

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
K2016:68

Sjuksköterskornas erfarenheter av arbetet med överviktiga
barn och deras familjer
Litteraturstudie

Petra Bank
Hanna Dahlin



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Sjuksköterskornas erfarenheter av arbetet med överviktiga barn och deras familjer
Författare:	Petra Bank och Hanna Dahlin
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	GSJUK14V
Handledare:	Britt-Marie Halldén
Examinator:	Björn-Ove Suserud

Sammanfattning

En av de största utmaningarna, inom folkhälsan, under 2000-talet beskrivs vara, övervikt och fetma hos barn. Sen år 1990 är ökningen alarmerande och detta främst i låg- och medelinkomstländerna. I Sverige har det främst varit en ökning av övervikt och fetma bland barn i en mer utsatt socioekonomisk bakgrund. Familjen och de levnadsvanor som följer barnet i uppväxten beskrivs vara avgörande, för om barnet utvecklar övervikt eller fetma. Sjuksköterskor har goda möjligheter, att komma i kontakt med hela familjen för att rådgöra samt stötta. Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn med övervikt samt deras familjer. En litteraturstudie genomfördes. Elva vetenskapliga artiklar, varav 9 med kvalitativ forskningsansats och 2 med kvantitativ forskningsansats, granskades och analyserades. Fyra teman och nio subteman identifierades. Resultatet visar att yrkesverksamma sjuksköterskor möter svårigheter, till dessa hör att övervikt tolereras och accepteras på ett annat sätt än tidigare, liksom livsstilsförändringar som innebär att vi idag är mer stillasittande. De ansåg sig väl positionerade för att ta hand om barnen med övervikt och fetma, men upplevde en osäkerhet för samtalet kring och med barnet, samt dess familj. Bristande riktlinjer på arbetsplatsen bidrog till färre antal samtal, med berörda föräldrar. Sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet i den egna professionen, där mer utbildning önskades, dels i hur kommunikationen med barn och deras föräldrar kunde förbättras men även i ämnet övervikt. För att öka tryggheten hos sjuksköterskorna behövs tydlig arbetsbeskrivning och riktlinjer, mer utbildning, främst i kommunikation med barn och familj, men även ett förbättrat samarbete med andra yrkeskategorier.

Nyckelord: *overweight, obese, attitude, nurse, child, pediatric.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Förekomst av övervikt och fetma	1
Globalt	1
Sverige	1
Definition av övervikt och fetma	2
Problem som följer med övervikt	2
Den berörda familjens betydelse	3
Sjuksköterskans arbete	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Datainsamling	5
Dataanalys	6
RESULTAT	7
Samhället	7
Normer	7
Livsstil	8
Familjen	8
Relationen mellan föräldrarna och sjuksköterskan	8
Motivation	9
Kunskap	9
Förutsättningar och hinder	10
Sjuksköterskans yrkesroll	10
Bristande självförtroende och osäkerhet	10
Arbetsmiljön	11
Arbetsituationen	11
Resurserna	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
SLUTSATSER	16
Kliniska implikationer:	16
REFERENSER	17

INLEDNING

Övervikt bland barn och unga ökar. Det påverkar hälsan negativt. Att vara överviktig medför risker både nu och senare i livet. Minskad självkänsla är ofta något som följer barn och ungdomar med den ovanstående problematiken. Andra fysiska besvär kan vara utveckling av insulinresistens, blodfettsrubbingar, leverpåverkan och svårigheter med att röra sig. Vi har valt att göra vårt examensarbete kring detta ämne då det är ett problem som ökar och som kan leda till lidande och problem i livet. Detta trots den lättillgängliga information och chans till stöd och kunskap. Som sjuksköterska finns möjlighet att arbeta såväl förebyggande som behandlande och finnas som ett stöd för både barnet och familjen, vilket för oss känns spännande och viktigt. I denna litteraturstudie har vi därför valt att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn med övervikt och deras familj.

BAKGRUND

Förekomst av övervikt och fetma

Globalt

Övervikt och fetma hos barn beskrivs som en av de största utmaningarna under 2000-talet, till en god folkhälsa. Ökningen är alarmerande, från 1990 då antalet barn (0-5 år) med övervikt var 32 miljoner till 2013, då siffran för barn i samma åldersspann var 42 miljoner. Ökningen sker i snabb takt, över hela världen, men främst i låg och medelinkomst länder. I utvecklingsländer är ökningen av övervikt och fetma hos barn 30 % högre än i industriländer. Utvecklingen i arbetet mot övervikt och fetma är otillräcklig och långsam. Vår tids sätt att leva inbjuder till stillasittande och det är lätt att energiintaget blir för stort, med allt större portioner och tillgänglig snabbmat. Goda vanor skapas redan i mycket låg ålder och det är därför viktigt med bra och tillgängliga riktlinjer och information till föräldrar (World Health Organisation 2016).

Sverige

I Sverige har vi haft en liknande utveckling där förekomsten av övervikt och fetma hos barn, har ökat de senaste årtiondena. Flickor löper högre risk att bli överviktiga, ca 11 procent av flickorna i 4-årsåldern är överviktiga medan, ca 7 procent av de jämgamla pojkar är överviktiga. Även i socioekonomisk bakgrund finns det skillnader. De barn som har en mer utsatt socioekonomisk bakgrund, är mer överviktiga jämfört med jämgamla barn, som har en mer stabil socioekonomisk bakgrund (Statens Folkhälsoinstitut 2014, ss. 88-90).

Av de barn som är i 10-års ålder, är det cirka 25 % som är överviktiga och för barn i samma ålder är förekomsten av fetma cirka 3 %. (BORIS.se). Sjöberg, et al, 2011 kommer i sin studie om övervikt och fetma bland 4538 skolbarn fram till ungefär samma siffror, barnen som var i åldern 7-9 år undersöktes avseende vikt, 17 % av barnen var överviktiga medan 3 % uppfyllde kriterierna för fetma. De som var bosatta på landsbygd löpte större risk att utveckla övervikt och fetma, än de som bodde i staden. Det finns även regionala skillnader i Sverige, där högst förekomst av övervikt och fetma

finns i Norrlandslänen och lägst förekomst är i Stockholmsområdet och Blekinge (Bråbäck, Bågenholm & Ekholm 2009). Samhällskostnaden för övervikt och fetma medräknat produktionsbortfall, sjukskrivningar, sjukvårdskostnader och för tidig död, var för år 2003 16 miljarder kronor (Börjesson Munk 2010, s. 443).

De barn som diagnostiserats med fetma har ökat från 1 % till 4 %, under de senaste 25 åren (Thorèn & Marcus 2016). De menar även på, att det finns en mängd tidiga riskfaktorer som ökar risken att barnet blir överviktig eller utvecklar fetma. Exempel på sådana riskfaktorer är: överviktiga föräldrar, hypotalamuspåverkan (ex Prader Willis syndrom) eller om barnet har en neuropsykiatrisk diagnos ökar risken. Även Veugelers och Fitzgerald (2005) rapporterar om liknande riskfaktorer och tar även upp andra som är mer relaterade till livsstilsvanor: att hoppa över en måltid som frukosten ökar risken för övervikt, att äta middag ihop hemma minskar däremot risken och barn som gick i skolor med mer fysisk aktivitet på schemat, löpte mindre risk att bli överviktiga.

Definition av övervikt och fetma

Body mass index (BMI) är ett mått som används för att fastställa både övervikt och fetma, och anger relationen mellan kroppsvikt och längd. När det gäller BMI hos vuxna, finns det vissa brister med BMI som mätmetod, då det inte tar hänsyn till hur kroppens sammansättning av till exempel muskler, fett och skelett ser ut. Hos barn varierar inte muskelmassan på samma vis vilket gör att BMI fungerar bra att använda, men referensvärdena har ändrats, för att kunna användas på ett barn och kallas för Iso-BMI (se värdena nedan). Innan barnet är 2 år gammalt, sätts ingen övervikt eller fetma-diagnos eftersom BMI kan variera upp och ner i den åldern. BMI gränserna (se nedan) skiljer sig åt mellan könen (Derwig 2014).

- Iso-BMI 25, gräns för övervikt
- Iso-BMI 30, gräns för fetma

Problem som följer med övervikt

Enligt Dietz's (1998) så blir det mer och mer vanligt med övervikt hos barn och ungdomar. De viktrelaterade sjukdomar som följer ökar ju äldre barnen blir, risken är hög att ett barn med övervikt även i vuxen ålder kommer ha en övervikt. Det är heller inte helt ovanligt att en högre förväntan läggs på barnen, då de upplevs äldre än vad de är, på grund av sin längd och storlek.

Svårigheter som följer kan vara psykosociala problem, där det visar sig att överviktiga barns självkänsla ofta inte är sämre än andra barns. Utan istället är det oftast föräldrarna som upplever det som ett problem. Barnet påverkas först när det erfarit kritik och negativt bemötande från till exempel föräldrar, kompisar och skolpersonal. Så trots att barnet upplever att hen är annorlunda så är det inte de fysiska begränsningarna som påverkar självkänslan utan istället attityden från andra personer (Börjesson Munk 2010, ss. 459-460).

Barn med övervikt har i jämförelse med de som är smala, en ökad risk att få kardiovaskulära sjukdomar samt problem med matsmältningen i vuxen ålder. En

överkonsumtion av kalorier samt brist på fysisk aktivitet är bidragande faktorer till barns övervikt (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant 2005). Andra komplikationer som det finns en ökad risk för att få är till exempel högt blodtryck, diabetes typ 2, belastningsskador på knän och fötter, oregelbunden mens samt ökad svårighet med att få barn i framtiden och hormonrubbnings (Bengtsson 2016). Ytterligare konsekvenser som barnen kan drabbas av i framtiden är, leversteatos, gallsten, astma, sömnapné och cancersjukdomar (Börjesson Munk 2010, s. 448).

Den berörda familjens betydelse

Enligt Tyler och Horner (2008) och Perlhagen, Flodmark och Hernell (2007) formas barns levnadsvanor redan i tidig ålder, av vuxna i dess närhet, framförallt får föräldrarna en stor roll i hur hälsosamma de vanorna blir. Det föräldrarna gör, gör barnet och på så vis "ärver" barnet föräldrarnas vanor. Därför är familjen viktig, både i förebyggandet av övervikt och fetma, men kanske framförallt när övervikten är ett faktum och åtgärder behövs sättas in. Studierna visar även att om inte föräldrarna inser att deras barn har ett problem och är de inte beredda att genomföra en större förändring, så är det svårt att få till en hälsosam omställning.

Förutsättningarna ser olika ut för olika familjer och de barn vars föräldrar har en lägre utbildning, har en högre risk att bli överviktiga. Redan vid 1 års ålder kunde ovanstående beskrivning upptäckas (Svensson, et al, 2014). De rekommenderar därför att riktad support och utbildning till den här gruppen är av största i vikt, för att kunna förebygga övervikt och fetma hos deras barn.

Kirkevold (2003, ss. 32-33) menar att huvudansvaret för välmående och hälsa hos individer, anses ligga hos familjen. Särskilt tydligt blir det när det handlar om barn. Redan under graviditeten görs kontroller och undersökningar via hälso- och sjukvård inom mödrahälsovården. Det fortsätter sedan under barnets uppväxt, främst inom barnhälsovården och senare under skolhälsovården. Det är främst familjen som tillgodoser barnets behov, till exempel näringsriktig kost, goda sovvanor, goda aktivitetsvanor och närhet. Det är även familjens uppgift att vid behov av hälso- och sjukvård se till att barnet får rätt vård. Hur familjen axlar det ansvaret, beror på kulturell bakgrund och det arv som föräldrarna själva bär med sig.

En studie gjord av Mckee, Long, Southward, Walker och McCown (2016) visar att när föräldrar till barn med fetma ska uppskatta sitt barns vikt, så missbedöms vikten ofta. Den uppskattas till betydligt mindre. Det i sin tur är en riskfaktor till ytterligare viktökning hos barnet. Studien visar också att barn med överviktiga föräldrar, löper en större risk att själva väga för mycket. Även här visar det sig att föräldrar behöver tillräckligt med information, för att kunna ge sitt barn så goda möjligheter till ett hälsosamt liv som möjligt.

Sjuksköterskans arbete

Enligt den lokala handlingsplan som Västra Götalandsregionen (2008) tagit fram, anges att det är främst föräldrar och annan vårdnadshavare som har huvudansvaret för barnets hälsa. Det poängteras att det ska finnas ett bra nätverk med stöd kring familjen för att skapa de goda förutsättningarna för en god livsstil samt för att motverka risken att övervikt uppkommer. Vilka verksamheter det är som ska finnas runt familjen, är olika beroende på barnets ålder. Viktiga sådana uppges vara barnavårdcentral, förskola och skola.

Sjuksköterskornas fyra grundläggande ansvarsområden enligt Svensk sjuksköterskeförening (2012) är att:

- främja hälsa
- förebygga sjukdom
- återställa hälsa
- lindra lidande

Enskär och Edwinston Månsson (2010, s. 29) lyfter fram att sjuksköterskorna har en stor och viktig roll i både det hälsofrämjande och behandlande arbetet. En av sjuksköterskans uppgifter är att fånga upp familjen, kunna möta dem på deras kunskapsnivå och ge bra och adekvat kunskap. Bemötande och kommunikation med både patient och familj, är viktiga områden att ha kunskaper inom, för sjuksköterskan i barnsjukvård. Wiklund (2006, ss. 155-156) beskriver att en god vårdrelation är en förutsättning för att vårdprocessen ska fungera. Patienten bör ges möjlighet att diskutera problem och behov och patientens värdighet är central. En god vårdrelation ger möjlighet till att främja patientens hälsoprocesser och därmed närma sig, en god hälsa. Dahlberg och Segesten (2010, s. 118) lyfter fram vikten av ett patientfokuserat vårdande, som är utgångspunkten i vårdvetenskapen. Dock visar det sig att det inte alltid är så enkelt, Edvardsson, Edvardsson och Hörnsten (2009) kommer i sin artikel fram till att sjuksköterskor undviker att lyfta frågan kring övervikt, det på grund av rädsla för responsen från föräldrarna. Föräldrarna upplever ämnet som kränkande och kommer ofta med ursäkter, vilket upplevdes svårt att hantera, enligt sjuksköterskorna. Vidare så ansågs viktkurvan vara ett bra verktyg att använda i samtal med föräldrarna, det blev tydligt hur läget var, för just deras barn. Deras slutsats är att sjuksköterskor inom barnsjukvård har goda möjligheter att komma i kontakt med barn som är eller riskerar att bli överviktiga. Men det behövs mer kunskap och utbildning, kring att möta och kommunicera med föräldrarna.

Även Wright, Newman Giger, Norris och Suro (2013) kommer fram till att sjuksköterskor är lämpliga i arbetet med överviktiga barn. De som arbetar inom skolhälsovården, har goda förutsättningar att identifiera barn som har eller är i riskzonen att utveckla en överviktsproblematik. Möjligheten till uppföljning är god samt att sjuksköterskorna lätt kan komma i kontakt med studenter, familj, skolpersonal och övrig hälso- sjukvårdspersonal.

PROBLEMFORMULERING

Att som barn leva med övervikt, är något som påverkar barnets hälsa, både på kort och lång sikt. Hälsan försämras både fysiskt och psykiskt och familjen påverkas. Saknas kunskap samt engagemang, hos familjen, har sjuksköterskan svårt att påverka dem till en livsstilsförändring. För att undvika lidande, som följer av övervikt och fetma, är det viktigt att arbeta på bred front, hälsofrämjande men även behandlande. Sjuksköterskor, oavsett var de arbetar har goda möjligheter att komma i kontakt med barn, som är eller riskerar att bli överviktiga. Men vad behövs för kunskap om att möta barnet och barnets familj, för att kommunicera problematiken kring barns övervikt och fetma?

SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn med övervikt samt deras familjer.

METOD

Författarna har valt att göra en litteraturstudie, där befintlig forskning inom området sammanställs. Kravet på evidensbaserad vård ökar behovet av översikter på den forskning som finns. En litteraturstudie kan på ett översiktligt sätt bidra till och öka kunskapen (Axelsson 2012, s. 205). De utvalda vetenskapliga artiklarna som granskades, var både kvalitativa samt kvantitativa. Det rekommenderas att använda båda perspektiven för att kunna få en större överblick vilket leder till en bättre förståelse av verkligheten (Axelsson 2012, s. 204).

Datainsamling

Datainsamlingen som gjordes skedde i databasen Cinahl. Den innehåller internationella artiklar inom vård och omsorg, hälso- och sjukvård och omvårdnad och stämde väl överens med vårt syfte. I den inledande fasen av granskningen valdes sökord ut. Våra sökord var: *overweight, obese, attitude, nurse, child, pediatric*. De kombinerades på olika vis och vidareutvecklades under sökningens gång. En sökning gjordes även i PubMed med samma sökord men inga nya artiklar framkom. Inklusionskriterier valdes för att få fram relevant och aktuell forskning.

Inklusionskriterierna i urvalet för våra artiklar var artiklar:

- publicerade 2005 – 2016
- skrivna på engelska
- "peer-reviewed"
- "research articles"

Sökningen gav 84 artiklar (se Bilaga 1) där titlar och abstracts lästes och därefter exkluderades de artiklar som inte överensstämde med syftet. Exempelvis så belyste de artiklarna föräldrarnas perspektiv eller sjuksköterskans arbetsverktyg och inte deras uppfattning eller erfarenheter av mötet med barn och familj. Efter första granskningen kvarstod 15 artiklar, som lästes och därefter plockades ytterligare fem bort. De tio som kvarstod granskades och användes. En artikel söktes fram genom en annan artikels referenslista. Totalt består vår granskning av elva artiklar som kommer från olika länder, USA, Australien och Sverige. De granskade artiklarna utgår från sjuksköterskor som arbetade på mödravårdscentral, barnavårdscentral, vårdcentral och inom elevhälsan.

Dataanalys

En analys utfördes enligt Axelssons (2012, ss. 212-214) modell för litteraturstudie. Vid urval av artiklarna använde författarna sig av titeln samt läste de abstracts som fanns. Artiklarna fördelades mellan oss och lästes igenom i sin helhet. Därefter gjordes en gemensam genomgång av alla artiklar samt en översiktstabell skapades (se Bilaga 2). Axelssons (2012, s.213) granskningsmall användes som stöd. Likheter samt skillnader identifierades från de olika artiklarna och skrevs ner. De jämfördes och sammanställdes sedan. Sjuksköterskorna i de artiklar som vår litteraturstudie baseras på har olika arbetsplatser samt olika utbildningsbakgrund. Vi har valt att fokusera på de erfarenheter som sjuksköterskorna hade av att möta barn med övervikt och fetma och utan hänsyn till vilket område och arbetsplats de arbetade på. Nästa steg är enligt Axelsson (2012, s. 212) att i det nya resultatet finna en bra struktur, så att det blir lättöverskådligt och trovärdigt för den som läser. Ett sätt för att skapa en meningsfull struktur är att utgå från funna teman i det material som finns. Fyra huvudteman och nio subteman skapades.

RESULTAT

Analysen av sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn med övervikt samt deras familjer resulterade i fyra teman och nio subteman vilka illustreras nedan i tabell 1.

Tabell 1.

Temat	Subtema
Samhället	<ul style="list-style-type: none">• Normer• Livsstil
Familjen	<ul style="list-style-type: none">• Relationen mellan föräldrarna och sjuksköterskan• Motivation• Kunskap
Förutsättningar och hinder	<ul style="list-style-type: none">• Sjuksköterskans yrkesroll• Bristande självförtroende och osäkerhet
Arbetsmiljön	<ul style="list-style-type: none">• Arbetsituationen• Resurserna

Samhället

Sjuksköterskornas erfarenheter var att deras arbete påverkas av vilka normer som finns i samhället och som i sin tur påverkar människors livsstil.

Normer

I Isma, Bramhagen, Ahlström, Östman och Dykes (2012) och Steele et al. (2011) erfar sjuksköterskorna att normerna kring övervikt och fetma, bland barn har förändrats. I takt med att övervikt blivit allt mer vanligt, så utmärker sig det överviktiga barnet inte på samma sätt. De beskriver att övervikten har normaliserats av samhället och accepteras därmed, på ett annat vis än tidigare. Att uppmärksamma övervikten hos ett barn anses svårare i och med den förändrade synen på vad som är normalvikt. Den svårigheten uppdragas i arbetet med föräldrarna och barnet, där föräldrarna kan ha svårt att förstå att det finns ett problem. Även sjuksköterskornas egen uppfattning kring vad som är normalvikt har påverkats. I Steele et al's (2011) artikel tillägger sjuksköterskorna även, att portionsstorlekarna har ökat och fokus har skiftat från livslång fysisk aktivitet, till tävlingsidrott.

Livsstil

Isma et al. (2012), Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholm (2014), Moyers, Bugles och Jackson (2005) samt Larsen, Mandleco, William och Tiedeman (2006), beskriver i sina respektive studier, hur sjuksköterskorna upplevde att vi idag lever alltmer stillasittande liv där varken arbete eller fritid på ett naturligt sätt erbjuder fysisk aktivitet. Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholm (2014) och Larsen et al. (2006), beskriver vidare att sjuksköterskornas erfarenheter var att skärmtiden ökat och tar en allt större plats och den spontana möjligheten till lek och fysisk aktivitet har minskat. Det anses som svårare för föräldrar att göra hälsosamma val när massmedia, tevespel och snabbmat, har en stor del i våra liv. Detta i kombination med den ökade stressen i vårt samhälle anses göra att vi lever på ett annat sätt nu för tiden än för några år sedan. De beskriver även att den tid som familjen har ihop har minskat. Istället för att vara tillsammans, spenderas tiden framför tv-apparater, datorer och telefoner. Med detta följer också en större exponering för utseendefixering, reklam och program som inte alltid ger goda värderingar eller förebilder. Sjuksköterskorna erfor även att i andra instanser i samhället, såsom skolan där icke hälsosam mat serverats och den schemalagda fysiska aktiviteten minskats, har utvecklingen märkts av (Larsen et al. 2006).

Familjen

När ett barn har övervikts- eller fetmaproblematik spelar familjen en stor roll. Det är familjen som till största delen har möjlighet att påverka och se till att förändringar genomförs och etableras. Hur väl insatta i problematiken familjen är och hur mycket motivation som finns, är direkt avgörande för hur resultatet ska bli.

Relationen mellan föräldrarna och sjuksköterskan

Sjuksköterskorna beskrev en oro och en rädsla för att diskutera barnets övervikt och fetma med föräldrarna eftersom de var osäkra på hur föräldrarna skulle reagera. Oron fanns för att föräldrar skulle anse att deras barn pekades ut och att diskussionen kring vikt, skulle ses som kritik mot föräldraskapet (Isma et al. 2012, Quelly 2014, Morrison-Sandberg., Kubik, & Johnson 2011, Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009, Larsen et al. 2006).

Kunde en god relation skapas, så blev det enklare att ta upp frågor, kring barnets vikt. Föräldrarna tog inte lika lätt illa upp och kunde enklare ta till sig information. Ju tidigare i barnets liv relationen kunde påbörjas, desto bättre (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009, Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm 2014, Mullersdorf, Zuccato, Nimborg & Eriksson 2010). Upplevde sjuksköterskorna att föräldern uppträdde defensivt eller aggressivt vid vikt-samtalet så backade man hellre, än fortsatte samtalet. Ofta togs då inte samtalet upp igen förrän vid nästa årskontroll (Isma et al. 2012).

En barriär var att det idag inte är ovanligt med familjer från andra länder med andra språk, vilket gör att missförstånd och oklarhet kan uppstå. Det i sin tur beskrevs kunna medföra svårigheter i relationen mellan föräldrarna och sjuksköterskan (Steele et al. 2011 & Morrison-Sandberg., Kubik & Johnson 2011).

Motivation

Steele et al. (2011), Mullersdorf et al. (2010), DiNapoli, Sytnyk och Waddicor (2011), Larsen et al. (2006), lyfter i sina artiklar fram sjuksköterskornas upplevelse av att övervikt eller fetma bara för några år sedan var fullt tillräckligt, för att motivera familjer till en förändring. Men idag beskrivs finnas en anda som menar att du duger som du är, vilket sjuksköterskorna ansåg påverka motivationen. Vissa familjer ansåg inte vikt som ett problem och var då heller inte motiverade eller intresserade, av vad sjuksköterskorna kunde hjälpa till med. Var familjen inte motiverad så ansågs det närmast hopplöst att få till en förändring, med mer hälsosamma livsstilvanor.

För att kunna motivera barn och föräldrar till att genomföra hälsosamma livsstilsförändringar, menade sjuksköterskorna att det var betydelsefullt att arbeta utifrån ett långtidsperspektiv. Att ändra sina vanor tar lång tid och det var avgörande att barn och föräldrar förstod det. Det var lätt att återgå till gamla vanor, när resultat uteblev och motivationen sinade. För att undvika en återgång till dåliga vanor, låg fokus på att inte gå upp mer i vikt, istället för att det låg på viktnedgång. Även delmål ansågs som ett bra sätt att hålla motivationen uppe och det innebar att familjen enklare kunde se det slutgiltiga målet (Mullersdorf et al. 2010).

Kunskap

Sjuksköterskornas erfarenheter visade på att familjens attityd till situationen de befann sig i, och kunskapen om övervikt och fetma, i allra högsta grad påverkade barnet. Bristande kunskap för tillräcklig fysisk aktivitet och goda kostvanor hos föräldrarna, påverkade barnen negativt, då de ofta tog efter föräldrarnas vanor (Larsen et al. 2006, Moyers, Bugles & Jackson 2005). Sjuksköterskorna tyckte det var jobbigt att komma med besked om övervikt till barnet och föräldrarna. En oro fanns för vilken reaktion som skulle ges, det baserades på tidigare erfarenheter med föräldrar som blivit upprörda. Föräldrar till överviktiga eller feta barn, tenderade att inte kunna uppskatta barnets vikt korrekt. De hade uppfattningen att deras barn vägde mindre än vad som var fallet, och blev förvånade när de fick den faktiska siffran (Quelly 2014, Moyers, Bugles & Jackson 2005).

Edvardsson, Edvardsson och Hörnsten (2009) och Mullersdorf et al. (2010), lyfter känslan av att behöva väga sina ord på en våg, där fel ordval kunde leda till att föräldrarna kände sig misslyckade, utpekade och drog sig undan fortsatt kontakt och möjlighet till behandling, från sjuksköterskorna. Vidare beskriver de att det fanns en oro, för att föräldrarna eller barnet upplevde ett intrång i privatlivet. Det medförde att vissa sjuksköterskor skickade hem information istället, i form av broschyrer med allmän information om övervikt. I broschyren uppmanades barnet eller föräldern att höra av sig, om de ville ha ytterligare hjälp.

Förutsättningar och hinder

Sjuksköterskorna uppgav sig vara väl medvetna om förekomsten av övervikt, samt om de konsekvenser som följer med tillståndet. De ansåg att de hade goda förutsättningar att möta och hjälpa de barnen som var eller riskerade bli överviktiga. Det fanns hinder som sviktande självförtroende och osäkerhet, som innebar att sjuksköterskorna undvek att ta upp och diskutera problemet med berörda familjer.

Sjuksköterskans yrkesroll

Sjuksköterskorna ansåg oftast, att de var rätt personer att möta de överviktiga barnen och att de var väl positionerade, då de kom i kontakt med många barn och deras familjer. Sjuksköterskorna ansåg att övervikt var ett problem som behövde behandlas och att de hade goda förutsättningar att identifiera och behandla barn med den problematiken (Hessler & Siegrist 2012, Mullersdorf et al. 2010, Morrison-Sandberg, Kubik & Johnson 2011). Sjuksköterskor idag beskrevs vara mer medvetna om barnfetman och dess förekomst jämfört med vad sjuksköterskor var för några år sedan och att insatser i tidig ålder, minskar risken för övervikt i vuxen ålder (Moyers, Bugles & Jackson 2005). Några av sjuksköterskorna i studien ansåg dock att man inte behövde ingripa med behandling, de menade att barnet skulle växa ifrån det. Medvetenheten om vilka risker som fanns med övervikt var god, både på kort och lång sikt (Hessler & Siegrist 2012).

Kunskapen om övervikt och dess konsekvenser som användes var den de fått under sin utbildning samt av vidareutbildningar och genom att ta del av riktlinjer. Kunskapen gjorde att de kände sig tryggare i sin profession (Hessler & Siegrist 2012). Sjuksköterskorna var någorlunda förberedda inför att ge utbildning om övervikt och dess konsekvenser, till föräldrarna och barnen. Kunskap om hälsosam kost och fysisk aktivitet var lättast att ge information om men mer utbildning i arbetsätt, kommunikation samt överviktsproblematik behövdes, för att öka tryggheten i att ge information och för att bättre kunna hjälpa familjerna (DiNapoli, Sytnyk & Waddicor 2011, Larsen et al. 2006). Svårast upplevdes det att möta barn och ungdomar med psykosociala problem (Steele et al. 2011).

Bristande självförtroende och osäkerhet

Sjuksköterskornas erfarenheter visar på att deras självförtroende sviktade och att de kände sig osäkra inför att avgöra om någon är överviktig efter BMI-mätverktyget. Osäkerheten handlade om att det saknades tydliga riktlinjer kring hur mätverktyget skulle användas, det var inte alltid som mätvärdet överensstämde med den egna kliniska bedömningen. Detta innebar att en osäkerhet skapades hos sjuksköterskorna. Det fanns även en osäkerhet kring vilka råd som skulle ges till barnet och familjen och om råden som gavs ifrågasattes, förstärktes känslan av osäkerhet. Både det sviktande självförtroendet och osäkerheten upplevdes som hinder för sjuksköterskorna, i mötet med barn med familj (Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm 2014, Morrison-Sandberg, Kubik & Johnson 2011, Larsen et al. 2006).

Flera sjuksköterskor beskrev också de personliga utmaningarna med den egna vikten. Var de själva överviktiga så hade de svårigheter med att diskutera viktminskning med

berörda barn och föräldrar. De ansåg sig inte tillräckligt trovärdiga (Steele et al. 2011, Moyers, Bugles & Jackson 2005, DiNapoli, Sytnyk & Waddicor 2011). Det fanns också en känsla av osäkerhet och obehag, när de skulle informera barn och familj om övervikt, om föräldrarna var överviktiga (Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm 2014, Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009).

Arbetsmiljön

Hur stöttande och hur väl insatt i det hälsofrämjande arbetet arbetsteamet var där sjuksköterskan arbetade, påverkade deras arbete. Gav inte arbetsteamet dem utrymme till att arbeta med hälsofrämjande insatser, minskade motivationen till att driva en sådan verksamhet. Brist på resurser och kunskap hos medarbetare, beskrivs påverka hälsoarbetet.

Arbetsituationen

Det fanns svårigheter i att veta sin roll på arbetsplatsen och i arbetet med de barn som behövde insatser på grund av övervikt. Fokus hade skiftat från tidigare medicinska uppgifter, till att nu mer hantera familjers psykosociala problem, vilket ansågs försvårande. Det var också försvårande att inte veta vilket ansvar som låg på den egna professionen och när ansvaret övergick till annan instans (Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm 2014, DiNapoli, Sytnyk & Waddicor 2011). Om det fanns riktlinjer på arbetsplatsen, kring hur arbetet med barnet och familjen skulle se ut och genomföras, så var insatsen från sjuksköterskorna betydligt enklare och mer omfattande. De som hade riktlinjer, gav i större utsträckning utbildning kring fysisk aktivitet och hälsosam kost. De kunde identifiera barnet som befann sig i riskzonen, snabbare. Samt att de kunde följa upp och se barnens utveckling (Larsen et al. 2006).

Resurserna

Om stödet från överordnade var bristfällig och det inte fanns någon förståelse av eller kunskap om sjuksköterskornas arbete, upplevdes det som svårt att driva ett förebyggande hälsosamt arbete (Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm 2014, Steele et al. 2011, Quelly 2014, DiNapoli, Sytnyk & Waddicor 2011). Sjuksköterskorna ansåg att exempelvis skolan hade möjlighet att bidra i större utsträckning, genom att servera hälsosamma måltider, inte sälja godis i kioskerna och satsa mer på fysisk aktivitet på schemat. Brist på resurser och kunskap hos chefer och ledning uppgavs som anledningen till att det inte genomfördes (Steele et al. 2011, Moyers, Bugles & Jackson 2005). Brist på material och lokaler påverkade sjuksköterskornas arbete negativt. Det kunde saknas vågar, dataprogram och utrymme där sjuksköterskorna kunde tala ostört med barnet och dess familj. Bristen på stöd, tid och material, kunde innebära minskad motivation hos sjuksköterskorna (Quelly 2014, DiNapoli, Sytnyk & Waddicor 2011).

Tidsbrist var en annan aspekt som innebar att det förebyggande arbetet mot övervikt och fetma, blev lidande. När de ordinarie arbetsuppgifterna var avklarade, fanns det oftast inte tid över till annat (Steele et al. 2011, Quelly 2014, Mullersdorf et al. 2010, Morrison-Sandberg., Kubik, & Johnson 2011, Larsen et al. 2006). Tidsbristen

försvårade också möjligheten att ta del av den senaste forskningen eller uppdatera den kunskap det fanns en osäkerhet kring. Även om det förebyggande hälsosamma arbetet upplevdes som viktigt, så fanns det andra uppgifter som var prioriterade. För exempelvis skolsköterskor så tog barn och elever med kroniska sjukdomar som diabetes eller de som hade psykisk ohälsa, mycket tid och var inget som gick att prioritera bort (Morrison-Sandberg, Kubik & Johnson 2011).

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturstudie innebär att söka fram, bedöma och ställa samman den forskning som redan finns inom området. Detta arbetssätt kan ge en god överblick av vilken forskning som bedrivits och vilka metoder som använts, inom området (Axelsson 2012, s. 203). En litteraturstudie är rimligt att genomföra på kandidatnivå med tanke på den tid som finns till förfogande. En empirisk studie hade varit intressant att genomföra med tanke på vårt syfte och att belysa just svenska förhållanden, men ansågs inte genomförbart av tidsmässiga skäl.

En medvetenhet bör finnas om att den egna förförståelsen kan ha en inverkan under arbetet med en studie. Augustinsson (2012, s. 21) påpekar att den förförståelse vi bär med oss kommer påverka formulering, val av metoder och analyser och även vilka resultat som blir. Förförståelsen bärs alltid med, men genom att vara medveten och reflektera kring den så ökar möjligheten för en objektiv syn. Författarna har under analysprocessen och med handledare reflekterat och diskuterat frågor kring den egna förförståelsen för att kunna skapa ett sakligt resultat av studien. I detta resonemang har uppmärksamats att resultatet av de utvalda artiklarna utgår främst från skolsköterskor erfarenheter.

Sökning av artiklar gjordes främst ur Cinahl men även ur PubMed där inga nya artiklar som passade syftet hittades. Inklusionskriterier användes för att få ett aktuellt och vetenskapligt material. Sökorden valdes och kombinerades på olika vis och slutligen fick vi ett tillfredsställande urval. Efter de första sökningarna insåg vi att det syfte vi först valt inte gav oss tillräckligt med material och därför lades sökordet familj, till. Artiklar skrivna om endast barn utan deras familjs inverkan visade sig vara svårt att finna. Abstracts lästes igenom noggrant och de som verkade svara på studiens syfte valdes ut och lästes igenom i sin helhet av båda författarna. Diskussioner kring artiklarna fördes kontinuerligt för att minska risken för feltolkning.

Uppsatsen innehåller totalt elva artiklar. Tio artiklar från sökningen i Cinahl och en artikel från en manuell sökning som utfördes från en av de tio artiklarnas referenslista. Antalet artiklar kan upplevas som något få för att ge en tillräcklig överblick, men resultatet som blev efter analys ger ändå en bred bild av hur situationen ser ut. De artiklar som valdes bort, stämde inte överens med vårt syfte.

Med hjälp av Axelssons (2012, s. 213) mall kvalitetsgranskades artiklarna som utger grund för litteraturstudien. Det gjorde att vi fick en god översikt av artiklarna och att de var relevanta för vårt examensarbete. I kvalitetsgranskningen ingick från början tolv artiklar. Under processens gång fick två artiklar plockas bort, då innehållet inte överensstämde med studiens syfte. Enligt Axelsson (2012, s. 204) så bidrar även kvalitetsgranskningen till ökad trovärdighet. Vilket vi fick erfara då artiklar fick strykas. Artiklarna som valdes ut var av både kvalitativ och kvantitativ karaktär, vilket ger ett bredare perspektiv och som också innebär en ökad trovärdighet. Artiklarna härstammar från USA, Australien och Sverige. Resultaten var från landsbygds- och stadsmiljö, innehöll olika kulturella bakgrunder och representerade olika arbetsplatser för sjuksköterskor, men visar trots det på liknande resultat. Detta visar att sjuksköterskornas erfarenheter av arbetet med överviktiga barn är densamma oavsett arbetsplats och geografisk spridning. Det ger en ökad trovärdighet till resultatet.

Resultatdiskussion

Syftet med vår litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn med övervikt samt deras familjer. Deras sammanlagda erfarenheter sammanställdes till 4 teman: *Samhället, Familjen, Förutsättningar och hinder, Arbetsmiljön*. Resultatet visar att sjuksköterskorna möter olika situationer och olika problem. Det kan bidra till en osäkerhet i arbetet med barn samt deras familjer. Osäkerheten visar sig som bristande självförtroende, frågor kring egen vikt och bristen på kunskap. Osäkerheten relateras också till avsaknad av riktlinjer om hur arbetet ska utföras, rädsla för föräldrarnas reaktioner på barnets övervikt samt förändrad syn på övervikt i samhället.

Resultatet visar att sjuksköterskorna uppmärksammar samhällets förändrade normer som betydelsefulla för utveckling av våra livsstilsförändringar. De förändrade normerna innebär att vi idag är mer stillasittande än för bara några år sedan. Skärmtiden har ökat för både unga och vuxna, men det finns även en utveckling som gör att vi inte behöver använda vår kropp, i samma utsträckning som förr. Tidigare var kroppsarbeten mer vanligt samt att färdmedlen krävde en viss fysisk insats. Idag inbjuder varken arbete eller fritid till fysisk aktivitet. Börjesson Munk (2008, s. 444) skriver att vår kropp bör utsättas för ansträngning för att den ska kunna fungera. Förr fick man den ansträngningen naturligt i och med den standard som rådde. Idag finns diverse hjälpmedel såsom bilar, hissar och rulltrappor, som innebär en minskad fysisk aktivitet. Det i kombination med den ökade tillgängligheten på matvaror med dygnet runt-öppna butiker, som ofta erbjuder snabbmat i form av energitäta måltider, gör att vi blir alltmer överviktiga. Sjuksköterskorna i vår studie märkte av ovanstående och hur familjerna påverkades av detta. De menade att det inte var så enkelt att alltid göra genomtänkta hälsosamma val, då vi lever i ett stressat samhälle och att det är smidigt att ta till enkla lösningar när tiden tryter som exempelvis välja snabbmat eller ta bilen, istället för att gå.

Resultatet visar att sjuksköterskorna var väl medvetna om utvecklingen av övervikt och fetma hos barn i dagens samhälle. De ansåg även att de var rätt personer för att identifiera, möta och erbjuda behandling till de barnen. Sjuksköterskorna upplevde att

de under sin utbildning fått kunskap om övervikt och fetma, vad det innebar och vilka risker som fanns. Trots den kunskapen fanns det hinder i att utföra ett gott arbete. Den egna osäkerheten var ett sådant hinder, utbildningen kändes inte alltid tillräcklig. I Umpierrez, Merighi och Munoz (2013) artikel beskriver sjuksköterskorna att ytterligare utbildning var önskvärt, för att få ta del av ny kunskap och för att öka tryggheten i det som de tidigare läst. Att få ta del av en vidareutbildning som ett komplement till grundutbildningen, ansågs öka tryggheten i den egna professionen och öka den egna autonomin. Sjuksköterskorna menade även att, i kombination med den teoretiska utbildningen, var den praktiska erfarenheten nödvändig för att öka sin egen kunskap och trygghet. Speciellt var det värdefullt att få lära av andra, erfarna, sjuksköterskor och få ta del av deras lärdom och erfarenheter. Magnusson, Kjellgren och Winkvist (2012) diskuterar vikten av att sjuksköterskor får en bättre utbildning i vad som är hälsosam kost. Därmed kan de senare utbilda berörda barn och familjer, inom detta. De lyfter även fram att de bör ha en bättre möjlighet att samarbeta med andra vårdinstanser, för att lättare motverka tillväxten av övervikt hos barn. Särskilt viktigt blir det, när de arbetar med barn och familjer från andra matkulturer än den svenska.

Resultatet visar en osäkerhet från sjuksköterskornas sida, i mötet med anhöriga, vad gäller att initiera en diskussion kring det överviktiga barnet. Det fanns en oro för vilken reaktion som kan komma. Det gällde speciellt om sjuksköterskorna själva var överviktiga, eller om någon i den berörda familjen var det. Sjuksköterskorna upplevde att de noga tänkte igenom vilka ord de använde och om föräldrarna reagerade med aggressivitet eller misstro, valde man ofta att avsluta samtalet, vilket resulterade i att barnets övervikt blev ett obehandlat ärende. En okunskap fanns kring hur föräldrarna skulle bemötas. Steele, Wu, Cushing och Jensen (2013) lät skolsjuksköterskor genomgå en online-utbildning som berörde kost, motion och energibalans. Utbildningen innehöll kommunikationens betydelse och användandet av olika kommunikationsverktyg och hur de kunde användas med barnet, föräldrarna och övrig skolpersonal. Sjuksköterskorna ansåg att utbildningen var en värdefull resurs i deras arbete med överviktiga barn. Resultatet i Steele et al. (2013) studie visar även att sjuksköterskornas kunskap hade ökat, upplevda hinder i arbetet hade minskat och motivationen för att genomföra hälsofrämjande insatser hade ökat. När de hälsofrämjande insatserna blev kontinuerliga så blev det enklare att ge information samt att den även togs emot bättre. Tydligt blev också att det var svårare att ignorera informationen och det inspirerade mottagarna, barn, föräldrar och övrig skolpersonal, till att agera snabbare. Det visar på vikten av att få fortsatt utbildning, trots att sjuksköterskorna är grundutbildade så behöver kunskaper förnyas och upprepas. Det i sig gör att en trygghet i yrkesrollen skapas och osäkerheten kring att möta barnet och föräldrarna minskar.

Resultatet visar att sjuksköterskors erfarenheter av barn som har övervikt eller fetma, har på egen hand svårt att genomföra större livsstilsförändringar, eftersom barnet är beroende av sin familj och det är de som utformar barnets vanor. Sjuksköterskorna menade att relationen mellan dem och familjen var viktig och påverkar utgången av behandlingen av det överviktiga barnet. Resultatet visar att kan en god relation skapas, tidigt i barnets liv, var det enklare att ta upp ämnet och det upplevdes även som att det togs emot bättre. Okunskap hos föräldrarna upplevdes svårt att hantera, föräldrarna insåg inte alltid att det förelåg ett problem hos deras barn. Insåg inte föräldrarna det, så var det svårt för sjuksköterskorna att nå fram och kunna erbjuda hjälp och motivera.

Söderlund, Nordqvist, Angbratt och Nilsen (2009) lyfter liknande problem i sin artikel, där föräldrar inte ville eller kunde se att deras barn var överviktigt, vilket innebar att de inte tog till sig av den information och hjälp som sjuksköterskorna erbjöd. Sjuksköterskorna i studien menade att arbetet måste börja med föräldrarna, kan de ändra kostvanor till det bättre, så följer barnet med automatiskt. Vidare beskriver de problemet med motivation hos föräldrarna, vilket påverkades av deras kunskap. Insåg föräldrarna att det förelåg ett problem hos deras barn, var de ofta motiverade att genomföra en förändring, som var positiv för barnet.

Stöd och utbildning i att möta och kommunicera med anhöriga till barn med övervikt behövs. Kan sjuksköterskorna känna sig mindre osäkra, är det troligt att resultatet av deras hälsofrämjande insatser blir bättre. Även samarbete med andra yrkeskategorier kan vara ett sätt att öka den egna kunskapen och även minska känslan av att vara helt ensam i arbetet.

Av resultatet framgår att om sjuksköterskorna inte hade klara riktlinjer, var införstådda i vilken som var deras roll eller om ledningen inte var stöttande, så minskade deras hälsofrämjande insatser. Det fanns även här en osäkerhet som uppstod när arbetsuppgifterna inte var tydliga. Fanns det tydliga riktlinjer om hur arbetet med överviktiga barn skulle genomföras, blev insatsen från sjuksköterskorna betydligt bättre samt utfördes med mindre osäkerhet. Vaismoradi, Salsali och Ahmadi (2011) beskriver i sin artikel att en känsla av osäkerhet uppstod hos sjuksköterskorna, när deras yrkesroll inte var tydligt definierad, vad som var deras ansvar samt vilken roll i arbetsteamet de hade. De beskriver även att när situationer uppstod där sjuksköterskorna kände sig osäkra så gjorde de ett medvetet val att undvika situationen eller hänvisade den till någon annan. För att minska osäkerheten vände sig sjuksköterskorna till varandra för att få kunskap och för att rådfråga i specifika frågor. Att känna en trygghet i sin arbetsroll och i sin profession, inser vi är viktigt. Både för sjuksköterskorna, men även för patienter och anhöriga.

SLUTSATSER

Sjuksköterskor har goda möjligheter att vara delaktiga i arbetet av att möta överviktiga barn, som riskerar fetma, samt deras föräldrar. Men för att öka tryggheten hos sjuksköterskorna behövs stöttning i form av mer utbildning, inte minst i att kommunicera med barn samt deras familjer, tydligare arbetsbeskrivningar, riktlinjer och ett ökat samarbete med föräldrar och andra yrkeskategorier. Arbetet med barn med övervikt eller fetma innebär att om barnen kan fångas upp i tid och erbjudas råd, behandling och stöttning, så kan de problem och risker som följer med tillståndet minimeras.

Kliniska implikationer:

Studien visade att det var viktigt att sjuksköterskorna fick tillräckligt med resurser och stöttning för att kunna utföra sitt arbete väl. Detta genom att:

- det finns tydliga riktlinjer på arbetsplatsen
- öka samarbetet med andra yrkeskategorier och barnets familj
- delta i specifik utbildning om barn med övervikt och fetma, behandlingsmetoder och kommunikation med barn samt deras familj.

REFERENSER

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 203-220.

Augustinsson, S. (2012). Vetenskapsteori och vetenskapsfilosofi. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 15-26.

BarnObesitasRegister i Sverige. (2006). *Barnfetma*. <http://www.e-boris.se/barnfetma.html> [2016-11-11]

Bengtsson, K. (2016). Övervikt och fetma hos barn. <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Overvikt-och-fetma-hos-barn/#section-13> [2016-11-14]

Bråbäck, L., Bågenholm G. & Ekholm L. (2009). Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av men stora regionala skillnader visar socioekonomins betydelse. *Läkartidningen*, 43, ss. 2758-2761.

Börjesson Munk, U. (2010). Övervikt och fetma. I Edvinson Månsson, M. & Enskär, K. (red.) *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 443-459.

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

Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merhant T, A. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4, ss. 1-8.

Derwig, M. (2014). *Övervikt, barns tillväxt*. Stockholm: Rikshandboken. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Overvikt/> [2016-11-21]

Dietz, WH. (1998). Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease. *Pediatrics*, 101(2), ss. 518-525.

- DiNapoli., C., Sytnyk., E. & Waddicor, C. (2011). Pediatric Nurses Perceptions, Attitudes, and Knowledge of Childhood Obesity at an Academic Medical Center. *Bariatric Nursing & Surgical Patient Care*, 6(3), ss. 125-131.
- Edvardsson, K., Edvardsson, D. & Hörnsten, Å. (2009). Raising issues about children's overweight - maternal and child health nurses' experiences. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(12), ss. 2542-2551.
- Enskär, K. & Edvinson Månsson, M. (2008). Barnsjukvårdens framväxt. I Edvinson Månsson, M. & Enskär, K. (red.) *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 23-30.
- Hessler, K., & Siegrist, M. (2012) Nurse practitioner attitudes and treatment practices for childhood overweight: How do rural and urban practitioners differ? *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 24(2), ss. 97-106.
- Isma, G-E., Bramhagen, A-C., Ahlström, G., Östman, M. & Dykes, A-K. (2012). Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13(57).
- Kirkevold, M. (2003). Familjen i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. I Kirkevold, M. & Strömsnes Ekern, K. (red.) *Familjen, i ett omvårdnadsperspektiv*. Göteborg: Liber, ss. 19-48.
- Larsen, L., Mandleco, B., Williams, M. & Tiedeman, M. (2006). Childhood obesity: prevention practices of nurse practitioners. *Journal of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 18(2), ss. 70-79.
- Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H. & Nyholm, M. (2014). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*, 29(4), ss. 730-738.
- Magnusson, M., Kjellgren, K. & Winkvist, A. (2012). Enabling overweight children to improve their food and exercise habits – school nurses counselling in multilingual settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17/18), ss. 2452-2460.
- McKee, C., Long, L., Southward, L., Walker, B. & McCown, J. (2016). 'The Role of Parental Misperception of Child's Body Weight in Childhood Obesity', *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), ss. 196-203.

Morrison-Sandberg, L., Kubik, M. & Johnson, K. (2011). Obesity prevention practices of elementary school nurses in minnesota: findings from interviews with licensed school nurses. *Journal of School Nursing (Sage Publications Inc.)*, 27(1), ss. 13-21.

Moyers, P., Bugle, L. & Jackson, E. (2005). Perceptions of school nurses regarding obesity in school-age children. *Journal of School Nursing (Allen Press Publishing Services Inc.)*, 21(2), ss. 86-93.

Müllersdorf, M., Zuccato, L., Nimborg, J. & Eriksson, H. (2010). Maintaining professional confidence - monitoring work with obese schoolchildren with support of an action plan. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), ss. 131-138.

Perlhagen, J., Flodmark, C. & Hernell, O. (2007). Fetma hos barn-prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen*, 104(3), s. 138.

Quelly, S B. (2014). Childhood obesity prevention: a review of school nurse perceptions and practices. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19(3), ss. 198-209.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2016-11-21]

Sjöberg, A., Moraeus, L., Yngve, A., Poortvliet, E., Al-Ansari, U. & Lissner, L. (2011). Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren– exploring the urban-rural gradient in Sweden. *Obesity Reviews*, 12(5), ss. 305–314.

Statens Folkhälsoinstitut. (2014). *Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2014: Övervikt och fetma bland barn* (ss. 88-90). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf> [2016-11-11]

Steele, R., Wu, Y., Jensen, C., Pankey, S., Davis, A. & Aylward, B. (2011). School Nurses Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach. *Journal of School Health*, 81(3), ss. 128-137.

Steele, R., Wu, Y., Cushing, C. & Jensen, C. (2013). Evaluation of child health matters: a web-based tutorial to enhance school nurses communications with families about weight-related health. *The journal of school nursing*, 29(2), ss. 151-160.

Svensson, V., Ek, A., Forssén, M., Ekbom, K., Cao, Y., Ebrahim, M., Johansson, E., Nero, H., Hagströmer, M., Ekstedt, M., Nowicka, P. & Marcus, C. (2014). Infant growth is associated with parental education but not with parental adiposity – Early Stockholm Obesity Prevention Project. *Acta Paediatrica*, 103(4), ss. 418–425.

Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M. & Nilsen, P (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24(3) ss. 442-449.

Thorén, A. & Marcus, C. (2016). *Fetma hos barn*.
<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5155> [2016-12-16]

Tyler, O. & Horner, S. (2008). Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20(4). ss. 194-203.

Umpiérrez, F., Merighi, B. & Muñoz, A. (2013). Perceptions and expectations of nurses concerning their professional activity. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), ss. 165-171.

Vaismoradi, M., Salsadi, M. & Ahmadi, F. (2011). Nurses experiences of uncertainty in clinical practice: a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), ss. 991-999.

Veuglers, P-J & Fitzgerald, A-L. (2005). Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *CMAJ*, 173(6), ss. 607-613.

Västra Götalandsregionen (2008). *Lokal handlingsplan för att motverka övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Dalsland + Faktadokument*. (Rapport 2008:93). Dalsland: Västra Götalandsregionen.
<http://www.vgregion.se/upload/Folkh%c3%a4lsa/Lokal%20Handlingsplan%20f%c3%b6r%20att%20motverka%20c3%b6vervikt%20och%20fetma%20bland%20barn%20och%20unga%20Dalsland.pdf>

Wiklund, L. (2006). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

World Health Organization. (2016). *Ending Childhood Obesity*. Switzerland: WHO Document Production Services.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1
[2016-11-11]

Wright, K., Newman-Giger, J., Norris, K. & Suro, Z. (2013). Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: A parallel-group, randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(6), ss. 727-737.

Bilaga 1.

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval
Cinahl	Overweight AND attitude AND child AND nurse	20	
Cinahl	Overweight AND attitude AND obesity AND child* AND nurse	19	
Cinahl	(Overweight* OR obes*) AND attitude AND child* AND nurse	55	
Cinahl	(Overweight* OR obes*) AND (attitude* OR perception* OR experience*) AND (nurse) AND (child* OR pediatric OR kids)	84	10
Sekundärkälla	Artikel: Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study.		1

Bilaga 2.

Författare	Titel	Årtal och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat
DiNapoli, C., Sytnyk, E. & Waddicor, C.	Pediatric Nurses' Perceptions, Attitudes, and Knowledge of Childhood Obesity at an Academic Medical Center	2011 Bariatric Nursing and Surgical Patient Care	Syftet med studien är att utvärdera sjuksköterskans upplevelse, attityd och kunskap kring barns övervikt. Samt att utvärdera vilka svårigheter sjuksköterskan möts av i att undervisa patienten om övervikt.	En tvärsnittsstudie med kvantitativ metod utfördes. Enkäten innehöll frågor som tillämpade möjligheten att få in data om sjuksköterskans upplevelser, attityder och kunskap om övervikt hos barn. Målgruppen var barnsjuksköterskor på två olika vårdcentraler i Washington DC. 33 barnsjuksköterskor deltog.	Majoriteten av sjuksköterskorna, 97%, kände att de inte var tillräckligt utbildade i att informera barn och deras anhöriga om övervikt och fetma samt att de hade ett bristande självförtroende. Majoriteten av de som gav undervisning till patienter informerade om hälsosam kost.
Edvardsson, K., Edvardsson, D. & Hörnsten, Å.	Raising issues about children's overweight – maternal and child health nurses' experiences Raising issues about children's overweight - maternal and child health nurses' experiences.	2009 Journal of advanced nursing.	Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av frågor kring kommunikation och uppfostran, med föräldrar, gällande deras barn med övervikt.	Kvalitativ metod användes. 10 sjuksköterskor i olika kulturella områden, stad och landsbygd, intervjuades år 2007, i Melbourne, Australien. Sjuksköterskorna arbetade på olika Vårdcentraler.	Sjuksköterskorna upplevde att ämnet var ytterst känsligt. Speciellt om föräldrarna var överviktiga själva. En god kontakt sjuksköterska-föräldrar främjar utsikten för diskussionerna.
Hessler, K. & Siegrist, M.	Nurse practitioner attitudes and treatment practices for childhood overweight: How do rural and urban practitioners differ?	2012 Journal of the American Association of Nurse Practitioners (AANP).	Syftet med studien är att öka förståelsen för den aktiva sjuksköterskans attityd kring barns övervikt, diagnos och behandling. Som tillägg, jämförelser mellan sjuksköterskan som arbetar i staden och sjuksköterskan som arbetar ute på landet, i olika enkätsvar.	En utforskande, beskrivande och sambandsutformad enkätdesign användes. Ett randomiserat urval från en medlemslista från AANP. 1088 enkätsvar användes (89,5% kvinnor och 7 % män) och medelåldern på de delaktiga var 49,5 år. 31 % arbetade på landsbygden och 68,3% arbetade i en stad. Sjuksköterskorna arbetade på olika Vårdcentraler.	Sjuksköterskorna var eniga i att det krävdes insatser i tidig ålder, att risken var stor för kroniska sjukdomar i framtiden för barn med övervikt. De ansåg sig ha god kunskap från sin utbildning. De uppdaterade sig även med ny kunskap. Siffrorna visar på mindre god utveckling för de som bor i landsbygden kontra de som bor i staden, då de har en mindre tillgång till resurser. Familjens delaktighet är

					betydande för en livsstilsförändring.
Isma, G., Bramhagen, A-C., Ahlström, G., Östman, M. & Dykes, A-K.	Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study.	2012 BMC Family practice.	Syftet med studien var att klarlägga BVC-sjuksköterskors uppfattningar kring deras förebyggande arbete med övervikt och fetma hos barn.	En kvalitativ metod användes med öppna frågor. Analysen genomfördes i 5 steg, där en fenomenografisk strategi användes. 18 BVC-sjuksköterskor deltog, från 17 olika vårdcentraler.	Problem som upplevdes var: samhällets normalisering av övervikt. Det påverkar uppfattningen kring vad som är en hälsosam vikt. Relationen till föräldrarna påverkade ssk's arbete. Det var även några av BVC-ssk som själva inte upplevde barnens övervikt som ett problem. Tid och resurser lyftes även upp som aspekter som påverkade hur mycket arbete som kunde läggas.
Larsen L., Mandleco B., Williams M. & Tiedeman M.	Childhood obesity: Prevention practices of nurse practitioners.	2006 Journal of the American Association of Nurse Practitioners.	Syftet var att A, beskriva det förebyggande arbetet hos sjuksköterskor (ssk) angående barn fetma. B, jämföra ssk's arbete beroende på specialité, var de arbetar och kunskap om riktlinjer angående barn-fetma. C, identifiera förhållanden mellan ssk's förebyggande arbete och demografiska variabler. D, utvärdera de resurser och hinder för att verkställa ett förebyggande arbete.	Ett frågeformulär användes. Det hade rankningsfrågor, men även öppna frågor. Frågeformuläret analyserades i SPSS och de öppna frågorna analyserades med innehållsanalys. Frågeformuläret mailades ut till ssk, 99 svar gick att använda. Ssk skulle vara specialist-ssk och arbeta i primärvården.	Ssk arbetade olika, alla använde inte de mätinstrument (BMI) som rekommenderades. Däremot förde de samtal kring kost och fysisk aktivitet med familjerna. Fanns det riktlinjer så var det större chans att det förebyggande arbetet genomfördes. Upplevda hinder var, attityden hos föräldrar (största hindret), den amerikanska livsstilen och brist på resurser, både för ssk och för familjerna. Resurser som uppgavs var, hjälp från dietist, tidskriftsartiklar och web-sidor.
Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H. & Nyholm, M.	Swedish nurses encounters barriers when promoting healthy habits in children	2013 Health Promotion International	Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelse i mötet med föräldrar, efter att de infört ett hälsoprogram där målet är att lyfta fram mer hälsosam kost, fysisk	Data samlades in via intervjuer i olika fokusgrupper och från ett frågeformulär som formades efter intervjuerna. 17 av 24 inbjudna sjuksköterskor deltog. Strategiskt urval till de tre	Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att identifiera sin roll på arbetsplatsen. Den egna osäkerheten i samtal med föräldrarna samt i mätinstrumenten är bidragande. Trots det

			aktivitet för att förebygga barnets viktuppgång.	fokusgrupperna. Sjuksköterskorna arbetade på olika Vårdcentraler.	ansågs samtalet rörande hälsa som mycket viktigt. De upplevde även att det moderna samhället med media, stress och utseendefixering, påverkade relationen till föräldrarna.
Morrison-Sandberg, L., Kubik, M. & Johnson, K.	Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses	2011 The Journal of school nursing	Syftet med studien är att få en insyn i den befintliga fetmarelaterade vård som finns i en mellanstadieskola i Minnesota. Likaså att förstå åsikter om skolsköterske-ledda preventionsprogram och skolsköterskans intresse i att genomföra ett sådant program.	Semistrukturerad intervjuguide. Intervjuerna varade i 45-90 min. Allt videofilmades och transkriberades. 21 skolsjuksköterskor från olika distrikt, deltog.	Det förebyggande arbetet med övervikt hos barn ansågs viktigt eftersom det är ett stort hälsoproblem i USA. Intresset finns för dessa insatser men tidsbrist, brist på personal samt bristande resurser gör det svårt att utföra. I dagsläget beskrivs arbetet som ostrukturerat. Deltagarna var väl införstådda med att det krävs en viss känsla och diskretion vid samtal med barnet och hans familj.
Moyers, P., Bugles, L. & Jackson, E.	Perceptions of school nurses regarding obesity in school-aged children.	2005 The journal of School Nursing.	Syftet var att undersöka skolsköterskans uppfattningar angående fetma hos barn som en hälsorisk och hur de ser sin roll i att förebygga, identifiera och behandla tillståndet.	En beskrivande design med frågeformulär genomfördes. 168 skolsköterskor tillfrågades. De fick frågeformuläret mailat till sig och 106 besvarades.	Det förebyggande arbetet ansågs viktigt. De var väl medvetna om riskerna med övervikt hos barn. Det ansågs svårt att ge råd om fetma. Föräldrastödet upplevdes bristande och kompetensen för rådgivning var låg. Man ansåg också att de själva borde vara en förebild och att skolan borde ha en mer hälsofrämjande miljö.
Mullersdorf, M., Martinsson Zuccato, L., Nimborg, J. & Eriksson, H.	Maintaining professional confidence – monitoring work with obese schoolchildren with support of an action plan.	2010 Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Syftet med studien är att förklara skolsköterskans uppfattning av att arbeta med överviktiga barn med hjälp av en handlingsplan.	Intervjuer genomfördes, med fokus på skolsköterskans erfarenhet, resurser, stöd och betydelsen av att ha en handlingsplan. Intervjuerna tog 45-60 min, filmades och transkriberades. 6 skolsköterskor deltog.	3 kategorier bildades, de var tidsbrist, bristande självkänsla och bristande trygghet. Det största problemet var att ge barnen motivation till en livsstilsförändring. Önskemål fanns att kunna arbeta mer förebyggande och kunna delta mer i det

				De var i åldrarna 35-64, med arbetserfarenhet från 1 till 20 år.	dagliga skolarbetet. Samt att om föräldrarna inte var engagerade ansågs hela processen lönlös.
Quelly, S.	Childhood obesity prevention: a review of school nurse perceptions and practices.	2014 Journal for specialits in pediatric nursing.	Syftet med den här sammanställningen var att undersöka skolsköterskans viktigaste uppfattningar, som kan främja eller försvåra deras deltagande i det hälsofrämjande arbetet med barnfetma.	En systematisk elektronisk litteraturstudie genomfördes, 295 artiklar hittades. Exkluderingskriterier var: endast skolsköterskor och endast vetenskapliga artiklar. Efter grundlig genomgång var 10 artiklar användbara.	Hur bra resultatet blev av deras hälsofrämjande arbete, berodde på skolsköterskans eget självförtroende. Upplevda hinder var: tid, arbetsbörda, inga policys, begränsade resurser (ex utrymme och verktyg), för lite utbildning, negativ föräldrarespons och känslan av intrång i barnens privatliv.
Steele, R., Wu, Y., Jensen, C., Pankey, S., Davis, A. & Aylward, B.	School nurses perceived barriers to discussing weight with children and their families: A qualitative approach.	2011 Journal of school health.	Syftet var att bidra till litteratur genom att ytterligare analysera skolsköterskors upplevda hinder att diskutera viktrelaterade hälsofrågor med barn och deras familjer, med hjälp av fokusgrupper.	Fokusgrupper användes, de filmades. Det transkriberades. Transkripten kodades och kontrollerades och teman skapades. 22 skolsköterskor med olika etniska bakgrunder och erfarenheter deltog i studien.	5 kategorier bildades, de var: Individuella faktorer, Familjefaktorer, Interaktion mellan sjuksköterska och familj, Institutionella faktorer och Sociala faktorer.

