



SEKTIONEN FÖR HÄLSA OCH SAMHÄLLE

Specialistutbildning med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp

DS8150 Examensarbete i omvårdnad 15hp

Faktorer som påverkar sjuksköterskans preventiva arbete med överviktiga barn och deras familjer – en litteraturstudie

Datum: 09-03-26
Författare: Cecilia Olsen
Marie Perixon

Handledare: Birgitta Johansson
Examinator: Eva Clausson

Preventivt arbete med överviktiga barn och deras familjer

Författare: Cecilia Olsen och Marie Perixon

Handledare: Birgitta Johansson

Litteraturstudie

Datum: 09-03-26

Sammanfattning

Bakgrund: Övervikt bland barn har ökat och är nu ett hälsoproblem i samhället världen över. Övervikt som uppkommer redan i barndomen kan bestå upp i vuxen ålder och påverka individens livskvalité och hälsa negativt. **Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie var att belysa vilka faktorer som kan påverka sjuksköterskans preventiva arbete med överviktiga barn. **Metod:** En allmän litteraturstudie genomfördes och baserar sig på elva vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Resultatet visade att ett antal faktorer påverkade det preventiva arbetet. En stor andel av föräldrarna upplevde inte sitt barn som överviktigt trots att mätningar visade motsatsen. Föräldrarna var medvetna om sin viktiga roll i att skapa sunda vanor men hade inte förmågan till att göra livsstilsförändringar. Samhällsfaktorer påverkade i stor utsträckning familjens livsstil. Även sjuksköterskans förmåga att följa rekommenderade riktlinjer påverkade överviktspreventionen. **Slutsats:** Olika aktörer i samhället måste samarbeta och en medvetenhet bör finnas om att föräldrarna har en viktig roll för att lyckas i det preventiva arbetet. Genom att sjuksköterskan är medveten om sina egna och familjens föreställningar kan resurser lyftas fram som ökar familjens motivation till livsstilsförändringar.

Nyckelord: barnövervikt, familjen, prevention

Factors influencing nurses' preventive work among overweight children and their families

Author: Cecilia Olsen och Marie Perixon

Supervisor: Birgitta Johansson

Literature review

Date: 09-03-26

Abstract

Background: Overweight among children has increased and it is now a health problem in societies all over the world. Early development of overweight may result in overweight or even obesity at grown up age and may then have a negative impact on the person's health and quality of life. **Purpose:** The purpose of this literature study was to point out which factors that may affect the nurse in the preventive work with overweight children. **Method:** A literature study based on eleven scientific articles was performed. **Result:** The result showed that there were a number of factors that affected the preventive work. A large portion of the parents did not consider their child overweight even though measurements showed the opposite. The parents were aware of their importance in the work of creating healthy habits, but were at the same time not capable of actually changing their lifestyles. Society factors affected the family's lifestyle to a great extent. The nurse's ability to follow recommended directions also affected the prevention of overweight. **Conclusion:** Different parts of society have to cooperate and there must be a consciousness of the parents' importance in the preventive work. By being aware of her own as well as the family's beliefs, the nurse can highlight resources within the family which will increase the motivation to change their life style.

Keyword: child overweight, family, prevention

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	8
Genomförande/Analys	9
RESULTAT	9
Faktorer i familjen.....	10
Faktorer hos sjuksköterskan.....	11
Faktorer i samhället.....	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Slutsats	18

REFERENSER

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

Övervikt och fetma hos barn är ett snabbt växande hot mot folkhälsan (1). Familjen har stor betydelse och är mycket viktig för denna grupp (2). Att arbeta inom barn - och skolhälsovård som sjuksköterska, där det förebyggande arbetet har sin naturliga plats, erbjuder en möjlighet att komma i kontakt med dessa barn och deras familjer för tidiga preventiva insatser (3).

Redan på 90-talet slog Världshälsoorganisationen (WHO) fast att övervikt och fetma var ett växande globalt folkhälsoproblem, som inte enbart drabbade den rika världen, utan även fanns i utvecklingsländerna (4, 5). Övervikt och fetma har uppnått epidemiska nivåer, cirka 1,6 miljarder vuxna och minst 22 miljoner barn under fem år är överviktiga (6). De senaste 25 åren har prevalensen av övervikt och fetma ökat två till tre gånger i de flesta länder i Europa, Australien och USA (7). Enligt Folkhälsoinstitutets rapport 2005 var 2,1 miljoner överviktiga och 630 000 led av fetma i Sverige. Ett antal studier gjorda i Sverige visar varierande förekomst av övervikt och fetma hos barn. I åldrarna fyra till 18 år var 14 till 23 procent överviktiga och en till fyra procent led av fetma (7).

Barn avser varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt lag (8). WHO definierar övervikt och fetma som onormal eller överdriven fettansamling som kan försämra hälsan (6). Body mass index (BMI) är ett sätt att identifiera övervikt och fetma i befolkningen (2, 9). Uträkning av BMI görs genom att kroppsvikten mäts i kilo och divideras med kroppslängden i meter i kvadrat (9, 10). BMI tar inte hänsyn till muskelvikt eller hur fettet är fördelat i kroppen (5). Center for Disease Control (CDC) och Expert Committee on Obesity evaluation and treatment rekommenderar att BMI används som ett verktyg att hitta och klassificera barn med övervikt och fetma (9, 10). Den skala som CDC rekommenderar innehåller variationer att mäta individuella avvikelser och tar även hänsyn till ålder och kön. Ett BMI som ligger mellan 25 och 30 är att räkna som övervikt och BMI över 30 betecknas som fetma (9).

Övervikt och fetma är ett problem att ta på allvar under barnåren. Enligt Janson (2003) kan detta problem leda till sänkt livskvalitet och ökad sjuklighet (11). Det

finns inga förändringar i våra arvsanlag som kan förklara ökningen av övervikt och fetma, utan det är vårt sätt att leva samt den miljö vi lever i som har förändrats (1, 11). I en studie framkom det att överviktiga barn löper stor risk att drabbas av fetma i vuxen ålder jämfört med normalviktiga barn (1). Av de förskolebarn som idag lider av fetma kommer mellan 20-30 procent att lida av fetma i vuxenålder (12). WHO rekommenderar att prevention mot övervikt och fetma i barndomen är av högsta prioritet (4, 6).

Det preventiva arbetet är enligt WHO en process som ger människor möjlighet att förbättra sin hälsa (13). Preventivt arbete delas upp i tre olika nivåer som primärprevention, sekundärprevention och tertiärprevention (14). Primärprevention innebär att förebyggande åtgärder riktas mot speciella risker så att inte ohälsa uppkommer. Sekundärprevention innebär att tidigt upptäcka ohälsa och riskbeteende och förhindra sjukdom eller ohälsa. Vid tertiärprevention görs insatser för att förhindra konsekvenserna av redan etablerad sjukdom (14).

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska ingår det i yrkesutövandet förmåga att stärka patienten till god hälsa genom ett hälsofrämjande arbetssätt (15). Grunden i distriktssköterskans arbete är möten med människor i alla åldrar och bygger på ett etiskt och holistiskt förhållningssätt. I arbetet ingår att stödja patientens delaktighet och stärka egenvårdsförmågan samt förstå individens och familjens resurser i ett hälsofrämjande perspektiv vilket kan motivera till livsstilsförändringar (15).

I arbetet med överviktiga barn och deras familjer är ett holistiskt synsätt nödvändigt. Med det menas att se helhet utifrån deras fysiska, psykiska, emotionella och andliga dimensioner och att sätta in detta i familjens kontext (16). I det preventiva arbetet är det viktigt att förstå hur olika aspekter av familjens funktion och interaktion kan påverka hälsan. Sjuksköterskan kan vara den som i olika sammanhang kan hjälpa familjen att främja sin livsstil (17). Sjuksköterskan kan i sitt preventiva arbete med familjen använda en familjebedömning enligt Calgarymodellen vilken synliggör familjens egna resurser. Varje händelse eller förändring hos en familjemedlem kan komma att inverka på alla de övriga

medlemmarna i olika omfattning som bildligt kan beskrivas som en mobil - då en figur kommer i rörelse rör sig även alla de andra (3).

En uppgift för familjen är att lära barn och ungdomar att få goda vanor i fråga om till exempel måltider och aktivitet (17). Under barndomen spelar föräldrarna en särskilt viktig roll för barns utveckling (18). Att förstå barns attityder till mat och deras beteende är viktigt för barns hälsa. Mycket talar för att de matvanor som man skaffar sig som barn har man med sig som vuxen. Det har även visat sig att det barnet äter påverkar hälsan i vuxenålder (18). Många föräldrar är idag osäkra på föräldrarollen och behöver professionell vägledning av den typ som barn- och skolhälsovården ger (17).

Bemötande och god kunskap om kommunikation kan vara ett bra arbetsredskap för sjuksköterskan att använda i alla möten med barn och föräldrar. Det bör finnas en förmåga att kunna anpassa kommunikationen till barnets ålder och mognadsgrad (19, 20). I en avhandling gjord av Baggens (2006) vid Linköpingsuniversitet analyserades samtal inom barnhälsovården. De visade tydligt på att det var den professionella, det vill säga sjuksköterskan, som dominerade samtalet. De råd som gavs till föräldrarna utgjordes av färdiga problemlösningar. Föräldrarnas uppfattning om hur det aktuella problemet skulle lösas frågades det inte om (21). I boken "Överviktiga barn" beskrivs skolsköterskans roll som betydelsefull i rådgivningen till barn och föräldrar. Oftast är det skolhälsovården som först ser vad som håller på att hända. Skolsköterskans insats kan avgöra den fortsatta problemutvecklingen och vara det som får barn och föräldrar att tänka till och våga göra en förändring på egen hand (11). Genom att utveckla effektiva preventions- och interventionsstrategier för barn med övervikt och fetma ökar chansen att undvika ohälsosamma konsekvenser av problemet (22). Sjuksköterskan som arbetar inom barn- och skolhälsovård har en unik möjlighet att påverka detta genom sitt preventiva arbete så att dagens barn och deras familjer får en ökad livskvalitet genom livet (23).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans preventiva arbete med överviktiga barn och deras familjer.

METOD

Design

Metoden som användes var en allmän litteraturstudie med strukturerad sökning. Denna metod lämpar sig för att få en översikt över kunskapsläget och befintliga forskningsresultat (24).

Urval

Empiriska studier med kvalitativ och kvantitativ ansats inkluderas i studien. För att få fram så aktuella forskningsresultat som möjligt var studierna publicerade mellan åren 2005 – januari 2009. Materialet som användes i studien var skrivit på engelska språket. I studien inkluderades barn med övervikt/fetma i åldrarna två till tolv år samt deras familjer. Exklusionskriterier var barn med dubbeldiagnoser och vuxna.

Datainsamling

Sökning av artiklar till studien gjordes i fyra databaser som ansågs relevanta för området: Cinahl, PubMed, Psyk-info och Elin@Skåne. Sökningarna redovisas i ett sökschema (se bilaga1). Sökord valdes utifrån syftet och översattes från engelska till svenska med hjälp av lexikon. Sökorden som användes var overweight, obesity, child, parent, family, nurs, prevention och barrier. Trunkering gjordes till sökorden parent, child och famil. För att begränsa sökningen användes inklusionskriterier och exklusionskriterier (25). Artiklarna bedömdes vad det gäller kvaliteten utifrån granskningsprotokoll för kvalitativa och kvantitativa studier (24). Urvalet av artiklar gjordes genom granskning av titlar och abstract. De 15 artiklar som stämde överens med syftet skrevs ut i fulltext eller beställdes via biblioteket och lästes igenom i sin helhet. Av dessa 15 artiklar valdes fyra ut som svarade mot studiens syfte. Ytterligare artiklar söktes manuellt via dessa artiklars referenslistor.

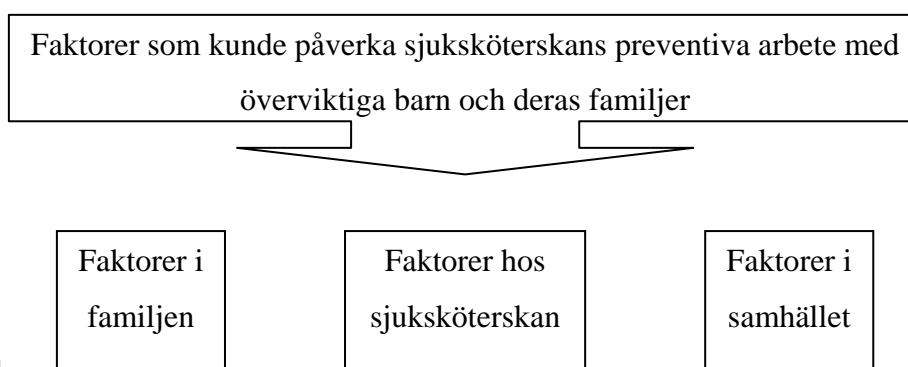
Denna manuella sökning gav ytterligare sju artiklar som svarade mot studiens syfte.

Genomförande/Analys

Under litteraturstudiens arbetsgång användes Fribergs (2006) olika faser för att genomföra studien steg för steg (24). Artiklarna översattes och lästes igenom i sin helhet med ett kritiskt förhållningssätt av båda författarna enskilt. Därefter diskuterades innehållet gemensamt så att artiklarna uppfattades likvärdigt detta för att undvika felaktiga slutsatser. Författarna bedömde artikelns kvalitet som god om 80 % av frågorna i granskningsmallen som användes besvarades med ett ja (24). De artiklar som valdes ut till litteraturstudien redovisas i en artikelöversikt (se bilaga 2). Analysen av artiklarna utgick ifrån syftet och innebar ett strukturerat arbetssätt vilket betyder att ur en helhet togs delar ut som senare i processen skapade en ny helhet (24). Artiklarna jämfördes utifrån likheter och skillnader och av detta bildades kategorier och underkategorier som användes för att presentera resultatet. Alla artiklar som svarade mot studiens syfte har redovisats. De inkluderade studierna var redan granskade av etisk kommitté (25). Artiklar har inte valts bort efter egen förförståelse.

RESULTAT

I arbetet med överviktiga barn och deras familjer fanns det faktorer som kunde påverka sjuksköterskans preventiva arbete. Dessa faktorer identifierades och sorterades in under kategorierna familjen och sjuksköterskan med tillhörande underkategorier (figur 1).



Figur 1.

Faktorer i familjen

Familjens förmåga att göra livsstilsförändringar berodde på hur stor beredskap föräldrarna hade att göra dessa. I en studie beskrevs att föräldrarna befann sig i tre olika förändringsfaser (26). Faktorer som påverkade föräldrarna till att göra livsstilsförändringar var om barnet var äldre än åtta år, om övervikten sågs som ett hälsoproblem samt när föräldrarna själva var överviktiga. När föräldrarna såg orsaken till övervikten som genetisk eller trodde att övervikten skulle växa bort fanns en låg förmåga till att göra livsstilsförändringar (26). Föräldrarna såg att de påverkade sina barn både positivt och negativt och insåg att de var viktiga personer som hade stor inverkan på familjens livsstilsbeteende (26, 27, 28). Det fanns en medvetenhet om att deras matvanor och aktivitetsnivå inte var så hälsosam trots att de hade kunskap om vad hälsosam livsstil var (27, 28). Föräldrarna belyste att goda matvanor skulle införas när barnen var små. Medvetenheten skapade ett intresse för att få idéer till förändring i sina barns ätbeteende (27). Barnen hade en uppfattning om vad som var hälsosam respektive ohälsosam mat. Föräldrarna bekräftade detta men trodde däremot inte att barnen visste vilka konsekvenser ohälsosam mat kunde få för deras hälsa (28). Tidsbrist och daglig stress samt begränsad ekonomi var faktorer som påverkade vilken typ av mat som föräldrarna valde att tillaga till sina barn (27, 28). Familjer med hög inkomst hade däremot större möjligheter att kunna göra hälsosamma val (27).

I en studie där föräldrarna fick uppskatta sin egen och sitt barns vikt framkom att endast en fjärdedel av föräldrarna såg sitt barn överviktigt (29). Nästan hälften av föräldrarna som själva var överviktiga såg sig som normalviktiga. Av de barn som led av fetma såg en tredjedel av mödrarna dessa som normalviktiga (29). Liknande resultat framkom i en annan studie som visade att barnens aktuella vikt skilde sig från föräldrarnas uppfattning. Mer än hälften av föräldrarna till överviktiga barn såg dem som normalviktiga och lika många som hade barn med fetma såg dem som överviktiga (30). Föräldrarna var mindre benägna att identifiera övervikt hos söner än hos döttrar (29, 30, 31). Föräldrarnas oförmåga att uppskatta sitt barns vikt påverkades även av etnicitet. Däremot kunde man inte se något samband mellan föräldrars inkomst, utbildning eller åldern på barnet i hur föräldrarna uppskattade sitt barns vikt (29, 30, 31). Över tid följdes flickor under olika ålders

perioder från familjer där föräldrarna var överviktiga och jämfördes med normalviktiga familjer (31). Där framkom att risken var större att utveckla övervikt i åldern fem till sju år än mellan sju till nio och nio till elva år. Flickorna från familjer med överviktiga föräldrar hade betydande högre BMI och större andel kroppsfett än flickor från normalviktiga familjer (31).

Faktorer hos sjuksköterskan

Det framkom att föräldrarna upplevde att skolan och familjen inte samarbetade i att uppmuntra till hälsosam livsstil (28). Tre fjärdedelar av sjuksköterskorna var medvetna om problemet med barnövervikt och insåg betydelsen av behandling (32, 33). De flesta sjuksköterskorna hade föreställningen att barnövervikt ökade risken för kroniska sjukdomar samt att övervikt var ett stort problem att komma till rätta med (33). Många kände sig inte rustade att identifiera övervikt och ta tag i problemet samt att bemöta dessa familjer. Hälften av sjuksköterskorna hade uppfattningen att föräldrarnas engagemang oftast var bristfälligt. Nästan hälften ansåg sig inte ha förmåga att uppskatta vilket engagemang föräldrarna hade till att göra förändringar som var positiva för deras barn (33). Barnövervikt upplevdes av sjuksköterskor som ett svårt och känsligt problem att ta upp med familjen och oro fanns att deras relation skulle påverkas negativt (34). Lång arbetslivserfarenhet påverkade förmågan att kunna stödja och undervisa familjerna att göra hälsosamma val (32). Kunskap inom området inhämtades genom vetenskapliga artiklar samt på Internet. De flesta av sjuksköterskorna var medvetna om att det fanns rekommendationer för barnövervikt men endast hälften av dem använde dessa i det preventiva arbetet. Medvetenheten om de förebyggande riktlinjerna ökade benägenheten att användas i praktiken (32). Sjuksköterskorna tyckte att deras uppgift var att göra föräldrar uppmärksamma på deras barns övervikt och lyfta fram det men ansåg det inte som sin sak att ta tag i problemet, utan detta var ett familje- och samhällsproblem (34).

Ett flertal studier visade att BMI-skalan inte användes rutinmässigt för att bedöma eller identifiera övervikt (32, 33, 35). Vana och kunskap saknade i att arbeta med BMI-skalan och det fanns oenighet att implementera detta arbetsredskap på arbetsplatsen (35). Nästan tre fjärdedelar av sjuksköterskorna använde endast

tillväxtkurvor där de såg förändringar över tid och några använde ögonmåttet för att bedöma barnens vikt. Tveksamhet fanns till om BMI-skalan var tillförlitlig och oro fanns för att stigmatisera barn som överviktiga. Ett färdigt dataprogram underlättade arbetet vilket ökade användandet. En femtedel av sjuksköterskorna såg BMI-måttet som ett värdefullt redskap som kunde användas på ett vetenskapligt och objektivt sätt. Sjuksköterskan kunde med BMI-måttet visa föräldrar och deras barn att övervikt var ett hälsoproblem utan att skuldbelägga familjen. Några sjuksköterskor ansåg att det fanns ett värde i att veta barnets BMI för att kunna gå vidare med exempelvis utredning av blodsocker och blodtryck. Ett hinder till att använda BMI-skalan var att sjuksköterskorna var skeptiska till de behandlingsmetoder och deras resultat som fanns för barnövervikt (35). De upplevde också att det fanns lite evidens för de behandlingsmetoder som fanns att tillgå och var också skeptiska till om enbart råd om diet och fysisk aktivitet var av betydelse för barns övervikt (34).

Faktorer i samhället

Brist på tid, resurser och när stöd saknades från arbetsledningen var faktorer som gjorde att sjuksköterskorna undvek att engagera sig i problemet med barnövervikt (32, 33, 34). Andra hinder sjuksköterskorna såg var den amerikanska livsstilen, familjens attityder och deras brist på resurser (32, 33). Familjens attityder innefattade förnekelse, brist på motivation och kulturella influenser. Amerikansk livsstil innebar mycket data- och TV- tid, lättillgänglig snabbmat samt ohälsosam kost i skolan. När familjen hade dålig ekonomi, brist på tid samt bodde i område där det inte fanns tillgång till en säker utemiljö hindrade detta till hälsosamma vanor (32, 33). Om tillgång till dietist, informations broschyrer och undervisning fanns ansåg sjuksköterskorna att detta ökade familjens möjlighet till delaktighet (32).

Olika livsstilskrav som stress och tidsbrist upplevdes av föräldrarna som ett hinder till fysisk aktivitet (28). Föräldrarna ansåg att den lokala skolmiljön både inne och ute samt den miljön som fanns ute i samhället påverkade barns fysiska aktivitet. Dålig trafiksäkerhet, långt till skolan, små skolgårdar och minskad skolidrott sågs

också som hinder till fysisk aktivitet vilket oroade föräldrarna (28). Tillgången till hälsosam mat var begränsad i områden där låginkomsttagare bodde. Dessa områden dominerades av ett ökat antal lättillgängliga snabbmatsrestauranger som erbjöd billig mat (27, 28). Barnen hade möjlighet att köpa ohälsosam mat i skolmatsalen som de trodde var hälsosam vilket föräldrarna upplevde som ett hinder till hälsosamma matvanor (28). Vilken mat överviktiga barn tyckte om och valde att äta påverkades av den sociala samvaron. Denna påverkan sågs inte bland normalviktiga barn (36). Föräldrarna upplevde att deras födoämnesval påverkades av matindustrins marknadsföring (27). I en studie från Australien framkom att reklam och förpackningar för ohälsosam mat gjordes lockande. Mellanmålsutbudet som fanns på marknaden upplevdes av föräldrarna som gigantiskt, vilket gjorde att det var svårt att välja mellan de olika alternativen (28). Media påverkade barn att äta snabbmat genom åldersanpassad reklam (27). Medveten marknadsföring och reklam som riktade sig till barn skapade förvirring t e x visste barnen att potatis var nyttig mat vilket gjorde att reklamen för chips uppfattades som ett hälsosamt val (28). Föräldrarna föreslog att reklam skulle rikta sig till hälsosam mat och hur den påverkade kroppen. De efterlyste även utbildning för att själva kunna utveckla strategier till att vägleda sina barn och skapa sunda vanor i familjen (28).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Målet med databassökningarna var att göra så likartat som möjligt. Inklusionskriterier av barn i åldern två till tolv år valdes för att vara relevant till vårt arbetsområde som distriktssköterskor inom barn- och skolhälsovård. För att belysa det aktuella läget inom forskningen begränsades sökningen till åren 2005 - 2009. Årtalsbegränsningen kanske påverkade att tidigare forskning gått förlorad. Fördelen kan vara att resultatet går att jämföra med nutidens livsstil och då enklare kan omsättas i praktiken. Databassökningarna gjordes av författarna tillsammans och detta upplevdes som en styrka. Begränsningen av antalet databaser samt valet av sökord och hur de kombinerades kan ha begränsat och påverkat studiens resultat (se bilaga 1). Flera av artiklarna hittades som dubletter i olika databaser och därmed ansågs sökningarna som relevanta och sökningen kunde betraktas som

färdig. Manuell sökning gjordes på alla framtagna artiklars referenslistor både de som inkluderats och exkluderats. Denna sökning gav ytterligare artiklar som var relevanta till studiens syfte. Att endast fyra artiklar är inkluderade från databassökningen kan ses som en svaghet i arbetet. Anledningar till detta kan vara att artiklar sorterades bort då de inte svarade mot studiens syfte, ålder på barnen stämde inte med inklusionskriterierna eller var artiklarna inte vetenskapliga. En helt ny sökning kunde kanske ha utförts med ett annat resultat som utfall, men tidsbrist gjorde inte detta möjligt. Även vår oerfarenhet av databassökningar kan ha påverkat vårt resultat negativt. Artiklar på svenska, danska eller norska framkom inte i sökningarna. Detta kan bero på att forskare publicerar sina studier i internationella vetenskapliga tidsskrifter på engelska. Bristande kunskaper i engelska språket kan bidra till att fel slutsatser dragits av artiklarnas resultat.

En styrka i arbetet kan vara att artiklarna lästs och översatts av båda författarna enskilt och sedan diskuterats tillsammans och därefter sammanstälts för att undvika missförstånd. När artiklarna var översatta och analyserade blev det klart vilka kategorier och underkategorier som kunde användas vid sammanställningen av resultatet (24). Materialet flyttades runt tills det fanns en röd tråd igenom hela arbetet. I vår litteraturstudie har vi valt sjuksköterskan som enhetlig yrkesbenämning trots att det i vissa artiklarna har förekommit andra yrkesbenämningar.

Studien innehåller både kvantitativa och kvalitativa studier vilket kan vara en styrka då olika information framkom ur artiklarnas resultat (25). Artiklar som inkluderades är från USA, Storbritannien och Australien. Resultatet kanske hade påverkats om studier från fler länder hade varit representerade. Ingen av de funna artiklarna som svarade mot syftet var gjorda i Sverige därför kan kanske inte resultatet helt jämföras med svenska förhållanden.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att en stor andel föräldrar var omedvetna om sitt barns övervikt eller uppskattade barnets vikt felaktigt. Föräldrarna var däremot medvetna om att de påverkade sina barns livsstil både positivt och negativt, samt insåg att de

var viktiga personer för sina barn. Trots att det fanns en viss kunskap om hälsosamma vanor kunde föräldrarna inte alltid leva upp till dessa. Det visade sig att familjens livsstil också påverkades av olika faktorer i samhället. Resultatet visade också att en stor andel av sjuksköterskorna inte använde de rekommenderade riktlinjerna som fanns.

I två artiklar visade resultatet på att föräldrarna uppskattade sina barns vikt felaktigt och var inte medvetna om barnets övervikt (29, 30). Detta kan möjligen bero på okunskap eller oförmåga att vilja eller kunna se övervikten. Föräldrarna kan ha bristande kunskap och vara omedvetna om viktproblemet eller ser de inte övervikten som ett hot mot barnets hälsa (23, 37, 38). Påtaglig brist på medvetenhet sågs bland mammor till barn mellan tre till fem år vilket kopplades till rådande hälsobudskap, att det var viktigt att yngre barn växte som de skulle. Då föräldrarna själva var överviktiga såg de oftast inte sina barns övervikt. Dessa fynd belyste övervikt och fetma som ett problem för hela familjen (23, 38). I de familjer där båda föräldrarna var överviktiga fanns en stor risk att barnen blev överviktiga i tidig ålder (31). Mammor med låg inkomst såg barnets övervikt som ett bevis på god hälsa (37). Föräldrar hade olika förutsättningar och möjligheter att se och tolka sitt barns vikt. När föräldrarna tillfrågas om sina upplevelser kan deras föreställningar komma fram vilket kan vara värdefullt för sjuksköterskan och familjen i den fortsatta kontakten.

Det fanns en medvetenhet hos föräldrarna att deras livsstilsbeteende påverkade deras barn både positivt och negativt samt att goda vanor skulle skapas tidigt i livet (26, 27, 28). Föräldrarna hade också kunskap om hälsosamma vanor men hade svårt att leva upp till dem (27). Orsaker till att familjen inte orkar leva upp till en hälsosam livsstil kan kanske bero på vårt stressade samhälle där båda föräldrarna arbetar heltid och där tidsbristen är stor. Kirkevold menar att familjen har en hälsofrämjande funktion mot sina barn. Den innebär att förbereda barnen med goda vanor så att inte hälsan eller livet sätts på spel (17). Litteraturen tyder på att föräldrarna kunde vara nyckeln till barns övervikt (23, 34). Föräldrar är barns förebilder och deras beteende påverkade i sin tur hur barnets beteende utvecklades (18, 28, 32). Livsstilen har övergått från gemensamma måltider med familjen till

att barn i allt större utsträckning äter ensamma. Om familjen åt tillsammans hade föräldrarna lättare att skapa goda vanor och uppmuntra till hälsosamma val (9, 39). Då barn inte fick vägledning i portionsstorlek och födoämnesval kunde detta leda till en ökad risk för barnövervikt (9, 18, 36, 40). Familjens livsstil påverkas i hög grad den enskilda medlemmens förmåga att förhålla sig till sin egen livsstil (17). Syftet med det preventiva arbetet är att stödja och ge möjlighet till att kunna göra hälsosamma val med respekt och förståelse för individens egna förutsättningar (14).

En viktig uppgift för sjuksköterskan kan kanske vara att få föräldrarna att bättre inse vilken viktig roll de har gentemot sina barn. Denna insikt kan leda till större motivation att göra livsstilsförändringar. När sjuksköterskan var medveten om vad som påverkade familjens förmåga till livsstilsförändringar ökades möjligheterna till att stödja och hjälpa (26). Om sjuksköterskan inte hade förmåga att rikta sitt hälsobudskap till hela familjen minskades möjligheten till lyckad behandling och preventiva åtgärder (27, 33, 41). Genom ett familjefokuserat arbetssätt utifrån Calgarymodellen kan sjuksköterskan tillsammans med familjen skapa en struktur att arbeta utifrån i sin fortsatta kontakt. Hon kan här använda sig av ett genogram och en ekokarta för att göra familjens resurser tydliga (17).

I kommunikationen med familjen kan sjuksköterskan ta hjälp av olika samtals-tekniker som t.ex. hälsofrämjande- eller motiverande samtal. Ett hälsofrämjande samtal hjälpte till att skapa nya föreställningar, idéer och möjligheter för att kunna komma till rätta med ett problem och syftade till att skapa en kontext till förändring (42). Hälsosamtalet fokuserade på resurser och styrkor som fanns i familjen för att kunna göra hälsosamma val i nuet och i framtiden (20). I en avhandling drogs en slutsats att föräldrarna sällan blev tillfrågade om sina åsikter eller erfarenheter av att lösa problem. Det visade sig att sjuksköterskan ofta styrde upp besöket inom barnhälsovården i en viss riktning (21). Motiverande samtal används idag inom hälso- och sjukvården för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet och har starkt stöd i forskningen (43). Det motiverande samtalet hjälper barnet eller familjen att reflektera över sig och sin egen verklighet för att komma i kontakt med de tankar och känslor som kan utlösa den inre motivationen som gör

att en förändring kan uppstå (20, 44). Med ett familjefokuserat arbetssätt och en god kommunikation kan sjuksköterskor stötta och stärka barn med övervikt och deras familjer till att ändra sitt beteende till att bli mer hälsosamt. På så sätt kan bättre förutsättningar skapas för att lyckas med det preventiva arbetet där barnen kan vara de stora vinnarna.

Samhället påverkade i allt större utsträckning barn och deras familj via massmedias reklambudskap (27, 28). Familjens kunskaper om hälsosamma vanor kanske grundar sig på det budskap som samhället och massmedia förmedlar. En ökad kunskap om hur mat och fysisk aktivitet påverkar kroppen kanske behövs för att kritiskt kunna bli medveten om vilka val som bör göras i familjen. Yttre faktorer kunde ha en negativ inverkan på barns vanor (1, 39). Om familjen ska kunna skapa sunda levnadsvanor i dagens samhälle krävs det att föräldrar är aktiva och kunniga konsumenter för att kunna göra hälsosamma val (41). Därför bör kanske skolan och kommunen engagera föräldrarna så att deras kunskap ökas i hälsa, beteendeförändringsstrategier och hur hemmiljön kan förändras. När föräldrarna involverades i och fick kunskap om överviktens konsekvenser ökade deras förmåga att göra livsstilsförändringar (23, 28). Barn- och skolhälsovården har en unik möjlighet att påverka familjen till att ge sina barn goda vanor tidigt i livet (41). Hälsosamtalet inom skolhälsovården är en individuell hälsoundervisning som syftar till att få eleven att se sambandet mellan hur individen mår och livsstilen (20). Orem talar om att egenvårdsbrist är knuten till egenvårdsbegränsningar vilket innebär en begränsning i personens eller familjens kapacitet för egenvård. Tre typer av begränsningar nämns: begränsad kunskap, begränsad förmåga att bedöma samt begränsad förmåga att utföra handlingar som ger resultat (45). Likt ringar på vattnet kan goda vanor på sikt skapa en positiv förändring i hela samhället. Det preventiva arbetet mot barnövervikt är både en nationell och global utmaning (7). Här har sjuksköterskan med sin kompetens inom barn- och skolhälsovård en viktig roll i samarbetet med andra aktörer i samhället.

I resultatet framkom det att en del av sjuksköterskorna som arbetade inom barnhälsovården inte följde de rekommendationer som fanns (32, 33, 35). En

faktor som påverkade följsamheten var att det saknades klara riktlinjer som riktades till både barn och deras föräldrar. Detta kunde påverka sjuksköterskan till att inte ta tag i problemet (34). Ett annat hinder som sjuksköterskan kunde stöta på var brist på föräldrars engagemang och stöd till sina barn (33, 46). Hälsoövervakningsprogrammet agenda inom barnhälsovården styrde sjuksköterskans arbete i stället för att se till familjens individuella behov (21). I en artikel rekommenderades det att använda BMI-måttet som ett praktiskt redskap för att tidigt upptäcka barnövervikt (35). Det visade sig i en annan studie att vissa sjuksköterskor inte såg några fördelar med att använda BMI-måttet utan ansåg istället att medvetenheten om övervikten behövde ökas samt att föräldrarna behövde utbildning för att uppnå bättre resultat med interventionerna (46). Tidsbrist i arbetet sågs i flera av artiklarna som ett stort hinder till att kunna implementera bra interventioner (32, 33, 34, 35). Även brist på resurser på arbetsplatsen sågs som hinder till att uppföljningen av problemet blev bristfällig (46). Oenighet i arbetsgruppen (35) samt dålig support från arbetsledningen var faktorer som påverkade sjuksköterskan i sitt dagliga arbete (32, 33). Genom ökad kunskap och förmåga att ta till sig nya rekommendationer kan sjuksköterskor kanske känna sig bättre rustade att möta problemet med barnövervikt. Om barnhälsovården strukturerar och fokuserar sitt preventiva arbete efter de behov som finns så kan kanske bättre resultat uppnås trots rådande resurs- och tidsbrist.

Slutsats

Medvetenheten om föräldrarnas betydelse och de faktorer som kan påverka arbetet i kontakten med överviktiga barn och deras familjer ökar möjligheterna till att bättre lyckas med interventioner och nya preventionsstrategier kan utformas. Egna föreställningar om de faktorer som hindrar oss i det preventiva arbetet med överviktiga barn behöver medvetandegöras. Sjuksköterskor med ett familjefokuserat arbetssätt har en unik position inom det preventiva arbetet och kan bidra med kompetens och kunskap tillsammans med andra aktörer. Behov finns av fortsatt forskning inom området för att se om de svenska förhållandena överensstämmer med det som framkommit i resultatet om överviktiga barn.

REFERENSLISTA

*Artiklar använda i resultatet

1. Munsch S, Hasenboehler K, Michael T, Meyer A H, Roth B, Biedert E, Margraf J. Restrained eating in overweight children: Does eating style run in families? *International Journal of Pediatric Obesity* 2007; 2: 97-103.
2. Nowicka P, Flodmark C-E. Barnöversikt i praktiken – evidensbaserad familjeviktsskola. Lund: Studentlitteratur; 2006.
3. Wright L M, Leahey M. Familjevård. Lund: Studentlitteratur; 1998.
4. Cole T J, Bellizzi M C, Flegal K M, Dietz W H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medicine Journal* 2000; 320: 1240-1243.
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU – rapport 2004. Förebyggande åtgärder mot fetma. [Elektronisk] Tillgängligt: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Forebyggande-atgarder-mot-fetma/> [090114].
6. World Health Organization (WHO) 2004. Diet and physical activity: a public health priority [Elektronisk] Tillgängligt: www.who.int/dietphysicalactivity/en/ [080315].
7. Folkhälsoinstitutet (FHI) 2005. En handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. [Elektronisk] Tillgängligt: http://www.fhi.se/templates/Page_5602.aspx?&MSHiC=65001&L=9&W=%C3%B6kad+En+I+aktivitet+befolkningen+f%C3%B6r+fysisk+goda+handlingsplan+matvanor+och+'&Pre=%3CFONT+STYLE%3D%22color%3A+%23000000%3B+background%2Dcolor%3A+%23FFFF00%22%3E&Post=%3C%2FFONT%3E [090114].
8. FN:s konvention om barnets rättigheter antagen av FN:s generalförsamling den 20 november 1989. [Elektronisk] Tillgängligt: <http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-hela-texten> [090114].
9. Barlow S, and the Expert Committee. Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and

- Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics* 2007; 120: 164-192.
10. Jabre P, Sikias P, Khateer-Menassa B, Baddoura R, Awada H. Overweight children in Beirut: prevalence estimates and characteristics. *Child: Care, Health & Development* 2005; 31 (2): 159-165.
 11. Janson A, Danielsson P. Överviktiga barn – en handbok för föräldrar och proffs. Stockholm: Forum; 2003.
 12. Kim J, Must A, Fitzmaurice G M, Gillman M W, Chomitz V, Kramer E, McGowen R, Peterson K E. Incidence and Remission Rates of Overweight Among Children Aged 5 to 13 Years in a District-Wide School Surveillance System. *American Journal of Public Health* 2005; 95 (9): 1588-1594.
 13. Medin J, Alexanderson K. Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
 14. Andersson I. Epidemiologi för hälsovetare – en introduktion. Lund: Studentlitteratur, 2006.
 15. Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska 2008. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf> [090223].
 16. Kristoffersen N J. Allmän omvårdnad 1. Stockholm: Liber AB; 1998.
 17. Kirkevold M. Familjen i ett omvårdnadsperspektiv. Stockholm: Liber AB; 2002.
 18. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *The British Journal of Nutrition* 2008; 99 (1): 22-25.
 19. Fossum B. Kommunikation, samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2007.
 20. Arnesdotter Å, Olander Å, Ragneskog H. Hälsosamtal – en utmaning för skolsköterskan. *Vård i Norden* 2008; 88 (28): 57-59.
 21. Baggens C. Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården. Doktorsavhandling Linköpings universitet. Institutionen för Tema - Tema Kommunikation, 2002.

22. McCallum Z, Wake M, Gerner B, Baur L A, Gibbons K, Gold L, Gunn J, Harris C, Naughton G, Riess C, Sanci L, Sheehan J, Ukoumunne O C, Waters E. Outcome data from the LEAP (Live, Eat and Play) trial: a for childhood overweight/mild obesity. *International Journal of Obesity* 2007; 31(4): 630-636.
23. Howard K R. Childhood Overweight: Parental Perceptions and Readiness for Change. *The Journal of School Nursing* 2007; 23: 73-79.
24. Friberg F. Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbete. Lund: Studentlitteratur; 2006.
25. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
26. *Rhee K E, DeLago C W, Arscott-Mills T, Metha S D, Krysko Davis R. Factors Associated With Parental Readiness to Make Changes for Overweight Children. *Pediatrics* 2005; 116 (1): 95-101.
27. *Kelly L E, Patterson B J. Childhood Nutrition: Perceptions of Caretakers in a Low-Income Urban Setting. *The Journal of School Nursing* 2006; 22 (6): 345-351.
28. *Hesketh K, Walters E, Green J, Salomon L, Williams J. Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perception in Australia. *Health Promotion International* 2005; 20 (1): 19-26.
29. *Jeffery A N, Voss L D, Metacalf B S, Wilkin T J. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort. *British Medical Journal* 2005; 330: 23.
30. *Meize H, Evans A. Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Canadian Family Physician* 2007; 53: 1493-1499.
31. *Davison Krahnstoever K, Francis L A, Birch L L. Reexamining Obesogenic Families: Parents' Obesity - related Behaviours Predict Girls' Change in BMI. *Obesity Research* 2005; 13 (11): 1980-1990.
32. *Larsen L, Mandelco B, Williams M, Tiedeman M. Childhood obesity: Prevention practices of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2006; 18: 70-79.

33. *Wu T, Tudiver F, Wilson J L, Velasco J. Child Overweight Interventions in Rural Primary Care Providers in Southern Appalachia. *Southern Medical Journal* 2007; 100 (11): 1099-1104.
34. *Walker O, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Family Practice* 2007; 8 (5): 1-7.
35. *Flower K B, Perrin E M, Viadro C I, Ammerman A S. Using Body Mass Index to Identify Overweight Children: Barriers and Facilitators in Primary Care. *Ambulatory Pediatrics* 2007; 7 (1): 38-44.
36. *Salvy S-J, Kieffer E, Epstein L H. Effect of social context on overweight and normal-weight children's food selection. *Eating behaviours* 2008; 9 (2): 190-196.
37. Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardel J. Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal of Obesity* 2005; 29: 353-355.
38. Young R F, Schartz K L, Monsur J C, Neale A V. Primary Care of Overweight Children: The Importance of Parent Weight and Attitudes about Overweight: A MetroNet Study. *Journal of the American Board of Family* 2008; 21 (4): 361-363.
39. Rhee K. Childhood Overweight and the Relationship between Parent Behaviors, Parenting style, and Family Functioning. *The annals of the American Academy* 2008; 615: 12-37.
40. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm> [090114].
41. Perlhagen J, Flodmark C-E, Hernell O. Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen* 2007; 104 (3): 138-141.
42. Benzein E, Hagberg M, Saveman B-I. "Being appropriately unusual": a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nursing Inquiry* 2008; 15: 106-15.
43. Folkhälsoinstitutet (FHI). Metoder för goda matvanor. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.fhi.se/templates/Page_13461.aspx [090222].

44. Barth T, Näslund C. Motiverande samtal - MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes villkor. Lund: Studentlitteratur; 2006.
45. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur; 2000.
46. Hendershot, C, Telljohann S K, Price J H, Dake J A, Mosca N W. Elementary School Nurses' Perceptions and Practices Regarding Body Mass Index Measurement in School Children. *Journal of School Nurses* 2008; 24 (5): 298- 309.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Databas Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Sökord	Antal träffar	Sökord	Antal träffar	Antal använda artiklar
Cinahl 090115	overweight OR obesity	2005-2009 peer reviewed ålder 2-12 år	20841	child*	1881	famil* OR parent*	655	
fortsättning	nurs*	2005-2009 peer reviewed ålder 2-12 år	31	barriers	5			5 funna artiklar varav 2 artiklar inkluderade i studien.
Cinahl 090115	childhood obe- sity famil* OR parent* preven- tion barriers	2005-2009 peer reviewed ålder 2-12 år	3					3 funna artiklar varav 2 dubbletter. 0 artiklar inklu- derade i studien.
Pub Med 090115	overweight OR obesity	2005-2009 ålder 2-12 år human	149025	child*	17670	famil* OR parent*	17670	
fortsättning	nurs*	2005-2009 ålder 2-12 år human	1215	barriers	50			0 artiklar inklu- derades i studien.
Pub Med 090115	Overweight Or obesity child* parent* barriers	2005-2009 ålder 2-12 år human	30					11 funna artiklar varav 3 dubbletter. 1 artikel inklu- derad i studien.

Elin @ Skåne 090115	overweight OR obesity	2005-2009	17384	child*	2403	famil* OR parent*	543	
fortsättning	nurs*	2005-2009	47	barriers	3			3 funna artiklar varav 2 dubletter. 1 artikel inklu- derad i studien.
Elin @ Skåne 090115	childhood obesity famil* OR parent* prevention	2005-2009	60	Barriers	2			1 dubblett. 0 artiklar inklude- rade i studien.
PsykInfo 090115	overweight OR obesity	2005-2009 abstract human	4161	child*	2514	famil OR parent*	23	2 dubletter
fortsättning	nurs*	2005-2009 abstract human	749	barriers	27			1 dubblett. 0 artiklar inklude- rade i studien
PsykInfo 090115	childhood obe- sity famil* OR parent* preven- tion	2005-2009 abstract human	1571	barriers	48	nurs*	8	1 dubblett. 0 artiklar inklude- rade i studien.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Davison K K, Francis L A, Birch L L USA 2005.	Reexamining Obesigenic Families: Parents' Obesity- related Behaviors Predict Girls' Change in BMI.	Att se hur BMI förändrade sig över tid samt vilka livsstils vanor som fanns hos flickor i åldern nio till elva år.	Longitudinell kvanti- tativ studie. Överviktiga familjer jämfördes med normalviktiga familjer. 177 familjer jämfördes. Mätningar av BMI, kroppsfett, aktivitets- mönster och kostvanor.	De framkomna mätvärdena analyserades i ett dataprogram. Resultatet presenteras i tabeller.	Flickor i familjer med övervikt föräldrar har generellt ett högre BMI och en större mängd kroppsfett procentuellt. Utveckling av övervikt var störst i åldern fem till sju år.	God. Lång och svår tolkad metodbeskrivning.
Flower K B, Perrin E M, Viadro C I, Ammerman A S. USA 2007.	Using Body Mass Index to Identify Overweight Children: Barriers and Facilitators in Primary Care.	Att undersöka vilka attityder sjuksköterskor inom barn- hälsovården hade till att använda BMI för att identi- fiera övervikt hos barn.	Kvalitativ studie. Sex focusgrupper med sammanlagt 38 sjuk- sköterskor. Varje grupp bestod av fem till nio deltagare. Diskussion utifrån elva nyckel- frågor.	Samtalen spelades in och skrevs ut. Svaren kodades och samman- ställdes i teman som presenterade resultatet.	De hinder som framkom var avsaknad av förtrolighet, kunskap och enighet bland personalen att använda BMI skalan. Dataprogram som auto- matiskt gjorde uträkningen av BMI sågs som en möjlighet för att använda måttet.	God. Metod- beskrivning utförlig. Få deltagare.

Hesketh K, Walters E, Green J, Salomon L, Williams J Australien 2005.	Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perception in Australia.	Att se barn och föräldrars syn när det gäller sociala och miljömässiga barriärer till hälsosam mat och fysisk aktivitet.	Kvalitativ studie. Semistrukturerat urval från tre grundskolor. 119 barn i åldern sju till åtta år och tio till elva år samt 17 föräldrar bildade olika fokusgrupper. Aktiviteter som visades på foto användes för att sätta igång diskussioner.	Diskussionerna spelades in och materialet som framkom jämfördes och olika teman skapades genom grounded theory.	Föräldrars kunskap räckte inte till att göra hälsosamma val. En brist sågs i den lokala miljön. Reklam och media budskap skapade förvirring både bland föräldrar och barn.	God.
Jeffery A N, Voss L D, Metcalf B S, Alba S, Wilkin T J Storbritannien 2005.	Parents` awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort	Att utforska föräldrars medvetenhet av övervikt och fetma hos dem själva och sina barn samt vilken grad av oror som finns om övervikt.	Kvantitativ studie. Slumpmässigt urval av 227 barn och deras föräldrar. Frågeformulär besvarades och föräldrarna fick uppskatta sin egen samt barnets vikt före mätning.	Resultatet i form av BMI-mått sammanställdes och redovisades i tabeller.	Många av föräldrarna var omedvetna om sitt barns övervikt och kände inte heller någon oro.	God. Stort urval. Bra kortfattad metodbeskrivning
Kelly L E, Patterson B J Storbritannien 2006.	Childhood Nutrition: Perceptions of Caretakers in a Low-Income Urban Setting	Att kunna förstå vilket inflyttande kunskap och attityder har som påverkade födoämnes val i låginkomst familjer.	Kvalitativ studie. 17 föräldrar till barn i årskurs ett till tre inkluderades. Fyra fokusgrupper bildades och semistrukturerade intervjuer spelades in.	Det framkomna materialet bröts ner till koder och meningsbärande enheter. Tre frågeställningar bildades som presenterade resultatet.	Ekonomi, tidsbrist, familjetraditioner, kunskap och tillgången till snabbmat påverkade födoämnesvalet i familjen.	God. Få deltagare.

Larsen L, Mandleco B, Williams M, Tiedeman M USA 2005.	Childhood obesity: Prevention practices of nurse practitioners	Att beskriva vilka preventiva åtgärder sjuksköterskor gör samt vilka hinder och resurser som finns i arbetet.	Kvantitativ studie. Enkäter besvarades av 288 sjuksköterskor på 99 familjecentraler. Av dessa inkluderades 99 i studien. Frågorna besvarades på en likertskala.	Materialet analyserades deskriptivt och sammanställdes i ett dataprogram. Resultatet presenterades i olika tabeller.	Alla sjuksköterskorna var inte medvetna om de rekommendationer som fanns till att använda BMI. Hinder var familjens attityder, den amerikanska livsstilen samt brist på resurser både för familjen och för personalen som brist på tid och stöd från organisationen.	God Utförlig metodbeskrivning.
Meizi H, Evans A Storbritannien 2007.	Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care?	Att jämföra barnets aktuella vikt med föräldrars uppfattning av barnets vikt.	Kvantitativ jämförande studie med bekvämlighets urval. 335 föräldrar och deras barn i årskurs fyra till sex. Frågeformulär besvarades av föräldrar.	En logisk regressionsanalys studerade relationerna mellan de framkomna variablerna. Kategorier som framkom presenterades i tabeller.	Barnens aktuella vikt skilde sig från föräldrarnas uppfattning och många föräldrar underskattade sina barns vikt.	God. Stort urval.
Rhee K E, De Lago C W, Arscott-Mills T, Metha S D, Davis R K USA 2005.	Factors Associated With Parental Readiness to Make Changes for Overweight Children	Att beskriva föräldrars förmåga till att göra livsstilsförändringar när deras barn är överviktiga eller har riska att bli överviktiga.	Kvalitativ jämförande studie med bekvämlighets urval. 151 föräldrar och deras barn deltog. Frågeformulär besvarades i samband med besök på barnhälsovården.	Data analyserades i dataprogram. En algoritm användes för att bestämma grad av förändring.	Det framkom att olika faktorer påverkade vilken beredskap föräldrarna hade till att göra livsstilsförändringar när deras barn har risk för övervikt eller är överviktiga.	God. Utförlig metodbeskrivning.

Salvy S J, Kieffer E, Eppstein L H. USA 2007.	Effect of social context on overweight and normal-weight children's selection.	Förstå skillnader till sociala faktorer och matvanor mellan överviktiga och normalviktiga barn samt hur socialsamvaro påverkade deras matvanor.	Kvalitativ studie. Tre grupper bildades med 18 överviktiga barn och 21 normalviktiga barn i blandade konstellationer i åldern tio till tolv år. Barnen observerades i mat-situationer enskilt samt i grupp för att se om den sociala samvaron inverkade på mängden mat de åt. Vikt och längd mättes på samtliga deltagare.	Data som framkom vid observationerna analyserades med en multivariant analys. Den datan analyserades i sin tur i ett dataprogram vars resultat presenterades i tabeller.	De överviktiga åt betydligt mer när de var ensamma än de normalviktiga gjorde. De överviktiga barnen påverkades den socialsamvaro till skillnad från de normalviktiga barnen.	God. Utförlig metod som var svårtolkad.
Walker O, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. Storbritannien 2007	A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity.	Att utforska vilken syn allmän praktiserande läkare och sjuksköterskor hade på sin roll i behandlingen av överviktiga barn	Kvalitativstudie. 12 läkare och 6 sjuksköterskor från 11 kliniker. Intervjuer innehållande semi strukturerade frågor. Intervjuerna spelades in och skrevs ut.	Framkommen data analyserades med hjälp av framework analys. Nyckelbegrepp togs ut och det bildades tema som sedan användes för att sammanställa resultatet.	Resultatet visade att sjuksköterskorna tyckte att deras roll var att lyfta fram problemet med barnets vikt men ansvaret att lösa problemet med övervikt ansågs vara ett samhälls- och familjeansvar. Vissa faktorer visade sig påverka det preventiva arbetet.	God Utförlig beskrivning av metoden. Få deltagare.

<p>Wu T, Tudiver F, Wilson J L, Velasco J. USA 2007</p>	<p>Child overweight interventions in rural primary care practice: a survey of primary care providers in southern Appalachia</p>	<p>Att förstå vilka åtgärder som vidtas vid primärvårds centraler för att upptäcka barnövervikt.</p>	<p>Kvantitativ studie. 19 deltagare från en primärvårds central på landsbygden och 45 läkarstuderande. Ett frågeformulär besvarades.</p>	<p>Ur materialet framto- gs procentsatser som redovisades i fyra olika tabeller.</p>	<p>Många kände sig inte rustade att identifiera övervikt och ta tag i problemet samt att bemöta dessa familjer trots en medvetenhet om problemet.</p>	<p>God Urvalet svårt att förstå.</p>
---	---	--	--	--	---	--