

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:77

Plötslig spädbarnsdöd

– Vad vet föräldrar om preventiva rekommendationer?

Annelie Karlsson
Maria Karlsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Plötslig spädbarnsdöd – Vad vet föräldrar om preventiva rekommendationer?

Författare: Annelie Karlsson och Maria Karlsson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Distriktssköterskeutbildningen.

Handledare: Stefan R Nilsson

Examinator: Laura Darcy

Sammanfattning

I Sverige drabbar plötslig spädbarnsdöd 1 av 6000 barn per år. Socialstyrelsen har tagit fram sex rekommendationer till föräldrar för att undvika att det inträffar. Rekommendationerna är att låta barnet sova på rygg, att föräldrarna ska avstå från nikotin, se till att barnets ansikte är fritt, att barnet är lagom varmt och kan röra sig. Spädbarn under tre månader sover även säkrast i egen säng och amning rekommenderas om det är möjligt. Napp kan användas när barnet sover. Barnavårdscentral [BVC] -sköterskan möter nyblivna föräldrar i ett tidigt skede och har en betydande roll i att informera om plötslig spädbarnsdöd. Det anses betydelsefullt att undersöka om föräldrar har kunskap om vad de kan göra för att förebygga plötslig spädbarnsdöd. Syftet med studien var att skapa och pröva en enkät för att undersöka vilken information spädbarnsföräldrar erhåller från BVC om att förebygga plötslig spädbarnsdöd. En webbenkät omfattande 16 frågor konstruerades och skickades via ett familjeforum. Enkäten konstruerades utifrån Socialstyrelsens rekommendationer kring förebyggandet av plötslig spädbarnsdöd. Det var 38 personer som besvarade enkäten. Resultatet visade att 68,4 procent (n=26 av 38) hade fått muntlig och skriftlig information om plötslig spädbarnsdöd från BVC-sköterskan. Det var 18,4 procent (n=7 av 38) som inte hade fått någon information om plötslig spädbarnsdöd från BVC-sköterskan. Att BVC var den mest pålitliga källan var det 55 procent (n=21 av 38) som angav. BVC-sköterskan har en betydelsefull roll i att säkerställa att föräldrarna får information och kunskap om de förebyggande råd som finns om plötslig spädbarnsdöd. Enkäten visade sig besvara syftet efter att kompletterande frågor hade skickats ut. En större population hade gjort resultatet mer generaliserbart och då kunnat påvisa om skillnaden i kunskapsnivån är signifikant. Det hade möjligen kunnat medföra ett förtydligande av rekommendationerna. Förtydligandet skulle då kunna ske i skriftlig form via rekommendationerna eller i muntlig form i mötet med BVC-sköterskan.

Nyckelord: *Plötslig spädbarnsdöd, Kunskap, Distriktssköterska, Kommunikation.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Vårdande kommunikation	1
Familjens roll för spädbarnet	2
Plötslig spädbarnsdöd	2
Låt barnet sova på rygg	3
Spädbarn under tre månader sover säkrast i egen säng	4
Napp när barnet ska sova	4
Avstå från nikotin	4
Se till att barnets ansikte är fritt, att barnet är lagom varmt och kan röra sig	4
Amma om möjligt	4
Barnhälsovårdens funktion	5
BVC-sköterskans kommunikativa roll	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
Studiedesign	7
Konstruktion av en enkät	7
Pilottest av enkät	7
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Beskrivning av studerad population	10
Deskriptiv statistik	11
Informanternas skattade kunskap	12
Jämförande statistik	13
Synpunkter från informanterna	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	18
KONKLUSION	21
KLINISKA IMPLIKATIONER	22
REFERENSER	23

<i>BILAGA I</i>	27
<i>BILAGA II</i>	30

INTRODUKTION

På barnavårdscentralen [BVC] möter nyblivna föräldrar och hälso- och sjukvårdspersonal varandra när barnet enbart är några dagar gammalt. Föräldrar erhåller då information om flertalet olika ämnen som rör deras nya familjemedlem, vanligtvis information om amning, första tiden med spädbarn samt upplägg för barnhälsovårdsprogrammet. Här ingår också informationen om plötslig spädbarnsdöd. BVC-sköterskan har en betydelsefull roll i att säkerställa att föräldrarna är införstådda med den information som förmedlas. Plötslig spädbarnsdöd är ett tabubelagt ämne som BVC-sköterskan bör informera om.

Orsaken till varför plötslig spädbarnsdöd inträffar är inte fastställd, men forskning kring ämnet har bidragit till preventiva åtgärder. Råden i Sverige om hur plötslig spädbarnsdöd kan förebyggas reviderades år 2014. Tidigare ändringar av råden har medfört en markant nedgång i antalet barn som dött i plötslig spädbarnsdöd. Vid varje förändring är det betydelsefullt att följa upp om föräldrarna faktiskt får den information som de är berättigade till. Föreliggande studie har tagit fram en enkät samt testat enkäten för att undersöka om och hur spädbarnsföräldrar erhåller information om plötslig spädbarnsdöd från BVC.

BAKGRUND

Vårdande kommunikation

Kommunikation uppstår när information går åt två håll, när någon ger information och motparten ger återkoppling tillbaka. Det innebär att utföra något gemensamt. Det medför också att anpassa informationen efter individen och situationen, samt följa upp hur individen uppfattar informationen. Då bekräftas vilken information individen har tagit till sig. Går inte budskapet fram blir det meningslöst att påstå att information har givits (Magnusson & Strid 2014, ss. 16-17). Fredriksson (2012, s. 324) menar att inom vårdvetenskapen används dels en instrumentell kommunikation, som har till syfte att förmedla saklig information till patienten. Emotionell kommunikation är en annan modell som inrymmer respekt, tröst och tillit och syftar till att ge stöd till samt visa att patienten är förstådd. Samtalet mellan vårdare och patient är ett hjälpmedel för att uppnå kommunikation. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 200-203) framhåller att det är vårdarens ansvar att ett vårdande samtal blir till, men båda parter bidrar till att påverka samtalets utveckling. Risken med ett vårdande samtal är att det enbart blir en envägskommunikation. Användandet av medicinska termer är ett hot mot den vårdande kommunikationen, eftersom den oftast är främmande för patienten.

Inom det holistisk-humanistiska synsättet innebär kommunikation en gemensam tolknings- och problemlösningsprocess. Empati, verbala uppgifter och beteenden är inte tillräckligt för att förstå den vårdande kommunikationen. Här fokuseras det mer på relationen mellan vårdtagare och vårdgivare, samt hur de gemensamt formar berättelser. Inom den relationella kommunikationen möjliggör lyssnande, beröring och närvaro en högre grad av hälsa och välbefinnande hos patienten (Fredriksson 2012, s. 324, 328). Dahlberg och Segesten (2010, ss. 200-203) menar vidare att oavsett art av samtalet

behöver det präglas av öppenhet och följsamhet för att kunna bekräfta, möta och besvara patientens frågor. Tillhör ett samtal rutinerna riskerar det att inte bli så vårdande som det behöver vara. Vid dessa tillfällen är det betydelsefullt att vara extra öppen och följsam för patientens behov.

Etiken har stor betydelse för kommunikationen. Det grundläggande förhållandet mellan respekt för patientens autonomi, faktumet att patienten befinner sig i ett lidande och viljan att göra gott kan medföra svårigheter att ta in och bearbeta information. Det medför även att patienten kan få problem att göra ett val. I detta läge blir det svårt att upprätthålla en jämbördig kommunikation mellan parterna. Denna ojämnhet kan balanseras med ömsesidig respekt och vårdaren kan genom kommunikation ge utrymme för patienten att återupprätta sin autonomi och sitt ansvar, därmed kan patienten skapa ett gott liv. Det här verkar främjande för preventiva åtgärder (Fredriksson 2012, s. 325, 329). Fossum (2013, s. 27) menar att det i samband med ett samtal är av betydelse att visa välvilja, vilket innebär att gå in i samtalet med en mentalitet att vilja tyda händelsen med så stor förståelse som möjligt. Det är även väsentligt att vara öppen för nya intryck och ha en förhoppning om att gå därifrån berikad med ny kunskap.

Familjens roll för spädbarnet

Familjen anses i vårt samhälle ha en grundläggande omvårdnadsfunktion och den är särskilt tydlig när det gäller spädbarn (Kirkevold 2003, s.32). Begreppet familj kan definieras som en egen identifierad grupp av två eller flera personer vars förening kännetecknas av särskilda villkor som kan, men behöver inte, vara relaterade till blodsband eller lag, och som fungerar på ett sådant sätt att de anser sig vara en familj (Whall, 1986).

I Sverige är den vanligaste familjekonstellationen under barnets första levnadsår att barnet bor med sina biologiska föräldrar (Statistiska Centralbyrån, 2014). Redan innan barnet är fött går föräldrarna på besök hos mödravården och efter att barnet är fött följs det kontinuerligt upp av specialistsjuksköterska och läkare på BVC. Familjens uppgift är att se till att barnets grundläggande behov tillgodoses genom att ge barnet näringsrik mat, bra sov- och aktivitetsvanor samt tillfredsställa barnets behov av vuxenkontakt och lek. I familjerollen ingår det även att se till att barnet kommer till de preventiva undersökningar och får ta del av de vaccinationer som erbjuds och att barnet får den läkarvård som behövs. Att lära barnet vad hälsosamma vanor innebär och vad som inte bör göras för att sätta sin hälsa på spel ingår också i familjerollen (Kirkevold 2003, s.32).

Plötslig spädbarnsdöd

År 1969 definierades plötslig spädbarnsdöd, Sudden infant death syndrome [SIDS], för första gången. Definitionen omfattade plötslig och oväntad död hos ett spädbarn, där orsaken inte kunde fastställas genom grundlig obduktion (Beckwith 1970, s. 16). Med definitionen plötslig spädbarnsdöd idag, menas att ett spädbarn, plötsligt och oväntat, dör utan att dödsorsaken kan fastställas med underlag av anamnes eller efter inspektion av dödsplatsen och rättsmedicinsk obduktion (Socialstyrelsen 2014a, s.7).

Plötslig spädbarnsdöd är ovanligt och något som många nyblivna föräldrar oroar sig för. I Sverige drabbas idag 1 av 6 000 barn och vanligaste åldern är mellan en och fem månader (Socialstyrelsen 2014c, s.2). Rådet att låta spädbarn sova på rygg i stället för på mage började spridas i början av 1990-talet och efter det har förekomsten minskat med 85 procent (Socialstyrelsen 2014a, ss.6-7). Carpenter et al. (2013, s. 9) menar att förekomsten av plötslig spädbarnsdöd skulle kunna minimeras till 0,08 av 1000 barn. Siffrorna kan inte minimeras ytterligare på grund av genetiska faktorer.

Forskning har genomförts inom ämnet plötslig spädbarnsdöd, trots detta finns det enbart hypoteser till orsaken. Wennergren (2015, s. 446) framhåller att trippelriskmodellen är benämningen på den teori som idag dominerar. Teorin bygger på att det i kombination är en underliggande genetisk faktor, en särskild riskperiod första tiden i livet samt en utlösande faktor som sammanfaller och bidrar till sänkt syremättnad hos barnet. Barnet aktiverar inte sina försvarsåtgärder, framför allt barnets svar på syrebrist, vilket då kan medföra plötslig spädbarnsdöd. Barnets värmereglering omfattas ofta i dessa tre faktorer, vilket medför att sova på rygg är en av de mest betydande faktorerna för att förebygga plötslig spädbarnsdöd. Det eftersom värmeavgivningen försämras när barnets ansikte är vänt nedåt. Exempel på medfödda riskfaktorer hos barnet är för tidig födsel, pojkar drabbas även i högre utsträckning än flickor (Socialstyrelsen 2014a, ss. 34-35). Trachtenberg, Haas, Kinney, Stanley och Krous (2011, s.632) framhåller att samtliga barn som drabbats av plötslig spädbarnsdöd omfattas av minst en riskfaktor utifrån trippelriskmodellen. Majoriteten av barnen hade varit utsatta för två faktorer i omgivningen samt en medfödd riskfaktor.

Paterson et al (2006, s. 2131) studie visar att dysfunktioner i medulla oblongata (förlängda märgen) har ett samband med plötslig spädbarnsdöd. Det medför att andningen påverkas och att autonoma funktioner under sömnen inte fungerar optimalt. Förekomsten var lägre hos flickor, vilket kan förklara varför pojkar i högre utsträckning drabbas av plötslig spädbarnsdöd.

Socialstyrelsen (2014a, s.11) har idag sex rekommendationer för att förebygga plötslig spädbarnsdöd:

- Låt barnet sova på rygg
- Spädbarn under tre månader sover säkrast i egen säng
- Napp kan användas när barnet sover
- Avstå från nikotin
- Se till att barnets ansikte är fritt, att barnet är lagom varmt och kan röra sig
- Amma om det är möjligt

Låt barnet sova på rygg

Två mekanismer finns som förklaring till ökad risk för plötslig spädbarnsdöd vid magläge. Dessa är försvårad andning om ansiktet hamnar mot madrassen och sämre värmeavgivning då barnets ansikte är en viktig del i detta. Barnet har även en minskad förmåga till uppvaknande vid magläge, vilket i sin tur ökar risken (American Academy of Pediatrics, 2015; Socialstyrelsen 2014a, s. 12).

Spädbarn under tre månader sover säkrast i egen säng

Carpenter et al. (2013, s. 10) studie visar att 88 procent av alla fall med plötslig spädbarnsdöd kan förebyggas om barnet sover i en egen säng. Möllberg, Wennergren, Almqvist och Alm (2014, s. 781) anser att den främsta förebyggande åtgärden för plötslig spädbarnsdöd är att låta barnet sova i en egen säng de första tre månaderna. Socialstyrelsen (2014a, ss. 15-16) framhåller att den största risken med att sova i samma säng är att barnets andningsvägar täpps till av exempelvis en arm eller ett täcke. Det kan även lätt bli för varmt om barnet delar täcke med andra i familjen. Det finns också en ökad risk om barnet sover i en egen säng i ett eget rum. Carpenter et al. (2013, s. 10) menar vidare att hälso- och sjukvårdspersonal behöver påpeka tydligare att sova i samma säng som barn under tre månader ökar risken att drabbas av plötslig spädbarnsdöd, även om barnet inte utsätts för ytterligare riskfaktorer.

Napp när barnet ska sova

Att napp minskar risken för plötslig spädbarnsdöd var vetenskapligt bevisat redan på 1990-talet, men mekanismen är ännu inte kartlagd. En potentiell möjlighet är att muskulatur i mun och svalg aktiveras och på det sättet håller andningsvägarna fria. En annan potentiell möjlighet är att uppvaknandetröskeln blir lägre vid användning av napp (Socialstyrelsen 2014a, s. 17). Moon, Tanabe, Yang, Young och Haucks (2012, s. 613) studie visar att användningen av napp minskar risken för plötslig spädbarnsdöd för alla barn, men har störst effekt när de följs tillsammans med råden att sova på rygg och att barnet sover säkrast i egen säng.

Avstå från nikotin

Tobaksrökning under graviditeten är en stor riskfaktor. Sambandet är dosberoende och genom att minska på mängden cigaretter minskar även risken att barnet drabbas av plötslig spädbarnsdöd (Socialstyrelsen 2014a, s. 12). Shah, Sullivan och Carters (2006, s. 1759) studie visar att i majoriteten av de fall där ett barn drabbats av plötslig spädbarnsdöd hade modern rökt under graviditeten. Liebrechts-Akkerman et al. (2011, s. 1285) framhåller att om fadern är rökare ökar risken för plötslig spädbarnsdöd. Plötslig spädbarnsdöd var mer förekommande i hem där båda föräldrarna var rökare, jämfört med om ingen rökte.

Se till att barnets ansikte är fritt, att barnet är lagom varmt och kan röra sig

Genom att se till att barnets ansikte är fritt och undvika att han/hon blir för varm minskar risken för plötslig spädbarnsdöd. Att barnet kan röra sig fritt när han/hon sover är också att föredra (Socialstyrelsen 2014a, ss. 14-15). American Academy of pediatrics (2015) rekommenderar att undvika att placera flertalet kuddar, täcken och mjukisdjur i barnets säng. Dessa rekommendationer har som syfte att minska risken att täcka barnets ansikte.

Amma om möjligt

Rekommendationen att amma om det är möjligt bygger på att bröstmjolk ger ett visst skydd mot virusinfektioner, som kan vara en riskfaktor till plötslig spädbarnsdöd

(Socialstyrelsen 2014a, ss. 16-17). Chen och Rogan (2004, s. 438) fann att ju längre period med amning desto lägre var risken för plötslig spädbarnsdöd. Socialstyrelsen (2014a, ss. 16-17) framhåller vidare att barn som ammas har en lägre uppvaknandetröskel än barn som matas med flaska.

Barnhälsovårdens funktion

Barnkonventionen (UNICEF Sverige, 2009) definierar barn som individer under 18 år. Patientlagen (2014:821) fastslår att när patienten är ett barn ska informationen anpassas till patientens mognad och ålder. Patientens vårdnadshavare ska erhålla information, innefattande upplysningar om metoder för att förebygga skada och sjukdom. Vidare ska närståendes delaktighet främjas i den grad det är möjligt, om inte sekretess och tystnadsplikt hindrar detta (Patientlagen, 2014:821). Barnkonventionen (UNICEF Sverige, 2009) påpekar vidare att inget barn ska vara fråntaget sin rätt till hälso- och sjukvård. Ett sätt att säkerställa detta är genom att föräldrar erhåller information och undervisning om barnhälsovård, såsom näringslära och förebyggande av olycksfall. Undervisningen ska även främja den förebyggande hälsovården.

Socialstyrelsen (2014b, s. 18) framhåller att barnhälsovården i Sverige idag kan vara offentlig eller privat samt att den organiseras i form av barnavårdscentraler. Att vara inskriven på BVC och ta del av barnhälsovårdsprogrammet är frivilligt. Socialstyrelsen (2014b, s. 17) menar vidare att målet med barnhälsovården är att främja utveckling och hälsa hos barn, samt förebygga ohälsa. Att stödja och vägleda föräldrar i deras föräldraskap är ett annat mål med barnhälsovården. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) påvisar att målet för hälso- och sjukvård är god hälsa och att medicinskt förebygga sjukdomar. Erbjudna hälsoupplýsningar och barnhälsovård nämns som två individinriktade åtgärder som är förebyggande.

Socialstyrelsen (2014b, s. 18) betonar att barnavårdscentraler kan vara fristående eller en del av en familjecentral. Familjecentraler består även av fler andra instanser såsom socialtjänst, förskola och mödrahälsovård. Sjuksköterskor som arbetar på BVC har specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom alternativt med inriktning mot distriktssköterska. I föreliggande studie benämns sjuksköterskor som arbetar på BVC för BVC-sköterskor.

BVC-sköterskans kommunikativa roll

I distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2008, s.12) framgår det att BVC-sköterskan tillsammans med individen ska undersöka och bedöma individens behov av kunskap, utbildning och information för att främja hälsa. Vidare beskrivs det att BVC-sköterskan tillsammans med individen skall utföra och utvärdera information, råd och undervisning till individ eller grupp. Utvärderingen kan ske via telefon, på mottagning eller i hemmet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) betonar att vetenskap och beprövad erfarenhet ska stämma överens med hälso- och sjukvårdspersonalens arbete. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar själv för hur arbetsuppgifterna uppfylls.

Socialstyrelsen (2014a, s. 23) betonar att information kring plötslig spädbarnsdöd bör ges på mödravårdscentralen, förlossningskliniken samt inom barnhälsovården. Lämpliga tillfällen att samtala kring ämnet anges vara vid utskrivning från förlossningskliniken eller vid första besöket på BVC/familjecentralen, vilket kan vara ett hembesök. Lindfors (2014a) menar att information om säker sovposition samt prevention av plötslig spädbarnsdöd bör ges när BVC-sköterskan utför hembesök hos familjen. Vidare beskrivs att om all information inte hinns med ska informationen om förebyggandet av plötslig spädbarnsdöd och skakvåld prioriteras. Aris et al. (2006, s. 12) framhåller att enbart 52 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna undervisade korrekt kring sovpositionen hos nyfödda barn. Osäkerhet hos hälso- och sjukvårdspersonalen medförde förvirring hos föräldrarna.

Socialstyrelsen (2014a, s. 22) framhåller att enbart skriftlig information eller ett kort informativt samtal inte är tillräckligt när BVC-sköterskan ska informera om plötslig spädbarnsdöd. Personalen behöver ha mod att ta upp ämnet plötslig spädbarnsdöd, för att föräldrarna ska få åtgärder att kunna förebygga det. I distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Distriktssköterskeföreningen Sverige 2008, ss. 11-12) framkommer att BVC-sköterskan ska ha mod och möta familjen med lyhördhet och närvaro. Att stödja familjens delaktighet genom att i dialog handleda och ge stöd i syfte att öka kunskapen hos familjen. Socialstyrelsen (2014a, s. 21) menar vidare att det är betydelsefullt att utgå från föräldrarnas kunskap vid samtal kring plötslig spädbarnsdöd. Det genom att lyssna på föräldrarna, och skapa en dialog.

Socialstyrelsen (2012, s. 40) fastslår att antalet barn som drabbades av plötslig spädbarnsdöd i Sverige nästan fördubblades från år 2007 till år 2010. En anledning till detta misstänks vara bristande information till nyblivna föräldrar. Rådested (2013) menar att andra orsaker kan vara att fler spädbarn sover på mage eller samsover med sina föräldrar. McMullen, Lipke och LeMura (2009, s. 8) menar att hos nyblivna föräldrar finns brister i kunskapen om sambandet mellan barnets sovposition och plötslig spädbarnsdöd. Moon (2011, s. 1035) betonar att hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar i att informera kring de rekommendationer som finns för att förebygga plötslig spädbarnsdöd. Informationen kan spridas dels genom rådgivande samtal, men även genom kampanjer i exempelvis media.

PROBLEMFORMULERING

Orsaken till plötslig spädbarnsdöd är fortfarande inte fastställd. Det har dock påvisats att vissa faktorer påverkar risken att drabbas av plötslig spädbarnsdöd. Utifrån dessa faktorer har det bildats råd till föräldrar som medför åtgärder för att förebygga plötslig spädbarnsdöd. Det är betydelsefullt att nyblivna föräldrar får uppdaterad information om de förebyggande råd som finns. Oavsett om informationen ges muntligt eller skriftligt har BVC-sköterskan en framstående roll i att upplysa nyblivna föräldrar om vilka åtgärder som förebygger plötslig spädbarnsdöd. Det är därför betydelsefullt att ta reda på om föräldrarna anser att de får tillräckligt med kunskap om de förebyggande råden kring plötslig spädbarnsdöd från BVC-sköterskan.

SYFTE

Syftet med studien var att skapa och pröva en enkät för att undersöka vilken information spädbarnsföräldrar erhåller från BVC om att förebygga plötslig spädbarnsdöd.

METOD

Studiedesign

Utifrån studiens syfte valdes en kvantitativ metod. Billhult och Gunnarsson (2012, s. 139) anser att enkätstudie kan vara en lämplig metod när flertalet människor ska bidra med information på kort tid. Enligt Polit och Beck (2010, s. 345) är enkätstudier att föredra när populationen är geografiskt spridd och ger möjlighet till anonymitet i högre grad än intervjuer.

Konstruktion av en enkät

Datainsamlingen påbörjades genom att eftersöka om det fanns tidigare enkäter inom området. Sökningar genomfördes på de webbaserade databaserna Cinahl och Pubmed, men ingen enkät hittades som motsvarade föreliggande studies syfte. Författarna beslutade därför att gå vidare med en egenutformad enkät. Enkäten omfattade bakgrundsvariablerna ålder, kön, civilstånd, utbildningsgrad, relation till barnet samt om informanten var förstagångsförälder. Ålder efterfrågades utifrån ett åldersspann på fem år, där yngsta variabeln var femton år, och personer som var 45 år och äldre kategoriserades för sig. Informanten ombads även att ange barnets ålder.

Frågor konstruerades utifrån Socialstyrelsens råd kring att förebygga plötslig spädbarnsdöd (Socialstyrelsen 2014a, s. 11). Enkäten innehåller totalt 16 frågor. Slutna frågor valdes för att underlätta den kommande dataanalysen. Polit och Beck (2010, s. 343) menar att syftet med slutna frågor är att underlätta analysen och att säkerställa jämförbarheten mellan svaren. Avslutningsvis omfattade enkäten frågor om informanten erhållit information om plötslig spädbarnsdöd från någon annan källa än BVC-sköterskan (som var en distriktssköterska eller en barnsjuksköterska).

Vårdvalet som infördes 2010 inom primärvården (Socialstyrelsen 2010 s. 8; Lagen om valfrihetssystem 2008:962) bidrog till att fler aktörer kom in på marknaden inom barnhälsovården. Det här medförde att enkäten utöver frågor kring bakgrundsvariabler och Socialstyrelsens råd (2014a, s.11) kompletterades med en fråga om vilken form av BVC som informanten besökt. Detta för att kunna jämföra BVC-sköterskans information om plötslig spädbarnsdöd från offentlig och privat sektor.

Pilottest av enkät

Kontakt togs via mail med två personer som arbetar som BVC-sköterskor, för att få expertutlåtande kring frågornas relevans och om fler variabler skulle vara till fördel för enkäten. En av BVC-sköterskorna påpekade att det i enkäten borde framgå att såväl distriktssköterskor som barnsjuksköterskor arbetar på BVC. Fyra personer ur

målgruppen kontaktades för att samtala kring enkätens frågor och kontrollera att frågorna uppfattades korrekt. Personerna reflekterade enskilt kring enkätens frågor. Återkopplingen efter reflektionen medförde att påståendet om informanten erhållit information kring om barnet kunde röra sig fritt, vara fri kring ansiktet och vara lagom varmt delades upp i tre olika påståenden. Ejlertsson (2014, s. 90) menar att ta reda på om de svarande tolkar frågorna på samma vis som enkätens konstruktör är ett av syftena med att genomföra en pilotstudie. Enligt Polit och Beck (2010, s. 345) utförs en pilotstudie för att avgöra om enkäten är användbar och genererar önskad information. Samtal fördes även med en person som inte arbetar inom vården och som inte har några barn. Syftet var att få en utomståendes perspektiv på enkäten och dess frågor. Personen fick reflektera kring frågorna och lämnade främst språkliga synpunkter, exempelvis på att ordet spädbarn användes ofta i enkäten. Detta justerades till barn, på de ställen där det var möjligt. När ovanstående grupp gått igenom enkäten sammanställdes synpunkterna och formuleringar justerades i enkäten. Gunnarsson och Billhult (2012, s. 152) anser att genom att resonera med personer som är insatta i ämnet säkras innehållsvaliditet. Ejlertsson (2014, s. 111) framhåller att validitet och reliabilitet är beroende av att frågorna i enkäten ställs på ett korrekt sätt.

Urval

Socialstyrelsen (2014a, s. 7) menar att plötslig spädbarnsdöd är ovanligt efter sex månaders ålder. Målgruppen för enkäten var därför föräldrar till barn mellan 0-6 månader. I Sverige erbjuds föräldrar att deras nyfödda barn ska få ta del av barnhälsovårdsprogrammet (Socialstyrelsen 2014c, s. 13). Andra inklusionskriterier var därför att informanten skulle vara bosatt i Sverige och skulle kunna svenska i tal och skrift. Ejlertsson (2014, s. 13) framhåller att utländska medborgare, nysvenskar samt personer som har svårigheter att uttrycka sig i skrift och tal hamnar i bortfallsgruppen vid enkätundersökningar. Ett slumpmässigt urval ansågs vara lämpligt eftersom variationsmönstret inte är regelbundet återkommande i populationen (Olsson & Sörensen 2011, s. 114).

Datainsamling

Första tanken var att hitta informanter via BVC och med hjälp av BVC-sköterskan men då oro fanns över att BVC-sköterska då kunde påverka vilken information hon gav uteslöts det alternativet. Olsson och Sörensen (2011, s.148) menar att enkät är ett lämpligt instrument för kvantitativa uppgifter. Sohlberg och Sohlberg (2013, s.156) framhåller att enkäter i allmänhet täcker ett större spektrum av faktorer. Dock går det inte att kontrollera olika orsaksfaktorer och variabler lika noggrant som vid intervjuer. Webbaserad enkät valdes som lämpligt verktyg med avsikt att nå målgruppen. För att uppnå målet på 30 besvarade enkäter kontaktades tre av Sveriges större föräldraforum via mail. Det möjliggjorde att nå en population från spridda delar av Sverige. Familjeforumen var Vi med barn, Familjeliv samt Allt för föräldrar. I kontakten presenterades studiens syfte samt en förfrågan om informanter fick efterfrågas via deras forum. Familjeliv gav godkännande efter första mailförfrågan. Vi med barn ville inte att enkäten skulle publiceras i deras forum. Allt för föräldrar responderade att de inte tillåter denna typ av undersökningar på forumet, speciellt inte om det var ett sådant känsligt ämne som en enkät om plötslig spädbarnsdöd.

Studien och enkäten presenterades via ett inlägg på forumet Familjeliv. Besökarna på forumet uppmanades att ta kontakt via en nyupprättad mailadress och därefter erhålla en länk till enkäten. Enkäten skyddades av ett lösenord, vilket medförde att informanten enbart kunde besvara enkäten vid ett tillfälle. Billhult och Gunnarsson (2012, s. 146) menar att en svarsfrekvens på 70-75 procent är gynnsamt för resultatet. Bortfallet kontrollerades genom att informanten erhöll enkäten via mail. Hade inte informanten besvarat enkäten inom sju dagar skickades en påminnelse. Totalt skickades 13 påminnelser ut.

Vid en sammanställning av enkätsvaren kunde författarna notera att det var tre frågor/påståenden som fattades i enkäten. Det innebar att deltagare som valt att besvara enkäten fick en förfrågan om att besvara även dessa tre frågor/påståenden i en kompletterande datainsamling. Hade inte informanten besvarat den kompletterande enkäten efter sju dagar skickades en påminnelse ut, åtta påminnelser skickades ut.

Dataanalys

Statistiska metoder behövdes för att göra det möjligt att organisera, tolka och kommunicera den information som samlats in. Medelvärden och procentsatser är några exempel på beskrivande statistik som används för att framställa och beskriva data (Polit & Beck 2010, s. 392). Enkätsvaren kodades om till siffror, för att kunna bearbetas och generera samband. Vid en fråga skattade informanten sin kunskap på en skala i fyra steg, från otillräcklig till tillräcklig. Där omkodningen medförde sifferskalan 1-4, där otillräcklig var ett och tillräcklig var fyra. Sex svar kunde anges i fritext, dessa kodades inte om. Enkäten gav utrymme att lämna övriga kommentarer, vilket elva informanter valde att göra, dessa kodades inte heller om. Olsson och Sörensen (2011, ss. 224-225) anser att dataanalysen kan inledas med att bearbeta varje variabel för sig, för att i senare steg sammanställa det i ett index. Kategorisering är ett lämpligt verktyg i analysen för att urskilja samband. För att kunna urskilja samband behöver man efter kategoriseringen beräkna medelvärde och standardavvikelse. Statistikprogrammet SPSS (version 22.0) och programmet Excel har använts för att analysera och tolka den insamlade informationen. Fishers test samt Mann-Whitney U test användes för att göra statistiska analyser på insamlat datamaterial. Mann-Whitney U test används för att beräkna skillnaden mellan två oberoende grupper vars parametrar kommer från skalor. Fishers test används när populationen är liten och när två variabler skall mätas med varandra (Polit & Beck 2012, ss. 412, 728, 733). Signifikansnivån var $p < 0.05$ med ett tvåsidigt test.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Polit och Beck (2012, s. 157) är det viktigt att erhålla ett informerat samtycke, vilket innebär att informanterna får tillräckligt med information om studien. Detta för att kunna förstå varför studien görs och på så sätt göra ett väl grundat val om de vill delta eller inte. Urvalsgruppen fick information om uppsatsens syfte, upplägg och en förklaring av vad medverkan innebar. Deltagarna fick själva rätt att bestämma om de ville medverka eller inte. All data behandlades konfidentiellt. Materialet som framkom i enkäterna användes enbart till uppsatsen.

Etikprövning beaktades men behövs inte enligt Etikprövningslagen (2003:460) vid forskning som bedrivs inom en högskoleutbildning på avancerad nivå.

RESULTAT

Beskrivning av studerad population

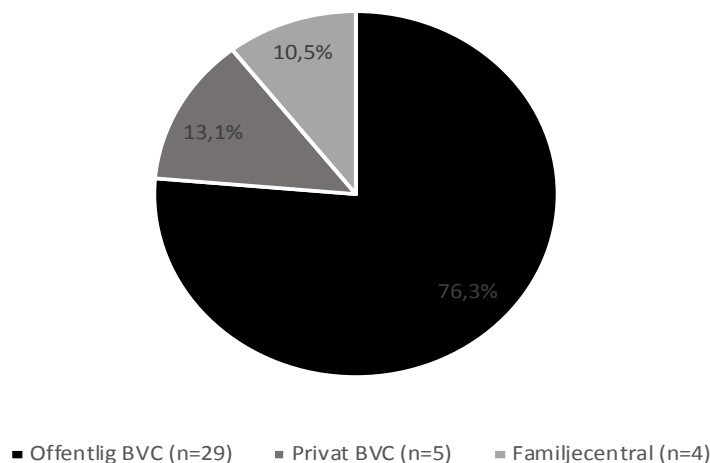
Enkäten skickades ut till 41 personer, av dessa fullföljde 38 personer hela enkäten. Majoriteten av deltagarna var mammor (94,7%; n=36 av 38) och 5,3 procent (n=2 av 38) av deltagarna var pappor. Ingen av informanterna svarade att de var kvinnlig eller manlig partner. Åldern inom populationen varierade mellan 21 och 40 år. Det var 57,9 procent (n=22 av 38) av deltagarna som var mellan 21 och 30 år och 42,1 procent (n=16 av 38) av deltagarna var mellan 31 och 40 år.

Det var 22,6 procent (n=7 av 31) av informanterna som var gifta med sin partner och 71 procent (n= 22 av 31) som var sambo. Ensamstående angav 6,5 procent (n=2 av 31) att de var. Det var 67,7 procent (n= 21 av 31) som hade universitets- eller högskoleutbildning, 29 procent (n= 9 av 31) hade gymnasial utbildning och det var 3,2 procent (n= 1 av 31) av informanterna som inte hade fullföljt gymnasiet.

Av informanterna var det 42,1 procent (n=16 av 38) som hade barn yngre än tre månader. Det var 57,9 procent (n=22 av 38) som hade barn som var mellan tre och sex månader. Det var 52,6 procent (n=20 av 38) som hade barn sedan tidigare, varav 25 procent (n=5 av 20) av dem hade fler än ett barn. Samtliga informanter som hade barn sedan tidigare hade med sitt tidigare barn besökt en familjecentral eller BVC.

Alla som svarade på enkäten (n=38) gick till BVC eller familjecentral med sitt spädbarn. Det var 76,3 procent (n=29 av 38) av informanterna som besökte en offentlig BVC, 13,1 procent (n=5 av 38) var skrivna på en privat BVC och 10,5 procent (n=4 av 38) gick till en familjecentral. Tabell 1 visar en sammanställning på informanternas fördelning till de olika formerna av BVC.

Tabell 1. Fördelning BVC.

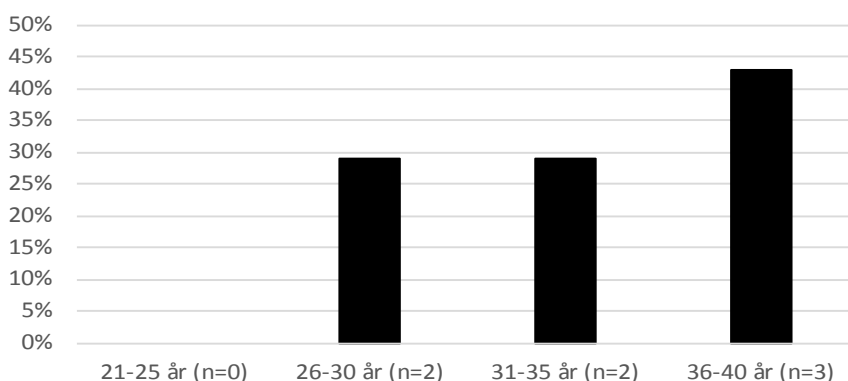


Deskriptiv statistik

Det var 68,4 procent (n=26 av 38) av informanterna som hade fått både skriftlig och muntlig information från BVC-sköterskan om de preventiva råden kring plötslig spädbarnsdöd. Det var 5,3 procent (n=2 av 38) som enbart hade fått muntlig information och 7,9 procent (n=3 av 38) som enbart hade fått skriftlig från BVC-sköterskan, om råden kring plötslig spädbarnsdöd. I populationen hade 18,4 procent (n=7 av 38) inte fått någon information om plötslig spädbarnsdöd från BVC-sköterskan, i samband med senaste barnets födelse. Av de informanter som besökte en offentlig BVC hade 89,6 procent (n=26 av 29) fått information om plötslig spädbarnsdöd från BVC-sköterskan. Av de som gick till privat BVC hade 80 procent (n=4 av 5) erhållit informationen från BVC-sköterskan och 25 procent (n=1 av 4) av de som besökte familjecentral angav att de blivit informerade. Bland förstagångsföräldrarna var det 16,7 procent (n=3 av 18) som uppgav att de inte fått information om plötslig spädbarnsdöd från BVC-sköterskan.

Det var 60 procent (n=3 av 5) av informanterna som var mellan 36-40 år som uppgav att de inte hade fått information om plötslig spädbarnsdöd från BVC-sköterskan. Samtliga informanter mellan 21-25 år (n=10) uppgav att de hade blivit informerade. Tabell 2 visar hur fördelningen såg ut i åldersgrupperna mellan de som svarat att de inte fått information från BVC-sköterskan om plötslig spädbarnsdöd.

Tabell 2. Åldersfördelning på de som inte fått information om plötslig spädbarnsdöd.

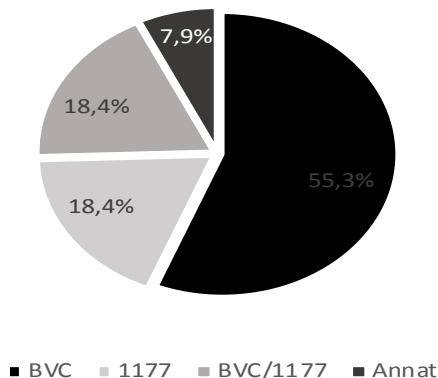


Av de sju som inte hade fått information från BVC-sköterskan var det tre som hade tagit del av informationen tidigare. En informant angav att orsaken till att hon inte fått information från BVC-sköterskan bedömdes vara att hennes barn var född i graviditetsvecka 26. Informanten uppgav vidare att denne fått information kring att barnet bör ligga på rygg. Tre av de sju som uppgav att de inte hade fått information om plötslig spädbarnsdöd av BVC-sköterskan var skrivna på en familjecentral.

Det var 63,2 procent (n=24 av 38) av informanterna som angav att de hade fått information om råden kring plötslig spädbarnsdöd från annan källa än BVC/familjecentral. Av dessa hade 37,5 procent (n=9 av 24) fått informationen från en annan vårdinstans. De 11 av 23 som angav att de fått information från annan källa uppgav 1177 Vårdguiden som källa till informationen. Informanterna ombads uppge vilken källa som de ansåg vara den mest pålitliga. Det var 55,3 procent (n=21 av 38)

som angav BVC som mest den pålitliga källan, 18,4 procent (n=7 av 38) angav BVC och 1177 Vårdguiden som likvärdiga källor i fråga om pålitlighet.

Tabell 3. Mest pålitliga informationskällan.



Informanternas skattade kunskap

Informanterna fick skatta sin kunskap om de förebyggande råden kring plötslig spädbarnsdöd. Av informanterna uppgav 94,7 procent (n=36 av 38) att de hade tillräcklig kunskap om att barnet bör sova på rygg.

Tillräcklig kunskap angav 84,2 procent (n=32 av 38) av populationen att de hade om att barn under tre månader sover säkrast i egen säng.

Det var 65,8 procent (n=25 av 38) av informanterna som uppgav att de hade tillräcklig kunskap om att barnet gärna får använda napp när barnet sover. Det var 21 procent (n=8 av 38) som inte hade någon kunskap eller bedömde sin kunskap som otillräcklig ifråga om att barnet gärna får använda napp när barnet sover.

Tillräcklig kunskap om att avstå från nikotin hade 94,7 procent (n=36 av 38) av informanterna fått, 5,3 procent (n=2 av 38) hade fått varken mycket eller lite kunskap om området.

Det var 89,5 procent (n=34 av 38) av informanterna som skattade sin kunskap som tillräcklig i fråga om att barnet bör vara lagom varmt och vara fri kring ansiktet.

Att barnet bör kunna röra sig fritt var det 68,4 procent (n=26 av 38) av deltagarna som hade tillräcklig kunskap om. Av informanterna angav 7,9 procent (n=3 av 38) att de inte hade någon kunskap alls om detta.

Det var 29 procent (n= 9 av 31) som inte hade fått någon kunskap eller otillräcklig kunskap om att amning var förebyggande för plötslig spädbarnsdöd, 41,9 procent (n=13 av 31) svarade att de hade tillräckligt med kunskap.

Tabell 4. Hur väl stämmer följande påståenden?

	Inte alls (1)	Otillräckligt (2)	Varken mycket eller lite (3)	Tillräckligt (4)
Jag har fått kunskap om att barnet bör sova på rygg	0 % (n=0 av 38)	0 % (n=0 av 38)	5,3 % (n=2 av 38)	94,7% (n=36 av 38)
Jag har fått kunskap om att barn under 3 månader sover säkrast i egen säng	0 % (n=0 av 38)	2,6 % (n=1 av 38)	13,2% (n=5 av 38)	84,2% (n=32 av 38)
Jag har fått kunskap om att barnet gärna får använda napp när barnet sover	7,9 % (n=3 av 38)	13,2% (n=5 av 38)	13,2% (n=5 av 38)	65,8% (n=25 av 38)
Jag har fått kunskap om att avstå från nikotin	0 % (n=0 av 38)	0 % (n=0 av 38)	5,3 % (n=2 av 38)	94,7% (n=36 av 38)
Jag har fått kunskap om att barnet bör vara lagom varmt	0 % (n=0 av 38)	2,6 % (n=1 av 38)	7,9 % (n=3 av 38)	89,5% (n=34 av 38)
Jag har fått kunskap om att barnet bör vara fri kring ansiktet	0 % (n=0 av 38)	2,6 % (n=1 av 38)	7,9 % (n=3 av 38)	89,5% (n=34 av 38)
Jag har fått kunskap om att barnet bör kunna röra sig fritt	7,9 % (n=3 av 38)	2,6 % (n=1 av 38)	21 % (n=8 av 38)	68,4% (n=26 av 38)
Jag har fått kunskap om att barn som ammas löper mindre risk att drabbas av plötslig spädbarnsdöd.	25,8% (n=8 av 31)	3,2 % (n= 1 av 31)	29 % (n=9 av 31)	41,9 % (n=13 av 31)

Resultatet visar att av de 297 skattningarna informanterna gjorde sammanlagt, skattade deltagarna sin kunskap som tillräcklig i 79,4 procent av fallen. Informanterna skattade lägst kunskap om användning av napp (medelvärde 3,7). Informanterna skattade högst kunskap om att barnet ska sova på rygg (medelvärde 3,97) samt att de bör avstå från nikotin (medelvärde 3,97). Informanterna som uppgav att de var pappor (n=2) skattade sin kunskap som tillräcklig inom samtliga områden.

Jämförande statistik

Vid jämförelse av medelvärden mellan olika variabler var det då deltagare uppgett att de inte visste om de erhållit information från annan källa än BVC-sköterskan (n=1 av 38) som medelvärdet blev lägst. Informanten hade fått muntlig information från BVC-sköterskan. Det lägsta medelvärdet var 1,0 och rörde kunskap om att barnet ska kunna röra sig fritt. Utöver skattningen från den enskilde informanten som inte visste om denne hade erhållit information från annan källa, var det lägsta medelvärdet 2,5. Även

då rörde det kunskap om att barnet ska kunna röra sig fritt, och omfattade deltagare som enbart erhållit muntlig information (n=2 av 38) från BVC-sköterskan. Den genomsnittliga kunskapen hos deltagare som besökte familjecentral (n=4 av 38) var skattat som otillräcklig (medelvärde = 2,75/ median = 3) i påståendet om att barnet ska kunna röra sig fritt. I jämförelsen om kunskap hos föräldrarna att barnet ska kunna röra sig fritt och resterande påståenden påvisades ingen signifikant skillnad med Mann Whitney U test.

Mann Whitney U test visade inte på någon signifikant skillnad mellan förstagångsföräldrar och de som hade barn sedan tidigare när de jämfördes med vilken kunskap föräldrarna ansåg de hade om de olika rekommendationerna.

Av de 18,4 procent (n=7 av 38) av informanterna som inte fått information om plötslig spädbarnsdöd från sin BVC-sköterska, visade Fishers test på att det var en signifikant skillnad mellan de som besökte offentlig BVC och familjecentral. Informanterna som besökt offentligt BVC hade i högre utsträckning erhållit information från BVC-sköterskan.

Synpunkter från informanterna

Avslutningsvis gav enkäten möjlighet för informanterna att frivilligt lämna övriga kommentarer i fritext. Det var 28,9 procent (n=11 av 38) av deltagarna som valde att ange egna kommentarer utöver enkätens frågor. Fyra informanter förstärkte vad de svarat tidigare i enkäten, att de fått bra information från BVC-sköterskan och på mödravården. Två informanter angav att de var trygga med informationen som de fått i samband med att de fått barn tidigare. En informant uppgav att en BVC-sköterska hade förtydligat att fallen med plötslig spädbarnsdöd hade ökat, och att det därför var av betydelse med ytterligare en genomgång av de förebyggande råden.

En informant påpekade betydelsen av att information om plötslig spädbarnsdöd även tillges föräldrar med utländsk härkomst. Informantens erfarenhet var att personer i dennes närhet tyckte det var mycket kallt i Sverige och därför tenderade att klä på barnen alldeles för mycket kläder.

En deltagare hade uppfattningen att flertalet mammor i mammagrupper och på forum uppger att de sover tillsammans med sina spädbarn. En annan informant beskrev att denne erhållit rekommendationerna från sin BVC-sköterska men valt att inte följa dessa. Informanten låter dottern sova tillsammans med föräldrarna, utan napp, samt sova på mage i barnvagnen.

En informant beskrev att denne fått barn i graviditetsvecka 26 och därför spenderat de första 3,5 månaderna på sjukhus. Informanten beskrev att denne fått mycket information av naturliga skäl, och att det fanns goda möjligheter att hitta information på internet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka vilken information spädbarnsföräldrar erhåller från BVC om att förebygga plötslig spädbarnsdöd. Enkät anses vara en lämplig metod när flertalet personer ska bidra med information på kort tid (Billhult & Gunnarsson 2012, s. 139). Det fanns ingen färdig enkät som motsvarade studiens syfte, vilket bidrog till att syftet med studien kompletterades med att utveckla och pröva en enkät för att undersöka om och hur spädbarnsföräldrar erhåller information om plötslig spädbarnsdöd.

Inklusionkriterier för enkäten var att informanten skulle vara bosatt i Sverige och ha barn mellan 0-6 månader. Att vara bosatt i Sverige var ett inklusionkriterie eftersom riktlinjerna kring plötslig spädbarnsdöd och barnhälsovården skiljer sig mellan olika länder. Informanten skulle även ha barn i åldern 0-6 månader. Plötslig spädbarnsdöd är mest förekommande när barnet är mellan 1-5 månader (Socialstyrelsen 2014b, s. 2). Valet att inkludera personer med barn upp till sex månader gjordes för att öka möjligheterna till en större population. Personer med äldre barn inkluderades inte då nyblivna föräldrar erhåller information om plötslig spädbarnsdöd främst under barnets första levnadstid. Möjligen exkluderades föräldrar till barn födda flera graviditetsveckor för tidigt då deras första tid som föräldrar troligen ser annorlunda ut än om barnet föds efter en fullt gången graviditet. Det ses som en svaghet att enkätens frågor inte gav möjlighet för informanten att uppge om barnet var född för tidigt, eller av annan orsak spenderat mycket av den första tiden på sjukhus.

Enkäten var endast utformad med svensk text vilket exkluderade föräldrar som inte kunde läsa svenska. En enkät med olika språkalternativ och anpassad för blinda personer skulle inkludera fler föräldrar.

Enkäten utformades efter Socialstyrelsens råd kring att förebygga plötslig spädbarnsdöd (Socialstyrelsen 2014a, s. 11). Bakgrundsvariabler som efterfrågades var ålder, kön, relation till barnet samt om informanten var förstagångsförälder. En granskning av informanternas svar bidrog till att enkäten kompletterades med ytterligare två bakgrundsvariabler, vilka var civilstånd och utbildningsgrad. Det gjordes för att kunna dra fler slutsatser utifrån resultatet. En svaghet bedöms vara att samtliga informanter inte besvarade det andra utskicket, vilket medför ett högre bortfall på de kompletterande frågorna.

Informanterna ombads uppge hur gamla de var. Det anses vara en svaghet att enbart fyra av de sex åldersintervallen var representerade i populationen. En större population hade troligen genererat en större spridning på åldersintervallet och därmed möjliggjort att i högre utsträckning kunna undersöka samband och skillnader. Att informanternas spädbarn var i spridd ålder anses vara en styrka eftersom informanten då haft möjlighet till varierande mycket kontakt med BVC. En annan styrka med populationen anses vara att fördelningen mellan förstagångsföräldrar (47,4 procent) och icke förstagångsföräldrar (52,6 procent) var relativt jämn. Det var 5,3 procent av de som besvarade enkäten som var pappor, resterande del av populationen var mammor. En anledning till det kan vara att fler mammor besöker forumet Familjeliv och tog del av

möjligheten att besvara enkäten. En utvecklad version av enkäten kan generera att fler pappor tar del av enkäten. Manlig och kvinnlig partner var två målgrupper som inte besvarade enkäten. Under första levnadsåret är det vanligast (cirka 88 procent) att barnet bor med sina biologiska föräldrar (Statistiska Centralbyrån, 2014). Vid konstruktionen av enkäten fanns det flertalet förslag på svarsalternativ till frågan om vem det var som besvarade enkäten. En utveckling av enkäten kan möjligen optimera svarsalternativen för att samtliga vårdnadshavare ska inkluderas.

Ett alternativ var att eftersöka informanter via BVC, då med hjälp av BVC-sköterskan. BVC-sköterskan hade då haft möjlighet att påverka vilken information om plötslig spädbarnsdöd informanten erhöll, vilket hade kunnat ha inverkan på resultatet. Det bidrog till att alternativet uteslöts och att enkäten istället blev webbaserad. Tre webbaserade forum kontaktades för att få tillstånd att presentera studiens syfte och söka efter informanter. Det anses vara en svaghet att enbart ett forum gav sitt godkännande. Godkännande från alla forum hade troligen genererat en större population. Inledningsvis diskuterades alternativet att dela ut enkäten vid föräldragruppträffar på ett fåtal BVC. Det alternativet valdes bort då det mest lämpliga för att nå ett större antal informanter bedömdes vara att rekrytera via ett webbaserat forum. En styrka med att enkäten skickades som webbenkät via ett forum bedöms vara att informanter från hela landet fick möjlighet att delta. Vilka som konstruerat studien samt syftet med enkäten presenterades i ett inlägg på forumet. För att erhålla en länk till enkäten ombads informanterna ta kontakt via mail, eller uppge sin mail i fältet för kommentarer. Vid sammanställning av resultatet raderades kolumnen med mailadresser, vilket säkerställde informanternas konfidentialitet.

Målsättningen var att 30 personer skulle besvara enkäten. Informanter rekryterades därför fram till dess att 41 enkäter skickats ut. Det var 27 informanter som besvarade enkäten efter första utskicket. Av de 41 utskickade enkäterna besvarades 39 efter två påminnelser, vilket anses vara en styrka. Enligt Polit och Beck (2012, ss. 289, 311) kan en studie med för få deltagare eller med ett stort bortfall få ett resultat som är partiskt då inte hela populationen representeras. Är svarsfrekvensen högre än 65 procent anses dock risken vara liten. En informant påbörjade enkäten men besvarade inte alla obligatoriska frågor, den enkäten placerades i bortfallsgruppen. De 38 informanter som besvarade hela enkäten erhöll ytterligare ett utskick med tre kompletterande frågor. Det var 31 informanter som besvarade det kompletterande utskicket.

Det bedöms vara en styrka att enkäten validerades genom en pilotstudie på personer som passade in i målgruppen samt genom samtal med distriktssköterskor som arbetar på BVC. Det hade troligen varit fördelaktigt om även en barnsjuksköterska reflekterat över enkätens utformning. En person som inte var insatt i ämnet granskade enkäten vilket bidrog till språkliga justeringar, exempelvis justerades ordet spädbarn till barn på flertalet ställen i den löpande texten. Språkjusteringarna bidrog möjligen till ett mer lättläst och mindre medicinskt fackspråk i enkäten, vilket troligen underlättade för deltagarna.

Det ses som en styrka att enkäten främst bestod av slutna frågor med svarsalternativ. Det förenklade troligen bearbetningen av resultatet. De slutna frågorna omfattade förutom informantens relation till barnet och ålder även barnets ålder. Vid frågan om

informanten besökte offentligt BVC, privat BVC, familjecentral eller annat presenterades alternativ vilket medför att även det var en sluten fråga. En informant hade uppgett en privat BVC på svarsalternativet "annat". Möjligtvis vet inte samtliga föräldrar om de besöker privat eller offentligt BVC med sitt barn. Ett förtydligande av vad som skiljer alternativen åt hade troligen fungerat som vägledning för informanterna.

Informanterna fick vid en fråga skatta sin kunskap på en skala i fyra steg från inte alls någon kunskap till tillräcklig kunskap. Kunskapen skattades utifrån påståenden om Socialstyrelsens rekommendationer (2014a, s. 11) om hur föräldrar kan förebygga plötslig spädbarnsdöd. Vid utskicket av enkäten hade påståendet om amning inte inkluderats, detta troligen på grund av tekniska problem. Ett kompletterande utskick av enkäten genomfördes till de som besvarat enkäten. Det anses vara en svaghet att påståendet amning inte var med i första utskicket av enkäten. Det har medfört lägre svarsfrekvens på påståendet om amning i jämförelse med resterande påståenden. Samtliga påståenden inleddes med "Jag har fått kunskap om...", och skattades efter frågan "Hur väl stämmer följande påståenden?". Ordet kunskap användes för att urskilja att det inte enbart rörde sig om information om ämnet, utan om kunskap. Avsikten med det var att urskilja om informanter som erhållit information från BVC-sköterskan även bedömde att de hade kunskap, eller om det krävdes ytterligare information. En svaghet anses vara att informanten kan tolka begreppen information och kunskap som likvärdiga, vilket medför svårigheter att dra slutsatser från resultatet.

Av de rekommendationer från Socialstyrelsen (2014a, s. 11) som användes i enkäten var det ett råd som delades upp i tre påståenden. Att barnet bör vara lagom varmt, kunna röra sig fritt och vara fri kring ansiktet presenterades som tre olika påståenden där informanten ombads skatta sin kunskap. En svaghet med enkäten anses vara att dess tre påståenden troligen kan tolkas på enskilda vis hos informanten. En förklarande undertext vid varje påstående hade troligen blivit användbart som vägledning för informanten och minskat risken för fria tolkningar. Att uppge att påståenden handlar om när barnet sover hade troligen blivit användbar vägledning för informanterna. Ordet fritt anses även ge upphov till fria tolkningar, att beskriva det närmare hade eventuellt genererat att informanterna skattat sin kunskap annorlunda och resultatet av enkäten hade då kunnat bli ett annat. Att påminna informanterna om att enkäten handlar om plötslig spädbarnsdöd vid påståendet om att undvika nikotin hade troligen också varit vägledning för informanten. Troligtvis är flertalet medvetna om att rökning överlag är ohälsosamt och farligt vid graviditet. Möjligen är inte alla medvetna om att även när moderns partner röker i barnets närhet ökar risken för plötslig spädbarnsdöd. Att förtydliga det i enkäten hade kunnat medföra ett annat resultat. Resterande påståenden, det vill säga barnet bör sova på rygg och barn under tre månader sover säkrast i egen säng samt att barnet gärna får använda napp när barnet sover, bedöms ge mindre utrymme för egna tolkningar.

Informanten ombads uppge om information om plötslig spädbarnsdöd hämtats från annan källa än BVC-sköterskan, och sedan skatta vilken informationskälla som bedömdes vara den mest pålitliga. Internet var en informationskälla som flertalet informanter angav. Att söka information på internet är en möjlighet som finns idag. Det kan därför ses som en möjlighet för den nyblivne föräldern att söka ytterligare information, om informationen eftersöks på en webbsida med pålitlig information. 1177

Vårdguiden (2015) är en tjänst från Sveriges landsting och regioner och erbjuder sjukvårdsrådgivning. Enkätfrågan som omfattade att informanten skulle uppge vilken källa de ansåg som mest pålitlig var en öppen fråga, vilket medförde att informanten kunde ange flera alternativ eller inte precisera vilken hemsida utan enbart skriva internet. Det hade troligen stärkt enkäten om frågan varit uppbyggd på svarsalternativ, med BVC och 1177 Vårdguiden som två alternativ. Utöver alternativen kunde informanten sedan fått möjlighet att uppge någon ytterligare källa. Det hade troligen underlättat bearbetningen av resultatet om frågan haft alternativ istället att vara öppen för fritext.

Det anses vara en styrka att enkäten avslutningsvis hade utrymme för övriga kommentarer. Där framkom ytterligare vinklar på ämnet plötslig spädbarnsdöd som inte var inkluderade i enkäten sedan innan, exempelvis om någon av föräldrarna hade utländsk bakgrund och då hade med sig traditioner från någon annan kultur, eller om informantens barn var född flertalet graviditetsveckor för tidigt.

Resultatet som samlades in kodades om till siffror och sammanställdes i programmen Excel och SPSS (version 22). Båda konstruktörerna av enkäten genomgick kodningen för att säkerställa att den genomförts korrekt. Frågor med öppna svarsalternativ där informanterna fick skriva med fritext kodades inte om. Fishers test och Mann Whitney U test användes för att jämföra statistiskdata. Signifikanta skillnader påvisades, men behöver verifieras i en större studie för att vara generaliserbart.

Att konstruktörerna av enkäten inte har tillverkat en enkät tidigare bedöms vara en svaghet. Användandet av enkäten till följande studie anses vara validering för att kunna utveckla enkäten ytterligare och höja dess kvalitet. Det inför en eventuell framtida användning på en större population. Undersökningen genomfördes på en förhållandevis liten population vilket medför att resultatet troligtvis inte speglar hur kunskapen kring plötslig spädbarnsdöd generellt ser ut hos nyblivna föräldrar. Resultatet medförde främst hypoteser och trender som kan utvecklas ytterligare i en framtida större studie.

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie omfattar 38 informanter, varav 94,7 procent (n= 36 av 38) var mammor och majoriteten (71 procent; n= 22 av 31) var sambo. Samtliga (n=38) besökte BVC eller familjecentral med sitt barn och 18,4 procent (n=7 av 38) hade inte fått information om plötslig spädbarnsdöd från sin BVC-sköterska. Informanterna fick skatta sin kunskap utifrån Socialstyrelsens sex rekommendationer (2014a, s. 11) om hur föräldrar kan förebygga plötslig spädbarnsdöd. Resultatet tyder på att föräldrar har lägst kunskap om att låta barnet använda napp när barnet sover är en förebyggande åtgärd för plötslig spädbarnsdöd.

Socialstyrelsen (2014b, s. 17) menar att ett av målen för barnhälsovården är att förebygga ohälsa hos barn. Det kan ske genom att stötta och vägleda föräldrar i deras föräldraskap. Sex rekommendationer för att förebygga plötslig spädbarnsdöd anses vara vägledning för att förhindra ohälsa hos barn (Socialstyrelsen, 2014a, s. 11). Resultatet i föreliggande studie visar att det var 18,4 procent (n= 7 av 38) som inte hade fått någon information om plötslig spädbarnsdöd från BVC-sköterskan. Vennemann et al. (2012, s.

47) framhåller att hälso- och sjukvårdspersonal rutinmässigt bör avråda föräldrar med spädbarn att sova i samma säng som sina barn. Är föräldern rökare eller har druckit alkohol bör denne varnas och informeras noga kring riskerna för plötslig spädbarnsdöd. Socialstyrelsen (2014a, s. 27) framhåller vidare att lämpligt tillfälle för att informera om hur föräldrarna kan förebygga plötslig spädbarnsdöd är vid hembesöket, eller vid besök på BVC/familjecentralen. BVC-sköterskan anses ha en betydelsefull roll i att säkerställa att föräldrarna får såväl information som kunskap om de råd som finns. Kunskapen kan öka genom att BVC-sköterskan i dialog med föräldrarna ger handledning för att främja delaktighet och där med kunskapen (Distriktssköterskeföreningen Sverige 2008, ss. 11-12).

Föreliggande studie tyder på att informanterna har varierande kunskap om de tre rekommendationerna att barnets ansikte ska vara fritt, att barnet är lagom varmt och kan röra sig. Socialstyrelsen (2014a, s. 11) har grupperat samtliga faktorer i en punkt. Möjligen vore det gynnsamt att dela upp dessa tre rekommendationer. Chung-Park (2012, s. 239) framhåller att vårdgivaren behöver föra en diskussion med föräldrarna för att bättre kunna förstå varför och vilka beslut de tar när det kommer till sovvanor för deras barn. Föräldrarna ska även kunna förstå vilka risker eller fördelar som är förknippade med deras val. Schaefer, Herman, Frank, Adkins och Terhaar (2010, s. 624) betonar att handledning kring säkra sovrutiner för nyblivna föräldrar behöver etableras även i primärvården, och inte enbart på sjukhus.

Samtliga av de 18,4 procent (n= 7 av 38) som inte fått information från BVC-sköterskan hade fått informationen från någon annan källa, exempelvis vänner eller internet. Mitchell (2010, s. 9) menar att hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar i att ge evidensbaserad information om plötslig spädbarnsdöd. Utan kunskap får inte föräldrarna möjlighet att göra lämpliga val för att förebygga plötslig spädbarnsdöd. Troligen kan det inte säkerställas att information som kommer från annan källa är evidensbaserad. Moon, Kington, Oden, Iglesias och Hauck (2007, s. 791) betonar att hälso- och sjukvårdspersonal är en betydelsefull källa för att föräldrar ska få information om hur spädbarn sover säkrast för att undvika plötslig spädbarnsdöd. Det var 57,1 procent (n= 4 av 7) av de som inte fått information från BVC-sköterskan som angav 1177 Vårdguiden (2015) som den mest pålitliga informationskällan. 1177 Vårdguiden (2015) presenterar Socialstyrelsens sex förebyggande råd på sin hemsida. Möjligen kan det jämföras med skriftlig information från BVC-sköterskan. Det var 18,4 procent (n= 7 av 38) av populationen som angav att BVC var lika pålitlig informationskälla som 1177 Vårdguiden.

Resultatet visar att i 83,8 procent av påståendena har informanterna skattat sin kunskap som tillräcklig. Informanter som enbart fått muntlig information från BVC-sköterskan hade inte tillräcklig kunskap om Socialstyrelsens samtliga sex råd. Trenden i föreliggande studie tyder på att informanter som enbart fått skriftligt information, skattade sin kunskap som högre, än informanter som enbart fått muntlig information. Möjligen kan detta bero på att informationen oftast ges i sin helhet under hembesöket bara någon vecka efter att barnet är fött. Under detta besök är det mycket som ska förmedlas. Erhåller föräldrarna enbart muntlig informationen har föräldrarna inte möjlighet att läsa om rekommendationerna i lugn och ro efter att BVC-sköterskan varit där. Aris et al. (2006, s. 12) menar att osäkerhet hos personalen kring ämnet plötslig

spädbarnsdöd medförde förvirring hos föräldrarna. Möjligen är det gynnsamt om BVC-sköterskan kompletterar den muntliga rådgivningen med skriftliga rekommendationer då det uppfattas som mer konkret när det rör sig om ett tabubelagt ämne, där orsaken till förekomsten inte är fastställd. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 200-203) påvisar att medicinska termer bör undvikas eftersom de ofta är främmande för patienten. Att utgå från föräldrarnas tidigare kunskap är troligen gynnsamt för att optimera rådgivningen. Det genom att besvara föräldrarnas frågor och möta oro och funderingar. Möllberg et al. (2014, s. 782) menar att den kunskapen som i dag finns kring förebyggande åtgärder om plötslig spädbarnsdöd ger goda förutsättningar till riktad information i mödravården och på BVC.

Det var 76,3 procent (n= 29 av 38) av informanterna som besökte offentligt BVC med sitt barn, 13,2 procent (n= 5 av 38) gick till privat BVC och till familjecentral 10,5 procent (n= 4 av 38). Av de fyra som besökt familjecentral var det enbart en som blivit informerad om plötslig spädbarnsdöd av sin BVC-sköterska. De nyblivna föräldrarna beslutar om barnet ska skrivas in på privat BVC, offentligt BVC eller tillhöra familjecentral. Att ta del av barnhälsovårdsprogrammet är frivilligt (Socialstyrelsen 2014b, s. 18). Samtliga instanser som bedriver barnhälsovård bör säkerställa dess kvalitet.

Resultatet visar att 21 procent (n= 8 av 38) av informanterna hade otillräcklig eller ingen kunskap om att barnet gärna får använda napp när barnet sover. Walsh et al. (2014, s.1) studie visar på liknande samband. Föräldrar har mindre kunskap om att napp är en förebyggande åtgärd för plötslig spädbarnsdöd än om andra rekommendationer, såsom exempelvis rökning. Möjligen är en orsak till detta att BVC-sköterskan inte vill informera om napp innan amningen är etablerad, det för att förhindra att barnet inte tar bröstet. Moon et al. (2007, s. 797) framhåller att när hälso- och sjukvårdspersonal informerade om plötslig spädbarnsdöd var det 63 procent som inte tog upp användning av napp som en förebyggande åtgärd. Att informera utifrån Socialstyrelsens riktlinjer (Socialstyrelsen 2014a, s. 11) anses vara en lämplig metod för att inkludera samtliga rekommendationer som finns. En annan möjlighet kan vara att ta fram riktlinjer på den enskilda vårdcentralen för att säkerställa att samtliga nyblivna föräldrar erhåller kunskap om vilka preventiva åtgärder som finns för plötslig spädbarnsdöd. Patientlagen (2014:821) påvisar att vårdnadshavare ska erhålla information om metoder för att förebygga skada och sjukdom. Det anses betydelsefullt som BVC-sköterska att hålla sig uppdaterad med de senaste råden för att kunna ge korrekt information till föräldrarna. Fowler, Evans, Etchegaray, Ottenbacher och Arnold (2013, s. 1050) anser att kunskapen bör säkerställas hos vårdpersonal för att kunna förbättra informationen som ges till föräldrarna. Att utgå från skriftliga riktlinjer kan troligen bidra till att BVC-sköterskan känner ökad trygghet i dialogen med de nyblivna föräldrarna. Lindfors (2014a) anser att information om plötslig spädbarnsdöd och skakvåld är något som ska prioriteras. Att som BVC-sköterska utarbeta rutiner för när vilken information framförs bidrar troligen till att risken minskar för att betydande information uteblir.

Att det var många som inte fått kunskap om att amning förebygger plötslig spädbarnsdöd var förvånande, då det rådet har funnits länge. Enligt Chen och Rogan (2004, s. 439) skulle amning hindra eller fördröja cirka 720 dödsfall hos spädbarn varje år, inkluderat andra orsaker än plötslig spädbarnsdöd, om alla barn amrades. Men det

bör även påpekas att alla inte kan amma exempelvis på grund av anatomiska hinder, komplikationer eller medicinering. Horne, Parslow, Ferens, Watts och Adamson (2004, s. 23) fann att barn som amrades vaknade lättare ur aktiv sömn vid två till fyra månaders ålder, än barn som fick modersmjölkersättning. Detta tyder på att BVC-sköterskan bör informera om amningens inverkan vid första besöket och upprepa vid kommande besök på BVC. Föräldrarna får då förbättrade förutsättningar att besluta om deras barn ska ammas eller inte. Samtliga mammor har inte möjlighet eller viljan att amma. Detta bör BVC-sköterskan acceptera och sedan stötta föräldrarna i deras beslut.

Samtliga informanter (n=38) i föreliggande studie besökte BVC med sitt barn, vilket tyder på att BVC-sköterskan får möjlighet att informera om hur föräldrarna kan förebygga plötslig spädbarnsdöd, och vikten av att följa de rekommendationer som finns. Att BVC-sköterskan visar omtanke och engagemang anses betydelsefullt för att kunna upprätta en god kommunikation med föräldrarna. Att lyssna och vara närvarande i samtalet ger en bra grund för relationen. Coleman (2009, s. 117) fann att föräldrarna litade mer på de sjuksköterskor som visade omtanke och lyssnade på dem. De sjuksköterskor som inte gav dem uppmärksamhet litade inte föräldrarna på och de trodde heller inte att sjuksköterskan visste vad hon pratade om. Colson et al. (2005, s. 352) menar att det är betydelsefullt att BVC-sköterskan förklarar varför hon ger de råd hon ger och tar sig tid att besvara eventuella följdfrågor från föräldrarna. Lindfors (2014b) beskriver hembesöket som ett forum där BVC-sköterskan kommer som gäst till familjen och därför också ger en mer jämlik relation. Denna relation kan ligga till grund för den fortsatta kontakten med familjen på BVC. Råd och stöd kan, med en god förståelse för familjen situation, utformas utifrån familjens och barnets behov.

KONKLUSION

Resultatet visar att majoriteten av informanterna ansåg att de hade tillräcklig kunskap om råden om plötslig spädbarnsdöd. Barnhälsovården har ett stort ansvar att få alla föräldrar informerade om hur de kan förebygga plötslig spädbarnsdöd. Troligtvis behöver information ges till föräldrarna skriftligt samt muntlig vid upprepade tillfällen under barnets första levnadsmånader. Att ha en dialog kring råden vid flera besök på BVC är ett sätt att minimera eventuella missförstånd. Upprepad information kan även öka förutsättningarna för att föräldrarna fråga om de inte har förstått. Resultatet i föreliggande studie tyder även på att föräldrarna har varierande kunskap kring de olika råden, och ett av råden möjligen hade varit tydligare om det delats upp i flera rekommendationer.

Enkäten tillsammans med de kompletterande frågorna gav de svar som behövdes för att besvara på studiens frågeställning. Likväl är det här den första versionen av enkäten och fler studier behövs för att uppnå validitet och reliabilitet. Då denna studie har en relativt liten population behövs det i framtiden göras en liknande studie med en större population för att kunna få korrekta konklusioner kring resultatet. I en framtida studie bör det även studeras i vilken grad föräldrarna följer de råd som ges, då det är av stor vikt att råden följs för att ha effekt.

KLINISKA IMPLIKATIONER

- Behov av upprepad information om råden.
- Informationen behöver ges både muntligt och skriftligt.
- Informationen behöver finnas på olika språk.

REFERENSER

American Academy of Pediatrics. (2015). *Sleep position: Why back is best*. www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/sleep/Pages/Sleep-Position-Why-Back-is-Best.aspx [2015-10-27]

Aris, C., Stevens, T. P., LeMura, C., Lipke, B., McMullen, S., CoteArsenault, D. & Conenstein, L. (2006). NICU nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. *Advances in Neonatal Care*, 6, ss. 281–294.

Beckwith, J. (1970). Discussion of terminology and definition of the sudden infant death syndrome. In: Bergman AB, Beckwith JB, Ray CG, eds. *Sudden Infant Death Syndrome: Proceedings of the Second International Conference on the Causes of Sudden Death in Infants*. Seattle. University of Washington, ss. 14-22.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod; Från idé till examination inom omvårdnad*. 1. Uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 139-139.

Carpenter, R., McGarvey, C., Mitchell, E., Tappin, D., Vennemann, M., Smuk, M. & Carpenter, J. (2013). Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open*, 3, ss. 1-12.

Chen, A. & Rogan, W. (2004). Breastfeeding and postneonatal death in the United States. *Pediatrics*, 113(5), ss. 435-439.

Chung-Park, M. S. (2012). Knowledge, opinions, and practices of infant sleep position among parents. *Military medicine*, 177 (2), ss. 235-239.

Coleman, J. (2009). Culture care meanings of African American parents related to infant mortality and health care. *Journal of Cultural Diversity*, 16(3), ss. 109-119.

Colson, E., McCabe, L., Fox, K., Levenson, S. Colton, T., Lister, G. & Corwin, M. (2005). Barriers to following the Back-to-sleep recommendations: Insights from focus groups with inner-city caregivers. *Ambulatory Pediatrics*, 5, ss. 349-354.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistexamen Distriktssköterska*. Stockholm: AB Danagårds grafiska.

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. 3. [rev.].uppl. Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur, ss. 25-50.

- Fowler, A., Ewans, P., Etchegaray, J., Ottenbacher, A. & Arnold, C. (2013). Safe sleep practices and sudden infant death syndrome risk reduction: NICU and Well-Baby nursery graduates. *Clinical Pediatrics*, 52(11), ss. 1044-1053.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, ss. 321-332.
- Gunnarsson, R. & Billhult, A. (2012). Mätinstrument och diagnostiska tester. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod; Från idé till examination inom omvårdnad*. 1. Uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 151-159.
- Horne, R., Parslow, P., Ferens, D., Watts, A-M. & Adamson, T. (2004). Comparison of evoked arousability in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child*, 89, ss. 22-25.
- Kirkevold, M. (2003). Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. I Kirkevold, M. & Strømsnes Ekern, K. (red.). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber AB, ss. 19-48.
- Liebrechts-Akkerman, G., Lao, O., Liu, F., Van Sleuwen, B., Engelberts, A., L'Hoir, M., Tiemeier, H. & Kayser, M. (2011). Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatrics*, 170, ss. 1281-1291.
- Lindfors, A. (2014a). *Hembesök – förslag på upplägg*. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovardsprogrammet-aldrar/Hembesok/> [2015-10-01]
- Lindfors, A. (2014b). *Hembesök – bakgrund och syfte*. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovardsprogrammet-aldrar/Hembesokbakgrundochsyfte/> [2015-11-15]
- Magnusson, A-S. & Strid, J. (2014). Kommunikation – och människors möten. I Magnusson, A-S. (red.) *Om kommunikation – för personal i vårdande yrken*. Stockholm: Liber AB, ss.13-61.
- McMullen, S., Lipke, B. & LeMura, C. (2009). Sudden infant death syndrome prevention: A model program for NCIUs. *Neonatal Network*, 28(1), ss. 7-12.
- Mitchell, E. (2010). Bed sharing and the risk of Sudden infant death: Parents need clear information. *Pediatric reviews*, ss. 1-14
- Moon, R-Y. (2011). SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 128(5), ss. 1030-1039.
- Moon, R-Y., Kington, M., Oden, R., Iglesias, J. & Hauck, F. (2007). Physician Recommendations Regarding SIDS Risk Reduction: A National Survey of Pediatricians and Family Physician. *Clinical Pediatrics*, 46(9), ss. 791-800.

Moon, R-Y., Tanabe, K., Yang, D., Young, H. & Hauck, F. (2012). Pacifier use and SIDS: Evidence for a consistently reduced risk. *Matern child journal*, 16, ss. 609-614.

Möllberg, P., Wennergren, G., Almqvist, P. & Alm, B. (2014). Bed sharing is more common in sudden infant death syndrome than in explained sudden unexpected deaths in infancy. *Acta Paediatrica*, 104, ss. 777-783.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Paterson, D., Trachtenberg, F., Thompson, E., Belliveau, R., Beggs, A., Darnall, D., Chadwick, A., Krous, H. & Kinney, H. (2006). Multiple serotonergic brainstem abnormalities in sudden infant death syndrome. *JAMA*, 296, ss. 2124-2132.

Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. Uppl., Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. & Beck, C. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidens for nursing practice*. 7. uppl., Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rådested, I. (2013). *Råd till föräldrar*. Spädbarnsfonden. <http://www.spadbarnsfonden.se/Page.asp?PageId=489> [2015-11-16]

Schaefer, S., Herman, S., Frank, S., Adkins, M. & Terhaar, M. (2010). Translating infant safe sleep evidence into nursing practice. *Principles and practice*, 39, ss. 618-626.

SFS 2014:821. (2014). *Patientlagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2010:659. (2010). *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2008:962. (2008). *Lagen om valfrihetssystem*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2003:460. (2003). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1982:763. (1982). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Shah, T., Sullivan, K. & Carter, J. (2006). Sudden infant death syndrome and reported maternal smoking during pregnancy. *American journal of public health*, 96 (10), ss. 1757-1759.

Socialstyrelsen. (2014a). *Minska risken för plötslig spädbarnsdöd – en vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014b). *Vägledning för barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014c). *Minska risken för plötslig spädbarnsdöd – sex råd till dig som förälder*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012). *Dödsorsaker 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010). *Införandet av vårdval i pilmärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sohlberg, P. & Sohlberg, B-M. (2013). *Kunskapens former – Vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm: Liber AB.

Statistiska Centralbyrån. (2014). *Statistikdatabasen*
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_LE_LE0102_LE0102B/SamboformForalder2/table/tableViewLayout2/?rxid=758370a2-f08d-4d4c-bd55-5c57708b4760 [2015-11-16]

Trachtenberg, F., Haas, E., Kinney, H., Stanley, C. & Krous, H. (2011). Risk factor changes for sudden infant death syndrome after initiation of Back-to-sleep campaign. *Pediatrics*, 129(4), ss. 630-638.

UNICEF Sverige. (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.

Vennemann, M., Hense, H., Bajanowski, T., Blair, P., Complojer, C., Moon, R. & Kiechl-Kohlendorfer, U. (2012). Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *The Journal of Pediatrics*, 160(1), ss. 44-48.

Walsh, P., Vieth, T., Rodriguez, C., Lona, N., Molina, R., Habebo, E., Caldera, E., Garcia, E. & Veazey, G. (2014). Using a pacifier to decrease sudden infant death syndrome: an emergency department educational intervention. *PeerJ*, 309, ss. 1-17

Wennergren, G., Nordstrand, K., Alm, B., Möllberg, P., Öhman, A., Berlin, A., Katz-Salamon, M. & Lagercrantz, H. (2015). Updated Swedish advice on reducing the risk of sudden infant death syndrome. *Acta Paediatrica*, 104, ss. 444-448.

Whall, A. L. (1986). The family as the unit of care in nursing: a historical review. *Public Health Nursing*, 3(4), ss. 240-249.

1177 Vårdguiden. (2015). *Plötslig spädbarnsdöd – Förebyggande råd*.
www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Barn-och-foraldrar/Skador-och-olycksfall1/Barnsakerhet/Plotslig-spadbarnsdod---forebyggande-rad [2015-10-28]

BILAGA I

Enkät – Vad vet du om plötslig spädbarnsdöd?

Plötslig spädbarnsdöd är inget som någon förälder vill vara med om. I Sverige drabbas idag 1 barn av 6 000. Antalet barn som drabbades av plötslig spädbarnsdöd nästan fördubblades från år 2007 till år 2010. En anledning till detta misstänks vara att nyblivna föräldrar erhöll bristande information om förebyggande åtgärder.

Denna enkät utgör datainsamlingen till en magisteruppsats på distriktssköterskeprogrammet. Syftet med studien är att undersöka i vilken utsträckning spädbarnsföräldrar erhåller information om plötslig spädbarnsdöd från barnavårdscentralen/familjecentralen, utifrån Socialstyrelsens riktlinjer.

Enkäten vänder sig till dig som är bosatt i Sverige och som har barn som är mellan 0-6 månader.

Enkäten innehåller 16 frågor. Ditt svar behandlas konfidentiellt, det är frivilligt att delta och du kan avbryta när som helst. För att läsa mer om att förebygga plötslig spädbarnsdöd rekommenderas Socialstyrelsens riktlinjer.

Tack för att du medverkar!

1. Vem är du som svarar?*

- Mamma
- Pappa
- Kvinnlig partner
- Manlig partner

2. Hur gammal är du?*

- 15-20 år
- 21-25 år
- 26-30 år
- 31-35 år
- 36-40 år
- 41-45 år
- Över 45 år

3. Vad har du för civilstånd?*

- Gift
- Sambo
- Ensamstående
- Annat _____

4. Vad har du för utbildning?*

- Inte fullföljd gymnasial utbildning
- Gymnasial utbildning
- Universitets/högskoleutbildning
- Annat _____

5. Hur gammalt är ditt barn?*

- 0-1 månad
- 1-2 månader
- 2-3 månader
- 3-4 månader
- 4-5 månader
- 5-6 månader

6. Är det ditt första barn?*

- Ja
- Nej

7. Om nej på fråga 6, hur många barn har du sedan tidigare?

8. Om du har barn sedan tidigare, har du då gått till en barnavårdcentral/familjecentral?

- Ja
- Nej

9. Vilken form av barnavårdscentral går du till med ditt barn?*

- Offentlig barnavårdscentral
- Privat barnavårdscentral
- Familjecentral
- Annat: _____

10. Har du fått information om råden kring plötslig spädbarnsdöd från din distriktssköterska/barnsjuksköterska på barnavårdscentralen/familjecentralen?*

- Ja, både muntligt och skriftligt
- Ja, enbart muntligt
- Ja, enbart skriftligt (exempelvis Socialstyrelsens informationsblad)
- Nej
- Vet ej

11. Om nej på fråga 10, varför?

- Jag har inte varit med på besöken hos barnavårdscentralen/familjecentralen.
- Jag har tagit del av informationen tidigare.
- Jag vill inte prata om plötslig spädbarnsdöd.
- Annat: _____

12. Hur väl stämmer följande påstående?*

	Inte alls	Otillräckligt	Varken mycket eller lite	Tillräckligt
Jag har fått kunskap om att barnet bör sova på rygg				
Jag har fått kunskap om att barn under 3 månader sover säkrast i egen säng				
Jag har fått kunskap om att barnet gärna får använda napp när barnet sover				
Jag har fått kunskap om att avstå från nikotin				
Jag har fått kunskap om att barnet bör vara lagom varmt				
Jag har fått kunskap om att barnet bör vara fri kring ansiktet				
Jag har fått kunskap om att barnet bör kunna röra sig fritt				
Jag har fått kunskap om att barn som ammas löper mindre risk att drabbas av plötslig spädbarnsdöd.				

13. Har du fått information om råden kring plötslig spädbarnsdöd från annan källa än barnavårdscentralen/familjecentralen?*

- Ja
- Nej
- Vet ej

14. Om ja på fråga 13, var har du hämtat informationen?

- Familj
- Vänner
- Andra vårdinstanser
- Annat: _____

15. Har du erhållit information om råden kring plötslig spädbarnsdöd från någon källa utöver de ovan nämnda?

16. Vilken informationskälla anser du vara den mest pålitliga?*

*Obligatorisk fråga

BILAGA II

Information till informanter

Hej!

Vi är två Distriktssköterskestudenter som nu under hösten ska skriva vår Magisteruppsats. Till den skulle vi behöva ha er hjälp.

Syftet med studien är att undersöka i vilken utsträckning spädbarnsföräldrar erhåller information om plötslig spädbarnsdöd från barnavårdscentralen/familjecentralen, utifrån Socialstyrelsens riktlinjer.

Plötslig spädbarnsdöd är inget som någon förälder vill vara med om. I Sverige drabbas idag 1 barn av 6 000. Antalet barn som drabbades av plötslig spädbarnsdöd nästan fördubblades från år 2007 till år 2010. En anledning till detta misstänks vara att nyblivna föräldrar erhöll bristande information om förebyggande åtgärder.

Datainsamlingen till uppsatsen sker genom en enkät. Nu söker vi föräldrar till barn mellan 0-6 månader som kan tänka sig att svara på enkäten. Enkäten består av 16 frågor med olika svarsalternativ. Den går snabbt att besvara, tid är ju något man som förälder har ont om ibland. Svaren kommer enbart att användas i uppsatsen.

Är ni intresserade av att svara på enkäten vill vi att ni skickar er e-mail adress till:

mail@mail.com

Efter att ni har gjort det kommer vi att skicka ut en länk till enkäten till er mail.

Hälsningar och Tack på förhand.

Annelie Karlsson & Maria Karlsson, Distriktssköterskestudenter,

Akademin för vård, arbetsliv och välfärd vid Högskolan i Borås.