

I barnets förSVar

RSV – spädbarnsföräldrars kunskaper och informationsbehov

Författare	Susanne Gole
Program/kurs	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distrikts- sköterska /Omvårdnad examens- arbete II OM1650, HT 2009
Omfattning	15 högskolepoäng
Handledare	Leeni Berntsson
Examinator	Eva Lidén

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	I barnets försvar: RSV – spädbarnsföräldrars kunskaper och informationsbehov
Titel (engelsk):	In the child's defence: RSV – parents of infant's knowledge and informational needs
Arbetets art:	Examensarbete avancerad nivå (magister)
Program, kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, Omvårdnad examensarbete II / OM1650
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Susanne Gole
Handledare:	Leeni Berntsson
Examinator:	Eva Lidén

SAMMANFATTNING

Introduktion Respiratorisk syncytial virus, RSV, har i princip drabbat alla barn innan de har fyllt två år. Hos små barn kan RSV ge svåra symtom samt orsaka komplikationer. I Sverige behöver runt 1-1,5 % av tidigare friska barn utan riskfaktorer vårdas på sjukhus på grund av RSV. Genom primärprevention kan man minska antalet nya barn som drabbas av sjukdom. Behov kan vara upplevda, uttryckta, relativa eller normativa. De upplevda behoven begränsas av människors insikter och kunskaper om vad som finns tillgängligt. Genom rådgivning av BVC-sjuksköterskan kan föräldrar bli empowered i föräldrarollen.

Syfte Syftet med studien är att beskriva spädbarnsföräldrars kunskaper om RSV och deras upplevelser av informationsbehov från BVC-sjuksköterskan härom.

Metod Pilotstudie med semistrukturerade intervjuer med två förstagångsföräldrar. Intervjuutskriften analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat Föräldrarna talade om olika sorters kunskaper som delades in i kategorierna *befintlig kunskap*, *kunskapsbehov* och *tveksam kunskap* under det övergripande temat *kontroll i föräldrarollen*. En förälder hade fått mycket information om RSV på BVC, den andra hade inte fått någon. Båda föräldrarna uttryckte behov av att få mycket information om RSV vid första kontakt med BVC.

Diskussion Det är omvälvande att bli förälder och det är mycket kunskap man behöver få till sig. Det är av betydelse att som BVC-sjuksköterska kunna se att det föreligger ett normativt behov hos föräldrar att få information om RSV.

Key words RSV, infant, parents, child health care, nurse, needs, information, knowledge.

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Vårdvetenskapligt perspektiv	1
Teoretiska begrepp.....	2
<i>Hälsa</i>	2
<i>Kunskapsbehov</i>	3
<i>Empowerment</i>	5
Barnhälsovården	6
Primärprevention	6
RSV	7
Tidigare forskning	8
SYFTE	11
METOD	11
URVAL	12
DATAINSAMLINGSMETOD	12
ANALYS	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÅGANDEN	14
Exempel på forskningsetiska överenskommelser.....	14
Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning	15
<i>Principen om autonomi</i>	16
<i>Principen om att göra gott</i>	16
<i>Principen om att inte skada</i>	16
<i>Principen om rättvisa</i>	16
Etikprövning av aktuell studie.....	17
Risk-/nyttoanalys	17
RESULTAT	18
BEFINTLIG KUNSKAP	18
KUNSKAPSBEHOV	19
TVEKSAM KUNSKAP	20
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	21
SLUTSATS	23
REFERENSER	24
BILAGOR	
1 Forskningspersonsinformation	
2 Intervjuguide Föräldrainformation	

INTRODUKTION

INLEDNING

Respiratorisk syncytial virus, RSV, har drabbat i princip alla barn åtminstone en gång före de fyllt två år (AAP, 2007). RSV är en lömsk sjukdom eftersom den yttrar sig som en banal övre luftvägsinfektion hos skolbarn och vuxna men hos spädbarn kan ge svåra symtom på grund av barnets låga ålder och brist på immunitet (Gothefors, 2007).

Globalt sett förekommer varje år 64 miljoner fall av RSV-infektioner och RSV orsakar 160 000 dödsfall årligen (WHO, 2009). 0,8-1,4 % av tidigare friska barn, utan riskfaktorer, kräver sjukhusvård på grund av RSV-infektion i Sverige (Eriksson et.al., 2002).

På barnvårdscentralen (BVC) är en av BVC-sjuksköterskans uppgifter att stötta föräldrar att på bästa sätt ta hand om sitt nyfödda barn. Information är då ett viktigt verktyg. Genom information om RSV ges föräldrar möjlighet att välja att följa rekommendationerna om hur RSV-smittan kan försöka undvikas. Minskad sjuklighet i RSV skulle innebära minskat lidande, inte bara för det lilla barnet utan för hela familjen. BVC-sjuksköterskans information om RSV är i överensstämmelse med det vårdvetenskapliga perspektivet och hennes önskan att främja hälsa i ett helhetsperspektiv. För att verka för primärprevention är det av intresse att undersöka vilka kunskaper om RSV spädbarnsföräldrar har behov av att få genom information på BVC.

BAKGRUND

Vårdvetenskapligt perspektiv

Ett vårdvetenskapligt perspektiv innebär en helhetssyn och detta arbete avser att visa på möjligheterna till god vård för att förbättra patientens värld. I aktuell pilotstudie står en god vård av barnet och familjen för den vårdvetenskapliga utgångspunkten. Med mellanmänsklig kärlek önskas den andres väl eftersom man känner ansvar för sin nästa. Hälsa förstås som mer än frånvaro av sjukdom och då ett barn drabbas av sjukdom drabbas hela familjen av lidande.

Internationellt sett har större delen av den teoretiska utvecklingen inom omvårdnad skett sedan 1950-talet (Gustafsson & Willman, 2003). Utvecklingen inom området har i Sverige, liksom resten av Skandinavien, skett senare. På 1970-talet studerade många skandinaviska sjuksköterskor i USA och tog med sig hem kunskaper om omvårdnadsteorier och omvårdnad som vetenskap (Gustafsson & Willman, 2003).

Vårdvetenskapens ontologi beskriver vår verklighetsuppfattning och perspektivet bestämmer på vilket sätt vi vill gestalta eller se vår verklighet. Beroende av ontologi och perspektiv uppstår olika vårdverkligheter och därmed också olika vårdvetenskaper (Eriksson et.al., 1999). Wiklund (2003) beskriver också att ett ontologiskt ställningstagande betyder en bestämd verklighetsuppfattning och menar att denna uppfattning färgar forskningens frågeställningar och metoder.

Traditionellt har omvårdnad ansetts tillhöra den medicinska vetenskapen i både teori och praktik och omvårdnad har därigenom förknippats med naturvetenskap (Willman et.al., 2006). Medicinsk vetenskapstradition inriktar sig på ett studium av olika sjukdomar och deras orsaker och behandling (Eriksson, 2000a). Den svenska omvårdnadsforskningen har emellertid, liksom internationell omvårdnadsforskning, rört sig från ett naturvetenskapligt

synsätt mot ett mer humanistiskt synsätt (Willman & Stoltz, 2002). Omvårdnadsforskningen har utvecklats mot ett mer holistiskt synsätt – människan förstås inte som enbart summan av sina delar längre och hälsa förstås som mer än frånvaro av sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2001). Omvårdnadsforskningens uppgift, menar Willman et.al. (2006), kan kort sägas vara att leta efter kunskap om människan, hennes hälsa, utveckling och välbefinnande i samband med sjukdom, lidande, födelse och död.

Enligt Eriksson et.al. (1999) är vårdvetenskap en humanvetenskap, vilket innebär en bred världsbild med människan som utgångspunkt. En humanistisk vetenskap har sin utgångspunkt i att människan är värdig samt okränkbar och människans värdighet ligger i hennes möjlighet och förmåga att själv forma sitt liv (Eriksson, 1996). Människan ses som en enhet med en själslig, andlig och kroppslig dimension (Eriksson et.al., 1999). Vårdandets värld ska förstås som en helhet, som vetenskap och praxis, vars syfte är att göra vårdandets och patientens världar bättre och visa nya möjligheter för att kunna förverkliga god vård (Eriksson et.al., 1999). Att vårdvetenskapen utgår från humanvetenskaplig människosyn innebär dock inte att vårdvetenskapen tar avstånd helt och hållet från naturvetenskap, menar Wiklund (2003).

Vårdvetenskapens ethos beskriver enligt Eriksson et.al. (1999) de värdemässiga utgångspunkterna. Ethos visar rådande värderangordning och bär på en tanke om gemenskap (Eriksson et.al., 1999). Ethos hör samman med etik – om etiken utvecklas utan ethosförankring framstår etiken som mer formell, utan någon djupare värdegrund (Eriksson & Lindström, 2003). Genom bildning blir ethos och etik till ett. Kärnan i vårdvetenskapens och vårdandets ethos är caritas, menar Eriksson och Lindström (2003). Wiklund (2003) beskriver caritas som ett uttryck för mellanmänsklig kärlek och omtanke och caritas känns igen på att man vill sin medmänniska väl och känner ett ansvar för henne. Medmänsklig kärlek, medlidande och barmhärtighet är det som motiverar vårdandet i djupare mening (Wiklund, 2003). Genom vårt egna vårdvetenskapliga perspektiv förstår vi våra fördomar och vårt ethos (Eriksson & Lindström, 2003).

En evident och synlig vårdvetenskaplig vård är enligt Eriksson et.al. (1999) god, skön och sanningslik. En vårdvetenskaplig vård värderas inte endast utifrån yttre kriterier, framförallt ekonomiska, utan utifrån egna inre värden (Eriksson et.al., 1999).

Att som sjuksköterska vara teoretiskt kompetent kan stärka hur sjuksköterskan ser på sig själv, hennes/hans självförtroende. Detta visar Gustafsson och Willman (2003) i en studie med sjuksköterskor som arbetade med äldre.

Teoretiska begrepp

Det vårdvetenskapliga perspektivet ligger till grund för val av de teoretiska begreppen *hälsa*, *kunskapsbehov* och *empowerment*. Dessa begrepp kan tydliggöra hur man som BVC-sjuksköterska kan främja det lilla barnets hälsa genom föräldrarna.

Hälsa

"Människan 'är' hälsa. Vi kan inte 'ge' hälsa åt en annan människa men vi kan stödja människan i att vara hälsa" (Eriksson, 2000b s 41).

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008) kan man se på begreppet hälsa på två sätt. I den ena, biomedicinska perspektivet ses hälsa som motsatsen till sjukdom. Det andra perspektivet är holistiskt, människan betraktas som en helhet. Vetenskaper som till exempel sociologi,

antropologi och psykologi bidrar med kunskaper till denna helhetssyn. Det ena perspektivet utesluter inte det andra och kunskap om såväl partikulär sjukdom som holistisk hälsa måste inkluderas för att människors hälsa och ohälsa rimligen ska kunna förstås (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Hur hälsa uppfattas avgörs av människobilden och eftersom vårdvetenskapen ser människan som en mångdimensionell enhet uppfattas även hälsan som mångdimensionell (Wiklund, 2003). Olika perspektiv har olika förhållningssätt till hälsa och sjukdom och fokus i många modeller ligger på ohälsa och ohälsans orsaker, istället för på hälsa. Detta är knappast förvånande eftersom de flesta inte reflekterar över hälsan förrän den är hotad (Wiklund, 2003). Svår sjukdom kan göra så att människan börjar värdera sin hälsa och kämpar för den (Eriksson, 1996). Eriksson (1996) menar att hälsoprocessen är ett mål i vården och hälsan är resultatet eller vårdprocessens syfte.

Eriksson (1977) beskriver hälsa som ett integrerat tillstånd av friskhet, sundhet och välbefinnande, men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom. Friskhet och sundhet utgör hälsans objektiva dimension och välbefinnande utgör den subjektiva dimensionen – sundhet står för den psykiska hälsan, friskhet för den fysiska och välbefinnande är ett individupplevt tillstånd av välbehag (Eriksson, 1996).

Eriksson (1996) menar att hälsan är relativ – relativ i förhållande till bland annat individen, tid och rum, kultur och samhälle, kontext samt relativ i förhållande till vetenskapligt perspektiv. Vidare menar Eriksson (1996) att hälsan är någonting naturligt och ursprungligt hos människan. Ohälsa ses som en följd av att människan stött på olika slags hinder som hon med större eller mindre framgång har försökt att bemästra.

Ett barn drabbat av sjukdom lider av ohälsa. Även familjen drabbas då, inte av sjukdomen direkt men indirekt, då det innebär ett lidande att se sitt hjälplösa lilla barn vara sjukt. Leidy et.al. (2005) gjorde en studie om hur RSV påverkar familjen. I familjer där ett barn vårdats på sjukhus för RSV rapporterades stress, ångest, sämre hälsa och sämre fungerande familj från vårdnadshavarna.

Kunskapsbehov

Kan man som förälder ha ett behov av kunskap om något som man inte känner till, till exempel om RSV? Är det verkligen ett behov? Svaret är ja. Ewles och Simnett (1994) har beskrivit begreppet behov och en sammanfattning av deras beskrivningar följer här.

Som distriktssköterska har man ett brett verksamhetsfält men med efter av överordnad tillämpad policy varierande möjligheter till självständigt arbete (Ewles & Simnett, 1994). Att som hälsoupplysare vara lyhörd för patientens behov av hälsofrämjande aktiviteter är viktigt.

Det är en komplicerad process att identifiera målgruppen för en viss hälsofrämjande åtgärd, en process som äger rum på många nivåer – från det globala planet ner till individer (Ewles & Simnett, 1994). Målgruppens människor kan kallas användare, det vill säga konsumenter av samhällsservice av olika slag som till exempel hälsovård. Då människorna mottar information, rådgivning eller hälsoupplysning är det riktigare att säga att de tar emot snarare än att de använder sig av servicen. I de fall det rör sig om preventiv hälso- och sjukvård är konsumenter, klienter, kunder eller patienter alternativa benämningar på målgrupperna. Eftersom alla former av service inte alltid är acceptabla eller tillgängliga för vissa användargrupper är identifierandet av potentiella användargrupper ibland lika viktigt som

befintliga användare. Det kan krävas aktiva åtgärder för somliga människor om de ska kunna få ut lika mycket av en viss service som alla andra (Ewles & Simnett, 1994).

Att identifiera och prioritera människors behov är också en komplicerad process. Man hamnar i många valsituationer eftersom behoven i det närmaste är utan botten men resurserna begränsande. Ewles och Simnett (1994) delar in begreppet behov i fyra olika typer - normativt behov, upplevt behov, uttryckt behov och relativt behov:

Normativt behov är enligt Ewles och Simnett (1994) ett behov utifrån en experts eller professionell yrkesutövares fastslagna kriterier. Om dessa kriterier inte motsvaras av förhållandena anses ett behov föreligga. Till exempel kan en dietist ha vissa kriterier för önskvärda kunskaper i näringslära för en klient. Om kunskaperna hos klienten inte motsvarar kriterierna slår dietisten fast att det föreligger ett behov av undervisning i ämnet. Sådana normativa behov baseras på expertens personliga värdering och kan leda till att två problem uppstår: för det första kan expertomdömet vara avvikande från vedertagna normer och för det andra kan expertens värderingar och normer avvika från klientens. En del normativa behov är reglerade i lag, till exempel bestämmelser om livsmedelshygien (Ewles & Simnett, 1994).

Ett behov som definieras av människorna själva är ett **upplevt behov**, menar Ewles och Simnett (1994). Till exempel så kan en gravid kvinna uppleva ett behov av undervisning om förlossning, och vill därför ha tillgång till sådan undervisning. Människors insikter och kunskaper om vad som är tillgängligt begränsar eller förstärker upplevda behov. Har man till exempel aldrig hört talas om att man genom blodprov kan mäta kolesterolnivån i blodet upplever man heller inget behov av att lämna ett sådant blodprov.

Ett **uttryckt behov** är ett upplevt behov som har utvecklats till ett direkt krav eller önskemål och uttrycks direkt av klienterna själva, enligt Ewles och Simnett (1994). Exempel på uttryckta behov är önskemål om hälsoundersökningar och motionsgrupper. Alla upplevda behov utvecklas dock inte till uttryckta behov. Medverkande till att hindra uttryckandet av ett upplevt behov kan vara faktorer som låg motivation, obeslutsamhet eller bristande möjligheter. Man bör således inte tolka avsaknad av krav som avsaknad av upplevt behov. Patientens uttryckta behov kan komma i konflikt med det normativa behovet hos den professionella utövaren. Till exempel kan patienten uttrycka ett behov av mycket information om sin sjukdom, kanske mycket mer än sjuksköterskan vill eller kan förmedla. Även det motsatta kan inträffa.

Genom jämförelser likartade klientgrupper emellan, där vissa får ta del av hälsofrämjande verksamhet och andra inte, identifieras ett **relativt behov**, menar Ewles och Simnett (1994). Som behövande definieras de grupper som inte får ta del av någon hälsofrämjande verksamhet. Om till exempel ett företag tillhandahåller hälsokost i personalens matsal och inför restriktioner beträffande rökning och ett annat företag inte gör något av detta föreligger det i det andra företaget ett relativt behov av hälsofrämjande verksamhet.

Ewles och Simnett (1994) skiljer mellan reaktiv och proaktiv behovsbedömning. Att man reagerar på av andra människor uttryckta behov och krav är reaktiv behovsbedömning. Tar man själv initiativet och beslutar vilka aktiviteter som ska genomföras är det proaktiv behovsbedömning. På grund av begränsade kunskaper och insikter om vad det finns för möjligheter har människor inte alltid klart för sig vad de behöver eller önskar. Som hälsoupplysare kan man öka klientens medvetenhet i olika hälsofrågor och genom det skapa efterfrågan – ett uttryckt behov (Ewles & Simnett, 1994).

Även om man som hälsoupplysare menar att det finns en mängd hälsobehov att tillgodose har man inte obegränsat med resurser, tid och energi. Det är troligen meningslöst att satsa på ytliga och breda aktiviteter – det är både effektivare och mer givande att koncentrera sig på prioriterade områden. Vilka områden som ska vara prioriterade är alltid i slutänden en fråga om bedömning av den berörda personalen (Ewles & Simnett, 1994).

Att se patientens behov av kunskap genom information är i överensstämmelse med SFS 1982:763, Hälso- och sjukvårdslagen, som i 2c § framhåller att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och att när det är lämpligt ska den som vänder sig till hälso- och sjukvården ges upplysningar om metoder som kan förebygga skada eller sjukdom.

Att ge patienter kunskaper bidrar till ökad följsamhet, skriver Friberg och Scherman (2005). Med uttrycket ”att följa och låta sig följas” menar Friberg och Scherman (2005) att man inte ser följsamhet som en ensidig process, utan som en process mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Genom att följa patienten och låta patienten följa träder möjligheter till lärande fram. Att låta patienten följa innebär att man som hälso- och sjukvårdspersonal är öppen för patientens olika kunskapsökande vägar och för vad patienten verkligen behöver och vill veta. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver besitta pedagogiska färdigheter för att kunna möta patienten som en person som lär sig (Friberg & Scherman, 2005). På BVC pratar man inte om patienter, men Fribergs och Schermans tankar kan överföras till att gälla föräldrar.

Empowerment

Då begreppet empowerment introducerades i USA under 1970-talet handlade det om lokal utveckling, mobilisering av utsatta grupper, aktivism och liknande (Forsberg & Starrin, 1997). Begreppet kom även att beteckna ett förhållningssätt inom folkhälsoarbete och socialt arbete som ifrågasatte de rådande top-downstrategierna. Under senare år har termen empowerment förlorat en del av den radikala innebörden och har istället blivit något av en modeterm som används med vitt skilda innebörder av till exempel politiker, affärsmän, folkhälsoarbetare och socialarbetare. Empowerment ses som något positivt, något som många gärna åberopar. För genuin empowermentpraktik står dock maktlösa grupper i fokus, menar Forsberg och Starrin (1997).

Empowerment omfattar aktiviteter inriktade på att öka människans kontroll över sitt liv och några av de centrala komponenterna som begreppet innehåller är kontroll, makt, stolthet och självtillit. Empowermentstrategier kan vara preventiva och syfta till att förebygga uppkomsten av hälsomässiga och sociala problem (Forsberg & Starrin, 1997). Gibson (1991) menar att empowerment kort kan sägas vara en process där människor hjälps att ta kontroll över de faktorer som påverkar livet. Processen innefattar både individens ansvar för sin hälsa och även samhällets ansvar att möjliggöra för individen att ta ansvar för sin hälsa (Gibson, 1991). Under senaste årtiondet har empowerment-begreppet framhållits som ledstjärna för hälsofrämjande arbete inom barnhälsovården, enligt Baggens (2002). Empowerment kan uppnås genom samtal och i dessa samtal är stödet av betydelse. Föräldrar i barnhälsovården skulle således kunna bli bättre rustade som föräldrar och empowered genom samtal med BVC-sjuksköterskan och kanske också genom rådgivning av BVC-sjuksköterskan, menar Baggens (2002). Partnerskapet mellan föräldrar och BVC-sjuksköterskan är viktigt och BVC-sjuksköterskan bör arbeta för att stärka föräldrarnas kompetens och självkänsla för att de mer aktivt ska delta i det förebyggande arbetet (Baggens, 2002).

Barnhälsovården

Historiskt sett har det funnits ett intresse för släktets fortlevnad i alla mänskliga samhällen, skriver Baggens (2002). Det har medfört att en av samhällets uppgifter har varit att sprida anvisningar om hur människor skulle leva och kunskaper om vad som påverkar hälsan i både positiv och negativ riktning. I mitten av 1700-talet började det att spridas skrifter om barnavård. Informationen var utformad som artiklar i almanackorna. Barns hälsa blev ett stort intresse i slutet på 1800-talet, då man insåg att något måste göras för att förhindra hotet om en minskande folkstam – födelsetalen minskade, dödligheten bland barn under ett års ålder var runt tio procent och många människor emigrerade. I Sverige började man, för att minska den höga spädbarnsdödligheten, ge råd och direkt hjälp till mödrar med spädbarn. Med tiden kom allt fler barnfamiljer att utnyttja servicen inom barnhälsovården. 1938 kontrollerades runt femton procent av spädbarnen – tjugo år senare kontrollerades mer än nittio procent. Idag deltar nästan alla barn med föräldrar i BVC:s frivilliga verksamhet och den har kommit att spela en viktig roll för folkhälsan (Baggens, 2002).

Att ge hälsoinformation till föräldrar ingår i barnhälsovårdens basprogram. Hälsoinformation ska omfatta förmedling av kunskap så att föräldrarna själva kan förebygga eller åtgärda hälsoproblem hos sitt barn samt ha kontroll över hälsorisker (Hagelin et.al., 2007). Ewles och Simnett (2008) beskriver hälsoinformation som planerade aktiviteter där man genom information i hälsofrågor ger människor möjlighet att på frivillig basis genomföra beteendeförändringar. Aktiviteterna kan omfatta information, hälsobeslutsfattande, utforskning av värderingar och attityder samt färdighetsträning för att möjliggöra förändringar i beteende. Individernas kapacitet och självkänsla ska stärkas så att det blir möjligt för dem att aktivt agera för sin hälsa. Informationen kan ske individuellt, i grupp eller i större skala t ex genom massmedia (Ewles & Simnett, 2008).

BVC-sjuksköterskan har genom sin specialistutbildning ett formellt ansvar för de flesta uppgifterna inom barnhälsovården, BVC-sjuksköterskans roll är alltså mycket självständig (Baggens, 2002). Till de uppgifter som hon/han utför på egen hand hör bland annat hälsouppläsning och föräldrarådgivning. Hon/han ska främja hälsa och minska ohälsa, föräldrarnas egna resurser ska mobiliseras. Råd och stöd utgör således en central del i mötet mellan BVC-sjuksköterskan och föräldrarna. Hälsouppläsningens avsikt är, enligt Baggens (2002), att människan ska ändra sina vanor och levnadssätt så att hon undviker sådant som riskerar att försämra hälsan.

Förutsättningen för att barnhälsovårdsarbetet ska lyckas är ett partnerskap mellan barnhälsovårdspersonalen och föräldrarna, ett partnerskap som utgår från att samtliga föräldrar vill ge en god uppväxt till sina barn. Barnets bästa är det centrala i arbetet (Hagelin et.al., 2007).

Primärprevention

Barnhälsovårdens huvudmål omfattas av aktiviteter som främjar hälsa – promotion – och förebygger ohälsa – prevention (Hagelin et.al., 2007). Dessa aktiviteter kompletterar varandra i folkhälsoarbetet genom att satsa både på skyddande faktorer, frisk- och riskfaktorer (Davidsson, 1998). Prevention innebär förebyggande åtgärder och avser att försöka förhindra problem från att uppstå eller förvärras (Hagelin et.al., 2007) och dess syfte är att ge människan bra livskvalitet (Davidsson, 1998).

Primärprevention betonar bibehållandet av önskvärt tillstånd. I ett folkhälsoperspektiv innebär det att åtgärderna oftast riktas mot alla barn eller en större grupp barn med syftet att minska antalet nya barn som drabbas av sjukdomar, olycksfall, hälsoproblem, utvecklingsavvikelse

eller funktionsstörningar (Hagelin et.al., 2007). Eftersom uppväxtåren har stor betydelse för den framtida hälsan bör primärpreventiva insatser för barn prioriteras högt (Davidsson, 1998). Genom att eliminera exponeringar som är skadliga kan man med primär-prevention minska framtida incidens av problem av olika slag (Hagelin et.al., 2007).

RSV

RSV, respiratory syncytial virus eller RS-virus hör till familjen paramyxovirus. Viruset har fått sitt namn från sin förmåga att smälta samman celler till större konglomerat, så kallade syncytier. Förutom humant RSV hos människa förekommer även bovin RSV hos nötkreatur (NE.se). Aktuell studie handlar dock enbart om humant RSV.

Vanliga förkylningssymtom kan vara en RSV-infektion och om den förvärras brukar hög feber, allvarlig hosta, pipande andningsljud, näsvingespel samt svårigheter att äta och andas höra till symtomen (Austin, 2007). RSV är den vanligaste orsaken till pneumoni (lunginflammation) och bronkiolit (en akut virusinfektion hos barn upp till två års ålder) hos små barn (Black, 2003).

Sjukhusvård på intensivvårdsavdelning med mekaniskt assisterad ventilation och i värsta fall död kan följa i RSV-infektionens fotspår (Welliver, 2003). Henderson et.al. (2005) utförde i USA en prospektiv kohortstudie för att undersöka om det fanns ett samband mellan sjukhusvård på grund av RSV-bronkiolit före ett års ålder och icke allergisk astma. Av de i studien ingående barnen blev 1,1 %, 150 barn, inlagda på sjukhus på grund av RSV-bronkiolit före ett års ålder och vid sju-åtta års ålder hade 38,4 % av dem astma jämfört med 20,1 % i kontrollgruppen. Man fann således samband (Henderson et.al., 2005). RSV har påträffats hos barn som överlevt en livlöshetsattack (Gleeson et.al., 2004) eller avlidit i plötslig spädbarnsdöd (Fernandez-Rodriguez et.al., 2006; Sampalis, 2003; Eisenhut, 2006).

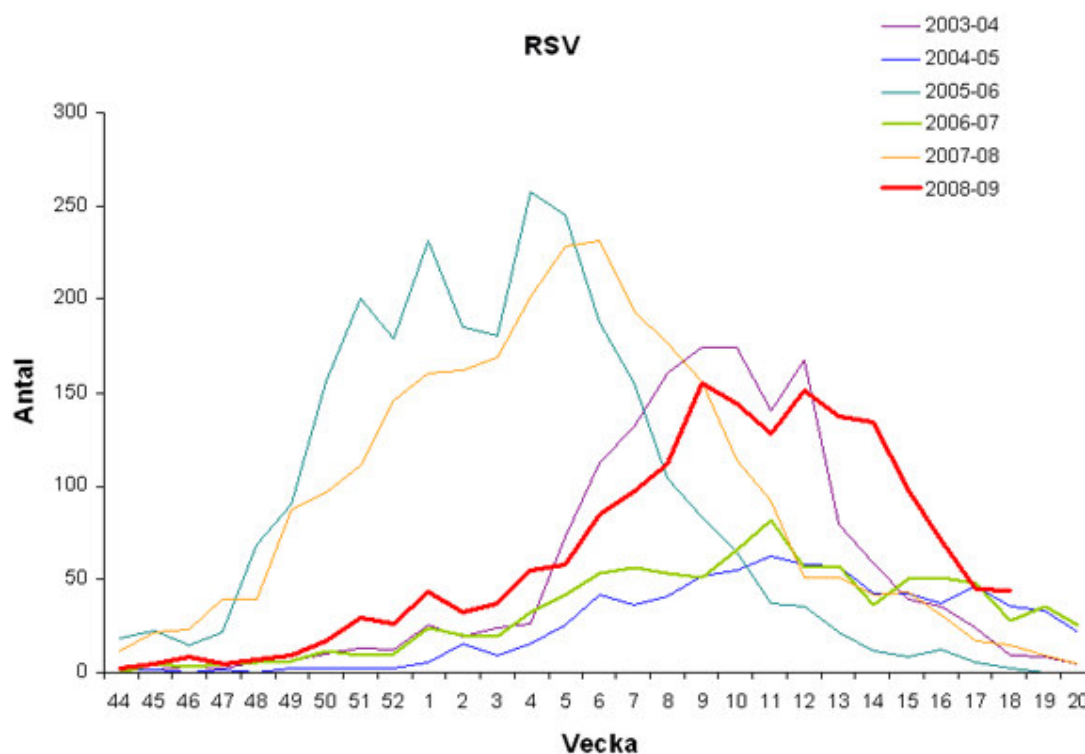
Barn med kronisk lungsjukdom, medfödd hjärtsjukdom, nedsatt immunförsvar eller som är födda för tidigt (före graviditetsvecka 36) är så kallade högriskspädbarn för att drabbas av allvarlig RSV-infektion. Även andra sjukdomstillstånd hos barn misstänks utgöra en större risk att drabbas (Welliver, 2003). Men tidigare friska barn kan också bli kritiskt sjuka (Sorice, 2009). Förutom medicinska riskfaktorer fann Simoes (2003) att det var högre risk att drabbas av allvarlig RSV-infektion för pojkar, ålder under sex månader, födda under första halvan av RSV-säsongen, utsatta för syskon, dagis eller folksamlingar. Värst drabbas barn under två års ålder men även äldre vuxna kan bli allvarligt sjuka, framförallt de som har KOL, hjärtsvikt, astma, diabetes eller nedsatt immunförsvar eller har genomgått organtransplantation (Pruitt, 2005).

RSV sprids genom hostningar och nysningar och kan överleva i upp till sex timmar på händer och föremål (MacDermott, 2006). För att förhindra att barnet exponeras för RSV och andra virus, framförallt under de första månaderna, kan föräldrarna vidta försiktighetsåtgärder genom att alla tvättar händerna innan kontakt med barnet, undvika kontakt med förkylda personer, undvika folksamlingar till exempel shoppingcenter och inte utsätta barnet för tobaksrök (AAP, 2007). Ytterligare försiktighetsåtgärd är att inte låta spädbarnet sova i samma rum som skolbarn (MacDermott, 2006).

Än finns inget vaccin mot RSV tillgängligt, men monoklonala antikroppar kan ges i preventivt syfte till utvalda högriskbarn under vinterhalvåret (Gotheffors, 2007).

Att säga exakt hur vanligt det är med RSV-infektioner och därtill relaterade dödsfall i Sverige är svårt. Dels på grund av att RSV inte är anmälningspliktig (Smittskyddsinstitutet, 2009a) och att de barn som dör i samband med RSV-infektion ofta har andra allvarliga sjukdomar och dödsorsaken därför kan vara svår att avgöra (Eriksson et.al., 2002).

RSV förekommer mer frekvent under vinterhalvåret. Figur 1 visar antalet rapporterade RSV-fall under RSV-säsongen som Smittskyddsinstitutet fått in från de laboratorier som ingår i den frivilliga rapporteringen. Vartannat år är frekvensen högre och topparna infaller då i januari-februari. De år frekvensen är lägre infaller topparna något senare. Vecka 18 2009 hade hittills 1739 fall rapporterats in, samma vecka året innan var antalet tusen fler. RSV förekommer även på sommarhalvåret, men i mycket mindre utsträckning (Smittskyddsinstitutet, 2009c).



Figur 1 Antalet inrapporterade RSV-fall (Smittskyddsinstitutet, 2009c).

Utbildning och kommunikation spelar en stor roll i kontrollen av RSV-infektioner (MacDermott, 2006). Föräldrarna måste bli informerade om att vidtagande av försiktighetsåtgärder dramatiskt minskar risken för RSV och föräldrarna måste lära sig att tidigt upptäcka symtom på RSV-infektion (Austin, 2007).

Tidigare forskning

Sökningen efter tidigare forskning har genomförts under maj-juni 2009 med ett flertal sökord, däribland mesh-termer. Se tabell 1. Avgränsning har skett genom att ange att sökorden ska finnas i abstract/sammanfattning. Förutom sökorden som framgår av tabell 1 har följande sökord använts i olika kombinationer och konstellationer: health education, education, parenting education, child health services, child care, health care, access to information, early intervention, public health informations, prevention, postnatal care, newborn. Dessa sökord

gav inte någon användbar artikel för aktuell studies presentation av tidigare forskning. Sökning har även gjorts med handledning av bibliotekarie.

Tabell 1 Sökord och antal vetenskapliga artiklar som framkommit vid litteratursökning.

Databas	Sökord	Träffantal	Använda artiklar
CINAHL	respiratory syncytial virus OR rsv AND parents AND information	3	Rotegård (2007), Choudhuri et.al. (2006)
CINAHL	parents AND information needs	39	Guillaume och Bath (2004)
CINAHL	health promotion AND parents AND information AND child	19	Baggens (2001)
PubMed/ Medline	health promotion AND parents	78	Jansson et.al. (1998)
CINAHL	postnatal care AND primary	11	Leahy Warren (2005)
CINAHL	primary care AND parents AND information AND infection	5	Francis et.al. (2008)
CINAHL	nurses AND child health care AND parents	11	Golsäter et.al. (2009)
CINAHL	informational needs AND parents	12	Pyke-Grimm et.al. (1999)

Avsikten med sökningen var att hitta empiriska studier inom området RSV och information till spädbarnsföräldrar på BVC. Tidigare forskning runt RSV är dock framförallt medicinsk och rör ämnen som prevention genom antivirala medel, mortalitet, komplikationer etc. Forskningen runt föräldrainsformation har mest rört tandhälsa, olycksfall, mental hälsa, inlärningssvårigheter, dagis, tonårsmödrar, preoperativ, skolbarn, smärta, screening, amning, postpartumdepression etc.

Många av artiklarna som valdes bort var litteraturstudier. Den studie som låg närmast aktuell studies intresseområde var Rotegård (2007) trots att den rörde föräldrainsformation på sjukhus.

Då resultatet av sökningen var magert (nio artiklar) har även manuell sökning gjorts. Härigenom har följande artiklar tagits med: Bolam et.al., 1998 samt Regan och Lydon-Rochelle, 1995. Dessa två artiklar, samt Jansson et.al. (1998) och Pyke-Grimm et.al. (1999), valdes med trots ålder då de låg förhållandevis nära aktuell studies intresseområde. Totalt valdes elva artiklar ut.

Leahy Warren (2005) gjorde en studie med enkäter till 99 förstfödelskor med målet att utforska sambandet mellan socialt stöd och självförtroende i spädbarnsvård samt att visa varifrån förstfödelskor får stöd efter förlossningen. Man fann att det förelåg samband mellan socialt stöd och självförtroende i spädbarnsvård. Stöd genom information fick förstfödelskorna främst från sina mödrar och BVC-sjuksköterskan (Leahy Warren, 2005). I en annan studie, även den med enkäter, undersökte Jansson et.al. (1998) mödrars och BVC-sjuksköterskors syn på barnhälsovården i Sverige. I studien ingick 850 mödrar och 291 BVC-sjuksköterskor. De flesta av mödrarna tyckte att barnhälsovården fungerade bra som den var. Av betydelse för en bra barnhälsovård menade mödrarna att tillgänglighet, information/råd och stöd var. BVC-sjuksköterskorna satte tillgänglighet, kontinuitet och kompetens främst.

Intressant är att bland mödrarna satte 17 % information/råd som betydelsefullt för en bra barnhälsovård, men bland BVC-sjuksköterskorna satte bara 5 % detta ämne som betydelsefullt (Jansson et.al., 2005).

I ett försök att kartlägga föräldrars informationsbehov jämfört med informationen de fick, då deras barn var inlagt på sjukhus på grund av gastroenterit eller RSV i Norge, kom Rotegård (2007) fram till att i nästan hälften av de olika informationsområdena fanns det inte signifikant korrelation mellan önskad och given information. Underlag för studien var 35 föräldrar som fyllde i sina svar i en enkät (Rotegård, 2007). Betydelsen att informera föräldrar om RSV och dess prevention i områden med hög frekvens av RSV påtalar Coudhuri et.al. (2006) efter att ha undersökt samband mellan RSV-frekvens och altitud. När Francis et.al. (2008) gjorde en studie för att ta fram en broschyr om luftvägsinfektioner hos barn fann man att föräldrarna önskade mer information än vad som förväntades, framförallt rörande tecken och symtom och hur allvarlig sjukdom känns igen. Totalt medverkade 35 föräldrar genom intervjuer eller fokusgrupp (Francis et.al., 2008). Att småbarnsföräldrars informationsbehov inte kan förutses genom att titta på sociodemografi visar Pyke-Grimm et.al. (1999), efter att ha intervjuat 58 föräldrar till cancersjuka barn, och framhåller att föräldrar som grupp inte har samma informationsbehov utan informationen måste utformas individuellt.

I en undersökning om hur den allmänna rädslan för MPR-vaccination (mässling, påssjuka, röda hund) påverkade småbarnsföräldrar och deras informationsbehov kom Guillaume och Bath (2004), genom 17 intervjuer, fram till att den allmänna rädslan ökade föräldrarnas informationsbehov inför ställningstagandet om huruvida deras barn skulle vaccineras eller inte. Föräldrarna visade sig vilja ha mycket information och att den skulle presenteras på ett tydligt sätt och vara entydig. Föräldrarna ansåg även att pålitligheten i informationskällan var en viktig faktor. Guillaume och Bath (2004) menar att information kan ha betydelse för om föräldrar låter vaccinera sina barn eller inte och informationsgivare bör ta föräldrarnas informationsbehov i beaktande snarare än att försöka utveckla beteendeförändrande information.

Bolam et.al. (1998) avsåg att utvärdera hälsoundervisning i spädbarnsvård och familjeplanering till mödrar efter förlossning. Den randomiserade kontrollerade studien genomfördes med 540 mödrar i Nepal, som anses vara ett av de minst utvecklade länderna i världen med en spädbarnsdödlighet på 98/1000 levande födda. Mödrarna delades in i fyra grupper; i grupp A fick mödrarna hälsoundervisning direkt efter samt tre månader efter förlossningen, i grupp B fick mödrarna information enbart efter förlossningen, i grupp C enbart tre månader efter förlossningen och i grupp D mottogs ingen information. Hälsoundervisningen bestod bland annat av information om spädbarnets mat, fördelar med amning, om risker och åtgärder då barnet har diarré eller akut luftvägsinfektion (pneumoni) om vaccinationer och om familjeplanering (betydelsen av att använda preventivmedel). I grupp A och B syntes något bättre användning av preventivmedel, men rörande spädbarnsvård, barnens hälsa och spädbarnens föda syntes ingen signifikant skillnad mellan grupperna (Bolam et.al., 1998). Inte heller Regan och Lydon-Rochelle (1995) fick fram någon skillnad i resultat då 100 förstfödorskör undervisades på olika sätt efter förlossningen. Ungefär hälften av mödrarna fick skriftliga instruktioner och hälften fick både muntliga och skriftliga instruktioner. Resultatet visade inte på någon signifikant skillnad mellan grupperna (Regan & Lydon-Rochelle, 1995).

Golsäter et.al. (2009) undersökte genom intervjuer med 14 BVC-sjuksköterskor hur de upplevde att använda en så kallad Hälsoprofil i arbetet med hälsoutbildning av föräldrar. I

Hälsoprofilen ingick bland annat uppgifter om stress, rök- och alkoholvanor, motion, kost, hereditet för bland annat diabetes och hjärtsjukdom med mera. Med hjälp av Hälsoprofilen menade BVC-sjuksköterskorna att de fick en bättre inblick i och förståelse för familjernas hälsa och livssituation. Hälsoprofilen täckte allt, menade de, och hälsosamtalen blev mer strukturerade. Dessutom kom saker upp till ytan som BVC-sjuksköterskan annars inte skulle ha tänkt på. Tack vare Hälsoprofilen blev BVC-sjuksköterskans och föräldrarnas relation bättre. Resultatet tyder på att Hälsoprofilen kan öka möjligheterna för BVC-sjuksköterskorna att ge föräldrarna tidigt stöd och hjälp att leva hälsosamt. Hälsoprofilen möjliggjorde också för föräldrarna att bestämma samtalsämne i större utsträckning (Golsäter et.al., 2009), vilket vore bra med tanke på resultatet av Baggens (2001) studie om vad BVC-sjuksköterskor och föräldrar talade om samt vem av dem som beslöt vad de skulle tala om. Fyrtiofyra samtal spelades in på tre olika BVC med åtta olika BVC-sjuksköterskor och resultatet visade att de vanligaste samtalen rörde barnets utveckling, framförallt den fysiska, frågor om tillvägagångssätt och rutiner samt situationsbundna ämnen. Familjens hälsa kom på tal i 23 av de 44 inspelade samtalen och hamnade på plats elva av tretton samtalsämnena. Barnets hälsa redovisas överhuvudtaget inte som ett eget samtalsämne. Det var framförallt BVC-sjuksköterskan som bestämde samtalsämne och Baggens (2001) funderar över vilka möjligheter föräldrar har att göra sig hörda. Risken är att föräldrar finner det svårt att ställa individuella frågor och funderingar (Baggens, 2001).

Vid litteraturgenomgång framkommer en brist på studier som belyser spädbarnsföräldrars behov av information om RSV kontra den information de får från BVC-sjuksköterskan. Det är en kunskapslucka som behöver fyllas. Frågeställningen som uppstår är: Vilka kunskaper har spädbarnsföräldrar om RSV samt får de den information om RSV som de behöver från BVC-sjuksköterskan?

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva spädbarnsföräldrars kunskaper om RSV och deras upplevelser av informationsbehov från BVC-sjuksköterskan härom.

METOD

Aktuell studie är en pilotstudie. En sådan används då man behöver pröva ett visst upplägg eller en teknik för att samla information och genomförs på en grupp som i stora drag motsvarar den egentliga undersökningsgruppen (Patel & Davidson, 2003). En pilotstudie genomförs i liten skala men motsvarar alltså hela eller del av den större egentliga undersökningen (Patel & Davidson, 2003).

På grund av att omvårdnadsvetenskapens forskningsperspektiv innefattar kunskaper om människors upplevelser, händelser, processer och relationer används kvalitativa forskningsmetoder i många fall (Willman et.al., 2006). Kvalitativa forskningsmetoder används för att beskriva, fördjupa och förklara förståelsen för människors upplevelser och uppfattningar. Forskaren strävar efter att upptäcka mönster och kännetecken. Det finns många kvalitativa metoder och det gemensamma för dem är att syftet med forskningen är holistiskt. Intervju, dokument, dialog, brev eller dagböcker är, enligt Willman et.al. (2006), lämpligt att välja som datainsamlingsmetod.

Hade ett beprövat standardiserat mätinstrument funnits att tillgå hade mycket väl studiens syfte kunnat uppnås kvantitativt, med enkäter. När det nu inte finns faller metodialet på kvalitativ ansats med intervjuer.

URVAL

Studien ska genomföras i Göteborg. För att hitta informanter som överensstämmer med urvalskriterierna (se nedan) ska deltagare till studien utses genom strategiskt urval (Forsberg & Wengström, 2008), genom anslag på BVC alternativt genom kontakt med BVC-sjuksköterskor som kan förmedla kontakt med lämpliga deltagare. I aktuell pilotstudie har två informanter hittats med hjälp av BVC-sjuksköterskor som författaren har kontakt med privat. Variation har säkerställts genom att välja deltagare från olika BVC och olika stadsdelar. Första personliga kontakt mellan forskare och informant har skett på telefon. Forskaren sände forskningspersonsinformation via e-post eller vanlig post och tid för intervjun avtalades. I den storskaliga studien ska minst 20 informanter ingå.

Kriterier för att ingå i studien: En förstagångsförälder, mamma eller pappa, som har närvarat vid inskrivningen av sitt nyfödda barn på BVC samt gärna vid de därefter följande besöken och vid eventuell föräldragrupp på BVC. Barnet ska ha fötts på vinterhalvåret efter en fullgången graviditet samt ha hunnit bli minst fyra månader gammalt men ej över ett år. Barnet ska ej vara ett så kallat högriskbarn eller ha varit så sjukt att det har krävts sjukhusvård. Föräldern ska förstå och tala svenska och ej vara/ha varit yrkesverksam inom sjukvården.

DATAINSAMLINGSMETOD

Datainsamling sker genom semistrukturerade intervjuer som beräknas ta cirka 30 minuter inspelade på kassettband. Under intervjun tillfrågas informanten om vilken information om RSV han/hon fick på BVC då barnet var nyfött. Vidare läser forskaren upp fakta om RSV (se bilaga 2) och frågar informanten om de är av sådan karaktär att informanten hade velat veta det när barnet var nyfött. Intervjun går in på känslor och upplevelser. Författaren använder sig av nedskrivna frågor, se bilaga 2 för intervjuguide, och stödfrågor såsom ”berätta mer”, ”menar du..?” och ”så du upplever..?” för att ge några exempel. Intervjuerna skrivs efter intervjun ordagrant ut på papper av författaren. Eventuella identifierbara uppgifter skrivs ej ut. Utskrifter och band förvaras så att ingen obehörig äger tillträde till dem. Intervjuerna sker på BVC eller i informantens hem efter att informanten har givit skriftligt godkännande. Informantens hem är att rekommendera, då informanten troligen känner sig mer avslappnad där. Bra om någon annan än informanten har hand om barnet/barnen under intervjun. Pilotstudiens två intervjuer genomfördes i informanternas hem under sommarhalvåret 2009 och den storskaliga studiens cirka 20 intervjuer beräknas ske under sommarhalvåret 2010. För den storskaliga studien ska ekonomiskt anslag sökas från landstinget (Västra Götalandsregionen).

ANALYS

Kvalitativ innehållsanalys, såsom Graneheim och Lundman (2004) rekommenderar att den används, har varit vägledande vid analysarbetet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan innehållsanalys vara en värdefull kvalitativ analysmetod även då man är en ovan forskare eftersom analysen kan genomföras i olika svårighetsgrader.

När man utför kvalitativ innehållsanalys är det grundläggande att bestämma om analysen ska fokusera på det manifesta eller det latent innehåll, menar Graneheim och Lundman (2004). Analysen av vad texten säger rör innehållsaspekten och beskriver de synliga, uppenbara komponenterna – det manifesta innehåll. Analysen av vad texten handlar om rör relationsaspekten och involverar en tolkning av den underliggande meningen med texten – det latent innehåll. Både manifest och latent innehåll rör tolkning men varierar i djup och nivå. Det manifesta innehåll är lämpligt att börja med då man är ovan forskare (Graneheim & Lundman, 2004).

Det är även grundläggande att välja analysens enhet, vad som studeras. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det lämpligt att välja hela intervjun eller observationens protokoll.

Meningsbärande enhet anser Graneheim och Lundman (2004) att orden, meningarna eller paragrafer innehållande aspekter relaterade till varandra genom deras innehåll och kontext är.

Att korta ner texten brukar inkludera reduktion, destillation och kondensation. Med reduktion menas att minska storleken, men ger ingen indikation på kvalitén på det som återstår. Destillation rör den sammanfattade kvalitén av en text, men den ser Graneheim och Lundman (2004) som ett senare steg i analysprocessen. Graneheim och Lundman (2004) föredrar kondensation eftersom den refererar till en process där texten kortas ner samtidigt som dess kärna bevaras. Processen med kondensering har kallats aggregation/sammanhopning och hopgruppering under högre ordnade rubriker. Graneheim och Lundman (2004) föreslår att istället kalla det abstraktion/sammanfattning eftersom det poängterar beskrivningar och tolkningar på en högre logisk nivå. Exempel på abstraktion är framtagandet av koder, kategorier och teman i varierande nivåer.

Delar av texten som har att göra med ett speciellt ämne vill Graneheim och Lundman (2004) kalla innehållsområde eftersom det sprider ljus på ett specifikt innehållsområde identifierad med lite tolkning. Ett innehållsområde kan vara delar av texten baserad på från litteraturen teoretiska antaganden, eller delar av texten som rör ett speciellt ämne i en intervjuguide.

Etiketten på en meningsbärande enhet kan, enligt Graneheim och Lundman (2004), kallas kod. Att märka ut en kondenserad meningsbärande enhet med en kod tillåter att datan blir sedd på nya och annorlunda sätt. En kod kan tilldelas till exempel händelser, diskreta objekt eller andra fenomen och ska förstås i förhållande till kontexten. Se tabell 2.

Tabell 2 Exempel på meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter och koder under analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod
Alltså, jag hade väl en aning i alla fall	Att ha en aning	Aning
Jag kollade upp det för att få det liksom bekräftat	Kolla upp för bekräftelse	Bekräfta fakta
Folk tar ju med sina barn överallt...så varför skulle inte du kunna göra detsamma?	Varför skulle inte du kunna göra detsamma?	Fritt fram
Ändå kanske bra att ha det i bakhuvudet då	Bra att man har det i bakhuvudet	Ha det i bakhuvudet
Man kan ju få det som upplysning...att det förekommer...vara observant	Få upplysning, kunna vara observant	Kunna vara observant
Det känns ju bra...tror inte att hon har drabbats utav...	Det känns ju bra	Lättnad

Att ta fram kategorier är kärnan i kvalitativ innehållsanalys. En kategori kan ses som en tråd mellan koderna och refererar huvudsakligen till en beskrivande innehållsnivå och kan ses som ett uttryck av det manifesta innehållet i en text. En kategori inkluderar ofta ett antal subkategorier. Inga data som är relaterade till syftet får exkluderas på grund av brist på

lämplig kategori. Data ska inte heller falla mellan två kategorier eller passa i mer än en kategori (Graneheim & Lundman, 2004).

Att bilda teman är ett sätt att sammankoppla de underliggande betydelserna i kategorierna. Graneheim och Lundman (2004) ser teman som trådar av underliggande betydelse genom kondenserade meningsbärande enheter, koder eller kategorier på en tolkande nivå, se tabell 3. Ett tema kan ses som ett uttryck av det latenta innehållet i texten. En kondenserad meningsbärande enhet, en kod eller en kategori kan passa in under mer än ett tema. Teman kan ha subteman.

Analysprocessen involverar att man upprepade gånger tar sig framåt och bakåt mellan hela och delar av texten (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 3 Att bilda teman, enligt Graneheim och Lundman (2004).

Tema
Kategori
Subkategori
Kod

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Exempel på forskningsetiska överenskommelser

Det var flera händelser vid tiden för andra världskriget som var kraftigt upprörande för både allmänhet och forskare som gjorde att forskningsetiken sprang fram (Codex, 2009). Framförallt uppmärksammades nazisternas grymma forskning på människor. Både ett personligt och samhällsligt behov av dels forskningsetiska reflektioner, dels av rekommendationer och regler för forskning trädde fram. Forskning som eftersträvar att få fram behandlingar, mediciner och kunskaper som gagnar människors utveckling och hälsa medför ett visst mått av risk. För att kunna hjälpa människor som lever med svårigheter och för att nå vetenskaplig kunskap är försök på människor av essentiell vikt. Samtidigt går det inte att rucka på kravet att skador och risker minimeras så långt det bara är möjligt. Forskaren tar ansvar för de människor hon eller han forskar på. Ansvar både för deras välbefinnande samt för den insamlade informationen om dem (Codex, 2009).

Efter andra världskrigets slut, i samband med rättegångarna i Nürnberg formulerades för första gången en för medicinsk forskning offentlig kod, Nürnbergkodexen 1947 (Codex, 2009). Här slog man bland annat fast att forskningens konsekvenser för samhället ska vara goda, riskerna för försökspersonerna ska minimeras och att det krävs informerat samtycke. Vidare framhölls att deltagare i ett experiment när som helst har rätt att avbryta sitt deltagande och att den som leder experimentet ska avbryta det om skada för en deltagare verkar troligt. I Nürnbergkodens spår har andra viktiga regler och deklarerationer följt, bland annat FN:s Allmänna förklaring om mänskliga rättigheter, Konventionen om de medborgerliga och politiska rättigheterna och Europakonventionen till skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna. World Medical Association framställde 1964 (senast uppdaterad 2008) den så kallade Helsingforsdeklarationen som är inriktad mot biomedicinsk forskning involverande människor. Den tillförde bland annat en distinktion mellan terapeutisk och icke terapeutisk forskning, något som saknades i Nürnbergkoden (Codex, 2009).

Europarådets konvention för skydd av mänskliga rättigheter och värdighet i tillämpningen av biologi och medicin har på senare år spelat en stor roll (Codex, 2009). I Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor har konventionen gjort ett tydligt avtryck. Lagen är tillämplig på bland annat forskning som innebär på en forskningsperson fysiskt ingrepp, på forskning innefattande behandling av känsliga personuppgifter, på forskning vars metod syftar till att fysiskt eller psykiskt påverka forskningspersonen samt studier på biologiskt material som kan härledas till enskilda personer. Att forskningen får godkännas bara om den kan utföras med respekt för människovärdet är grundläggande. Likaså att grundläggande friheter och mänskliga rättigheter alltid ska beaktas vid etikprövningen. Företräde framför vetenskapens och samhällets behov ska människors välfärd ges. För att tydliggöra vilka aktiviteter som enligt lagen ska etikprövas ändrades 2008 etikprövningslagens definition av forskning som begrepp. Nu definieras forskning som vetenskapligt teoretiskt eller experimentellt arbete för att hämta in nya kunskaper samt utvecklingsarbete med vetenskaplig grund – dock inte om det utförs inom ramen för högskoleutbildningar på grund- eller avancerad nivå. Även begreppet behandling av personuppgifter definieras. I fortsättningen ska forskning som innebär behandling av vissa personuppgifter etikprövas, oavsett uttryckt samtycke eller inte från forskningspersonen. Även forskning vars metod innebär en uppenbar risk för skada för forskningspersonen ska etikprövas (Codex, 2009).

ICN, International Council of Nurses, antog 1953 den första etiska koden för sjuksköterskor (ICN, 2007). Den etiska koden revideras efter behov för att den alltid ska vara aktuell. Senast reviderades den 2005. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska användas som en vägledning för att kunna handla i överensstämmelse med sociala behov och värderingar. Den etiska koden är endast meningsfull om den i hälso- och sjukvården tillämpas som ett levande dokument. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ingår fyra områden som utgör riktlinjer för etiskt handlande. I det första området, sjuksköterskan och allmänheten, tas bland annat upp att sjuksköterskan ska verka för en miljö där mänskliga värderingar, rättigheter, trosuppfattningar och sedvänjor respekteras samt att det är sjuksköterskans ansvar att individen får sådan information så att individen kan ge sitt samtycke till vård och behandling. Den information som individen ger ska sjuksköterskan behandla konfidentiellt. I det andra området, sjuksköterskan och yrkesutövningen, tas bland annat upp att sjuksköterskan ansvarar för att individens rättigheter, säkerhet och värdighet bevaras vid användning av ny forskning och ny teknik. I det tredje området, sjuksköterskan och professionen, tas bland annat upp att vid utarbetning och tillämpning av godtagbara riktlinjer inom forskning, ledning, utbildning och omvårdnad har sjuksköterskan huvudansvaret samt att sjuksköterskan ska vara aktiv när det gäller att utveckla evidensbaserad omvårdnad. I det fjärde området, sjuksköterskan och medarbetare, tas bland annat upp att om individers, familjers eller samhällets hälsa hotas av medarbetare ska sjuksköterskan ingripa på ett lämpligt sätt (ICN, 2007).

Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning

I FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna och i Helsingforsdeklarationen kommer de etiska principer som ligger till grund för de forskningsetiska kraven till uttryck. Principerna anger de huvudsakliga riktlinjerna för en god etisk standard i av människor omfattande forskning. De etiska principerna är anpassade för nordiska förhållanden (SSN, 2003).

Presentation samt bearbetning av de fyra forskningsetiska principerna enligt Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (SSN, 2003):

Principen om autonomi

Människans självbestämmanderätt, autonomi, respekteras när hon respekteras som en självständig individ och får inte utan uttryckligt informerat samtycke göras till föremål för vetenskapliga och tekniska syften. Principen om autonomi ska skydda människans kropp och personlighet samt respektera deltagarens integritet, värdighet och sårbarhet. Principen säkerställs genom respekterandet av principer som skydd av privatliv, informerat samtycke, frivillighet och rätten att dra sig ur forskningsprojektet utan att ange skäl. Om man drar sig ur ska detta inte för personens fortsatta kontakt med våren ge negativa konsekvenser. Även tystnadsplikt omfattas av autonomi – forskningsdata ska aidentifieras och behandlas konfidentiellt (SSN, 2003).

Principen om autonomi har i aktuell studie beaktats och de häri beskrivna åtgärderna för att respektera forskningspersonens autonomi framgår i den Forskningspersonsinformation som potentiella forskningspersoner får läsa och skriva på innan forskningen i form av intervjuer påbörjas. Se bilaga 1.

Principen om att göra gott

Denna princip innebär att forskningen ska kunna vara till nytta för omvårdnaden av den/de grupper som forskningen avser. Det innebär att forskaren på ett kritiskt sätt ska tänka igenom och dokumentera den nytta som forskningen kan innebära för samhället och för den enskilde. Deltagarna som ingår i forskningsprojektet måste få möjligheten att kunna dra nytta av resultatet. Före hänsyn till vetenskapens och samhällets behov går principiellt hänsynen till den enskilde människans välfärd. Nyttan innebär inom omvårdnadsforskning att forskningen bidrar med ny kunskap för att återställa och främja hälsa, lindra lidande och förebygga sjukdom (SSN, 2003).

Aktuell studie har för avsikt att bidra med ny kunskap för BVC-sjuksköterskan i och med att forskningen vill tydliggöra vilken information om RSV föräldrar vill ha på BVC. Information om RSV är viktig för att förhindra sjukdom/främja hälsa och lindra lidande hos föräldrar och barn, både på individ- och samhällelig nivå. Principen om att göra gott har alltså i aktuell studie beaktats.

Principen om att inte skada

Forskningen får inte ha skadlig inverkan på deltagande personer. Forskaren måste i största möjliga utsträckning inventera möjliga risker för obehag eller skada och vidta åtgärder för att minimera eller förhindra sådana risker. Ett forskningsprojekt kan, om det visar sig nödvändigt, avbrytas – forskningspersonernas säkerhet ska garanteras (SSN, 2003).

I kriterierna för att få ingå i aktuell studie ingår att föräldrarnas spädbarn inte ska ha varit så sjukt att det krävts sjukhusvård. Hade spädbarnet haft RSV hade frågorna kring vad föräldern vet om RSV kunnat upplevas som obehagliga av föräldern, denne hade eventuellt kunnat anklaga sig själv för att ha utsatt sitt spädbarn för risker.

Principen om rättvisa

Alla individer ska behandlas lika och det är forskarens plikt att se till att svaga grupper inte blir utnyttjade i forskningen. Med svaga grupper menas här människor med nedsatt eller begränsad förmåga till självbestämmande, till exempel personer med demens, medvetlösa patienter eller barn (SSN, 2003).

Aktuell studie vänder sig till spädbarnsföräldrar. Skulle någon deltagare visa sig ha nedsatt förmåga till självbestämmande, till exempel ett begåvningshandikapp, får det tas i beaktande och eventuellt får personen exkluderas från studien.

Etikprövning av aktuell studie

Inom högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå behöver etikprövning ej göras enligt SFS 2003:460, etikprövningslagens 2 §. För aktuell pilotstudie har godkännande av forskningspersonsinformation lämnats av lektor som ingår i etikprövningsnämnd.

Studien har utförts med hänsyn tagen även till Personuppgiftslagen (SFS 1998:204), vars syfte är att skydda människor så att deras personliga integritet inte kränks vid behandling av deras personuppgifter. Till personuppgifter hör information av alla de slag som direkt eller indirekt kan hänföras till en person. Ovan nämnda forskningspersonsinformation överensstämmer med innehållet i Personuppgiftslagen och innebär att personen samtycker till behandling av hennes/hans personuppgifter.

För den storskaliga studien ska etiskt tillstånd sökas hos Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg. Ansökan ska göras av forskningshuvudmannen, enligt Etikprövningslagen (SFS 2003:460).

Risk-/nyttanalyt

Risker med studien kan för intervjupersonen förefalla vara att den intervjuade föräldern blir skrämmd av informationen eller att han/hon blir bestört av att kanske ha utsatt sitt barn för smittorisker som kunnat undvikas. I studien har föräldrar vars barn hunnit bli minst fyra månader ingått och intervjuerna har lagts på sommarhalvåret, detta för att minimera risken att intervju föräldrar vars barn riskerar att insjukna allvarligt i RSV. Föräldrar vars barn varit sjukhusvårdkrävande exkluderas på grund av att det kan ha varit RSV barnet vårdats för och då skulle föräldern kunna känna sig påhoppad, ifrågasatt eller i värsta fall anklagad under intervjun. Det skulle också kunna innebära att föräldrar blir besvikna på sin BVC-sjuksköterska som inte givit information om RSV och påverka relationen till BVC-sjuksköterskan negativt.

Från ett annat perspektiv kan det innebära risk att den BVC-sjuksköterska som intervjupersonen besökt då barnet var nyfött kan känna sig förnärad. Kanske har hon/han inte lämnat information om RSV och känner sig synad av forskningen?

Aktuell studie önskar visa vilken kunskap om RSV föräldrar till spädbarn har fått och önskar få genom information på BVC. En ökad medvetenhet hos föräldrarna kan medföra minskad smittspridning/sjukdom och därigenom minskat lidande för barn och deras föräldrar. Sett i ett vidare perspektiv skulle minskad sjuklighet i RSV innebära minskade sjukvårdskostnader för landstinget.

Att genomföra forskning innebär för forskaren att väga för- mot nackdelar, nytta mot risker. Då forskarens önskan är att göra gott och fördelarna anses väga tyngst får det anses överskugga de eventuella nackdelar som forskningen kan innebära. I aktuell studie har åtgärder för att minimera eventuella risker vidtagits och nyttan med studien anses väga tyngst.

RESULTAT

Intervjupersonerna talade om olika sorters kunskap. Se tabell 2 för exempel på meningsbärande enheter, kondensation och hur koderna har tagits fram. Koderna resulterade i tre kategorier: *befintlig kunskap*, *kunskapsbehov* samt *tveksam kunskap* samt subkategorier. *Befintliga kunskaper* kan stärka eller försvaga föräldrarnas kontroll. *Kunskapsbehov* kan vara ett sätt för föräldrar att förklara när och varför kunskaper om RSV kan vara bra att ha, vad utebliven kunskap innebär och hur man som förälder vill ha kunskaperna, detta i sin tur leder till stärkt eller mindre stärkt kontroll i föräldrarollen. *Tveksam kunskap* visar på att inte veta eller att ha fått tvivelaktiga kunskaper. Detta leder till bristande kontroll i föräldrarollen. Övergripande tema blev *kontroll i föräldrarollen* eftersom de olika sorternas kunskap som föräldrarna beskrev på ett antingen främjande eller hindrande sätt bidrog till kontroll i föräldrarollen. För kategorier, subkategorier samt tema se tabell 4.

Tabell 4 Tema, kategorier och subkategorier.

Tema	KONTROLL I FÖRÄLDRAROLLEN						
Kategori	BEFINTLIG KUNSKAP		KUNSKAPSBEHOV			TVEKSAM KUNSKAP	
Subkategori	Tillit till förkunskaper	Bristande förkunskaper	Utifall-att-kunskap	Utebliven kunskap	Önskad kunskap	Att inte veta säkert	Falsk trygghet

BEFINTLIG KUNSKAP

Inom den här kategorin beskriver föräldrarna den kunskap som de besatt eller inte besatt innan intervjun, då deras barn var nyfött.

Tillit till förkunskaper

Intervjupersonerna beskrev att de var nöjda med den information de fick på BVC. Ändå hade den ena föräldern inte fått någon information alls om RSV eller hur man allmänt kunde undvika infektioner.

Den förälder som hade fått information om RSV på BVC tyckte att mycket av informationen om försiktighetsåtgärder för att minska risken att barnet skulle få RSV var sunt förnuft. Föräldern hade således redan kunskaper om RSV. Dessutom hade föräldern erfarenheter av barn genom sina syskonbarn.

”Det går ju rätt mycket på sunt förnuft också, så...”

Bristande förkunskaper

Föräldrarna menar att man som ny förälder är osäker, att man som ny förälder inte har så mycket i bagaget.

”...är det första barnet så vet man inte så mycket i och för sig...”

KUNSKAPSBEHOV

Kategorin beskriver föräldrarnas upplevelser av kunskapsbehov – bland annat när kunskapen kunde tänkas vara bra att ha, vad innehållet i kunskapen väcker för tankar och känslor nu när de vet samt vilken kunskap de vill ha.

Utifall-att-kunskap

Föräldrarna beskrev att det var bra att ha kunskaper om RSV. Skulle barnet bli sjukare än vanligt skulle det vara bra att ha dessa kunskaper i bakhuvudet och att vid ett eventuellt sjukhusbesök då kunna framhålla sina kunskaper så inte läkaren skulle förbise RSV som möjlig diagnos, menade den ena föräldern.

”Om det nu kan få så pass allvarliga konsekvenser så vill man ju inte att läkarna ska förbise det...Då skulle man ju kunna ställa frågan...ja skulle det kunna vara såhär...”

”Det är ju ändå kanske bra att man har det i bakhuvudet då eftersom...”

Utebliven kunskap

Den ena föräldern hade fått information om RSV på BVC men den andra föräldern hade inte fått någon information alls. Den sistnämnda hade omedvetet utsatt sitt barn för smittorisker

”Eeh, då hade man säkert varit...eeh...försiktigare med liksom när man går och handlar och sådär...vi har ju tagit med henne överallt... Då hade man kanske tänkt en extra gång.”

Det väckte även tankar om att barnet kunnat få RSV, men att det kändes bra att barnet inte fått en allvarligare variant åtminstone.

Önskad kunskap

Föräldrarna hade velat ha all presenterad information om RSV vid första besöket på BVC. Den ena föräldern tyckte dock att informationen om att cirka 1 % av tidigare friska barn utan riskfaktorer blev så sjuka att de krävde sjukhusvård kunde föräldern vara utan. Även den skrämmande informationen om komplikationer, så som plötslig spädbarnsdöd, ville föräldrarna ha.

”Det får man ju i och för sig information om ändå...Alltså när man får barn för första gången så är man ju ganska skrädd över huvud taget av allt av sjukdomar och baciller...För mig är det bara en liksom information som kan vara en förklaring...”

Den ena föräldern ville ha informationen enbart muntlig, som upplysning.

”...att de bara berättar...just den här informationen räcker ju...Ja...att det förekommer och att man ska till exempel undvika sådana köpcenter och så...”

Den andra föräldern ville ha informationen både muntlig och skriftlig.

”...även skriftlig så man vet...Att man har det på papper ifall det skulle vara någonting. Så att man ändå har det skrivet. Man kan ju glömma av saker och ting...”

Den förälder som inte fått någon information om RSV på BVC frågades hur det kändes att få all information nu. Föräldern menade att det triggade igång fler frågor.

TVEKSAM KUNSKAP

Kategorin beskriver föräldrarnas osäkerhet till sina kunskaper och den, faktiskt, tvivelaktiga kunskap som förvärvades genom information på BVC.

Att inte veta säkert

Den förälder som hade fått information om RSV från BVC visade ändå viss tveksamhet.

”Eeh, ja, det vet jag. Det är väl...förkylning? Ja?”

Föräldern som inte fått information om RSV på BVC sade sig ha en aning om vad RSV var men fick kolla upp det på nätet för att vara säker.

Falsk trygghet

Den förälder som inte blivit informerad om RSV på BVC hade uttryckligen frågat om det var okej att ta ut barnet och fått betryggande besked från BVC att alla andra tog med sina barn överallt så varför inte de..? Beträffande skydd var BVC-sjuksköterskan nöjd med att mamman ammade barnet.

”...i och med att jag skulle amma...så tyckte de att då har hon ett bra skydd ändå så då var det...ja så då var det liksom grönt.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det var svårt att få fram tidigare forskning, empiriska studier, inom området, vilket gjorde det svårare att utforska. Det blev tyvärr en svag bakgrund att luta sig mot.

För att täcka upp syftet med pilotstudien fungerade det väl med kvalitativ ansats. Då forskaren var alldeles ovan skulle nog frågorna i intervjuguiden behöva utvecklas för att möjliggöra att få mer information från intervjupersonerna i den storskaliga studien. Forskaren hade förutom frågorna i intervjuguiden även med sig nedskrivna stödfrågor som hjälp vid intervjuerna. Inför den storskaliga studien vore det bra att, om möjligt, försöka hitta föräldrar som kan tänkas ge mycket information. BVC-sjuksköterskan, som ju känner föräldrarna, kan uppmanas att försöka se ut föräldrar som kan tänkas ha mycket information att komma med. Intervjuerna i pilotstudien tog cirka 25 minuter att genomföra. Framkomna data var tillräckliga, men knappt dock.

Inför den storskaliga studien rekommenderas att föräldrainformationen ses över, gärna av specialistsjuksköterska inom barnsjukvård eller av barnläkare som kommer i kontakt med barn som vårdas för RSV-infektion. Kanske anses ytterligare information behöva läggas till?

Att poängtera inför den storskaliga studien är vikten av tillgång till modern inspelningsapparat. Vid pilotstudien användes en cirka 10 år gammal diktafon med mikrokassettband och ljudkvaliteten blev inte den allra bästa. Det tog extra lång tid att skriva ner intervjuerna då det var dåligt ljud och banden fick spolas fram och tillbaka upprepade gånger för korrekt avlyssning.

Intervjupersonerna i pilotstudien besatt olika mycket kunskaper om RSV. Har man haft syskon eller nära vänner eller dylikt som har fått barn kan det tänkas att man snappat upp en del kunskaper redan innan man får barn själv.

Analysarbetet i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) gick smidigt. Deras artikel om innehållsanalys var tydlig, givande och till mycket god hjälp, och precis som de poängterar var manifest innehållsanalys bra att använda sig av som nybörjare. Att finna meningsbärande enheter och genom kondensation få fram koder gick relativt snabbt och lätt. Arbetet med att kategorisera och få fram tema tog lite längre tid. Hela tiden hölls studiens syfte i beaktande.

Trots att intervjupersonerna hade tämligen olika bakgrunder går det inte att tala om någon hög trovärdighet. De kom ändå från relativt lika bostadsområden, båda var kvinnor och någorlunda jämgamla. En ovan forskare bidrar också till sämre trovärdighet. För högre trovärdighet talar ändå att informanterna var på hemmaplan under intervjuerna, att intervjuguide användes så att alla frågor kom med, att intervjuaren själv transkriberade intervjuerna samt att handledaren rådfrågades under analysarbetet.

Underlaget, två intervjupersoner, var mycket litet så det är svårt att tala om någon överförbarhet heller. Om överförbarhet föreligger eller inte kan forskaren dock bara föreslå – men det är, enligt Graneheim och Lundman (2004), läsaren som avgör om resultatet kan överföras till en annan kontext.

Ett större antal föräldrar skulle behöva ingå i studien för att kunna tala om trovärdighet och överförbarhet och i den storskaliga studien bör gärna både yngre och äldre förstagångs-föräldrar, mödrar och fäder, från olika samhällsklasser och kulturer och gärna föräldrar med invandrarbakgrund ingå. Avsikten är att genomföra studien i Göteborg, framför allt på grund av bekvämlighetsskäl, men om möjlighet finns borde ett större område kunna ge en mer rättvisande bild av hur det ser ut med föräldrakunskaper och informationsbehov. Skulle föräldrar från hela Sverige tas med i studien skulle trovärdighet och överförbarhet kunna stärkas. Som ett alternativ till kvalitativ ansats kan man utveckla ett frågeformulär inför den storskaliga studien och då kunna vända sig till ett större antal föräldrar.

RESULTATDISKUSSION

Studiens syfte är uppfyllt. Resultatet visar på vilka kunskaper om RSV föräldrarna i studien hade och vilken information de upplevde att de hade velat ha av BVC-sjuksköterskan då deras barn var nyfödda.

Kunskaper ger människan kontroll, makt, stolthet och självförtroende, de centrala komponenterna i empowerment (Forsberg & Starrin, 1997). De framkomna kategorierna ledde till temat *kontroll i föräldrarollen* då samtliga kategorier i positiv eller negativ bemärkelse påverkade informanternas kontroll som föräldrar.

Befintlig kunskap

Som förälder, ja som människa i allmänhet, har man sin egen uppfattning om saker och ting. En förstagångsförälder har med sig erfarenheter och kunskaper genom det han/hon upplevt innan han/hon blev förälder. Finns kanske syskon eller nära vänner som har barn har man med sig erfarenheter genom möten med dem och deras barn. Kanske har erfarenheterna från dessa möten etablerats som sunt förnuft? Ju mer kunskaper och erfarenheter man har med sig, desto lättare är det att ställa krav – att uttrycka behov (Ewles & Simnett, 1994). Föräldern som inte fick någon information om RSV på BVC upplevde vid det tillfället att hon var nöjd med

informationen hon fick. Föräldern visste ju inte då vad RSV var och saknade således inte heller den informationen.

Kunskapsbehov

Båda de intervjuade föräldrarna önskade få mycket information om RSV på BVC. Detta resultat överensstämmer med Francis et.al. (2008) och Guillaume och Bath (2004). Att den ena förälderns givna information korrelerade illa med önskad information överensstämmer med Rotegårds (2007) resultat. Att informationen var av skrämmande karaktär såg inte föräldrarna som något hinder för att vilja ha informationen.

En av föräldrarna ville ha informationen muntlig och skriftlig medan den andra tyckte att det räckte med att få informationen muntlig. Att muntlig och skriftlig information ger bättre kunskaper jämfört med enbart muntlig styrks av Johnson et.al. (2009) i en Cochraneöversikt.

Det är omvälvande att bli förälder och det är mycket kunskap man behöver få till sig rörande spädbarnsvård. Som BVC-sjuksköterska är det av betydelse att kunna se att det föreligger ett normativt behov (Ewles & Simnett, 1994) hos föräldrar att få information om RSV. Att som BVC-sjuksköterska verka för prevention ingår i barnhälsovårdens huvudmål (Hagelin et.al., 2007). Genom primärprevention ska BVC-sjuksköterskan försöka att minska antalet nya barn som drabbas av sjukdomar (Hagelin et.al., 2007) och eftersom uppväxtåren är av stor betydelse för den framtida hälsan bör dessa insatser prioriteras högt (Davidsson, 1998). De intervjuade föräldrarna insåg att kunskaper om RSV vore bra att ha då man som nybliven förälder kanske inte besitter sådana kunskaper och ifall barnet skulle bli sjukare än vanligt, man skulle kunna vara mer observant. Genom rådgivning av BVC-sjuksköterskan kan föräldrarna bli empowered och delta mer aktivt i det förebyggande arbetet och BVC-sjuksköterskan kan verka för att främja hälsa (Baggens, 2002).

Hade den ena föräldern fått information om RSV på BVC skulle de ha tänkt sig för och troligen inte tagit med barnet överallt, menade hon. Att som förälder genom information på BVC ges redskap att ta ställning till att kunna vidta försiktighetsåtgärder för att undvika att barnet smittas av RSV borde vara en rättighet. Insikter och kunskaper om vad som är tillgängligt kan begränsa upplevda behov (Ewles & Simnett, 1994) – vet man inte vad RSV är upplever man inte heller att man har behov av att få information om RSV. Föräldern som inte informerats om RSV på BVC upplevde lättnad att barnet inte blivit sjuk av RSV trots att de inte följt försiktighetsåtgärderna.

Tveksam kunskap

Den ena föräldern hade inte fått någon information alls om RSV eller hur man kunde undvika infektioner rent allmänt. Hon hade invaggats i tron att bara barnet ammades var barnet skyddat... Dessutom hade hon uttryckligen frågat om det var okej att ta med barnet överallt och givits klartecken på BVC. Detta talar för en bristande kunskap hos BVC-sjuksköterskan och väcker tankar kring huruvida BVC-sjuksköterskor besitter tillräckliga kunskaper om RSV för att kunna ge information till föräldrar.

Fortsatt forskning

Det hade varit av intresse att se hur det ser ut med kunskaper om RSV bland BVC-sjuksköterskor i landet. Det är ju en förutsättning att själv inneha kunskaper för att kunna delge dem till andra. Vidare vore det av intresse att utforska huruvida information om RSV ges till föräldrarna över huvud taget. Och de föräldrar som fått information – är de följsamma till råden beträffande försiktighetsåtgärder? Hur ges information om RSV på BVC? Vilken

samtalsmetodik är att föredra? Korrelerar val av samtalsmetodik med föräldrarnas följsamhet? Ges informationen skriftligt? Hur ser BVC-sjuksköterskan på förståelse och lärande? Hur ser hälsopedagogiken ut i primärvården? Hur tänker BVC-sjuksköterskan kring att informera om RSV? Är man rädd att störa familjelyckan med skrämmande information? Har barnet redan hunnit utsättas för risk innan första mötet med BVC? Skulle informationen kanske behöva ges redan på BB eller rentav på mödravårdscentralen? Då området är så utforskat väcks många tankar och idéer kring vad som skulle behöva undersökas.

Hur resultatet i den storskaliga studien kommer att se ut är det svårt att sja om. Kanske är det en representativ liten föräldraskara som har bidragit till pilotstudiens resultat? På flera punkter överensstämmer ju resultatet med andra studiers resultat. Kanhända är det så här det ser ut? En del föräldrar får information om RSV och andra inte. Med tanke på alla nyfödda barn som syns medtagna i alla möjliga och omöjliga sammanhang funderar man på om det är sällan informationen ges. Eller är det kanske bristande följsamhet? Man har väl ändå svårt att tänka sig att föräldrar medvetet skulle utsätta sina barn för risker. Eller har de inte förstått vilka allvarliga följder som kan följa med en RSV-infektion?

Görs den storskaliga studien kvalitativt kan den tänkas utgöra underlag för BVC-sjuksköterskan vid information om RSV till föräldrar. Görs den storskaliga studien med kvantitativ ansats med föräldrainformation som tagits fram och granskats av experter skulle resultatet även kunna tänkas ligga till grund för en broschyr med information om RSV, så som var fallet i studien av Francis et.al. (2008).

SLUTSATS

Föräldrar bör ges information om RSV på BVC. Detta för att kunna stärkas i sin roll som förälder och för att kunna vidta försiktighetsåtgärder för att minska risken för smitta. Den som vänder sig till BVC ska i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, 2c§) kunna ges upplysningar om metoder som kan förebygga sjukdom. Sommaren och hösten 2009 har färgats av intensiv information om A/H1N1, nya influensan eller svininfluensan. Genom media har diverse förespråkare för hygien lärt svensken hur man ska hosta och nysa och undvika att bli smittad/smitta. I och för sig, svininfluensan förefaller ju vara aggressivare än den vanliga, årliga influensan men siffrorna för antal personer som behöver sjukhusvård kan jämföras med antal barn som behöver sjukhusvård på grund av RSV. Siffrorna för svininfluensan är lite varierande, men runt 5 % av de smittade har i USA krävt sjukhusvård och cirka 80 % av de sjukhusvårdade fallen hade minst en riskfaktor (astma, neuromuskulär sjukdom, diabetes, nedsatt immunförsvar med flera) enligt Smittskyddsinstitutet (2009b). Sjukhusvård för barn drabbade av RSV krävs för cirka 1-1,5 % av tidigare friska barn utan riskfaktorer i Sverige (Eriksson et.al., 2002). Varför tas inte RSV på lika stort allvar som svininfluensan?

REFERENSER

AAP, The American Academy of Pediatrics (2007). RSV. Hämtad från WWW 2009-05-29: http://www.aap.org/publiced/BR_RSV.htm

Austin, J. (2007). Preventing respiratory syncytial virus in homebound premature infants. *Home Healthcare Nurse*, 25(7), 429-432.

Baggens, C. (2002). *Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. Linköping: Tema Univ.

Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), 659-667.

Black, C. (2003). Systematic review of the biology and medical management of respiratory syncytial virus. *Respiratory Care*, 48, 209-31.

Bolam, A., Manandhar, D., Shrestha, P., Ellis, M. & Costello, A. (1998). The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 316, 805-811.

Choudhuri, J., Ogden, L., Ruttenber, A., Thomas, D., Todd, J. & Simoes, E. (2006). Effect of altitude on hospitalizations for respiratory syncytial virus infection. *Pediatrics*, 117, 349-356.

Codex regler och riktlinjer för forskning (2009). *Forskning som involverar människan*. Hämtad från WWW 2009-05-23: <http://www.codex.uu.se/forskningmanniska.shtml>

Davidsson, J. (1998). *Primärvård: en vårdnivå*. Lund: Studentlitteratur.

Eisenhut, M. (2006). Extrapulmonary manifestations of severe respiratory syncytial virus infection: a systematic review. *Critical Care*. 10(4), R107.

Eriksson, K. (1977). *Hälsa: en teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsan och dess natur som mål för hälsovårdsutbildning*. Helsingfors: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut.

Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. & Lindström, U. (Red.) (2003). *Gryning II - klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Åbo Akademi.

Eriksson, K., Nordman, T. & Myllymäki, I. (1999). *Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Vasa: Åbo akademi.

Eriksson, K. (2000a). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2000b). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.

Eriksson, M., Bennet, R., Rotzén-Östlund, M., von Sydow, M. & Zwegberg Wirgart, B. (2002). Population-based rates of severe respiratory syncytial virus infection in children with and without risk factors, and outcome in a tertiary care setting. *Acta Paediatrica*, 91, 593-598.

- Ewles, L. & Simnett, I. (1994). *Hälsoarbete: en praktisk vägledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ewles, L. & Simnett, I. (2008). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Fernandez-Rodriguez, A., Ballesteros, S., de Ory, F., Echevarria, J., Alvarez-Lafuente, R., Vallejo, G. & Gomez, J. (2006). Virological analysis in the diagnosis of sudden children death: a medico-legal approach. *Forensic Science International*. 161(1),8-14.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsberg, E. & Starrin, B. (Red.) (1997). *Frigörande kraft: empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia.
- Francis, N., Wood, F., Simpson, S., Hood, K. & Butler, C. (2008). Developing an 'interactive' booklet on respiratory tract infections in children for use in primary care consultations. *Patient Education and Counseling*, 73:286–293.
- Friberg, F. & Scherman, M. (2005). Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of caring science*; 19:274-279.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16:354-361.
- Gleeson, M., Clancy, R., Cox, A., Gulliver, S., Hall, S. & Cooper, D. (2004). Mucosal immune responses to infections in infants with acute life threatening events classified as 'near-miss' sudden infant death syndrome. *FEMS Immunology & Medical Microbiology*, 42(1),105-18.
- 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.
- Gothefors, L. (2007). Infektionssjukdomar. In Lindberg T. & Lagercrantz H. (Red.), *Barnmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24:105-112.
- Guillaume, L. & Bath, P. (2004). The impact of health scares on parents' information needs and preferred information sources: a case study of the MMR vaccine scare. *Health Informatics Journal*, 10(1):5-22.
- Gustafsson, B. & Willman, A. (2003). Nurses' self-relation – becoming theoretically competent: the SAUC model for confirming nursing. *Nursing Science Quarterly*, 16(3);265-270.
- Hagelin, E., Magnusson, M. & Sundelin, C. (2007). *Barnhälsovård*. Stockholm: Liber.

- Henderson, J., Hilliard, T., Sherriff, A., Stalker, D., Al Shammari N. & Thomas H.(2005). Hospitalization for RSV bronchiolitis before 12 months of age and subsequent asthma, atopy and wheeze: a longitudinal birth cohort study. *Pediatric Allergy and Immunology*, 16:386-392.
- ICN, International Council of Nurses (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. // Copyright (c) 2006 by icn
– International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, ch-1201 Geneva (Switzerland)
- Jansson, A., Isacsson, Å., Kornfält, R. & Lindholm, L. (1998). Quality in child healthcare: the views of mothers and public health nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12:195-204.
- Johnson, A., Sandford, J. & Tyndall, J. (2009). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *The Cochrane Library*, 4, 1-19.
- Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5):479-88.
- Leidy, N., Margolis, M., Marcin, J., Flynn, J., Frankel, L., Johnson, S. et.al.(2005). The impact of severe respiratory syncytial virus on the child, caregiver, and family during hospitalization and recovery. *Pediatrics*, 115(6):1536-1546.
- MacDermott, S. (2006). Community-acquired infectious diseases. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 14(6):49-50.
- NE/Nationalencyklopedin. *RS-virus*. Hämtad från WWW 2009-05-05:
<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/1%C3%A5ng/rsvirus>
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pruitt, B. (2005). Keeping respiratory syncytial virus at bay. *Nursing*, 35(11), 62-64.
- Pyke-Grimm, K., Degner, L., Small, A. & Mueller, B. (1999). Preferences for participation in treatment decision making and information needs of parents of children with cancer: a pilot study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(1),13-24.
- Regan, R. & Lydon-Rochelle, M. (1995). Effectiveness of postpartum education received by certified nurse-midwives' clients at a university hospital. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40(1), 31-35.
- Rotegård, A. (2007). Children in an isolation unit – parents' informational needs. *Vård i Norden*, 27(4):32-37.
- Sampalis, J. (2003). Morbidity and mortality after RSV-associated hospitalization among premature Canadian infants. *The Journal of Pediatrics*. 143(5),150-6.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. (Uppdaterad t.o.m. 2009:430). Hämtad från WWW 2009-07-02: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. (Uppdaterad t.o.m. SFS 2009:827) Hämtad från WWW 2009-09-28: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:204>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. (Uppdaterad: t.o.m. SFS 2008:192). Hämtad från WWW 2009-07-02: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460>

Simoes, E. (2003). Environmental and demographic risk factors for respiratory syncytial virus lower respiratory tract disease. *The Journal of Pediatrics*, 143(5),118-126.

Smittskyddsinstitutet (2009a). *Anmälningsskyldiga sjukdomar*. Hämtad från WWW 2009-09-30: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/overvakning/anmalningsskyldiga-sjukdomar/>

Smittskyddsinstitutet (2009b). *Information till sjukvården och laboratorier – epidemiologi och kliniska symtom*. Hämtad från WWW 2009-09-28: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/nyainfluensan/information-till-vardepersonal/summering-av-tillganglig-information-rorande-kliniska-symptom-och-andra-deskriptiva-data/>

Smittskyddsinstitutet (2009c). *RSV-rapport, vecka 18*. Hämtad från WWW 2009-05-10: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/publikationer/smis-nyhetsbrev/rsv-rapporter/sasongen-2008-2009/rsv-rapport-vecka-18-2009/>

Sorce, J. (2009). Respiratory syncytial virus: from primary care to critical care. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(2):101-108.

Svensk sjuksköterskeförening (2001). *Omvårdnad som akademiskt ämne*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm, Svensk sjuksköterskeförening.

SSN/Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003). Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden/Ethical guidelines for nursing research in the Nordic Countries. *Vård i Norden*, 23(4):1-20

WHO/World Health Organization. *Respiratory syncytial virus and parainfluenza viruses*. Hämtad från WWW 2009-05-20: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/index2.html

Welliver, R. (2003). Review of epidemiology and clinical risk factors for severe respiratory syncytial virus (RSV) infection. *The Journal of Pediatrics*, 143(5),112-117.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad, en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. & Stoltz, P. (2002). Yes, no or perhaps, reflections on Swedish nursing research development in a human science nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*, 15(1):66-70.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Forskningspersonsinformation

Bakgrund

På barnvårdscentralen, BVC, bedrivs hälsofrämjande arbete bland annat genom information och rådgivning till föräldrar. Hit hör bland annat information och råd om hygien och om hur risker för infektionssjukdomar kan minskas.

RS-virus kan ge luftvägsinfektion som kan drabba barn. Det ser lite olika ut med informationen om RS-virus, på en del BVC ger man ingen information alls om sjukdomen. Idag saknas det vetenskapliga studier som visar på vilken information om RS-virus spädbarnsföräldrar vill ha. Vi planerar därför att genomföra en studie av föräldrars behov av information om RS-virus.

Genomförande

Studien, som är en pilotstudie, kommer att genomföras i form av en intervju som beräknas ta ca 60 minuter. Om Du väljer att delta kommer vårt samtal att spelas in på bandspelare. Under intervjun kommer frågor att ställas kring den information Du fått av Din BVC-sjuksköterska om RS-virus. Du kommer även att få ta del av ytterligare information och tillfrågas om den är av sådan karaktär att Du hade velat ha även den informationen då Ditt barn var nyfött. Efter intervjun kommer Din berättelse att skrivas ut och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet och kommer att utgöra grunden för eventuellt fortsatt arbete som kan komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Om Du önskar ta del av resultatet av studien kan nedan angivna personer kontaktas.

Vi hoppas att Du inte ska uppleva något obehag av att delge Dina tankar, tvärtom kanske Du upplever det positivt att ges möjlighet att reflektera över Dina behov av information.

Personuppgifter från studien kommer att databehandlas och lagras i ett register. Dina svar och Ditt resultat, såväl på band som i skrift, behandlas och förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. De data som publiceras kommer inte att kunna härröras till enskilda individer och Du kommer således inte att kunna identifieras. Hur Dina uppgifter hanteras regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998: 204). Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande utan att ange skäl. Din/Ditt barns vård kommer inte att påverkas. Ingen ekonomisk ersättning utgår.

Ansvariga

Susanne Gole, leg sjuksköterska under vidareutbildning till distriktssköterska
Tel. 0706-34 86 17
gusgolsu@student.gu.se

Leeni Berntsson, Univ. Lektor,
handledare
Tel. 0708-11 79 08
Leeni.berntsson@fhs.gu.se

Jag har genom blanketten Forskningspersonsinformation tagit del av studien om vad föräldrar vill ha för information om RS-virus på BVC och har givits möjlighet att ställa eventuella frågor samt fått dem besvarade. Jag samtycker härmed till att delta i studien.

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande

INTERVJUGUIDE

- ❖ Vet du vad RSV är?
- ❖ Fick du någon information om RSV på BVC när ditt barn var nyfött?
Om inte: fick du information om hur man allmänt kan undvika infektioner och varför?
(Ssk kanske inte nämnt RSV)
- ❖ Berätta vad du fick veta – det du kommer ihåg. Detta är inget kunskapstest!
- ❖ Fick du informationen muntlig och/eller skriftlig?
- ❖ Kände du dig nöjd med informationen du fick?
- ❖ Vad var bra respektive dåligt?
- ❖ Vad hade kunnat vara annorlunda?

Läser upp information om RSV.

- ❖ Hade du velat få information om något av detta på BVC? Preciserar!
- ❖ Varför tror du att det vore viktigt att veta?
- ❖ Hade du velat ha informationen muntlig och/eller skriftlig? Hur tänker du då?
- ❖ Om du nu har fått nya kunskaper – hur känns det att ha dem? (Stärkt e dyl?)
- ❖ Om du hade fått den här informationen på BVC – är det något du skulle ha gjort annorlunda? Hur känns det?

FÖRÄLDRAINFORMATION

- ❖ RSV är den vanligaste orsaken till nedre luftvägsinfektioner hos spädbarn och små barn (pneumoni och bronkiolit).
- ❖ Vanliga förkylningssymtom kan vara RSV.
- ❖ Om RSV förvärras brukar barnet få symtomen: hög feber, allvarlig hosta, pipande andningsljud, näsvingspel, svårt att andas, svårt att äta.
- ❖ RSV sprids genom hostningar och nysningar. Kan överleva runt 6 timmar på händer och föremål.
- ❖ RSV förekommer under hela året men mer frekvent under vinterhalvåret. Vartannat år är frekvensen högre.
- ❖ Det finns s k högriskbarn, men även tidigare friska barn kan bli allvarligt sjuka. Värst drabbas barn under 2 års ålder. Även äldre kan bli allvarigt sjuka. (*Högriskbarn: kronisk lungsjukdom, medfödd hjärtsjukdom, nedsatt immunförsvar, prematura. Äldre ffa: KOL, hjärtsvikt, astma, diabetes, nedsatt immunförsvar, genomgången transplantation.*)
- ❖ Ca 1 % av tidigare friska barn utan riskfaktorer kräver sjukhusvård p g a RSV.
- ❖ Som förälder kan man vidta försiktighetsåtgärder som kan minska risken för RSV dramatiskt: alla tvätta händerna innan kontakt med barnet, undvika kontakt med förkylda personer, undvika folksamlingar t ex shoppingcenter, inte utsätta barnet för tobaksrök, inte låta barnet sova i samma rum som skolbarn (syskon).
- ❖ Komplikationer kan vara behov av respirator, död och senare, i skolåldern, astma.
- ❖ RSV återfinns ofta hos spädbarn som överlevt livlöshetsattacker eller avlidit i plötslig spädbarnsdöd.