



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Vårdpersonalens roll för att förebygga och behandla malnutrition hos barn mellan 0 och 5 år i Sonarpur, Kolkata, Indien.

En kvalitativ empirisk studie

Författare: Frida Larsson & Sofia Nordgren

Handledare: Vanja Berggren

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Vårdpersonalens roll för att förebygga och behandla malnutrition hos barn mellan 0 och 5 år i Sonarpur, Kolkata, Indien.

En kvalitativ empirisk studie

Författare: Frida Larsson & Sofia Nordgren

Handledare: Vanja Berggren

Kandidatuppsats

Våren 2013

Abstrakt

42 procent av Indiens barn mellan 0 och 5 år lider av malnutrition. Malnutrition förebyggs och behandlas i allmänhet av vårdpersonal och syftet med denna studie var att undersöka den roll vårdpersonal upplever att de har för att förebygga och behandla malnutrition hos barn mellan 0 och 5 år i Sonarpur, Kolkata, Indien. Förenta Nationerna menar att Indien har föda så att det räcker för alla, men trots det är 60 miljoner av Indiens barn malnutrierade. Studien genomfördes genom att intervjua 11 informanter som arbetade som sjuksköterskor eller som "health-workers". Studiens resultat beskriver en upplevd brist på kunskap om nutrition, hygien och familjeplanering. Informanterna belyste ett stort behov av ökad undervisning om dessa ämnen och menade att undervisa var en av deras mest centrala roll i arbetet. Författarna menar att Sonarpurs befolkning är i stort behov av en ökad medvetenhet om god nutrition. Denna medvetenhet bör vårdpersonalen ge.

Nyckelord

Malnutrition, barn, Indien, förebygga, behandla, vårdpersonal, undervisning

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Adekvat vätske- och näringstillförsel.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Definition av malnutrition.....	4
Konsekvenser av malnutrition.....	5
International Council of Nurses, etiska koder för sjuksköterskor.....	5
Sjuksköterskan i Indien.....	6
Organisatoriskt arbete för minskning av malnutrition.....	7
Landets politiska ideologier påverkar folkhälsan.....	7
Socioekonomisk betydelse.....	8
Syfte	8
Metod	9
Sammanhang.....	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Data analys	11
Etisk avvägning	12
Resultat.....	12
Informanternas beskrivning av malnutrition.....	13
Utbildning	13
Att öka moderns medvetenhet.....	13
Familjeplanering.....	14
Råd om nutrition.....	15
Hygien.....	16
Mötet.....	16
Få kunskap om familjens bakgrund.....	16
Allmän omvårdnad.....	17
Behandling.....	17
Uppföljning.....	17
Diskussion.....	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat.....	20
Undervisning om rätt föda.....	20
Familjeplanering.....	22
Hygien.....	24
Slutsats och kliniska implikationer	26
Författarnas arbetsfördelning.....	26
Referenser.....	27
Bilaga 1 (3).....	30
Bilaga 2 (3).....	32
Bilaga 3 (3).....	42

Introduktion

Problemområde

I hela världen dör flera miljoner människor, framförallt barn, på grund av svält. 54 procent av dem som dör av malnutrition är barn under 5 år (Ahmed, Hossain, Sanin, 2012). Indien har en snabbt växande ekonomi men trots detta är cirka 42 procent av Indiens barn under 5 år malnutrierade. Det innebär att Indien har cirka 60 miljoner malnutrierade barn som dessutom visar tecken på hämmad utveckling (Harikrishnan, 2012). För människor är intag av näringsrik föda ett grundläggande behov. Tillgodoses inte detta behov så försvåras människans vidare utveckling både psykiskt och fysiskt (Ahmed et al., 2012). Sjuksköterskan har som ansvar att främja hälsa och förebygga sjukdom (ICN, 2012). Därmed vill författarna undersöka hur sjuksköterskan tillämpar dessa ansvarsområden i Sonarpur, Kolkata, Indien.

Bakgrund

Adekvat vätske- och näringstillförsel

Det är viktigt med adekvat vätska- och näringstillförsel i samband med graviditet. En gravid kvinnas nutritionsstatus spelar en avgörande roll för fostrets nutrition. Gravida kvinnor bör påbörja graviditeten med en normal vikt och sedan upprätthålla en adekvat vikt och näringstillförsel under graviditetens gång. Under graviditeten gynnar det modern och fostret om extra näring tillförs då detta medverkar till tillväxt av fostret samt tillväxt av bröstens och livmoderns vävnad. Att kvinnan har en adekvat vikt innan graviditeten har en stor påverkan på om barnet föds med låg födelsevikt eller inte. Om kvinnan vid befruktningen har ett lågt BMI ökar risken för att barnet föds med låg födelsevikt vilket i sin tur försvårar barnets vidare psykiska och fysiska utveckling. Malnutrition hos modern ökar risken för barnet att födas med kognitiva och motoriska handikapp. Det ökar dessutom risken för barnet att dö i förtid. Moderns nutritionsstatus under barndomen, tonåren och under graviditeten har alltså en avgörande faktor för barnets nutritionsstatus (Imdad & Bhutta, 2012). Imdad & Bhutta (2012) menar att förutom att moderns nutritionsstatus spelar en stor roll för fostret så påverkar även hennes livsstil och kroppsstorlek hur mycket näring hon bör få i sig.

För att uppnå en adekvat vikt hos gravida kvinnor och för att minska risken för låg födelsevikt hos deras barn visar Imdad & Bhutta (2012) på att användning av ett balanserat kosttillskott bestående av energi och protein är det bästa alternativet. I detta kosttillskott står protein för mindre än 25 procent av det totala energiinnehållet. Denna typ av kosttillskott resulterade enligt studien i att barnen föddes med en högre födelsevikt än de barn till mödrar som inte använde sig av kosttillskottet. Låg födelsevikt minskade med 32 procent hos de barn där mödrarna använt sig av kosttillskott. Kosttillskottet visade sig ge bättre resultat på malnutrierade kvinnor än hos de med normal vikt (Imdad & Bhutta, 2012).

Under de första sex månaderna i livet bör spädbarns näringstillförsel komma från moderns bröstmjolk. Bröstmjölken innehåller näringsämnen som är viktiga för barnets tillväxt. Proteiner, kolhydrater, mineraler, spårämnen och vitaminer är mycket viktiga beståndsdelar i bröstmjölken. Mjölken innehåller även leukocyter, cytokiner och andra ämnen som hjälper till vid kroppens immunförsvar. Tillväxthormoner, hormoner, fettsyror, enzymer och andra biologiskt aktiva föreningar finns också i bröstmjolk. Dessa ämnen är hälsofrämjande för barnet. Malnutrierade mödrar har lika hög sammansättning av alla näringsämnen i bröstmjölken som normalviktiga mödrar. Däremot produceras inte lika mycket mjolk hos malnutrierade mödrar. Om modern äter vegankost bör kompletterande B12 ges till barnet eller modern (Agostoni, Braegger, Decsi, Kolacek, Koletzko, Michaelsen, Mihatsch, Moreno, Puntis, Shamir, Szajewska, Turck, van Goudoever, 2009).

Det finns många hälsofrämjande fördelar med att amma, speciellt i utvecklingsländer. I utvecklingsländer kan ett stort antal dödsfall hos barn förhindras om mödrarna ammar sitt barn längre. Det har visats att bristande amning ligger till grund för 1.4 miljoner dödsfall hos malnutrierade barn (Agostoni et al., 2009). Agostoni, Braegger, Decsi, Kolacek, Koletzko, Michaelsen, Mihatsch, Moreno, Puntis, Shamir, Szajewska, Turck, van Goudoever (2008) lyfter fram vikten av att också ge modersmjölkersättning till spädbarn. De första sex månaderna ska barnet helst livnära sig på bröstmjolk enligt Agostoni et al. (2008). Denna tillgång räcker till slut inte för barnets behov av energi, protein, zink och fett. Då bör näringstillskott ges. Modersmjölkersättning ger barnet en adekvat näringstillförsel vilket är gynnsamt för barnets utveckling. Tillskotten kan även ge en bra övergång från bröstmjolk till fast föda (Agostoni et al., 2008).

Efter 6 månader behöver barnet fast föda då bröstmjölken inte längre ger all näring barnet

behöver. Det är då viktigt med en välbalanserad kost. De viktigaste födoämnesgrupperna är mjölkprodukter, ägg, kött och fisk, vitaminer i form av frukt och grönsaker, ris baljväxter och nötter. Enligt WHO bör en välbalanserad kost innehålla fyra av dessa sju födoämnesgrupper (Malhotra, 2012).

I Indien har riktlinjer skrivits utifrån WHO:s principer. Efter 6 månader ska barn få mosad eller fast föda innehållande de näringsämnen som behövs för en normal tillväxt. Medelvärdet på hur länge indiska kvinnor ammar sina barn är 24.7 månader och det är endast 55.7 procent som ger sina barn i åldrarna 6-9 månader kompletterande föda. Med fördröjning av fast föda ökar risken för malnutrition hos barn (Malhotra, 2012).

Definition av malnutrition

Definition av malnutrition är felnäring, vilket innebär otillräcklig sammansättning av de nödvändiga näringsämnena (Malhotra, 2012). Människan har då brist på energi och protein samt brist på de vitaminer och mineraler som är livsnödvändiga (Läkare utan gränser, 2012). Akut undernäring kan delas upp i två kliniska tillstånd som benämns marasm och kwashiorkor. Marasm visar sig som extrem avmagering och kwashiorkor bildar ödem främst i fötter och anklar. Allvarlig malnutrition kan bidra till en förändring i ämnesomsättning och elektrolytbalans. Detta ger upphov till ökad infektionskänslighet och svårt att hålla normal kroppstemperatur. Det kan även bidra till lågt blodsocker, uttorkning och risk för hjärtsvikt. (Läkare utan gränser, 2012). Malnutrition behandlas genom att ge adekvat näringstillförsel. Förutom näringstillförsel ges även medicinsk övervakning så inga komplikationer uppkommer, exempelvis mässling och blodbrist (Läkare utan gränser, 2012). Diagnos malnutrition hos barn ställs genom att undersöka den procentuella skillnaden mellan vad som är normalt för ett barn att väga och vad barnet ifråga väger. En vikt under 80 procent av vad som är normalt klassas som akut malnutrition. Hos barn mellan 1 till och med 5 år kan malnutrition mätas genom en så kallad MUAC-måttband (Mid Upper Arm Circumference) där man mäter barnets överarm. Då omkretsen är under 11 cm är barnet malnutriert. (Läkare utan gränser, 2012).

Konsekvenser av malnutrition

Det finns ett stort samband mellan malnutrition och infektionssjukdomar. Malnutrition kan leda till olika infektioner och infektioner kan leda till malnutrition. Dessa skapar tillsammans en ond cirkel. De infektionssjukdomar som har störst samband med malnutrition är mässling, lunginflammation, diarré, malaria samt HIV/AIDS. Dessa infektioner är mycket vanliga dödsorsaker hos barn under 5 år i utvecklingsländer. Dödsfall orsakade av dessa infektioner associeras till 50 procent med malnutrition. Malnutrition är alltså den största anledningen till uppkomsten av infektioner av olika slag. Otillräckligt intag av bra föda kan leda till undervikt, lågt immunförsvar och skador på slemhinnan. Även en hämmad tillväxt hos barn är vanlig (Katona & Katona-Apte, 2008).

Malnutrierade barn drabbas inte bara av tillväxthämning, ökad dödlighet och mottaglighet för infektioner utan också av ett försämrat intellekt. Fysisk utveckling försvåras för att malnutrition ger en ökad risk för att drabbas av infektioner då malnutrierade personer är mer mottagliga för infektiösa sjukdomar. Barn är mer mottagliga för att drabbas av malnutrition än vuxna då barns näringsreserv inte är lika stort. Det sägs att 32 procent av hela världens infektionssjukdomar skulle kunna försvinna om malnutrition eliminerades (Katona & Katona-Apte, 2008).

International Council of Nurses, etisk kod för sjuksköterskor

De första etiska koderna för sjuksköterskor antogs 1953 av International Council of Nurses (ICN) (ICN, 2012). ICN (2012) skriver inledningsvis att vården ska ta hänsyn till de mänskliga rättigheterna, att alla ska få tillgång till sjukvård oberoende hudfärg, hårfärg, religion, kön, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, politisk åsikt eller nationalitet.

Koden innehåller 4 områden som handlar om etiskt korrekt handlande.

1. Sjuksköterskan och allmänheten, där sjuksköterskans främsta ansvar är att ge god vård. I denna kod ingår även att sjuksköterskan arbetar konfidentiellt, arbetar i respekt för olikheter, förespråkar jämlik resursfördelning och att patienten får den information som är nödvändig för att själva bestämma om vård och behandling. Sjuksköterskan ska alltid ge patienten ett

respektfullt bemötande och ta vara på dess integritet, vara lyhörd samt kunna känna medkänsla med patienten.

2. Sjuksköterskan och yrkesutövningen, där sjuksköterskan har ett personligt ansvar att genom hela livet behålla den kunskap som yrkesrollen kräver. Enligt denna kod måste sjuksköterskan även värna om sin egen hälsa för att inte äventyra någon annans liv och sjuksköterskan ska även säkra för patientsäkerheten då medicintekniska hjälpmedel används.

3. Sjuksköterskan och professionen, beskriver att sjuksköterskan har ansvar i att all omvårdnad baseras på evidens och att sjuksköterskan ska även säkra bra arbetsförhållanden.

4. Sjuksköterskan och medarbetare, ska samarbeta tillsammans. Sjuksköterskans ansvar ligger även i att ingripa om en patient blir dåligt behandlad av annan personal och hjälper medarbetare så att ett bra etiskt handlande uppfylls (International Council of Nurses [ICN], 2012).

Sjuksköterskan i Indien

Indien är ett av de många länder som idag räknas som ett låginkomstland och har idag en stor brist på både sjuksköterskor och barnmorskor. Bristen på sjuksköterskor och barnmorskor leder till en sämre möjlighet att uppnå landets utvecklings- och hälsomål. Då Indien är ett land där hälso- sjukvården styrs av ett vinstdrivande system försvåras anpassningen av utbildade sjuksköterskor till de samhällen som är i störst behov av sjukvård (World Health Organization [WHO], 2010a).

Indiens befolkning är idag 1.22 miljarder och antalet utbildade sjuksköterskor är cirka 1,760,000 vilket inte möter landets behov. Indiens brist på sjuksköterskor kräver, enligt WHO, en reformering av utbildningen så att de krav och utmaningar som verkligheten ger möts med en adekvat vårdkapacitet (Tiwari, Sharma, Zodpey, 2012). Förutom att Indiens utbildning av nya sjuksköterskor kräver en reformering så behövs det samtidigt en stor ökning av antalet sjuksköterskor. Idag uppskattas det behövas 2.4 miljoner nya sjuksköterskor för att kunna ha en sjuksköterska per 500 patienter (World Health Organization [WHO], 2010b). För att kunna förändra befolkningens hälsa krävs en ökning av inte bara kvantiteten men också kvaliteten (World Health Organization [WHO], 2010a). Den ökning av kvantitet och kvalitet som behövs möter ytterligare svårigheter då utbildningen av nya sjuksköterskor ständigt möter nya utmaningar i form av brist på fakulteter med genomarbetade kursplaner (Tiwari et al., 2012).

Indien blev självständigt år 1947 (Tiwari et al., 2012). Efter självständigheten har antalet utbildningscentra som erbjuder sjuksköterskeutbildning vuxit i antal och erbjuder grundläggande omvårdnad med möjlighet till vidareutbildning och arbete på professionell nivå. Utbildade sjuksköterskor får dessutom möjlighet till att påbörja forskning inom omvårdnad. The Indian Nursing Council är ett självständigt organ som behandlar frågor gällande sjuksköterskeutbildningen och dess kursplan (Tiwari et al., 2012).

Organisatoriskt arbete för minskning av malnutrition

Förenta nationerna [FN] (2011) har lagt fram en handlingsplan för att livet ska bli bättre för människor i utsatta delar av världen. De 8 mål som ska vara uppfyllda till år 2015 är: 1- jordens fattigdom och hunger ska halveras, 2- alla barn ska få tillgång till grundskola, 3- öka jämställdheten mellan kvinnor och män, 4- barnadödligheten ska minska, 5- förbättrad mödrahälsa, 6- stoppa spridning av HIV/AIDS, 7- säkra en hållbar utveckling, 8- öka samarbetet kring bistånd och handel. För att förverkliga FN's millenniemål ”att halvera jordens fattigdom och hunger till 2015” anser FN att Indien snabbt måste ingripa för att lyckas förändra de fattigas situation i landet. Det första millenniemålet är ett av FN's försök att minska jordens fattigdom och svält. För Indien är målet att fattigdom ska ha sjunkit från 51 procent år 1990 till 22 procent till 2015 (Förenta nationerna [FN], 2011). Indien har möjlighet att minska undernäringen i landet. De har enligt FN överskott på mat och menar att Indien inte bara måste men kan verka mot malnutrition (Harikrishnan, 2012).

Landets politiska ideologier påverkar folkhälsan

Svält beror inte endast på bristande jordbruk eller på grund av naturkatastrofer utan kan också bero på länders politiska inriktning. Deras politiska engagemang och ideologi angående prevention mot malnutrition och infektiösa sjukdomar påverkar hela populationens hälsa. Förutom att politik inom hälso- sjukvårdssystemen spelar stor roll beror även utbredningen av malnutrition på personlig hälsa, tillgång till mat i det egna hushållet och den psykosociala vårdmiljön (Katona & Katona-Apte, 2008).

Socioekonomisk betydelse

Indien är ett land med snabb ekonomisk tillväxt men trots detta minskar inte malnutritionen i landet (Malhotra, 2012). Saito, Korzenika, Jekeland, Bhattacharji (1997) har undersökt de bakomliggande orsakerna till malnutrition i Indien. De faktorer denna studie inriktar sig på är kunskap om varför malnutrition uppstår, den socioekonomiska situationen hos familjen och deras benägenhet att uppsöka vård för malnutrition. Endast 28 procent av alla mödrar i Saito et al. (1997) studie sa att de skulle söka vård om deras barn var malnutrierat.

Saito et al. (1997) visade på samband mellan familjens socioekonomiska ställning, vilket kön barnet har och även vilket typ av arbete fadern har. Risken för malnutrition var större om barnet var av kvinnligt kön och om fadern var av arbetarklass. Ingen större skillnad framkom mellan tillgängligheten av vård. Saito et al. (1997) beskriver att det finns ett samband mellan hur välinformerade mödrarna är om bakgrunden till malnutrition, faderns arbetssituation och barnets kön och om barnet är malnutrierat eller inte. Mödrar med välmående barn visste mer om hur och varför malnutrition uppstår än mödrar med malnutrierade barn.

Chatterjee & Paily (2011) skriver att det är dyrt för privatpersoner att söka vård vilket bidrar till att de familjerna med sämre ekonomi inte har råd att söka vård. 20.3 procent av hälso- och sjukvården bekostas av regeringen och 77.4 procent får privatpersoner själva stå för. Många har inte råd med detta vilket till exempel kan leda till att barn förlöses i hemmet (Chatterjee & Paily, 2011).

Syfte

Att belysa vårdpersonalens roll för att behandla och förebygga malnutrition hos barn mellan 0 och 5 år i Sonarpur, Kolkata, Indien.

Metod

Metoden som använts är en kvalitativ empirisk studie. Intervjuerna grundades på semistrukturerade intervjufrågor (Polit & Beck, 2012). Studiens utgångspunkt och perspektiv har grundat sig på humanvetenskap. Det humanvetenskapliga perspektivet utgår från ett holistiskt synsätt för att bevara patienters välmående. Humanvetenskapen menar att “being in the world of the patient” (Pratt, 2012, s.13) kan ge värdefull insikt som kan användas inom vårdvetenskapen. Inom humanvetenskapen studerar man människans erfarenheter i det syfte att man söker “lived experience” (Pratt, 2012, s.12) i samband med hälsa och livskvalitet.

Sammanhang

Kliniken Institute for Indian Mother & Child, IIMC, är belägen i området Sonarpur i Kolkata och är en ideell volontärorganisation. Den bedrivs inte med statliga medel utan genom sponsorer världen över. Organisationen arbetar främst med mödrar och barns hälsa. I 12 år har “indoor clinic” funnits. “Indoor clinic” är till för sjuka barn och deras mödrar som drabbats av marasm och kwashiorkor. Även barn som har hudsjukdomar, maskinfektioner och andningssvårigheter blir inlagda här (IIMC, 2008).

Tegharia outdoor centre har funnits i 16 år och hit kan sjuka och malnutrierade människor från Sonarpur komma för att få medicinsk hjälp och rådgivning. Det finns team som utbildar mödrar om god hälsa och hur man ska förebygga sjukdom. Barn som är malnutrierade får extra näringstillförsel med sig hem eller blir inlagda på “indoor clinic” för vidare vård. På Tegharia mäter man och väger spädbarn för att undersöka om barnet ökar i vikt eller inte, detta följs sedan upp efter några veckor (IIMC, 2008).

Urval

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att deltagarna skulle arbeta som sjuksköterska i området Sonarpur, Kolkata, Indien. Sjuksköterskorna skulle även behärska engelska och ha erfarenhet av att vårda malnutrierade barn.

Författarna insåg snart att inklusionskriterierna inte kunde uppfyllas och ändrade dem därefter. Inklusionskriterierna ändrades till att informanterna skulle arbeta som sjuksköterska

eller "health-worker" i området Sonarpur, Kolkata, Indien, och ha erfarenhet av att vårda malnutrierade barn. De som arbetade som "health-workers" på kliniken hade som arbetsuppgifter att sköta omvårdnad av patienter, att göra medicinska kontroller som att ta blodtryck och puls, samt att samtala med och undervisa patienter.

En av informanterna uppfyllde inte inklusionskriterierna. Hon hade inte någon erfarenhet av malnutrierade barn vilket var ett av kraven för att delta i studien. Intervjun inkluderades likväl då författarna ansåg att svaren i intervjun var användbara för studien.

Författarna valde att intervjua 11 informanter då det väsentliga enligt Polit & Beck (2012) inte är hur många informanter man inkluderar, utan att man har uppfyllt en saturation. Antalet informanter ska grunda sig på den mängd av information man söker.

Alla informanter som tillfrågades godkände ett deltagande i studien. 11 kvinnor deltog varav 6 var sjuksköterskor. Resterande deltagare var "health-workers". Bland dem som var "health-workers" hade två universitetsutbildning och två hade haft praktisk träning på sjukhus. Bland dem som var sjuksköterskor fanns det en avdelningschef och resterande var allmänna sjuksköterskor. Kvinnornas ålder varierade från 22 till 60 år. Erfarenheten hos personalen varierade från 3 månader till 18 år. De äldre hade nödvändigtvis inte längre erfarenhet än de yngre.

Tabell 1. Socio-demografisk karaktäristika av 11 medverkande

År av erfarenhet på kliniken	6.29 +-11/6
Legitimerad sjuksköterska	6
Health-worker	5
Universitetsutbildning	4
Higher secondary	8
Praktisk träning	5

Datinsamling

Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer på engelska. Det officiella språket i Sonarpur, Kolkata, Indien, är bengali. Uppsatsförfattarna behärskar inte bengali och bad

därför informanterna att så gott det går använda sig av engelska. Då flera av informanterna inte hade goda engelskakunskaper var det nödvändigt att använda sig av en tolk. Tolken hade goda engelskakunskaper och översatte från bengali till engelska. På det vis försäkrade vi oss om att det engelska språket inte var något hinder för informanterna utan de kunde känna sig fria att prata på sitt modersmål. Vissa av informanterna behärskade engelska bra och tolk var då inte nödvändig.

Studien föregicks av en pilotstudie som bestod av två pilotintervjuer. Utifrån analys av pilotstudierna genomfördes förändring av intervjuguiden avseende huvudfrågorna. Två huvudfrågor lades till i intervjuguiden då detta kändes nödvändigt för att få mer djup i intervjuerna. Pilotstudierna inkluderades i studien då författarna ansåg att intervjuerna var bra genomförda.

Intervjuerna varade mellan 45 minuter och 1 timme och inleddes med 8 bakgrundsfrågor. Bakgrundsfrågorna innehöll frågor angående deras erfarenhet av arbete med malnutrierade barn, deras ålder samt beskrivning av genomgången utbildning. Därefter fortsatte intervjuerna med 7 frågor som berörde deras arbete för att förebygga och behandla malnutrition hos barn mellan 0-5 år (se bilaga 1). Alla intervjuer spelades in med två bandspelare.

Informationsbrev angående studien och dess syfte skickades per mail till verksamhetschefen på IIMC och en medgivandeblankett bifogades (se bilaga 3). Chefen godkände studien skriftligt. Verksamhetschefen på kliniken hjälpte till att finna informanter till studien. Väl på plats i Kolkata informerades informanterna om studiens syfte och medgivande till att genomföra studien gavs. Därefter genomfördes datainsamlingen på kliniken under 3 veckor i januari, år 2013.

Data analys

Författarna valde att använda sig av manifest innehållsanalys i bearbetningen av data (Graneheim & Lundman, 2003). Intervjuerna reducerades till meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet kan vara ett påstående, en mening eller ord som alla relaterar till samma centrala mening (Graneheim & Lundman, 2003). Varje meningsbärande enhet kondenserades och bildade en kod (se bilaga 2). Utifrån koderna bildades kategorier och underkategorier (Graneheim & Lundman, 2003).

Som inledning i varje textstycke skrevs ett citat från intervjuerna, antingen informantens ord eller tolkens översättning. Författarna valde att använda sig av engelska som var det språk som svaren förmedlades på.

Forskningsetiska avvägningar

Informanterna fick innan intervjuerna skriftlig information om vilket ämne som skulle belysas och vad deras roll i studien skulle vara. Detta gjordes i enlighet med Beauchamp & Childress (1994) som skriver att forskning måste föregås av att informanterna är informerade kring studien för att vara etiskt godkänt. Informanterna informerades även om att allt behandlas konfidentiellt. Informanterna fick därefter själva avgöra om de ville medverka eller inte. Då informanter har erhållit nödvändig information om studien kan de göra ett självständigt val att delta i studien (Beauchamp & Childress, 1994). Då en kvalitativ studie skrivs vid Lunds universitet måste yttrande fås av den vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN, ske innan genomförande av empirisk datainsamling. Författarna skickade in en ansökan till etiknämnden innehållande information om vilket ämne som skulle belysas i studien, en bilaga med intervjufrågor samt de planer som fanns med studien och fick ett positivt yttrande. All data raderas direkt efter att denna studie är godkänd.

Resultat

Författarna har efter analys av studiens innehåll bildat två huvudkategorier. Den första huvudkategorin är "utbildning". Underkategorierna till "utbildning" är "att öka moderns medvetenhet", "familjeplanering", "råd om nutrition" och "hygien". Den andra huvudkategorin är "mötet" med underkategorier "få kunskap om familjens bakgrund", "omvårdnad", "behandling" och "uppföljning".

Informanternas beskrivning av malnutrition

Informanternas återkommande beskrivning av malnutrition var ”weight loss”, ”waste of muscles”, ”skinny”, ”big bellies”, ”marasm”, ”kwashiorkor”, ”deep eyes”, ”loose skin”, ”monkey face”, ”thin”, ”always crying” och ”lack of food”. En del av informanterna beskrev malnutrition som ”less than 10 percent of the normal body weight”, ”moon face”, ”small arms and legs”, ”the weight is not correct”, ”unmature”, ”don’t want to play with other kids”, ”soft fontanel”, ”unfit body” och ”underweight”.

Utbildning

Att öka moderns medvetenhet

“At first I teach the baby’s mother to give breast-feeding up to six months. After six months just solid food” (1)

Sjuksköterskans roll för att förebygga och behandla malnutrition framkom bland annat vara att öka moderns medvetenhet om god nutrition. Att öka moderns medvetenhet om god nutrition syftar dels på att informera om att ge barnet bröstmjolk. Modern bör enligt informanterna ge bröstmjolk till det att barnet är 6 månader gammalt för att förebygga malnutrition. Enligt en av deltagarna bör modern amma i 2 till 3 år eller så länge de kan. Informanterna beskriver även att amning ger en god relation mellan modern och barnet. Efter 6 månader bör modern ge fast föda. Enligt informanterna ges även information om vilken diet som är bra för malnutrierade barn samt information om varför barnet är malnutriert. Ifall barnets tillstånd inte förbättras blir de inlagda på IIMC’s klinik (indoor clinic).

“In our rural and Muslim area there is less education [...]. We have to send more women to the Muslim area to talk with the mothers” (4)

För att ge ökad medvetenhet till mödrar besöker informanterna byn för att prata med mödrarna och göra dem medvetna. Det är också viktigt att ge mödrarna god vård. Mödrarna

vet inte hur de ska ta hand om sina barn, inte heller hur de förebygger sjukdom och därför bör ”awareness program” ges. Informanterna observerar sedan modern för att se om hon tar hand om barnet eller inte. Informanterna poängterar vikten av att prata med mödrarna på ett respektfullt sätt, undervisa med ett språk som de förstår samt att informationen ska vara greppbar. Vidare sa de att arbetet med att ge mödrar kunskap om malnutrition är en central del i deras arbete för att motverka och förebygga malnutrition.

Vårdpersonalens erfarenhet är att bland de fattiga byarna och i framförallt muslimska områden förekommer malnutrition alltmer. På grund av detta sänder man idag mer och mer kvinnlig vårdpersonal till dessa områden för att undervisa muslimska mödrar. Undervisningen sker på ett vänskapligt sätt för att bilda en relation mellan vårdpersonalen och mödrarna. Den undervisning som ges innehåller information om vikten av bra hygien för att minska risken för exempelvis maskinfektion i tarmarna, som annars kan orsaka malnutrition. De undervisas dessutom om hur deras kost bör se ut, att de bör äta en varierad kost innehållande bland annat kött och fisk. Många muslimer är mycket fattiga och enligt deltagarna har de inte pengar till att försörja sig. Därför får de lära sig att till exempel föda upp fisk själva då möjligheten att köpa fisk för dem inte är ett alternativ.

Informanterna sprider även medvetenhet hos kollegor och andra medarbetare, vilket exempelvis beskrevs i meningen *“Giving awareness to our health workers, peace council group, for our outdoor clinic”* (4).

Familjeplanering

“Another point is that family planning is one of the most important things, because most people have so many children! (1)

Enligt vårdpersonalen var en stor och viktig del av deras arbete att undervisa om familjeplanering. Deltagarna i studien beskrev att det behövs mer undervisning än vad som idag är tillgänglig. Familjeplaneringen innehåller information för både modern och fadern och deltagarna poängterade betydelsen av att informera om att inte skaffa för många barn. De som har mer än 4 barn har enligt deltagarna svårt att försörja hela familjen med den mat de behöver. De fattiga familjerna i Indien bör enligt deltagarna inte ha fler än två barn. Efter att en familj har fått det antal barn de vill ha uppmanas de att använda sig av preventivmedel eller att genomgå sterilisering. En av informanterna hävdade att de familjer som har utbildning inte

är i behov av familjeplanering.

Råd om nutrition

“So when the baby comes to our institute we mainly take their weight. We also advise them to eat vegetables and proper food, when to give it and how to give the food, things like this” (5)

Deltagarna i studien beskrev att de distribuerar en näringsrik kost till alla sina nätverk i Sonarpur för att sprida goda vanor hos hela befolkningen. Vårdpersonalen undervisar båda föräldrarna om varför malnutrition hos deras barn har uppstått och hur de kan förebygga det i framtiden.

“The main problem is that the children don’t eat. So from time to time we give them rice, milk, banana, candy, nutritional diet and we prepare milk. Little they are eating. And when they are going home; I advise the mother how to feed the baby” (2)

En stor del av vårdpersonalens arbete är att ge råd om matvanor. Deltagarna beskrev att råd som ges är att modern bör få i sig bra och varierad mat innehållande protein, grönsaker, frukt, vitaminer, kolhydrater, linser och näring. De specifika produkterna som nämndes var ägg, fisk, banan, ris, mjölk, vatten och näringstillskott. Då mödrarna kommer till kliniken med ett undernärt barn ges förutom en god diet även injektioner av B-vitamin. För att undvika att mödrarna köper kakor eller andra onyttigheter händer det att vårdpersonalen köper lämplig mat åt dem. Modern får också veta hur hon iordningställer maten. De får även information om att det är viktigt att skölja maten på rätt sätt och att det finns mycket nyttig mat att ta från miljön. Då kvinnan är gravid undervisas hon om att äta näringsrik mat för att förebygga malnutrition hos barnet. Efter att ett malnutriert barn har varit inlagt på kliniken ges information om hur modern ska ta hand om barnet efter hemgång. Om mödrarna följer de råd som vårdpersonalen ger så menar de att barnen snabbt går upp i vikt.

Hygien

“They have to maintain their hygiene, if not, their physics will be decreased day by day” (4)

Vårdpersonalen ansåg att det är viktigt för barnen att ha god hygien då det är avgörande för barnens hälsa. De berättade att de ger information om att god hygien kan förebygga malnutrition. De beskrev att befolkningen inte tvättar sina händer med tvål och rent vatten, varken före mat eller efter toalettbesök. Detta kan leda till maskinfektioner i magen som leder till att barnet går ner än mer i vikt. Föräldrarna är enligt deltagarna oförsiktiga med sina barn och låter dem gå utan skor vilket även det kan resultera i maskinfektion. En annan anledning till dålig hygien är att det vatten de använder är smutsigt och fullt av bakterier. Barnen får till sist också lära sig att klippa sina naglar.

Mötet

Få kunskap om familjens bakgrund

“First thing is to know the person when they come in. What is wrong with the person, what is the personal background, what does she need, what is the income of the family. Just to know her better when we talk” (1)

Studiedeltagarna ansåg att en viktig del i deras arbete är att lära känna familjens bakgrund då de får en större inblick i familjens liv och vilka åtgärder som behövs för respektive familj. De är intresserade av att veta var och hur familjen bor, faderns inkomst och hur familjen mår. Hur många barn familjen har, matvanor, vilka som ingår i familjen och alkoholvanor är också av intresse. Detta följs sedan upp av vårdpersonalen. Vid situationer då mannen i förhållandet bestämmer sig för att lämna modern ensam med sitt barn kan barnets risk för malnutrition öka. De menar att hälsosamma relationer mellan partners gynnar barnets hälsotillstånd och minskar risken för malnutrition. Malnutrition kan enligt informanterna exempelvis uppstå vid för tidigt giftermål. Många gifter sig och får barn vid en omogen ålder, 13-14 år, trots att det i Indien är olagligt att gifta sig innan man är 18 år. Detta kan enligt informanterna resultera i ett ohälsosamt barn.

Allmän omvårdnad

“Then in case the child is malnourished, I have to give some medicine. I have to give it according to the health” (1)

I vårdpersonalens roll ingår det att lägga om sår samt att ge de mediciner som läkaren skriver ut till det malnutrierade barnet. Barnets hälsa avgör vilken medicin som ges. Deltagarna förklarade att många av Indiens invånare inte har råd att köpa näringsrik föda till sina barn. Vårdpersonalen hjälper då de fattiga människorna genom att ge av de resurser de har. Mödrarna kommer till kliniken med sina barn för att vägas en gång i månaden och erbjuds då ett paket mat då de inte har råd att köpa det själva. Beroende på deras vikt tas även blodtryck. En läkare finns tillgänglig för att se om anemi föreligger hos mödrarna. Statliga sjukhus erbjuder gravida kvinnor att förlösa barnet för ett lågt pris. Efter födseln följer vårdpersonalen upp för att se om modern ger barnet den mjölk det behöver samt får tre månaders hjälp då de får ris och annat nödvändigt. Barnen vaccineras gratis på kliniken och får nya rena kläder.

Behandling

“There are three types of malnutrition so three types of treatment” (9)

För att kunna behandla malnutrition krävs det enligt vårdpersonalen att man vet anledningen till att det har uppkommit. Malnutrition kan se olika ut och kräver därför olika typer av behandlingar. Exempelvis kräver barn med kwashiorkor mer vård än de med marasm. Malnutrition kan dessutom variera i grad och beskrivs av vårdpersonalen som allvarlig, medel eller mild.

Uppföljning

“Everyone comes here after one month, after 15 days, and then we take their weight. And after that we come to know, if there is improvement or not” (5)

Deltagarna berättade att då barnet är inlagt på kliniken sker uppföljningen av barnets tillstånd genom att ta barnets temperatur, puls och andningsfrekvens. Barnets vikt tas veckovis. Vårdpersonalen undersöker barnets hud för att se om infektioner förekommer och frågar

modern om barnet har mikterat samt haft faecesavgång eller inte. Vid de tillfällen då barnet inte är inlagt utan endast besöker kliniken så sker uppföljningen en till två gånger i månaden. Vid besöken vägs barnet och diskussion sker kring huruvida modern följer de råd som har givits. På det vis vet man om barnet har förbättrats eller inte. Förutom att barnen besöker kliniken så görs även hembesök för att se om förbättring har skett. All vårdpersonal följer riktlinjer angående hur de ska ta hand om barnet givna av respektive läkare.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Att ge informanterna öppna svarsalternativ ger dem en möjlighet till att utveckla sina svar och beskriva problemet djupare. Detta visade sig ge bra resultat då vårdpersonalen gav oss breda och utförliga svar. Att använda sig av semistrukturerade intervjufrågor är enligt Polit & Beck lämpligt då författarna söker svar inom ett visst ämne men vill undvika att ge sådana frågor som kan ge förutsedda svar. Genom att använda denna typ av intervjuguide ger man utrymme till informanterna att uttrycka sig på det vis de anser lämpligt och med en större frihet än då frågorna är strukturerade. Semistrukturerade intervjuer ger dessutom utrymme för författarna att ställa följdfrågor där det kan vara behövligt (a. a).

Inklusionskriterierna för studiens urval ändrades under arbetets gång. Författarnas mening var att först endast inkludera informanter som arbetade som sjuksköterskor. Inklusionskriterierna ändrades dock till att även inkludera ”health-workers”. Detta ansågs enligt författarna lämpligt då ”health-workers” arbetsroll inte skiljde sig anmärkningsbart från sjuksköterskornas.

Då en del av informanterna inte hade de engelskakunskaper som krävdes så använde vi oss av tolk. Om vi inte hade fått tillgång till tolk hade inte informanternas svar blivit utförliga. Att använda sig av tolk kan även ge felkällor då tolken ibland inte översätter allt som informanten säger eller att tolken missuppfattar vad informanten menar. Den tolk som hjälpte oss var insatt

i vårdpersonalens arbetsuppgifter vilket bidrog till att det ibland var svårt för oss att uppfatta om det var informantens åsikter som översattes eller om det var tolkens egna åsikter. Då vi inte kunde avgöra detta antog vi att all fakta kom från vårdpersonalen och förbisåg tolkens erfarenhet. Temple & Edwards (2002) skriver att vid användning av tolk bör författarna vara medvetna om omöjligheten att överföra samma mening från ett språk till ett annat. Vid användning av tolk kan det enligt Temple & Edwards (2002) uppkomma situationer då tolken behöver använda sig av ord som inte blivit sagda under intervjun för att kunna förklara informantens svar. De menar att tolken inte endast är någon som översätter från språk till språk utan är involverad i diskussionens innehåll.

En annan aspekt som är viktig att ta hänsyn till vid användande av tolk är den möjligtvis hämmande påverkan denna tredje part kan ha på informanten. Situationer då informanten känner sig i underläge gentemot tolken eller anser sina åsikter för privata för att dela med tolken kan enligt författarna möjligtvis leda till att svaren inte uttrycks på det vis informanten normalt hade använt om en tredje part inte varit närvarande. Bezuidenhout & Borry (2008) beskriver detta fenomen och menar att informanten kan hamna i en utlämnad position vid användning av tolk.

Bandspelare var nödvändigt för att i efterhand ordagrant kunna transkribera informanternas svar. Det rekommenderas starkt av Polit & Beck (2012) att använda sig av bandspelare då det ger ett mer komplett resultat än om man tar egna anteckningar. Det förhindrar även att man förvränger resultatet med egna uppfattningar. Två bandspelare användes i syfte att undvika att ord eller meningar missades. I efterhand lyssnade båda författarna igenom intervjuerna två eller tre gånger. Då författarna intervjuade i olika miljöer med störningsmoment i bakgrunden blev det ibland svårt att höra allt som sades i bandspelaren. Detta utgjorde inget hinder för att förstå intervjuerna.

Intervjuerna transkriberades ordagrant vilket enligt författarna gör analysen mer tillförlitlig och minskar risken att missa viktig information. Intervjuerna analyserades genom att plocka ut meningsbärande enheter som kondenserades och fick en kod. Att reducera det framtagna resultatet till meningsbärande enheter och koder anser författarna i enlighet med Graneheim & Lundman (2003) förenkla läsarens förståelse av texten. Läsaren kan på ett enkelt sätt följa med i hur bearbetningen har gått tillväga och resultatet blir tydligt och lättföljande där man i varje textstycke kan spåra dess ursprung. De meningsbärande enheterna gav oss en bra struktur, en bra överblick över vårt resultat samt en helhet.

Författarna valde att använda manifest innehållsanalys för att utesluta egna tolkningar och meningar som hade kunnat förvränga resultatet. Att bearbeta det manifesta innehållet ansåg författarna vara mest lämpligt då det är denna information som är synlig och självklar (Graneheim & Lundman, 2003).

Varje textstycke i resultatet inleddes med ett citat på engelska. Detta gjordes för att undvika feltolkningar från vår sida och för att ge en så riktig bild som möjligt av hur informanterna och tolken uttryckte sig. Att börja varje textstycke med ett citat menar vi är upplyftande och stärkande. Att använda sig av citat hjälper enligt Graneheim & Lundman (2003) läsarens möjlighet till att minnas det mest centrala i texten.

Diskussion av framtaget resultat

Undervisning om rätt föda

Malnutrition kan enligt informanterna genom lättillgängliga och enkla åtgärder förhindras och förebyggas. Att undervisa föräldrar är enligt deltagarna en central roll i vårdpersonalens arbete. En stor del av undervisningen som gavs till föräldrarna handlade om den kost som bör ges till barnet och vilka goda, hälsosamma effekter det ger. Detta fynd från vår studie bekräftas av Bhutta & Salam (2012) som menar att det finns specifika riskfaktorer för malnutrition. Dessa riskfaktorer är enligt Bhutta & Salam (2012) låg vikt vid födseln, otillräcklig amning och otillräcklig kompletterande föda. Bhutta & Salam (2012) beskriver att om inte dessa riskfaktorer förebyggs eller åtgärdas är det stor risk för återkommande infektioner. Undervisning om nutrition kan enligt Bhutta & Salam (2012) bryta denna onda cirkel.

Denna uppsats beskrev också att sjukvårdspersonalen undervisar mödrarna om vikten av att ge sitt barn bröstmjolk i minst 6 månader. Att ge bröstmjolk under denna tid medför enligt deltagarna i studien att en god relation skapas mellan modern och barnet som därmed kan bidra till att förbättra barnets tillstånd.

Att ge optimalt med bröstmjolk är däremot inte den enda åtgärd som krävs för att barnet ska kunna behålla sin hälsa. Efter det att barnet är 6 månader gammalt behövs dessutom

komplementär föda, men enligt en global undersökning är det endast 33 procent av alla barn som faktiskt får i sig den optimala komplementära födan som de är i behov av (Ahmed et al., 2012).

Bhutta & Salam (2012) påpekar specifikt vikten av att ge bröstmjök till barnet de första månaderna och menar att det finns ett starkt samband mellan att inte ge bröstmjök och barnets risk att drabbas av diarré. Att inte ge någon bröstmjök alls kan enligt nämnd studie leda till en ökning med 157 procent av diarré-relaterade dödsorsaker.

Diarré leder många gånger till utveckling av malnutrition och Chatterjee & Paily (2011) menar att diarrésjukdomar är en av de vanligaste orsakerna till dödsfall hos barn under 5 år. De beskriver att endast 75 procent av alla barn som lider av diarrésjukdomar får någon typ av behandling. Behandlingen varierar kraftigt och Chatterjee & Paily (2011) skriver att endast 60 procent av barnen med diarré blir undersökta på en klinik.

De största riskfaktorerna för att drabbas av malnutrition är enligt Bhutta & Salam (2012) att modern inte ger barnet den optimala bröstmjölken som barnet behöver och att barnet inte får i sig tillräckligt av de livsnödvändiga näringsämnen och då särskilt vitamin A och zink. Att ge bröstmjök och livsnödvändiga näringsämnen är framförallt viktigt under de första 24 månaderna av barnets liv och kan enligt Bhutta & Salam (2012) minska risken av att drabbas av sjukdomar senare i livet. Även Ahmed et. al (2012) beskriver i sin studie hur en ökning av att ge bröstmjök till barn kan minska all död hos barn under 5 år med 13 procent. En ökad distribution av bröstmjök bör enligt Ahmed et al. (2012) ske i ett tidigt stadiet av barnets liv och ger bevisade effekter i minskad död bland neonatala och småbarn.

Att ge rätt sorts mat är en viktig åtgärd för att minska utbredningen av malnutrition och brist på rätt föda påstås av Bhutta & Salam (2012) vara en av de största anledningarna till att malnutrition uppstår. Även Chatterjee & Paily (2011) skriver i sin studie att fattigdom och brist på nödvändig näringsrik föda är en av de största grunderna till malnutrition.

Indiens fattigdom är enligt Malhotra (2012) inte den avgörande faktorn för hur barnens nutritionsstatus ser ut. Malhotra (2012) skriver att det som avgör hur många gånger per dag barnen får mat, från hur många födoämnesgrupper maten kommer ifrån och om de får komplementär föda eller inte, istället beror på hur mycket information och undervisning mödrarna har fått om nutrition från sjukvårdspersonal. Vidare skriver Malhotra (2012) att även nivån på utbildning hos modern har en betydande roll gällande hur många gånger per

dag barnet får mat och från hur många födoämnesgruppen maten kommer ifrån. Malhotra (2012) menar att den signifikanta skillnaden angående mödrars distribution av föda till sina barn alltså inte beror på moderns välstånd utan på tillgången till undervisning.

Den gravida moderns nutritionsstatus spelar en avgörande roll för barnets hälsa. 40 procent av alla malnutrierade barn som föds i världen är födda i Indien och detta tillstånd orsakar där 0.6 miljoner dödsfall per år (Ahmed et al., 2012). I vår studies resultat framkom det att vårdpersonalen informerar mödrarna om att de under graviditeten bör äta en näringsrik kost för att kunna förebygga malnutrition hos sina barn. Denna typ av egenvård är viktigt för modern att ha god kunskap om. Dorothea Orem (1997) beskriver den viktiga roll sjukvårdspersonal har då de ger råd om egenvård. Hon beskriver den kunskap sjuksköterskan måste ha för att på rätt sätt avgöra vilka behov av egenvård patienten har.

Familjeplanering

Deltagarna i studien beskrev att en viktig del av vårdpersonalens arbete för att motverka undernäring är att undervisa i familjeplanering. Familjeplanering riktar sig till båda könen och tar upp vikten av att använda preventivmedel för att inte få för många barn. Enligt deltagarna är det ohälsosamt för en fattig familj att ha mer än två barn. Denna okunskap kring preventivmedel och förekomst av fyra eller fler barn ökar enligt deltagarna risken för att de utsatta familjerna inte har råd att ge näringsrik föda till alla familjemedlemmar. Studiens deltagare menar att det saknas undervisning samt att det behövs en ökad tillgänglighet till preventivmedel. Detta stärks i en rapport av UNFPA (2012) som beskriver att ett av målen med familjeplanering är just att informera kvinnor och män om möjligheten att skydda sig. De ska även informeras om hur de kan få tag på preventivmedel och preventivmedlet ska vara anpassat efter var köns behov.

Bland Indiens gifta kvinnor i åldrarna 15-49 år är det 56 procent som använder preventivmedel eller är steriliserade. Av dessa 56 procent är 75 procent steriliserade (Chatterjee & Paily, 2011). Detta betyder att 44 procent av Indiens gifta kvinnor mellan 15-49 år inte använder sig av preventivmedel.

1994 genomfördes en bestämmelse av "The International Conference for Population and Development, ICPD" att regeringar ska forma sådana förutsättningar som erbjuder

möjligheten till alla att planera sina familjeförhållanden. Det bestämdes även att för alla som är intresserade av familjeplanering, ska det vara möjligt att få. Dagsläget ser däremot annorlunda ut. Miljontals kvinnor i utvecklingsländer har ingen möjlighet till familjeplanering, närmare bestämt 222 miljoner, vilket enligt UNFPA (2012) beror på bristande utbildning, låg tillgänglighet till preventivmedel, kulturella och ekonomiska hinder samt brist på information och konsultation angående familjeplanering. Dessa miljoner kvinnor har inte möjligheten att välja då de vill skaffa barn och möter ofta diskriminering i sociala och våldsamma former (United Nations Population Fund [UNFPA], 2012). Familjeplanering är även viktigt i den bemärkelsen att det är en del av de Förenta Nationernas millenniemål. Två av millenniemålen är att minska barnadödligheten och att förbättra mödrahälsan (Förenta nationerna [FN], 2011). Chatterjee & Paily (2011) skriver att möjligheten för Indien att uppnå millenniemål 4 och 5 verkar orimligt och kräver stort samarbete från politiker och administratörer.

UNFPA (2012) menar att för att till år 2015 kunna uppnå flera av Förenta Nationernas millenniemål är det av stor vikt att familjeplanering och service kring reproduktiv hälsa sprids och ökar i användning.

Undervisning som ges angående sexuella relationer bör enligt författare inte endast ges när mödrarna är i en utsatt situation eller när de redan fött sitt första barn utan bör även ges i yngre åldrar. Genom att undervisa skolbarn i sexualkunskap kan en grundläggande kunskap ges om vikten av att använda preventivmedel, förståelse för när en kvinna blir könsmogen och genom att införliva en större insikt om konsekvenserna av att ha för många barn. Att ge den första kunskapen i tidig ålder med repetition genom hela skolgången och in i vuxenlivet då det första barnet föds kan enligt författarna ge en ökad medvetenhet hos både kvinnor och män. Att undervisa mödrar och ge dem utbildning beskrivs i en rapport om Förenta Nationernas millenniemål som en avgörande faktor för om deras barn kommer att överleva sina första fem år. De barn som har mödrar som har genomgått en utbildning, och särskilt då de har gymnasial eller eftergymnasial utbildning, har en mindre risk av att dö före det att de är fem år (Förenta nationerna [FN], 2011).

Deltagarna i studien beskrev att föräldrarna ofta är i tonåren när de skaffar barn. Detta ökar enligt deltagarna risken för att få ett underutvecklat barn då de menar att varken modern eller fadern själva är fullt utvecklade eller kapabla till att ta hand om ett eller flera barn. Enligt studiens deltagare är detta en vanlig anledning till att malnutrition i Indien uppstår. Även

giftermål sägs av deltagarna ske i tidig ålder. Efter giftermål är det naturligt att skaffa barn även om kvinnan är ung. Att undervisa om riskerna med att få barn i tidig ålder styrks i studien av Salihoglu, Karatekin, Baksu, Uslu, Baksu, Can, Nuhoglu (2012) som beskriver att de flesta barn som föds malnutrierade har mödrar i tonåren. Även Ahmed et al. (2012) påpekar riskfaktorn för malnutrition som den unga åldern för att skaffa barn utgör.

För att öka barnens chans att överleva de första åren är det av stor vikt att deras moder är vid god hälsa. Dock är dödligheten hos mödrar fortfarande stor i utvecklingsländer. Ett av millenniemålen är att förbättra mödrahälsan. FN (2011) beskriver att de största anledningarna till den höga dödligheten hos mödrar är på grund av en mycket hög eller låg ålder, könsdiskrimination, mödrar med många barn samt att det förekommer i större utsträckning bland de som saknar utbildning.

Hygien

Informanterna i denna studie berättade att en av anledningarna till att många barn i Sonarpur, Kolkata, Indien, drabbas av malnutrition beror på dålig hygien. Enligt vårdpersonalen är det viktigt att undervisa föräldrar om hygienens betydelse, varför maskinfektioner uppkommer och vikten av att sköta sin hygien för att i största mån kunna undvika malnutrition. Även Ahmed et al. (2012) belyser att en av faktorerna till den stora utbredningen av undernäring i utvecklingsländer beror på dålig hygien och sanitet. Av de barn som drabbas av diarréinfektioner beror detta hos 88 procent på dålig hygien och sanitet vilket kan motverkas genom olika åtgärder. Om hygien- och sanitetsproblemet blir bättre världen över tros man kunna motverka malabsorption och malnutrition (Ahmed et al., 2012). Även Bhutta och Salam (2012) beskriver i sin artikel att diarré och malnutrition går hand i hand och att 35 procent av all död i utvecklingsländer beror på akut diarré orsakade av maginfektioner.

Prüss-Üstün & Corvalán (2006) styrker också vårdpersonalens uttalanden om att smutsigt vatten, dålig sanitet och förorenad inomhus- och utomhusluft är bidragande orsaker till sjukdom och död. Miljöfaktorer är den största orsaken till att människor, framförallt barn, drabbas av diareesjukdom. Av de 94 procent människor världen över som drabbas av diareesjukdom så är den bidragande orsaken smutsigt dricksvatten och dålig sanitet och hygien. Barn under fem år påverkas mer av dåliga miljöförhållanden än andra vilket bekräftas i att en av de största dödsorsakerna hos barn under 5 år är diareesjukdomar. Diareesjukdomar

samt parasitsjukdomar är bidragande orsaker till malnutrition och uppkommer båda vid dålig hygien (Prüss-Üstün & Corvalán, 2006).

Som nämnts i resultatet lever stora delar av Sonarpurs befolkning i smutsig miljö med kontaminerat vatten. De har inte kunskap om vikten av att tvätta händerna innan måltid eller efter toalettbesök vilket ökar risken för infektioner. Att vårdpersonalen har en viktig uppgift i att informera de okunniga i Sonarpur om hygien kan styrkas av omvårdnadsteoretikern Suzie Kim (2000). Hennes teori utgår från domäner varav en är omgivning. Domänen belyser hur miljön påverkar människans levnadsförhållanden och därför är det en stor del av vårdpersonalens arbetsuppgifter att ha i beaktande vid omvårdnad.

Författarna anser att det ursprungliga problemet med dålig miljö måste behandlas först för att kunna lösa problemet med dålig hygien. Om vattnet fortsätter att vara kontaminerat och omgivningen fortsätter att vara smutsig är det svårt att förhindra dålig hygien. Prüss-Üstün & Corvalán (2006) menar att bra miljö är nyckeln till god hälsa. I de samhällen där människor är utsatta för miljörisker påverkas också hälsa. Dessa miljörisker måste därmed elimineras. Årligen dör 4 miljoner barn världen över orsakat av dåliga miljöförhållanden, framförallt i utvecklingsländer.

Vidare reflekterade författarna över hur FN's millenniemål påverkas av den dåliga miljö som finns på många platser i världen. Prüss-Üstün & Corvalán (2006) menar att det finns vissa svårigheter med att uppnå millenniemål 1 relaterat till miljöfrågan då dålig miljö har en negativ påverkan på hälsa vilket därmed påverkar utsatta familjer. Dessa familjerna kan inte arbeta och tjäna pengar för att försörja alla familjemedlemmar. Detta kan enligt Prüss-Üstün & Corvalán (2006) leda till malnutrition. Även det fjärde millenniemålet skulle uppnås enklare vid bra miljö förhållanden. Prüss-Üstün & Corvalán (2006) beskriver att bra miljö skulle bidra till att mortaliteten hos barn under 5 år minskades. Enligt Prüss-Üstün & Corvalán (2006) skulle även en bra miljö påverka millenniemål 5 positivt. En bra miljö skulle leda till en renare bostad för många familjer. En renare bostad skulle förbättra den gravida kvinnans och hennes barns förutsättningar till ett bättre liv. Det är även viktigt med rent vatten vid förlossning för att minska risk för infektioner. Sammanfattningsvis menar Prüss-Üstün & Corvalán (2006) att om miljön blir bättre, så blir det också enklare att uppnå Förenta Nationernas åtta millenniemål.

Slutsats

Studien visar att ett stort problem i Sonarpur var att mödrar inte är medvetna om vilken slags föda som är bra för deras barn. De är heller inte medvetna om vikten av en god hygien och dess påverkan på barns hälsa. Denna medvetenhet försöker vårdpersonalen som arbetar på kliniken ge. För att kunna hjälpa mödrarna och deras malnutrierade barn är det mycket viktigt att personalen som ger informationen har en bra kunskap om vikten av en bra diet, vad man ska äta och varför det är bra för kroppen. Undervisning om vilken mat som är bra att ge till barn, både malnutrierade som friska barn, bör ingå i vårdpersonalens utbildning.

Kliniska implikationer

Vår studie visar att hälso- och sjukvården i Sonarpur är i behov av mer kunskap om god nutrition och hygien. Även en utökad användning av familjeplanering är nödvändig för att förbättra hälsan hos mödrar och deras barn.

Författarnas arbetsfördelning

Intervjuerna genomfördes av båda författarna. Författarna transkriberade all data tillsammans och genomförde en gemensam analys. Introduktion, resultat och diskussion skrevs av båda författarna.

Referenser

Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K.F., Mihatsch, W., Moreno, L.A., Puntis, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D., van Goudoever, J. (2009). Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 49:112–125.

Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K.F., Moreno, L., Puntis, J., Rigo, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D., van Goudoever, J. (2008). Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 46:99–110.

Ahmed T., Hossain, M., Sanin, K.I. (2012). Global Burden of Maternal and Child Undernutrition and Micronutrient Deficiencies. *Annals of nutrition & metabolism*. 2012;61(suppl 1):8–17.

Bezuidenhout, L. & Borry, P. (2008). Examining the Role of Informal Interpretation in Medical Interviews. *Journal of Medical Ethics*, Vol. 35, No. 3 (Mar., 2009), pp. 159-162

Bhutta, Z. & A, Salam, R. A. (2013). Global Nutrition Epidemiology and Trends. *Annals of nutrition & metabolism*. 2012;61(suppl 1):19–27.

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. (5. ed.) New York: Oxford Univ. Press.

Chatterjee, A. & Paily, V.P. (2011). Achieving Millennium Development Goals 4 and 5 in India. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03112

Förenta nationerna [FN]. (2011). *The Millennium Development Goals 2011*. Hämtad 24 september, 2012, från http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf"pdf

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

Harikrishnan, K.S. (2012). Indiens barn hungrar trots den snabba ekonomiska tillväxten. *Om Världen*. Hämtad 7 september, 2012, från: <http://www.sida.se/OmVarlden/Branschnytt/Indiens-barn-hungrar-trots-den-snabba-ekonomiska-tillvaxten/>

Imdad, A. & Bhutta, Z. (2012). Maternal Nutrition and Birth Outcomes: Effect of Balanced Protein-Energy Supplementation. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 1:178-90.

Institution for Indian Mother and Child [IIMC]. (2008). Hämtad 14 mars, 2013, från: <http://www.iimcmisioncal.org/>

International Council of Nurses [ICN] (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Hämtad 15 mars, 2013, från

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/Code%20of%20Ethics%202012%20for%20web.pdf

Katona, P. & Katona-Apte, J. (2008). The Interaction between Nutrition and Infection. *Clinical Infectious Diseases*, 2008; 46:1582–8

Kim, H.S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. (2:a upplagan). New York: Springer

Läkare utan gränser. (2012). *Undernäring*. Hämtad 15 september, 2012, från: <http://www.lakareutangranser.se/uppdrag/Vara-uppdrag-utv/sjukdomar/Undernaring/>

Malhotra, N. (2012). Inadequate feeding of infant and young children in India: lack of nutritional information or food affordability? *Public Health Nutrition*, 3:1-9

Orem, D.E. (1997). Views of Human Beings Specific to Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 10:1, Spring

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

Prüss-Üstün, A., & Corvalán, C. (2006). *Preventing disease through healthy environments*. Hämtad den 4 februari, 2013, från: http://cdrwww.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdiseasebegin.pdf

Pratt, M. (2012). The utility of human sciences in nursing inquiry. *Nurse Researcher*. 19, 3, 12-15

Saito, K., Korzenika, J.R., Jekeland, J.F., Bhattacharji, S. (1997). A Case-Control Study of Maternal Knowledge of Malnutrition and Health-Care-Seeking Attitudes in Rural South India. *Yale journal of biology and medicine* 70, pp. 149-160.

Salihoglu, Ö., Karatekin, G., Baksu, B., Uslu, S., Baksu, A., Can, G., Nuhoglu, A. (2012). Frequency and risk factors of fetal malnutrition among liveborn singleton term neonates using a computerised perinatal database, 2000–2006. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(10):926-30

Temple, B. & Edwards, R. (2002). Interpreters/translators and cross-language research: Reflexivity and border crossings. *International Journal of Qualitative Methods*, 1 (2), Article 1

Tiwari, R.R., Sharma S.P., Zodpay, S.P. (2010). Situational analysis of nursing education and work force in India. *Nursing outlook*, S0029-6554(12)00175-3.

United Nations Population Fund [UNFPA]. (2012). *By choice, not by chance. Family planning, human rights and development*. Hämtad 14 mars, 2013, från: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN_SWOP2012_Report.pdf

World Health Organization [WHO] (2010b). Wanted: 2.4 million nurses, and that's just in

India. *Bull World Health Organ.* 2010;88:327–328.

World Health Organization [WHO]. (2010a). *WHO consultation on the transformative scale-up of medical, nursing and midwifery education*. Hämtad 23 januari, 2013, från: http://www.who.int/hrh/resources/second_meeting_nursing_education.pdf

Bakgrundsfrågor informanter

1. How would you describe malnutrition?
2. What is your experience of working with malnourished children?
3. What is your occupation of profession?
4. Where is your position in the organisation where you work?
5. For how long have you been working at this institution?
6. What is your highest level of education?
7. What year did you graduate from nursing school?
8. How old are you?

Intervjufrågor

1. What is your role to prevent and treat malnutrition?
2. Which three nursing interventions do you consider are most important to prevent and treat malnutrition?
3. Can you please describe why you consider these three interventions as the most important ones?
4. Can you please describe how you follow up these nursing interventions? (probing: is there any local guidelines?)
5. Is your work evidence-based?
6. Do you have an individual plan for every admitted child?

7. Any thoughts about your work to prevent and treat malnutrition?

Bilaga 2 (3)

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Koder
<p>Awareness of the mother of how to feed their baby with breast milk. Only breast-feeding up till 6 months, after 6 months mainly solid food.</p> <p>Up to 6 months the baby has to be breast-fed, not water from the outside, only breast-milk. We also have to give the advice about breast feeding to the mother, that it is important to breast-feed the first 6 months and after that how to give the solid food.</p> <p>The baby should breast-feed 2-3 years, as long as they can, the mothers, they must, three years must.</p> <p>Breast milk is the best food. If the child take the breast milk up to 6 months, she, the child, must not be malnourished baby. And after 6 months mother will care about the child over food, if they don't take care about their child with food, maybe malnourished.</p> <p>Breast-milk is good food for the prevention, prevention the child.</p> <p>Breastfeeding is also good for mother and child relation.</p>	<p>Awareness of the importance of breast-feeding up to six months.</p>	<p>Awareness to the mother</p>
<p>Educate the parents why the children are being malnourished. Make them aware about how to prevent malnutrition. First give the parents awareness about why the children are being malnourished. Make</p>	<p>Education to parents about how to take care of the child.</p>	<p>Educate parents</p>

<p>them aware and then how to prevent.</p> <p>At the first time we give awareness to their mother, and if the mother is illiterate, they don't know how to observe their child and how to take care of the child. The first time we give them awareness we observe the child to see if the mother is taking care or not. If the mother not taking care we will give them food. Nutrition food. And that will help them.</p> <p>We advice about how to take care of the baby. Give good care to the mother. We visit the village, talk with the mothers and we are giving the awareness. And sometimes when we visit the outdoors, we see it, so we talk with the malnourished mothers and their malnourished children. We talk with the mothers how to give attention to the children, how take care of the children and how the diet will be for the malnourished. So we are giving the awareness.</p>		
<p>Stop the underage marriage and the husband from leaving his wife and newborn baby. Another thing is malnutrition because of early marriage, because they're getting married soon after they have their period. Some of them are 13, 14, mainly this. Actually it's forbidden to get married before 18 but somehow they do it and get married. So</p>	<p>Pregnancy in early age can lead to malnourished child.</p>	<p>Promote healthy relationships</p>

<p>you can know that mother is not properly grown up so how will she deliver a proper baby. She will not be able.</p>		
<p>Get to know personal and family background and income of the person. What does the mother need? How many children? Who is the working member of the family? My role is when I see the person becoming malnourished I first give what's ever available, family background, how is she, where she's living and how is the income of the father. After visiting them I know about their background. First thing is to know the person when they come, what is wrong with the person what is the personal background, what she need, I follow up the visit. I come back and visit them again. Sometimes they need visit very often. In the beginning I always go for more visits. Family visit is very important. If you wanna treat malnutrition you need to know the background of the family, income of the family, how is the background? More often, one visit not enough. First I see the income of every member of the family, second you see who is the family members, how many children, what they're eating, what time they're eating. In poor families I talk to the father also.</p>	<p>Getting to know the family and their situation</p>	<p>Knowing family background</p>
<p>Family planning, most people have so many children they can't feed their</p>	<p>Prevention of getting more children</p>	<p>Have family planning</p>

<p>children. Advice mother and father to use contraceptive pills, condoms or therecthomy.</p> <p>She say that she give the family planning to both partners, both husband and wife, she also wants to say that mothers in India have to take the oral contraceptive pills and the husband the condoms. If you completed the family you have to go to operation, therecthomy, so you can't have more children, it is free in our country.</p> <p>Family planning is one of the most important because most people have so many children they can't feed their children. Educational families don't need family planning, there is no need to give any family-planning advice</p> <p>An important way to prevent malnutrition is mother awareness, gathering the mothers to talk about family planning. Sometimes it is the nurses and sometimes our health worker that educate the families in family planning. The education includes advice about to use contraceptive pills and condoms for husband.</p>		
<p>Because in our rural area there are less education, we see that thing, basically in muslim area there is less education. They are not very open-minded to talk with the pupil so we send more and more women</p>	<p>Talk with the mothers in Muslim areas</p>	<p>Educate Muslim women</p>

<p>to the muslim area to talk friendly with the mothers. Muslims are friendlier with us when they get more educated. We want that thing. We visit the village, we talk more and more with the muslim community then it is easier for them too. For muslim, there is no restriction for child birth, they will not take contraception, for in their religion they can have as many children as they want. If you have 100 people, 50 are living with the understanding of contraception because the rest is not educated. They're educated to class four, class five, sometimes class eight but there is only few, sometime not educated at all. Because after she get the period she cannot go to the mosque anymore, that's what happening in India, cause they cannot go for education.</p>		
<p>Advice mothers to eat proper food during pregnancy time, then naturally the children will come out with good health. Proper food for the pregnant and non-pregnant mother and child. Awareness of the mother of how to feed their baby. They can sometimes get extra carbohydrate, vitamins, food, egg, protein. Main problem is don't eating, time to time give rice, milk banana, candy, nutritional diet, we prepare milk. Little is eating. When the mother is going home with the baby I give information</p>	<p>Give the child and pregnant mother proper food and knowledge of how to make it.</p>	<p>Give nutrition diet</p>

on how to feed the baby, how they feed the baby when they leave the hospital. The mother is busy and other can't take care of the baby so I also advice the mother to give food when they go back to home. Give extra carbohydrate, vitamins, b-complex, food, egg, protein, rice, milk, vegetables, and nutritional diet.

We have the supervisor of our network program, so we distribute our nutrition diet (nd). Through our networks we are doing nutrition programme in our network field. We give advice to the mothers from which food they are taking the nutrition, so awareness of the mothers.

When the baby comes to our institute we mainly take there weight we advice them to take vegetables and proper food, when to give and how to give the food. If they are very, very underweight then we give the nutritional diet, nd, that we make here with help from the volunteers.

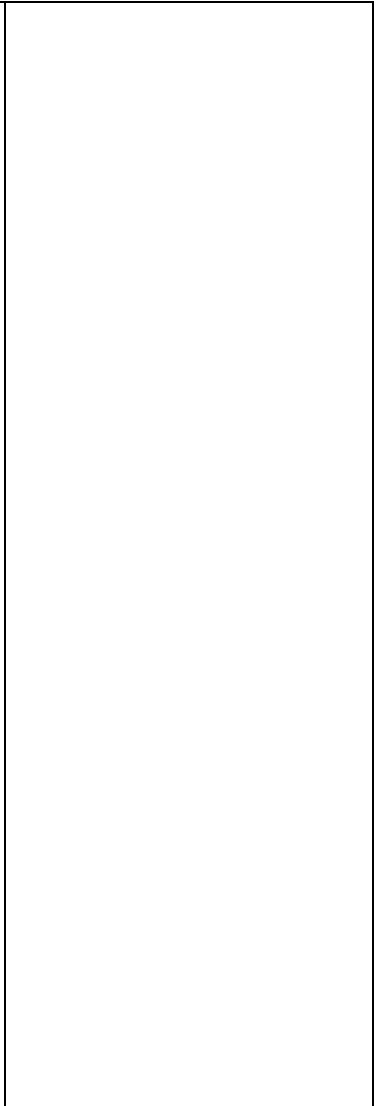
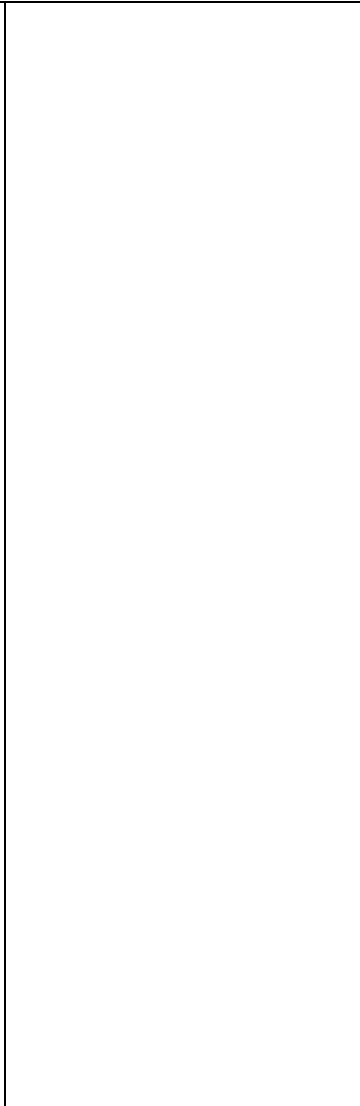
Because there are a lot of ingredients with the carbohydrate, protein, vitamins, all types of ingredients. Important is vitamin. Dall is very most important food, most important, very good for health. Rice and veg, carbohydrate and protein, like egg and fish. Milk, fish, egg is protein, dall is vitamin. dall is the most important. You give mother rice and dall.

<p>Then some vegetables egg and fish.</p>		
<p>Maintain hygiene, if not their physics will be decreased day by day. Washing hands and legs with soap after toilet as well as before food. Wash food. Cut nails. Observe stomach infections. We advise about food and hygiene, mainly hygiene is very, very important to prevent malnutrition. Because sometimes they do not know how to wash hands. About hygiene also, if they don't maintain hygiene like hand washing and clean clothes they will get infections, stomach infections. And from infection she does not gain the weight. They must observe if the child is suffering? If the child suffering of worm. If the child is suffering of worm in the belly it is one of the causes of malnutrition. With the food it is very important to take care of their hygiene. If they not take care of hygiene there is risk for diarrhea, and all is lost. Keep clean themselves. It is very important. Hygiene is the most important, she doesn't wash her hands and they are taking fruit they not washing their food so it isn't hygienic. Worms is very important. After toilet you wash your hands and wash your legs, before you eat food you should wash</p>	<p>Washing hands and legs with soap after toilet</p>	<p>Teaching about maintaining hygiene</p>

<p>your hands and look after so the food is washed. We can see the malnutrition especially in the village, they use water full of germ, they don't wash their hands when they go to toilet, they don't wash their hands with soap, they don't use soap, and, they are always walking without shoes. Always, 24 hours walking without shoes, it is that what causes malnutrition.</p>		
<p>Follow-up when admitted, look for temperature, weigh weekly. Look for skin-infections, diarrheal, passing of urine or not. Take pulse and respiration. Once a month or every 15 days the mothers come to our nutrition department where we check how the children improving. Our workers go home to home and talk to the mothers. We say to the mother to take care about the malnourished child and if second time, third time, we see that there is no improvement, we take them in the indoor and we keep them and treat them with nutrition food. After 15 days or one month or 3 weeks or 1 week and if they are ok they leave here. They come to us and we see how they doing or not. If they do what we have</p>	<p>Check-ups during the admitted time as well as after discharge</p>	<p>Do follow-ups</p>

<p>told them to do. If we have giving them food we go and ask them if they follow what we told them.</p> <p>When they admitted here, then they can follow it up, but when they discharge, it is not possible for them to come back, only when they're here.</p>		
<p>Do the dressing and give the children the right medicine. I visit the family, I tell her everything, and then in case malnourished then I have to give some medicine I have to give it according to the health.</p> <p>Find the cause of malnutrition. We must search it. Three types of malnutrition mean three types of treatment. guidelines from doctor and government, how to treat children, how to give food</p>	<p>Treat malnutrition through taking care of wounds and giving medication, followed by guidelines.</p>	<p>Nursing practice</p>
<p>They are poor and don't have any money to buy good food for the children. Most of the Indian people are very poor; they cannot take their food which they need. If they don't have food the baby gets malnourished. It is her opinion. I try to teach the mother about what's good food in your reach.</p> <p>Educate the mothers, educating is very important. Visit the family and have an intervention or health talk with the mothers. You tell the mothers to educate</p>	<p>No money for food and less education- Start keeping money</p>	<p>Helping the poor</p>

the people in their reach and slowly you tell her to start keeping money, not with high amount. They are uneducated; they think they can't do anything. If they have good health then definitely anyone can give them good work. But here people they don't have dignity of living, very few have that, so you have to teach them to work for living. They don't work. When I school them I have to say, see you have good health you have everything, why can't you work? It's not that difficult, everybody will give you work. Many mothers are not educated; they have not learnt to work. So that is another problem in India. Nobody can give them job, means you have to educate them. In their own way, in their own language, in their reach, educate is very important.



Bilaga 3 (3)

email: sofiamimmi@gmail.com

email: flarsson90@gmail.com

Namne: Marie Edwinson Månsson

Title: Prof. senior lecturer

e-mail: marie.edwinson_mansson@med.lu.se

Attachments

1. Consent form
2. Project plan

Form for permission from the manager or equivalent

Title of the study: "The nurse's experience about her way of counteracting malnutrition amongst children between the age of 0-5 in India".

Permission is

Granted

Denied

Institute for Indian Mother & Child

Place Date

Kolkata, India. 15th November' 2012

DR. Sujit Ku. Brahmachary
15/11/12

Signature

Director
Institute for Indian Mother & Child

DR. SUJIT KU. BRAHMOCHARY

Name in print and title

Director.

Medical doctor - Paediatrics, Indoor & out door hospital & clinics

Area of Activity



