

Liten och Rund

Barns övervikt och fetma, världens växande problem

FÖRFATTARE	Hanna Edvardsson Lisa Vångfors
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp Examensarbete i omvårdnad OM5250 HT 2013
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Ingegerd Lindquist
EXAMINATOR	Lisen Dellenborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Ingegerd Lindqvist för all stöttning och vägledning under arbetets gång.

Titel (svensk):	Liten och Rund – Barns övervikt och fetma, vårdens växande problem.
Titel (engelsk):	Small and Chubby – Overweight and obesity among children, a growing problem in the health care
Arbetes art:	Självständigt arbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Arbetes omfattning:	15 hp
Sidantal:	32
Författare:	Hanna Edvardsson Lisa Vångfors
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator	Lisen Dellenborg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Fetma och övervikt hos barn är ett ökande problem för vården och samhället, det kan leda till följsjukdomar längre fram i livet hos barnen och det minskar välbefinnandet. Riskfaktorer för barnfetma är bland annat överviktiga föräldrar, livsstil, kostvanor, fysisk inaktivitet och socioekonomisk status. Hälsöfrämjande arbete mot fetma samt tidiga insatser har betydelse för att barnet ska få god hälsa. Sjuksköterskan har en viktig roll i att ge information, undervisning och motivation till hela familjen. För att förändra barnets situation krävs ett engagemang från hela familjen.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att belysa riskfaktorer för barnfetma samt föräldrars och sjuksköterskans föreställningar om barnfetma. Vi ville dessutom undersöka hur sjuksköterskan upplever det hälsofrämjande samtalet med föräldrar till överviktiga barn 0-5 år.

Metod: En systematisk litteraturöversikt med 11 artiklar.

Resultat: *Risikfaktorer* som visar på koppling till barnfetma och övervikt är dåliga kostvanor, inaktivitet, livsstil, låg socioekonomisk tillhörighet och kulturella skillnader. *Sjuksköterskans föreställning om barns vikt* visar att många sjuksköterskor har för lite kunskap om övervikt och fetma och mer utbildning och material krävs för att kunna utföra åtgärder och för att det hälsofrämjande arbetet ska fungera. De känner empati för barnen och anser att föräldrarna har låg kunskap och insikt i sitt barns vikt samt att de har huvudansvaret för livsstilsförändringar. Resultatet beskriver *föräldrars föreställningar* om barnens vikt. Till viss del beskriver mammor att de har förståelse för vad ett hälsosamt barn är, vikt uppmärksammas inte som en hälsofaktor. Föräldrar kategoriserar sina barn i hög utsträckning som normalviktiga eller i viss mån som underviktiga trots att de lider av övervikt. *Svårigheter och strategier i samtalet* framkommer.

Sjuksköterskor känner ofta oro inför samtal med föräldrar kring barnfetma och försöker undvika detta. Samtalet med föräldrar begränsas genom ordval och rädsla för reaktioner i från föräldrar. En god relation mellan föräldrar och sjuksköterskan är en förutsättning för att samtalet ska kunna genomföras.

Slutsats: Samband har setts mellan riskfaktorer och ökad risk för barnfetma och övervikt. Det finns okunskap och bristande insikt i barns övervikt och fetma hos föräldrar och sjuksköterskor. För att sjuksköterskor ska känna sig trygga i samtalet med föräldrar kring barnfetma så krävs mer utbildning. En god relation mellan föräldrar och sjuksköterskor är viktigt i det hälsofrämjande arbetet och i åtgärder mot barnfetma.

INNEHÅLL

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Förekomst.....	1
2.2 Varför är barnfetma ett problem?	1
2.3 Hälsöfrämjande insatser för barns hälsa i Sverige.....	2
2.4 Sjuksköterskans hälsöfrämjande arbete.....	2
2.5 Hälsa ur ett vårdvetenskapligt perspektiv.....	3
2.6 Miljöns betydelse för hälsa.....	3
2.7 Socioekonomiska faktorerers påverkan på hälsa.....	3
2.8 Familjecentrerad omvårdnad.....	4
3. PROBLEMFÖRMULERING	4
4. SYFTE.....	4
5. METOD.....	5
5.1 Sökning.....	5
5.2 Analysmetod.....	5
6. RESULTAT.....	6
6.1 Riskfaktorer för barnfetma	6
6.1.1 Kost och livsstil	6
6.1.2 Socioekonomiska faktorer	7
6.1.3 Kulturella skillnader	7
6.2 Sjuksköterskans föreställningar om barnets vikt	8
6.2.1 Kunskap och förhållningssätt till barnfetma.....	8
6.2.2 Sjuksköterskans attityd till föräldrar till överviktiga barn.....	9
6.3 Föräldrars föreställningar om barnets vikt	9
6.3.1 Medvetenhet	9
6.3.2 Oro.....	9
6.3.3 Skattning av barnens vikt	9
6.4 Svårigheter och strategier i samtalet om barnfetma	10
6.4.1 Relationen till föräldrar	10
6.4.2 Det hälsöfrämjande samtalet	10
7. DISKUSSION	11
7.1 Metoddiskussion.....	11
7.1.1 Sökning.....	11
7.1.2 Urvalsprocessen.....	12

7.1.3 Analys.....	13
7.2 Resultatdiskussion.....	13
7.2.1 Den fysiska miljön.....	13
7.2.2 Den symboliska miljön.....	14
7.2.3 Den sociala miljön.....	15
8. KLINISKA IMPLIKATIONER.....	16
9. SLUTSATS.....	16
10. REFERENSER.....	17
BILAGA 1	
BILAGA 2	
BILAGA 3	

1. INLEDNING

Mulliga och runda barn har genom alla tider setts som något fint och positivt. Det smala idealet som finns för vuxna appliceras inte på samma nivå hos små barn. Vi har mött barn i varierande åldrar under VFU och på arbetsplatser som varit överviktiga och lidit av fetma och upplevt att detta aldrig uppmärksammas. Detta bidrar till att barn inte får de förutsättningar som krävs för att vara vid god hälsa. Vi upplever att barnfetma och övervikt inte förebyggs eller förhindras i den utsträckning som det borde göras. Som blivande sjuksköterskor vill vi undersöka olika riskfaktorerens betydelse, samt föreställningar om fetma och övervikt hos barn bland familjer och sjuksköterskor för att ha kunskap om detta i vårt hälsofrämjande arbete.

2. BAKGRUND

2.1 Förekomst

Övervikt och fetma hos barn är ett folkhälsoproblem som ökat markant under de senaste åren och är en av världens och folkhälsans största utmaningar. Detta är en bidragande faktor till lågt välbefinnande, ger en större risk att utveckla sjukdom och bidrar till sämre livskvalité (1). Av svenska tioåringar är 20-25 % överviktiga varav 6 % har utvecklat fetma (2). I Sverige har fetma på 20 år ökat hos barn från 1 % till 4 %. Det är större frekvens pojkar än flickor som är överviktiga och 80 % som är överviktiga som barn innan puberteten fortsätter att vara det i vuxen ålder (1, 2). I länder kring medelhavet är det fler överviktiga och feta barn än i Sverige (2). Enligt World Health Organisations statistik från 2010 var över 42 miljoner barn i åldern 0-5 år överviktiga i världen varav 32 miljoner av dessa bor i utvecklingsländer (2).

Omgivnings- och genetiska faktorer påverkar risken för att utveckla fetma som barn. Ursprunget till fetma kommer sig av att energiintaget är större än energiförbrukningen (2). Det är mer förekommande om barnet har överviktiga föräldrar. Stillasittande, låg fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor har tydliga samband med övervikt och fetma. Andra faktorer som visar sig ha stark koppling till fetma är psykosociala. Till exempel löper barn som varit utsatta för olika övergrepp större risk att utveckla övervikt och fetma. Ett starkt samband har också setts mellan socioekonomisk status som låg inkomst i familjen och föräldrarnas utbildningsnivå. Vidare finns det vissa sjukdomar som ger en ökad risk för barnfetma (3-6). Ytterligare högriskgrupper är barn med hög födelsevikt, flaskuppfödda barn, barn med mödrar som rökte under graviditeten samt individer som har en ärftlig risk att få diabetes typ två (3). Föräldrars kunskap och engagemang kring barns hälsa och välmående spelar stor roll i att minska risken för övervikt och fetma. Föräldrarnas medverkan i arbetet har betydelse för att åtgärder mot barnfetma ger goda resultat (7).

2.2 Varför är barnfetma ett problem?

Tidigt förebyggande åtgärder är högst väsentliga för att undvika fetma hos barn och även minska risken att få det som vuxen. Fetma räknas ut grundat på barnets ålder och övervikt utifrån Body Mass Index (BMI, vikt/längd²). Detta kopplas sedan till en skala utifrån ålder

och kön (1), se bilaga 1. Risken för att utveckla andra sjukdomar vid barnfetma är hög och kan resultera ibland andra sjukdomarna diabetes typ två, hjärt- och kärlsjukdomar, leversjukdomar, astma, gallsten, sömnapné, cancer, artros, psykisk ohälsa, vilket innebär att sjukvården har ett stort ansvar för att arbeta preventivt med frågor och åtgärder kring barnfetma (1). Barn med fetma kan även få knäproblem, få svårt att röra sig, svårt att sova och ett lägre självförtroende som följd av sin övervikt (4). I Barnkonventionens artikel 24 (8) står det ”Varje barn har rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård”. En av delarna i artikeln påpekar att alla barn ska få den sjukvård de behöver samt att fokus ska ligga på utveckling av primärvårdens men även att samhället, speciellt barn och föräldrar, ska få information och kunskap om kost och barnhälsovård.

2.3 Hälsöfrämjande insatser för barns hälsa i Sverige

I Sverige bedrivs vården i stor del på sjukhus och i primärvården av landstinget. I landstinget har regionfullmäktige och landstingsfullmäktige det övergripande ansvaret (9). På barnavårdcentralen görs kontroller av barnets tillväxt och utveckling. Från och med att barnet har fötts kontrolleras vikt varje vecka som senare sprids ut till en gång per år. Detta registreras i en tillväxtkurva som utgår från barnets vikt, ålder, huvudomfång (på små barn) och längd (10). Alla barn har en individuell kurva som ska följas och det finns mätvärden för att se om barnet riskerar att hämmas i tillväxten eller riskerar övervikt. Kurvan följer barnen ändå upp till 18 års ålder (11). Barnhälsovården ska uppmärksamma hälsorisker för barnet och det är viktigt att sjuksköterskan är ett stöd och lyssnar på föräldrarnas oro samt att de följer upp riskerna för barnet (12). I Västra Götalandsregionen har en handlingsplan utformats mot barnfetma där både kommunal vård, primärvård och landstinget ska arbeta utifrån olika nivåer mot barnfetma. Den kommunala vården och primärvården har störst ansvar att arbeta preventivt, följa barnets utveckling under lång tid och utvärdera riskfaktorer för att eventuellt göra insatser. Inom landsting och regionvård ligger fokus på utredning, behandling och kartläggning av genetiska bakomliggande faktorer samt specialistvård (13).

2.4 Sjuksköterskans hälsöfrämjande arbete

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning samt i ICNs etiska kod framgår det att sjuksköterskan ansvarar för ”främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa”. Där ska fokus ligga på att identifiera risker och resurser, förebygga ohälsa och motivera till förändrad livsstil. Utbildning och stöttning för patienter utgör en stor del av sjuksköterskans arbete (14). Liknande beskrivning finns i hälso- och sjukvårdslagen som betonar att Sveriges hälso- och sjukvård har som uppgift att arbeta preventivt och förebygga ohälsa. Målet är att alla ska få vård på lika villkor och som patient ha rätt till att få information som anpassad efter personens förutsättningar. Utbildning och information om metoder för förebyggande åtgärder är något som hälso- och sjukvården ska tillhandahålla för patienten. Sjukvården har ett ansvar att individanpassa och ge förebyggande, behandlande och rehabiliterande vård (15).

Sjuksköterskan har ett ansvar i att utbilda och stötta föräldrar, som har barn som lider av fetma. Genom kunskap och motivation kan sjuksköterskan bidra till genomförande av livsstilsförändringar. Flera sjuksköterskor upplever att frågor kring barnfetma och övervikt

är svårt att prata om med familjer och därför krävs det riktlinjer och handlingsplaner hur det kan ingå i omvårdnaden av barn med fetma. Samarbete mellan barn, föräldrar och sjuksköterska är viktigt för att kunna uppnå goda resultat av behandlingen (16).

2.5 Hälsa ur ett vårdvetenskapligt perspektiv

Enligt Eriksson (17) kan hälsa beskrivas som upplevelse av välbefinnande i samband med att vara frisk och leva sunt, men det behöver inte vara det enda sättet att uppleva hälsa. En person som lider av sjukdom kan ändå uppleva hälsa. Hälsa kan delas in i fyra kategorier: upplevelse av välbefinnande, ohälsa, dysfunktion och icke dysfunktion. De olika delarna i Erikssons (17) teori bildar tillsammans ett "hälsokors", som innebär att en person som inte lider av sjukdom upplever hälsa. Samtidigt kan en person med dysfunktion uppleva välbefinnande trots medvetenhet om att hon har en sjukdom. Ohälsa kan upplevas när inga sjukdomar eller dysfunktion existerar, dock är symtomen verkliga för personen. Sedan finns det givetvis människor som upplever ohälsa i samband med sjukdom. Känslan av de fyra delarna varierar hos alla människor och i olika kulturer.

2.6 Miljöns betydelse för hälsa

Kim (18) betonar miljöns betydelse för att främja hälsan, där människor påverkas av den miljö de befinner sig i. Kim delar in miljön i tre huvudområden. Den fysiska miljön, som bland annat är luft, vatten och natur. I den fysiska miljön kan människans hälsa påverkas av till exempel tillgång till mat och vatten. Vidare beskriver Kim vikten av den sociala miljön för människors hälsa, genom goda relationer och ett socialt liv med vänner, familj, föräldrar och relationer i arbetet. Tidigt i livet lär sig barn av sin familj och andra barn att hantera olika sociala situationer och socialt stöd har en hälsofrämjande effekt. Till sist beskrivs den symboliska miljön som ligger nära den sociala. Den symboliska miljön innefattar bland annat språk, föreställningar, utbildning och kulturella skillnader. Olika roller som fås i mötet med andra människor, till exempel rollerna sjuksköterska och patient är kopplat till den symboliska miljön. Det är av stor vikt att sjuksköterskan är medveten om egna föreställningar för att kunna bemöta patienter respektfullt. I den fysiska miljön ingår den fysiska omgivningen med vanor och livsstil. Den fysiska omgivningen har betydelse i ett vårdande syfte, exempelvis när sjuksköterskan ska ha ett längre samtal med patienten är det viktigt att sitta i ett avskilt och tyst rum för de bästa förutsättningarna för ett vårdande samtal (18).

2.7 Socioekonomiska faktorerers påverkan på hälsa

Statistiska centralbyråns definition på ekonomiskt utsatta människor är "de som har en disponibel inkomst som är lägre än 60 procent av medianinkomsten i landet"(19). Under 2000-talet har ekonomiskt utsatta barn ökat från 11 till 15 % i Sverige (19). Hälsa skiljer sig mellan låg- och höginkomsttagare. Enligt Bing och Gunnarsson (6) har till exempel flera undersökningar visat att inkomst har ett samband med födelsevikt. Den viktigaste faktorn som ligger bakom skillnader i folkhälsan är hur välfärden fördelas. Folkhälsan påverkas också av livsstil, effektivitet inom hälso- och sjukvården, miljö och olika ärftliga faktorer. Arbetslöshet medför ofta ohälsa och en stabil ekonomi och att vara utbildad främjar hälsan (20). De socioekonomiska grupperna grundar sig oftast på vilken position en

människa har på arbetsmarknaden (21). Människor placeras också i sociala grupper utifrån till exempel kön, ålder, yrke och etnicitet (6).

2.8 Familjecentrerad omvårdnad

I sjuksköterskans arbete med barn och deras sjukdom kan de inte enbart fokusera på barnet. Föräldrar, syskon och närstående har ett stort inflytande och påverkar barnets hälsa i stor utsträckning. En familj kan ses som en enhet där omständigheter och förändringar hos en individ påverkar de andra och ger en obalans i enheten. Inom barnsjukvård är familjecentrerad omvårdnad en förutsättning för att rätt vård ska kunna ges. Det ställs stora krav på delaktighet och mycket ansvar läggs på föräldrarna till barnen (22). Familjecentrerad omvårdnad ser barnet i en social miljö där yttre påverkan från andra individer, kulturer och samhälle påverkar hälsan på olika nivåer (23). Ett systematiskt förhållningssätt ligger till grund för hur familjecentrerad omvårdnad betraktas. Det handlar om att föra samman sammanhang, mönster och funktioner med relationer och interaktioner. Det innebär också att se på familjens hälsa både som en enhet men även som individuell hälsa hos varje person. Inom familjecentrerad omvårdnad beaktas resurser, begränsningar och risker som finns i familjen. De föreställningar, åsikter och traditioner som en familj har speglas i hur till exempel övervikt och fetma ses på och hanteras. Det skapar olika förutsättningar för barnet att kunna uppleva hälsa. Vidare finns det styrkor och resurser hos familjer som speglar sig i hur situationer hanteras, till exempel ekonomi, utbildningsnivå, språk med mera (24). Som sjuksköterska är familjecentrerad omvårdnad en förutsättning för att kunna påverka livsstilsförändringar hos barn. Barnets fysiska och psykiska hälsa styrs inte bara av det patologiska utan föräldrar, syskon och närstående spelar stor roll. Det är en utmaning att få med sig hela familjen, speciellt då det kan finnas olika åsikter och syn inom den enheten. Där har sjuksköterskan en stor uppgift i att bemöta familjemedlemmarna med respekt och lyssna aktivt. Det finns en risk att sjuksköterskan tar en dömande roll eller någons parti i familjen istället för att vara öppen för situationen. För att kunna genomföra livsstilsförändringar hos ett barn är det viktigt att skapa ett förtroende och en god relation mellan sjuksköterskan och familjen. Det är det som utgör grunden och förutsättningen för att komma fram till lösningar och identifiera de problem som finns (23).

3. PROBLEMFÖRMULERING

Förekomst av fetma och övervikt hos barn ökar och är en stor utmaning för vården. Fetma är en sjukdom som bidrar till ökad risk för andra sjukdomar och psykisk ohälsa. Barnfetma går att förebygga med tidiga insatser och rätt åtgärder. I miljön finns flera faktorer som ökar risken för barn att utveckla fetma (18). Barn har olika förutsättningar för att uppleva hälsa beroende på familjens resurser och begränsningar. En stor del av sjuksköterskans hälsofrämjande arbetet är att möta dessa familjer. Det är viktigt att som sjuksköterska känna till strategier och riskfaktorer för att kunna identifiera, förebygga och behandla övervikt och fetma hos barn (22).

4. SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa riskfaktorer för barnfetma samt föräldrars och sjuksköterskors föreställningar om barnfetma. Vi ville dessutom undersöka hur

sjuksköterskan upplever det hälsofrämjande samtalet med föräldrar till överviktiga barn 0-5 år.

5. METOD

5.1 Sökning

Uppsatsen är en litteraturstudie vilket ger en översikt över den forskning som finns inom ett ämne (25). Artiklarna har valts ut på ett systematiskt sätt utifrån syftet. Databaser som använts till sökningen är PubMed och Cinahl. Sökningen utfördes i fyra steg och presenteras i tabell 1 nedan. Den första sökningen inriktades på sambandet mellan barnfetma och riskfaktorer i databasen PubMed på *Obesity* och *Socioeconomic* och gav 30 träffar. Träffarna i sökningen innefattade fler riskfaktorer än bara socioekonomiska faktorer. I databasen Cinahl inriktades sökningen på sjuksköterskans arbete kring barnfetma med sökorden: *Obesity and Nurses* vilket gav 46 träffar. Den andra delen av sökningen gjordes med inriktning på det hälsofrämjande arbetet med en sökning i PubMed på sökorden: *Nurses Prevention Child Obesity*, sökningen gav 67 träffar. Slutligen användes sökorden: *Nurses and Obesity and Prevention* i Cinahl som resulterade i 15 träffar. Begränsningar var barn mellan nyfödd till fem år samt max fem år gamla studier för att få den mest aktuella forskningen. Begränsningar till nationer gjordes inte. För att inte missa användbar litteratur gjordes en sekundärsökning. Referenslistor samt rekommenderade artiklar i databaserna låg till grund för sekundärsökningen. Sekundärsökningen gjordes för att sökorden inte alltid täcker alla artiklar inom ämnet (26). En artikel valdes från sekundärsökningen.

Första urvalsprocessen bestod av att titlar och abstrakt lästes igenom. Därefter blev 17 artiklar kvar med abstrakt som stämde överens med syftet och lästes i sin helhet. Artiklarna presenteras i artikelöversikten, se bilaga 2. För att kvalitetsgranska artiklarna användes Fribergs (25) modell, som består av frågor för att kvalitetsgranska kvalitativa och kvantitativa artiklar, se bilaga 3 (25). Efter kvalitetsgranskningen och bedömning av artiklarna utifrån inklusions och exklusionskriterier blev 11 artiklar kvar. Studier med låg vetenskaplig kvalitet uteslöts. Studier som inkluderades fokuserade på sjuksköterskans upplevelser av arbete med barnfetma, riskfaktorer för barnfetma samt familjeperspektivet. De artiklar som exkluderades vid granskningen fokuserade på vuxenfetma, familjens hälsa samt inaktuella handlingsplaner.

5.2 Analysmetod

För att analysera de 11 artiklarna användes Fribergs analysmetod som innebär att artiklarna från början läses i sin helhet för att sedan brytas ner i mindre delar (25). När artiklarna lästes användes färgmarkeringar för att identifiera olika teman samt för att hitta likheter och skillnader i artiklarna. Utifrån detta skapades sedan underteman som ligger till grund för innehåll och struktur i resultatet, se tabell 2.

Tabell 1

Datum	Sökord	Databas	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar och abstrakt	Antal granskade i fulltext	Antal valda artiklar
131025	Obesity, Socioeconomic	PubMed	Peer reviewed, Clinical trial, 2008-2013, 1 månad-5 år	30	30	4	3
131101	Obesity AND nurses	Cinahl	Peer reviewed, 2008-2013, 1 månad -5 år	46	46	7	5
131127	Nurses prevention child obesity	PubMed	Peer reviewed, 2010-2014, 0-5 år	67	67	3	2
131127	Nurses AND Obesity AND Prevention	Cinahl	Peer reviewed, 2010-2013, 0-5 år	15	15	1	0

6. RESULTAT

Tabell 2

Riskfaktorer för barnfetma	Kost och livsstil Socioekonomiska faktorer Kulturella skillnader
Sjuksköterskans föreställningar om barnets vikt	Kunskap och förhållningssätt till barnfetma Sjuksköterskans attityd till föräldrar till överviktiga barn
Föräldrars föreställningar om barnets vikt	Medvetenhet Oro Skattning av barnens vikt
Svårigheter och strategier i samtalet om barnfetma	Relationen till föräldrar Det hälsofrämjande samtalet

6.1 Riskfaktorer för barnfetma

6.1.1 Kost och livsstil

En ohälsosam livsstil medför en ökad risk för övervikt och fetma. Ohälsosamma vanor hos föräldrar överförs till barnen och ger konsekvenser för barnens vikt. Överviktiga föräldrar kan vara en risk för att barnen utvecklar fetma. I en kvantitativ studie undersöks 2631 barns riskfaktorer för fetma. Studien visar att 24 % av flickor med övervikt har en överviktig mamma och endast 10 % av överviktiga pojkars mammor är överviktiga (27). Sjuksköterskor beskriver stress och heltidsarbete som en bidragande faktor till att föräldrarna inte har ork att laga hälsosam mat och istället använder halvfabrikat och

snabbmat. Mammor kan erbjuda sina barn flera extra mål mat av rädsla för att barnen inte fått i sig tillräckligt. De tar då inte hänsyn till att barn har små magsäckar och inte kan äta stora mängder (28). Två studier visar att mat och godis ges som belöning och för att minska dåligt samvete hos föräldrar, det används också som ett substitut för emotionell bekräftelse (28, 29). I en kvalitativ studie intervjuas 51 mammor, de upplever att de har en medvetenhet om vikten av bra kost tidigt i livet (29). Relation mellan låg frekvens av amning och övervikt har påvisats samt att hög födelsevikt kan vara en riskfaktor för fortsatt övervikt (27). Av 96 barn som ingår i en kvantitativ studie äter nästan alla barn mindre frukt än rekommenderat dagligt intag oavsett barnets vikt (30). Barn som är överviktiga eller i riskzonen för övervikt tenderar att äta mer snacks och godis än de barn som har normalvikt (27, 30). En annan kvantitativ studie med 2631 barn visar att överviktiga och feta barn äter mindre frukt och grönsaker än normalviktiga barn. Överviktiga flickor äter mer frukt och grönsaker än överviktiga pojkar och pojkar dricker mer läsk och äter mer snacks än flickor (27). Enligt sjuksköterskor i en intervjustudie sätter föräldrar inte gränser för sina barn kring mat och sjuksköterskor upplever att föräldrar har bristande kunskap om lämpligt matintag. Föräldrar har själva ofta dåliga vanor i samband med måltider, ett exempel är att många inte sitter ner vid bordet och äter tillsammans med sina barn (28).

I två kvantitativa studier påvisas att överviktiga och feta barn rör sig mindre än barn med normalvikt, de lägger också mer tid på att sitta framför dator och tv och ofta fungerar dessa som barnvakt (27, 28). I en kvantitativ studie med 96 barn har samband mellan minskad fysisk aktivitet och fetma inte kunnat påvisas (30).

6.1.2 Socioekonomiska faktorer

Barn som tillhör lägre socioekonomiska grupper är i större utsträckning överviktiga än barn med högre socioekonomisk tillhörighet (27, 28, 31-33). I en kvalitativ studie beskriver sjuksköterskor att det största hindret för att förebygga barnfetma är familjens socioekonomiska status då det påverkar familjens möjligheter att göra livsstilsförändringar (32). Sjuksköterskor anser att familjens ekonomiska status påverkar valet av kost men även möjligheten för barnen att ägna sig åt fysiska aktiviteter. Låg utbildning och kunskap hos föräldrar påverkar vikten negativt. Sjuksköterskor beskriver att familjer med dålig ekonomi ofta köper billig mat som är ohälsosam. De upplever också att familjer med låg socioekonomisk tillhörighet är svåra grupper att nå och känner stress över detta eftersom familjerna har störst behov av förebyggande åtgärder (28). I en studie undersöks sambandet mellan barnfetma och socioekonomisk status i olika länder. I Belgien, Tyskland, Estland, Spanien och Sverige påvisas en tydlig koppling mellan socioekonomiska faktorer och barnfetma. I dessa länder har familjer med låg socioekonomisk status oftare överviktiga eller feta barn än de familjer som har en högre socioekonomisk tillhörighet. Detta samband kan inte ses i Ungern, Cypern och Italien. Belgien och Tyskland påvisar korrelation mellan invandrarbakgrund och barnfetma. Kopplingar finns också mellan låg utbildning och barnfetma som även visas i Sverige och Estland. Barn med endast en vårdnadshavare löper större risk för övervikt i Sverige, Spanien, Belgien och Cypern (31).

6.1.3 Kulturella skillnader

Kulturella skillnader påverkar hur familjer ser på övervikt hos barn. Sjuksköterskor i två studier upplever att övervikt och fetma i flera kulturer ses som hälsosamt och ett tecken på välfärd. Barnen beskrivs som starka och söta när de är runda. Överviktiga barn kan till och

med uppfattas som magra (29, 34). Traditioner och kunskap bidrar till vilka kostvanor familjen har och oro för att barnet äter för lite (28, 29). Kulturella skillnader och åsikter kan påverka relationer och kommunikation mellan familjer och sjuksköterskor negativt (34). I Sverige upplever sjuksköterskor att barnfetma inte tas på tillräckligt stort allvar av samhället. Det svenska samhället klassificerar fetma som ett folkhälsohot och mot vuxenfetma finns tydliga riktlinjer och insatser. Övervikt hos små barn upplevs inte som ett lika stort hot av det svenska samhället (28).

6.2 Sjuksköterskans föreställningar om barnets vikt

6.2.1 Kunskap och förhållningssätt till barnfetma

Sjuksköterskans egen åsikt speglas i arbetet mot fetma och övervikt hos små barn. Åsikterna skiljer sig mellan sjuksköterskor vilket kan utgöra ett hinder för det hälsofrämjande arbetet (35). Många sjuksköterskor ser inte barns övervikt och fetma som ett problem eller hot (28, 35). De anser det obefogat att lyfta ämnet innan barnet är 2,5 år. Sjuksköterskorna upplever trots det att övervikt och fetma innan skolåldern inte tas på allvar (28). Osäkerhet och bristande kunskap kring att se samband mellan barnens vikt och övervikt finns hos en del sjuksköterskor (33). Övervikt och fetma hos barn ses som ett komplext problem av sjuksköterskor på grund av att det påverkar familjen, samhället och barnet på flera plan. I olika studier presenteras attityder mot barnfetma (28, 32, 33). I en kvalitativ studie där 18 sjuksköterskor från Sverige intervjuas framkommer det att de sällan träffar på överviktiga barn vilket bidrar till att arbetet inte prioriteras. Sjuksköterskorna menar att andra problem som exempelvis undervikt leder till större skada än fetma. Sjuksköterskor känner ingen oro för att arbetet med barnfetma inte finns med som rutin och de ser det inte som viktigt. De upplever att problemet med barnfetma är större i områden med en befolkning som tillhör lägre socioekonomiska grupper (33). Arbetet med att förebygga och behandla övervikt och fetma hos barn kan innebära större arbetsbelastning för sjuksköterskor. Ett högre antal besök från familjen krävs vilket kan bidra till att vissa sjuksköterskor har en negativ inställning mot dessa familjer (28).

Tydliga riktlinjer kring arbetet med barnfetma saknas. Arbetets upplägg beror på den individuella sjuksköterskan. Brist på utbildning och arbetsmaterial om barnfetma är ett problem som uppmärksammas (32, 33). Osäkerhet kring att ge råd om kost och olika dieter finns hos sjuksköterskor. På grund av brist på kunskap använder sjuksköterskorna hellre dietister än att själva ge råd (28). Sjuksköterskor med hög självständighet och som ingår i team upplever att det är lättare att arbeta med barnfetma (32). Vissa sjuksköterskor anser att deras uppgift i arbetet är att uppmärksamma föräldrar på att deras barn har övervikt för att sedan ge råd och information. Sjuksköterskor menar att de kan ge allmänna råd men inte genomföra kliniska mätningar (33). Det finns ett större självförtroende hos sjuksköterskor i att diskutera vuxenfetma än barnfetma med barnens föräldrar. Självförtroendet hos sjuksköterskan påverkas av arbetslivserfarenhet, utbildning och praktisk erfarenhet. De som ägnar mer än 10 % av sin arbetstid åt att samtala kring barnets levnadsvanor känner större självförtroende, än de som ägnar mindre än 10 % av sin tid till att diskutera levnadsvanor med föräldrar till överviktiga barn (32). Sjuksköterskor upplever att BMI är ett svårt mått att använda, trots att barnet har högt BMI kan det se friskt och hälsosamt ut (28, 33). Sjuksköterskor använder visuella mått för att bedöma om barnet är överviktigt och BMI används sällan som måttstock kring barnfetma (33).

6.2.2 Sjuksköterskans attityd till föräldrar till överviktiga barn

Sjuksköterskor anser att föräldrar har störst ansvar i att se sitt barns övervikt och göra något åt det. Vissa sjuksköterskor menar att de har ett övergripande ansvar att uppmärksamma övervikt, andra att de bara ska hänvisa familjen vidare till pediatrika kliniker på sjukhus (33). Sjuksköterskor beskriver att det är upp till föräldrar om de vill ha hjälp med att förändra familjens livsstil och barnets vikt. De belyser vikten av motivation ifrån sjuksköterskan för att familjen ska lyckas. Sjuksköterskor menar att föräldrar skyller barnens vikt på genetiska faktorer och att de kommer växa ifrån övervikten (28). De känner empati för barnen då barnen själva inte kan påverka sin vikt utan att det beror på föräldrarna. För att förebygga och minska övervikt och fetma hos barn krävs en god relation till föräldrarna där sjuksköterskan och familjen tillsammans strävar mot målet. Sjuksköterskor menar att oavsett hur mycket hon eller han engagerar sig, informerar och utbildar föräldrar så är resultatet beroende på föräldrarnas engagemang (33). Ointresse från både föräldrar och barn är ett hinder för arbetet (32-34). Sjuksköterskor upplever bristande acceptans mot föräldrar till överviktiga och feta barn vilket gör relationen lidande (28).

6.3 Föräldrars föreställningar om barnets vikt

6.3.1 Medvetenhet

Föräldrars förnekelse om barnets övervikt är ett hinder för att arbeta mot barnfetma. Ofta kan förnekelse ses hos föräldrar som själva är överviktiga (35). Mammor som intervjuas i en kvalitativ studie belyser att livsstil, val och personlig kontroll påverkar vikten. De är också medvetna om att tidig övervikt bidrar till ökad risk för att behålla övervikten senare i livet. Ett hälsosamt barn för dem innebär att barnet ska vara intelligent, väluppfostrat och aktivt, bara en mamma i studien definierar vikt som en hälsfaktor. Mammorna är medvetna om att barnen behöver ha goda förebilder i sina föräldrar och att föräldrar har stor betydelse i att undervisa sina barn kring en god livsstil (29).

6.3.2 Oro

Av totalt 16220 deltagare i en kvantitativ studie upplever hälften av deltagarna ifrån södra Europa oro för att barnet ska bli överviktigt i framtiden, och ungefär en tredjedel i norra Europa och Centraleuropa upplever samma oro. Oron ökar i relation till barnets nivå av övervikt (36). I en svensk studie påvisas att föräldrar är fixerade vid tillväxtkurvan. Det låga antal föräldrar som söker hjälp för barnens övervikt har ofta oro kring mobbning och att barnet inte ska accepteras i samhället. Ofta har föräldrarna själva erfarenhet av övervikt i sin egen barndom (28, 29). Sjuksköterskor beskriver att föräldrar till stor del är medvetna om sitt barns övervikt men ser det inte som ett problem (28). Av 3187 föräldrar till feta barn i en kvantitativ studie upplever en femtedel oro för att barnen ska bli underviktiga. Samma studie visar att av de 1763 föräldrar som har underviktiga barn oroar sig något färre för att barnen ska vara underviktiga (36).

6.3.3 Skattning av barnens vikt

Föräldrar har generellt svårt att kategorisera sina barns vikt rätt, de misstolkar vikten och anser att barnet har hälsosammare vikt än vad det har (30, 36, 37). I en kvantitativ studie med 576 deltagande föräldrar skattar en fjärdedel sina barn som normalviktiga eller underviktiga när de är överviktiga (37). Det är vanligast att föräldrar till överviktiga barn

har svårare att skatta sina barn rätt. Mammor är sämre på att placera sina barn i rätt viktgrupp jämfört med pappor (30). Av 16 220 deltagare i en kvantitativ studie kategoriserar majoriteten av de deltagande föräldrarna med normalviktiga barn sina barn rätt. Föräldrar till överviktiga barn anser i de flesta fall att deras barn är normalviktiga. Bland föräldrar i de länder som ingår i studien tror majoriteten att deras överviktiga och underviktiga barn har god hälsa. Föräldrar som skattar sina barns vikt mest korrekt är föräldrar med högt BMI, hög ålder på barnet, har ett barn som är en flicka, föräldrar som har kunskap kring risker med framtida övervikt och föräldrar ifrån centrala och norra Europa (36). Någon koppling mellan socioekonomisk status och utbildningsnivå kan inte ses i samband med att felbedöma barnets vikt. Pojkar skattas fel i större utsträckning än flickor (37). Italien, Spanien och Cypern har högre frekvens av fetma bland barn än vad som kan ses i Belgien och Sverige. På Cypern skattar störst antal föräldrar sina överviktiga barn som underviktiga (36).

6.4 Svårigheter och strategier i samtalet om barnfetma

6.4.1 Relationen till föräldrar

Det är viktigt att sjuksköterskan skapar en god relation med föräldrarna redan från när barnet är nyfött. Vanligtvis är det först vid tre till fyra års ålder samtal kring barnens vikt och barnfetma blir aktuellt. Sjuksköterskorna upplever att det är lättare att samtala om känsliga ämnen som övervikt och fetma med föräldrar när de är trygga i relationen (34). Flera sjuksköterskor väntar med att diskutera problemet tills det att barnet tydligt lider av fetma (35). Sjuksköterskorna uppfattar en motvilja hos föräldrar att prata om fetma och övervikt hos deras barn på grund av skam. Det finns en risk att samtalet uppfattas som skuldbeläggning av föräldrarna (28). En balans mellan att skapa förutsättningar för goda livsstilsförändringar och motivation tillsammans med att undvika att bidra till ångest och osäkerhet hos föräldrarna bör finnas (33). Att motivera familjer till livsstilsförändringar kan ses som svårt när föräldrar inte följer de råd som ges av sjuksköterskorna, en viss brist på vilja och motivation kan vara ett hinder i det hälsofrämjande arbetet mot barnfetma. Vidare upplevs ofta motiverande samtal eller hälsosamtal angående barnfetma som envägskommunikation och sjuksköterskor upplever det som svårt att veta hur mycket föräldrarna tar till sig. Ytterligare problem upplevs när föräldrarna inte vill diskutera barnets vikt inför barnet (35). När ett barn är överviktigt eller har fetma är hela familjen i behov av stöd för att komma tillrätta med problemet. Sjuksköterskor ser vikten av att inte kritisera föräldrar och försöker respektera integritet och autonomi (28, 35). Att förändringen behöver börja hos föräldrarna för att sedan appliceras på barnen är något som sjuksköterskorna ser tydligt. Motiverande samtal som är uppbyggda enligt en modell med strukturerade frågor hjälper sjuksköterskor i samtalet om övervikt bland barn. Metoden minskar risken för att föräldrarna ska skuldbeläggas (35).

6.4.2 Det hälsofrämjande samtalet

För att inte skuldbelägga föräldrarna är det viktigt att barnfetma som ämne lyfts på ett ödmjukt sätt och som visar att sjuksköterskan vill hjälpa till och inte döma. Vilken sorts språk som sjuksköterskan använder är av stor betydelse. Många sjuksköterskor upplever en rädsla för att använda ord som kan uppfattas stötande och använder nästan aldrig ordet "fetma" utan istället ord som "tung", "stor", "större" och "skiljer sig från normala kurvan". Ordet "övervikt" används i högre grad än "fetma" eftersom det kan upplevas som mindre

provocerande (28, 34). När föräldrarna går till försvar för sina barn väljer många sjuksköterskor istället att byta ämne. De samtalar hellre om goda matvanor än om dåliga (28). En underlättande strategi för samtalet är att prata om övervikt i allmänhet istället för specificerat till barnet och ofta används en längd- och viktkurva för att tydliggöra övervikt och fetma. Sjuksköterskan kan använda kurvan för att visa att barnet ligger utanför normalvikt (34).

Ytterligare en faktor med negativ inverkan på sjuksköterskans samtal är föräldrarnas vikt, vilket kan bidra till att göra ämnet mer känsligt och leda till att ämnet inte tas upp. Ibland går överviktiga föräldrar till försvar eller upplever sjuksköterskans samtal som en förolämpning. Normalviktiga föräldrar upplever i regel diskussionen kring övervikt lättare och problemet kan lyftas upp utan problem (34). Sjuksköterskan behöver innan samtalet vara förberedd på många olika reaktioner hos föräldrarna där vanliga är försvarsställning, förödmjukelse, ilska och förnekelse. Ytterligare reaktioner kan vara bortförklaringar och ursäkter som att föräldrarna själva har varit överviktiga i samma ålder men att det vuxit bort (28, 35).

7. DISKUSSION

7.1 Metoddiskussion

En litteraturöversikt var lämplig för att uppnå syftet och för att få en samlad bild av den forskning som finns i ämnet. Vidare är litteraturstudien en bra grund för framtida studier inom ämnet då den kan utgöra en teoretisk bakgrund till en kvalitativ intervjubaserad studie inriktad på sjuksköterskors föreställningar kring barnfetma. Under arbetsprocessen har syftet förändrats. Från början var tanken att endast fokusera på socioekonomiska faktorer i samband med barnfetma vilket bidrog till att de första sökorden involverade "socioeconomic". Det var svårt att hitta artiklar som hade socioekonomiska faktorer som huvudfokus, artiklarna berörde istället ämnet som en bisak. Detta resulterade i att syftet förändrades och fokus låg på att identifiera vanliga riskfaktorer samt belysa barnfetma ur ett föräldra- och sjuksköterskeperspektiv. I efterhand upplevs syftet något brett och det hade varit en fördel att begränsa det. Litteraturstudien borde endast varit inriktad på sjuksköterskans hälsofrämjande arbete kring barnfetma för att kunna ge ett mer strukturerat resultat med djupare analys av sjuksköterskans möjligheter att arbeta förebyggande vid risk för barnfetma.

7.1.1 Sökning

Artiklarna söktes fram utifrån detta breda syfte och är väl sammankopplade med ämnet. Databaser som användes var PubMed och Cinahl. För att få aktuell forskning användes artiklar gjorda under de senaste fem åren, begränsningen gjorde också att sökningen gav färre antal träffar i ett område där mycket forskning fanns. De två sista sökningarna genomfördes med begränsning på de senaste tre åren. Detta gjordes för att få tillgång till senaste forskning då sökningen av de senaste fem årens gav ett för stort antal träffar. Sökningar utfördes vid fyra tillfällen och sökorden förändrades allt eftersom syftet förtydligades. Bytet av sökord har bidragit till att syftet blivit bredare och täcker in ett större område. Barnens ålder 0-5 år begränsade urvalet av artiklar, i ämnet finns inte lika stor del forskning som barnfetma i skolåldern vilket bidrog till att det var svårt att hitta ett

flertal relevanta artiklar. De två första sökningarna begränsades till åldern 1 månad-5 år medan de senare gjordes på åldern 1-5 år. Detta gjordes på grund av att de senaste två sökningarna blev för utbredda när även spädbarn inkluderades och begränsningarna valdes därför bort.

En artikel som ingår i litteraturstudien är publicerad år 2004. Efter en gemensam reflektion bestämdes att den på grund av relevans för syftet skulle inkluderas. Flera artiklar handlade om fetma i stort eller om barn som var äldre än sex år och valdes därför bort. Alla artiklar som används är granskade i databaserna vilket styrker deras evidens. Artiklarna är sedan granskade i denna studie med Fribergs analysmodell (25) som är en kvalitetssäkring för både kvalitativa och kvantitativa studier, se bilaga 3. En artikel (32) är en pilotstudie där evidensen kan ifrågasättas eftersom pilotstudier ofta görs på prov inför större studier. Efter att den granskats valdes den att tas med i litteraturstudien, då den innefattande relevant fakta före resultatet.

7.1.2 Urvalsprocessen

Exklusions och inklusionskriterier sattes upp för att sortera ut de artiklar som svarade mot syftet. Några artiklar saknade etiskt resonemang och valdes därför bort för att undvika artiklar med metoder som sårar, utnyttjar och skadar människor. En risk för att studien skadar psykiskt eller fysiskt finns alltid vid studier som innefattar känsliga frågor. Speciellt när sårbara individer som till exempel barn och socioekonomiskt svaga grupper deltar, därför är det viktigt att etiska principer ligger till grund för studien (38). Författarna har även ett ansvar i att tolka studierna utifrån ett etiskt resonemang. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar ingår i litteraturstudien eftersom att de kompletterar varandra på ett värdefullt sätt. Granskning och analys skiljer sig mellan de kvalitativa och de kvantitativa artiklarna, det kan bidra till att resultat kan uppfattas som spretigt och otydligt.

Ett medvetet val var att inte begränsa sökningarna till vissa länder för att på så vis ge ett internationellt perspektiv på barnfetma. De olika länder där artiklarna är publicerade visar att barnfetma är ett omfattande problem. Länder där studierna är publicerade är Sverige, Australien, Tyskland och USA. Konsekvenser av att artiklarna har olika ursprung kan medföra att resultatet blir svårt att generalisera, vilket inte blir fallet i den här studien då studiernas upplägg var snarlika samt att länderna till stor del har liknande standard inom vården och samhället. Artikeln (36) som jämför föräldrar i olika länders perspektiv på övervikt och fetma samt artikeln (31) som jämför kopplingar mellan socioekonomi och barnfetma i olika länder, bidrar till att resultatet är lättare att applicera på en internationell nivå. De två artiklarna (31, 36) är delar av en gemensam större studie, med olika utgångspunkt. Att använda dessa två artiklar med samma författare och från samma interventionsstudie kan ha inneburit att resultatet blivit färgat av dessa författares tolkning och analys. Ursprungsstudien är omfattande med ett stort antal författare vilket minskar risken för det. De två studierna kan också ge större tyngd åt resultatet då de tillsammans jämför olika länder från olika disciplinära perspektiv. Bortfallet i dessa studier var högt vilket kan vara en konsekvens av många tillfrågade. Två studier (28,33) har samma författare och liknande syfte, vilket kan bli problematiskt. Eftersom de undersöker problemet ur olika vinklar så styrker det vårt resultat och bidrar till en djupare analys av ämnet.

Deltagarna i studierna präglar resultatet och det är viktigt att ta hänsyn till det när slutsatser dras. Levnadsstandard, kultur och tradition varierar beroende på nationalitet och kan påverka utgången av studien. Många studier presenterar mamman som vårdnadshavaren eller deltagarna som föräldrar, pappan finns inte som enskild person med i resonemanget. Det kan ge en bild av hur föräldrar ser på sitt barns vikt som inte är jämställd för att forskarna inte varit genusmedvetna i studiernas design. Författarens bakgrund, yrke och kompetens i ämnet kan också prägla resultatet och tolkningen av en studie. Detta gäller även författarna till denna uppsats. Studierna utgår från olika perspektiv, av de kvalitativa artiklarna har alla utom en studie (29) sjuksköterskans perspektiv som fokus. Det bidrar till att resultatet kan bli vinklat eftersom en person bedömer vad någon annan anser. I de kvantitativa studierna deltar barn och deras föräldrar.

7.1.3 Analys

Artiklarna visar antingen på riskfaktorer eller på sjuksköterskors och föräldrars föreställningar vilket gjorde det lätt att gruppera studierna i olika teman. Artiklarna har liknande teman i resultaten som underlättade valet av underteman. Ett hinder i analysarbetet var språket eftersom det engelska språket som inte är författarnas förstaspråk lätt kan misstolkas eller vara svåröversatt. Egna fördomar, föreställningar och tankar kan ha påverkat av hur författarna till denna uppsats tolkat artiklarna och kan spegla sig i hur resultatet vinklas. Arbetet är tidsbegränsat, det bidrar till att kvaliteten på analysen kan ha påverkats negativt.

7.2 Resultatdiskussion

Barnfetma är ett komplext ämne utan en enskild lösning. I resultatet påvisas fakta som vi inte varit medvetna om tidigare och som gett oss en större förståelse i ämnet. Resultatet fokuserar främst på barn och familjer som uppvisar övervikt eller fetma. Till viss del belyser resultatet vikten av hälsofrämjande åtgärder men beskriver inte konkreta tillvägagångssätt för det. Resultatet går att koppla till Kims (18) teori om miljöns betydelse för hälsan, där den fysiska-, symboliska- och sociala miljön ingår.

7.2.1 Den fysiska miljön

Den fysiska miljön beskriver Kim (18) som allt fysiskt runt omkring en människa. Omgivningen påverkar barnfetma och barns övervikt på olika nivåer genom kost, aktivitet, livsstil och vanor ifrån föräldrar samt föräldrars egen övervikt (27-30). Barnets förutsättningar för att vara hälsosam bygger på att föräldrarna har en insikt kring vilka val de gör i den fysiska miljön och att det ger konsekvenser för barnets vikt. Barnet självt har inte förutsättningarna för att styra de komponenter som krävs för att undvika att bli överviktig eller utveckla fetma. En studie (39) påvisar att uppfostran och förhållningssätt till mat har en betydlig inverkan på barnens vikt. I de fall mat används som belöning och som sätt att kontrollera barns beteende, ökar risken för att barnet får en ohälsosam attityd till kost. Ytterligare en studie visar på att rutiner kring måltider, sömn och aktivitet förebygger barnfetma (40). Kim (18) menar att det är möjligt att påverka den fysiska miljön. Livsstilsförändringar ingår som en viktig del och vi kopplar den som en faktor i arbetet mot barnfetma. Som sjuksköterska finns möjligheten att uppmärksamma, undervisa och motivera till ett hälsosammare förhållningssätt i familjer. I vårt resultat framträder en osäkerhet kring att ge råd om barnfetma och sjuksköterskor upplever att barnfetma är ett

svårt ämne att prata om (28, 32, 33). Samtidigt upplevs en motvillighet från sjuksköterskan att ta på sig ansvaret för att påverka familjernas val i rätt riktning och skulden kring barns fetma läggs på föräldrarna. Vi upplever att i de fall sjuksköterskan väljer att inte ta upp ämnet, går de emot sjuksköterskans uppdrag som enligt ICN:s etiska kod är att främja hälsa och förebygga ohälsa, vården ska också ge information som förebygger ohälsa (14). Barnfetma tas inte alltid på allvar och information till föräldrarna kan vara av bristande kvalitet (28, 35). Detta är enligt oss ett hinder i vården eftersom det kan påverka att barn och föräldrar inte får rätt information. Diskussionen kring barnfetma och övervikt lindas ofta in i samtalet och kan göra att syftet inte framgår. Vi ställer oss frågan för vems skull som informationen inte ges då det på lång sikt inte gynnar någon utan endast ger negativa konsekvenser. Föräldrar upplevs vara fixerade vid tillväxtkurvan (28). Den blir ett konkret sätt för föräldrar att se om barnet har normalvikt och i de fall det är enda sättet som presenteras för viktmätning blir det stort fokus på den. Vi tror det finns en risk att en allt för stor tillförlitlighet läggs på tillväxtkurvan och att det faktiska tillståndet hos barnet kan missbedömas. Fler bedömningar både visuella och kliniska bör ingå för att få en helhetsbild på barnets vikt.

7.2.2 Den symboliska miljön

Brist på pengar och utbildning, en social utsatthet, samt att tillhöra en utsatt etnisk grupp påverkar att barn äter sämre mat, rör sig mindre och befinner sig då i en högriskgrupp för barnfetma, detta är något som kan ses i de länder som ingår i resultatet. Beroende på vilken socioekonomisk tillhörighet barnet befinner sig i har det stor betydelse för hälsa och risken för barnfetma ökar stort vid låg socioekonomisk tillhörighet (27, 28, 31-33, 35, 36). Låg socioekonomisk tillhörighet ligger till grund för flera av de andra riskfaktorerna som har påvisats i resultatet och påverkar generellt en människas livsstil och vanor negativt. Vi upplever att inte samhället uppmärksammar problemet med övervikt. Undervikt och svält presenteras i media som ett av de största världsproblemen och är också föräldrarnas största oro (36). Barnfetma som är ett stort hot mot världens folkhälsa får inte samma publicitet som undervikt. WHO:s statistik som presenteras i bakgrunden visar att av 42 miljoner barn i världen som är överviktiga varav 32 miljoner av barnen som lever i utvecklingsländer (2). Vi anser att sjuksköterskan och vården har en stor uppgift och ett ansvar i att påvisa samband mellan och uppmärksamma konsekvenser för ett barns framtida hälsa i de fall de lider av övervikt eller fetma i ung ålder. Om vården inte riktar hälsofrämjande åtgärder mot fetma kommer troligtvis ingen förändring att ske.

Föreställningar och utbildning beskrivs i Kims (18) som definition av den symboliska miljön. Resultatet påvisar att föräldrar anser att deras barn är av hälsosammare vikt än de i verkligheten är (28-30, 34, 36, 37). Vi reagerar på att föräldrar väljer att förneka eller inte har kunskap om att deras barn är överviktigt eller lider av fetma. Vi ställer oss frågan om det grundar sig i en skam hos föräldrarna som grundar sig i samhällets syn på barnfetma. En artikel (41) beskriver att föräldrar använder ord som "större" och "stor benstomme" istället för att klassificera in barnen som överviktiga eller feta. Resultatet styrker detta då också sjuksköterskorna upplever att de väljer sina ord väl när de samtalar om fetma och övervikt med föräldrarna (28, 34). Vi menar att det kan bero på att sjuksköterskan är rädd för att kränka föräldrarna och har en rädsla för starka reaktioner när "fel" ord används som sjuksköterskan inte känner sig redo att möta. Fördomar och föreställningar från sjuksköterskan kan också ligga till grund vilket presenteras i resultatet (28, 32, 33, 35). Vi

misstänker att rädslan kan bottna i en otrygghet hos sjuksköterskor, de får inte alltid utbildning i samtal kring svåra frågor och har inte tillgång till rätt verktyg. Utan kunskap i ämnet upplevas det som svårt att svara på de eventuella frågor och reaktioner som kan komma. Vi tror också att sjuksköterskorna lägger för mycket tyngd i ordens betydelse och egentligen är det inte vilka ord som används som spelar roll utan hur det sägs.

De granskade studierna som vi sammanställt i vårt resultat visar på att en definition av fetma och förståelse om dess innebörd saknas hos deltagarna. En studie bekräftar detta genom att beskriva att när föräldrarna förklarar fetma anser de att det innebär att en person med fetma har svårt för att röra sig. Nästan alla föräldrar i studien anser att deras barn kommer "växa ur" sin övervikt och räknas därför inte som överviktiga (41). I vissa kulturer ses överviktiga barn som något hälsosamt (29, 34). När mammor beskriver ett hälsosamt barn framkommer egenskaper som intelligent, väluppfostrat och ett aktivt barn, vikten visade sig vara en ickefråga (29). Detta är intressant då vikt inte kopplas till hälsa hos barn av mammorna. Detta kan försvåra arbetet för sjuksköterskan då föräldrar inte inser vikten av problemet. Resultatet visar att också sjuksköterskor har svårigheter att bedöma när barn är feta (28, 33). Flera sjuksköterskor använder visuella mått kring övervikt och fetma och tycker att BMI är ett svårt mätverktyg att använda (33). Det finns inga allmänna riktlinjer och endast otydliga instruktioner om hur barns vikt ska bedömas vilket bidrar till att både föräldrar och sjuksköterskor upplever det som svårt att veta när ett barn är överviktigt. Vidare blir det viktigt kring hur sjuksköterskan själv uppfattar hälsa. Erikssons (17) hälsokors visar att en person kan uppleva hälsa trots att hon i utomståendes ögon lider av ohälsa, vilket är tydligt kring barns övervikt och fetma. Föräldrarna ser sina barn på ett sätt medan sjuksköterskor upplever verkligheten på ett annat. Något som diskuterats av oss är om sjuksköterskor och föräldrar kan hitta en balans i detta. För att lyckas krävs en insikt i de egna åsikterna, samt kunskap kring hur andra människor upplever ett hälsosamt barn (34).

7.2.3 Den sociala miljön

Enligt Kim (18) påverkas människor av den sociala miljön genom relationer. En familj kan ses som en enhet med delar som påverkar varandra mer eller mindre (22). Vi anser att övervikt och fetma är ett problem som inte bara drabbar barnet utan hela familjen. Genom goda relationer kan hälsa uppnås. Arbetet mot övervikt och fetma hos barn kräver samlade insatser från sjukvården och familjen. En viktig faktor som framkommit i resultatet för att arbetet ska fungera är att det finns en ömsesidig relation mellan sjuksköterskan, familjen och barnet (28). Enligt oss krävs ett respektfullt klimat inom familjen för att kunna vara öppen kring problemet och för att kunna genomföra livsstilsförändringar om det krävs. Ett sätt att uppnå detta är genom en familjecentrerad omvårdnad. I en studie har familjers syn på familjecentrerad omvårdnad undersökts och det visar sig att familjer upplever det som positivt (42). När kontakten med sjuksköterskan är ärlig, öppen och respektfull har det goda effekter för relationen mellan familjen och sjuksköterskan. Föräldrar har en huvudroll i barnens vård, för att det ska ge resultat och fungera krävs stort engagemang från föräldrarna (42). Vi är överens om att familjecentrerad omvårdnad är en stor del i det hälsofrämjande arbetet mot barnfetma och övervikt och att vi kan lära oss mycket av att involvera hela familjen i problemet. Ett barn med ett starkt socialt nätverk, engagerad familj och sjuksköterskor som ser helheten tror vi har de rätta förutsättningarna för att vara hälsosam och minska risken för att få fetma.

Alla delar har betydelse för varandra. Fysiska, symboliska och sociala miljön utgör en samlad bild av de risker ett barn har för att utveckla övervikt och fetma. En lågutbildad person har ofta en låg socioekonomisk status som har visat sig betydelsefullt för barnets uppfostran, kost, aktiviteter och frekvensen av övervikt både hos barn och vuxna. Den låga socioekonomiska statusen kan även spegla sig i en bristande kunskap och insikt kring barnets övervikt hos föräldrarna. Både föräldrars och sjuksköterskans fördomar och åsikter ger konsekvenser i arbetet med barnfetma och missgynnar relationerna mellan dem som är en förutsättning för arbetet.

8. KLINISKA IMPLIKATIONER

Övervikt och fetma hos barn är ett problem som borde uppmärksammas vid fler instanser på grund av dess framtida konsekvenser för hälsan.

Tydliga riktlinjer och handlingsplaner kring preventivt arbete mot övervikt och barnfetma behöver utvecklas. Ett vedertaget mätverktyg behöver ingå och BMI som mätverktyg bör eventuellt ses över och evidensen kring det bör utvärderas. Riktade insatser till det preventiva arbetet mot övervikt och barnfetma borde utvecklas och förtydligas.

Mer utbildning kring barns vikt bör ingå även i allmänsjuksköterskans utbildning men främst inom specialistutbildningar. Standardiserade mätinstrument bör ingå i utbildningen samt hur dessa används. Utbildning om samtalsmetoder borde få större fokus.

Problemet med barnfetma borde vara en standardfråga på BVC och lyftas tidigt i ålder, oavsett barnets vikt.

Longitudinella studier kring yngre barns övervikt och fetma och dess konsekvenser efterfrågas. Samt studier som utvärderar handlingsplaner och mätverktyg krävs för att skapa standardiserade metoder.

9. SLUTSATS

Barnfetma är ett komplext problem. Kost, livsstil, låg aktivitet, socioekonomi och kulturella kan vara riskfaktorer som ökar risken för övervikt och barnfetma. Starka samband finns mellan låg socioekonomisk tillhörighet och ökad risk för barnfetma. Barnfetma tas inte alltid på allvar av sjuksköterskor och föräldrar. Bristande kunskap, åsikter, föreställningar och låg insikt hos föräldrar om sitt barns övervikt bidrar att problemet inte lyfts. Föräldrar anser ofta att deras barn är normalviktiga trots övervikt. Sjuksköterskan upplever svårigheter i att bedöma övervikt och fetma hos små barn. BMI upplevs av sjuksköterskor som ett svårt mätverktyg och istället används visuella bedömningar. Sjuksköterskor undviker ämnet på grund av brist på kunskap och rädsla för föräldrars reaktioner. För att få bukt med problemet krävs att sjuksköterskor som arbetar med familjer vågar lyfta ämnet och ge den information som behövs. Tydliga riktlinjer och strategier samt mer utbildning i ämnet som underlättar samtalet mellan föräldrar och sjuksköterskor behövs. I samband med mer utbildning och erfarenhet får sjuksköterskor en ökad trygghet i sin yrkesroll. En god relation och öppen kommunikation mellan sjuksköterskan och familjen är nödvändig för att

kunna uppnå det bästa resultatet för barnet. Föräldrarna har den viktigaste rollen i att påverka ett barns övervikt eller fetma, de styr över om livsstilsförändringar sker och att de råd som sjuksköterskan ger tillämpas.

10. REFERENSER

1. Börjesson Munk U. Övervikt och fetma. In: Edwinston Månsson M, Enskär K, editors. *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2008. p. 443-70.
2. World Health Organization. *Childhood overweight and obesity 2013* [cited 2013-10-29]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>.
3. Dahlgren J. Obesitas-fetma. In: Moëll C, Gustafsson J, Albinsson E, editors. *Pediatrik*. Stockholm: Liber; 2011. p. 303-14.
4. Jansson A. Övervikt och fetma hos barn: Västra Götalandsregionen; 2012 [cited 2013-10-20]. Available from: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Overvikt-och-fetma-hos-barn/>.
5. Magnusson M. *Barnhälsovård : att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber; 2009.
6. Bing V, Gunnarsson L. *Små, få och fattiga : om barn och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
7. Hernandez RG, Thompson DA, Cheng TL, Serwint JR. Early-childhood obesity: how do low-income parents of preschoolers rank known risk factors? *Clinical pediatrics*. 2012 Jul;51(7):663-70. PubMed PMID: 22496175. Epub 2012/04/13. eng.
8. Unicef. *Barnkonventionen 2013* [cited 2013-10-30]. Available from: <http://unicef.se/barnkonventionen>.
9. Werntoft, E. Styrning och prioriteringar i vården. In: Ehrenberg, A, Wallin, L, editor. *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur; 2009. P. 271-299
10. Rikshandboken Barnhälsovård. Tillväxtkurvor för nedladdning: Inera AB; 2012 [2013-12-18]. Available from: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Hur-ar-tillvaxtkurvorna-gjorda/Tillvaxtkurvor-for-nedladdning/>.
11. Ekholm L. Bedömning av barns hälsa på BVC: Rikshandboken Barnhälsovård; 2013 [cited 2013-11-01]. Available from: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Bedomning-av-barns-tillvaxt-pa-BVC/>.
12. *Kompetensbeskrivning -För legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och*

ungdomar: Riksföreningen för barnsjuksköterskor; 2009 [2013-11-19]. Available from: <http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/2009/01/ssfbarn.pdf>.

13. Handlingsprogram mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen: Västra Götalandsregionen; 2009 [cited 2013-11-01]. Available from: <http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/rapporter/Handlingsprogram%20mot%20%C3%B6vervikt%20och%20fetma.pdf>.

14. Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor: Svensk sjuksköterskeförening; 2007 [cited 2013-10-24]. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf.

15. Svensk författningssamling. Hälsa och sjukvårdslagen: Sveriges riksdag; 1982 [cited 2013-11-01]. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/.

16. Tyler DO, Horner SD. Collaborating with low-income families and their overweight children to improve weight-related behaviors: an intervention process evaluation. *Journal for specialists in pediatric nursing* : JSPN. 2008 Oct;13(4):263-74. PubMed PMID: 19238714. Epub 2009/02/25. eng.

17. Eriksson K. Hälsans idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1986.

18. Kim HS. The nature of theoretical thinking in nursing. New York: Springer; 2000.

19. Nyman AS, L. De ekonomiskt utsatta barnen: Statistiska centralbyrån; 2010 [cited 2013-10-29]. Available from: http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0001_2010K03_TI_07_A05TI1003.pdf.

20. Isacson S-E. Folkhälsa: Nationalencyklopedin; 2013 [cited 2013-10-30]. Available from: http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/folkh%C3%A4lsa?i_h_word=socioekonomiska%20grupper.

21. Samuelsson CT, M. Socioekonomisk indelning Statistiska centralbyrån; 2013 [cited 2013-10-30]. Available from: http://www.scb.se/Pages/List____257217.aspx.

22. Benzein EH, M & B-I Saveman. Varför ska familjen ses som en enhet? In: Benzein EH, M & B-I Saveman, editor. Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 23-7.

23. Benzein EH, M & B-I Saveman. Relationen mellan familj och sjuksköterska- ett systemiskt förhållningssätt. In: Benzein EH, M & B-I Saveman, editor. Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 47-58.

24. Benzein EH, M & B-I Saveman. Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. In: Benzein EH, M & B-I Saveman, editor. Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 29-45.
25. Friberg F. Att göra en litteraturöversikt. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 133-43.
26. Östlundh L. Informationssökning. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 57-79.
27. Danielzik S, Czerwinski-Mast M, Langnase K, Dilba B, Muller MJ. Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2004 Nov;28(11):1494-502. PubMed PMID: 15326465. Epub 2004/08/25. eng.
28. Isma GE, Bramhagen AC, Ahlstrom G, Ostman M, Dykes AK. Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC family practice*. 2012;13:57. PubMed PMID: 22697580. Pubmed Central PMCID: PMC3426496. Epub 2012/06/16. eng.
29. Lindsay AC, Sussner KM, Greaney ML, Peterson KE. Latina Mothers' Beliefs and Practices Related to Weight Status, Feeding, and the Development of Child Overweight. *Public Health Nursing*. 2011;28(2):107-18. PubMed PMID: 2010954451. Language: English. Entry Date: 20110415. Revision Date: 20120727. Publication Type: journal article.
30. Hudson CE, Cherry DJ, Ratcliffe SJ, McClellan LC. Head Start children's lifestyle behaviors, parental perceptions of weight, and body mass index. *Journal of Pediatric Nursing*. 2009;24(4):292-301. PubMed PMID: 2010371101. Language: English. Entry Date: 20091030. Revision Date: 20110520. Publication Type: journal article.
31. Bammann K, Gwozdz W, Lanfer A, Barba G, De Henauw S, Eiben G, et al. Socioeconomic factors and childhood overweight in Europe: results from the multi-centre IDEFICS study. *Pediatric obesity*. 2013 Feb;8(1):1-12. PubMed PMID: 22888012. Epub 2012/08/14. eng.
32. Robinson A, Denney-Wilson E, Laws R, Harris M. Child obesity prevention in primary health care: investigating practice nurse roles, attitudes and current practices. *Journal of paediatrics and child health*. 2013 Apr;49(4):E294-9. PubMed PMID: 23574563. Epub 2013/04/12. eng.

33. Isma GE, Bramhagen AC, Ahlstrom G, Ostman M, Dykes AK. Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. *BMC family practice*. 2013;14:143. PubMed PMID: 24079391. Pubmed Central PMCID: PMC3852529. Epub 2013/10/02. eng.
34. Edvardsson K, Edvardsson D, Hornsten A. Raising issues about children's overweight--maternal and child health nurses' experiences. *Journal of advanced nursing*. 2009 Dec;65(12):2542-51. PubMed PMID: 19824905. Epub 2009/10/15. eng.
35. Söderlund LL, Nordqvist C, Angbratt M, Nilsen P. Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*. 2009;24(3):442-9. PubMed PMID: 2010283959. Language: English. Entry Date: 20090724. Revision Date: 20121123. Publication Type: journal article.
36. Regber S, Novak M, Eiben G, Bammann K, De Henauw S, Fernandez-Alvira JM, et al. Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries--the IDEFICS study. *Pediatric obesity*. 2013 Apr;8(2):118-29. PubMed PMID: 23001999. Epub 2012/09/25. eng.
37. De La OA, Jordan KC, Ortiz K, Moyer-Mileur LJ, Stoddard G, Friedrichs M, et al. Do parents accurately perceive their child's weight status? *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 2009 Jul-Aug;23(4):216-21. PubMed PMID: 19559989. Epub 2009/06/30. eng.
38. Henricson M. *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
39. Chamberlin LA, Sherman SN, Jain A, Powers SW, Whitaker RC. The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children: perceptions of WIC health care professionals. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002 Jul;156(7):662-8. PubMed PMID: 12090832. Epub 2002/07/02. eng.
40. Taveras EM, McDonald J, O'Brien A, Haines J, Sherry B, Bottino CJ, et al. Healthy Habits, Happy Homes: methods and baseline data of a randomized controlled trial to improve household routines for obesity prevention. *Preventive medicine*. 2012 Nov;55(5):418-26. PubMed PMID: 22960162. Epub 2012/09/11. eng.
41. Jain A, Chamberlin LA, Carter Y, Powers SW, Whitaker RC. Why Don't Low-Income Mothers Worry About Their Preschoolers Being Overweight? *Pediatrics*. 2001;107(5):1138. PubMed PMID: 4441491.
42. Foster MJ, Whitehead L, Maybee P, Cullens V. The Parents', Hospitalized Child's, and Health Care Providers' Perceptions and Experiences of Family Centered Care Within a

Pediatric Critical Care Setting: A Metasynthesis of Qualitative Research. *Journal of family nursing*. 2013 Nov;19(4):431-68. PubMed PMID: 23884697. Epub 2013/07/26. eng.

BILAGA 1

BMI-tabell

1. Ålder:	Övervikt:		Fetma:	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

Hämtad från: <http://www.isobmi.se> 131218

BILAGA 2

Artikelöversikt

Titel: Socioeconomic factors and childhood overweight in Europe: results from the multi-centre IDEFICS study

Författare: K. Bammann, W. Gwozdz, A. Lanfer, G. Barba, S. De Henauw, G. Eiben, J.M. Fernandez-Alvira, E. Kovács, L. Lissner, L.A. Moreno, M. Tornaritis, T. Eidebaum, I. Pigeot

År: 2012

Tidskrift: International association for the study of obesity

Land: Tyskland

Syfte: Undersöka sambandet mellan olika micro- och makronivåer kring socioekonomiska faktorer och övervikt hos barn.

Metod: En kvantitativ studie som bygger på data från en tidigare interventionsstudie där 8 europeiska länder ingår. Data från föräldrar om barnens vanor, den sociala miljön och föräldrars attityder användes ifrån den tidigare interventionsstudien med 16224 barn där 49 % bortfall presenteras, 11994 användes i den här studien.

Urval: 11994 barn (50,9% pojkar och 49,1 % flickor) och deras föräldrar

Titel: Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of data the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)

Författare: S. Danielzi, M. Czerwinski-Mast, K. Langnäse, B. Dilba, MJ. Müller

År: 2004

Tidskrift: International journal of Obesity (2004) 28, 1494-1502

Land: Tyskland

Syfte: Undersöka i vilken mån föräldrars övervikt, födelsevikt, socioekonomisk status, matintag, fysisk aktivitet, syskons vikt och om barnet ammats påverkar övervikt och fetma hos barn.

Metod: Kvantitativ studie som pågått sedan 1996. Alla familjer fick fylla i frågeformulär om miljö, familj och andra utvecklingsfrågor. Barnens BMI och kroppsfett räknades ut.

Urval: 2631 föräldrar till 1301 pojkar och 1330 flickor fullföljde frågeformulären. Totalt svarade 53 % av de 4997 tillfrågade.

Titel: Do Parents Accurately Perceive Their Child's Weight Status?

Författare: A. De La O, K. C Jordan, K. Ortiz, L. J Moyer-Mileur, G. Stoddard, M. Friedrichs, R. Cox, E. C Carlson, E. Heap, N. L Mihalopoulos

År: 2009

Tidskrift: Journal of Pediatric Health Care

Land: USA

Syfte: Undersöka föräldrars syn på sina barns vikt jämfört med barnets faktiska vikt samt undersöker demografiska faktorer som påverkar barnens vikt.

Metod: Kvantitativ studie där föräldrar skattar barnens vikt på skalor. Av totalt 969 föräldrar redovisas 41 % bortfall.

Urval: 576 barn i par med en förälder.

Titel: Raising issues about children's overweight - maternal - and child health nurses' experiences

Författare: K. Edvardsson, D. Edvardsson, Å. Hörnsten

År: 2009

Tidskrift: Journal of advanced nursing

Land: Australien

Syfte: Beskriva sjuksköterskors som är specialiserade inom barn och mödravård erfarenheter kring att samtala om uppfostran samt problematik med föräldrar till överviktiga barn.

Metod: Kvalitativ studie med enskilda intervjuer.

Urval: 10 sjuksköterskor med olika bakgrund och ifrån olika regioner intervjuas.

Titel: Head start Children's Lifestyle Behaviors, Parental Perceptions of Weight, and Body Mass Index

Författare: C. E Hudson, D. J Cherry, S, J Ratcliffe, L. C McClellan

År: 2009

Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing

Land: USA

Syfte: Undersöka barns livsstil, barnens BMI samt föräldrarnas syn på barnens vikt.

Metod: Kvantitativ studie. Bygger på en större studie om barnfetma i förskoleåldern.

Föräldrar fyller i standardiserade frågeformulär. 139 barn tillfrågades och 23,1 % bortfall redovisas.

Urval: 96 barn i par med en förälder.

Titel: Obstacles to the prevention of overweigh and obesity in the context of child health care in Sweden.

Författare: G. E Isma, A-C. Bramhagen, G. Ahlström, M. Östman, A-K. Dykes

År: 2013

Tidskrift: BMC Family Practice 2013, 14:143

Land: Sverige

Syfte: Undersöka och beskriva hur sjuksköterskor på BVC uppfattar det preventiva arbetet mot barnfetma och övervikt.

Metod: En kvalitativ studie. Sjuksköterskor intervjuas med öppna frågor utifrån ett fenomenografiskt synsätt.

Urval: 18 sjuksköterskor intervjuas från 17 vårdcentraler i Sverige.

Titel: Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study

Författare: G. E Isma, A-C. Bramhagen, G. Ahlstrom, M. Östman, A-K. Dykes

År: 2012

Tidskrift: BMC Family Practice

Land: Sverige

Syfte: Visa på sjuksköterskors syn på barnfetma och barn med övervikt.

Metod: Kvalitativ intervjustudie med öppna frågor med en fenomenografisk metod som grund.

Urval: 18 sjuksköterskor

Titel: Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children

Författare: L. Lindhe Söderlund, C. Nordqvist, M. Angbratt and P. Nilsen

År: 2009

Tidskrift: Oxford University Press

Land: Sverige

Syfte: Identifiera vad som underlättar och hindrar sjuksköterskan i samtalet med föräldrar till överviktiga och feta barn.

Metod: Kvalitativ studie. Motiverande samtal används som intervention under ett halvår, följdes sedan upp med fokusgrupp intervjuer med öppna frågor till sjuksköterskorna.

Urval: 9 sjuksköterskor med specialistinriktning på barn intervjuades.

Titel: Latina Mothers' Beliefs and Practices Related to Weight Status, Feeding, and the Development of Child Overweight.

Författare: A. C Lindsay, K. M Sussner, M. L Greaney, K. E Peterson

År: 2011

Tidskrift: Public Health Nursing

Land: USA

Syfte: Undersöka mammors åsikter kring barns vikt, om latinokulturen har ett annat sätt att se på övervikt än andra delar av världen.

Metod: Kvalitativ studie med sex fokusgrupper samt enskilda djupintervjuer. Randomiserat utvalda deltagarna i båda grupperna.

Urval: 51 kvinnor deltar, 31 ingår i fokusgrupper och 20 blir intervjuade.

Titel: Parental perceptions of and concern about child's body weight in eight European countries- the IDEFICS study

Författare: S. Regber, M.Novak, G.Eiben, K. Bammann, S. De Henauw, J.M. Fernandez-Alvira, W. Gwozdz, Y. Kourides, L.A. Moreno, D. Molnár, I. Pigeot, L. Reisch, P.Russo, T. Veidebaum, I.Borup, S. Mårilid.

År: 2012

Tidskrift: International association for the study of obesity

Land: Tyskland

Syfte: Undersöka föräldrars syn på deras barns vikt samt deras oro för barnens vikt.

Metod: En kvantitativ studie som bygger på data från en tidigare interventionsstudie där 8 europeiska länder ingår. Studien bygger data från föräldrars åsikter om deras barns hälsa och vikt samt oro kring det. Barns kliniska vikt användes i från den tidigare

interventionsstudien med 16224 barn där 49 % bortfall presenteras. 16220 barn användes i den här studien.

Urval: 16220 barn i par med en förälder.

Titel: Child obesity prevention in primary health care: Investigating practice nurse roles, attitudes and current practices

Författare: A. Robinson, E. Denny-Wilson, R. Laws and M. Harris

År: 2013

Tidskrift: Journal of pediatrics and child health

Land: Australien

Syfte: Undersöka attityder, självförtroende och utbildningsbehov kring barnfetma hos distriktsjuksköterskor i Australien.

Metod: Både kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer och kvantitativ med frågeformulär. Studien är en pilotstudie. Bortfall i den kvantitativa delen är 22 %.

Urval: Distriktsjuksköterskor i från tre områden. 59 deltagare i den kvantitativa delen samt 10 deltagare blev intervjuade.

BILAGA 3

Granskningsfrågor utifrån Friberg

Kvalitativa studier

- Finns det tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klar formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studierna resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t ex vårdvetenskapliga antaganden?

Kvantitativa studier

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts? (T ex antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)
- Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t ex vad gäller generaliserbarhet
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t ex omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

Hämtad från: Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 139.