

VIKTEN AV VÅRA BARN

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV
ATT GE RÅD TILL FÖRÄLDRAR MED BARN
SOM HAR ÖVERVIKT ELLER FETMA – EN
LITTERATURSTUDIE

JOSEFIN FREDLUND
ANNA SJÖSTRAND

VIKTEN AV VÅRA BARN

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT GE RÅD TILL FÖRÄLDRAR MED BARN SOM HAR ÖVERVIKT ELLER FETMA – EN LITTERATURSTUDIE

JOSEFIN FREDLUND
ANNA SJÖSTRAND

Fredlund J, Sjöstrand A. Vikten av våra barn. Sjuksköterskors erfarenheter av att ge råd till föräldrar som har barn med övervikt eller fetma – en litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2018.

Bakgrund: Barns övervikt eller fetma är idag ett stort och växande problem. Övervikt och fetma har flera negativa hälsoeffekter, både fysisk ohälsa som kardiovaskulära sjukdomar och psykisk ohälsa som depression. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan ingriper tidigt för att förhindra att barnet drabbas av hälsoproblem.

Syfte: Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenhet av att ge råd till föräldrar med barn som har övervikt eller fetma.

Metod: Metoden var en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Studierna som användes kom från databaserna CINAHL och PubMed. De studier som valdes ut från litteratursökningen kvalitetsgranskades och de studier som klarade granskningen analyserades genom en innehållsanalys.

Resultat: Tre kategorier identifierades efter analysen. Första kategorin var positiva föräldrar, där presenteras sjuksköterskans erfarenhet av föräldrars positiva reaktioner. Den andra kategorin var bristande karaktär hos föräldrarna. Den tredje kategorin var hinder i rådgivningen som sjuksköterskan erfor.

Konklusion: Det är ofta känsligt och svårt att diskutera övervikt med barns föräldrar. Svårigheterna handlar ofta om att föräldrar är omedvetna om deras barns överviktigt och saknar kunskap om hälsoriskerna. Vissa föräldrar förnekar att deras barn är överviktigt eller kommer med ursäkter till varför deras barn är överviktigt. Flera föräldrar är även svåra att motivera. För att kunna hjälpa barnet krävs ett bra samarbete mellan sjuksköterskan och föräldrarna. Det saknas kunskap om hur sjuksköterskor ska nå fram till föräldrar på ett bra sätt, så de kan ta till sig råden och hjälpa sina barn. Ett tydligt behov av forskning kring hur sjuksköterskor ska kommunicera med föräldrar framträder.

Nyckelord: Barnövervikt/fetma, erfarenhet, föräldrar, råd, sjuksköterska.

THE IMPORTANCE OF OUR CHILDREN'S WEIGHT

NURSES EXPERIENCES OF GIVING ADVICE TO PARENTS WITH CHILDREN WHO HAVE OVERWEIGHT OR OBESITY – A LITERATURE REVIEW

**JOSEFIN FREDLUND
ANNA SJÖSTRAND**

Fredlund J, Sjöstrand A, The importance of our children's weight. Nurses experiences of giving advice to parents with children who have overweight or obesity – a literature review. *Degree project in nursing 15 credit point*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2018.

Background: Children that are overweight or struggle with obesity is today a major and yet increasing problem. Overweight and obesity have several adverse health effects, both physical ill such as cardiovascular disease and mental health such as depression. It is therefore of great importance that the nurse intervene in early stages to prevent unhealthy health problems.

Aim: The aim of the study was to examine nurses experience in giving advice to parents with overweight or obese children.

Method: The method applied was a literature review with a qualitative approach. The literature was obtained from two databases, CINAHL and PubMed. The selected studies from the literature-search were qualitatively reviewed, and further analyzed by a content analysis.

Results: Three categories were identified after the analysis. The first category represents positive parents, as experienced by nurses. The second category shows deficient characteristics of the parents. Finally, the third presents barriers in parent counseling.

Conclusion: The discussion about obesity or overweight with children's parents is often a highly sensitive and difficult topic. The difficulties are many, and often concerns parent's unawareness of their children's overweight and the lack of knowledge about health risks. Some parents deny that their children are overweight or give excuses to why their child is overweight. Several parents are also difficult to motivate. In order to help the child, cooperation between the nurse and the parents is required. There is a lack of knowledge about how nurses can aid parents in receive the advice about how they may help their children. There is a clear need for research on how nurses should communicate with parents.

Keywords: Advice, child overweight/obesity, experience, nurse, parents.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Definition av övervikt och fetma hos barn	5
Förekomst	6
Orsaker till att barn ökar i vikt	6
Negativa hälsoeffekter	7
Ekonomi	7
Rådgivning	7
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
Urval	10
Databaser och sökningar	10
Val av artiklar	11
Kvalitetsbedömning	11
Analys och diskussion	11
RESULTAT	12
Positiva föräldrar	12
Mottagliga föräldrar	12
Medvetna föräldrar	13
Bristande karaktär hos föräldrar	13
Förnekelse	13
Ansvarslösa föräldrar	14
Omotiverade föräldrar	15
Ilska	15
Hinder under rådgivning	16
Kunskapsluckor	16
Känsligt ämne	16
Kulturkrock	17
Överviktiga föräldrar	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	18
Urval	18
Databas och sökningar	19
Kvalitetsbedömning	19
Analys	20
Resultatdiskussion	20
KONKLUSION	22
FORTSATT KUNSKAPS-UTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	23
REFERENSER	24
BILAGOR	27

INLEDNING

Enligt World Health Organization (WHO 2018) var det år 2016 över 340 miljoner barn och ungdomar i 5–19 års ålder som hade övervikt eller fetma. Över hela världen sker idag fler dödsfall som är kopplade till övervikt och fetma jämfört med dödsfall kopplade till undervikt. Övervikt och fetma bland barn och ungdomar har ökat drastiskt över sista decennierna, förekomsten var cirka 4% år 1975 och 18% år 2016 (a.a.). Övervikt och fetma i barndomen utgör ett stort hälsoproblem och inte sällan kvarstår problemet i vuxen ålder (Agerberg 2014). I den legitimerade sjuksköterskans ansvar ingår det att ge människor ökade möjligheter att förbättra, bibehålla och återfå sin hälsa (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Den grundutbildade sjuksköterskan träffar ofta på föräldrar till barn med övervikt eller fetma. Under verksamhetsförlags utbildning (VFU) i termin fyra blev uppsatsförfattarna varse om barn som var överviktiga. Upplevelsen av detta var att det fanns flera svårigheter att diskutera överviktsproblemtiken med föräldrarna. Svårigheterna verkade vara framförallt att närma sig ämnet utan att skuldbelägga eller såra föräldrarna. I samband med detta växte intresset för att ta reda på sjuksköterskors erfarenheter av att ge råd till föräldrarna och på så sätt skaffa kunskap om hur råden ska framföras. Risken finns annars att sjuksköterskan backar ifrån problemet och undviker att ge råd överhuvudtaget. Enligt Agerberg (2014) är barnet i risk för att drabbas av negativa hälsoeffekter om sjuksköterskan eller föräldrarna blundar för problemet.

BAKGRUND

Viktuppgång sker när kaloriintaget är större än kaloriförbrukningen eller på grund av genetisk abnormitet (Lee Harbaugh m.fl. 2007). När kaloriintaget är högre än förbrukningen skapas överskottsenergi som sätter sig på kroppen och resulterar i en ökad kroppsvikt (Hruby & Hu 2015). Ökad tillgång och ökat intag av livsmedel, speciellt högt intag av fett och socker, samt miljöer som främjar stillasittande livsstilar antas vara de största bidrags faktorerna till övervikt och fetma i barndomen (Lee Harbaugh m.fl. 2007).

Definition av övervikt och fetma hos barn

Det nationella gränsvärdet för vuxna i Sverige är Body Mass Index (BMI) 25 för övervikt och BMI 30 för fetma (Trygg Lycke 2016). Flickor och pojkar har olika vikt-, längd- och BMI kurvor eftersom tillväxten varierar med ålder och skiljer sig åt mellan könen. Att ha ett högt BMI behöver inte betyda att personen är överviktig, utan ett högt BMI kan även bero på muskelmassa. Detta bör finnas i åtanke vid användning av BMI räkning (a.a.).

Till barn används ett mått som heter Iso-BMI, det är ett mått som räknar ut barnets BMI motsvarande en vuxens BMI (Trygg Lycke 2013). Det finns vissa faktorer som även påverkar Iso-BMI, därför ska det inte tas alldeles för exakt utan det räknas som ett grovt mått. För att Iso-BMI ska bli så exakt som möjligt behöver utöver längd och vikt även andra observationer göras som vart på kroppen fett lagras, hur BMI kurvan har sett ut sedan födseln, hur BMI ser ut i övriga familjen och hur BMI-kurvan ter sig i barnets tillväxtkurva (a.a.). Det enklaste sättet att bedöma om ett barn är överviktigt är att titta på tillväxt- och BMI-kurvan som är

dokumenterat i journalen på Barnvårdscentralen (BVC) av barnsjuksköterskan. Det finns även hjälpmedel på internet som enkelt räknar ut Iso-BMI genom att ange ålder, vikt och längd (Trygg Lycke 2016).

Förekomst

Fetma är en komplex sjukdom som skulle kunna förebyggas, men i dagsläget stiger fetmautvecklingen i hela världen. Problematiken med att barn idag är överviktiga eller har fetma finns runt om i världen (Hruby & Hu 2015). En litteraturstudie med artiklar från år 1980 till 2013 gjordes där 1769 olika studier användes, artiklarna inkluderade 188 olika länder för att beskriva hur övervikt och fetma har utvecklats i världen mellan de årtalen. De sammanställde ett resultat som visade att övervikt och fetma har mer än fördubblats under åren (Agerberg 2014). Problematiken skiljer sig mellan olika länder, år 2004 visade det sig att genomsnittet av världens överviktiga barn låg på 10 % och ca 2–3% hade fetma. Länder som exempelvis USA, Mexico, Grekland och Storbritannien har ett mer uttalat och större problem som drar upp snittet, även om andelen har ökat i de fattigare länderna (a.a.).

En vetenskaplig undersökning som gjordes i Malmö under slutet på 1980-talet visade att 5 % av barnen var överviktiga och en procent av barnen hade fetma. Liknande undersökning gjordes åter år 2004 i Malmö och visade det sig att totalt 25 % av 10-åringarna var överviktiga och 6 % hade fetma. Det gjordes även en undersökning år 2000 i Göteborg där barnen som var med i undersökningen var födda år 1990 och då visade undersökningen att 18 % av barnen var överviktiga och 3 % hade fetma (Nowicka & Flodmark 2006). Studier i Sverige har visat på att övervikt hos barn har ökat med det dubbla till det trippla antalet på bara 15 år (Agerberg 2014). Internationellt ligger Sverige tillsammans med Frankrike i en så kallad mellanklass, detta innebär att problematiken i länderna är stor men varken har den största eller minsta andelen överviktiga jämfört med resterande länder i världen (Nowicka & Flodmark 2006). Siffrorna är exempelvis högre i länder som USA, Kina, Brasilien, Grekland, Storbritannien, Finland och forna östeuropeiska länder (a.a.). Vissa delar av utvecklingsländerna som Afrika söder om Sahara och Asien har betydligt lägre siffror (WHO 2018).

Orsaker till att barn ökar i vikt

Att peka ut ett enskilt fenomen som orsak till den moderna viktökningen är omöjligt. Det handlar om ett samspel mellan en rad olika faktorer (Agerberg 2014). Framförallt är det skillnad på hur människor lever idag jämfört med hur de levde förr. Förändringar i miljön har gjort att barn och ungdomar idag lever i ett samhälle där det är lätt att äta för mycket, äta fel eller röra sig för lite. Detta har gjort att barn även utan anlag för fetma riskerar att utveckla fetma (a.a.). Utelekar och aktivitet har ersatts med teknik som tv tittande, iPads, datorspel och tv-spel. Detta har gjort att barn kan leka och roa sig inomhus utan att behöva röra sig alls. I Sverige tittar var tredje 10–18 åring på teve minst tre timmar om dagen. För 20 år sedan visades barnprogram i cirka 30 minuter på kvällen (a.a.). Idag är det mycket vanligt med en ohälsosam hög konsumtion av energi som exempelvis sötade drycker, oregelbundna måltider och energitäta livsmedel i kombination av låg nivå av fysisk aktivitet. Skräpmat står idag för 15% av svenskarnas energiintag (Trygg Lycke 2013). Det är livsmedel som ger mycket energi i form av fett och socker men för lite av viktiga näringsämnen som vitaminer och mineraler samt för lite av fiber. Det framkom i en undersökning gjord av Livsmedelsverket år 2003 att svenska barns dagliga energiintag bestod till 25 %

av snacks, godis, efterrätter, bakverk och glass (Trygg Lycke 2013). Läskkonsumtionen har mer än tredubblats i Sverige sen 1980-talet och idag dricker var tredje femteklassare läsk minst tre gånger i veckan (Agerberg 2014). I dagens samhälle finns det mat tillgängligt hela dygnet runt och i varje hörn som snabbmatskedjor och kiosker. Det finns också en mikrovågsugn i de flesta hem och ett fullt skafferi med mat (a.a.). En utgångspunkt för hur mycket barnet kommer att väga är ärftlighet. Det finns vissa gener som muterar som i sin tur gör att barnet har lättare att utveckla fetma. Genetiken kan även handla om ämnesomsättningens hastighet samt om hur snabbt det blir en mättnadskänsla (a.a.). Genetikens påverkan till fetma tillhör 1,5% av all fetma som finns i världen idag, miljö och beteende har en mycket större påverkan (Hurby & Hu 2015).

Negativa hälsoeffekter

Barn som har övervikt eller fetma riskerar en utveckling av följsjukdomar i yngre ålder och ökar risken för sjukdom och dödlighet i vuxen ålder (Agerberg 2014). De allvarligaste följsjukdomarna är hjärtinfarkt, diabetes och cancer (a.a.). Övervikten påverkar i stort sett hela kroppen negativt (Lee Harbaugh m.fl. 2007). Fetma ökar risken för kardiovaskulära sjukdomar som exempelvis ateroskleros, metabola störningar som typ 2 diabetes, lungproblem och endokrina störningar (a.a.). Risken för att drabbas av psykisk ohälsa ökar även i takt med barnets viktökning (Trygg Lycke 2016). Den ideala kroppsbilden i samhället leder till att människor som har fetma ser ett missnöje med sitt utseende i större utsträckning än normalviktiga människor (Negar Yazdani m.fl. 2018). Människor med negativ kroppsbild har större risk för dåligt självförtroende, besatthet av viktminskning, depression och isolering. Detta beror också på att människor med fetma ofta kan stöta på samhällets fördomar, diskriminering och social utfrysning på grund av sin fetma (a.a.). Barn som har fetma utsätts i högre grad för stigmatisering och mobbning (Trygg Lycke 2016). De drabbas också oftare av låg självkänsla, depression och stress. Det finns även risk att barnet får en sämre chans att forma och skapa det liv barnet önskar vad beträffar arbete, utbildning, vänner och partnerskap (a.a.). Alla dessa komplikationer vad beträffar fysisk och psykisk ohälsa kan avsevärt öka sjukligheten och dödligheten (Lee Harbaugh m.fl. 2007). Det är därför av stor vikt och väsentlighet för vårdgivarna att ingripa tidigt för att förhindra ohämmade hälsoproblem (a.a.). Det fanns nästan inga fetmarelaterade sjukdomar år 1988 och idag är diabetes typ 2, som är en fetmarelaterad sjukdom, lika vanligt som undernäring var i slutet på 80-talet (Agerberg 2014).

Ekonomi

Behandlingen av fetmarelaterade sjukdomar kostar mycket för sjukvården (Narbro & Neovius 2007). Fetma och dess relaterade sjukdomar leder ofta till begränsad arbetsförmåga och förtidig död vilket även medför ökade kostnader för samhället. Kostnaderna för Sveriges samhälle uppkommer till flera miljarder kronor (a.a.). Enligt Hurby och Hu (2015) utgör vårdkostnaderna för fetma eller fetmarelaterade tillstånd i USA ca tjugoen procent. Ett tioårigt barn med fetma jämfört med ett normalviktigt barn i samma ålder i USA år 2012 visade sig ha en snitt-skillnad i medicinska kostnader på \$ 6,970 (a.a.). Enligt Narbro och Neovius (2007) förutspåddes det redan då att den avsevärt växande fetma förekomsten i Sverige och andra länder skulle sätta stora ekonomiska krav på vården och samhället. Indirekta och direkta kostnader kopplat till fetma ökar i takt med den ökade fetman (a.a.). Mellan årtalen 2001–2012 gjordes en studie i USA för att jämföra skillnaderna på vad personer kostar arbetsgivarna beroende på deras BMI (Hurby

& Hu 2015). Fem kategorier jämfördes med tre olika BMI. Kategorierna var sjukskrivningar, frånvarande dagar, kortsiktiga funktionshinder, arbetsgivarens ersättningskostnader och mediciner (Hurby & Hu 2015.) Kategorierna jämfördes med BMI < 27, > 27-30 och >30. Varje kategori visade en gradvis stegring av kostnader vid högre BMI. Personer med högre BMI visade mindre produktivitet än personer med lägre BMI (a.a.). Data från Sverige visar på förtidspensionering vid övervikt (Narbro & Neovius 2007).

Rådgivning

För att familjer ska kunna förändra levnadsvanor vad beträffar matrutiner och aktivitetsmönster måste de först erkänna att deras barn är överviktigt eller riskerar att bli överviktigt (Lee Harbaugh m.fl. 2007). Föräldrarna behöver förståelse över potentiella viktrelaterade hälsokonsekvenser och sjukdomar (a.a.). Har föräldrarna svårt att förstå vikten av att hjälpa sina barn kan det bli svårare att hjälpa barnet (Lindberg & Lagercrantz 2007). För att förändring ska ske är föräldrarnas engagemang och stöd nödvändigt (a.a.). Barns förståelse och intresse för hälsosam mat, vikt och fysisk aktivitet är ofta obefintligt (a.a.). Föräldrarna är därför i de viktigaste personerna när det beträffar barn som har övervikt eller fetma. Det är föräldrarna som är i behov av rådgivning (Trygg Lycke 2013).

Familjekonstellationer kan se olika ut, det kan finnas barn som är överviktiga samt syskon som istället är normalviktiga eller underviktiga. Föräldrarna har därför en viktig uppgift att finna ett sätt att hantera varje barns individuella behov (a.a.). Målet är att inte bara förbättra föräldrarnas kunskap utan även få fram det på ett sådant sätt att de framgångsrikt ska kunna använda sig av sina kunskaper i praktiken, i deras vardag, för att kunna få barnet hjälpt (Appleton m.fl. 2017). Eftersom övervikt och fetma i barndomen är ett så stort hälsoproblem är det viktigt att all sjukvårdspersonal, som arbetar på sjukhus och på vårdcentral, jobbar för hälsofrämjande och utbildning tillsammans med familjen (Rabbitt & Coyne 2012). Sjuksköterskan ska identifiera vilket behov av omvårdnad barnet och familjen har, genom att belysa vilka problem och vilka resurser familjen har (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Hälso- och sjukvårdspersonal som ger näringsrådgivning har identifierat att föräldrar ofta har svårt att uppfatta sina barn som överviktiga, detta är ett stort hinder för att genomföra förebyggande insatser mot övervikt samt även behandlingsinsatser (Lee Harbaugh m.fl. 2007). Flera föräldrar underskattar betydligt sina barns viktuppgång och avvisar ofta vårdpersonalens klassificering av barn som överviktigt med hjälp av standardiserade tillväxtdiagram. Dessa fynd framhäver behovet av ingripanden som betonar de tänkbara negativa hälsoeffekterna på grund av barnövervikt (a.a.). Sjuksköterskan måste vara upplyst och känna till problemet och utsträckningen av antal barn som har övervikt eller fetma, och i sitt dagliga arbete hjälpa och stötta föräldrar att hantera problemet (Rabbitt & Coyne 2012). Sjuksköterskan har ett ansvar och ska vara uppdaterad med ny kunskap inom det yrkesverksamma området. Detta är en förutsättning för att använda de metoder som gör nytta för patienten (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Vårdteamet ska hjälpas åt men sjuksköterskor har en unik och viktig roll eftersom det är de som har mest kontakt med familjen inom hälso- och sjukvården (a.a.). Sjuksköterskans specifika kompetens är omvårdnad, och ansvarar för att jobba tillsammans med familjen och barnet för att ge barnet rätt förutsättningar att främja hälsan (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Samtalet är det mest betydelsefulla verktyget och där behöver sjukvården bli mer professionell (Nowicka & Flodmark 2006). Hälso- och sjukvården måste lära sig att kommunicera på ett nytt sätt för att nå fram till dagens föräldrar. Råd i form av allmänna anvisningar har länge varit fokus och det förväntas att befolkningen ska

följa dessa råd. Kommunikationen har varit för enkelriktad och behöver anpassas och vara personlig till varje individ (Nowicka & Flodmark 2006). Hälso- och sjukvårdspersonal har en viktig roll i att få fram sitt budskap och sin rådgivning på ett icke dömande och stöttande sätt för att kunna förebygga och ingripa när behovet finns (Appleton m.fl. 2017). Rådgivarens uppgift är att engagera och motivera hela familjen, hitta lösningar på problemen och bedöma varje fall efter situation (a.a.). Rådgivaren måste framförallt våga ta upp problemet utan rädsla för att skuldbelägga (Holm Ivarsson 2013).

PROBLEMFORMULERING

Övervikt och fetma hos barn är idag ett stort, omtalat och växande problem. Forskningen framhäver att antalet barn som har övervikt eller fetma ökar i stora delar av världen (WHO 2018). Enligt Lee Harburg m.fl. (2007) råder det en brist i hur problemet ska tacklas. Rådgivning och stöd till föräldrarna är av stor betydelse för barnets vikt och hälsa (Rabbitt & Coyne 2012). Enligt Nowicka och Flodmark (2006) har sjukvården ett stort arbete framför sig och är i behov av nya rutiner och vägledning för hur rådgivning ska ges, då det finns en brist i kommunikationen mellan föräldrar och sjukvårdspersonal. Övervikt och fetma har stor påverkan på människans hälsa både fysiskt och psykiskt (Trygg Lycke 2016). I kompetensbeskrivning av legitimerad sjuksköterska står det att sjuksköterskan ska ansvara för att människor får ökade möjligheter att bibehålla, förbättra eller återfå sin hälsa (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Därför borde det vara en självklarhet och ingå i alla sjuksköterskors kompetens att diskutera övervikts problematiken med föräldrarna.

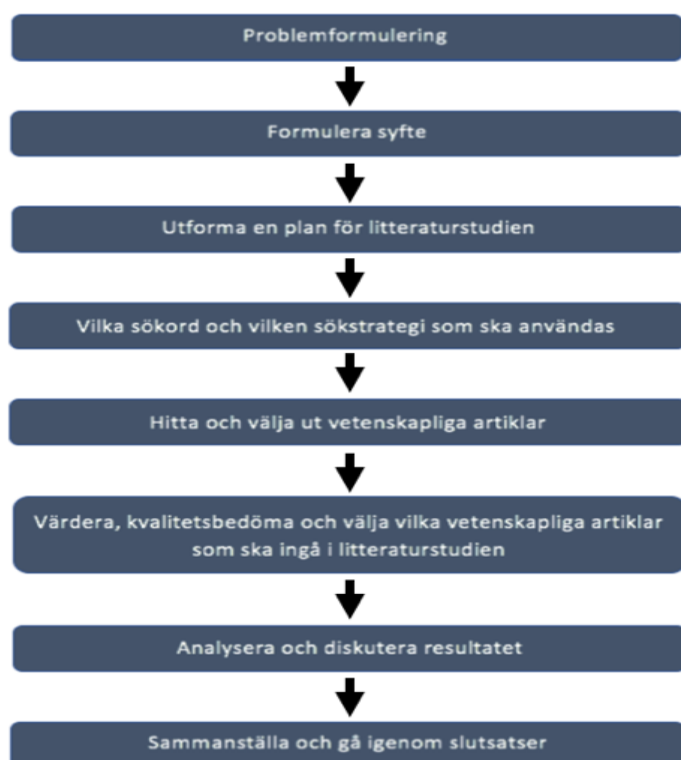
Genom att belysa sjuksköterskors erfarenhet av att ge råd till föräldrar med barn som har övervikt eller fetma kan eventuella hinder och barriärer med rådgivningen identifieras. Detta kan ligga som grund till det kvalitetsarbete som kontinuerligt bör ske inom sjukvården.

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenhet av att ge råd till föräldrar med barn som har övervikt eller fetma.

METOD

För att besvara syftet valdes litteraturöversikt som studiedesign där studier med kvalitativ ansats skulle utgöra resultatet. Studien var inspirerad och baserad på Forsberg och Wengströms (2013) beskrivning av litteraturöversikt. En litteraturstudie innebär att få en översikt över kunskapsläget inom ett specifikt område och sammanställa och analysera tidigare studiers resultat (Forsberg & Wengström 2013). Var god se figur 1 på sid.10.



Figur 1. Metoden steg för steg enligt Forsberg & Wengström (2013).

Urval

I enlighet med Forsberg och Wengström (2013) formulerades inklusions- och exklusionskriterier för att underlätta artikelsökningen.

Inklusionskriterierna var vetenskapliga artiklar som var skrivna på engelska med kvalitativ ansats. Artiklarna skulle vara inriktade på sjuksköterskors erfarenheter av att ge råd till föräldrar med barn som var överviktiga eller hade fetma. Barnen skulle vara mellan fyra till tolv år, oberoende av kön och etnicitet. Artiklarna skulle vara publicerade mellan åren 2008–2017 och finnas i fulltext.

Exklusionskriterierna var artiklar som inkluderade föräldrar eller barnets perspektiv, utvecklingsländer och studier som hade en kvantitativ ansats eller mixed methods.

Databaser och sökningar

Sökningarna utfördes i databaserna Public Medline (PubMed) och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Enligt Polit och Beck (2013) är CINAHL en databas för sjuksköterskor med inriktning på omvårdnad och PubMed är en databas som täcker områden inom medicin och omvårdnad.

Sökord hittades enklast genom att utgå från de bärande begreppen i syftet (Forsberg & Wengström 2013). Identifierade bärande begrepp i syftet var *Sjuksköterska, erfarenhet, råd, föräldrar, barn och övervikt/fetma*. De bärande begreppen översattes sedan till engelska och blev *Nurse, experience, advice, parents, child, overweight/obesity*. Synonymer identifierades till de bärande begreppen för att utöka sökningarna. Sökningar gjordes i fritext och efter ämnesordlistor med hjälp av Medical subject headings (MeSH)-termer i PubMed och med hjälp av headings i CINAHL. Enligt Forsberg och Wengström (2013) är det ett effektivt sätt att söka på, som dessutom kan ge en mer specifik sökning.

För att finna bra MeSH-ord och headings användes svenska MeSH (Karolinska institutet 2018). Ordkombinationer sattes ihop med hjälp av booleska operatörer som OR, AND eller NOT (Forsberg & Wengström 2013). OR och AND användes flitigt i sökningarna. NOT uteslöts för att relevanta artiklar inte skulle missas. Sökningarna och sökorden presenteras närmare i bilagor 1–2.

Val av artiklar

I enlighet med Forsberg och Wengström (2013) gjordes ett första urval av artiklarna som noggrant presenteras. Artiklar valdes ut i sökningarna genom att först läsa igenom 595 titlar, 555 från CINAHL och 40 från PubMed. Därefter valdes 67 relevanta titlar ut. Abstrakten från dessa titlar lästes för att ytterligare kunna sortera bort artiklar som inte verkade relevanta. Antingen besvarade de inte syftet eller exkluderades de som inte fanns tillgängliga i fulltext eller hade kvantitativ eller mixad metod som design. Resultatet blev tolv artiklar från CINAHL och fem från PubMed för att läsa i fulltext. Slutligen gick 14 artiklar vidare till kvalitetsgranskning då de bäst besvarade syftet och inklusionskriterierna. De artiklar som genomgick kvalitetsgranskningen lästes igenom flera gånger för att slutligen resultera i tio artiklar som har använts till föreliggande studie. Artiklarna är markerade med en asterisk (*) i referenslistan.

Kvalitetsbedömning

För att bedöma artiklarnas kvalitet utfördes en kvalitetsgranskning av utvalda artiklar med hjälp av en granskningsmall för studier med kvalitativ forskningsmetodik från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2006). I granskningsmallen byttes patientupplevelser ut till sjuksköterskors upplevelser. Omdömen om kvaliteten sattes på artiklarna med hjälp av hög kvalitet, medelhög eller låg. Omdömena sattes utifrån hur många kriterier som var uppfyllda i granskningsmallen. Det fanns 21 kriterier i mallen och varje kriterium gav ett poäng. För att artikeln skulle nå ”hög kvalitet” skulle den uppfylla minst 18 kriterier av kvalitetsmallens kriterier, medelhög innebar minst elva kriterier och låg kvalitet fick artiklarna om de hade elva eller färre poäng. I mallen fanns det information om författare, frågeställning, metod, urval, genomförande, resultat och metodologisk kvalitet (Bilaga 3).

Analys och diskussion

De artiklar som passerade kvalitetsgranskningen analyserades genom en innehållsanalys. Enligt Forsberg och Wengström (2013) innebär en innehållsanalys att forskaren klassificerar data på ett systematiskt och stegvist sätt, detta görs för att lätt kunna identifiera bärande begrepp och teman. Analysen följde en arbetsprocess som var i enlighet med Forsberg och Wengström (2013). Först lästes texten i artiklarna igenom noga med öppet sinne av första författaren (JF). Texten lästes upprepade gånger för att skapa en helhet i vad de handlade om (Forsberg & Wengström 2013). Samma process gjordes av den andra författaren (AS). I det relevanta innehållet identifierades bärande begrepp som jämfördes och diskuterades tills enighet uppnåddes om de bärande begreppen och hur de skulle koda i texten (JF, AS). Texten kodades med hjälp av olika färger. Koderna kondenserades till slut till tio kategorier. Kategorierna diskuterades fram gemensamt och dessa sammanfattades sedan till tre olika teman *Positiva föräldrar*, *Bristande karaktär hos föräldrar* och *Hinder under rådgivningen*. Till sist fördes en diskussion av resultatet som tolkades av författarna (JF, AS).

RESULTAT

Resultatet omfattade tio vetenskapliga studier med kvalitativ design genomförda mellan åren 2008–2017 (Anti m.fl. 2015; Bonde m.fl. 2014; Edvardsson m.fl. 2009; Gerards m.fl. 2012; Isma m.fl. 2012; Regber m.fl. 2013; Schroeder & Smaldone 2017; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008; Thorstensson m.fl. 2017). Samtliga studier använde sig av intervjuer till datainsamlingen. Fem studier hade fenomenologi som studiedesign (Anti m.fl. 2015; Isma m.fl. 2012; Schroeder & Smaldone 2017; Söderlund m.fl. 2008; Thorstensson m.fl. 2017). Tre studier använde innehållsanalys som studiedesign (Bonde m.fl. 2014; Edvardsson m.fl. 2009; Steele m.fl. 2009). Grounded theory använde två studier som studiedesign (Gerards m.fl. 2012; Regber m.fl. 2013). Artiklarna beskrivs översiktligt och redovisas i en artikelmatris (Bilaga 4). Fyra av studierna var utförda i Sverige, tre i USA, en i Australien, en i Danmark samt en i Nederländerna (Bilaga 4). Samtliga artiklar beskrev sjuksköterskors erfarenheter av att ge råd till föräldrar som har barn med övervikt eller fetma. Studierna hade sammanlagt 135 deltagare. I analysen identifierades tre teman och tio kategorier: *Positiva föräldrar* med kategorierna; *Mottagliga föräldrar* och *Medvetna föräldrar*, temat *Bristande karaktär hos föräldrar* med kategorierna; *Förnekelse*, *Ansvarslösa föräldrar*, *Omotiverade föräldrar* och *Ilska*. Samt temat *Hinder under rådgivning* med kategorierna; *Kunskapsluckor*, *Känsligt ämne*, *Kulturkrock* och *Överviktiga föräldrar*.

Positiva föräldrar

Det första temat som identifierades handlade om situationer där föräldrarna var positiva till sjuksköterskors råd. Temat *Positiva föräldrar* innehåller två kategorier *Mottagliga föräldrar* samt *Medvetna föräldrar*.

Mottagliga föräldrar

Regber m.fl. (2013) visade att sjuksköterskor erfor att föräldrars första reaktion var negativ men efter hand förändrades deras attityd och de blev mer mottagliga. En förälder som reagerade på det här sättet berättade för sjuksköterskan att han hade varit överviktig som barn och därför fick en så stark reaktion (a.a.). Han ändrade sedan inställning och bestämde sig för att förhindra att hans son skulle få samma erfarenhet (a.a.). Sjuksköterskan beskrev denna situation som framgångsrik då sjuksköterskan vanligtvis bara behövde stödja föräldrarna i dessa situationer, eftersom föräldrarna ofta redan visste vilka levnadsvanor som behövde förändras (a.a.). Det uppmärksammades i samma studie att föräldrar som själva lyfte problemet gjorde det på grund utav oro och för att de själva sett att barnet börjat bli överviktigt. Lyfte föräldrarna problemet själva, blev situationen trevligare och lättare för båda parter (a.a.). Vidare, i en svensk artikel upplevde sjuksköterskorna att samtalet berodde på vilket dagshumör föräldrarna var på (Thorstensson m.fl. 2017). Om föräldrarna var på gott humör blev samtalet bättre och föräldrarna tog till sig råd som sjuksköterskan gav (a.a.).

I Schroeder och Smaldone (2017) erfor en sjuksköterska att cirka 40 procent av alla föräldrar var mottagliga och villiga att arbeta och få hjälp med deras barns övervikt. Vissa föräldrar blev till och med lättade av att sjuksköterskan själv tog upp problematiken, så de själva slapp (a.a.). Flera föräldrar ville göra allt som sjuksköterskan föreslog och önskade inget hellre än att sjuksköterskan hjälpte dem. De visade en tacksamhet gentemot sjuksköterskan (Schroeder & Smaldone

2017). Isma m.fl. (2012) visade även att sjuksköterskorna upplevde att de flesta familjerna var villiga att göra någonting åt viktproblematik hos sina barn.

Medvetna föräldrar

Tre av studierna visade att det underlättade rådgivningen när sjuksköterskan tog upp samtalsämnet med de föräldrar som redan var medvetna om problemet (Edvardsson m.fl. 2008; Regber m.fl. 2013; Söderlund m.fl. 2008). Enligt Regber m.fl. (2013) förklarade sjuksköterskorna att de absolut lättaste föräldrarna var de som själva initierade diskussionen och sade själva att de behövde hjälp. Dock var det inte alltid så, sjuksköterskorna träffade även föräldrar som omedelbart accepterade erbjudandet om extra besök eller godkände sjuksköterskans förslag att hänvisa dem till en barnläkare eller dietist för rådgivning, trots att det inte var föräldrarna som tog upp problemet (a.a.). Enligt Edvardsson m.fl. (2009) erfor sjuksköterskorna att det var en mycket trevligare stämning och det underlättade rådgivningen mycket bara föräldrarna var medvetna om att deras barn hade en viktproblematik.

Enligt Söderlunds m.fl. (2008) upplevde sjuksköterskorna att föräldrar som har barn med fetma hade en bättre förståelse för sjuksköterskans roll, jämfört med föräldrar vars barn hade övervikt. Föräldrarna till barn med fetma var mer medvetna om att barnet hade fetma och hade svårare att prata bort problemet (a.a.). De var därför mer förberedda och inställda på att sjuksköterskan skulle ta upp diskussionen och hanterade på så sätt situationen bättre (a.a.)

Bristande karaktär hos föräldrar

Det andra temat som identifierades var att föräldrarna uppfattades ha en bristande karaktär. Temat innefattar fyra kategorier *Förnekelse*, *Ansvarslösa föräldrar*, *Omotiverade föräldrar* och *Ilska*. Alla studier identifierade att föräldrar hade bristande karaktär som försvårade rådgivningen (Anti m.fl. 2015; Bonde m.fl. 2014; Edvardsson m.fl. 2009; Gerards m.fl. 2012; Isma m.fl. 2012; Regber m.fl. 2013; Schroeder & Smaldone 2017; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008; Thorstensson m.fl. 2017).

Förnekelse

Flera studier visade att förnekelse var en vanlig reaktion som föräldrar uttryckte när sjuksköterskan började samtala om deras barns övervikt (Bonde m.fl. 2014; Edvardsson m.fl. 2009; Gerards m.fl. 2012; Isma m.fl. 2012; Regber m.fl. 2013). Studien gjord i Australien visade att sjuksköterskors upplevelse var att flera föräldrar var i förnekelse, de vägrade inse att deras barn var överviktigt (Edvardsson m.fl. 2009). De hade ingen insikt och ville inte lyssna på sjuksköterskans råd, de ville inte höra på det (a.a.). Var föräldrarna i försvarsposition var det vanligt att de slingrade sig från samtalet och helt bytte samtalsämne (Isma m.fl. 2012). Liknande resultat fick Regber m.fl. (2013) som visade att flera sjuksköterskor erfor att föräldrar förnekade problematiken när de försökte förklara och hjälpa föräldrarna. Föräldrarna sa och påstod att det inte var möjligt att deras barn var överviktigt (a.a.). Trots att sjuksköterskan visade BMI kurvor förnekade ändå föräldrarna och hävdade att det var felberäkningar, deras barn var inte överviktigt (a.a.).

Enligt Gerards m.fl. (2012) sa sjuksköterskor att det var tydligt när föräldrar var i förnekelse och inte ville ha råd, sjuksköterskorna försökte då inte ens sig på att ge råd eftersom det var meningslöst, de var ändå inte mottagliga. Det rådde delade

meningar om hur sjuksköterskan skulle gå tillväga i denna situation (Gerards m.fl. 2012). De flesta sjuksköterskor menade att de hade ett ansvar och inte kunde ignorera problemet (Bonde m.fl. 2014). Sjuksköterskorna skulle ändå försöka förklara för föräldrarna att övervikten utgjorde en hälsorisk och att det behöves åtgärder (a.a.) En sjuksköterska erfor istället att rådgivningen endast blev framgångsrik om sjuksköterskan respekterade föräldern, även om föräldern inte såg övervikt som ett problem eller att de inte ville göra något åt det (a.a.). Föräldern fick då få en tillit till sjuksköterskan och så småningom insikt och ville ha råd (a.a.). Isma m.fl. 2012 visade på liknande resultat där sjuksköterskor också menade att det var viktigt att respektera föräldrarnas vilja för en lyckad rådgivning.

Det fanns sjuksköterskor som tog upp att en extra svår och problematisk situation var när föräldrarna förnekade problemet och det var märkbart att barnet var ledset över sin vikt och ville göra någonting åt den (Bonde m.fl. 2014). Sjuksköterskan kände sig maktlös på grund av att det var föräldrarna som bestämde över sitt barn (a.a.).

Ansvarslösa föräldrar

Flera studier visade att föräldrarna inte tog sitt ansvar i sin föräldraroll och verkade inte bry sig om barnets hälsa (Anti m.fl. 2015; Gerards m.fl. 2012; Schroeder & Smaldone 2017; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008). I en studie gjord i USA framkom det att sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna var medvetna om barnets vikt och de såg att deras barn var överviktigt men ville inte ta på sig ansvaret (Steele m.fl. 2011). Föräldrarna förstod inte att de delvis var en orsak till barnets övervikt (Anti m.fl. 2015; Gerards m.fl. 2012; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008). Trots att sjuksköterskorna förklarade för föräldrarna att det viktigaste inte var vem som bar ansvaret utan hur problemet skulle lösas, ville föräldrarna inte göra någonting åt problemet (Steele m.fl. 2011). Vissa föräldrar la över hela ansvaret på barnet och påstod att det var barnets egna ansvar och fel (Söderlund m.fl. 2008).

Enligt Gerards m.fl. (2012) nämnde en sjuksköterska att föräldrarna uppträdde nonchalant vid samtal om barnets övervikt, föräldrarna tyckte inte att det var viktigt och inget som behövde åtgärdas. När sjuksköterskan försökte förklara problematiken och ge råd till dessa föräldrar fick de ingen respons (a.a.). Sjuksköterskorna erfor att ca 40 procent av föräldrarna inte brydde sig om att deras barn var överviktigt och ville därför inte heller göra någonting åt problematiken (Schroeder & Smaldone 2017).

I Anti m.fl. (2015) studie som var inriktad på rådgivning till pappor visade att sjuksköterskor upplevde att en del pappor ofta såg att deras barn var överviktigt, men de såg ingen anledning till att ta tag i problemet. Problematiken blev istället förminskad (a.a.). En sjuksköterska delade med sig av ett samtal med en pappa, pappan förklarade att anledningen till att han inte ville göra någonting åt barnets viktuppgång handlade i grund och botten om hur han själv hade haft det som barn (a.a.). Han hade vuxit upp i en fattig familj där mat inte var en självklarhet. Detta resulterade i att han var ovillig att lyssna på råden som sjuksköterskan gav och vägrade göra någon förändring vad gällde barnets matvanor (a.a.). En annan sjuksköterska i samma studie upplevde att flera pappor la över allt ansvar på mamman. Vid samtal om barnets övervikt sa papporna att samtalet kunde vänta tills mamman också var närvarande. Det var pappors egna val att inte vara

involverade i sitt barns viktuppgång (a.a.). Sjuksköterskorna upplevde samtidigt vid samtal med mammorna att de skyllde ifrån sig på papporna, det var pappornas fel att barnet var överviktigt. Det upplevdes som ett hinder i rådgivningen då mammorna menade på att papporna var problemet och det var de som var i behov av råden (Anti m.fl. 2015).

Omotiverade föräldrar

Flera studier tog upp att föräldrars brist på motivation var det största hindret i rådgivningen (Anti m.fl. 2005; Edvardsson m.fl. 2009; Gerards m.fl. 2012; Schroeder & Smaldone 2017; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008; Thorstensson m.fl. 2017). I studien gjord av Söderlund m.fl. (2008) upplevde sjuksköterskorna en svårighet att prata om barnets övervikt när föräldrarna inte hade någon motivation eller engagemang att göra någon förändring, trots att de var medvetna om problemet och hälsoriskerna. Det var en utmaning att få föräldrarna motiverade och ibland var det till och med meningslöst (a.a.). Enligt Gerards m.fl. (2012) menade sjuksköterskorna att föräldrar inte var motiverade att ändra sitt beteende. I Anti m.fl. (2005) studie upplevde sjuksköterskorna att det framförallt var pappor som saknade motivation vad som berör att hjälpa barnet med viktproblematiken. Att ge råd till papporna var därför ofta meningslöst eftersom de ändå inte använde sig av råden (a.a.).

Vissa av föräldrarna underskattade sin förmåga att hjälpa sina barn och var därför svåra att motivera (Schroeder & Smaldone 2017; Thorstensson m.fl. 2017). Flera föräldrar var upptagna med andra saker i livet och hade svårt att lägga fokus på sina barn (a.a.). Om det inte var möjligt att motivera föräldrarna kände sjuksköterskorna att arbetet var meningslöst (Edvardsson m.fl. 2009; Thorstensson m.fl. 2017). Föräldrar som inte var motiverade kunde i samtal med sjuksköterskan flyttade fokus från barnets övervikt till positiva egenskaper hos barnet (Edvardsson m.fl. 2009).

Det var oftast på grund av tidsbrist som föräldrar var motstridiga till råden som gavs (Schroeder & Smaldone 2017). Föräldrarna hade inte tillräckligt med tid och hade därför inte motivation att ta tag i problematiken (Gerards m.fl. 2012; Schroeder & Smaldone 2017; Steele m.fl. 2011). Tidsbristen berodde ofta på en komplicerad familjesituation som delad vårdnad av barnet (Steele m.fl. 2011).

Ilkska

Upplevelsen av att föräldrar reagerade med ilska uttryckte sjuksköterskorna i fyra olika artiklar (Edvardsson m.fl. 2009; Gerards m.fl. 2012; Schroeder & Smaldone 2017; Thorstensson m.fl. 2017). I Schroeder och Smaldones (2017) studie uttalade en sjuksköterska att cirka 30 procent av föräldrarna reagerade med ilska. En del föräldrar blev arga direkt när problemet togs upp och andra uttryckte ilska när sjuksköterskorna började arbeta med övervikts problematiken (a.a.). I Gerards m.fl. (2012) erfor sjuksköterskorna att flera föräldrar var lugna och tillmötesgående till en början men under tiden som diskussionen pågick brusade de upp och blev arga. I studien av Edvardsson m.fl. (2009) sa sjuksköterskor att föräldrar i vissa situationer har blivit aggressiva och till och med hotfulla. Thorstensson m.fl. (2017) visade att sjuksköterskorna erfor att de föräldrar som reagerade med den sortens ilska ofta var på grund av missförstånd. Att sjuksköterskan var otydlig i informationen som gavs till föräldrarna (a.a.). Föräldrarna tolkade det som att sjuksköterskorna endast fokuserade på barnets

utseende och föräldrarna var oroliga att det skulle driva barnet till att utveckla en ätstörning (Thorstensson m.fl. 2017).

Hinder under rådgivning

Det tredje temat som identifierades var hinder som fanns i situationen då rådgivning skulle ges. Dessa hinder framkom i sex studier (Bonde m.fl. 2014; Edvardsson m.fl. 2009; Gerards m.fl. 2012; Isma m.fl. 2012; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008). Presentation görs nedan i fyra kategorier *Kunskapsluckor*, *känsligt ämne*, *kulturkrock* och *överviktiga föräldrar*.

Kunskapsluckor

Flera studier visade att föräldrar hade för lite kunskap om övervikt och vilken negativ påverkan de extra kilona hade på kroppen (Bonde m.fl. 2014; Gerards m.fl. 2012; Isma m.fl. 2012; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008). Sjuksköterskorna erfor att föräldrar inte förstod att deras barn utsattes för en allvarlig hälsorisk, de förstod inte allvaret (Bonde m.fl. 2014; Gerards m.fl. 2012; Isma m.fl. 2012; Söderlund m.fl. 2008). När sjuksköterskorna gav råden till föräldrarna svarade de oftast med nickningar men verkade inte förstå betydelsen av råden (Söderlund m.fl. 2008). Sjuksköterskorna menade att föräldrars bristande kunskap om hälsorisker var ett stort problem och hinder i rådgivningen (Bonde m.fl. 2014; Isma m.fl. 2012; Söderlund m.fl. 2008).

Sjuksköterskorna erfor att anledningen till att föräldrarna inte kunde se att deras barn var överviktigt var på grund av att dagens barn är större än de var förr (Gerards m.fl. 2012; Steele m.fl. 2011). Vissa av föräldrarna såg att deras barn var större, men ville ändå inte ha sjuksköterskans råd, då de ansåg att de själva kunde ta tag i problematiken och visste redan vad det fanns för åtgärder (Gerards m.fl. 2012).

Flera föräldrar som hade barn i 10-årsåldern skyllde på att barnet fortfarande hade kvar babyfett och det var därför BMI kurvan visade att barnet hade övervikt (Edvardsson m.fl. 2009). Föräldrarna kom med andra förklaringar som genetiska orsaker och grov benstomme men de tog aldrig upp huvudsakliga orsaken till att deras barn var överviktigt, att deras barn hade ett högt kaloriintag och var mycket stillasittande (Edvardsson m.fl. 2009; Isma m.fl. 2012). Det nämndes aldrig något om varken mat eller aktivitet (Edvardsson m.fl. 2009). Isma m.fl. (2012) visade att föräldrarna inte tyckte att det fanns några anledningar till att vara orolig så länge barnet var ett barn (a.a.).

Känsligt ämne

Sju av artiklarna tog upp att det alltid fanns en risk att föräldrarna skulle känna sig illa till mods när sjuksköterskorna tog upp problemet (Bonde m.fl. 2014; Edvardsson m.fl. 2009; Gerards m.fl. 2012; Regber m.fl. 2013; Schroeder & Smaldone 2017; Steele m.fl. 2011; Thorstensson m.fl. 2017). Enligt Regber m.fl. (2013) förklarade de flesta sjuksköterskorna att det var känsligt att prata med föräldrar om deras barns storlek. Sjuksköterskan kände sig påträngande och var rädd för hur föräldrarna skulle reagera (a.a.). I Steele m.fl. (2011) studie framkom liknande resultat då en majoritet av sjuksköterskorna kände oro för föräldrars reaktioner när de skulle ta upp problemet med barnets övervikt. De ville inte att föräldrarna skulle känna sig personligt attackerade (a.a.). Flera sjuksköterskor ansåg att det var viktigt med rätt ordval och hur överviktsproblematiken presenterades för föräldrarna (Edvardsson m.fl. 2009). Sjuksköterskorna behövde

närma sig föräldrarna med försiktighet, valde de fel ord eller ord med negativ laddning var det lätt att föräldrarna kände sig förolämpade och resulterade i att motsätta sig hjälp från sjuksköterskan (Edvardsson m.fl. 2009). De kände sig kritiserade och misslyckade i sin föräldraroll (Edvardsson m.fl. 2009; Thorstensson m.fl. 2017).

Sjuksköterskorna erfor att det största hinder var när föräldrarna blev förolämpande så fort sjuksköterskan nämnde ordet övervikt (Bonde m.fl. 2014; Gerards m.fl. 2012; Regber m.fl. 2013; Schroeder & Smaldone 2017). Var detta första reaktionen från föräldrarna, blev det sällan en fortsatt relation mellan sjuksköterskan och familjen (Schroeder & Smaldone 2017).

Kulturkrock

Sjuksköterskor erfor att det fanns en krock mellan deras egen syn på hälsa och olika kulturella syner på övervikt vid mötet med familjer från en annan kultur (Edvardsson m.fl. 2009; Isma m.fl. 2009; Regber m.fl. 2013; Steele m.fl. 2011). Konversationen och rådgivningen blev svår på grund av olika kulturella övertygelser eller traditioner, då de hade en annan syn på hälsa (Edvardsson m.fl. 2009; Isma m.fl. 2009; Steele m.fl. 2011). Deltagarna beskrev hur föräldrar ibland uttryckte att stora barn är friska barn, ju större desto bättre, eftersom det representerade välstånd och rikedom (Edvardsson m.fl. 2009; Isma m.fl. 2009; Regber m.fl. 2013). Sjuksköterskorna upplevde ibland att vissa föräldrar gör allt för att deras barn ska bli överviktigt (Regber m.fl. 2013). Sjuksköterskorna kände inte sig tillräckligt kompetenta att tillhandahålla rådgivning eller information till familjer från olika kulturer, de visste inte hur de skulle nå fram till dem (Steele m.fl. 2011).

Överviktiga föräldrar

I Söderlund m.fl. (2008) studie erfor sjuksköterskorna att överviktiga föräldrar ofta var ett hinder under rådgivningen. Flera föräldrar som var överviktiga eller hade fetma tyckte inte att de själva hade ett problem, de ansåg sig vara hälsosamma och vältränade (a.a.). De argumenterade även för sina barn att de var stora men hälsosamma och behövde därför ingen rådgivning (a.a.).

När föräldrarna var överviktiga eller hade fetma erfor sjuksköterskor att föräldrarna kände sig personligt attackerade och kritiserade för deras egen övervikt och livsstil (Regber m.fl. 2013; Thorstensson m.fl. 2017). Föräldrar uttryckte en förtvivlan då de hade kämpat med sin egen övervikt och försökt flera metoder för att gå ner i vikt utan framgång (a.a.). Det var inte sällan som föräldrarna hade en traumatiserad relation till övervikt och motsatte sig därför sjuksköterskans råd (Edvardsson m.fl. 2009; Steele m.fl. 2011; Thorstensson m.fl. 2017). Sjuksköterskor tyckte att rådgivningen underlättades om föräldrarna var normalviktiga men tidigare i livet varit överviktiga, dessa föräldrar var mer motiverade och hade en vilja att jobba förebyggande (Edvardsson m.fl. 2009; Regber m.fl. 2013).

DISKUSSION

Nedan förs en diskussion vad gäller vald metod och resultat. Metoddiskussionen framhäver styrkor och svagheter med vald metod och i resultatdiskussionen diskuteras resultatet mot relevant litteratur.

Metoddiskussion

Studien följde metodbeskrivningen efter Forsberg och Wengströms (2013) beskrivning av litteraturöversik med studier som hade en kvalitativ ansats. Metoden valdes för att få en insyn i sjuksköterskors erfarenheter av att ge råd till föräldrar med barn som har övervikt eller fetma, vilket var eftersträvat. Enligt Forsberg och Wengström (2013) syftar en litteraturöversikt till att sammanställa tidigare forskning och undersöka om det finns behov av att göra en empirisk studie eller att beskriva kunskapsläget inom ett specifikt område. Litteraturöversikt har dock en del svagheter, exempelvis har en begränsad tillgång till relevant forskning använts. Hade det istället genomförts en systematisk litteraturstudie hade tillgång till all forskning inom ämnet kunnat användas (a.a.). En systematisk litteraturstudie hade kunnat besvara frågeställningar som vilken rådgivning fungerar bäst? Det fanns inte tillräckliga resurser för att skriva kandidatuppsatsen designad som systematisk litteraturstudie, denna design har dock en större trovärdighet då det finns en bredare tillgång till forskning (Forsberg & Wengström 2013).

Syftet för kandidatuppsatsen hade kunnat besvaras med en empirisk studie då uppsatsen syftar till att beskriva sjuksköterskors erfarenheter. En empirisk studie syftar till att göra undersökningar av verkligheten (Polit & Beck 2013). Om intervjuer gjorts på sjuksköterskor hade det skapats en djupare förståelse för deras erfarenheter. Metoden valdes dock bort på grund av den begränsade tiden.

Syftet formulerades i en mening. Enligt Forsberg och Wengström (2013) kan syftet formuleras från en till några meningar. Syftet kan härledas genom frågeställningar som mer specifikt anger vilka frågor som ska besvaras för att syftet med studien ska bli uppfyllt (a.a.). Frågeställningar hade hjälpt till att ytterligare definiera vad sjuksköterskans erfarenhet av rådgivning innebar och vad syftet med studien var. Det kan ses som en svaghet i studien att det inte använts någon frågeställning.

Urval

Enligt Forsberg och Wengström (2013) ska det innan sökning bestämmas kriterier för sökningen. Eftersom författarna själva valde inklusions- och exklusionskriterier fanns risken att urvalet blev selektivt (a.a.). Inklusions- och exklusionskriterierna var noggrant bestämda innan litteratursökningen gjordes. Tanken var att endast inkludera allmänsjuksköterskor men inklusionskriterierna fick vidgas till att även inkludera andra professioner. Anledningen till ökade inklusionskriterier berodde på att relevanta artiklar ur allmänsjuksköterskans perspektiv inte kunde hittas, det upptäcktes en forskningslucka. Det var även två studier som inkluderade andra professioner, dessa var läkare, psykiatriker och osteopater, dock var majoriteten av deltagarna i studierna sjuksköterskor. Enligt Forsberg och Wengström (2013) kan ändrade kriterier under pågående sökning påverka sökningens trovärdighet.

Det sker ständigt förändringar inom verksamheten och forskning kan bli inaktuell (Forsberg & Wengström 2013). I den föreliggande litteraturstudien användes exklusionskriterier vad beträffar artiklarnas publiceringsår. Det fanns en risk att eventuellt relevanta artiklar valdes bort på grund av exklusionskriteriet, dock bör det vägas in och reflekteras över hur relevant resultatet av forskning som är över tio år gamla är. Barn som var yngre än fyra år exkluderades på grund av att

rådgivning förmodligen ser annorlunda ut vid så små barn. Barn som var äldre än tolv år var även exkluderade, då det fanns tveksamhet till om rådgivningen då görs till föräldrar eller om sjuksköterskan pratar om problematiken med barnet självt.

Databas och sökning

I enlighet med Forsberg och Wengström (2013) valdes nyckelord från syftets bärande begrepp för att lättare komma fram till relevanta sökord. För att utöka sökningarna användes svenska MeSH (a.a.). Med hjälp av nyckelord och svenska MeSH kunde viktiga sökord identifieras så att inspirationen och ordvalen till sökningarna blev bredare. Fler relevanta artiklar kunde på så vis hittas. Databaserna som användes var CINAHL och PubMed. Att hitta fler relevanta artiklar från andra sökmotorer fick uteslutas då tiden för arbetet var begränsad och det var komplicerat att lära sig söka i flera sökmotorer. Enligt Forsberg och Wengström (2013) var CINAHL och PubMed sökmotorer som var inriktade på omvårdnad. Det rekommenderas att ta hjälp och rådfråga en bibliotekarie (a.a.). Sökmotorerna var enkla att söka i efter att en bibliotekarie undervisat i hur sökmotorerna fungerade även på en mer avancerad nivå. I enlighet med Forsberg och Wengström (2013) underlättades sökningen av tillämpning av booelska operatorer, PubMeds MeSH-termer och CINAHLS headings.

Sökningar gjordes i omgångar för att relevanta abstrakt med fulltexter kunde hittas. Endast studier som var tillgängliga gratis i databaserna användes. Studier som kostade uteslöts vilket kan ses som en svaghet då de kunde varit relevanta till syftet och haft hög kvalitet. En annan svaghet var att flera artiklar som tycktes intressanta fick uteslutas på grund av att fulltext inte var tillgänglig. Att artiklar inte fanns i fulltext visade sig ofta efter att titlar valts ut och abstrakt hade lästs. Detta medförde mycket extra tid på artiklar som inte kunde användas och de sökningar som först gjorts inte var så effektiva som de verkade till en början. Hade större utbud till fler fulltexter funnits skulle troligtvis fler relevanta artiklar som matchade syftet kunnat användas.

Slutligen valdes 14 artiklar ut till kvalitetsgranskningen. Enligt Forsberg och Wengström (2013) fanns risken att valet av artiklar kunde påverkats, vilket medförde att valet kan ha blivit selektivt.

Kvalitetsbedömning

Artiklarnas trovärdighet och kvalitet poängsattes utifrån kriterier från SBU:s (2006) granskningsmall. Det bör ses som en styrka att ha använt SBU:s granskningsmall då SBU:s uppgift är att systematiskt granska och sammanställa befintlig evidens inom medicin och omvårdnadsforskning (SBU 2014). Granskning och poäng gjordes enskilt av författarna och resultatet av kvalitetsgranskningen jämfördes därefter. Poängen motsvarade vad som ansågs vara hög-, medel eller låg kvalitet. Kvalitetsbedömningen kan ha påverkats av anledning att det var första gången en kvalitetsbedömning genomfördes. Av denna anledning gjordes först kvalitetsgranskningen var för sig, för att sedan jämföra resultatet. I något fall fanns det skillnad i poängsättningen och granskningen, vilket ledde till en diskussion och slutligen ett enande om poängen. Trots medvetenheten och det kritiska tänkandet kan det hända att kvalitetsbedömningen är mindre tillförlitlig (Forsberg & Wengström 2013). De flesta artiklarna fick cirka 15–16 poäng och hamnade i kategorin “medelhög kvalitet”. Poängen drogs ner av vissa oklarheter. Oklarheterna handlade framförallt om att forskarna var

otydliga och presenterade inte relationen forskare/urval, om det rårde data- och analysmättnad samt författarnas förförståelse. En upptäckt under granskningen var att fyra av studierna var från Sverige. Det medförde att erfarenheter av sjuksköterskor från Sverige kunde få större utrymme i litteraturöversikten än andra länder. Alla artiklarna hade ett ganska lågt antal deltagare. Enligt Forsberg & Wengström (2013) är det vanligt bland kvalitativa studier med ett lågt antal deltagare. Det medförde att artiklarna inte helt kunde generaliseras eller representeras i större populationer och sammanhang (a.a.).

Analys

I enlighet med Forsberg och Wengström (2013) gjordes innehållsanalysen. Deras beskrivning av arbetsprocessen upplevdes tydlig och var enkel att följa.

Analysen var viktig för att resultatet skulle bli tydligt och korrekt beskrivet (Forsberg & Wengström 2013). Analysen utfördes av båda författarna för att få fram en objektiv tolkning med olika perspektiv som kunde diskuteras. Det anses vara en styrka att analysen utfördes enskilt eftersom olika perspektiv kunde diskuteras tills enighet uppnåddes (Polit & Beck 2013). Trots det finns det alltid risk för feltolkning vid litteraturstudier, vilket i sin tur kan ha en påverkan på analysen som blir subjektiv. Artiklarna var skrivna på engelska och översattes till svenska vid analys till resultatet. Enligt Forsberg och Wengström (2013) finns det alltid en risk att det görs mänskliga fel som feltolkningar och felaktiga översättningar. Resultatet av analysen kan alltid bli olika beroende på vem eller vilka det är som tolkar de utvalda artiklarna (a.a.) Efter analys framträdde tydliga teman med tillhörande kategorier. Enligt Forsberg och Wengström (2013) underlättar teman och kategorier presentationen av det sammanställda resultatet.

Resultatdiskussion

Syftet med den föreliggande litteraturstudie var att belysa sjuksköterskans erfarenhet av att ge råd till föräldrar med barn som har övervikt eller fetma. Det tydligaste fyndet var att sjuksköterskans erfarenhet var att föräldrar hade bristande karaktär.

Det framkom i resultatet att föräldrar var omotiverade till att lyssna på sjuksköterskan och att göra förändringar. Detta resulterade sig i en misslyckad rådgivning (Anti m.fl. 2005; Gerards m.fl. 2012; Isma m.fl. 2012; Schroeder & Smaldone 2017; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008; Thorstensson m.fl. 2017). Vidare visade föreliggande studiers resultat att om det inte var möjligt att motivera föräldrarna så kände sjuksköterskorna att arbetet var meningslöst (Thorstensson m.fl. 2017). I motsättning till tidigare litteratur. Trygg Lycke (2013) menar att ju mindre motiverad familjen är, desto större krav ställs på sjuksköterskan som behöver gå in hårdare för att engagera familjen genom att lyssna in och hjälpa dem att komma med egna argument för förändring och lösningar på problemet. Det stärks av Svensk sjuksköterskeföreningen som beskriver att det är sjuksköterskans skyldighet att ta kliniska beslut som ger människor möjlighet att förbättra, återfå eller bibehålla sin hälsa, hantera hälsoproblem och uppnå bästa möjliga välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Att brist på motivation var en vanlig erfarenhet som sjuksköterskan hade var inget förvånande eftersom människan överlag ofta är omotiverad till det som är tråkigt och jobbigt. Därför är det viktigt att sjuksköterskan inte ger upp och istället fortsätter försöka motivera föräldrarna.

Resultatet visade att föräldrar inte tyckte att deras barns övervikt var deras ansvar (Anti m.fl. 2015; Gerards m.fl. 2012; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008). Enligt Söderlund m.fl. (2008) kunde de istället lägga över ansvaret på barnet. Enligt Anti m.fl. (2015) kunde de istället lägga över ansvaret på den andra föräldern. Studier i resultatet visade också att flera föräldrar inte var mottagliga för informationen som gavs eller förnekade att deras barn hade övervikt eller fetma (Bonde m.fl. 2014; Edvardsson m.fl. 2009; Gerards m.fl. 2012; Regber m.fl. 2013). Detta kan ha ett samband med att en sjuksköterska upplevde att ca 40 procent av föräldrarna inte riktigt brydde sig eller gjorde någonting åt saken (Schroeder & Smaldone 2017). Problematiken med detta blev belyst i den tidigare litteraturen. Enligt Larsson och Rössner (2015) har föräldrarnas inverkan på barnens övervikt stor betydelse då övervikt och fetma hos barn ofta är ett familjeproblem. Fokus bör ligga på få med sig föräldrarna i rådgivningen då det ofta är de som har kontrollen över barnens vanor (Larsson & Rössner 2015). Det är tydligt att sjuksköterskor behöver mer kunskap i hur de ska nå fram till dessa föräldrar. Hur de ska gå tillväga för att få föräldrar att förstå deras delaktighet och ansvar i deras barns övervikt. Föräldrar måste ta sitt ansvar och ska inte kunna förneka problemet som finns kring barnets övervikt.

I resultatet upplevde barn- och skolsjuksköterskor brister i att nå fram till föräldrarna (Anti m.fl. 2005; Bonde m.fl. 2014; Edvardsson m.fl. 2009; Gerards m.fl. 2012; Isma m.fl. 2012; Regber m.fl. 2013; Schroeder & Smaldone 2017; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008; Thorstensson m.fl. 2017). Enligt den tidigare litteraturen går utvecklingen mot en tid med fler överviktiga barn och ungdomar än någonsin (Agerberg 2014; Nowicka & Flodmark 2006). Enligt Agerberg (2014) måste det sättas in fler åtgärder för att kunna stoppa denna utveckling (a.a.). Detta visar på att problemet måste angripas från flera håll. Det räcker inte med att barnsjuksköterskor och skolsjuksköterskor lyfter problemet, det behövs fler insatser som arbetar för att nå föräldrarna. Kan även allmänsjuksköterskor och andra professioner lyfta problemet när de ser det kanske det kan få föräldrar att inse barnens övervikt och problematiken kring det. För någonting måste göras för att kunna stoppa den växande övervikts-epidemi och nå fram till föräldrarna så att sjuksköterskor och föräldrar kan samarbeta.

Det identifierades i resultatet att vissa av föräldrarna inte kunde se att deras barn var överviktiga när de jämförde sina barn med andra barn i dagens samhälle, de hade en normaliserande syn på barnens övervikt (Gerards m.fl. 2012; Steele m.fl. 2011). Det blev ett tydligt problem för sjuksköterskorna när de ville diskutera övervikten då det lätt kunde leda till missförstånd i kommunikationen (Steele 2011). Resultatet kan kopplas samman med tidigare bakgrundslitteratur (Agerberg 2014; Nowicka & Flodmark 2006; WHO 2018). Den visar att samhället snart kommer att ha fler överviktiga barn och ungdomar än någonsin (Agerberg 2014; Nowicka & Flodmark 2006). Enligt Agerberg (2014) har övervikt ökat från det dubbla till det trippla på endast 15 år. Enligt Nowicka och Flodmark (2006) har andelen barn i Malmö som har övervikt och fetma ökat från sex procent 1980 till 31 procent år 2004. Det är tydligt att övervikten är ett växande problem (Agerberg 2014; Hruby & Hu 2015; Nowicka & Flodmark 2006; WHO 2018). Problematiken med att ge råd om övervikt blir större och större med den ökade normaliseringen som sker av övervikt. Det är inte konstigt att föräldrar har svårt att inse att deras barn är överviktiga när barnövervikt blir vanligare. Fortskrider denna utveckling finns tendenser till en ond cirkel som blir svårare och svårare att

stoppa då fler och fler utvecklar övervikt och samhället mer och mer tror på att övervikt nu mer är normalvikt.

Resultatet visade att sjuksköterskors erfarenhet är att det är svårt att ge råd till föräldrar som kom från en annan kultur (Edvardsson m.fl. 2009; Isma m.fl. 2012; Regber m.fl. 2013; Steele m.fl. 2011). Det handlade framförallt om att föräldrar och sjuksköterskor hade olika syn på vad hälsa är (Edvardsson m.fl. 2009). Enligt Steele m.fl. (2011) uttryckte sjuksköterskan själv att hon inte kände sig tillräckligt kompetent för att tillhandahålla rådgivning till familjer med annan kultur. Detta resultat stöds inte av bakgrundslitteraturen, i kompetensbeskrivningen av legitimerad sjuksköterska står det att sjuksköterskan ska ha kunskap om betydelsen av faktorer som exempelvis kulturtillhörighet för individens möjlighet till jämlik vård och hälsa (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Brist på kompetens vad det gäller kultur och hur sjuksköterskan ska nå fram till dessa föräldrar blir påtaglig när sjuksköterskan tycker rådgivningen försvåras av att föräldrarna kommer från annan kultur än de själva. Det tyder på att sjuksköterskor behöver mer utbildning och få kunskap inom detta ämnesområdet, för att ge bästa möjliga omvårdnad som bör vara individanpassad.

Föreliggande studies resultat visade att ett hinder som sjuksköterskorna upplevde i rådgivningen var när föräldrarna själva var överviktiga (Edvardsson m.fl. 2009; Regber m.fl. 2013; Steele m.fl. 2011; Söderlund m.fl. 2008; Thorstensson m.fl. 2017). Det var känsligare att ta upp problematiken då och ibland undvek sjuksköterskor att ta upp samtalsämnet helt på grund av detta (Edvardsson m.fl. 2009) Det står i Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30 (HSL) 3 kapitlet 2§ att hälso- och sjukvården ska förhindra och förebygga ohälsa. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017) kännetecknas personcentrerad vård av att patient och närstående blir behandlade och förstådda som unika individer med individuella behov. Det är därför viktigt att sjuksköterskan inte undviker att prata om problemet, trots att det är känsligt och svårt. Det är sjuksköterskans uppgift att jobba personcentrerat och istället anpassa rådgivningen och samtalet så att föräldern istället blir förstådd.

KONKLUSION

Resultatet har visat att sjuksköterskor upplever olika reaktioner och hinder när de vill hjälpa och ge råd till föräldrar som har barn med övervikt. Det finns föräldrar som är införstådda med problemet och är positivt inställda till rådgivning. En stor del av föräldrarna har däremot inte tillräckligt med kunskap för att förstå att deras barn är överviktigt och att det utgör en hälsorisk att vara överviktig. Flera föräldrar förnekar att deras barn är det eller kommer med ursäkter till varför deras barn är överviktigt. Det har konstaterats att det är känsligt att både ta upp och vidare diskutera ämnet med föräldrar. Ambitionen att vilja hjälpa dessa föräldrar är hög hos sjuksköterskorna, trots det är det av olika anledningar svårt att nå fram till dem.

Sjuksköterskor och föräldrar har tillsammans ett stort ansvar för att hjälpa barn med övervikt eller fetma. Att ha en del av ansvaret över barnets hälsa som sjuksköterska kan leda till frustration och tomhet när sjuksköterskorna inte vet hur de ska kunna nå fram till föräldrarna. En dålig kommunikation försämrar rådgivningen markant och förhindrar då samarbetet mellan sjuksköterska och

förälder som behövs för att kunna hjälpa barnet med sin övervikt. Det behövs mer forskning kring hur sjuksköterskor ska kommunicera med dessa föräldrar. Speciellt med föräldrar som förnekar deras barns övervikt, inte vill se problemet, har andra ursprungskulturer eller med föräldrar som själva är överviktiga. Vidare behövs det större resurser till personalen för fortbildning och kvalitetsarbeten för att kunna arbeta med denna känsliga folkhälsofråga.

FORTSATT KUNSKAPS-UTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Målet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att ge rådgivning till föräldrar med barn som hade övervikt eller fetma. Det upplevdes flera hinder till varför sjuksköterskans rådgivning inte utvecklades till ett lyckat resultat men få studier som visade hur sjuksköterskor gjorde för att finna den rätta vägen till att nå fram till föräldrar så de kunde hjälpa sina barn. Det framkom kunskap om vilka reaktioner sjuksköterskan behöver vara redo för i det kliniska arbetet. Kunskapsbrist uppstod istället om hur sjuksköterskor ska agera och bemöta dessa reaktioner i praktiken. Det problematiska med att nå fram till stora delar av föräldrarna tyder på att kunskap om rådgivningen kan behöva lyftas hos flera professioner än hos barn- och skolsjuksköterskor. Det har identifierats ett behov av nya rutiner. Det behövs en förändring och samverkan mellan professioner för att omvårdnad runt barn som har övervikt ska förbättras och utvecklas. Genom större kunskap inom området hos fler professioner kan det leda till att fler vågar ta upp överviktsproblematiken, vilket förhoppningsvis kan leda till en bättre insikt hos föräldrarna. Allmänsjuksköterskan möter till exempel flera barn och föräldrar på vårdcentraler, mottagningar och olika avdelningar där det skulle vara optimalt att på ett bra sätt kunna lyfta problemet. Kanske borde allmänsjuksköterskor även få en bredare utbildning inom området? Det kan vara en pusselbit som behövs för ett smalare samhälle.

Utförandet av denna litteraturstudie gav en djupare förståelse för hur övervikt och fetma hos barn berörs i sjukvården samt vilken roll och ansvar sjuksköterskan har till ämnet. Det är vidare önskvärt att erhålla kunskap om vilket sätt som är mest framgångsrikt att ge råd på. Så att sjuksköterskan når fram till föräldrarna.

Önskan var att genom denna litteraturstudie belysa ämnet övervikt och fetma hos barn som en problematik hos hela familjen och att det är betydelsefullt att sjuksköterskan inkluderar hela familjen för att ge god omvårdnad.

REFERENSER

Agerberg M, (2014) *Fetma - en global epidemi*. Lund, Studentlitteratur AB.

*¹Anti E, Laurent J, Tompkins C, (2015) The Health Care Provider's Experience With Fathers of Overweight and Obese Children: A Qualitative Analysis. *Journal of Pediatric Health Care*, 30, 99-107.

Appleton J, Fowler C, Brown N, (2017) Parents' views on childhood obesity: qualitative analysis of discussion board postings. *Contemp nurse*, 53, 410-420.

*Bonde AH, Bentesen P, Hindehede AL, (2014) School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity. *The Journal of School Nursing*, 30, 448-455.

*Edvardsson K, Edvardsson D, Hörnsten Å, (2009) Raising issues about children's overweight - maternal and child health nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2542-2551.

Forsberg C, Wengström Y, (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm, Natur & Kultur

Friberg, F (2006) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund, Studentlitteratur AB.

*Gerards S, Dagnelie P, Jansen M, De Vries N, Kremers S, (2012) Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BCM Family Practice*, 13.

Holm Ivarsson B, (2013) *Motiverande samtal om övervikt och hälsosamma levnadsvanor*. I: Holm Ivarsson B, Kuehn Krylborn L, Trygg Lycke S, (Red.) *Motiverande samtal och behandling vid övervikt och fetma* (Första upplagan). Stockholm, Gothia Fortbildning AB.

Hurby A, Hu F, (2015) The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics*, 33, 673-689.

Hälso- och sjukvårdslag, 2017:30.

*Isma G, Bramhagen A-C, Ahlstrom G, Östman M, Dykes A-K, (2012) Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13.

Karolinska institutet, (2018) *Svensk MeSH*. ><https://mesh.kib.ki.se>< HTML (2018-03-22)

Larsson I, Rössner S, (2015) *Fetma i primärvården*. Lund, Studentlitteratur AB.

¹ Artiklar som ingår i resultatet

Lee Harbaugh B, Jordan-Welch M, Bounds W, Blom L, Fisher W, (2007) Nurses and Families Rising to the Challenge of Overweight Children. *The Nurse Practitioner*, 32, 30–43.

Lindberg T, Lagercrantz H, (2007) *Barnmedicin*. Lund, Studentlitteratur AB.

Narbro K, Neovius M, (2007) *Hälsoekonomi*. Lindroos A, Rössner S, (Red.) *FETMA Från gen- till samhällspåverkan* (Första upplagan). Lund, Studentlitteratur AB.

Negar Yazdani, Sayed Vahid Hosseini, Mashood Amini, Zahra Sobhani, Farkhondeh Sharif, Hajar Khazraei, (2018) Relationship between Body Image and Psychological Well-being in Patients with Morbid Obesity. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 6, 175-185.

Nowicka P, Flodmark C-E, (2006) *Barnöversikt i praktiken - evidensbaserad familjeviktsskola*. Lund, Studentlitteratur AB.

Rabbitt A, Coyne I, (2012) Childhood obesity: nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing*, 21, 731-735.

*Regber S, Mårild S, Hanse J, (2013) Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*, 12, 27-49.

Polit DF, Beck CT, (2013) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8th edition). Philadelphia, Lippincott.

Rosén M, (2012) *Systematisk litteraturöversikt*. I: Henricson M, (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 1:7). Lund, Studentlitteratur AB.

SBU, (2014) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*. Stockholm, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

*Schroeder K, Smaldone A, (2017) What Barriers and Facilitators Do School Nurses Experience When Implementing an Obesity Intervention? *The Journal of School Nursing*, 33, 456-466.

*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, 128–137.

Svensk sjuksköterskeförening, (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm, SSF (Svensk Sjuksköterskeförening).

*Söderlund L, Nordqvist C, Angbratt M, Nilsen P, (2008) Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24, 442-449.

*Thorstensson S, Blomgren C, J. Sundler A, Larsson M, (2017) To break the

weight gain—A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 251–258.

Trygg Lycke S, (2013) *Barn och ungdomar med övervikt och fetma*. I: Holm Ivarsson B, Kuehn Krylborn L, Trygg Lycke S, (Red.) *Motiverande samtal och behandling vid övervikt och fetma* (Första upplagan). Stockholm, Gothia Fortbildning AB.

Trygg Lycke S, (2016) *En viktig bok om övervikt hos barn och ungdomar*. Stockholm, Gothia Fortbildning AB.

WHO, (2018) *Obesity and overweight*.
><http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>< HTML (2018-03-28).

BILAGOR

BILAGA 1 – Sökschema i PubMed

BILAGA 2 – Sökschema i CINAHL

BILAGA 3 – Kvalitetsgranskningsmall

BILAGA 4 – Artikelmatriser

BILAGA 1

Sökschema i PubMed 2018-03-23

Söknr	Sökord	Antal träffar	Sökblock
#1	"Nurse"	352,537	
#2	"Nurses" Mesh	82,322	
#3	#1 OR #2	352,537	Sjuksköterska
#4	"Experience"	572,512	
#5	"Qualitative"	197,693	
#6	#4 OR #5	744,342	Upplevelse
#7	"Children"	2270,735	
#8	"Child" Mesh	175,6933	
#9	#7 OR #8	2018,969	Barn
#10	"Overweight"	211,457	
#11	"Obesity" Mesh	184,466	
#12	"Pediatric obesity" Mesh	5,252	
#13	#10 OR #11 OR #12	214,132	Barnövervikt/Barnfetma
#14	"Parent"	307,010	
#15	"Parents" Mesh	96,786	
#16	"Family"	1139,271	
#17	#14 OR #15 OR #16	1284,711	Föräldrar
#18	#3 AND #9 AND #13 AND #17	7	Kombinationer
#19	#1 AND #7 AND #13 AND #5	26	
#20	#1 AND #6 AND #7 AND #10 AND #14	10	

BILAGA 2

Sökschema i CINAHL 2018-03-24

Söknr	Sökord	Antal träffar	Sökblock
#1	"Nurse"	377,871	
#2	MH "nurses"	176,575	
#3	#1 OR #2	269,892	Sjuksköterskor
#4	"Experience"	130,423	
#5	"Perceptions"	84,074	
#6	"Attitude"	195,366	
#7	#4 OR #5 OR #6	391,340	Upplevelser
#8	"Children"	374,665	
#9	MH "Child+"	363,059	
#10	#8 OR #9	399,890	Barn
#11	"Childhood obesity"	3,127	
#12	"Overweight"	13,491	
#13	MH "Obesity"	39,257	
#14	MH "Body weight+"	74,897	
#15	MH "Pediatric obesity"	7,912	
#16	MH "Attitude to Obesity"	368	
#17	#12 OR #13 OR #14	77,560	Barnövervikt/Barnfetma
#18	#11 OR #15 OR #16	8695	
#19	"Parent"	73,972	
#20	MH "Parents+"	54,436	
#21	MH "Parent-Childhood Relations+"	18,016	
#22	MH "Family+"	134,063	
#23	#19 OR #20 OR #21 OR #22	205,680	Föräldrar
#24	#3 AND #10 AND #17 AND #23	51	Kombinationer
#25	#3 AND #7 AND #10 AND #17 AND #23	43	
#26	#3 AND #18 AND #23	47	

BILAGA 3

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Totalbedömning av studiekvalitet: Hög, Medelhög eller Låg

Anvisningar:

* Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.

* Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Utgårstudienfrånenväldefinierad problemformulering/frågeställning?				
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc): syftet - Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera och väcka problem med föräldrarna om barns övervikt.				
2. Urval	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är urvalet relevant?				
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?				
c) Är kontexten tydligt beskriven?				
d) Finns relevant etiskt resonemang?				
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?				
Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):				
3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?				
b) Är datainsamlingen relevant?				
c) Råderdatamättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?				
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				
4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?				
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
c) Råderanalysmättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?				
Kommentarer (analys, analysmättnad etc): - Endast 1:a författaren som analyserat				
5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?				
b) Är resultatet begripligt?				
c) Är resultatet tydligt beskrivet?				
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
e) Genererashypotes/teori/modell?				
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

BILAGA 4

Author, year, title, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, populations	Main finding	Quality
<p>Ahlstrom G, Bramhagen A-C, Dykes A-K, Isma G, Östman M, (2012) <i>Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study.</i></p> <p>Sweden</p>	<p>The aim was to elucidate conceptions of childhood overweight, including obesity, among Child Health Care (CHC) nurses.</p>	<p>A qualitative study using a phenomenographic approach.</p>	<p>Interviews were held in conversation form. The interviews lasted between 26 to 90 minutes.</p> <p><i>Data analysis</i></p> <p>The transcripts were read through several times. Statements relevant to the study were identified, compared and sorted into different preliminary conceptions. Then the identified conceptions were compared. Final categories of description were made. Finally, elements of the phenomenon were identified within each category of description and a description of each conception was summarised.</p>	<p>91 CHC nurses were eligible for the study. 19 were invited to participate. One nurse declined. 18 CHC nurses were interviewed at 17 Child Health Care Centres in the southern part of Sweden.</p>	<p>The nurses conceived overweight in children to be an extensive and serious problem which affects children, families and the surrounding society. Overweight in children was further perceived as a consequence of their parent's lifestyle and their awareness of the problem. The nurses perceived that the proportion of overweight children has increased, which Swedish society and the nurses have adapted to.</p>	<p>Good quality - 17 points</p> <p>Only one of the authors has performed the data analysis.</p>

Author, year, title, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, population	Main finding	Quality
<p>Angbratt M, Nilsen P, Nordqvist C, Söderlund L, (2008) <i>Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children.</i></p> <p>Sweden</p>	<p>The aim of the study was to identify barriers and facilitators to nurses' application of motivational interviewing to counselling overweight and obese children aged 5 and 7 years, accompanied by their parents.</p>	<p>A qualitative study design using a phenomenographic approach.</p>	<p>Focus group interviews were conducted and recorded. The interview tapes were transcribed verbatim. The text was then coded line-by-line for substantive content and was categorized.</p>	<p>10 nurses (Five child welfare centre nurses and six school health service nurses) who had practiced MI for 6 months participated. 1 did not materialize on the verge of disease.</p>	<p>Important barriers were nurses' lack of recognition that overweight and obesity among children constitute a health problem, problem ambivalence among nurses who felt that children's weight might be a problem although there was no immediate motivation to do anything and parents who the nurses believed were unmotivated to deal with their children's weight problem.</p>	<p>Good quality</p> <p>15 points of 21</p> <p>Relationship between researchers and selection is not described. The preunderstanding is not described.</p>

Author, year, title, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, populations	Main findings	Quality
Anti E, Laurent J, Tompkins C (2015) <i>The Health Care Provider's Experience With Fathers of Overweight and Obese Children: A Qualitative Analysis</i> USA	The aim of this study was to explore the experience of health care providers in the outpatient setting as they work with fathers of children who are overweight and obese.	Qualitative design with a phenomenological approach.	Data were collected through semi-structured interviews. Six interviews were conducted in person and one was conducted by telephone. <i>Dataanalysis</i> Interviews were transcribed verbatim and then de-identified. First step was to listening to recorded interviews while reading the corresponding transcript. With deeper analysis, clusters of related themes were developed and a diagram was created of the new overarching themes. The final analytic phase involved looking for patterns across participants.	The participants was seven HCPs (physicians, nurse practitioners, and osteopaths) working with overweight and obese children and their families. The sample consisted of two family practice physicians, two pediatric nurse practitioners, and three family nurse practitioners.	Two major themes emerged from the experiences of these HCPs: “dad in the back seat” and “paternal resistance.” The theme “dad in the back seat” captured the HCPs' experiences and perceptions of parental roles and related stereotypes with respect to fathers' lack of presence in the health-care setting. “Paternal resistance” reflected the perceived tendency of the father to resist the acceptance of his child's weight as a problem and to resist change and even undermine family efforts to make healthier choices.	Good quality 14 points Haven't described the relationship between researchers and selections. Do not present ethical considerations. Lack of information regarding dropout rate.

Author, year, titel, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, population	Main finding	Quality
<p>Aylward B, Davis A, Jensen C, Pankey S, Steele R, Wu Y, (2011) <i>School Nurses' Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach</i></p> <p>USA, Urban</p>	<p>The aim of the study was to contribute to the literature by further analyzing school nurses' perceived barriers to addressing weight-related health issues with children and their families.</p>	<p>A qualitative design with content analysis.</p>	<p>The data collection was collected by seven focus groups, with open-ended questions, in two sessions. The sessions were recorded and transcribed in their entirety. Study authors reviewed the focus group content and identified themes of perceived barriers. NVivo 8 was used to code and evaluate themes.</p>	<p>22 school nurses from rural school districts in the Midwestern United States participated in the study.</p>	<p>Nurses identified a lack of knowledge and resources, personal weight challenges, lack of institutional support, and lack of time as barriers to weight-related communications with families. Nurses also identified family characteristics, child motivation, fear of reactions, and difficulty establishing relationships with children as barriers that impeded their communication with families about weight-related health.</p>	<p>Good quality</p> <p>15 points of 21</p> <p>Lack of information regarding contacted dropout rate. Haven't described the relationship between researchers and selections.</p>

Author, year, title, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, populations	Main findings	Quality
<p>Bentesen P, Bonde AH, Hindehede AL (2014) <i>School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity</i></p> <p>Denmark</p>	<p>The aim for the study was to explore how school nurses applied and experienced motivational interviewing in counseling sessions with overweight children and their parents in daily practice.</p>	<p>Qualitativ design with content analysis.</p>	<p>The data for this study were generated 1 year after the training course in motivational interviewing. Audiorecorded interviews that lasted 2 hours.</p> <p><i>Dataanalysis</i> The analysis was executed in several steps. They chose the theory of motivational interviewing as an analytical framework.</p>	<p>12 school nurses from 12 different schools in Copenhagen. The interviewed nurses were all women who had worked as a school nurse for 13 years.</p> <p>The selection criteria were: participating in the training course 1 year earlier, working actively as a school nurse since the training, and representing different schools, public as well as private, and from the five local areas.</p>	<p>Three dilemmas for school nurses were revealed: when the child was severely overweight and the parents did not perceive this as a problem, when the child and the parents were at different stages of motivation to change, and when applying an individualized approach such as motivational interviewing for preventing a complex societal problem, in this instance obesity.</p>	<p>Good quality 16 points</p> <p>Lack of information regarding contacted nurses and dropout rate.</p>

Author, year, title, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, population	Main findings	Quality
<p>Blomgren C, Larsson M, Sundler A, Thorstensson S, (2017) <i>To break the weight gain—A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school</i></p> <p>Sweden</p>	<p>The aim is to describe the experiences of school nurses working with overweight schoolchildren.</p>	<p>Qualitative design with a phenomenological approach.</p>	<p>Qualitative and semistructured individual interviews were used. The interviews were audio-recorded and transcribed verbatim.</p> <p><i>Dataanalysis</i> The analysis was conducted following the RLR structure.</p>	<p>Six school nurses from three municipalities in western Sweden was participating in the study. The nurses had between 3–14 years of working experience as school nurses and were responsible for children between 6–12 years of age. They were all women and had specialist nursing degrees in district nursing or paediatrics. Some school nurses did not want to participate.</p>	<p>Working with overweight children was perceived as demanding and challenging by the school nurses who found conversations on this topic emotionally loaded and complex.</p> <p>The school nurses needed to be sensitive and supportive to succeed in their support for a healthier everyday life for the children. It was stated as important to find ways to break the child's weight gain and to cooperate with the parents in this work.</p>	<p>High quality 18 points</p> <p>The relationship between researchers and interviewed nurses is not described.</p>

Author, year, titel, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, population	Main finding	Quality
Dagnelie P, Gerards S, Jansen M, Kremers S, Vries N, (2012) <i>Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals.</i> Netherlands	The aim of the study was to identify barriers that dutch youth health care professionals perceive when referring parents of overweight children to an obesity prevention intervention.	Qualitative grounded theory.	Semi-structured interviews were used. An intervention implementation model was used as the framework for conducting, analysing and interpreting the interviews.	16 youth health care professionals (YHC) nurses, physicians and management staff, from 11 child health clinics participated. All YHC professionals working in 14 child health clinics were eligible to participate in the interviews. 16 YHC professionals participated (response rate 22%).	The most important impeding factors for referring parents of overweight children to an intervention were denial of the overweight problem by parents and their resistance towards discussing weight issues. A few YHC professionals indicated that their communication skills in discussing weight issues could be improved, and some professionals mentioned that they had low self-efficacy in raising this topic.	Good quality 16 points of 21 The relationship between researchers and interviewed nurses is not described. The preunderstanding is not described.

Author, year, title, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, population	Main findings	Quality
Edvardsson D, Edvardsson K, Hörnsten Å (2009) <i>Raising issues about children's overweight - maternal and child health nurses' experiences.</i> Australia	The aim was to describe maternal and child health nurses' experiences of communicating and raising issues with parents about children's overweight.	Qualitative content analysis.	All interviews were conducted at the maternal and child health centres in October 2007. Each interview lasted between 11 and 33 minutes. After analysis of the 10 interview texts, the richness of data and presence of recurrent categories influenced the decision to discontinue further data collection. <i>Data Analysis</i> Transcribed data were analysed using qualitative content analysis.	The study involved a convenience sample of 10 nurses recruited through two coordinators for maternal and child health centres in Melbourne, Australia. The inclusion criterion was being a maternal and child health nurse working in Victoria, aged 20–65 years, male or female.	Nurses described it as difficult to raise weight issues, especially if parents were overweight themselves. The growth chart was felt to be an essential tool in discussions about weight. Denial, defensiveness and excuses about children being overweight were common reactions among parents.	Good quality 16 points Haven't described the relationship between researchers and selections. Do not present ethical considerations.

Author, year, titel, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, population	Main finding	Quality
<p>Johansson Hanse S, Mårild S, Regber S, (2013) <i>Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers.</i></p> <p>Sweden</p>	<p>This study aimed to examine nurses' perception of the nurse-parent interaction at Child Health Centers and assess barriers to and facilitators of interaction intended to promote healthy weight gain and prevent child-obesity.</p>	<p>Qualitative grounded theory.</p>	<p>Semi-structured interviews. All interviews were tape recorded and transcribed verbatim and imported to QSR N'Vivo 9 software. Data were analyzed deductively according to predefined themes using content analysis.</p>	<p>19 nurses were contacted. The final study comprised 15 nurses (pediatric or district nurses) working at Child Health Centers in southwest Sweden. All were female. CHCs were selected in rural areas, small and medium-sized municipalities and a metropolitan metropolitan area.</p>	<p>Nurses identified and described barriers and facilitators for the prevention of childhood obesity. Nurses identified child's weight status, the initiative, a sensitive topic, parental responses, actions and lifestyle patterns. Although a body mass index chart facilitated greater recognition of a child's deviant weight status than the traditional weight-for-height chart, nurses used it inconsistently. For the most part, nurses initiated discussions of a child's overweight or obesity. It was a sensitive topic.</p>	<p>Good quality</p> <p>16 points of 21</p> <p>The preunderstanding is not present. Haven't described the relationship between researchers and selections.</p>

Author, year, title, country	Aim	Study design	Method	Number of participants, population	Main finding	Quality
Schroeder K, Smaldone A, (2017) <i>What Barriers and Facilitators Do School Nurses Experience When Implementing an Obesity Intervention</i> USA	The aim of the study was to explore school nurses' barriers and facilitators of HOP implementation, with the goal of better understanding the reasons for the low implementation rate with school nurse-led obesity interventions in obese children.	Qualitative design with a phenomenological approach.	Methods included semi-structured individual interviews with school nurses. Data were analyzed using content analysis and heat mapping.	31 nurses were contacted and 19 agreed to participate. A purposive sample of school nurses working in NYC schools was recruited. All NYC school nurses who worked with kindergarten through fifth grade students were eligible. Nurses were recruited from three different boroughs of NYC.	Parental and administrative gatekeeping, heavy nurse workload, obesogenic environments, and concerns about obesity stigma were barriers to implementation. Teamwork with parents and school staff was a key facilitator of implementation. Nurses also noted the importance of cultural considerations and highlighted the need to tailor the intervention to the unique needs of their school environment and student population.	Good quality 16 points of 21 Haven't described the relationship between researchers and selections. Do not present the preunderstanding.