

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

Fett svårt att tala om

Att bemöta överviktiga barn och deras familjer

Heavy talk

To treat overweight children and their families

Författare: Sarah Eriksson och Sandra Eriksson

Handledare: Maria Åling och Mai Leander

Examinator: Catarina Nahlén Bose, Med. Dr.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Övervikt hos barn är ett globalt problem som de senaste decennierna ökat i snabb takt. Övervikten medför både medicinska och psykosociala konsekvenser hos barnen.

Familjerna till barnen har en viktig roll i att skapa en långvarig livsstilsförändring och det är viktigt att sjuksköterskor arbetar med hela familjen i prevention- och interventionsarbetet.

Syfte: Studiens syfte var att belysa de hinder och utmaningar som sjuksköterskan upplever i bemötandet av överviktiga barn och deras familjer. **Metod:** En litteraturöversikt innefattande

10 vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. **Resultat:** Det uppmärksammades att hinder och utmaningar som sjuksköterskor upplevde ofta var relaterade till familjen och föreställningar om familjens livsstil. Hinder och utmaningar var även kopplade till okunskap och det känsliga ämnets komplexitet. Resultatet sammanfattades i fyra områden:

Sjuksköterskan, Familjen, Interaktionen sjuksköterska - familj samt Samhället. Slutsats:

Ämnet övervikt hos barn ansågs vara känsligt och svårt att tala om, vilket i sin tur kan leda till att barnen inte får den adekvata hjälp som krävs för en hållbar livsstilsförändring. **Klinisk**

betydelse: Genom att belysa hinder och utmaningar som sjuksköterskor upplever i bemötandet av familjer med överviktsproblematik, så ökar möjligheterna att stärka kunskaperna inom ämnet och utveckla en mer effektiv vård.

Nyckelord: *Sjuksköterska, Barn, Familj, Övervikt, Bemötande, Familjefokuserad Omvårdnad.*

ABSTRACT

Background: Overweight children is a global problem that has increased rapidly the last decades. It causes medical and psychological consequences for the children. The families to the children play an important role in creating a long-lasting lifestyle change and it is important that nurses work together with the whole family in prevention- and intervention efforts. **Aim:** The purpose of this study was to highlight the barriers and challenges that nurse's experience in the treatment of overweight children and their families.

Method: A literature review was done on ten scientific articles with qualitative approach.

Results: The barriers and challenges that nurses often experienced were related to the family and the nurse's beliefs about family lifestyle. They were also linked to ignorance and the complexity of the topic. The results were summarized in four areas: *The Nurse, The Family, The Interaction nurse - family* and *Society*.

Conclusion: Obesity in children was considered to be a sensitive and difficult topic to talk about, therefor it is a risk that children are not receiving the adequate help that are required for a lifestyle change. **Clinical value:** By highlighting the barriers and challenges that nurses experienced in the treatment of families with weight problems, there is potential for strengthening the knowledge of the subject which can lead to improvements in care of overweight children.

Keywords: *Nurse, Child, Family, Overweight, Treatment, Family Nursing.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	i
ABSTRACT	ii
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Förekomst av övervikt hos barn	2
Definitioner och mätvärden för att fastställa övervikt och fetma hos barn	2
Hälsorisker och konsekvenser av övervikt och fetma	2
Prevention av övervikt och fetma hos barn	3
Begreppsram.....	4
Familjefokuserad omvårdnad	4
Hälsofrämjande samtal	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE.....	6
METOD.....	7
Design.....	7
Urval.....	7
Datainsamlingsmetod	7
Dataanalys	8
Etiska aspekter.....	10
RESULTAT	11
Sjuksköterskan	11
Familjen.....	13
Interaktionen Familjen - Sjuksköterskan.....	14
Samhället.....	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	19
Människans föreställningar om verkligheten	19
Reflektion som en väg till förändring av föreställningar	20
Relationen mellan familj och sjuksköterska.....	21
Slutsats	22

Klinisk betydelse	23
Förslag på vidare forskning.....	23
Författarnas insatser	23
REFERENSER.....	24
BILAGOR	i
Bilaga 1	i

INLEDNING

Intresset för denna fråga växte när en av författarna varit på pediatrik avdelning under sin verksamhetsförlagda utbildning [VFU] och upplevt en situation där en gravt överviktig 5-årig patient var inlagd för en rutinemässig operation. Det talades mycket om denna patient i personalrummet och det var tydligt att många sjuksköterskor var obekväma med ämnet och osäkra på vem som var ansvarig för att ta upp frågan med föräldrarna. Patienten var inte där på grund av sin fetma så många tyckte inte det var naturligt att börja prata om problemet. Båda författarna har även kommit i kontakt med problemet via barnvårdscentralen [BVC], i sjuksköterskeutbildningen samt genom att följa nyheterna och upplevt att fetma är ett alarmerande växande problem bland barn.

Dessa barn kan drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar som exempelvis diabetes typ 2 och högt blodtryck som hör en betydligt äldre patientgrupp till, därför anser författarna att det viktigt att blivande sjuksköterskor är medvetna om att det existerar upplevda hinder och utmaningar hos sjuksköterskor för att ta tag i problemet. Troligtvis kommer sjuksköterskor i barnsjukvården att träffa många av dessa patienter i framtiden och det är av största betydelse att klara av att bemöta dem och deras familjer på ett bra sätt.

BAKGRUND

Förekomst av övervikt hos barn

År 2011 uppskattades omkring 41 miljoner barn under 5 år lida av övervikt eller fetma i världen (United Nations Children's Fund, World Health Organization [WHO], The World Bank, 2012). Detta är en ökning med 54% från 1990, då det uppskattades vara 28 miljoner barn under 5 år som led av övervikt eller fetma (ibid.). Aktuell data över hur många barn över 5 år som lider av övervikt eller fetma kommer av WHO att presenteras under år 2016, så i dagsläget så finns ingen statistik men de räknar med en ökning även här (WHO, 2016). Prevalensutvecklingen av barn med övervikt eller fetma i 60 av de 191 länder som är medlemmar i WHO visar att i alla länder förutom Ryssland och Polen har antalet överviktiga barn ökat, i vissa länder med mer än 1 procentenhet per år (Wang och Lobstein, 2006). Anledningen till ökningen innefattar flera olika faktorer; kultur, tillgången till mat och den alltmer stillasittande livsstil vi lever (Philips, 2012).

Definitioner och mätvärden för att fastställa övervikt och fetma hos barn

För att definiera övervikt och fetma används body mass index [BMI], där vikten i kg delas med längden i meter i kvadrat (Nowicka & Flodmark, 2006). För vuxna är gränsen för övervikt 25 och fetma 30, men dessa gränsvärden kan inte direkt överföras till barn då deras gränsvärden varierar beroende på ålder och kön (ibid.). På uppdrag av International Obesity Task Force [IOTF] presenterades år 2000 den numera internationellt vedertagna definitionen av övervikt och fetma hos barn, i Sverige kallat isoBMI. I denna metod mäts BMI som vanligt och införs sedan i en tabell som omvandlar gränsvärdena för övervikt och fetma utifrån barnets ålder och kön (Cole, Bellizzi, Flegal och Dietz, 2000). I föreliggande litteraturstudie definieras både övervikt och fetma som övervikt om inget annat står.

Hälsorisker och konsekvenser av övervikt och fetma

Många, både bland hälso- och sjukvårds personal, patienter och anhöriga, har uppfattningen om att fetma hos barn mest är ett kosmetiskt problem med relativt få hälsorisker. Detta trots att forskare visat att övervikt medför konsekvenser både på kort och lång sikt när det gäller hälsa och välbefinnande (Hughes & Reilly, 2008). Det finns samband mellan barn med högt BMI i åldrarna två till fyra år och en ökad risk för övervikt/ fetma vid elva års ålder (Shankaran et al., 2011). Mer än 70% av de barn och 85% av de tonåringar som lider av

fetma, kommer även att lida av detta i vuxen ålder (Philips, 2011). De kortsiktiga hälsoriskkonsekvenserna beskrivs som de konsekvenser som drabbar överviktiga barn och ungdomar, de innefattar psykosociala problem, ökad risk för astmasymtom, kronisk inflammation, högt blodtryck, typ 2 diabetes och insulinresistens. De överviktiga vuxna som lider av övervikt/ fetma som barn är de som riskerar att drabbas av de långsiktiga hälsoriskkonsekvenserna, vilket innefattar bestående psykosociala och ekonomiska problem, kardiovaskulära sjukdomar, ökad sjuklighet och för tidig död. Trots vetskapen om hälsorisker finns det gott om belägg som påvisar att lärare, föräldrar, vårdpersonal och barnen själva, tenderar att underskatta både förekomsten och de negativa hälsoeffekterna av övervikt och fetma (Hughes och Reilly, 2008).

Prevention av övervikt och fetma hos barn

För att kunna hjälpa barn med övervikt så behöver vården bli effektivare, detta för att patienten skall kunna uppleva välmående och etablera hälsosamma vanor som kan efterföljas livet igenom. Föräldrar inverkar stort när det gäller barns hälsovanor, det är i princip omöjligt för barn att göra livsstilsförändringar om inte föräldrar är med och stöttar (Farnesi, Ball & Newton, 2012). En sjuksköterska ska alltid se familjen som en helhet, när prevention- och interventions strategier arbetas fram, för att nå ett resultat. Det är även viktigt att familjen är motiverad och villiga att göra en förändring för att förändringen skall bestå (Rabbitt och Coyne, 2012). Vårdpersonal behöver fokusera på att vara empatiska, stöttande och tänka på barnets bästa samt undvika att skuldbelägga och bidra till stigmatisering under samtal med familjen. Vissa föräldrar upplever att de blir ignorerade, dömda på förhand och inte får tillräckligt med information i mötet med vården (Farnesi, Ball & Newton, 2012). Övervikt hos barn är ett komplext problem som inte kan åtgärdas av enbart kosthållning och träning. Barnen och deras familjer är ofta utsatta för mental press, mobbning och stigmatisering, därav ämnets känsliga karaktär. Här krävs att sjuksköterskan tar på sig ansvaret att vara lyhörd och stötta familjen mot en sundare livsstil (Lorentzen, Dyeremose och Hedegard Larsen, 2011).

Det har varit en långsam och inkonsekvent process att tackla fetma bland barn (WHO, 2016). Därför etablerade WHO år 2014 en kommission för att gå igenom existerande strategier och fylla igen kunskapsluckor inom ämnet. Resultatet blev en uppsättning rekommendationer som kan användas världen över för att angripa problemet med barn och ungdomars fetma. Det finns ingen intervention som ensam kan stoppa den ökande fetmaepidemin vi står inför, det finns dock tre kritiska tidsperioder i livet där insatserna är extra betydande. Dessa är inför och

under graviditet, spädbarnsålder/tidig barndom samt äldre barndom/ungdomar. Det är även av stor betydelse att ge behandling till barn som redan lider av fetma. Syftet med kommissionens mål är att minska sjuklighet och dödlighet i livsstilsrelaterade sjukdomar, minska negativa psykosociala effekter av fetma samt att minska risken för nästa generation att drabbas av fetma. Målen handlar bland annat om att implementera program för att främja fysisk aktivitet och intag av hälsosam kost, minska intag av ohälsosam mat och sötade drycker, minska stillasittandet hos barn och ungdomar samt att ge stöd och vägledning inom hälsa, så att barn kan växa ordentligt och själva utveckla hälsosamma vanor. Målen handlar även om att erbjuda familjefokuserad hjälp till barn och ungdomar med övervikt, gällande näringslära, fysisk aktivitet, psykosocialt stöd samt viktkontroll (ibid.).

Begreppsram

Familjefokuserad omvårdnad

Familjefokuserad omvårdnad [FFO] beskrivs som “ en övergripande benämning för den vård och omsorg som fokuserar på familjens betydelse för individens upplevelse av ohälsa och sjukdom” (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012, s. 19). Det innefattar hur sjuksköterskan och familjen uppfattar, upplever och hanterar omvårdnadsrelationen dem emellan (Benzein, Hagberg, Saveman & Syrén, 2010). Denna relation är av icke-hierarkisk karaktär, sjuksköterskan innehar inte sanningen och inte heller lösningen på familjens eventuella problem. Istället utgörs relationen av ett samarbete, där bidrag från var och en i relationen är lika viktiga. Ett grundläggande antagande inom familjefokuserad omvårdnad är att familjemedlemmarna enskilt eller hela familjen påverkas när en familjemedlem drabbas av ohälsa och sjukdom. Här kan både familjen och sjuksköterskan bidra med sina kunskaper och resurser i ett ömsesidigt lärande möte (ibid.). Hälsofrämjande samtal används ofta för att möta barn och familjer med överviktsproblematik, där syftet är att förbättra hela familjens hälsa (Benzein, Hagberg & Saveman, 2008). Här kan sjuksköterskan, med sina kunskaper inom vårdvetenskap, utveckla en djupare förståelse för familjedynamiken och dess effekt på en patients upplevelse av sin livssituation (Benzein et al., 2010). Sjuksköterskan kan då bidra till ett strukturerat och medvetet omvårdnadsarbete med familjen i fokus. Tre områden som anses vara betydelsefulla utgångspunkter inom FFO är människans föreställningar om verkligheten, reflektion som en väg till förändring av föreställningar och relationen mellan familj och sjuksköterska. Föreställningar om verkligheten, menar Benzein et al. (2010), är det som guidar människans verklighet och hur den upplevs. En föreställning om verkligheten kan vara

unik eller generell och både utgöra en möjlighet och ett hinder. Reflektion som en väg till förändring handlar om att utifrån individens, till synes givna, föreställningar ta sig vidare och på så vis utveckla nya insikter och förståelser för såväl egna som andras perspektiv är reflektion en nödvändighet. Det är i samtal som reflektion möjliggörs och det är därför viktigt att det finns plats för en reflekterande process i samtalet mellan sjuksköterskan och familjen. Det är i relationen mellan sjuksköterskan och familjen viktigt att det är en icke-hierarkisk relation där samarbete och respekt för varje individs bidrag är byggstenar för att tillsammans skapa nya meningar (ibid.). Det är utifrån våra föreställningar som vi konstruerar våra liv och väver dem samman med andras (Wright, Watson & Bell, 2002). Sjuksköterskans föreställningar om familjen och om ohälsa och sjukdom påverkar deras sätt att bemöta och vårda familjer. Deras yrkesprofessionella föreställningar kan påverka huruvida sjuksköterskan upplever att familjen har de resurser som krävs för att hantera ohälsa och sjukdom eller inte. Utifrån dessa föreställningar kan sjuksköterskan placera familjen i beroendeställning alternativt bjuda in dem till att aktivt delta i sin egen vård. Det är därför viktigt att sjuksköterskan är medveten om sina föreställningar och reflektera över dem för att kunna vårda och bemöta familjen på ett önskvärt sätt. En familjs föreställningar om en viss sjukdom kan komma att påverka dem mer än sjukdomen i sig. En förändrad föreställning om ohälsa och sjukdom kan bidra till en förändrad förmåga till att hantera situationen samt en förändrad mottaglighet för olika uppfattningar om behandling och tillfrisknande, något som sjuksköterskan kan ha en betydande roll i (ibid.).

Hälsofrämjande samtal

Meningen med hälsofrämjande samtal är ett skapande av sammanhang där förändring kan ske (Benzein et al., 2008). Dessa samtal kan ligga till grund för att hitta nya idéer och övertygelser för att finna nya möjligheter eller ny mening i relation till det existerande problemet. Familjen får en chans att hitta alternativa sätt att prata om deras situation och sedan lösa problemet tillsammans med alla deltagare i hälsosamtalet. Sjuksköterskans uppgift i ett hälsostödjande samtal är att lyssna på vad familjen har att säga och att försöka att inte tänka för mycket på vad hen tror att de menar. Det är viktigt att sjuksköterskan har en deltagande position i samtalet och att familjen får känna att de inbjuder sjuksköterskan till att tala om det de vill tala om utan att sjuksköterskan är den som påverkar. Ett sätt att ta hänsyn till detta är att erbjuda familjen att lyssna till sjuksköterskans reflektioner i samtalet. Det kan vara bra att

försöka hålla en långsam takt och använda sig av pauser samt att skapa en så lugn och avslappnad atmosfär som möjligt (ibid.).

PROBLEMFÖRMULERING

Övervikt bland barn är ett problem världen över där en ökning skett i snabb takt de senaste decennierna. Konsekvenserna som problemet medför är både medicinska och psykosociala samt att många barn förblir överviktiga i vuxen ålder. Övervikt bland barn är ett komplext problem som kräver åtgärder från många olika håll. Vården har en betydande roll i att angripa problemet och det är viktigt att både föräldrar och barn känner att de i sin vårdkontakt får rätt hjälp. Sjuksköterskans uppgift är att motivera och stötta barnen tillsammans med sina familjer till en hållbar livsstilsförändring. Trots detta så upplever föräldrar till överviktiga barn att de inte känner sig trygga i sin kontakt med vården. Det är därför betydelsefullt att undersöka vilka svårigheter som sjuksköterskor upplever i bemötandet med familjer med överviktsproblematik för att kunna utveckla och sedermera erbjuda en så adekvat och effektiv omvårdnad som möjligt till barn med övervikt och deras familjer.

SYFTE

Att belysa de hinder och utmaningar som sjuksköterskan upplever i bemötandet av överviktiga barn och deras familjer.

METOD

Design

En allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats har utförts. Litteraturstudier handlar om att genom ett strukturerat arbetssätt skapa en översikt över ett valt område (Friberg, 2006).

Området är valt syfte inom ämnet omvårdnad.

Urval

Inledningsvis genomfördes en osystematisk informationssökning (Östlund, 2006) i ämnena barn och fetma/övervikt samt i familjefokuserad omvårdnad. Till studien gavs då en överblick över vilka böcker och artiklar som fanns. Därefter gjordes en mer systematisk informationssökning (Friberg, 2006) där inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara peer reviewed, publicerade mellan 2005-2016 samt att de publicerats på engelska i en vetenskaplig tidskrift.

Datansamlingsmetod

Sökningarna efter artiklar till arbetet genomfördes under tre tillfällen i januari år 2016, med start den 22 januari. Databaserna som användes till sökningarna var CINAHL Complete, Medline och Pubmed. Sökorden som användes var utvalda medical subjects headings [MeSH] termer som hämtats i SweMeSH. Två av orden valdes att trunkeras, detta för att få en mer övergripande sökning (Östlund, 2006). Sökorden som användes var *child**, *nurse**, *obesity*, *family nursing*, *overweight*, *nurse-patient relation*, *attitude*, *attitudes*, *attitude of health personal*, *nurseattitude*, *qualitative*, *pediatric obesity*, *nursing* och *barriers*. För att få fram relevanta artiklar valdes att avgränsa sökningarna till år 2005-2015, peer reviewed, academic journals och english language. Söklogiken har varit boelsk (Friberg, 2006). I de fall som sökorden resulterade i ett överskådligt antal artiklar gjordes ett urval utifrån artiklarnas titlar och abstrakt (Tabell 1). 49 artiklar, varav elva dubletter, plockades ut och resultatet i varje artikel granskades för att se huruvida det svarade an till arbetets syfte. De 12 artiklar, vars resultat ansågs besvara syftet, lästes noggrant och tio av dem valdes ut, de två artiklar som valdes bort var av kvantitativ ansats och ansågs därför inte relevanta till denna studie. Av de utvalda artiklarna var åtta av kvalitativ design och två var av blandad design. Sökvägar som gav resultat sammanfattas i tabell nedan (Tabell 1).

Tabell 1

Sökmatrix, utförd 20160204

Sök nr	Datum/ databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa rubriker	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
1	20160122 CINAHL Complete, MEDLINE	Pediatric obesity AND Nursing AND Barriers	År 2005-2015 Peer reviewed	22	22	7	2	2
2	20160126 CINAHL Complete, MEDLINE	Child* AND overweight AND nurse-patient relations	År 2005-2015 Peer reviewed	1	1	1	1	1
3	20160126 CINAHL Complete, MEDLINE	Child* AND Overweight AND Attitude AND Qualitative	År 2005-2015 Peer reviewed	63	63	1	1	1
4	20160126 PubMed	Child* AND Nurs* AND Overweight AND Qualitative	År 2005-2015 Peer reviewed	88	88	7	3	0
5	20160126 CINAHL complete, MEDLINE	nurs* AND overweight AND child* AND qualitative	År 2005-2015 Peer reviewed, Academic journals, English language	23	23	14	5	3
6	20160126 CINAHL complete, MEDLINE	nurs* AND obesity AND child* AND qualitative	År 2005-2015 Peer reviewed, Academic journals, English language	47	47	7	4	3

Dataanalys

De artiklar som valdes ut granskades genom Statens beredning för medicinsk utvärderings granskningsmall för kvalitativa studier (SBU, 2013). I de artiklarna med blandad design granskades endast den kvalitativa delen. Alla de tio artiklar som granskades bedömdes ha en så pass hög studie kvalitet att de kunde inkluderas i studien. För att analysera de tio artiklarna användes Evans (2002) analysmetod som beskriver hur kvalitativa studier sammanfattas i fyra

steg. Data som besvarade syftet insamlades utifrån inklusions- och exklusionskriterier i tre olika databaser, vilket är beskrivet ovan. De utvalda artiklarna lästes upprepade gånger var för sig. Ord och meningar som beskrev vilka ämnen som togs upp i studien plockades ut och sammanställdes. Sammanställningarna från respektive artikel jämfördes, likheter och skillnader plockades ut och subkategorier identifierades. Subkategorierna delades sedan in i fyra olika huvudområden. Subkategorierna och under vilket huvudområden de kategoriserats under redovisas i tabell 2 och vilka huvudområden som de analyserade artiklarna behandlar redovisas i tabell 3.

Tabell 2.

Huvudområden och subkategorier.

Huvudområden	Subkategorier
Sjuksköterskan	Brist på tid, resurser, verktyg och kunskap. Låg prioritet. Brist på kontinuitet. Brist på riktlinjer. Dåligt självförtroende. Känslan av att det är ett för stort ansvar. Svårigheter att använda sig av rätt ord. Språksvårigheter. Brist i de mätverktyg som används. Rädsla att stigmatisera barnet eller familjen. Svårigheter med att remittera till annan enhet.
Familjen	Övervikten ses inte som ett problem. Brist på tid, kunskap och resurser. Inser ej vilket stort ansvar familjen har. Ovilliga eller oförmögna att ta ansvar. Föreställningen om att övervikt är sunt. Andra problem inom familjen. Kulturella skillnader.
Interaktion sjuksköterska - familj	Brist på kontinuitet. Brist på motivation. Förtroende i relationen. Känsligt ämne att tala om. Överviktiga föräldrar försvårar. Svårt att få föräldrar att sätta gränser. Föräldrar som ignorerar råd. Svårt att ge individuell rådgivning.
Samhälle	Förändrade samhällsnormer. Samhällsproblem.

Tabell 3.

Tabell över vilka artiklar som behandlar de olika huvudområdena.

	Huvudområden			
	Sjuksköterskan	Familjen	Interaktion sjuksköterska - familj	Samhälle
Artikel 1	x	x	x	
Artikel 2	x	x		x
Artikel 3	x	x	x	x
Artikel 4	x		x	x
Artikel 5	x	x	x	
Artikel 6	x	x	x	x
Artikel 7	x		x	
Artikel 8	x	x	x	
Artikel 9	x	x	x	x
Artikel 10	x	x	x	x

Etiska aspekter

Begränsningar i det engelska språket och de metodologiska kunskaperna utgör en risk för feltolkning och missförstånd när analysen av artiklarna görs (Kjellström, 2012). Samtliga artiklar som analyserats är hämtade ur vetenskapliga tidskrifter och alla har en etisk reflektion. En etisk kommitté har granskat sju av de tio artiklar som analyserats och i de övriga tre så har sjuksköterskorna gett sitt medgivande att delta. Inga artiklar valdes bort på grund av icke önskvärt resultat.

RESULTAT

Tio artiklar som behandlar syftet har analyserats. Analysen resulterade i ett antal subkategorier (tabell 2) där sjuksköterskan upplever hinder och utmaningar i bemötandet av överviktiga barn och deras familjer. Dessa delades sedan in i fyra olika områden: *Sjuksköterskan, Familjen, Interaktionen sjuksköterskan – familjen och Samhället.*

Sjuksköterskan

Sjuksköterskor upplever att det ligger i deras ansvar att göra barn och deras familjer medvetna om det finns ett överviktsproblem och vilka konsekvenser det skulle kunna ge (Walker, Strong, Atchinson, Saunders & Abbott, 2007). Sjuksköterskans huvuduppgift inom omvårdnad av barn är att observera barnet, informera dess föräldrar, arbeta preventivt och skicka vidare till annan instans när det upplevs nödvändigt (Müllersdorf, Martinson Zuccato, Nimborg & Eriksson, 2010). Detta upplevs vara ett långsiktigt och tidskrävande arbete (ibid.), dock är brist på tid och resurser är något sjuksköterskor upplever som ett hinder i flertalet studier (Walker, et al., 2007; Gerards, Dagnelie, Jansen, De Vries & Kremers, 2012; Müllersdorf et al., 2010). Walker et al. (2007) menar att sjuksköterskor ibland inte ens tar upp problemet med övervikt eftersom de är medvetna om att tiden inte finns till att hjälpa barnet. De upplever dessutom att de finns andra arbetsuppgifter och problem som är högre prioriterade med tanke på deras begränsade tid och resurser (Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman & Dykes, 2013). Prioriteringen kan dock variera poängterar Müllersdorf et al. (2010) då sjuksköterskorna upplever att de kan arbeta utifrån sina egna prioriteringar. Även att hänvisa barn till andra instanser för utredning och behandling av övervikt tar tid (Gerards et al., 2012) och vid hänvisning betonas vikten av att sjuksköterskans beslut att remittera vidare stöds av remissmottagaren (Regber, Mårlid & Johansson Hanse, 2013). I en studie av Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholm (2013) redovisar sjuksköterskor hur läkare, de remitterat överviktiga barn till, inte tagit remisserna på allvar och avvisat sjuksköterskans bedömning om att barnet och dennes familj behöver hjälp. Detta kan innebära att sjuksköterskan framstår överreagera i situationen utifrån föräldrarnas synvinkel (ibid.) och att det motiverande arbete sjuksköterskan gjort med familjen hittills varit helt förgäves (Regber et al., 2013). Bristen på tid påverkar även sjuksköterskans förmåga att hålla sig ajour med aktuell forskning och kunskap angående övervikt och fetma hos barn (Steele et al., 2011).

Vad gäller kunskapsläget beskriver Isma et al. (2013) hur sjuksköterskor upplever att de inte har de kunskaper som krävs för att hantera och bemöta barn med övervikt och att de i sin utbildning saknar fokus på denna patientgrupp. Steele et al. (2011) och Laws et al. (2015) beskriver hur sjuksköterskans självupplevda brist på kompetens inom ämnet kan vara ett hinder och den upplevda kunskapsluckan gör sjuksköterskan osäker i hur problemet skall föras på tal. Bristen på kunskap gör även sjuksköterskan osäker på vilka råd som kan ges till barnen och deras familjer (Ljungkrona-Falk et al., 2013). Även bristen på skriftligt informationsmaterial, som handlar om övervikt, och bristen på kännedom om vilka viktrelaterade behandlingsprogram eller samhällsresurser som finns att tillgå upplevs av sjuksköterskan som ett hinder i att kommunicera och hjälpa överviktiga barn och dess familjer (Steele et al., 2011). Enligt Isma et al. (2013) saknar sjuksköterskorna enhetliga riktlinjer som beskriver vården av barn med övervikt och fetma. Om dessa finns att tillgå så menar de att möjligheten är större att angripa problemet på likvärdigt sätt (ibid.).

Enligt Regber et al. (2013) används tre mätmetoder inom barnhälsovård som kan ge en indikation på huruvida barnet är överviktigt eller ej. Dessa är Längd- och viktkurva [tillväxtkurva], BMI-kurva och manuell BMI beräkning. Tillväxtkurvan används av de allra flesta sjuksköterskor inom barnhälsovården medan BMI ofta används då tillväxtkurvan indikerade övervikt. Osäkerhet i att använda den datoriserade BMI-kurvan var en av anledningarna till att den inte används i större utsträckning samtidigt som den manuella ansågs vara så pass tidsödande att den ofta räknades ut först efter att familjen lämnat sjuksköterskans mottagning (ibid.). Edvardsson, Edvardsson och Hörnsten (2009) beskriver hur sjuksköterskor använde sig av tillväxtkurvan som ett verktyg för att visa på barnets vikt i förhållande till längden och på så vis underlättade för föräldrar att inse problematiken i barnets vikt. Den anses vara en naturlig ingång till att samtala om problemet, utan att det upplevs som att det är sjuksköterskans personliga åsikt (ibid.). Även Laws et al. (2015) beskriver hur tillväxtkurvan och BMI som verktyg kan hjälpa sjuksköterskan att identifiera problemet för föräldrarna. Ljungkrona-Falk et al. (2013) talar däremot om hur sjuksköterskor känner sig osäkra när det gäller att med hjälp av BMI som verktyg beskriva barnets viktstatus och hur detta verktyg kan ge ett felaktigt resultat utifrån sjuksköterskans egna åsikter. Detta kan skapa ett dilemma då sjuksköterskan känner sig tvingad att ta upp ett problem som personligen inte nödvändigtvis upplevs som ett problem (ibid.). Att definiera övervikt eller fetma utifrån BMI verktyget upplevs svårt av en del sjuksköterskor, vilket framkallar en

osäkerhet i att använda det (Isma et al., 2013). De finns även sjuksköterskor som ser svagheter i att varken tillväxtkurvan eller BMI tar hänsyn till barnets kulturella tillhörighet eller föräldrarnas vikt (Laws et al., 2015).

Familjen

Flertalet artiklar beskriver att sjuksköterskan ibland kan hamna i ett dilemma när hen har identifierat ett barn som överviktigt, men där både barnet och/eller föräldrarna inte ser detta som ett problem (Høstgaard Bonde, Bentsen & Lykke Hindhede, 2014; Steele et al., 2011; Edvardsson et al., 2009; Ljungkrona-Falk et al., 2013; Gerards et al., 2012; Regber et al., 2013; Laws et al., 2015). Sjuksköterskan vill inte skapa något som familjen själva inte ser som bekymmersamt, också med risk för att stigmatisera barnet (Høstgaard Bonde et al., 2014). Samtidigt så kan en känsla av att svika barnet uppstå om sjuksköterskan väljer att inte informera om de risker som övervikt medför. Ett annat dilemma kan också vara att barnet är olyckligt över sin övervikt men att föräldrarna inte är intresserade av att göra några förändringar eller har en annan uppfattning än barnet (ibid.). Vissa föräldrar vill hellre prata om barnets positiva utveckling eller om andra problem som de anser vara mer angelägna än vikten (Edvardsson et al., 2009). Brist på motivation, kan ses som ett annat hinder av sjuksköterskan, där föräldrar inte ser tillräckligt med fördelar i samband med beteendeförändringarna och ibland verkar föräldrar inte heller förstå att de delvis är ansvariga för sitt barns övervikt (Gerards et al., 2012). Som Walker et al. (2007) beskriver så har kanske familjen huvudrollen i att lösa problemet med barnets övervikt men de kan likväl vara oförmögna eller ovilliga att ta på sig ansvaret för uppgiften. Föräldrar idag, upplevs av sjuksköterskor, som mer osäkra i sin föräldraroll (Ljungkrona-Falk et al., 2013). En sjuksköterska ansåg dock inte att det var rättvist att lägga allt ansvar på föräldrarna utan att det är ett mer invecklat socialt problem (Høstgaard Bonde et al., 2014). Ytterligare ett hinder hos familjer där övervikt och fetma är vanligt, kan vara att den övriga familjesituationen är komplicerad. Det kan handla om psykosociala problem som arbetslöshet, separation och att ha låg inkomst som tillsammans med övervikt förvärrar hela deras situation. I mötet med dessa familjer upplever sjuksköterskorna att det är svårt att börja prata om fysisk aktivitet och om att förbättra deras matvanor (Ljungkrona-Falk et al., 2013).

Vissa föräldrar, ofta influerade av äldre familjemedlemmar eller en ogrundad och irrationell oro, vill att barnet ska lägga på sig mer vikt fast barnet är helt normalviktigt (Regber et al., 2013). Vilket förstärks i studien av Laws et al. (2015) där sjuksköterskorna upplever att

många föräldrar inte ser barnet som överviktigt eller att det inte oroar dem för att det anses hälsosamt att vara lite knubbigt (chubby). Steele et al. (2011) och Edvardsson et al. (2009) diskuterar kulturella skillnader som ett hinder i arbetet med överviktiga barn. Det talas såväl om språkliga hinder som om att familjer har olika uppfattning om vad som är normalviktigt, brist på kunskap om hälsosam mat samt att övervikt är ett omfattande problem generellt inom vissa kulturella grupper (Steele et al., 2011). Edvardsson et al. (2009) nämner också problemet med att det anses hälsosamt med överviktiga barn och att det i vissa kulturer ses som ett tecken på välstånd och rikedom. Mor- och farföräldrar har ofta även här ett starkt inflytande när det gäller barnbarnens vård och upplevs svåra att nå i överviktsfrågan (ibid.). Överhuvudtaget så känner sjuksköterskorna att de saknar kompetens till att informera eller tala om problemet med familjer från en annan kulturell bakgrund än deras egen (Steele et al., 2011).

Interaktionen Familjen - Sjuksköterskan

Edvardsson et al. (2009), Regber et al. (2013) och Isma et al. (2013) beskriver relationen mellan sjuksköterska och patient som en viktig del i arbetet med barns övervikt. Att som barnsjuksköterska ha en relation till familjen från att barnet föds gör att det är lättare att ta upp frågan (Edvardsson et al., 2009) och det är viktigt att försöka att inte äventyra den goda relationen med att vara för offensiv i mötet och därmed pressa föräldrarna för hårt (Regber et al., 2013). Som det beskrivs i Isma et al. (2013) så är samarbetet förstås viktigt men i slutändan så är det familjerna själva som måste göra förändringarna. Det är dock en fin linje mellan att motivera föräldrar till positiva hälsoförändringar eller att ge dem ångest och osäkerhet inför uppgiften. “Nurses conceived health promotion as a tightrope between motivating parents towards making a positive change and to createing anxiety and insecurity among them” (Isma et al., 2013, s. 5).

Att ha tålamod och arbeta långsiktigt på relationen för att underhålla motivationen hos familjer med överviktsproblematik anses vara en utmaning (Müllersdorf et al., 2010). Det är viktigt att, så fort intresset väckts hos familjen och ett behov utkristalliserats, vara lyhörd, finnas där och ha tid för familjen (ibid.). Vid brist på kontinuitet så påverkar detta både relationen och föräldrarnas mottaglighet i arbetet mot övervikt (Laws et al., 2015). Vissa sjuksköterskor upplever att det är svårt att etablera så god kontakt med barnen, så att det känns enkelt att diskutera ämnet övervikt, just för att de sällan träffar barnen förutom när det

gäller något akut (Steele et al., 2011). Ett annat hinder som upplevs är att barnen och ungdomarna själva inte är tillräckligt motiverade för att ta itu med problemen. Här beskrivs av en sjuksköterska medias inflytande, om att det är okej att vara sig själv och vara bekväm med sin övervikt, som ett problem och att den stigmatisering som förr kanske motiverade några till förändring, inte längre finns där (ibid.).

Att övervikt är ett känsligt ämne verkar inte vara att ta miste på då det uttrycks i ett flertal artiklar (Walker et al., 2007; Müllersdorf et al., 2010; Laws et al., 2015; Høstgaard Bonde et al., 2014; Edvardsson et al., 2009; Steele et al., 2011; Regber et al., 2013). Sjuksköterskorna i studien av Walker et al. (2007) upplever att eftersom familjen har huvudansvaret för att försöka lösa problemet så är det viktigt att tilliten inte skadas. De är bekymrade över att ens ta upp ämnet i rädsla för att göra föräldrarna samt barnet upprört eller för att äventyra relationen med hela familjen (ibid.). Detta motsägs dock i studien av Regber et al. (2013) där sjuksköterskorna trots det känsliga ämnet nästan aldrig undviker att ta upp det med föräldrarna. Även i Edvardsson et al. (2009) så beskrivs det hur sjuksköterskorna anser att det är deras uppgift att ta upp ämnet trots dess känsliga natur. I Müllersdorf et al. (2010) studie så nämns sjuksköterskors rädsla för att inkräkta på familjens integritet och osäkerheten kring hur mycket de kan blanda sig i familjeangelägenheter utan att bli för styrande. Ytterligare en utmaning i arbetet mot övervikt är att få barnen att känna sig trygga och att reducera skam och skuld kring ämnet. Som en sjuksköterska uttrycker sig: "It is unhealthy to be obese but it must not become a witch hunt, especially not when children are involved" (ibid., s. 135).

Några sjuksköterskor upplever att de indirekt kritiserar föräldrarnas livsstil när de talar om barnens övervikt, om det är så att föräldrarna själva är överviktiga (Regber et al., 2013) eller att de upplevde svårigheter att närma sig ämnet i rädsla att förolämpa föräldrarna (Edvardsson et al., 2009) De upplevde överlag att det var vanligt med försvarsmekanismer och känslosamma reaktioner hos föräldrarna när ämnet övervikt togs upp, ibland blev föräldrar till och med aggressiva mot sjuksköterskorna (ibid.) eller vände sig till en annan vårdinstans (Regber et al., 2013). En utmaning som sjuksköterskorna upplever i studien av Edvardsson (2009) är att kunna ge råd på ett individuellt sätt. Det kan handla om att ge ut broschyrer, ge råden i små portioner då och då samt att välja sina ord väl (ibid.). Det är till exempel bra att närma sig överviktsämnet försiktigt och välja ord som 'stor', 'tung' och 'över kurvan' istället för att använda ord som 'fet' eller 'fetma'. Här beskrivs relevansen av att välja orden väl för

att undvika att kränka föräldrarna när dessa också är överviktiga (ibid.). En annan aspekt i utmaningen att ge råd är att föräldrar är olika mottagliga för dessa, i en familj där föräldrarna har en ohälsosam livsstil så kanske kunskaperna kring att kunna laga och äta hälsosam mat är dåliga (Laws et al., 2015). Om oviljan till att göra en förändring är stor så blir automatiskt mottagligheten för råd sämre (ibid.). Detta tas också upp i Isma et al. (2013) som beskriver att den största oron i överviktsarbetet är föräldrar som trots sjuksköterskornas genuint positiva inställning ändå ignorerar råd och rekommendationer samt hänvisningar till andra ställen som till exempel överviktsenheter.

Samhället

Förändrade samhällsnormer, såsom ökat stillasittande, samhällets fokusering på tävlingsidrott snarare än livslångt idrottande, ändrad uppfattning om vad som är en normal kroppsbyggnad och ökade portionsstorlekar av mat, upplever sjuksköterskan som ett hinder i att identifiera och arbeta preventivt mot övervikt hos barn (Steele et al., 2011). Även Ljungkrona-Falk et al. (2013) nämner sjuksköterskornas upplevelse av det förändrade samhällets betydelse för barnens hälsa där de finns en trend i att låta sina barn gå på aktiviteter väldigt ofta, vilket kan leda till stress både hos barnen och deras föräldrar. Stressen kan även medföra att barnens matvanor förändras till det negativa (ibid.).

Även om familjen ibland är redo att göra förändringar, kan det upplevas som svårt nuförtiden då många barn mestadels är stillasittande och har lätt att få tag i skräpmat samt att sportsliga aktiviteter inte är lika lättillgängliga eller billiga såsom att titta på tv eller spela dataspel (Høstgaard Bonde et al., 2014). Det sociala problemet diskuteras också av Ljungkrona-Falk et al. (2013) där sjuksköterskor upplever att familjer är stressade på många olika sätt i vårt moderna samhälle och att massmedia spelar en stor roll i överviktsproblemet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med kvalitativa studier är att öka förståelsen för ett fenomen (Dahlborg Lyckhage, 2012). För att kunna göra en djupdykning i sjuksköterskans upplevelse och erfarenheter av valt ämne så ansågs artiklar med kvalitativ ansats besvara syftet i den allmänna litteraturstudien på bästa sätt. Även artiklar med blandad metod valdes ut till resultatet men då togs beslutet att endast använda de kvalitativa delarna för att lättare kunna jämföra resultateten i artiklarna. Detta skulle kunna påverka studiens resultat negativt då summan av de båda delarna utgör trovärdigheten i resultatet i artikeln som används (Borglin, 2012).

En styrka i studien är att artikelsökandet tilläts ta mycket tid. Som beskrivet i Östlundh (2006) så är det en del av arbetet att experimentera med olika sökord och strategier för att nå fram till den information som önskas. I den systematiska sökningen är det viktigt att hela tiden dokumentera sökprocessen och utnyttja de söktechniska hjälpmedel och möjligheter som ges i de databaser som sökningarna görs i (ibid), vilket tillämpades och ledde fram till artiklar som ansågs svara an till syftet. Sökningen gjordes i flera databaser inriktade på omvårdnad, vilket gjorde att chansen ökade att hitta relevanta artiklar (Henricson, 2012).

Endast artiklar publicerade mellan 2005 och 2015 valdes att inkluderas i studien, för att resultatet skulle spegla den senaste forskningen som gjorts inom ämnet. Begränsningen innebar dock att ett visst medvetet bortfall av artiklar skett. För att säkerställa att de artiklarna som användes höll en vetenskaplig kvalitet inkluderades endast artiklar som var peer reviewed. Att inte begränsa sökningen till fulltext är en styrka då det enligt Östlundh (2006) annars kan påverka sökresultatet och inte svara upp emot det aktuella informationsbehovet. Vid sökning av artiklar valdes att trunkera ord som kunde ha flera böjningsformer vilket ledde till att sökningen effektiviserades och gjorde att inte varje böjning måste sökas var för sig (ibid.). En begränsning i urvalet var att vid många sökträffar så valdes artiklarna utifrån titel och sammanfattning, vilket kan ha inneburit ett visst bortfall av relevant material.

Att artiklarna mestadels är från Sverige kan ses som en begränsning i studien då artiklar från fler nationer hade gett en bredare syn. En annan begränsning som skulle kunna sänka trovärdigheten är att författarna redan från början var inställda på att det var ett existerande problem, vilket kan ha färgat sökningarna och valet av syfte. Som Wallengren och Henricsson

(2012) nämner finns det risker med att ha förförståelse inom ett ämne då information som känts bekant omedvetet kan ha sökts upp. Något som ägnades en tanke över i efterhand var att det hade behövts en reflektion kring att förförståelsen till ämnet skulle ha kunnat påverka resultatet i studien och på så sätt sänka pålitligheten. Det går dock aldrig att utesluta att förförståelsen skulle ha påverkat resultatet (Henricson, 2012).

Överförbarhet är ett begrepp som enligt Wallengren och Henricson (2012) bör diskuteras för att se om studiens resultat är användbart i andra sammanhang. De flesta av de sjuksköterskor som intervjuades i resultatartiklarna arbetar inom skol- och barnhälsovården, det är i dessa typer av vårdinrättningar som sjuksköterskor möter barn mestadels. Genom att bearbeta hinder och utmaningar som sjuksköterskor upplever i bemötandet av familjer kring ämnet övervikt så skulle detta även kunna appliceras på fler känsliga ämnen som till exempel bemötandet av barn och familjer där psykisk ohälsa förekommer, vilket visar på en god överförbarhet. Det skulle dock kunna vara en försvårande faktor för överförbarheten att övervikt är något som framkommer när en sjuksköterska gör en viktmätning eller bara en observation av ett barn, det krävs mer än så för att komma i kontakt med barn och familjer med psykisk ohälsa. Flertalet resultatartiklar är även från Sverige där dessa typer av vårdinrättningar är kostnadsfria och där i stort sätt alla barn och familjer möter sjuksköterskor årligen. Detta gör att överförbarheten anses vara god i Sverige och länder med liknande vårdssystem men betydligt sämre i länder där sjuksköterskor inte träffar barn så ofta eller alls på grund av exempelvis för höga vårdkostnader.

Enligt Wallengren och Henricson (2012) så kan risken för feltolkningar minskas genom att studien haft två författare som diskuterat och enats arbetet igenom. Båda författarna har även varit delaktiga i litteratursök, granskning av resultatartiklar och kvalitetsgranskning, vilket stärker arbetets trovärdighet då det garanterar att artiklarna inte behandlas olika beroende på vem som gjort arbetet (Wallengren och Henricsson, 2012).

För att öka det vetenskapliga värdet i studier så är det viktigt att använda sig av artiklar som granskats av en etisk kommitté eller som gjort noggranna etiska överväganden (Wallengren och Henricsson, 2012). I artiklarna där sjuksköterskorna själva gett sitt godkännande istället för att granskas av en etisk kommitté har författarna i övrigt använt sig av en etisk reflektion vilket ansågs tillräckligt för att godkänna studien. Då alla artiklar som ingår i studien är skrivna på engelska finns risk att misstolkning skett. Vid osäkerhet om översättningen är

riktig, har det engelska ordet satts inom parentes efter för att läsaren skall kunna göra en egen bedömning. En styrka i studien anses vara att inga artiklar valts bort på grund av icke önskvärt resultat, vilket tyder på god forskningsetik (Kjellström, 2012).

Resultatdiskussion

Resultatet av studien visar många olika hinder och utmaningar som sjuksköterskan upplever i bemötandet av överviktiga barn och deras familjer. Det framkommer att familjens betydelse är av stor vikt och att det är svårt för barn att göra bestående förändringar om inte fokus läggs på hela familjen när problemet uppmärksammas. Familjefokuserad omvårdnad handlar om att skapa en relation och ett samarbete som bygger på ömsesidig respekt där syftet är att avhjälpa ett problem som familjen har utan att inskränka på deras integritet (Benzein et al., 2010).

Resultatet i denna studie kommer att diskuteras utifrån de tre utgångspunkterna som tas upp inom FFO; *människans föreställningar om verkligheten, reflektions som väg till förändring av föreställningar* och *relation mellan familj och sjuksköterska*.

Människans föreställningar om verkligheten

Familjen är en nödvändig del för att tillämpa en livsstilsförändring hos barn, men resultatet visar att sjuksköterskan upplever hinder i att arbeta tillsammans med familjen. Ett hinder som redovisas i resultatet är att familjerna inte såg barnens övervikt som ett problem eller att barn såg sig själva som överviktiga men inte deras föräldrar. Detta anser författarna till föreliggande studie kunna påverkas av såväl personliga som kulturella föreställningar.

Harbaugh (2007) menar att för att kunna göra en förändring så krävs det att föräldrar inser att deras barn är överviktigt och att hela familjen ändrar sina vanor. Studien av KiliÇarslan-TörÜner, Ayaz och SavaŞer (2014) stärker resultatet i föreliggande studie när de beskriver hur föräldrars förmåga, att identifiera barns vikt, sviktar. I en bedömning angav föräldrarna oftare felaktigt sitt barn som underviktigt än som överviktigt, vilket författarna menar är ett problem och en utmaning för sjuksköterskan i att få föräldrarna att acceptera barnets kliniska viktstatus (ibid.). Enligt Wright et al. (2002) är föreställningen om hälsa och sjukdom individuell och föreställningen om sjukdomsdiagnosen har inverkan på hur mottaglig personen är för olika uppfattningar om behandling och tillfrisknande. Detta kan implementeras i problemet som setts i resultatet, där familjer som inte identifierat övervikten som ett problem, upplevs av sjuksköterskan som ett hinder i bemötandet. Att även media har

inverkan på vilka föreställningar som finns om övervikt tyder en studie av Sandberg (2005) på. Det påvisas att problemet med övervikt underskattas i media jämfört med dess riktiga proportioner. Undersökningar har visat att människor upplever AIDS, droger och våld som ett större hot mot folkhälsan än övervikt, troligtvis pga. att de tar större plats i media. Övervikt har även en tendens att endast framställas som ett kosmetiskt problem där risker med övervikten inte når ut, detta då journalister saknar utbildning som gör att de på ett korrekt och användbart sätt inte kan förmedla forskningsresultat och information från sjukvårdspersonal (ibid.).

Att som sjuksköterska tala om övervikt som ett problem i en familj med en redan komplicerad familjesituation var ett annat hinder som uppmärksammas i resultatet. De menar att psykosociala och socioekonomiska problem kan förvärras av ytterligare ett problem i form av övervikt och att det för sjuksköterskorna känns obekvämt att prata om fysisk aktivitet och matvanor när vetskapen om den övriga familjesituationen finns. Detta tyder på att sjuksköterskans föreställningar, om familjen och deras situation, kan påverka upplevelsen om att ta itu med övervikten skulle förvärra familjesituationen. Föreställningarna kan även resultera i att sjuksköterskan inte anser att familjen har de resurser som krävs för att hantera övervikten (Wright et al., 2002) och låter eventuellt då bli att föra problemet på tal.

Det resultat som redovisats i studien anser författarna tyder på att föreställningarna sjuksköterskorna och familjerna har om övervikt och ohälsa, påverkar upplevelsen av hinder och utmaningar. Skulle inte varje individ ha förbestämda och olika föreställningar om ämnet övervikt så hade kanske inte ämnet upplevts lika svårt att tala om.

Reflektion som en väg till förändring av föreställningar

Rädsla för att stigmatisera och kränka personlig integritet framkom i resultatet hindra sjuksköterskan från att tala om överviktsproblematiken med barn eller dennes familj. Detta anser författarna i föreliggande studie kan ha påverkats både av sjuksköterskans egna föreställningar och hens föreställningar om familjens föreställningar om ämnet övervikt. Enligt FFO borde istället sjuksköterskan bli mer medveten om sina egna föreställningar samt utforska barnet och familjens föreställningar och få dem att reflektera över sig själva i förhållande till ohälsan/ övervikten (Wright et al., 2002). Benzein et al. (2008) beskriver hur våra föreställningar är byggda av erfarenheter genom hela livet och ofta är omedvetna och oreflekterade, men hur de genom reflektion, kan bli en del av vårt medvetande.

Detta tyder på att många hinder och utmaningar som påvisats i resultatet hade kunnat upplevas annorlunda om sjuksköterskorna och familjerna hade reflekterat över och delat sina föreställningar med varandra. Det skulle kunna sammanfattas med att bristen på reflektion är ett hinder i sig som genererar flertalet andra upplevda hinder och utmaningar i mötet mellan sjuksköterskor och familjer.

Relationen mellan familj och sjuksköterska

Relationen mellan familj och sjuksköterska utgörs av ett samarbete där sjuksköterskan bidrar med sina kunskaper och resurser och familjen med sina. Det är av största vikt för sjuksköterskan att vara lyhörd, gå varsamt fram och utveckla en djupare förståelse för familjens situation (Benzein et al., 2010). Detta bekräftas i Benzein et al (2008) då det bara är familjerna själva som kan berätta om deras egen situation och att det sedan är upp till sjuksköterskan att lyssna noga och att tillsammans med familjen göra en prioritering på vilket problem som behövs diskuteras först. I resultatet framkommer att sjuksköterskans upplevda utmaningar i mötet med familjen handlar om att ha tålamod, skapa tillit samt arbeta långsiktigt på relationen för att kunna underhålla motivationen hos barnen och deras familjer. Att kunna ge viktiga råd och adekvat information utan att inkräkta på familjens integritet är en annan utmaning som upplevs där vissa även undvek att ta upp ämnet med risk för att göra familjen upprörd. Genom att sjuksköterskor upplever dessa utmaningar, tillsammans med brist på kunskap och resurser som begränsar sjuksköterskorna i att hantera och bemöta barn och familjer med överviktsproblematik, så skulle detta kunna leda till att barn som lider av övervikt inte får den information och hjälp de behöver för att ändra sin livsstil. I en studie av Bohman, Ghaderi och Rasmussen (2013) utbildas sjuksköterskor för att förbättra sina kunskaper i överviktsprevention hos barn och därmed utveckla sin förmåga till bemötande av barn och familjer i arbetet. Sjuksköterskorna som fick förhöjd kunskap genom utbildning upplevde ett ökat självförtroende (self-efficacy) i att bemöta och påverka patienterna till en hälsosammare livsstil. Detta påvisar att utbildning och ökad kunskap kan ge de nödvändiga verktygen som sjuksköterskor och övrig vårdpersonal behöver för att känna sig trygga i att bemöta överviktiga barn och deras familjer.

Som Turner, Salisbury och Shield (2012) beskriver så kan även föräldrar uppleva en motvillighet till vård av barnens övervikt av olika anledningar. En rädsla att själv bli skuldbelagd för barnets övervikt, att vilja skydda barnet från att må psykiskt dåligt när problemet angrips eller självupplevda erfarenheter att inte få adekvat hjälp med övervikt i sin

egen barndom (ibid.). Detta är, anser författarna i föreliggande studie, alla exempel på hur föräldrars föreställningar också påverkar i vården av överviktiga barn. Precis som beskrivs av Benzein et al. (2010) är det därför viktigt att både familjen och sjuksköterskan kan bidra med sina kunskaper och resurser i ett ömsesidigt lärande möte och som sjuksköterska göra föräldrarna medvetna om detta. Det kan jämföras med Fjetland et al. (2009) som beskriver värdet av att tala om för föräldrarna hur viktiga de är för deras interaktion med barnen i hälsorådgivning. Det här, anser författarna till föreliggande studie, skulle kunna utöva en verkan som en positiv inledning på ett möte och hjälpa sjuksköterskan att flytta fokus från sina egna upplevda hinder. Samtidigt som detta kan lägga ytterligare börda på föräldrarna om de inte är förmögna att ta på sig ansvaret. Möjligen är det då mer angeläget att tala om för familjen att alla personers bidrag i en relation är lika viktiga för att utveckla en hållbar och förtroendefull relation mellan sjuksköterskan och familjen.

Slutsats

I studiens resultat framkom ett flertal hinder och utmaningar som sjuksköterskan upplevde i mötet med överviktiga barn och deras familjer. Dessa hinder och utmaningar kunde delas in i fyra huvudområden; *sjuksköterskan, familjen, interaktionen familj - sjuksköterska* och *samhälle*. Tid och resurser var några av hindren som ansågs som en begränsning hos sjuksköterskan själv. Familjers brist på motivation, ovilja att ta ansvar eller att de inte såg övervikten som ett problem är några av de hinder och utmaningar som sjuksköterskan ansåg fanns hos just den individuella familjen. Att som sjuksköterska arbeta med familjer upplevdes tålamods krävande, bland annat när det kommer till att arbeta långsiktigt på relationen, vilket kunde komma att utgöra ett problem i interaktionen dem emellan. Även förändrade samhällsnormer ansåg kunna utgöra hinder i att bemöta och arbeta preventivt mot överviktiga barn. Studiens resultat påvisar att ämnet övervikt hos barn anses vara känsligt och svårt att tala om, vilket i sin tur kan leda till att barnen inte får den hjälp som krävs för en hållbar livsstilsförändring.

Klinisk betydelse

Genom att belysa hinder och utmaningar som sjuksköterskor upplever i bemötandet av familjer med överviktsproblematik, och därmed upptäcka var det brister i omvårdnaden, så ökar möjligheterna att inom vården stärka kunskaperna i ämnet och utveckla en mer effektiv vård. Att kunna möta barn och deras familjer på ett bra sätt är viktigt i fler sammanhang än just ämnet övervikt. Om fler sjuksköterskor kände sig bekväma med att prata med patienter om känsliga ämnen så skulle det kunna ge en djupare insikt i patienters perspektiv, vilket i sin tur kan leda till en ökad förståelse för patienten och dennes problem.

Förslag på vidare forskning

Ett förslag på vidare forskning skulle kunna vara att belysa föräldrarnas och barnens upplevelse av kontakten med sjuksköterskor eller övrig vårdpersonal gällande överviktsproblem. En annan aspekt i det hela, som skulle kunna komplettera denna forskning, vore att utforska vilka *möjligheter* i bemötandet som sjuksköterskor upplever redan nu.

Författarnas insatser

Båda författarna har deltagit i studiens samtliga delar. Varje del har initialt diskuterats och avslutningsvis bearbetats tillsammans. Båda författarna har bidragit i lika stor utsträckning till det slutgiltiga resultatet.

REFERENSER

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B.- I. (2012) (Red.). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur AB.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (2008). 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nursing Inquiry*, 15(2), 106-115. doi:10.1111/j.1440-1800.2008.00401.x

Benzein, E., Hagberg, M., Saveman, B.-I. & Syrén, S. (2010). *Familjefokuserad omvårdnad: Ett strategidokument (2010/1733)*. Kalmar: Linnéuniversitetet institutionen för hälso- och vårdvetenskap. Från http://lnu.se/polopoly_fs/1.26457!omslag_sv.pdf

Bohman, B., Eriksson, M., Lind, M., Ghaderi, A., Forsberg, L., & Rasmussen, F. (2013). Infrequent attention to dietary and physical activity behaviours in conversations in Swedish child health services. *Acta Paediatrica*, 102(5), 520-524. doi:10.1111/apa.12176

Borglin, G. (2012). Mixad metod - en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 269-286). Lund: Studentlitteratur.

Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240. doi:10.1136/bmj.320.7244.1240

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur. (s. 161-171).

* 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), 2542-2551. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05127.x

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal Of Advanced Nursing* 20(2), 22-26. Hämtad från databasen MEDLINE with full text.

Farnesi, B. C., Ball, G. C., & Newton, A. S. (2012). Family-health professional relations in pediatric weight management: an integrative review. *Pediatric Obesity*, 7(3), 175-186. doi:10.1111/j.2047-6310.2012.00029.x

Friberg, F. (2006) . Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur. (s. 115-125).

Fjetland, K. J., & Soreide, G. E. (2010). Ethical dilemmas: a resource in public health nurses' everyday work?. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(1), 75–83
doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00688.x

* Gerards, S. L., Dagnelie, P. C., Jansen, M. J., De Vries, N. K., & Kremers, S. J. (2012). Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Family Practice*, 37(13). doi:10.1186/1471-2296-13-37

Harbaugh, B., Jordan-Welch, M., Bounds, W., Blom, L., & Fisher, W. (2007). Nurses and families rising to the challenge of overweight children. *Nurse Practitioner*, 32(3), 30-43. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Henricsson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur.

Huges, A. R., & Reilly, J.J. (2008). Disease management programs targeting obesity in child: Settings the scene for wellness in the future. *Dismanage health outcomes*, 16(4), 255-266. doi:10.2165/0115677-200816040-00006

* Høstgaard Bonde, A., Bentsen, P., & Lykke Hindhede, A. (2014). School nurses' experiences with motivational interviewing for preventing childhood obesity. *The journal of school nursing*, 30(6), 448-455.
doi:10.1177/1059840514521240

* Isma, G. E., Bramhagen, A., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A. (2013). Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. *BMC Family Practice*, 143(14). doi:10.1186/1471-2296-14-143

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-94). Lund: Studentlitteratur.

KiliÇarşlan-TörÜner, E., Ayaz, S., & SavaŞer, S. (2014). Parents' perceptions about weights of their children. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 16(2), 11-20.
Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

* Laws, R., Campbell, K. J., van der Pligt, P., Ball, K., Lynch, J., Rusell, G., Taylor, R., Denney-Wilson, E. Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia. (2015). *BMC Nursing*, 26(14), 1-14.
doi:10.1186/s12912-015-0077-7

* Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H., & Nyholm, M. (2013). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health promotion international*. 29(4), 730-738.
doi:10.1093/heapro/dat023

Lorentzen, V., Dyeremose, V., & Larsen, B. H. (2012). Severely overweight children and dietary changes - a family perspective. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(4), 878-887.
doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05791.x

* Müllersdorf, M., Zuccato, L. M., 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), 131-138. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00696.x

Nowicka, P. & Flodmark, C. (2006). *Barnövervikt i praktiken: evidensbaserad familjeviktsskola*. Lund: Studentlitteratur.

Phillips, F. (2012). Facing up to childhood obesity. *Practice Nurse*, 42(11), 14-17. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Rabbitt, A., & Coyne, I. (2012). Childhood obesity: nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing*, 21(12), 731-735. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

* Regber, S., Mårild, S., Johansson Hanse, J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-patient interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*, 27(12). doi:10.1186/1472-6955-12-27

Sandberg, H. (2005). Information and communication in society. *Acta Paediatrica. Supplement*, 94(s448), 38-39. doi:10.1080/08035320510035285

Shankaran, S., Bann, C., Das, A., Lester, B., Bada, H., Bauer, C. R., La Gasse, L., & Higgins, R D. (2011). Risk for obesity in adolescence starts in early childhood. *Journal of Perinatology*, 31(11), 711-716. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

* Steele, R.G., Wu, Y., Jensen, C. D., Pankey, S., Davis, A. M., & Aylward, B. S. (2011). School Nurses' Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach. *Journal Of School Health*, 81(3), 128-137. doi:101111/j.1746-1561.2010.00571.x

Turner, K. M., Salisbury, C., & Shield, J. H. (2012). Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Family Practice* 2011; 0:1–6 doi:10.1093/fampra/cm111

United Nations Children's Fund, World Health Organization, The World Bank. (2012). *Levels and trends in child malnutrition*: UNICEF - WHO - The World Bank joint child malnutrition estimates. New York: UNICEF. Från http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf

* Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders, J., & Abbott, J. (2007). A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Family Practice*, 850. doi:10.1186/1471-2296-8-50

Wallengren, C., & Henricsson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur.

Wang, Y., & Lobstein, T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(1), 11-25. doi:10.1080/17477160600586747

World Health Organization, (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO Document Production Service. Från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf

Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad: föreställningar i samband med ohälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Hämtad 15 februari, 2016, Från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Östlundh, L. (2006) Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur. (s. 45-70).

* Resultatartiklar.

BILAGOR

Bilaga 1

Resultatartikelmatris, utförd 20160205

Art Nr	Författare, Publikationsår, Titel, Tidsskrift	Syfte	Design, Undersökningsgrupp, Land	Datansamlingsmetod Analysmetod	Resultat	Kvalitet
1	Edvardsson, K., Edvarsson, D., & Hörnsten, Å. (2009). Raising issues about children's overweight - maternal and child health nurses experiences. <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Att beskriva sjuksköterskors, inom barn- och mödrahälsovård, upplevelse av kommunikationen med föräldrar till överviktiga barn.	Australien. Kvalitativ design. 10 sjuksköterskor inom barn- och mödrahälsovården deltog.	Intervjuer som analyserats med hjälp av en innehållsanalys och sedan kategoriserats.	Studien har identifierat 8 kategorier av sjuksköterskans upplevelser av svårigheter med att möta överviktiga barn och deras familjer; 1) Utveckla tillit och god relation. 2) Ta itu med problemet övervikt på ett försiktigt/ känsligt sätt. 3) Använda ett taktiskt språk. 4) Anpassa sig till föräldrarnas vikt. 5) vara beredd på att föräldrarna kan bli arga. 6) använda tillväxtkurvan som ett känsligt och kraftfullt verktyg. 7) ge expertis råd och hjälp. 8) handskas med olika kulturers synsätt.	Hög
2.	Gerards, S. L., Dagnelie, P. C., Jansen, M. J., De Vries, N. K., & Kremers, S. J. (2012). Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. <i>BMC Family Practice</i> .	Att identifiera hinder som barn- och ungdomsvårdspersonal upplever när föräldrar med överviktiga barn hänvisades till överviktspreventionprogram .	Nederländerna. 16 st yrkesverksamma inom barn och ungdomshälsovård från 11 st vårdcentraler. Semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ teoribaserad resarchdesign	Teorin som användes innehöll fem kategorier med faktorer som bestämde genomförandet. Detta användes för att leda, analysera och tolka intervjuerna.	De flesta var positiva för själva åtgärderna men upplevde ibland att de hade för lite kommunikationsfärdigheter eller för låg självkänsla för att ens kunna rekrytera familjer. Majoriteten av deltagarna ansåg att föräldrarna verkade vara omedvetna om barnens övervikt eller av vilka konsekvenser för hälsan den medför. De upplevde också att föräldrarna hade en brist på motivation och att de inte förstod deras ansvar för barnets övervikt. Ibland blev föräldrarna arga när de försökte	Hög

					diskutera barnets övervikt.	
3.	Høstgaard Bonde, A., Bentsen, P., & Lykke Hindhede, A. (2014). School nurses' experiences with motivational interviewing for preventing childhood obesity. <i>The journal of school nursing</i> .	Att undersöka erfarenheter och dilemman skolsköterskor upplever när de tillämpar motiverande samtal i sitt arbete med rådgivning till barn med övervikt och deras föräldrar.	Danmark. Kvalitativ design. 12 skolsköterskor från 12 olika skolor deltog.	Fördjupade intervjuer som kodats genom analytiskt ramverk.	Studien redovisar att sjuksköterskan ofta tvingas ställa etiska principer emot varandra och vilka svårigheter som kan uppkomma i samtalen med barn och deras föräldrar om barnets övervikt. De beskriver hur känsligt ämnet övervikt upplevs av sjuksköterskan och hur många föräldrar och barn som inte tagit till sig att övervikten är ett problem. Sjuksköterskan ställs då inför att välja mellan att respektera barnets och familjens autonomi eller som de beskriver i studien, tvinga på familjen problemet så att de tillsammans med sjuksköterskan kan göra en förändring.	Hög
4.	Isma, G. E., Bramhagen, A., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A. (2013). Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. <i>BMC Family Practice</i> .	Att klargöra barnsjuksköterskors föreställningar om deras preventiva arbete med barns övervikt och fetma i barnhälsovården.	Sverige Kvalitativ studie 18 st barnsjuksköterskor deltog i studien.	Öppna intervjuer genomfördes. Analysen skedde i fem steg utifrån "The phenomenographic approach"	Interna hinder som upplevdes för att kunna genomföra preventivt arbete: att inte ha tillräckligt med verktyg eller utbildning för syftet. BMI-verktyget användes sällan. Sjuksköterskorna tyckte dock att det var deras ansvar att ge familjer stöd i frågan och skicka dem vidare till rätt enhet. Externa hinder som upplevdes var: Svårt att motivera föräldrar till förändring utan att ge dem ångest och osäkerhet inför uppgiften. Vissa föräldrar struntade i rekommendationerna trots god relation med sjuksköterskan. Andra prioriteringar inom barnhälsovården hindrade de från att genomföra överviktsprevention.	Medel hög

5.	Laws, R., Campbell, K. J., van der Pligt, P., Ball, K., Lynch, J., Rusell, G., Taylor, R., Denney-Wilson, E. Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia. <i>BMC Nursing</i>	Att undersöka i vilken utsträckning som barn och mödravårdssjuksköterskor tar itu med och pratar om hälsosamma vanor (mat, aktivitet etc.) under rutinkontroller för barn 0-5 år.	Australien Mixed method. 56 st. Sjuksköterskor från två olika upptagningsområden bjöds in för att delta i studien.	56 sjuksköterskor besvarade en enkät som analyserades deskriptivt och delades upp i tre kategorier. och 16 st av sjuksköterskorna deltog i semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna transkriberades, kodades och sorterades.	Ca en fjärdedel av deltagarna rapporterade att de inte använde sig av tillväxtkurvan för att identifiera barn med risk för att bli överviktiga. Det upplevdes ett visst motstånd att ta upp överviktsfrågan (känsligt ämne) med föräldrar och en brist på självförtroende hur de skulle ta i tu med detta problem. Sjuksköterskan upplevde ibland att föräldrar inte såg sina barn som överviktiga eller inte var brydda om övervikten. De som använde sig av BMI-verktyget tyckte det var en hjälp till att ta upp frågan.	Hög
6.	Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H., & Nyholm, M. (2013). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. <i>Health promotion international.</i>	Att beskriva sjuksköterskornas upplevda hinder vid genomförande av ett nytt hälsofrämjande projekt riktat till överviktiga barn och deras föräldrar.	Sverige Mixed method. 76 sjuksköterskor arbetande på 29 barnavårdscentraler.	24 sjuksköterskor deltog i fokusgruppintervjuer som analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Alla 76 sjuksköterskor besvarade en enkät. Enkäten analyserades och jämfördes med resultatet i den kvalitativa delen.	I studien identifierades 4 underteman i analysen av intervjuerna med sjuksköterskorna; Upplevda hinder på arbetsplatsen: internt och externt, egen rädsla och osäkerhet, upplevda hinder i sjuksköterska - föräldrar interaktionen och det moderna samhället hindrar föräldrars förmåga att främja en hälsosam livsstil.	Hög
7.	Müllersdorf, M., Zuccato, L. M., Nimborg, J., & Eriksson, H. (2010). Maintaining professional confidence – monitoring work with obese schoolchildren with support of an action plan. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</i>	Att beskriva hur skolsköterskor upplever deras arbete med överviktiga barn med stöd av en actionsplan	Sverige. 6 st skolsköterskor intervjuades djupgående. Dessa var yrkesverksamma inom samma kommun där en handlingsplan för skolbarn med fetma har implementerats.	Transkriberad data från intervjuerna analyserades med en manifest innehållsanalys. 270 st meningenheter valdes ut från intervjuerna. Dessa indelades senare i 9 st subkategorier som sedan organiserades i tre huvudkategorier.	Deltagarna upplevde att de hade en nyckelroll i arbetet mot fetma bland barn. De tyckte att de passade för uppgiften men saknade djupare vetenskap om hur motiverande samtliga ska gå till. Eftersom detta är ett känsligt ämne så efterfrågade de bland annat bättre riktlinjer och utbildning. Handlingsplanen fungerade som ett bra stöd för det	Hög

					professionella självförtroendet men en del förbättringar i den stod att önska.	
8.	Regber, S., Mårild, S., Johansson Hanse, J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-patient interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. <i>BMC Nursing</i>	Att undersöka sjuksköterskors upplevelse av samarbetet mellan sjuksköterska och patient i barnhälsovården. Samt att utvärdera hinder och möjligheter i denna interaktionen för att kunna främja en hälsosam viktuppgång och förebygga fetma.	Sverige. 15 st sjuksköterskor från barnhälsovården.	Semistrukturerade intervjuer genomfördes. Dessa transkriberades, analyserades och delades upp i 332 koder, 16 st underteman och 6 st huvudteman.	Sjuksköterskorna upplevde att BMI var ett användbart verktyg. Ämnet var känsligt och att det var viktigt att ingjuta ett förtroende hos föräldrarna. Ibland upplevdes föräldrarna inte mottagliga eller blev arga. Om föräldrar kände tillit vid mötet med sjuksköterskan så fungerade ofta preventionen bra.	Hög
9.	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. <i>Journal of School Health</i> .	Att undersöka skolsköterskors upplevda hinder i att identifiera viktrelaterade hälsorisker med barn och deras familjer.	USA. Kvalitativ design. 22 skolsköterskor.	Skolsköterskorna delades in i mindre grupper och deltog i fokusgruppsintervjuer vid vardera 4 tillfällen. Intervjuerna transkriberades sedan och teman utarbetades.	Hinder som framkom delades in i 5 underteman; individuella faktorer (skolsköterskan), familjefaktorer, institutionella faktorer och samhällsliga faktorer.	Hög
10	Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders, J., & Abbott, J. (2007). A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. <i>BMC Family Practice</i> .	Att undersöka läkare och sjuksköterskors uppfattning kring deras roll i att behandla barnfetma.	UK. 12 läkare och 6 sjuksköterskor intervjuades semi-strukturerat.	Transkriberad data från intervjuerna analyserades med hjälp av ett ramverk.	Deltagarna ansåg att det var deras roll att ta upp frågan om ett barns övervikt men att det var ett socialt och familjeproblem i sig. Hinder de upplevde för att ta itu med barns övervikt var: brist på tid, brist på resurser och träning. De upplevde oro över att skada relationen med patienter för att det är ett känsligt ämne.	Medel hög