellerton, M.-L., Ritchie, J. A., & Catzy, S. (1994). Factors influencing young children's coping behaviours during stressful healthcare encounters. *Maternal-Child Nursing Journal*, 22(3), 74-82.
- Fägerskiöld, A. (2002). *Support of mothers and their infants by the child health nurse: Expectations and experiences*. (Doctoral dissertation). Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden.
- Golsäter, M., Enskär, K., Lingfors, H., & Sidenvall, B. (2009). Health counseling: Parental-oriented health dialogue—An innovation for child health nurses. *Journal of Child Health Care*, 13, 75-88. doi:10.1177/1367493508098382
- Guell, C. (2007). Painful childhood: Children living with juvenile arthritis. *Qualitative Health Research*, 17, 884-892. doi:10.1177/1049732307305883
- Hagelin, E. (1998). *Barnhälsovårdsjournalen som kunskapskälla. En analys av fullständighet, instruktionsenlighet och tillförlitlighet [Child health records as a data source. An analysis of completeness, reliability, and accuracy of recording]*.

- (Doctoral dissertation). Faculty of Medicine, Uppsala University, Uppsala, Sweden.
- Hallberg, A.-C. (2006). Parental support in a changing society. (Doctoral dissertation). Faculty of Medicine, Lund University, Lund, Sweden. Retrieved from <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=547147&fileId=547149>
- Harder, M., Christensson, K., & Söderbäck, M. (2009). Exploring 3-year-old children in a primary health care situation. *Journal of Child Health Care, 13*, 383-400 doi:10.1177/1367493509344822
- Harder, M., Christensson, K., & Söderbäck, M. (in press). Four-year-old children's negotiation strategies to influence and deal with a primary child health care situation. *Children and Society*.
- Hydén, L.-C., & Baggens, C. (2004). Joint working relationships: Children, parents and healthcare nurses at work. *Communication & Medicine, 1*, 71-83.
- Jansson, A. (2000). *Sjuksköterskan i primärvård med särskilt fokus på barnhälsovård [The nurse in primary health care with special focus on child health care]*. (Doctoral dissertation). Faculty of Medicine, Lund University, Sweden.
- Larsson, J.-O. (1996). Aspects of health surveillance at child welfare centers. (Doctoral dissertation). Department of Woman's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Ludman, L., & Spitz, L. (1996). Coping strategies of children with faecal incontinence. *Journal of Pediatric Surgery, 31*, 563-567.
- Magnusson, M. (1999). *Barnhälsovård: Studier av effektivitet och föräldratillfredsställelse [Child health care: Studies into effectiveness and parent satisfaction]*. (Doctoral dissertation). Faculty of Medicine, Uppsala University, Uppsala, Sweden.
- Mårtensson, E. K., Fågerskiöld, A. M., & Berteró, C.M. (2007). Information exchange in paediatric settings: An observational study. *Paediatric Nursing, 19*(7), 40-43.
- Morse, J. M. (1989). Strategies for sampling. In J. M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (pp. 127-145). Newbury Park, CA: Sage
- Morse, J. M. (2007). Ethics in action: Ethical principles for doing qualitative health research. *Qualitative Health Research, 17*, 1003-1005. doi:10.1177/1049732307308197
- Ödman, P.-J. (2007). *Tolkning förståelse vetande. Hermeneutik i teori och praktik [Interpretation, understanding, knowing. Hermeneutics in theory and practice]*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Olander, E. 2003. *Hälsovägledning i barnhälsovården, syntetisering av två uppdrag [Health counseling, synthesizing two missions]*. (Doctoral dissertation). School of Teacher Education, Malmö University, Malmö, Sweden. Retrieved from http://dSPACE.mah.se:8080/bitstream/2043/7940/1/ewy_olander.pdf
- Plumridge, E., Goodyear-Smith, F., & Ross, J. (2008). Parents and nurses during the immunization of children—Where is the power? A conversation analysis. *Family Practice, 25*(1), 14-19. doi:10.1093/fampra/cmn001
- Plumridge, E., Goodyear-Smith, F., & Ross, J. (2009). Nurse and parent partnership during children's vaccinations: A conversation analysis. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 1187-1194. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.04999.x
- Pramling Samuelsson, I. (2004). How do children tell us about their childhoods? *Early Childhood Research & Practice, 6*(1). Retrieved from <http://ecrp.uiuc.edu/v6n1/pramling.html>
- Pramling Samuelsson I., & Lindahl, M. (1999). *Att förstå det lilla barnets värld—med videons hjälp [Understanding the world of the little child—with the help of video]*. Stockholm: Liber.
- Protudjer, J. L. P., Kozyrskyj, A. L., Becker, A. B., & Marchessault, G. (2009). Normalization strategies of children with asthma. *Qualitative Health Research, 19*, 94-104. doi:10.1177/1049732308327348
- Rogoff, B., Paradise, R., Arauz, R. M., Correa-Chávez, M., & Angelillo, C. (2003). Firsthand learning through intent participation. *Annual Review of Psychology, 54*, 175-203. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145118
- Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T., & Aronen, E. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health, 46*, 108-114. doi:10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x
- Schütz, A. (1999). *Den sociala världens fenomenologi [The phenomenology of the social world]*. Uddevalla, Sweden: Daidalos.
- Sommer, D. (2003). Børnesyn i udviklingspsykologien. Er et børneperspektiv muligt? [*The child's perspective in developmental psychology: Is the child's perspective possible?*]. *Pedagogisk forskning i Sverige [Pedagogical Research in Sweden], 8*(1-2), 85-100.
- Sommer, D. (2005). *Barnomspsykologi. Utveckling i en förändrad värld [Psychology of childhood. Development in a changed world]*. Stockholm: Runa förlag.
- Stewart, J. L. (2003). Getting used to it: Children finding the ordinary and routine in the uncertain context of cancer. *Qualitative Health Research, 13*, 394-407. doi:10.1177/1049732302250336
- Streubert, H. J. (1995). What is nursing knowledge? In H. J. Streubert & D. R. Carpenter (Eds.), *Qualitative research in nursing* (pp. 15-28). Philadelphia: Lippincott.
- Swedish Ministry for Foreign Affairs. (1989). *The UN convention on the rights of the child*. Stockholm: Author.
- Swedish National Board of Health and Welfare. (1991). *Allmänna råd från socialstyrelsen. 1991:8. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården [Advice from the Swedish National Board of Health & Welfare: Child health care visits. 1991:8]*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Taylor, R. M., Franck, L. S., Dhawan, A., & Gibson, F. (2010). The stories of young people living with a liver transplant. *Qualitative Health Research, 20*, 1076-1090. doi:10.1177/1049732310368405
- Williams, B., Corlett, J., Dowell, J. S., Coyle, J., & Mukhopadhyay, S. (2009). "I've never not had it so I don't

really know what it's like not to": Nondifference and biographical disruption among children and young people with cystic fibrosis. *Qualitative Health Research*, 19, 1443-1455. doi:10.1177/1049732309348363

Woodgate, R., & Kristjanson, L. J. (1995). Young children's behavioural responses to acute pain: Strategies for getting better. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 243-249.

Bios

Maria Harder, RN, RNM, is a doctoral student in the Department of Woman's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, and at the School of Health, Care and Social Welfare, Mälardalen University, Västerås, Sweden.

Kyllike Christensson, PhD, RM, is a professor of reproductive health in the Department of Woman's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, and professor of caring sciences at the School of Health, Care and Social Welfare, Mälardalen University, Västerås, Sweden.

Imelda Coyne, PhD, RNMC, is a professor of children's nursing at the School of Nursing and Midwifery, Trinity College, Dublin, Ireland.

Maja Söderbäck, PhD, RNSC, RNT, is an associate professor in nursing sciences at the School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University, Västerås, Sweden.

Title: Five-year-old Children's Perceptions of Undergoing an Immunization-procedure

Maria Harder^{1, 2} PhD-student, RN, MNurseSci

Kyllike Christensson^{1, 2} PhD, Professor

Maja Söderbäck¹ PhD, RNSC, RNT, BSC, RN Associate professor

¹. Department of Woman's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

². School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University, Västerås, Sweden

Corresponding author:

Maria Harder
School of Health, Care and Social Welfare
Mälardalen University
P.O. Box 883,
SE-721 23 Västerås,
Sweden.
E:mail: maria.harder@mdh.se
FAX no. +46-21-101633

ABSTRACT

This article describes 5-year-old children's different perceptions of undergoing an immunization procedure. A phenomenographic approach was used in the analysis of the children's drawings and the reflective talks held with them. Three different perceptions were identified; 'It wasn't frightening, it didn't hurt much and it felt good'; 'It was frightening, because I believed it would hurt, but I had to deal with it'; and 'I wanted to get away, it hurt. Recognizing children's perceptions of medical procedures will contribute towards the development of child-centred care.

Key word: children, drawings, immunization, perceptions, phenomenography, reflective talks

INTRODUCTION

In order to prevent diseases among children they continuously undergo immunizations. In Sweden, immunization is part of a health monitoring programme for children from birth to 5-years-old. This service is provided at a Primary Child Health Care centre (PCHC) by a nurse (Swedish National Board of Health and Welfare, 1991).

An invasive procedure of this type can be experienced as painful, frightening and distressful. Meltzer et al. (2008) found out from parents that fear of blood and injections is common amongst children. The knowledge from various literature reviews (Chambers, Taddio, Uman, & McMurtry, 2009; Shah, Taddio, & Rieder, 2009, Taddio, Illersich, Ipp, Kikuta, & Shah, 2009) showed that there are different approaches available to facilitate the immunization procedure. These include physical interventions such as sitting up rather than lying down, psychological interventions such as distraction and pharmacological interventions such as using topical local anaesthetic. The reviews point out the desire and the effort made to protect children from harm. This research also demonstrates the traditional way of describing children in health care from a professional perspective. The children were researched *on* rather than *with* (Clavering & McLaughlin, 2010). However, in an immunization procedure the child is the principal actor. Thus, children's various perceptions of undergoing such an invasive procedure need to be investigated.

From an ecological standpoint children are influenced by their experiences from various social settings and encounters, which will affect their development (Bronfenbrenner, 1979). Children's experiences of undergoing an immunization procedure will affect their future encounters within the health care setting. Thus, recognizing children's varied perceptions of undergoing an immunization is needed in order to provide appropriate care. Furthermore, understanding children's perceptions is about being attentive to their right to have their voice heard and to participate in situations that involve them (Swedish Ministry for Foreign Affairs, 1989). To make assumptions about children's perceptions of a situation can never be equivalent to seeing or hearing their own displayed or told perceptions. Jolley (2006) states the importance of learning the way children understand a procedure from their perspective. The aim of this study was to describe 5-year-old children's perceptions of undergoing an immunization procedure.

METHOD

The theoretical stance was that a child perceives a phenomenon from a social, intellectual and emotional standpoint (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 2005). A phenomenographic approach was used for this study, which purports that individuals perceive a phenomenon in varying ways. Perceptions derive from an individual's experiences and the specific context of any situation. In a group of individuals there are always a limited number of varying perceptions (Marton & Booth, 1997).

The Children

In this study 29 5-year-old Swedish children were invited to take part. The children were the same as those who took part in our previous studies (Authors, 2009; 2011a; 2011b). Inviting the same children was done for pragmatic reasons, due to the time it takes to develop a confident relationship between the researcher and the children, parents and the PCHC nurse. Inviting the same children was also based on ethical considerations. When conducting research *with* children they have the right to become familiar with the researcher (Allmark, 2002). The children were purposefully selected to achieve an even distribution as regards sex and residential settings. This provided a variation of experience and therefore a variation in the children's perceptions. There was attrition from the sample of six children in this present study because of: sickness among the nurses which made the children inaccessible, some other children and their parents twice failed to come to an agreed appointment and additional some other children were not due for immunization. Thus, 23 children remained. In spite of the shortfall and the convenience sampling there was an even distribution as regards the children's sex and residential settings.

Drawings and Reflective Talks

To enable descriptions of children's varied perceptions about a phenomenon in a specific situation the children need to express their thoughts in one way or another to facilitate the researchers' recognition (Doverborg & Pramling, 1995). In this study the children expressed their perceptions of undergoing an immunization by making drawings and by reflective talks with the first author. Drawing is a common activity in Swedish children's everyday setting in preschool and was therefore chosen as a suitable tool to study varied perceptions. In the data collection the children were first asked to draw themselves in the immunization situation. In the meantime notations of

the child's drawing order were made (Holmsen, 2007). The children were encouraged to talk about their drawing by being asked questions about what they had depicted. The child's expressed thoughts about his/her drawing are needed for researchers to gain an understanding of its content (Walker, Caine-Bish & Wait, 2009). Then the reflective talks were conducted. A vignette showing a baby-mouse undergoing an immunization was used during the talk to help the children focus on the specific procedure (Holmsen, 2007). The initial questions used were related to the picture: What is happening here? How does the baby-mouse feel in this situation? Some children are afraid of undergoing immunization, what can you do to be less afraid? Further questions followed from the children's answers. The drawings and reflective talks were conducted directly after the immunisation in the consultation room at the PCHC to capture the child's immediate perceptions of the procedure. The parent could either be present in the room or wait outside during the data collection depending on the child's wishes. The nurse who had carried out the immunization was not present. The reflective talks were also audio-taped. However, not all children wanted to draw. In the end 20 drawings and 23 reflective talks were analyzed.

Ethical Considerations

Children's competence to share information and express informed consent is not linked to their age (Alderson, 2007). Furthermore, the inequality between adult and child in a research situation requires that each child's informed consent to be involved is obtained (Allmark, 2002). The children and their parents received an information leaflet and were invited to take part in the study by the PCHC nurse. The invitation to take part in the study coincided with nurses calling children forward for immunization. The information about the study was repeated when meeting the children at the PCHC and they then gave their oral consent. The PCHC nurses involved also gave their informed consent to participation. The information to the children, parents and nurses included the right to withdraw from the study and that the findings were intended to be published in an article. To protect the children's identities the children quoted in this article were neither named nor assigned pseudonyms. The project was approved by the Regional Ethical Review Board in Uppsala, Sweden and by PCHC managers.

Analysis

The phenomenographic analysis was inspired by Dahlgren and Falsberg (1991) and conducted as follows:

Familiarisation. All the children's drawings were looked through to investigate the visual variations among the drawings. Here, it was apparent that the drawings varied regarding the number of actors drawn, the ways of drawing hard or repeated lines, the ways of drawing the mouth and the sizes of some details (Aronsson, 1997; Golomb, 2004; Holmsen, 2007). Also in this step, the transcripts of the children's expressed thoughts, reflective talks and the researchers notations were read through. The drawings and the reflective talks were then arranged in groups according to the children's centre of attention in their drawings.

The first description. Each child's expressed thoughts of his/her drawing and the researcher's notations about the drawing were put together with the drawing. The notations concerned the child's order of drawing, since this showed what the child perceived to be important. A child draws the most important actor or article first (Aronsson, 1997; Golomb, 2004; Holmsen, 2007). The drawings were then described with regard to content by asking *what* and *how* questions. *What has the child drawn?* meaning what was the child paying attention to? *How has the child drawn?*, in what order, colours, details and so on? To describe the content of the reflective talks towards the vignette the *what and how questions* were also asked of the content of the reflective talks.

Condensation. Here, the described content of each child's drawing and reflective talks were brought together, condensed, into a second description of *what* and *how* the children's perceived the immunization procedure.

Constructing preliminary categories. The condensations that were similar to each other were brought together, labelled and articulated in preliminary, qualitatively different categories, directed by each child's attention to the immunization in his/her drawing.

Comparing the preliminary categories. The labels and the articulation in the preliminary categories were compared. Other variations, then the children's centre of attention in their drawings, were discovered. The variations found enabled the construction of descriptive categories that did not focus on the children's drawings, but rather the children's perceptions of the immunization procedure as a whole. The following categories were found: Actors and articles of attention, Feelings in the

situation: It felt no good and it felt good, Actions to deal with the immunization procedure.

Constructing themes of perceptions. The variations within the descriptive categories were arranged in an outcome space with three themes. Each theme thus comprised similar categories with qualitatively different variations (Table 1).

The first author adjusted the different steps in the phenomenographic analysis offered by Dahlgren and Falsberg (1991) to fit the data. The first three steps were then tried out after these adjustments in conjunction with the third author. The first author conducted a preliminary analysis, which was verified by the third author. The second author contributed by critically reviewing the final findings.

TABLE 1 ABOUT HERE

FINDINGS

The children's various perceptions of undergoing an immunization were identified through three themes; 'It wasn't frightening, it didn't hurt much, it felt good', 'It was frightening, because I believed it would hurt, but I had to deal with it', 'I wanted to get away, it hurt.

It Wasn't Frightening, It Didn't Hurt Much, It Felt Good

The children's perceptions are described under each descriptive category.

Actors and articles of attention.

The children directed their attention in their drawings on themselves, the syringe, the injection-hole and the plaster. The children drew themselves first as a single figure, which displayed that they were the most prominent actor. If the children drew the syringe it was either drawn sticking into the arm, or drawn beside the arm. These variations in the drawings displayed their awareness of the immunization as an ongoing or a past situation. The syringe was either drawn as a single straight line or with details such as the needle and/or plunger. For one child the whole paper became his arm and a dot marked the injection hole. This showed that he only paid attention to the part of his body that was involved in the immunization. The drawn injection-hole and the plaster showed the immunization as completed. The child told: "*I have already had the injection therefore I drew the plaster*". The children told about the plaster's power to make them feel better, but also that it was needed to cover the

injection-hole. The way the children drew the plaster with repeated and thick lines displayed its importance. The children also directed their attention towards their parents. The parents were told of as the ones to whom the children were bodily close to.

Another variation was a child who directed her attention towards herself, the nurse and the syringe. The child drew herself first, showing that she was the most prominent actor. She then drew the nurse sitting beside her, sticking the syringe with a long needle into the child figure. Yet another variation was one child who directed her attention to the immunization situation as a whole. She drew all actors and the syringe. This child drew her parent first and then herself sitting on her parent's lap. This showed the importance of being close to her parent. The nurse was drawn holding the syringe.

The children who drew the nurse holding or sticking the syringe into the child's arm portrayed the nurse as the one in charge of the immunization procedure.

Feelings in the situation: It felt no good and it felt good.

The children expressed how the immunization gave rise to varied feelings. The children told how the immunization procedure made them feel afraid, that it did not hurt much and that it felt good. That the immunization situation felt good was drawn as a happy mouth. Furthermore, the fact that it felt good might have been related to the children's prior knowledge of the procedure. They told that they had learned from other children that the immunization would not hurt much, that they would get a plaster and that there would be a scab.

However, the children also told about twofold feelings. One child drew the mouth as a wave. He explained it as: "*a bit sad and a bit happy....sad because it hurt a little and happy because it hurt only a little*". Another child explained how the immunization gave rise to a feeling of excitement because the situation was new, and of feeling nervous about the prick of the needle. He also told that he felt safe because he sat on his parent's lap. Yet another child told the immunization made him feel uncomfortable when he found out about it, but then it felt good because he was able to deal with the procedure. The children didn't mention that it hurt at all or told that it hurt only a little bit and that they knew that the pain would go away.

Actions to deal with the immunization procedure.

One of the actions the children suggested during the immunization procedure was to be bodily close to their parents, such as holding them or sitting on their lap. Another action was to focus which the children told of as looking in another direction or directing their thoughts on other things or in different positions. They told that they thought of, nothing, getting a plaster, or an event that they found nice, such as playing or eating sweets. Focusing helped them to not be afraid during the immunization procedure. They told it also helped to think that the injection would not hurt. A boy told how he dealt with the situation: *“If you are afraid you can think of something else, like playing. I thought that it wouldn’t hurt, that I was playing. I just looked out of the window.”*

Not all of the children told of actions that helped them to deal with the immunization. This may have been because they did not feel afraid, they knew that it would not hurt, or that they had heard of the procedure from other children.

It Was Frightening, Because I Believed it Would Hurt, but I had to Deal With it
The children’s perceptions are described under each descriptive category.

Actors and articles of attention.

Some of the children directed their attention on themselves, the syringe and the plaster. They drew themselves first and as a single figure, which showed them as the most prominent actor. Then they drew the syringe, either as a straight line sticking into their arm or hanging in the air on its own. The fact that the syringe was not stuck into the arm showed the immunization as a situation that had already passed. These children told about the plaster and its power to make them feel better.

Other children directed their attention on themselves, the nurse and the syringe. They drew themselves or the nurse first, which showed the relative positions of the actors. Either the nurse or the child her/himself was the most prominent actor. The children’s drawings commonly depicted the nurse holding the syringe or sticking the syringe into the child figure’s arm. The nurse could be drawn standing behind the child with long arms holding the syringe and reaching out to the child, who was drawn as a smaller figure with his/her arms hanging down. This showed that the nurse was the one in charge of the immunization procedure. Additionally, the nurse could be drawn with a mouth as a straight line, showing the immunization to be a serious

situation. Also the child and the nurse could be pictured opposite each other with their arms reaching out to each other. The nurse was told of as “*she who gave me the injection*”. The fact that the nurse could be the first figure drawn might also display his/her guiding role during the immunization procedure.

The syringe was a central article in the immunization situation and was highlighted in a different colour. If the actors were drawn without arms, the syringe would be missing. This showed that the child either wanted to forget about the immunization, or that these omitted details were unimportant because the immunization procedure had been conquered. The children did not draw their parents but told about them as comforters.

An additional variation was a child who directed his attention on the immunization situation as a whole. This child drew his parent, then the nurse holding the syringe and finally himself close to his parent. It was notable that the child drew himself as the last actor. This displayed a belief that the nurse was in charge of the immunization and that he accepted a situation in which he had limited opportunities to influence the procedure. This child also told about the anaesthetic cream used to relieve pain.

Feelings in the situation: It felt no good and it felt good.

The children expressed how the immunization procedure felt no good before they underwent it and then when the immunization was completed it felt good. The children told they believed that the immunization would hurt.

That the immunization felt no good was described by feelings as: crying, being afraid, being uncomfortable and being sad. These feelings were depicted showing tears, the mouth drawn as a straight line, if it was drawn at all, and by toes depicted as long and thick sprawling lines. The children also drew their bellies as a circle or as a dot, which could be indicating that it felt no good. Being uncomfortable was related to the immunization procedure itself. One child expressed uncertainty: “*You can’t quite remember what you do or anything...when you get the injection...perhaps you are not afraid, but you are afraid*”.

The children told that it felt good because the immunization didn’t hurt that much. It felt good after the immunization was finished and the children had been able to deal with it. It was expressed as: “*You have to do it even if you don’t want to, but it goes OK anyway and it makes you happy, because you did it.*” The children illustrated

their various feelings by drawing tears and a happy mouth in the same child figure. The children also told that the immunization made them afraid, uncomfortable and sad and feel good, all in the same situation.

The transition from: it felt no good to it felt good showed the immunization as both an ongoing and then a completed situation. The ongoing immunization was displayed by the children who drew the syringe sticking into the arm and told about that it felt no good. The immunization as a completed situation was drawn as a happy mouth and the children told that it felt good afterwards. The size of the syringe in a drawing displayed how the immunization felt frightening or uncomfortable, and then how the situation turned into feeling good and the child's description that the immunization didn't hurt that much. The transition was portrayed as a large syringe floating on its own and moving toward the child depicted by a drawn line of movement. Then, another smaller syringe was drawn sticking into the child's arm. The child's perceptions that the immunization felt good were depicted by a happily drawn mouth and by the child talking of that it felt good.

Actions to deal with the immunization procedure.

All the children told about the actions they took to deal with the immunization, which they believed would hurt. The actions the children talked about, before undergoing the immunization, were getting anaesthetic cream and trying to stop the nurse physically. The actions were intended to avoid getting hurt. They also told about accepting the situation; they had to undergo the immunization because they did not want to get sick, and they couldn't influence their fear. One child told of acceptance with these words: *"I thought: this will hurt. But I do not want to get sick, so I will have this injection"*.

The children told about their actions to deal with the immunization procedure during the procedure itself, such as crying and talking about the pain to make it go away. The children also told about how they focused, which included nuances, such as relaxing, being brave, believing in their own skills, closing their eyes and thinking of nothing. A child drew her eyes as straight lines and said: *"This is me closing my eyes and saying ouch"*. Another child told about how he believed in his own skills: *"If you can think that that you can deal with it, then you may be able to"*.

The actions to deal with the immunization the children told about after its completion were of being comforted by their parents and getting a plaster. In the reflective talks one child told:

Interviewer (I): What can you do to feel better when it's not much fun then?

Child (C): Get a plaster.

I: Will it feel better then?

C: Yes.

I: Did it help you?

C: Yes.

I Wanted to Get Away, It Hurt

The children's perceptions are described under each descriptive category.

Actors and articles of attention.

The children displayed perceptions of themselves as the only actor, and of the syringe as the only article in play. They drew themselves first as a single figure, thus displaying themselves as the most prominent actor. Then, they drew the injection as a straight line sticking into their arm. The fact that the syringe was stuck into their arm showed the immunization as something ongoing. They did not tell about any other actors.

Feelings in the situation: It felt good and it felt no good.

These children expressed how the immunization felt no good. However, one child told that he was curious about the immunization. When the immunization procedure was completed these children expressed that it felt no good. The children told that the sharp needle was frightening and the procedure made them feel afraid of getting hurt. They illustrated how the immunization felt no good by drawing the mouth as a straight line. When the immunization was completed they told that it hurt and made them sad.

Actions to deal with the immunization.

The various actions conveyed the children's desire to get away, to avoid undergoing the immunization because they were afraid and that it hurt. They talked about thinking of being at home instead, and to wanting it to stop. In the reflective talks afterwards one boy told that the mouse in the picture was afraid of the injection. The talk continued as follows:

Interviewer (I): Do you feel afraid sometimes?

Child (C): Yes [whispers].

I: What do you do to feel less afraid?

C: Not do that thing.

I: But if you have to do it even if you are afraid. Then, what can you do?

C: Stop being afraid. Not bother that it is dangerous. Then you won't feel it.

In addition this reflective talk displayed this child's understanding of possible actions to deal with the immunization. However, he did not seem able to put them into practice because he did not tell about feeling good after he had dealt with the immunization procedure.

DISCUSSION

Methodological Considerations

A phenomenographic approach was used for this study, describing how 5-year-olds perceived undergoing an immunization procedure. The decision to conduct the data collection immediately after the immunization had consequences. The children were tired after the immunization procedure and their thoughts expressed about their drawing and on the vignette during the reflective talks might have been richer the day after the immunization. However, when conducting research to describe children's perceptions of a specific situation their thoughts and reflections have to be captured in that specific situation (Marton & Booth, 1997). Furthermore, the researcher has to be sensitive to for how long the child is able to continue, to consider the ethical commitment (Allmark, 2002, Alderson, 2007).

In the analysis a pre-understanding was acknowledged, that the variations could be influenced by children's varying interests and skills in making a drawing. The analysis of the drawings, therefore, was conducted in conjunction with the children's reflective talks of their drawings and of the vignette. This method of conducting research *with* children will contribute to knowledge that complements earlier research *on* children in an immunization situation (Clavering & McLaughlin, 2010).

The Children's Various Perceptions

The children's qualitatively different perceptions were 'It wasn't frightening, it didn't hurt much, it felt good', 'It was frightening because I believed it would hurt, but I had to deal with it', 'I wanted to get away, it hurt'. Two of the perceptions contrasted each other. Some children perceived that the immunization was not frightening, that it didn't hurt much and that it felt good, and other children perceived that the immunization hurt and that they wanted to get away. These varied perceptions emanated from each child's experiences of the specific situated context (Marton & Booth, 1997) and from each child's social, intellectual and emotional standpoint (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 2005).

Immunization is necessary to prevent diseases among children (Swedish National Board of Health and Welfare, 1991). However, children's skills in understanding the value of such invasive procedures to keep healthy should not be underestimated (Flatman, 2002). In this study the 5-year-olds' varying understanding of the need to undergo immunization was expressed by their told actions of how they dealt with the procedure. Their understanding beyond the need for immunization was either that the immunization protected them from a disease, or that it was not possible to get away. Some children perceived that they had to undergo the procedure and therefore had to deal with it. This once again portrays the children as active actors (Schütz, 1999) as they negotiate the circumstances of the situation by themselves (Sommer, 2005, Christensen & Mikkelsen, 2008) and come to an agreement with both themselves and the nurse. This is shown in the drawings when the child and the nurse are reaching out to each other. Children's skills to reach agreement with nurses and parents in health care situations were also found in previous research (Authors, 2011a; 2011b). Children's skills in adjusting to others demonstrate them as pragmatic, inter-subjective actors that want to engage and share meanings with others (Schütz, 1999).

The children's drawings and reflective talks in this study showed who the children perceived as the actors in the immunization situation. The actors drawn or told about varied, but the child him/herself was always present and mostly as the most prominent actor. This describes their perception of being actors playing an active part in a situation (Schütz, 1999). However, the child figure could be drawn as the second actor or as the only actor. The children who drew an isolated child figure, and perceived that the immunization hurt and that they wanted to get away, did not tell

about other actors. These children seemed to perceive themselves with less space to influence the situation.

The children told about various actions to deal with the immunization procedure. Some children tried to stop the nurse physically while others wished that they could stop the immunization procedure. This can be understood as the children's attempts to escape situations that causes fear (Salmela, Salanterä, Ruotsalainen, & Aronen, 2010). Other actions the children told about were crying and accepting that they had to undergo the immunization. This corresponds with what Caty, Ellerton and Ritchie (1997) called children's self-protective behaviors, when they investigated their behavior and response to venepuncture. Another varying action, described in this present study, was the children focusing by thinking of nice things. This was also described by Caty et al (1997) and explained as children's diversionary thinking and by Pölkki, Pietilä, and Vehviläinen-Julkunen (2003) as children's use of imagery to draw attention away from pain. Salmela et al. (2010) described similar actions as children's efforts to reject fear. Another way to be focused, expressed by the children in this study, was to believe in their own skills to deal with the immunization procedure. Children's confidence in their own skills is related to prior experiences of dealing with other situations in their everyday reality (Bronfenbrenner, 1979), and will motivate them to engage in future situations (Hart, 1992).

Various perceptions of how the immunization felt good or felt no good were identified among the children in this study. For some children these perceptions were influenced by time and varied depending on whether they described the time before, during or after the immunization procedure. That the immunization procedure felt no good could change to perceptions of the procedure as something feeling good once a child was aware of her/his own skills to deal with the procedure. The feelings perceived were of being curious, excited, afraid or nervous before the immunization procedure. Then the children perceived the immunization felt sad, hurt or not hurt during the procedure and felt good or hurt afterwards. This variety of how the immunization felt over time corresponds to some extent to what Caty et al (1997) found when investigating children's appraisal of venepuncture. They reported how children appraised venepuncture as a threat in the anticipatory and impact phase and as a benefit in the post-impact phase. However, in this study some of the children, who perceived that the immunization hurt and they wanted to get away, told about how it felt no good throughout the whole immunization procedure. The children's

perceived curiosity before a procedure was related to them not knowing what was going to happen and that it was experienced as something new to them. This corresponds to Söderbäck (submitted) who observed a curious engagement among children undergoing venepuncture. The curious engagement was interpreted as children's desire to know what was going to happen.

The children in this study who drew or told about their parents being present perceived that the immunization was not frightening, did not hurt much and that it felt good or, that the immunization was frightening because they believed it would hurt, but that they had to deal with it. These children told of their parents as being part of their actions to deal with the immunization and a part of their perceptions that the immunization felt good. The parents made them feel safe. The importance of parents' presence among children in hospital is also described by other researchers. Parents were needed for children to be able to deal with a stay in hospital (Carney et al, 2003; Salmela et al., 2010), for comforting (Pölkki et al., 2003; Ångström-Brännström, Norberg, & Jansson, 2008), for being physically close to, and for feeling safe (Ångström-Brännström et al., 2008). The importance of parents' presence was further observed in other health care encounters in the PCHC setting (Authors, 2009; 2011a). These studies described how children continuously turned toward their parents using bodily and verbal expressions whilst looking for trust, strength and affirmation.

In contrast the children, who perceived that the immunization hurt and they wanted to get away, neither drew nor told about their parents. This does not imply that their parents were not needed. It can display the children's understanding of their parents' presence as something self-evident. It can also show the children still being fully occupied with the immunization procedure and the harm it caused them.

The children who perceived that "It wasn't frightening, didn't hurt much and it felt good" shows that immunization does not have to be a distressful experience. However, earlier research concerning children in health care involved in invasive procedures was more concerned with children's fears or with protecting them from harm (Chambers et al 2009, Shah et al 2009, Taddio et al 2009) than actually investigating the children's own perceptions. Carney et al (2003) expressed the possibility of a discrepancy between the children's actual experiences from a situation and the experiences parents and professionals assumed the children had had. Pedro, Barros and Moleiro (2010) showed that nurses rated children's distress during immunization higher than the children themselves. They also suggested that nurses'

high ratings of children's distress could signify their unawareness of children's attempts to deal with the situation using their own strategies.

The children, who perceived the immunization procedure as something they wanted to get away from as it hurt, told about their actions to deal with the situation, which conveyed their desire to get away. The actions they told about were not used, or did not help the children to experience the immunization as something that felt good or content with their approach to mastering the immunization procedure. This showed the children's need of guidance, time and space to be able to deal with an invasive procedure in a satisfying way. Guidance adjusted for each child may help him/her to perceive the immunization as something that is frightening and which hurt, but possible to deal with in an agreeable way.

IMPLICATIONS

Professionals need to identify and recognize children's varying perceptions, skills and earlier experiences to avoid making assumptions and to provide quality care. In addition, professionals also have to assure themselves that the children are well-informed about a procedure. In this study, some children told that they knew about the immunization procedure from other children. These were the children who perceived that the immunization did not hurt and it felt good. To experience the immunization as something that felt good might therefore be related to their knowledge. Furthermore, in situations that might cause distress the most helpful intervention suggested by children was to be well-informed (Coty et al., 1997) as it could help them to have a positive experience (Carney et al., 2003).

Other implications are that nurses should not provide children with a set of standardized information or distraction. Instead they need to find out and be sensitive to what each child knows and wants to know about the specific procedure, what and how s/he thinks of it and his/her views on the best way to deal with the situation. Children are skilled in using their own actions such as focusing to be able to deal with different medical procedures, but they need time and space to express their actions. In line with Salmela et al. (2010) we suggest that adults in health care encounters guide and encourage children to use their own actions to help them do deal with the different events of their everyday reality. When a child is listened to and has the opportunity to express their actions the nurses and parents will be acting in accordance with the rights of the child (Swedish Ministry for Foreign Affairs, 1989).

They will then also be showing their willingness to learn the way children perceive and understand a procedure from their perspective (Jolley, 2006).

CONCLUSION

In this study three different perceptions of undergoing an immunization procedure were identified. Awareness of the children's perceptions unfolded from their drawings and their reflective talks on the actors, articles, feelings, and actions to deal with the immunization procedure, all as each affected the situation. Two of the perceptions contrasted each other. Some children perceived that the immunization was not frightening, that it didn't hurt much and that they felt good and other children perceived that they wanted to get away as the immunization hurt. The contrasting perceptions show how the children perceived the immunization procedure from their social, intellectual and emotional standpoint (Bronfenbrenner, 1979; Sommer, 2005). Encountering preschool age children is challenging. In every health care situation professionals need to consider both their own ideas of the child's perspective and the child's own perspective to take into account what is best for the child (Söderbäck, et al., 2011).

REFERENCES

- Authors, (2009; 2011a; 2011b).
- Allmark, P. (2002). The ethics of research with children. *Nurse Researcher*, 10(2), 7-20.
- Aronsson, K. (1997). *Barns bilder – barns världar. (Childrens pictures- children's worlds)*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minor's consent to health care treatment and research. *Social Science and Medicine*, 65, 2272-2283. doi: 10.1016/j.socsimed.2007.08.05
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Carney, T. Murphy, S., Bishop, E., Kerr, C., Parker, J., Scott, F., ... Wilson, L. (2003). Children's views of hospitalization: an exploratory study of data collection. *Journal of Child Health Care*, 7, 27-40. doi:101177/1367493503007001674
- Caty, S., Ellerton, M. L., & Ritchie, J. A. (1997). Use of a projective technique to assess young children's appraisal and coping responses to a venipuncture. *Journal for Specialist in Pediatric Nursing*, 2, 83-92.
- Chambers, C. T., Taddio, A., Uman, L. S., & McMurtry, C. M. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood

- immunizations: a systematic review. [Supplement B] *Clinical Therapeutics*, 31, 77-103. doi:10.10167j.clinthera.2009.07.23.
- Christensen, P., & Mikkelsen, M.R. (2008). Jumping off and being careful: children's strategies of risk management in everyday life. *Sociology of Health & Illness*, 30, 112-130. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01046.x
- Clavering, E. K., & McLaughlin, J. (2010). Children's participation in health research: from objects to agents? *Child: care, health and development*, 36, 603-611. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01094x
- Dahlgren, L.O., & Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8, 150-156.
- Doverborg, E., & Pramling, I. (1995). *Mångfaldens pedagogiska möjligheter. Att arbeta med att utveckla barns förståelse för sin omvärld.* [The pedagogical opportunities for diversity. To work with the development of children's understanding of the world around them.] Stockholm: Liber.
- Flatman, D. (2002). Consulting children: Are we listening? *Paediatric Nursing* 14(7), 28-31.
- Golomb, C. (2004). *The child's creation of a pictorial world.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hart, R. (1992). Children's participation: from tokenism to citizenship. *Innocenti Essays No. 4.* Florence: UNICEF.
- Holmsen, M. (2007). *Samtalsbilder och teckningar- samtal med barn i svåra situationer.*[Vignettes and drawings. Talking to children in difficult situations]. Lund: Studentlitteratur.
- Jolley, J. (2006). Commentary on Coyne I. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 785-799 doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01465.x
- Marton, F. & Booth, S. (1997). *Learning and awareness.* Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Meltzer, H., Vostanis, P., Dogra, N., Doos, L., Ford, T., & Goodman, R. (2008). Children's specific fears. *Child: care, health and development*, 35, 781-789. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00908.x
- Pedro, H., Barros, L., & Moleiro, C., (2010). Brief report: parents and nurses' behaviors associated with child distress during routine immunization in a Portuguese population. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 602-610. doi: 10.1093/jpepsy/jsp062
- Pölkki, T., Pietilä, A-M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2003). Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. *International Journal of Nursing studies*, 40, 33-44. doi:
- Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T., & Aronen, E. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in preschool-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 108-114. doi: 10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x
- Schütz, A. (1999). *Den sociala världens fenomenologi.* [The phenomenology of the social world] Uddevalla: Daidalos

- Shah, V., Taddio, A., & Rieder, M. J. (2009). Effectiveness and tolerability of pharmacologic and combined interventions for reducing injection pain during routine childhood immunization: systematic review and meta-analyses. [Supplement B] *Clinical Therapeutic*, *31*, 104-151. doi:10.1016/j.clinthera.2009.08.001
- Sommer, D. (2005). *Barndomspsykologi. Utveckling i en förändrad värld*. [Psychology of Childhood. Development in a changed world]. Stockholm: Runa förlag.
- Swedish Ministry for Foreign Affairs. (1989). *The UN Convention on the Rights of the Child*. Stockholm: Ministry for Foreign Affairs.
- Swedish National Board of Health and Welfare. (1991). *Allmänna råd från socialstyrelsen. 1991:8. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården*. [Advice from the Swedish National Board of Health & Welfare: Child health care visits]. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Söderbäck, M. Young children's ways of engagement in care procedures involving venepuncture. Manuscript submitted for publication.
- Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a Child perspective and the Child's perspective within Health Care Settings to provide truly Child centred Care. *Journal of Child health Care*, *15*(2), 99-106.
- Tadio, A., Illersich, A. L., Ipp, M., Kikuta, A., & Shah, V. (2009). Physical interventions and injection techniques for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. [Supplement B] *Clinical Therapeutic*, *31*, 48-76. doi:10.1016/j.clinthera.20097.024
- Walker, K., Caine-Bish, N., & Wait, S. (2009). "I like to jump on my trampoline": An analysis of drawings from 8- to 12- year-old children beginning a weight-management-programme. *Qualitative Health Research*, *19*, 907-917. doi: 10.1177/1049732309338404
- Ångström-Brännström, C., Norberg, A., & Jansson, L. (2008). Narratives of children with chronic illness about being comforted. *Journal of Pediatric Nursing*, *23*, 310-316. doi:10.1016/j.pedn.2007.04.006.

Table 1. The outcomespace. The children's perceptions with descriptive categories and variations.

Theme; Perceptions of undergoing the immunization	Descriptive category	Variations within descriptive categories
<p>A. It wasn't frightening it didn't hurt much, it felt good</p> <p>B. It was frightening because I believed it would hurt but I had to deal with it</p> <p>C. I wanted to get away, it felt no good</p>	Actors and articles of attention	<p>child (A, B, C)</p> <p>nurse (A, B)</p> <p>nurse in charge of the immunization (A, B)</p> <p>the nurse shows that the situation is serious (B)</p> <p>parent (A, B)</p> <p>creme (B)</p> <p>syringe (A, B, C)</p> <p>the needle is sharp (C)</p> <p>injection-hole (A)</p> <p>plaster (A, B)</p> <p>plaster covers the hole (A)</p> <p>plaster makes you feel better (A, B)</p>
<p>A. It wasn't frightening it didn't hurt much, it felt good</p> <p>B. It was frightening because I believed it would hurt but I had to deal with it</p> <p>C. I wanted to get away, it felt no good</p>	<p>Feelings in the situation:</p> <p>It felt good</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>It felt no good</p>	<p>to not be afraid, it doesn't hurt (A)</p> <p>to know the procedure (A)</p> <p>excited (A)</p> <p>curious (A, C)</p> <p>to not be hurt (A)</p> <p>to not be hurt that much (B)</p> <p>safe (A)</p> <p>feel good (A, B)</p> <p>to be afraid of getting hurt (B, C)</p> <p>to be hurt (C)</p> <p>uncomfortable (A, B)</p> <p>nervous (A)</p> <p>sad (B, C)</p> <p>to cry (B)</p>
<p>A. It wasn't frightening it didn't hurt much and it felt good</p> <p>B. It was frightening because I believed it would hurt but I had to deal with it</p> <p>C. I wanted to get away, it felt no good</p>	Actions to deal with the immunization	<p>close to parent (A)</p> <p>focus (A, B)</p> <p>try to stop the nurse (B)</p> <p>accept (B)</p> <p>comforted (B)</p> <p>get a plaster (A, B)</p> <p>cry (B)</p> <p>use cream (B)</p> <p>to be home C</p> <p>to get away (C)</p> <p>to stop it (C)</p>

