



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Sjuksköterskans upplevelse av förebyggande arbete hos barn med obesitas

En litteraturstudie

Författare: Olivia Nyström & Julia Wagner

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	My Engström
Examinator:	Nabi Fatahi

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill uttrycka en stor tacksamhet till vår handledare My Engström för engagemang och stöttning genom hela arbetsprocessen. Vi vill även tacka varandra för gott samarbete och mycket skratt.

Titel (svensk)	Sjuksköterskans upplevelse av förebyggande arbete hos barn med obesitas
Titel (engelsk)	Nurse's experience of preventive work within childhood obesity
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Författare	Olivia Nyström & Julia Wagner
Handledare:	My Engström
Examinator:	Nabi Fatahi

Sammanfattning:

Bakgrund: Barn som lever med obesitas är ett växande hälsoproblem i stora delar av världen och så även i Sverige. Det finns en ökad risk för följsjukdomar och negativa konsekvenser för barn med obesitas såsom; diabetes, oavslutad skolgång och psykisk ohälsa.

Sjuksköterskan har till ansvar att informera, utbilda och främja hälsa för varje individ. Vid vård av barn är det viktigt att arbeta familjecentrerat, eftersom hela familjen påverkas, det är även viktigt att familjen är delaktig i den vård som ges när ett barn lider av ohälsa.

Förebyggande arbete bidrar till bättre välmående och hälsa för familjen samt bättre förutsättningar för barnets framtida hälsa. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskans upplevelse av förebyggande arbete hos barn med obesitas. **Metod:** En strukturerad litteraturoversikt som omfattade 12 vetenskapliga artiklar, publicerade i databaserna PubMed och Cinahl mellan år 2009-2019 och handlade om sjuksköterskans upplevelse av förebyggande arbetet med barnobesitas. **Resultat:** I resultatet framkom tre tema; sjuksköterskans upplevelse av vårdrelationer, sjuksköterskans upplevelse av kunskap och sjuksköterskans upplevelse av yttre faktorer påverkan. Barnobesitas uppfattades som ett känsligt ämne och det var svårt att skapa en vårdrelation med familjen. Det uppkom även brister på tid, resurser och kunskap för sjuksköterskans förebyggande arbete. Deras höga arbetsbelastning bidrog till att sjuksköterskorna fick prioritera akutvård istället och en känsla av otillräcklighet uppkom då bland sjuksköterskorna. Det yttrades också en okunskap då vissa sjuksköterskor inte kunde hantera barnobesitas eller att de heller inte såg det som ett problem. **Slutsatser:** Obesitas hos barn är ett komplicerat problem som drabbar både barnet samt föräldrarna och det är därför viktigt att sjuksköterskan arbetar familjecentrerat. Sjuksköterskans arbete uppfattades som nödvändigt och betydelsefullt men inte utan hinder. En bra vårdrelation med familjen ansågs vara en viktig byggsten för att kunna utföra förebyggande arbete. Därför behöver sjuksköterskan kunskap om familjecentrerad vård och hur vårdrelationer bevaras och skapas.

Nyckelord: Sjuksköterskans upplevelse, barnobesitas, familjecentrerad omvårdnad, förebyggande arbete

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Definition av övervikt och fetma.....	1
Prevalens och incidens.....	1
Orsaker till barnobesitas.....	2
Konsekvenser av obesitas.....	2
Behandling.....	3
Förebyggande arbete.....	4
Familjecentrerad omvårdnad.....	5
Problemformulering.....	6
Syfte.....	6
Metod.....	6
Datainsamling.....	6
Urval.....	7
Dataanalys.....	9
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Tabell 1. Resultattabell över framkomna teman och subteman.....	10
Sjuksköterskans upplevelse av vårdrelationer.....	10
Sjuksköterskans upplevelse av kunskap.....	12
Sjuksköterskans upplevelse av yttre faktorerers påverkan.....	13
Diskussion.....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Klinisk implikation och framtida forskning.....	20
Slutsats.....	20
Referenslista.....	21
Bilaga 1. Sammanfattning över resultatartiklarna.....	27
Bilaga 2. Söktabell från PubMed.....	33
Bilaga 3. Söktabell från Cinahl.....	35

Inledning

Intresset för barnobesitas väcktes efter avslutad verksamhetsförlagd utbildning på barnavårdscentralen. Då författarna uppmärksammade att flertal barn antingen närma sig en ohälsosam vikt eller redan hade överviktsproblematik. Ytterligare motiv till att studera ämnet var då föräldrarna till dessa barn framstod som omotiverade eller gav intryck av att inte ta barnets vikt på allvar. En känsla av att övervikt hos barn inte tas på samma allvar som vuxna med övervikt kan möjligen bero på att synen på vad en normalvikt är har förändrats.

Barnobesitas är ett världsomfattande hälsoproblem med stora konsekvenser för individen, familjen och samhället. Detta ledde till en vilja att inneha en ökad förståelse om hur det är att arbeta förebyggande samt vilka eventuella hinder och möjligheter sjuksköterskan upplever.

Bakgrund

Definition av övervikt och fetma

Övervikt och fetma definieras enligt WHO (2018) som onormal eller för stor lagring av fett i kroppen som kan påverka hälsan. Övervikt är ett förstadium till fetma och ett samlingsnamn för dessa begrepp är obesitas. Fetma är ett sjukdomstillstånd där flera faktorer spelar in och kräver längre behandling än övervikt. Kroppsvikt beräknas oftast utifrån kroppsmasseindex (eng. body mass index, BMI). Detta index beräknar relationen mellan längd samt vikt och används både till barn och vuxna (WHO, 2018). Dock dras gränsen för vad som räknas som under-, normal- och övervikt hos barn annorlunda, då ålder och kön är variabler som behöver tas med i beräkningen (Derwig & Håkansson, 2016). När beräkning av barns BMI sker används istället iso-BMI. Enligt Rikshandboken i barnhälsovård (2016) har barn övervikt vid iso-BMI 25 kg/m² och fetma vid iso-BMI 30 kg/m².

Prevalens och incidens

Övervikt och fetma är ett växande folkhälsoproblem i stora delar av världen (World Health Organisation [WHO], u.å). År 2016 var runt 1,9 miljarder vuxna överviktiga och av dem har 650 miljoner människor fetma (WHO, 2018). Samma år i Sverige visade statistiken att 51% av befolkning var överviktiga eller hade fetma och andelen personer med fetma har tredubblats sedan 1980-talet (Folkhälsomyndigheten, 2018). Övervikt och fetma är inte enbart ett hälsoproblem som drabbar vuxna, utan även en alarmerande ökning av övervikt och fetma ses bland barn och ungdomar (WHO, u.å). Ur ett globalt perspektiv ökade antal överviktiga småbarn och spädbarn i åldrarna 0-5 år från 32 miljoner år 1990 till omkring 41 miljoner år 2016 (WHO, 2017). I Sverige visar statistik på att omkring 20-25% av barn i 10-årsåldern är överviktiga och av dessa lider cirka tre procent av fetma (BarnObesitasRegistret i Sverige [BORIS], u.å). Majoriteten av överviktiga och barn med övervikt bor i utvecklingsländer, där är utvecklingstakten av övervikt mer än 30 % högre jämfört med industriländer (WHO, 2017a). I en studie av Angbratt, Eriksson, Funcke, Nilsson, Sätterskog och Söderlund (2009) kartlades viktutvecklingen för barn födda år 1991 och barn födda 1996/1997 i Östergötland

vid sju mättillfällen. Resultatet visade på en ökning av övervikt och fetma både i förhållande till ålder men också över tid. Studien visar också på att hälsoproblemet berör både flickor och pojkar. Om trenden fortsätter i samma riktning kommer enligt WHO (2017a) 70 miljoner barn år 2025 vara överviktiga. NCD:s Risk Factor Collaboration (2017) forskning visar på att när vi når år 2022 kommer det finnas fler överviktiga än underviktiga barn i världen.

Orsaker till barnobesitas

Barnkonventionen (1989) preciserar att alla individer under 18 år är barn. Dessa bestämmelser innefattar bland annat barns lika värde, barns rätt till uppfostran och utveckling samt barns rätt till identiska rättigheter. Avtalet uttrycker också att det är föräldrarna eller annan vårdnadshavare som har huvudansvaret för att bestämmelserna i konventionen uppnås. Obesitas hos barn delas in i två grupper; exogen eller endogen. Exogen betyder att obesitas uppstår på grund av att barnet har en obalans mellan intag av energi och användning av energi medan endogen obesitas uppstår på grund av ärftlighet, endokrina orsaker eller olika syndrom. Även föräldrars åsikt kring fysisk aktivitet och kost har stor inflytande för hur barnen ser på kost och motion (Aggarwall & Jain, 2018).

Cawley's (2010) forskning redovisar den ekonomiska sidan av barnobesitas och studien visar att det finns ett samband mellan priser på mat och det växande antalet barn med övervikten. Priset på frukt och grönsaker har ökat med 17 % mellan år 1997-2003, däremot har priset på snabbmat och läsk sjunkit de senaste åren. Exempelvis sjönk priset på en 2-liters flaska Coca-Cola med 34 % mellan åren 1990-2007. Sahoo et al. (2015) skriver att ärftliga faktorer endast står för fem procent av utvecklingen hos barn med obesitas. Resultatet i studien visar att matvanor och miljöpåverkan är en stor orsak till den ökade fetman hos barn. En ökad konsumtion av läsk, juice och annan sötdricka är också en bidragande faktor. Vidare lyfter Sahoo et al. (2015) att portionsstorleken ökat det senaste decenniet och att mer småätande kan leda till obesitas.

Barn är nu för tiden mer stillasittande än förr och färre cyklar eller går till skolan. En studie av Andersson och Butcher (2006) visar på att 53 % av deltagarna i studien kör sina barn till skolan. Anledningen till detta menar 66 % av dessa är att det inte finns något säkert vägval eller att det är för långt till skolan. En del menade också på att de finns en rädsla för barnets säkerhet.

Konsekvenser av obesitas

Rikshandboken i barnhälsovård (2016) skriver att barn som är överviktiga tidigt i livet har en stor risk att fortsätta vara obesa även i skol- och vuxen ålder. Barn med överviktiga föräldrar har en 15 gånger större risk att drabbas av fetma i vuxen ålder. Barnobesitas påverkar nästan alla organsystem i kroppen och ger därför en ökad risk för följsjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, hypertoni och sömnapné. Prevalensen av följsjukdomar har ökat jämsides med den ökande prevalensen av barnobesitas (Güngör, 2014). Det tycks finnas en

stark korrelation mellan att vara överviktig under barndomen med negativa hälsoeffekter under hela livet (NCD:s Risk Factor Collaboration, 2017).

Obesitas kan även ha en negativ effekt på barns prestationer i skolan eftersom det påverkar barnens både fysiska och psykiska hälsa. Vilket kan detta leda till minskad motivation i skolan och en ökad frånvaro. Barn med obesitas hamnar oftast i utanförskap och utsätts för mobbning i skolan vilket kan leda till lägre självförtroende och depression. I skolan lär sig barn även att socialisera med andra individer och skolfrånvaro ökar risken för social isolering. Jämfört med normalviktiga skolbarn har barn med obesitas en 50 % större frånvarorisk (An, Yan, Shi & Yang, 2017). I en studie från Sverige undersöks överviktiga barns benägenhet till fullständig skolgång. Resultatet visar att barn med obesitas som fått behandling tidigt i livet vanligtvis klarar att gå klart skolan till skillnad från de barn som inte fått det. Vilken grad av obesitas som barn har vid start av behandlingens början har stor betydelse. Enligt samma studie går lägre utbildningsnivå och färre än 12 utförda skolår också att se som negativa effekter på övervikt i barndomen (Hagman et al., 2017).

Behandling

Så tidigt som vid 2,5 års ålder kan tecken på övervikt upptäckas och vid en fortsatt viktuppgång kan fetma identifieras redan i 4-6 års ålder. Genom att barnets längd och vikt mäts kontinuerligt under dess uppväxt samt att BMI beräknas kan barnhälsovården uppmärksamma tidiga indikationer på övervikt, vilket i sin tur ger förutsättningar för att starta en behandling och motverka ytterligare viktuppgång (Gelander, 2015). Grunden i behandling av barnobesitas är god kosthållning samt fysisk aktivitet och behandlingen ska innehålla både primär och sekundär prevention. Primär prevention innebär att förebygga obesitas medan sekundär prevention innebär att förebygga risk för vidare komplikationer. Hela familjen behöver involveras i hur behandlingen går till. En annan behandling är beteendeförändring som utgår ifrån en kartläggning av barnets beteende som ligger till grund för att försöka motivera barnen att exempelvis minska på skärmtid eller ändra kostvanor (Güngör, 2014). I en studie av Tucker och Lanningham-Foster (2015) jämfördes två skolor för 5-2-1-0 metoden under en skoltermin. Metoden innefattade att barnen skulle äta minst fem frukter eller grönsaker mer per dag, minst två timmar mindre skärmtid, minst en timme mer fysisk aktivitet och ingen dricka som innehöll socker samt dricka mer vatten och mjölk med låg fetthalt. Skolsjuksköterskorna hade motiverande samtal med varje barn och satte upp gemensamma mål samt fokuserade på en kategori i taget. Resultatet blev att fysisk aktivitet samt frukt och grönsaker ökade signifikant till det bättre i båda skolorna. Barnens aktiva lek och val av 100 procent fruktjuice var även en ökning man kunde se.

Tillgänglig vård för barn med obesitas har visat på en nedåtgående trend och i vissa delar av Sverige tar sjukvården inte emot barn med obesitas, vilket också har påverkat behandlingsresultatet. Somliga vårdinstanser anser att barn måste ha grav obesitas för att godtas som patient (BORIS, 2017). Socialstyrelsen (2013) skriver att långt ifrån alla barn som har obesitas får behandling och att behovet av behandling och stöd är otillräckligt

tillgodosedda. BORIS (2017) belyser att var femte barn med obesitas i Sverige blir av med diagnosen obesitas efter tre års behandling. Dock saknas det resurser för att nå ett ännu bättre resultat och detta styrks av att mätningar av barnens blodvärden och blodtryck inte följs upp. Slutsatsen är att det inte finns tillräckligt med resurser för att säkerställa ett gott behandlingsresultat för alla barn.

Förebyggande arbete

Förebyggande insatser för barn med obesitas har delats in i individanpassade insatser, med fokus på att förändra beteende och samhällsinriktade insatser, med fokus på miljö och sammanhangsaspekter. De vanligaste förebyggande insatserna är de som fokuserar på individen, där syftet är att förändra personens beteende gällande livsstilsvanor såsom fysisk aktivitet och matvanor (Weihrauch-Blüher & Wiegand, 2018). En studie av Gose et al. (2013) undersökte miljö- och sociala faktorers inverkan på barnobesitas. Studien innefattade 500 barn under fyraårsperiod. Resultatet visar på att längden på barns gator hade inverkan på kroppsvikten och ju längre gata, desto större inverkan på kroppsvikten. Andra aspekter som påverkade kroppsvikten var hur långt till fots barn hade till närmsta lekplats samt hur frekvent kollektivtrafiken passerade på gatan. Weihrauch-Blüher och Wiegand (2018) menar på att det behövs ett skifte mot mer samhällsinriktade insatser för att stoppa obesitasepidemin.

Förebyggande åtgärder för barnobesitas är viktiga av många orsaker. En anledning är att viktminskning och bibehållning av vikt nedgången är svår. Det är lätt att återgå till gamla rutiner och återuppta sin gamla vikt, vilket oftast resulterar i övervikt i vuxenlivet (NCD Risk Factor Collaboration, 2017). Förebyggande åtgärder är också betydande då obesitas kan ge negativa psykosociala effekter och en lägre utbildningsnivå. Slutligen är barn också mer mottagliga för reklam om obesogen mat än vuxna, vilket gör att denna exponering kräver förebyggande åtgärder som skyddar dem (NCD Risk Factor Collaboration, 2017). Socialstyrelsen (2013) menar också på att insatser bör fastslås tidigare för barn som är i riskzon att utveckla obesitas. WHO (2017a) skriver att för små barn mellan 0-2 år är tidig amning en viktig del i de förebyggande insatserna mot barnobesitas. De viktigaste förebyggande insatserna för barn i skolåldern och tonåren är 60 minuter fysisk aktivitet om dagen, ökat intag av frukt och grönsaker samt ett minskat intag av socker och fettrika livsmedel.

Sjuksköterskans roll

En god hälsa beskrivs enligt WHO (2017b) som fysisk, mental och social tillfredsställelse och inte enbart en frånvaro av ett sjukdomstillstånd. Inom det humanistiska perspektivet definieras hälsa som en ständig process. Hälsa är således något som relaterar till människan som en helhet. Processen hälsa formar människors upplevelse, känsla av sammanhang, meningsfullhet och välbefinnande (Willman, 2014). Omvårdnadens ändamål är att utveckla kunskap om människan och dess utveckling samt välbefinnande samt få en ökad förståelse om hälsa i anknytning till födelse, lidande, ohälsa och död (Svensk sjuksköterskeförening,

2014). Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att sjuksköterskor är skyldiga att arbeta med evidensbaserad vård för att ge patienterna den bästa förutsättningen för ett gott resultat. Evidensbaserad vård innebär att kunskapen man använder sig av är vetenskapligt korrekt samt att man ser till patientens resurser och möjligheter.

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017a) har sjuksköterskor till ansvar att lindra lidande, främja hälsa, återställa hälsa och förebygga sjukdom. Genom att sjuksköterskan motiverar individen till att genomgå en livsförändring bidrar det till att sjuksköterskan främjar hälsa. En viktig kvalitet som sjuksköterska är att se till individens risker och resurser för att hjälpa individen på bästa sätt. Stöttning och utbildning är något som utgör stor del av sjuksköterskans arbete. *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL, SFS 2018:1997) belyser att alla människor ska ha rätt till god vård och god hälsa därför skall vården utföras med god kvalitet, att man ser till individens självbestämmande och integritet samt att sjukvårdspersonal tar hänsyn till individens behov av kontinuitet och trygghet. Som hälso- och sjukvårdspersonal skall man arbeta med att förhindra ohälsa. Barnhälsovårdens uppdrag är att förhindra ohälsa, åtgärda och identifiera problemen tidigt i barns utveckling, uppväxt och hälsa. Alltså är deras syfte att främja utveckling och hälsa. Hälsopromotion utförs för att individens fysiska, sociala och psykiska hälsa ska stödjas och stärkas medans preventionsåtgärder har målet att minska påverkan på riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer för att minska risken för ohälsa (Socialstyrelsen, 2014).

Familjecentrerad omvårdnad

Systemiskt förhållningssätt är grunden för familjecentrerad omvårdnad där man fokuserar bland annat på sammanhang, relationer och interaktioner. Enligt Benzein, Hagberg och Saveman (2017) bör familjen ses som ett system där olika delar av systemet kan påverka hela systemet. Detta betyder att om någon i familjen drabbas av sjukdom så påverkar detta även resten av familjen. Systemen är självreglerande och kan därmed bestämma vilken information som skall tas in eller bortses. Detta betyder att all information som sjuksköterskor delger inte per automatik tas emot och enbart kan ses som en rekommendation. Utan denna kunskap kan familjer eller familjemedlemmar betraktas som 'omotiverade' eller 'icke följsamma'. Genom att synliggöra dessa konflikter tar omvårdnadspersonal ansvar för sin relation till familjen (Benzein et al., 2017). Information och kommunikation är en central del inom hälso-och sjukvården. God kommunikation och information mellan patient, närstående och sjuksköterskan bidrar till ett stärkt samarbete som därmed leder till ökad kvalitet på sjukvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Svensk sjuksköterskeförening (2015) beskriver att om vårdpersonal ser familjen som en enhet bidrar det till att familjen blir uppmanade att delta i vården. Då samspelas vården då man tar tillvara till familjens samt vårdpersonalens kompetenser och resurser. I en studie av Golan och Chow (2004) redogörs en jämförelse mellan familjecentrerad omvårdnad gentemot personcentrerad omvårdnad som preventionsstrategi på barn med övervikt. Resultatet visar att de barn vars föräldrar deltog aktivt i det förebyggande arbetet hade större viktminskning än de

barn som inte hade delaktiga föräldrar. En av anledningarna, enligt forskarna, tros vara en större förändring runt hur föräldrarna resonerar kring mat i hemmet med familjecentrerat synsätt, exempelvis förändringar såsom val av livsmedel eller minskat kaloriintag.

Problemformulering

Fetma och övervikt är ett växande hälsoproblem både nationellt och globalt. Obesitas förekommer framförallt hos vuxna men de senaste decennierna har man sett ökning även hos barn och ungdomar. Den ökade trenden av övervikt indikerar att det finns ett stort behov av förebyggande insatser och behandling. Barn med obesitas har en benägenhet att vara överviktiga även i vuxen ålder vilket kan komma att generera ohälsosamma konsekvenser för individen. Obesitas bidrar även till ökad risk för följsjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och psykisk ohälsa. Sjuksköterskan har en central roll och ett ansvar i det förebyggande arbetet för barn med obesitas då det är den yrkesgrupp som träffar dem kontinuerligt. Som sjuksköterska är det viktigt att besitta kunskap kring de orsaker och riskfaktorer som finns för obesitas. Trots att ämnet är välstuderat och ett nutida problem finns det begränsat med tillgång till artiklar om sjuksköterskors upplevelse av att arbeta med barn som har obesitas.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskans upplevelse av förebyggande arbete hos barn med obesitas.

Metod

Idag publiceras mycket vetenskapliga artiklar och till hjälp för att sammanställa och identifiera kunskapsluckor i särskilda ämnen är det bra att använda sig av en litteraturöversikt. Därför valdes strukturerad litteraturöversikt som metod i detta examensarbete vilket innebär att på ett strukturerat sätt kartlägga kunskapsläget inom ett specifikt ämne (Rosen, 2017). Ytterligare motiv till val av metod var att genom texter erhålla information och att skapa en uppfattning av ett avgränsat ämne som är av relevans för sjuksköterskor (Friberg, 2017a).

Datainsamling

Insamlingen av data påbörjades genom att utföra olika manuella sökningar, vilket är en god idé att börja med då det ger en överblick över studiens ämnesområde (Karlsson, 2017). De manuella sökningarna utfördes i olika databaser och även samtal med vår handledare i syfte att få kännedom om pågående forskning och tips på adekvata artiklar. Under arbetets gång har diskussion mellan författarna skett kring olika tillvägagångssätt för litteratursökningen såsom olika sökord och kombinationer av sökord. En viktig del vid datainsamlingen var att identifiera lämpliga ämnesord utifrån PIO. Ämnesord är de ord som lämpligast beskriver innehållet i en artikel eller bok och de flesta databaser har sitt eget system av ämnesord (Karlsson, 2017). I Cinahl kallas systemet för ämnesord Cinahl Headings och i PubMed för

MeSH-termer (Karlsson, 2017). Då syftet innefattar ordet 'upplevelse' söktes detta på i Svensk MeSH där både ordet 'perception' och 'experience' kom upp. Väl i Cinahl Headings visade det sig att för att söka på de båda orden kunde en använda sig av 'nurse attitude' för att inkludera samtliga. De sökord som bäst lämpade sig för datainsamlingen var; pediatric obesity, nurs* attitude, nurs* experience, nurs* perception och child obesity. För att sökningen skulle bli mer specifik användes booleska operatorer. Dessa termer används för att lägga ihop fler än ett sökord att söka på (Karlsson, 2017). Den booleska sökterm som användes var AND då sökningen skulle innefatta fler än ett ord men samtidigt avgränsa och ge en definierad sökning. Därutöver togs beslut om att använda trunkering. Trunkering kan användas för att söka på alla ändelser av ett och samma ord och markeras genom att använda tecken som * men även ? eller # (Karlsson, 2017).

Initialt genomfördes breda sökningar utifrån enbart ett sökord. Därefter gjordes mer specifika sökningar för att hitta en bra balans mellan antal hanterbara träffar och avgränsningar. Samsökningssystemet brukades för att spara tid då vissa av ämnesorden var anpassade till båda databaserna.

Vid de sökningar som redogörs i bilaga 1 och 2 framkom totalt 179 artiklar i träfflistan. Vid ett första urval har artiklarnas titel granskats. Titlarna kan ge en uppfattning om vad artikeln behandlar och om den är av intresse för studiens forskningsämne samt vilka artiklar som kan sorteras bort (Östlundh, 2017). I denna fas exkluderades ett antal artiklar eftersom de inte besvarade studiens syfte, inte var skrivna på engelska eller var dubletter. Därefter undersöktes artiklarnas studieperspektiv och metod. Vilket utfördes genom att granska artiklarnas abstrakt och ämnesord. Här exkluderades ytterligare artiklar eftersom forskningen handlade om föräldrarnas perspektiv på barnobesitas, likaså togs artiklar bort som hade mixad metod eller var kvantitativa. I början av datainsamlingen användes sökordet 'qualitative', men detta ledde fram till att flera artiklar men en kvalitativ ansats inte identifierades. Detta gjorde att författarna bestämde sig för att använda olika forskningsansatser som ett inklusions- och exklusionskriterier istället för sökord. Efter andra steg i urvalsprocessen återstod 12 artiklar. En av artiklarna som kvarstod hade en mixad metod. Artikeln behölls då den uppfyllde studiens inklusionskriterier utifrån den kvalitativa delen och att resultatet var redovisat på ett sådant sätt att den kvalitativa informationen kunde analyseras för sig. Se figur 1, för flödesschema samt Bilaga 1 och 2 där sökningarna presenteras utifrån respektive databas.

Urval

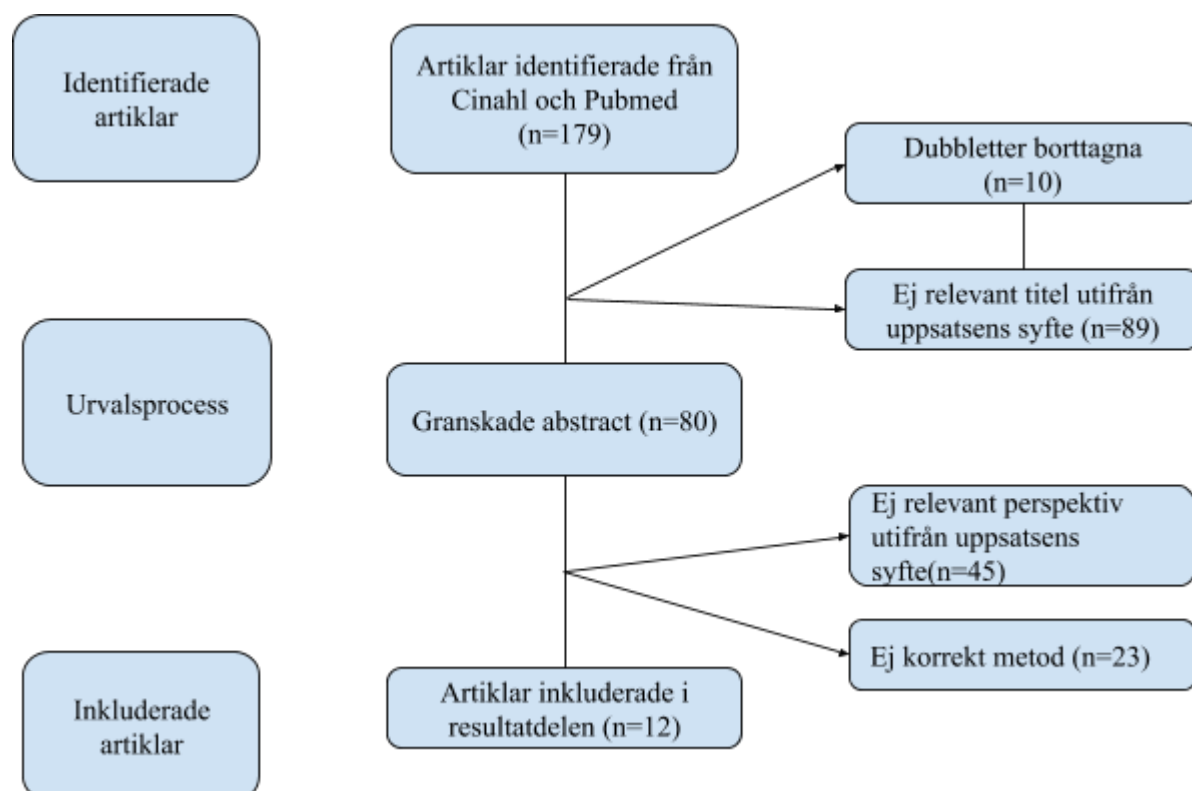
Urvalsprocessen i litteraturoversikten påbörjades genom att lägga upp en plan för arbetet. En veckoplanering gjordes som innefattade förberedelse och utförande för respektive vecka. Dokumentation har skett fortlöpande för att kunna inhämta tidigare fakta och information som hittats genom hela arbetsprocessen. Sökning av litteratur gjordes på egen hand men också med hjälp av bibliotekarie. Utifrån huvudämnet och syftets fokus valdes två databaser; PubMed och Cinahl (Rosen, 2017). Databaserna valdes för att PubMed är medicinskt inriktat medan Cinahl är mer omvårdnadsinriktat. Vidare i processen utformades en frågeställning

utefter PICO som står för Population, Intervention, Comparison och Outcome. PICO hjälper till att avgränsa problemområdet vilket leder till att urval, relevanta sökord och litteratursökningen förenklas (Friberg, 2017b). Eftersom syftet i uppsatsen inte har någon jämförelse eller kontrollgrupp försvinner därför C bort och uppsatsen har därför använt sig av PIO, se nedan.

P= Sjuksköterskor som vårdar barn med obesitas
I= Förebyggande arbete
O= Upplevelser

Inklusionskriterierna i studien var; barn med obesitas, förebyggande arbete och hade en kvalitativ ansats. Vidare skulle artiklarna vara på engelska samt utgå från sjuksköterskan perspektiv oavsett arbetsplats eller vidareutbildning. Exklusionskriterierna var artiklar som hade kvantitativ ansats, vuxna personer med obesitas, andra hälso- och sjukvårdsprofessioner erfarenheter/upplevelser. Begränsningarna som användes var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2009-2019. Anledningen till att artiklarna inte skulle vara äldre än 10 år var för att uppsatsen skulle baseras på så ny forskning som möjligt.

Figur 1. Flödesschema



Dataanalys

En viktig del av dataanalysen är att avgöra vilka artiklar som innefattar relevant och pålitlig information (Karlsson, 2017). Det bör alltså ställas kvalitetskrav på de artiklar som väljs för analys. Med hjälp av en kvalitetsgranskning kan forskaren få information om vad för sorts infallsvinklar och punkter som är värda att granska i en artikel (Friberg, 2017b). Granskningens avsikt är därmed att bedöma till vilken grad artiklarnas resultat beror på systematiska fel (bias) (SBU, 2014). De 12 artiklar som inkluderades i resultatet har kvalitetsgranskats genom att använda SBU's *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser* (2014). Granskning av artiklarna gjordes först av författarna var för sig, därefter gjordes en gemensam genomgång av kvalitetsgranskningsmallen för att jämföra att lika uppfattning delades. Mallen skall ses som ett stöd för att utföra dataanalys och bedöma kvaliteten på artiklarna. På grund av detta finns inget krav på antal positiva svar (ja) för att få en hög, medel eller låg kvalitetsnivå (SBU, 2014). Av de tolv artiklarna bedömdes sex ha en hög kvalitet och sex medelhög kvalitet utifrån SBU's granskningsmall.

Dataanalysen fortskred genom att artiklarna skrevs ut till pappersform för att kunna markera med överstrykpena de stycken som ansågs vara av intresse. I det första steget i analysen lästes artiklarna i sin helhet, flera gånger. I steg två valdes de stycken ut från artiklarnas resultat som svarade till arbetets syfte därefter sammanfattades samtliga stycken och grupperades under subteman (Henricson & Billhult, 2017). Därefter sammanställdes artiklarnas likheter och skillnader för att kunna utforma huvudteman för arbetets resultat även detta gjordes av författarna var för sig och därefter gemensam sammanställning.

Etiska överväganden

Det finns två lagar i Sverige som styr forskningsetiken, den första är *Personuppgiftslagen* (SFS 1998:204) vars fokus är att skydda människors integritet från att bli kränkt. Den andra är *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460) som bland annat nämner att forskning endast får genomföras om människor respekteras och accepteras. Kjellström (2017) belyser även att Lagen om etikprövning av forskning som avser människor innefattar att forskningen ska visa hänsyn till människors rättigheter, hälsa, säkerhet, grundläggande frihet och personlig integritet. World Medical Association (2018) beskriver att samtycke måste fås av varje individ samt att de ska erhålla information om rätten att hoppa av studien. Samtycket ska bland annat innehålla motiv, mål och metod till forskningen. Alla artiklar i uppsatsens resultat var etiskt granskade och godkända. Somliga artiklar var försedda med ett avsnitt som berörde etiska överväganden. Resterande artiklar var publicerade i tidskrifter som kräver publicerade studier var etiskt granskade.

Resultat

Efter granskning och analys av de tolv artiklarna framkom det att ett flertal faktorer påverkade sjuksköterskans upplevelse av deras förebyggande arbete med barnobesitas. Dessa faktorer sammanställdes i tre huvudteman och åtta undertema, se Tabell 1.

Tabell 1. Resultattabell över framkomna teman och subteman.

Temat	Sjuksköterskans upplevelse av vårdrelationer	Sjuksköterskans upplevelse av kunskap	Sjuksköterskans upplevelse av yttre faktorer påverkan
Subtema	<ul style="list-style-type: none">· Samarbete med föräldrarna· Ett känsligt ämne	<ul style="list-style-type: none">· Kunskapsnivå· Kompetens att använda BMI	<ul style="list-style-type: none">· Tids- och resursbrist· Familjens levnadsvanor· Stigmatisering· Brister i skolhälsovården

Sjuksköterskans upplevelse av vårdrelationer

Samarbete med föräldrarna

I resultatet framkom det att en stor andel sjuksköterskor uttryckte att samarbete med föräldrar var en viktig del i förebyggande arbetet med barnobesitas (Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman & Dykes, 2012, 2013; Morrison-Sandberg, Kubik & Johnson, 2011; Regber, Mårild & Johansson Hanse, 2013). Med ett gott samarbete kunde sjuksköterskorna tillsammans med föräldrar och barn bygga upp ett förtroende och en ökad förståelse då sjuksköterskan är där för att hjälpa och inte stjälpa (Morrison-Sandberg et al., 2011; Regber et al., 2013). Ett fåtal sjuksköterskor uttryckte svårigheter med att arbeta tillsammans med föräldrarna (Thorstensson, Blomgren, Sundler & Larsson, 2018; Bonde, Bentsen & Hindhede, 2014). Det framkom att sjuksköterskorna upplevde barnobesitas problematiskt då det förebyggande arbetet oftast påverkade hela familjen och inte enbart det enskilda barnet. Problem uppstod om familjen själva inte kunde se sitt ansvar gällande övervikten, likaså om det fanns skiftande motivationsnivå hos barn och föräldrar. Sjuksköterskorna hade bland annat upplevt att föräldrar till en början framstätt som motiverade men därefter sedan ignorerat sjuksköterskans rekommendationer och råd (Steele et al., 2011; Thorstensson et al., 2018; Bonde et al., 2014; Isma et al., 2012; Söderlund, Nordqvist, Angbratt & Nilsen, 2009). Ytterligare beskrevs att sjuksköterskorna upplevde att de erbjöd mycket kunskap men att det i slutändan var upp till föräldrarna vilka rekommendationer och råd som tillämpades i vardagen. Det framkom att vissa ämnen var lättare att diskutera med föräldrarna. Exempelvis var råd om goda matvanor ett ämne som hellre diskuterades än barnets övervikt i sig (Isma et al., 2012). Vidare i analysen uppfattades även möjligheter i sjuksköterskans arbete med barnobesitas i samarbete med föräldrar (Söderlund et al., 2009; Regber et al., 2013). Det framkom att barn och

föräldrar i regel hade gedigen kunskap om goda matvanor och att om sjuksköterskan kunde motivera dessa familjer tillräckligt, ledde det ofta fram till att de bidrog med egna förslag och idéer till goda förändringar eller att de redan visste vad som behövdes förändras och gav då uttryck för detta (Söderlund et al., 2009). Vissa sjuksköterskor beskrev en möjlighet då föräldrar de träffade ändrade uppfattning och fick en ökad förståelse om barnets övervikt samt blev mer lyhörda för de rekommendationer och råd som gavs vilket resulterade i ändrade levnadsvanor i hemmet (Regber et al., 2013).

För att kunna skapa en god relation med barnen beskrev sjuksköterskorna ett behov av ett aktsamt och diskret tillvägagångssätt (Morrison-Sandberg et al., 2011; Regber et al., 2013; Steele et al., 2011; Thorstensson et al., 2018). Genom att sjuksköterskan kände till familjens livssituation och förutsättningar lades grunden för att skapa en god relation, vilket ansågs vara viktigt för att kunna motivera familjen till en förändring (Thorstensson et al., 2018). Sjuksköterskorna upplevde även kulturella skillnader och att det kunde påverka deras förebyggande arbete. Det framkom att olika kulturer har olika syn på vad en ”normal” vikt är och att prevalensen även skiljer sig mellan olika kulturer. Överviktiga barn anses vara friskare i vissa kulturer och det kunde därför uppstå svårigheter mellan sjuksköterskor och föräldrar med anledning till att en inte förstod respektives perspektiv (Steele et al., 2011; Isma et al., 2012; Regber et al., 2013). Det framkom i Steele et al. (2011) att det upplevdes svårigheter med att etablera en relation och skapa en dialog hos barn med obesitas då sjuksköterskorna som jobbar på Barnavårdscentralen inte har någon kontinuerlig kontakt med barnen och deras familjer.

Ett känsligt ämne

Barnobesitas upplevdes som ett känsligt ämne att diskutera och informera om och sjuksköterskorna upplevde att tillvägagångssättet de gav informationen på hade stor betydelse för om föräldrarna implementerade rekommendationerna eller inte (Isma et al., 2012; Thorstensson et al., 2018; Morrison-Sandberg et al., 2011; Regber et al., 2013; Robinson, Denney-Wilson, Laws & Harris, 2013; Söderlund et al., 2009). Vissa föräldrar valde att beskylla barnet för övervikten medan somliga föräldrar inte alls ville diskutera övervikten då de fanns en rädsla för att barnet skulle känna skam och skuld (Söderlund et al., 2009). Det framkom även att sjuksköterskor upplevt rädsla för föräldrarnas reaktion i samband med deras arbete att förebygga barnobesitas. Somliga föräldrar tog väldigt illa vid sig när sjuksköterskor gav information om deras barns vikt. Vilket kunde resultera i att vissa föräldrar blev väldigt arga och kände sig förolämpade (Isma et al., 2012; Steele et al., 2011; Stalter, Chaudry & Polivka, 2010; Regber et al., 2013). Det beskrevs också att sjuksköterskorna var rädda för att de skulle få falska resultat från BMI screening och att det skulle leda till upprörda föräldrar (Stalter et al., 2010).

I det förebyggande arbetet med barnobesitas visade studierna att sjuksköterskor upplevde många negativa erfarenheter, vilket kunde ta uttryck på olika vis (Steele et al., 2011; Stalter et

al., 2010; Bonde et al., 2014; Robinson et al., 2013; Regber et al., 2013). En negativ erfarenhet var om sjuksköterskan själv var överviktig gav det en negativ upplevelse på arbetet, eftersom föräldrarna då hade yttrat sig att den obesa sjuksköterskan inte hade rätt att tala om övervikt hos andra då hen själv var överviktig (Steele et al., 2011). En annan negativ erfarenhet som beskrevs var att en del sjuksköterskor undvek att ta upp övervikten som ämne i samtal då det upplevdes som alltför känsloladdat (Regber et al., 2013; Thorstensson et al., 2018). Dessutom beskrevs en skillnad i att samtala om ämnet ifall barnet var överviktig eller hade fetma (Regber et al., 2013).

Sjuksköterskans upplevelse av kunskap

Kunskapsnivå

Flertal sjuksköterskor upplevde otillräcklig erfarenhet och kunskap om barnobesitas för att kunna arbeta evidensbaserat och förebyggande (Isma et al., 2012, 2013; Steele et al., 2011). Ytterligare beskrevs barnobesitas som ett tungt ämne att prata om då sjuksköterskorna inte visste hur de skulle närma sig ämnet och att den kunskap som behövdes upplevdes vara över sjuksköterskans yrkeskompetens (Steele et al., 2011). Somliga upplevde att de hade goda kunskapsnivåer och kände sig självsäkra i att ge livsstilsråd såsom goda matvanor, öka fysisk aktivitet och minska stillasittande samt att de upplevde en tillfredsställelse med att veta att deras kunskap är av behov och en hjälpande hand (Isma et al., 2012; Robinson et al., 2013; Stalter et al., 2010). Ibland valde föräldrarna trots detta att ta hjälp av annan arbetskategori då de upplevde att de var i behov av mer intensiv hjälp (Isma et al., 2012).

Okunskap yttrades sig också i form av att barnobesitas inte ansågs som ett hälsoproblem av vissa sjuksköterskor (Söderlund et al., 2009; Stalter et al., 2010; Isma et al., 2012, 2013). Sjuksköterskor påstod att barnen med obesitas som de träffade på inte var i behov av deras hjälp (Isma et al., 2012, 2013; Söderlund et al., 2009). Ytterligare beskrevs att barn som var överviktiga ansågs vara hälsosamt feta, att lite hull inte skadar barnet eller att hälsoproblemet är något som barnet kommer växa ifrån (Söderlund et al., 2009). Vidare uttryckte sjuksköterskorna också erfarenhet av att det var föräldrarnas ansvar att hjälpa barnet med sin obesitas och inte sjuksköterskans (Isma et al., 2012, 2013; Bonde et al., 2014; Morrison-Sandberg et al., 2011).

De sjuksköterskor som hade kompetens och kunskap att använda sig av 'motiverande samtal' ansåg att detta var ett bra verktyg som underlag för kommunikation och behandling. Då det gav barnen och föräldrarna möjlighet att själva reflektera över obesitas och förvärva en bättre förståelse över deras livssituation och hur den kunde förändras till de positiva (Söderlund et al., 2009; Bonde et al., 2014).

Kompetens att använda BMI

Kunskap av att använda mätinstrument för att identifiera barnobesitas var varierande (Thorstensson et al., 2018; Isma et al., 2013; Bonde et al., 2014; Stalter et al., 2010; Regber et al., 2013). Det framkom att somliga ansåg att mätinstrument såsom BMI-kurvan var ett bra hjälpmedel, att dess objektiva mått hade ett stort värde för att identifiera vilka barn som var överviktiga. BMI-kurvan kunde då användas som ett underlag för kommunikation både med föräldrar men även med barnen (Thorstensson et al., 2018; Bonde et al., 2014; Regber et al., 2013). Vidare synliggjordes en misstro till mätinstrument i egenskap av BMI-kurvan (Isma et al., 2013; Stalter et al., 2011). Avsaknad av kunskap kring användandet av BMI-kurvan var en av anledningarna, vissa hävdade att indexet var svårt att behärska och därmed negligerade att använda det (Isma et al., 2013). Att visuellt inspektera barnets fysiska och psykiska välmående beskrevs som användbart men att det fanns en förståelse av att ögonmått är ett opålitligt mätsätt (Regber et al., 2013).

Sjuksköterskans upplevelse av yttre faktorerers påverkan

Tids- och resursbrist

Ett hinder som framkom i resultatet var brist på tid och resurser, många sjuksköterskor ville göra mer för barnen men de kände sig begränsade i sitt arbete på grund av bristande resurser (Steele et al., 2011; Powell, Engelke & Neil, 2018; Isma et al., 2013; Morrisson-Sandberg et al., 2011; Schroeder & Smaldone, 2017; Robinson et al., 2013; Stalter et al., 2010). Vidare beskrevs att tidsbristen även ledde till att sjuksköterskorna inte kände till ny forskning kring barnobesitas samt att det saknades relevant material och resurser gällande förebyggande åtgärder kring obesitas att implementera för barnen och familjerna (Steele et al., 2011). Hög arbetsbelastning ledde till att sjuksköterskorna var tvungna att prioritera andra sjukdomar och tillstånd istället för obesitas. Akut vård var det som prioriterades i första hand vilket resulterade i att sjuksköterskorna undvek att upp övervikten i en del samtal (Powell et al., 2018; Robinson et al., 2013; Isma et al., 2013). Moralisk stress var något som uppstod när sjuksköterskorna upplevde att de inte kunde hjälpa barnen med obesitas och sjuksköterskorna kände sig otillräckliga (Powell et al., 2018). Samtidigt beskrevs vikten av sjuksköterskornas förebyggande arbete och den glädje de upplevde när de såg att barnens hälsa förbättrades (Robinson et al., 2013). Även upplevelse av att inte alltid kunna motivera och ge ett lyckat resultat framkom och känslor som misslyckande och besvikelse beskrevs då av sjuksköterskorna (Thorstensson et al., 2017; Bonde et al., 2014).

Vidare beskrevs det att prioriteringar var svårt för sjuksköterskan att utföra då de oftast behövde göra flera saker samtidigt på grund av tids- och resursbrist. Därför tog sjuksköterskorna tillfälle i akt att prata om obesitas när de ändå träffade barnen i andra sammanhang (Powell et al., 2018; Schroeder & Smaldone, 2017; Regber et al., 2013). När barnen exempelvis sökte för annan ohälsa passade sjuksköterskan på att prata med barnen om goda matvanor och fysisk aktivitet då dessa ämnen ändå hängde samman (Powell et al., 2018; Schroeder & Smaldone, 2017).

Familjens levnadsvanor

Familjens vardag och livsstil uppfattades som ett bidragande hinder i sjuksköterskans förebyggande arbete med barnobesitas (Isma et al., 2012; Schroeder & Smaldone, 2017; Robinson et al., 2012; Regber et al., 2013). Att föräldrar i dagens samhälle lever i en stressad vardag där tid inte alltid finns i överflöd bidrog till otillräcklig motion och dåliga kostvanor för de minsta i samhället (Isma et al., 2012; Robinson et al., 2012; Regber et al., 2013). Detta tog sig också uttryck i att föräldrar oftast tog till TVn som barnvakt då föräldrarna själva inte hade tid att gå ut och leka med barnen i en park eller lekplats (Isma et al., 2012; Schroeder & Smaldone, 2017). Att laga mat sågs inte heller som något betydelsefullt för somliga föräldrar. De uttryckte en brist av motivation då snabbmat var mer lättillgängligt än orken att laga nyttig mat (Schroeder & Smaldone, 2017).

Sjuksköterskor uttryckte att ett hinder i det förebyggande arbetet var föräldrarnas attityd rörande övervikt. Föräldrar förstod att barnet var överviktigt men såg det inte som ett problem vilket resulterade i att familjen inte heller var motiverade till förändring gällande levnadsvanor (Thorstensson et al., 2018; Morrison-Sandberg et al., 2011; Steele et al., 2011; Isma et al., 2012; Robinson et al., 2012; Söderlund et al., 2009; Regber et al., 2013). Föräldrar poängterade att det är genetiskt och att barnet kommer ur övervikten eller att barnen var för unga för att bry sig om övervikt (Isma et al., 2012).

Det framkom även att sjuksköterskor upplevde att vissa föräldrar var så pass upptagna med sin egen överviktsproblematik att de inte kunde fokusera på barnets (Thorstensson et al., 2018).

Stigmatisering

Sjuksköterskorna upplevde att barn med obesitas stigmatiseras i samhället (Steele et al., 2011; Isma et al., 2012; Schroeder & Smaldone, 2017). Sjuksköterskorna beskrev att majoriteten av barn med obesitas i större utsträckning utsattes för mobbning vilket påverkade deras självkänsla negativt (Thorstensson et al., 2018; Morrison-Sandberg et al., 2011; Isma et al., 2012). När barnets självförtroende sjönk upplevde sjuksköterskor att det medförde minskad fysisk aktivitet och socialisering hos barnet. Vidare uttrycktes en upplevelse av att barn med obesitas var i behov av stöd med att hitta vänner samt att stärka dem socialt vilket erfaras kunde leda till ökad aktivitet och reducera deras uttryckta ensamhetskänsla (Thorstensson et al., 2018).

Brister i skolhälsovården

I arbetet med barnobesitas framkom det att sjuksköterskor upplevde brist på stöd och intresse från skolledningen. Sjuksköterskor uttryckte en saknad av resurser för att kunna utföra sitt arbete korrekt och verksamt (Steele et al., 2011; Isma et al., 2013; Powell et al., 2018; Stalter et al., 2010). Exempelvis påtalades ett behov av enskilda rum att väga och mäta barnen i samt behov av mer personal (Powell et al., 2018; Stalter et al., 2010). Förutom detta beskrevs en

önskan av att förbättra skolans val av livsmedel, måltider och schemalagda aktiviteter vilket ej var en prioritet (Stalter et al., 2010; Steele et al., 2011; Schroeder & Smaldone, 2017). Vidare poängterades att enhetliga riktlinjer var något som sjuksköterskorna saknade att arbeta utefter. De riktlinjer som nuvarande förekom på skolorna var dåligt uppdaterade (Isma et al., 2013; Morrison-Sandberg et al., 2011). Vilket resulterade i att sjuksköterskor inte visste hur de skulle gå tillväga vid förebyggande arbetet av barnobesitas (Morrison-Sandberg et al., 2011). Vidare beskrevs även en upplevd brist på samarbete mellan olika instanser för att kunna erbjuda barn med obesitas den professionella hjälp de behöver (Isma et al., 2013).

Diskussion

Metoddiskussion

Det är av vikt att diskutera och analysera styrkor och svagheter samt erhålla ett kritiskt förhållningssätt till det examensarbete som utförts (Henricson, 2017). Ett relevant tillvägagångssätt inför arbetet var att se ifall det fanns tillräckligt med underlag för att utföra en litteraturöversikt. Hade underlag varit otillräckligt hade det i sig varit en indikation till att genomföra en empirisk studie istället (Henricson, 2017). Valet att utföra en litteraturöversikt kändes naturligt då det var kartläggning av ett specifikt område författarna ville göra (Segersten, 2017). Då syftet med arbetet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse valdes artiklar med kvalitativ ansats. Hade valet fallit på att inkludera artiklar med både kvantitativ- och kvalitativ ansats hade detta kunnat ge andra infallsvinklar och en annan bredd då fler deltagare innefattats i resultaten (Henricson, 2017). När syftet var formulerat valdes sökord på engelska som skulle kunna svara till syftet. Då engelska inte är författarnas modersmål så kan detta ha lett till felaktig översättning vilket kan ses som en svaghet. För att försöka reducera egen tolkning översattes all text och arbetets syfte med hjälp av Svensk MeSH samt översättningsprogram. De sökord som valdes att användas var de som gav bredast träffresultat. Att få sökord använts kan ses som en svaghet då exempelvis sökordet för upplevelse "perception" inte är inkluderat. Samtliga användbara artiklar som identifierats med ämnesordet "perception" påträffades även i de bredare sökningarna. Därför gjordes en avvägning att använda de bredare sökningarna för att inte missa andra användbara artiklar. De sökord som beskriver artiklarna lämpligast är inte alltid ett ämnesord. Detta beror till stor del till att det oftast tar ett tag innan ämnesord är väletablerade inom forskningsområdet. Vilket kan ses som en nackdel (Karlsson, 2017). Därför användes även egna sökord för att inte riskera att förbise artiklar som föll inom ramen för urvalskriterierna. En styrka i arbetet är att de sökord som användes är de nyckelord som mest frekvent påträffades i artiklar vid de manuella sökningarna. Vad som styrker arbetets trovärdighet är att arbetets metod har en hög sensitivitet. Flertal sökkombinationer utfördes i samtliga databaser varpå samma artiklar återkom i majoriteten av sökkombinationerna. Att fler än en databas används styrker också arbetets trovärdighet och därigenom också sensitiviteten. Åtgärder som vidtagits under arbetets gång för att öka specificiteten är att kombinera olika ämnesord och sökord för att finna artiklar som inte hade använt registrerade ämnesord (Henricsson, 2017).

Båda författarna granskade samtliga artiklar som inkluderades i resultatet och jämförde därefter granskningarna vilket stärker arbetets tillförlitlighet (Henricsson, 2017). En styrka är att alla artiklar erhöll medel eller hög kvalitet utifrån SBU's granskningsprotokoll. En svaghet kan vara att valet föll på att använda en artikel med mixad metod, vilket innebär att andra artiklar med mixad metod valdes bort. Dessa artiklar exkluderades då den kvalitativa resultatdelen inte gick att analyseras för sig eller att den inte svara till examensarbetets syfte. Dessutom har arbetes trovärdighets stärkts genom att kontinuerlig dialog förts med handledare (Henricsson, 2017). För att minimera att påverka examensarbetets resultat diskuterades författarnas förförståelse sinsemellan. En styrka var att analysen av data skedde både individuellt och gemensamt för att uppmärksamma likheter och skillnader och därigenom kunna jämföra framkomna teman och subteman.

Att ha kunskap om resultatets överförbarhet uppfattades som svårt. Då artiklarna som inkluderades i resultatet har genomförts i västerländska länder såsom USA, Sverige, Danmark och Australien finns det gemensamma nämnare i ländernas kultur. En reflektion kan vara att det finns stora skillnader i länders sjukvårdssystem vilket gör att det är svårt att applicera examensarbetets resultat i en annan kontext (Mårtensson & Fridlund, 2017). Det är av vikt att reflektera över det etiska ställningstagandet som gjorts inför arbetet (Henricsson, 2017). En styrka i arbetet var att alla artiklar som inkluderades antingen var etiskt godkända eller var artiklarna publicerade i tidskrifter som kräver ett etiskt godkännande före publicering.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom tre övergripande teman som påverkade sjuksköterskans förebyggande arbete hos barn med obesitas och det var: vårdrelationer, kunskap och yttre faktorer. I temat vårdrelationer påvisades att sjuksköterskans relation och samarbete med föräldrarna och barnet spelade stor roll. I temat kunskap framkom bristande kunskap av barn med obesitas och även vana i att använda mätinstrument BMI-kurvan. I temat yttre faktorer konstaterades tids- och resursbrist som en faktor som har stor negativ inverkan på det dagliga arbetet för sjuksköterskan.

Vårdrelationer och ämnets sensitivitet

En god vårdrelation mellan familj och sjuksköterska ansågs vara en av de viktigaste byggstenarna för att kunna arbeta förebyggande med barnobesitas. För att skapa en god vårdrelation uppmanade sjuksköterskan till ett gott samarbete då målet var att skapa ett förtroende hos familjen (Morrison-Sandberg et al., 2011; Regber et al., 2013). Delaktighet och fast vårdkontakt kan främja att en bra vårdrelation skapas. *Patientlagen* (2014:821) belyser att alla patienter och närstående har rätt att vara delaktiga gällande de vårdbeslut som tas. En fast vårdkontakt ska utses för att tillgodose patientens kontinuitet, samordning och trygghet. En ytterligare faktor för att främja att en bra vårdrelation skapas är att sjuksköterskorna arbetar familjecentrerat. Intentionen i familjecentrerad omvårdnad är att

inkludera hela familjen och se den som en enhet (Socialstyrelsen, 2015). I studien Golan och Chow (2004) illustreras det positiva med att tillämpa familjecentrerad vård och visar på en klart förbättrad viktminskning hos barnen när föräldrarna involverades. Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL, SFS 2017:30) har sjukvårdspersonal till uppgift att främja goda vårdkontakter med patienterna. Men resultatet i arbetet tyder på att en god vårdrelation kan vara svårt att tillgodose. En förklaring verkar vara att sjuksköterskorna upplevde ämnet som känsligt och krävande utifrån flera aspekter. Barnobesitas upplevdes som ett känsloladdat ämne då många sjuksköterskor var rädda för reaktion från familjen och därför inte tog upp ämnet då de ville bevara den vårdrelation de skapat (Isma et al., 2012; Steele et al., 2011). Att föräldrar och barn inte fick den informationen de är berättigade till går emot *Patientlagen* (2014:821) som exempelvis beskriver att information ska anpassas efter ålder, språk och mognad samt då barn vårdas skall även vårdnadshavaren erhålla informationen. Sjuksköterskorna i Isma et al. (2012, 2013) uttryckte att barnobesitas var föräldrarnas ansvar och inte sjuksköterskornas vilket även går emot Barnkonventionen (1989) som uttrycker att staten ska erhålla stöd och rådgivning till familjerna. Detta ska utföras så föräldrarna ska kunna ge sitt barn rätt uppfostran samt utveckling.

Sjuksköterskorna upplevde att obesitas hos barn i större utsträckning bidrog till stigmatisering, utanförskap och mobbning (Morrison-Sandberg et al., 2018). Detta fynd beskrivs även av studien av Latner & Stunkard (2012) studie där forskarna undersökte hur stigmatisering av obesa barn hade utvecklats från den ursprungliga studien som gjordes år 1961. Barnen fick välja mellan sex olika bilder på barn och sedan ranka dem i ordning vem de helst hade velat leka med. Det obesa barnet rankades sist i både den ursprungliga och nuvarande studien. När resultatet jämfördes mellan de båda studierna blev resultatet att stigmatiseringen hade fördubblats från den ursprungliga studien. Detta uttrycktes även i arbetets resultat där sjuksköterskorna upplevde att barn med obesitas var i behov av ett ökat stöd för att stärka deras självkänsla och minska socialiseringen (Thorstensson et al., 2018). I översiktsartikeln från An et al. (2017) framkommer det att obesitas kan bidra negativt till barnets prestation i skolan och därmed medför en ökad risk för skolfrånvaro. Detta kan möjligen leda till att barn med obesitas inte kvarhåller någon motivation till att lära sig mer saker och inte har möjlighet att dra nytta av det positiva av att vara i skolan. Även Hagman et al. (2017) undersökte de sambandet mellan barn med obesitas och slutförd skolgång. De barn som fått behandling tidigt har bättre resultat av slutförd skolgång än de barn som inte får behandling sent i livet. Vidare beskrivs att den grad av övervikt barnet har vid start av behandling spelar stor roll på behandlingens resultat. En reflektion från arbetet är att om sjuksköterskan undviker obesitas för att det är ett känsligt ämne, leder det till en ökad risk att barnen blir ännu mer stigmatiserade och inte får den vård de har rätt till.

Kunskapsbaserad omvårdnad & tidig intervention

Ett av de huvudfynd som upplevdes påverka sjuksköterskors förebyggande arbete negativt berodde vanligen på en brist av betryggande kunskap inom ämnet. Vilket ledde fram till att sjuksköterskorna blev osäkra i sin egen roll och medvetet valde att inte diskutera

hälsotillståndet (Isma et al., 2012, 2013; Steele et al., 2011). I en studie av Quelly (2014) visade resultatet att de skolsjuksköterskor som hade vidareutbildning eller ytterligare utbildning i förebyggande arbete kring obesitas implementerade fler åtgärder än grundutbildade. En förklaring kan vara att specialistutbildade sjuksköterskor har en ökad kunskap inom ämnet, vilket kan leda till att de känner sig tryggare med de evidensbaserade hälsofrämjande metoder som finns framtagna. Specialistsjuksköterskans fördjupade kunskap beskriver även Svensk sjuksköterskeförening (2016) som en viktig del i en välfungerande hälso- och sjukvård, där de betonar att Sverige är i behov av mer kliniskt aktiva specialistsjuksköterskor för att det evidensbaserade arbetssättet skall bibehållas och utvecklas. En annan förklaring till den brist på kunskapsbaserad omvårdnad som framkom i arbetet kan vara att många av sjuksköterskorna inte besitter tillräckligt med kunskap för att kunna arbeta evidensbaserat. Vilket sjuksköterskor i Sverige enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) har skyldighet att göra; *“Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”* (Kapitel 6, §1). Även svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att sjuksköterskor har till skyldighet att utveckling av kunskap inom sitt yrkesområde upprätthålls. Vilket anses vara en stor utmaning eftersom utvecklingen sker snabbt samt att vetenskapliga kunskaper krävs för att kunna arbeta evidensbaserat. Socialstyrelsen (2014) anser att all barnhälsovård skall bygga på vetenskap och välbeprövad erfarenhet samt att man som verksamhet ska ha en strävan att utvärdera de praktiska moment som inte är evidensbaserade. Denna problematik yttrade sig i resultatet då sjuksköterskorna upplevde en okunskap till att använda det beprövade mätinstrumentet BMI-kurvan. BMI-kurvan används för att mäta barns viktutveckling inom barnhälsovård och beskrevs som antingen opålitligt eller som ett mätinstrument ej värt att använda (Isma et al., 2013; Regber et al., 2013). Kunskapsbrist i att arbeta evidensbaserat beskrivs också i en artikel av Ljungkrona-Falk et al. (2014), artikelns resultat visade på att sjuksköterskor upplevde en orolighet i att använda sig av BMI-kurvan. Sjuksköterskorna hade svårt att veta om de kunde förlita sig på sin egen kunskap om mätinstrumentet och huruvida barnet såg ut gentemot vad BMI-kurvan påvisa om barnets vikt. Denna evidensbrist inom barnhälsovården skriver Socialstyrelsen (2014) beror på att förebyggande arbete inte varit huvudmålet för metodisk forskning och om barnhälsovården enbart byggts på vetenskapligt beprövade insatser hade få insatser kunnat erbjudas. Vidare skriver Socialstyrelsen vikten av att fortlöpande utvärdera vad som är aktuell kunskap om både effektiva och ineffektiva metoder, samt arbetssätt och därefter initiera forskning inom centrala områden för barnhälsosjukvården. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2016) krävs det att organisationer underlättar så att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna arbeta evidensbaserat, exempelvis genom att personer som har kunskap om förändringsarbete stödjer verksamhetens kunskapsutveckling och därmed bidrar till en mer evidensbaserad omvårdnad. I resultatet framkom det att motiverande samtal ansågs vara ett bra verktyg för barnobesitas. Sjuksköterskorna upplevde att det gav underlag för föräldrarna och barnet att själva reflektera och skapa en förståelse över deras situation (Söderlund., 2009; Bonde et al., 2014).

Ytterligare ett område där det framkom hur okunskap hindrade sjuksköterskor från att arbeta evidensbaserat var en uppfattning om att barn ska vara runda och lite mulliga. Vissa sjuksköterskor hävdade att övervikt inte är ett hälsoproblem och därmed att överviktiga barn inte är i behov av stöd och hjälp från hälso- och sjukvården. De menade på att barn som är överviktiga ska se ut så och att om ett barn är överviktigt som liten så kommer de växa ifrån det senare (Söderlund et al., 2009). Denna gamla föreställning som fortfarande råder har motsats i många vetenskapliga publikationer och dokument från olika organisationer. NCD Risk Factor Collaboration (2017) skriver att det finns ett starkt samband mellan barnobesitas och negativa hälsoeffekter livet ut. Vilket även stöds av Folkhälsomyndigheten (2018) som beskriver att obesitas är en av de vanligaste orsakerna till att människor i Sverige går miste om friska levnadsår. Rikshandboken (2016) menar på att överviktiga barn löper större risk att också vara överviktiga i vuxen ålder ifall problemet inte tas itu med. En förklaring kan vara att om hälsoproblemet inte uppmärksammas vid debut kan problemet växa ytterligare och skapa framtida hälsoproblem för individen. Förekomst av följsjukdomar är därför vanligt hos dessa barn. Güngör (2014) beskriver att följsjukdomar vanligtvis förekommer vid barnobesitas eftersom organsystemen påverkas och därför får barnen exempelvis diabetes eller hypertoni. Socialstyrelsen (2013) benämner även att de barn som fått behandling tidigt i livet har högre odds att få ett bättre resultat och därför ska åtgärder fastställas så tidigt som möjligt för de barn som är i riskzon att utveckla obesitas. BORIS (2017) nämner även att forskning visar att tidig behandling är av stor vikt för att få ett gott resultat. En kan tänka att vikten av tidig intervention är av stor betydelse för dessa barn.

Organisationssvårigheter

Brist på tid och resurser var ett genomgående fynd i resultatet där sjuksköterskorna kände en frustration över att inte kunna hjälpa alla barn och att de inte heller kunde utföra de arbetsuppgifter de var utsedda att utföra (Powell et al., 2018; Robinson et al., 2013; Isma et al., 2013). Barnkonventionen (1989) benämner att alla barn har rätt till bästa möjliga hälsa och att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att detta uppfylls. Steele et al. (2011) beskrev att sjuksköterskor uttryckte att de inte kunde hålla sig uppdaterade på ny forskning kring barnobesitas på grund av tidsbrist. För att vården ska kunna utföras med evidens är det viktigt att sjuksköterskan känner till ny forskning. Svensk sjuksköterskeförening (2016) belyser att det är sjuksköterskans ansvar att upprätthålla vetenskaplig kunskap för att kunna utföra evidensbaserat arbete. Enligt BORIS (2017) når den barnhälsovård som idag bedrivs i Sverige inte upp i de resurser som internationellt krävs för att arbeta med barnobesitas. Många verksamheter inom vården saknar både tid och resurser vilket resulterar i att barn med obesitas inte alltid följs och indirekt inte får den hjälp de behöver. Att obesitas åsidosätts på grund av att det inte inkluderas i de akuta hälsotillstånden resulterar i att barn med obesitas faller mellan stolarna. Att tidsbrist ledde till att sjuksköterskorna enbart hade tid att hantera och hjälpa de barn som sökte vård för exempelvis astma eller diabetes (Powell et al., 2018). Vilket går emot Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) där det beskrivs att sjukvården ska utföras på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen (2013) menar på

att ytterst få av de barn som har obesitas får behandling och att behovet av behandling inte är i närheten av tillgodosett. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017a) ska sjuksköterskor arbeta för att förebygga ohälsa och främja hälsa, detta kan upplevas som ett svårt mål att uppnå eftersom tiden inte fanns till för att hjälpa alla barn. Tids- och resursbrist utgör därmed hinder för sjuksköterskor att arbeta evidensbaserat.

Klinisk implikation och framtida forskning

Det framkomna resultatet kan komma till användning inom barnhälsovård och för allmänsjuksköterskor. Såväl grundutbildade som vidareutbildade kommer med stor sannolikhet att komma i kontakt med barn som lever med obesitas. Exempelvis i primärvården, i skolan eller inom slutenvården. Resultatet kan ge en ökad förståelse om vad flertal sjuksköterskor upplever i samband med att arbeta förebyggande med barnobesitas. Resultatet påvisade upplevda hinder, vilket kan generera utgångspunkter och möjligheter till förbättringsarbete inom barnhälsovård. Förbättringsarbetet bör riktas mot kunskapsbaserad omvårdnad, organisationssvårigheter och förhållningssätt till att erhålla en god vårdrelation. Den lärdom som författarna tar med sig är att ett stort ansvar ligger på sjuksköterskans axlar. Att kunna utföra det dagliga arbetet krävs ständig kunskapsuppdatering och trygghet i sin yrkesroll. Detta krävs för att sjuksköterskan på ett okonstlat sätt skall kunna tala om känsliga ämnen och parallellt kunna förse både patienten och dess närstående med stöd och en känsla av delaktighet.

Framtida forskning bör därför fokusera på enhetliga riktlinjer för förebyggande arbete hos barn med obesitas. Detta för att möjliggöra jämlik vård och att sjuksköterskor enbart utför omvårdnad som är förankrat i evidens och beprövad erfarenhet. Framtida forskning bör även lägga vikt på att se över tid och resurser som finns att tillhandahålla vid barnhälsovård eftersom resultatet visar på brister inom detta. Slutligen uppfattades en avsaknad om hur sjuksköterskan skall hantera känsliga ämnen. Den metod som framkom som bäst passande och användbar i resultatet var motiverande samtal. Då det är sjuksköterskans ansvar att tala om just känsliga ämnen bör det därför bedrivas mer forskning gällande samtalsverktyget vid samtal om känsliga ämnen och hur sjuksköterskan kan applicera detta i sin vardag.

Slutsats

Att arbeta förebyggande med barnobesitas upplevdes av sjuksköterskor som både betydelsefullt och nödvändigt. Trots det hade flertal erfarenheter av både hinder och möjligheter i arbetet. Barnobesitas är ett komplext problem som drabbar både barnet och hela familjen. För att kunna möjliggöra så bra vård som möjligt för barn med obesitas krävs ett gott samarbete mellan sjuksköterskan och familjen. Sjuksköterskan har behov av vetskap hur en god vårdrelation verkställs och bibehålls samt hur sjuksköterskan arbetar familjecentrerat. Då det är föräldrarna som styr ifall rådgivning implementeras eller inte. Den vilja att inneha en ökad förståelse om hur det är att arbeta förebyggande med barnobesitas upplevs nu som

mer utvecklad och tillförlitlig. Slutligen upplevs nu en ökad insikt i problematiken runt folkhälsoproblemet barnobesitas.

Referenslista

Aggarwal, B., & Jain, V. (2018). Obesity in Children: Definition, Etiology and Approach. *The Indian Journal of Pediatrics*, 85(6), 463-471. doi: 10.1007/s12098-017-2531-x

An, R., Yan, H., Shi, X., & Yang, Y. (2017). Childhood obesity and school absenteeism: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 18(12), 1412-1424. doi: [10.1111/obr.12599](https://doi.org/10.1111/obr.12599)

Andersson, P. M., & Butcher, K. E. (2006). Childhood obesity: trends and potential causes. *Future Child*. 16(1), 19–45. doi: [10.1353/foc.2006.0001](https://doi.org/10.1353/foc.2006.0001)

Angbratt, M., Eriksson, E., Funcke, S., Nilsson, U., Säterskog, C., & Söderlind, M. (2003). *Kartläggning av barns vikt och viktutveckling i östergötland* (FCL-rapport, 2003:2). Hämtad från Linköpings hälsovetenskapliga centrumets webbplats: https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/28480/2003_2_Karlaggn_barns_vikt.pdf

- Barnkonventionen. (1989). Hämtad 2019-02-26 från <https://unicef.se/barnkonventionen/>
- BarnObesitasRegister i Sverige. (u.å). *Barnfetma*. Hämtad 2019-03-01 kl 13:19 från <http://www.e-boris.se/barnfetma/om-barnfetma/>
- BarnObesitasRegister i Sverige. (2017). *Årsrapport 2017*. Hämtad 2019-03-01 från <http://www.e-boris.se/wp-content/uploads/2018/10/BORIS-%C3%A5rsrapport-2017-FINAL.pdf>
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2017). Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (2:a uppl., s.33-51). Lund: Studentlitteratur.
- Bonde, A. H., Bentsen, P., & Hindhede, A. L. (2014). School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity. *The Journal of School Nursing*, 30(6), 448–455. doi: 10.1177/1059840514521240
- Cawley, J. (2010). The economics of childhood obesity. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(3), 364-71. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0721
- Derwig, M., & Håkansson, L. (2016). Övervikt och fetma hos barn. I M. Magnusson, M. Blennow, E. Hagelin & C. Sundelin (Red.), *Barnhälsovård : Att främja barns hälsa*. (6:e uppl., s.180-185). Stockholm: Liber.
- Folkhälsomyndigheten. (2018) *Övervikt och fetma*. Hämtad 2019-03-08 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/overvikt-och-fetma/>
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl., s.141-151). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl., s.37-48). Lund: Studentlitteratur.
- Gelander, L. (2015). Barns tillväxt och utveckling. I I. Hallström (Red.), *Pediatrik omvårdnad* (2:a uppl., s.52- 60). Stockholm: Liber.
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: Long-term results. *Obesity Research*, 12(2), 357-61. doi: [10.1038/oby.2004.45](https://doi.org/10.1038/oby.2004.45)
- Gose, M., Plachta-Danielzik, S., Willié, B., Johannsen, M., Landsberg, B., & Müller, M. (2013). Longitudinal influences of neighbourhood built and social environment on children's weight status. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 10, 5083–5096. doi: [10.3390/ijerph10105083](https://doi.org/10.3390/ijerph10105083)

- Güngör, N. K. (2014). Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *Journal Of Clinical Research In Pediatric Endocrinology*, 6(3), 129-143. doi: [10.4274/jcrpe.1471](https://doi.org/10.4274/jcrpe.1471)
- Hagman, E., Danielsson, P., Brandt, L., Svensson, V., Ekblom, A., & Marcus, C. (2017). Childhood Obesity, Obesity Treatment Outcome, and Achieved Education: A Prospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 508-513. doi: [10.1016/j.jadohealth.2017.04.009](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.009)
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s.411-420). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s.111-120). Lund: Studentlitteratur AB.
- Isma, G. E., 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(57), 1-11. doi: [10.1186/1471-2296-13-57](https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-57)
- Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. (2013). Obstacles to the prevention of the overweight and obesity in the context of the child health care in Sweden. *BMC family practice*, 14(143), 1-10. doi: [10.1186/1471-2296-14-143](https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-143)
- Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s.81-97). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s.57-80). Lund: Studentlitteratur AB.
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2012). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 11(3), 452-456. doi: [10.1038/oby.2003.61](https://doi.org/10.1038/oby.2003.61).
- Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H., & Nyholm, M. (2014). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*, 29(4), 730-738. doi: [10.1093/heapro/dat023](https://doi.org/10.1093/heapro/dat023)
- Morrison-Sandberg, L. F., Kubik, M. Y., & Johnson, K. E. (2011). Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses. *The Journal of School Nursing*, 27(1), 13-21. doi: [1177/1059840510386380](https://doi.org/10.1177/1059840510386380)
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig kvalitet i examensarbete* (2:a uppl., s.422-438). Lund: Studentlitteratur AB.

- NCD Risk Factor Collaboration; Bentham, J., Di Cesare, M., Bilano, V., Bixby, H., Zhou, B., . . . Sjöberg, A. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, *390*(10113), 2627-2642. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3
- Powell, S. B., Engelke, M. K., & Neil, J. A. (2018). Seizing the Moment: Experiences of School Nurses Caring for Students With Overweight and Obesity. *The Journal of School Nursing*, *34*(5), 380–389. doi: 10.1177/1059840517717318
- Quelly, S. B. (2014). Influence of Perceptions on School Nurse Practices to Prevent Childhood Obesity. *The Journal of School Nursing*, *30*(4), 292–302. doi: 10.1177/1059840513508434
- Regber, S., Mårild, S., & Johansson 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). doi: [10.1186/1472-6955-12-27](https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-27)
- Rikshandboken. (2016). *Definitioner av övervikt och fetma*. Hämtad 2019-02-26 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/halsa-och-utveckling/tillvaxt/definitioner-av-overvikt-och-fetma/>
- Robinson, A., Denney-Wilson, E., Laws, R., & Harris, M. (2013). Child obesity prevention in primary health care: Investigating practice nurse roles, attitudes and current practices. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *49*(4), 294-299. doi:10.1111/jpc.12164
- Rosen, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s.375-387). Lund: Studentlitteratur AB.
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury Kumar, A., Nighat Yasin, S., Kumar, R., & Bhadoria Singh, A. (2015). Childhood obesity: Causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *4*(2), 187-92. doi: 10.4103/2249-4863.154628
- SBU. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso och sjukvården- en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2019-03-13 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf
- Schroeder, K., & Smaldone, A. (2017). What barriers and facilitators do school nurses experience when implementing an obesity intervention?. *The Journal of School Nursing*, *33*(6), 456-466. doi: 10.1177/1059840517694967
- Segersten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl., s.105-108) Lund: Studentlitteratur.

- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2018:1997. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2013). *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg*. Hämtad 2019-02-26 från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/kap-6-var-d-vid-vissa-sjukdomar-och-tillstand.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad 2019-02-27 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
- Stalter, A., Chaudry, R., & Polivka, B. (2010). Facilitating Factors and Barriers to BMI Screening in Schools. *The Journal of School Nursing*, 26(4), 320-330.
doi: [10.1177/1059840510368524](https://doi.org/10.1177/1059840510368524)
- Steele, R. G., Wu, Y. P., Jensen, C. D., Pankey, S., Davis, A. M., & Aylward, B. S. (2011). School nurses' perceived barriers to discussing weight with children and their families: A qualitative approach. *The Journal of School Health*, 81(3), 128-137.
doi: [10.1111/j.1746-1561.2010.00571.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00571.x)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *God vård och omvårdnad*. Hämtad 2019-02-27 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.var-d-april-2014.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2015). *Familjefokuserad omvårdnad*. Hämtad 2019-03-13 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*. Hämtad 2019-04-02 från https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Svensk_sjukskoterskeforening_om/Evidensbaserad-var-d-och-omvardnad/
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:S Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2019-02-28 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Teamets kommunikation inom vård och omsorg*. Hämtad 2019-05-01 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk->

[sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk sjukskoterskeforening om teamets kommunikation inom vard och omsorg.pdf](#)

Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24(3), 442-449. doi: [10.1093/her/cyn039](https://doi.org/10.1093/her/cyn039)

Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A., & Larsson, M. (2018). 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(1-2), 251-258. doi: [10.1111/jocn.13924](https://doi.org/10.1111/jocn.13924)

Tucker, S., & Lanningham-Foster, L. (2015). Nurse-Led School-Based Child Obesity Prevention. *The Journal of School Nursing*, 31(6), 450-466. doi: [10.1177/1059840515574002](https://doi.org/10.1177/1059840515574002)

Weihrauch-Blüher, S., & Wiegand, S. (2018). Risk Factors and Implications of Childhood Obesity. *Current Obesity Reports*, 7(4), 254-259. doi: [10.1007/s13679-018-0320-0](https://doi.org/10.1007/s13679-018-0320-0)

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I H. Wijk & A. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (2:a uppl., s.38-52). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation. (u.a). *Childhood overweight and obesity*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

World Health Organization. (2017a). *Facts and figures on childhood obesity*. Hämtad 2019-03-04 från <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>

World Health Organization. (2017b). *About WHO*. Hämtad 2019-02-27 från <http://www.who.int/about/mission/en/>

World Health Organization. (2018). *Obesity and Overweight*. Hämtad 2019-03-04 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

World Medical Association. (2018). *Wma- förklaring från Helsingfors- etiska principer för medicinsk forskning som involverar mänskliga ämnen*. Hämtad 2019-03-21 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl., s. 59-70) Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sammanfattning över resultatartiklarna.

Författare, Årtal & Land	Syfte	Metod	Urval	Fynd i Resultatet	Kvalitetsgranskning
Bonde, A. H., Bentsen, P., & Hindhed, A. L. 2014 Danmark	Syftet var att undersöka hur skolsjuksköterskor tillämpade och upplevde motiverande intervjuer i rådgivningssamtal med överviktiga barn.	Kvalitativ studie. Semistrukturerad djup intervju.	12 st skolsjuksköterskor	<ul style="list-style-type: none"> - Skolsjuksköterskor använde BMI-kurvan som ett verktyg för samtal. - Deltagarna hade erfarenheter att varken barnet eller föräldrarna såg övervikten som ett problem vilket skapade ett dilemma för skolsjuksköterskan. - Skolsjuksköterskorna upplevde att det var svårt att motivera familjen när barnet och föräldrarna var i olika stadier. 	Hög
Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. 2013 Sverige	Syftet var att klargöra hur BVC-sjuksköterskor uppfattade sitt arbete kring förebyggande åtgärder för barn med övervikt och fetma.	Kvalitativ studie, med öppna frågor. Fenomenografisk grund.	18 st BVC-sjuksköterskor	<ul style="list-style-type: none"> - BVC-sjuksköterskorna tyckte att det fanns hinder som gjorde det komplicerat. Dessa hinder berodde bla på deras egna ansvar, prioriteringar och kunskaper. Fanns även inga riktlinjer eller redskap att följa för barnobesitas. - De flesta BVC-sjuksköterskor visste inte gränserna för BMI för barn. 	Hög

				<p>Tyckte även att föräldrarna hade mest ansvar för barnen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samarbete med andra institutioner saknades. 	
<p>Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. 2012 Sverige</p>	<p>Syftet var att klargöra hur BVC-sjuksköterskor uppfattar sitt arbete för barn med övervikt och fetma.</p>	<p>Kvalitativ studie med öppna frågor. Fenomenografisk grund.</p>	<p>18 st BVC-sjuksköterskor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BVC-sjuksköterskorna kom fram till att synen på normalvikt har ändrats eftersom svenska befolkningen har blivit större, därför upplevde dem att det var svårare att identifiera barnobesitas. - Övervikt är ett känsligt ämne att ta upp. Det var bättre att prata om bra mat generellt. - BVC-sjuksköterskorna hade ej tid eller resurser. - De ville också respektera familjen och inte kritisera dem. De upplevde även att få föräldrar sökte hjälp för sina barn pga rädsla för stigmatisering eller mobbning. 	<p>Hög</p>
<p>Morrison-Sandberg, L. F., Kubik, M. Y., & Johnson, K. E. 2011 USA</p>	<p>Syftet var att få insikt om förebyggande åtgärder och strategier för fetma och övervikt som skolsjuksköterskor använder sig av på grundskolor i Minnesota.</p>	<p>Kvalitativ studie med Semistrukturerad intervju</p>	<p>21 st skolsjuksköterskor från olika skolor i olika områden i staden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alla deltagare uppgav att de hade någon sort av primära riktlinjer för förebyggande insatser för övervikt på deras arbetsplats men att de var stora begränsningar. Dock uttryckte många att de hade sekundärprevention. t.ex. Om en förälder eller elev vände 	<p>Medel</p>

				<p>sig till dem och uttryckte en oro, fanns de där som stöd och erbjöd hjälp.</p> <p>- Deltagarna i studien stödjer förebyggande hälsoarbetet relaterat till fetma och övervikt men att de saknade tid och resurser.</p>	
<p>Powell, S. B., Engelke, M. K., & Neil, J. A. 2018 USA</p>	<p>Syftet var att undersöka skolsjuksköterskors upplevelse av att vårda barn som lever med övervikt och fetma.</p>	<p>Kvalitativ studie, intervju med öppna frågor samt observation på arbetsplats.</p>	<p>10 st skolsjuksköterskor</p>	<p>Teman identifierades:</p> <p>- Tidsbrist, tung arbetsbörda, begränsat med tid- och resurser. Upplevelse av att klassrummet går före barnets hälsa vilket resultera i att skolsjuksköterskorna hade svårt utföra förebyggande arbete.</p> <p>- Skolsköterskorna beskrev att de drog nytta av andra behandlingstillfällen som berörde andra ämnen än just obesitas för att samtala om deras upplevda oro.</p> <p>- Önskan att kunna göra mer. Många uttryckte en frustration över att se ett stort behov av stöd till barn med fetma och övervikt men att de kände sig otillräckliga och att de inte kunde hjälpa barnen.</p>	<p>Hög</p>
<p>Regber, S., Mårild, S., &</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>15 st BVC.sjuksköterskor</p>	<p>- Viktigt att sjuksköterskorna inte bara använde sig av sitt visuella eftersom då kunde de</p>	<p>Medel</p>

Johansson Hanse, J. 2013 Sverige	sjuusköterske-patient kontakt vid BVC och titta på hinder & möjligheter av interaktioner som vill hindra fetma.			barn som var överviktiga uppfattas som normalviktiga, eftersom normen har ändrats. - Deltagarna upplevde att användningen av BMI var ett bra verktyg att mäta barns vikt och även kunna öppna upp för en dialog med föräldrarna.	
Robinson, A., Denney-Wilson, E., Laws, R., & Harris, M. 2012 Australien	Syftet var att utforska sjuusköterskors behov av träning relaterat till förebyggande arbete samt deras attityd och självförtroende till utförandet av arbetet.	Mixad metod. 59 enkätsvar samt semistrukturerad intervju med 10 av studiedeltagarna.	59 st sjuusköterskor varav 10 intervjuades.	- Brist på tid för förebyggande arbete kom fram. Sjuusköterskorna hade vilja att använda förebyggande aktiviteter för att förbättra barnens hälsa. - Socioekonomiska faktorer hos familjerna var det som ansågs vara det största hindret för att arbeta preventivt med barnobesitas.	Medel
Scroeder, K., & Smaldone, A. 2017 USA	Syftet var att utforska och förstå skolsjuusköterskor upplevda hinder och möjligheter att arbeta förebyggande med barnobesitas.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer samt en enkät för att ge en bredare uppfattning om vem de intervjuade.	19st skolsjuusköterskor	- Vid försök att erbjuda barn hjälp med deras vikt och fetma beskrev stort antal av deltagarna att föräldrarna blev väldigt upprörda och kände sig kränkta. - Vissa deltagare i studien hade blivit pressade till att inte implementera hälso riktlinjer på skolan av rektorerna för att inte uppröra föräldrar till dessa elever. Medans andra upplevde både	Medel

				<p>stöd från rektorn och föräldrarna.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisering runt övervikt var också ett stort hinder upplevde skolsjuksköterona. 	
<p>Stalter, A., Chaudry, R., & Polivka, B. 2010 USA</p>	<p>Syftet var att identifiera möjligheter och hinder av BMI screening i förskolan.</p>	<p>Kvalitativ studie. Fokusgrupper.</p>	<p>25 st skolsjuksköterskor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sjuksköterskor beskrev tidsbrist som ett hinder. - Vissa sjuksköterskor gjorde inget åt övervikten så länge alla andra parametrar var bra ex blodtryck. - Vissa sjuksköterskor upplevde inte BMI som ett bra mätinstrument. - Skolsjuksköterskorna ville förbättra skolans mat och aktivitet men det låg lägst i prioriteringar för skolan. 	<p>Medel</p>
<p>Steele, Ric G., Wu, Yelena P., Jensen, Chad D., Pankey, Sydni, Davis, Ann M., & Aylward, Brandon S. 2011 USA</p>	<p>Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter och upplevelse av arbete med barn som har obesitas.</p>	<p>Kvalitativ studie. Fokusgrupper.</p>	<p>22 st skolsjuksköterskor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deltagarna upplevde brist på kunskap och resurser. Att deras erfarenheter inte räckte till. - Upplevde att familjerna själva inte såg övervikten som ett problem och var därför inte heller motiverade till förändring. Fanns även kulturella skillnader av vad en normal kroppsvikt anses vara. - Deltagarna upplevde brist på stöd från skolan. 	<p>Hög</p>

<p>Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. 2009 Sverige</p>	<p>Syftet var att identifiera hinder och möjligheter för sjuksköterskor att applicera motiverande samtal som terapi för barn 5-7 år med övervikt och fetma.</p>	<p>Kvalitativ studie. Fokusgrupper med intervjuer.</p>	<p>10 st sjuksköterskor</p>	<p>Hinder: - Vissa såg övervikten som ett problem men hade inte motivation att göra något åt det. Vissa ansåg att övervikten inte var ett problem, utan att barnen skulle växa ur det. - Ett känsligt ämne att prata om, speciellt då föräldrarna själva var överviktigt. Sjuksköterskornas erfarenheter var då att vissa föräldrar skyllde övervikten på sitt barn och inte tog eget ansvar. Eller att de inte ville diskutera barnets vikt framför barnet för att de var rädda att barnen skulle skämmas. Möjligheter: - Sjuksköterskorna såg motiverande samtal som ett bra verktyg, gav möjlighet för individen att reflektera själv. - Sjuksköterskorna upplevde att familjerna kunde mycket om goda matvanor, för motiverade man dem så kom familjen oftast med egna förslag till förändring.</p>	<p>Medel</p>
<p>Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A.</p>	<p>Syftet var att beskriva skolsjuksköterskor erfarenhet av att arbeta</p>	<p>Kvalitativ studie. Intervjuer. Fenomenologisk grund.</p>	<p>6 st skolsjuksköterskor</p>	<p>- Deltagarnas upplevelse var att övervikt var ett känsligt ämne att prata om.</p>	<p>Hög</p>

J., & Larsson, M. 2018 Sverige	med överviktiga skolbarn.			<p>- Skolsjuksköterskan uppfattning om vem som var överviktig och inte var svårt att se med blotta ögat. Många upplevde en trygghet att kunna använda sig av mätinstrument för att enkelt kunna se vem som behövde stöd.</p> <p>- Deltagarna i studien upplevde att barn med obesitas och att de kände ett utanförskap och saknad av gemenskap på skolan.</p> <p>- En upplevelse av att ibland behöva stödja både föräldern och barnet beskrevs. Att vissa föräldrar var för upptagna med sig själv och omotiverade till att förändra matvanor och aktivitetsnivå. Detta ledde till en känsla av otillräcklighet hos skolsjuksköterskan.</p>	
---	------------------------------	--	--	--	--

Bilaga 2. Söktabell från PubMed.

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
------------------	--------	---------------	------------------	-------------------	-----------------------	----------------

Pubmed 12/3-19	Nurs* experience AND pediatric obesity	publikationsår 2009-2019	22	6	4	Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A., & Larsson, M. (2018). To break the weight gain—A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school.
Pubmed 12/3-19	Nurs* attitude* AND child obesity	publikationsår 2009-2019	110	47	36	<p>1. Robinson, A., Denney-Wilson, E., Laws, R., & Harris, M. (2013). Child obesity prevention in primary health care: Investigating practice nurse roles, attitudes and current practices.</p> <p>2. Bonde, A. H., Bentsen, P., & Hindhede, A. L. (2014). School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity.</p> <p>3. Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. (2013). Obstacles to the prevention of the overweight and obesity in the context of the child health care in Sweden.</p> <p>4. Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. (2012). Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study.</p> <p>5. Steele, Ric G., Wu, Yelena P., Jensen, Chad D., Pankey, Sydni, Davis, Ann M., & Aylward, Brandon S. (2011). School nurses' perceived barriers to discussing</p>

						<p>weight with children and their families: A qualitative approach.</p> <p>6. Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children.</p>
--	--	--	--	--	--	---

Bilaga 3. Söktabell från Cinahl.

Databas Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Cinahl 12/3-19	Nurs* experience AND pediatric obesity	publikationsår 2009-2019	15	7	3	<p>1. Powell, S. B., Engelke, M. K., & Neil, J. A. (2018). Seizing the Moment: Experiences of School Nurses Caring for Students With Overweight and Obesity.</p> <p>2. Scroeder, K., & Smaldone, A. (2017). What barriers and facilitators do school nurses experience when implementing an obesity intervention?</p>

Cinahl 12/3-19	Nurs* attitude* AND Child obesity	publikationsår 2009-2019	32	20	13	<p>1. Morrison-Sandberg, L. F., Kubik, M. Y., & Johnson, K. E. (2011). Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses.</p> <p>2. Regber, S., Mårild, S., & Johansson 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.</p> <p>3. Stalter, A., Chaudry, R., & Polivka, B. (2010). Facilitating Factors and Barriers to BMI Screening in Schools.</p>
-------------------	---	-----------------------------	----	----	----	--