

Vikten av vikt

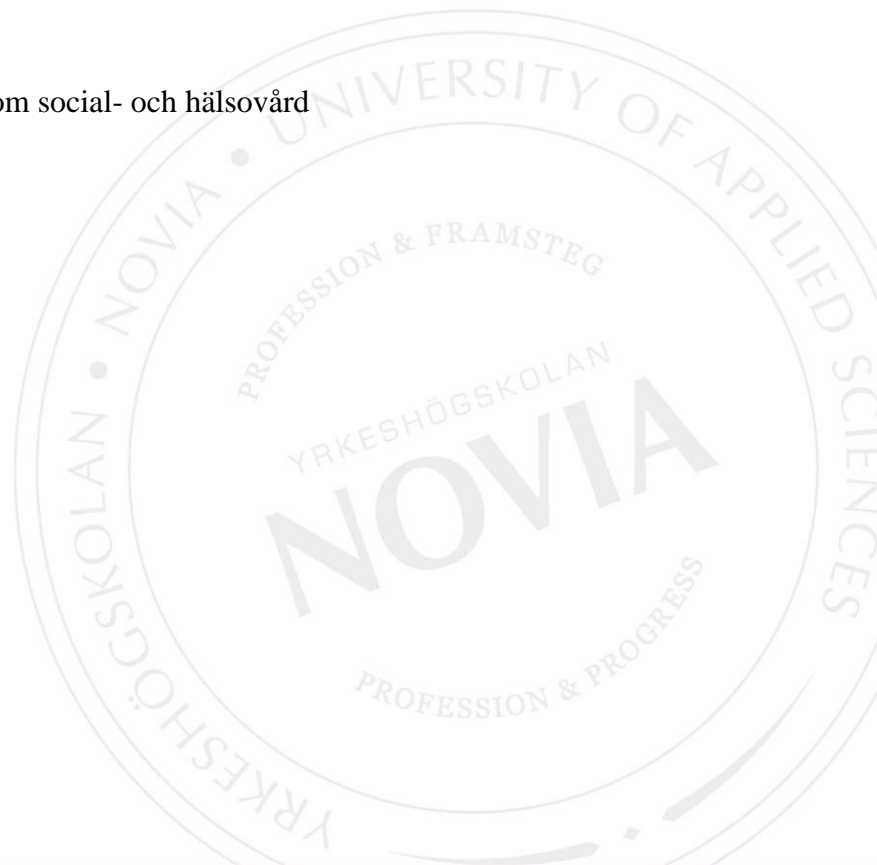
En kvalitativ intervjustudie i hur föräldrar till barn med övervikt upplever vården

Jessica Nordgren

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Ort och årtal: Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Jessica Nordgren

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anita Wikberg

Titel: Vikten av vikt – En kvalitativ intervjustudie i hur föräldrar till barn med övervikt upplever vården

Datum: 31.5.2018 Sidantal: 25 Bilagor: 2

Abstrakt

Antalet barn som lider av övervikt i västvärlden ökar i hög takt, med resultatet att viktrelaterade välfärdssjukdomar som diabetes typ2 och kardiovaskulära sjukdomar förekommer i allt lägre åldrar. Som förälder har man ansvar för barnets hälsa och välmående, och det är inte lätt som förälder att se och acceptera att ens barn avviker från det normala. Syftet med denna studie är att undersöka hur föräldrar till överviktiga barn upplever hjälpen de fått av vården och vilket bemötande de fått av vårdarna.

Som teoretisk utgångspunkt användes Nola Pender's Health promotion model. Studien är en kvalitativ intervjustudie där respondenten intervjuat fyra föräldrar till barn med överviktsproblem. Resultatet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom hur lite stöd föräldrarna känner att de får, den kränkande attityden och bemötandet de upplever från vårdare samt hur viktigt det är att våga diskutera problemet.

Språk: Svenska Nyckelord: Barn, övervikt, föräldrar, Health promotion model

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jessica Nordgren

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja(t): Anita Wikberg

Nimike: Painon tärkeys – haastattelututkimus siitä, miten ylipainoisten lasten vanhemmat kokevat hoidon

Päivämäärä: 31.5.2018

Sivumäärä: 25

Liitteet : 2

Tiivistelmä

Lihavuudesta kärsivien lasten määrä kasvaa nopeasti, minkä seurauksena painoon liittyvät hyvinvointitaudit, kuten 2- tyypin diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, esiintyvät yhä nuorimmissa iässä. Vanhempana olet vastuussa lapsen terveydestä ja hyvinvoinnista, eikä vanhempien ole helppoa nähdä ja hyväksyä, että lapset poikkeavat normaalista. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten ylipainoisten lasten vanhemmat kokevat hoidosta saamansa avustuksen ja hoidon, jonka he saavat sairaanhoitajilta.

Teoreettisena lähtökohtana käytettiin Nola Penderin terveyden edistämismallia. Tutkimus on kvalitatiivinen haastattelututkimus, jossa vastaaja haastatteli neljä ylipainoisten lasten vanhempia. Tulos analysoitiin kvalitatiivisella sisällönanalyysillä. Tulokset paljastavat, kuinka vähän tukea vanhempien mielestä he saavat, loukkaavaa asennetta ja vastausta, jota he kokevat hoitajilta, ja kuinka tärkeää on keskustella ongelmasta.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Lapsi, liikalihavuus, vanhemmat, Health promotion model

BACHELOR'S THESIS

Author: Jessica Nordgren

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: The weight of weight – a qualitative interview study of how parents to overweight children experience healthcare

Date: 31.5.2018 Number of pages: 25 Appendices: 2

Abstract

The number of children suffering from obesity in the western world is increasing rapidly, with the result that weight-related welfare diseases such as diabetes type2 and cardiovascular diseases occur at all ages. As a parent, you are responsible for the health and well-being of the child, and it is not easy for parents to see and accept that one's children deviate from the normal. The purpose of this study is to investigate how parents of obese children experience the help they receive from the care and what treatment they receive from the nurses.

The theoretical standing point in the paper is based on Nola Penders health promotion model. The study is a qualitative interview study where the respondent interviewed four parents of children with obesity problems. The result was analyzed by qualitative content analysis. The results revealed the lack of support the parents feel they receive, the offending attitude and the response they experience from caregivers, as well as how important it is to discuss the problem.

Language: Swedish
model

Key words: Children, obesity, parents, Health promotion

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar	3
3	Bakgrund	4
3.1	Vad är övervikt?	4
3.2	Riskfaktorer	4
3.3	Följsjukdomar	5
3.4	Föräldrarnas betydelse	6
4	Förebyggande arbete	6
4.1	Barnets tillväxt	7
4.2	Barnrådgivning	7
4.3	Förebyggande arbete i Europa.....	8
4.4	Finlands nationella fetmaprogram	8
5	Teoretisk utgångspunkt.....	10
5.1	Health promotion model	10
6	Metod och genomförande	12
6.1	Intervju.....	13
6.2	Val av informanter	13
6.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	14
7	Etiska överväganden.....	15
8	Resultat	16
8.1	Vårdares bemötande och inställning.....	16
8.1.1	Bemötande	16
8.1.2	Inställning.....	17
8.2	Hjälp och stöd	17
8.2.1	Hjälp.....	18
8.2.2	Stöd	18
8.3	Information.....	19
9	Resultatdiskussion.....	19
10	Metoddiskussion.....	21
11	Slutdiskussion	22
	Källförteckning	24
	Bilaga 1	
	Bilaga 2	

1. Inledning

Idag lever större delen av världens befolkning i länder där fler människor dör av övervikt och fetma än av undervikt. År 2016 var 41 miljoner barn under 5 år och 340 miljoner barn och ungdomar i åldern 5 till 19 år feta eller överviktiga. Det som en gång ansågs vara ett rikemansproblem har nu även börjat bli ett problem i låginkomstländerna, då antalet överviktiga barn under 5 år ökat med nästan 50 % sedan år 2000. (WHO, 2017)

Övervikt och fetma har under en lång tid varit bland de vanligaste hälsoproblemen för vuxna, men under de senaste decennierna har övervikt och fetma även blivit ett problem för barn och ungdomar. Sedan 1980-talet har överviktiga barn och ungdomar ökat till att var fjärde barn lider av övervikt i de rikare länderna (Agerberg, 2014). I Finland har antalet överviktiga 12–18 åringarna nästan tredubblats de senaste fyra decennierna, och även svårighetsgraden av fetma har ökat enligt en undersökning från NTTH (THL, uå).

Långvarig övervikt är direkt kopplat till flertalet sjukdomar, som t.ex. diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar samt olika ledproblem. Dessa är så kallade välfärdssjukdomar vars grund läggs redan i barndomen. (Agerberg, 2014) Som vårdare bör man förstå vikten av bra kost, motion och sömn genom hela livet. Överviktiga barn löper stor risk att bli överviktiga vuxna, vilket i sin tur medför en förhöjd risk för viktrelaterade sjukdomar. Studier har visat att fettceller som bildas i barndomen finns kvar för livet, dvs de kan krympa och vara små men finns alltid kvar. Det är därför viktigt att förebygga med råd om goda kost och motionsvanor, man tidigt bör sätta in behandling för barn med viktproblem, för att undvika ansamling av ett stort antal fettceller i tidig ålder. (Hedlund, 2014)

Att kämpa med vikten kan vara ett livslångt projekt och som vårdare bör man förstå bakgrunden till övervikt för att kunna ge rätt stöd och hjälp. Man bör även kunna bemöta barn och unga med viktproblem på ett professionellt sätt och skapa en god relation till dem och deras föräldrar, för att kunna behandla och diskutera viktproblemen samt hjälpa dem att få en sund livsstil och förebygga ätstörningar.

Enligt en artikel i Europeiska unionens officiella tidning (/EU, 2017) har hälsa ett värde i sig. Hälsa är en möjlighet och genom att investera i befolkningens hälsa kan landets ekonomiska och sociala utveckling förbättras. Över 60 % av överviktiga barn blir sannolikt överviktiga även i vuxen ålder, där fetmans hälsoeffekter och de ekonomiska konsekvenserna är välkända. Barn med övervikt eller fetma löper en större risk att utveckla typ 2 diabetes, astma, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar. Behandling av dessa sjukdomar försvåras dessutom av fetma, eftersom fetman gör att effekten av behandlingen minskar. (EU, 2014)

Fetma kopplas till dålig självkänsla och kan påverka livskvaliteten negativt. Orsakerna till övervikt är komplex och kan inte enbart skyllas på en sak, det är en kombination av många olika faktorer som kan orsaka viktproblem. Man vet dock att vissa personer har högre risk att drabbas av viktproblem, och i Europeiska unionens officiella tidning (EU, 2017) kan man läsa följande: *”Enligt vissa studier kan barnfetma kopplas till riskfaktorer såsom högt kroppsmasseindex (BMI) hos modern före graviditeten, prenatal exponering för tobak, onödigt stor viktuppgång hos modern under graviditeten och accelererad viktuppgång under barnets första 1 000 levnadsdagar.”*

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att ta reda på hur föräldrar till barn med övervikt upplever vården. Respondenten har egen erfarenhet av hur handlingar och attityder kan förstöra en vårdrelation mellan förälder och vårdpersonal, och vill genom detta arbete skapa en större förståelse bland vårdpersonal för betydelsen av bemötande av överviktiga barn och deras föräldrar samt bemötandets konsekvenser för framtida vårdrelationer.

Frågeställningar:

Vad känner föräldrar till barn med övervikt att de får för hjälp och stöd av vården?

Vilket bemötande får de av vårdpersonal?

Hur upplever de informationen som ges angående viktproblematik?

För att kunna svara på frågeställningarna på ett utförligt sätt har detta arbete begränsats till att undersöka övervikt hos barn i Finland. Detta är för att vården skiljer sig från land till land och resultat från olika länder därmed inte går att jämföra.

3. Bakgrund

I bakgrunden beskrivs definitionen av övervikt och hur mätningen av BMI skiljer sig från för vuxna, olika riskhöjande faktorer för övervikt samt föräldrarnas betydelse för barnets hälsa, för att ge läsaren en övergripande bild över de mångfacetterade orsakerna till övervikt hos barn, med förhoppningen att öka förståelsen för föräldrarnas behov av stöd och hjälp i denna situation. Övervikt i barndomen kan ge bestående psykiska och fysiska men, vilka beskrivs i bakgrunden.

3.1 Vad är övervikt?

Övervikt betyder att kroppen under en längre tid, på grund av många olika faktorer samlat på sig överflödigt fett. Övervikt hos barn kan inte mätas med traditionellt BMI, eftersom barns BMI kan variera kraftigt under uppväxten. Barn mäts istället med iso-BMI som tar hänsyn till såväl ålder som kön. Iso-BMI på 25 är övervikt samt iso-BMI på 30 är fetma. Som barn och ungdom räknas 2–18 åringar. Barn under 2 år anses inte vara överviktiga men man bör vara medveten om att grunden till övervikt och fetma läggs redan då. (Thorén & Marcus, 2017)

Övervikt kan även vara ett symtom på hormonella störningar, t.ex. hypotyreos, som är en sjukdom med symtom som ökad aptit, viktuppgång och trötthet. Olika ledsjukdomar som ger minskad rörlighet kan även vara den bakomliggande orsaken till viktproblem, samt olika epilepsimedicinering och kortison. (Brydolf, 2018)

3.2 Riskfaktorer

Barn till överviktiga föräldrar löper större risk för att själva drabbas av övervikt, även barn till föräldrar med låg utbildning eller låg socioekonomisk ställning har ökad risk att få problem med vikten (Käypähoito, 2017). Statistiskt sett har lågutbildade personer och personer med låg socioekonomisk status större benägenhet att äta ohälsosamt och har därmed större risk att utveckla övervikt och fetma. Fokus på förebyggande vård bör därmed

läggas på denna målgrupp (Derwig, 2014). I Finland har regionala skillnader observerats i förekomsten av överviktiga barn, övervikt är bl.a. vanligare i landsbygdsområden än i tätorter. (THL, uå)

Arvsanlag och genetik spelar även i samband med livsstilsfaktorer en stor roll, barnet kan ”ärva” övervikten i och med att mättnadskänslor, kroppsform, aptit och ämnesomsättning påverkas av generna. Barnet kan alltså vara känsligt för att gå upp i vikt vilket innebär att barnet samt hans föräldrar bör vara mer uppmärksamma på livsstilen och eftersträva en sund, hälsosam livsstil (Derwig, 2014).

I och med att människan biologiskt sett inte har förändrats nämnvärt sedan stenåldern finns förmågan att behålla fett i kroppen kvar, vilket ökar risken att utveckla fetma. Kroppen har så att säga en förmåga att gå i energisparläge om den tror att man svälter, vilket resulterar i att kroppen ger signaler som ökad aptit och födosökande. Kroppen kan alltså känna igen och försöka åtgärda tecken på undernutrition, men när det kommer till övervikt verkar inte kroppen kunna reagera med något liknande varningssystem. (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011)

3.3 Följdsjukdomar

Barn med övervikt eller fetma löper större risk att utveckla olika viktrelaterade sjukdomar som högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, insulinresistens, belastningsskador i leder, PCO syndrom, astma, fettlever och cancer. Övervikten är dock inte ensam orsaken till dessa sjukdomar då dessa sjukdomar ofta är ärftliga, men genom att förebygga övervikt kan man undvika eller skjuta upp sjukdomsdebuten. (Bengtsson, 2016; Thoren & Marcus, 2017)

Olika system som reglerar kroppens olika funktioner för att styra blodtryck, blodsocker och blodfetter kan bli överansträngda vid fetma (Martinez, 2014). Psykiska besvär som sänker livskvaliteten, så som ångest och depression, kan även orsakas av fetma (Torgerson, 2018). Studier tyder även på att barn med övervikt har en högre risk att utveckla prehypertension än normalviktiga barn, vilket i sin tur ger en högre risk att utveckla kardiovaskulära problem i framtiden (Redwine & Daniels, 2012)

Enligt en studie har barn med övervikt som även lider av astma fler symtom av astma än normalviktiga barn. Barnen med övervikt snarkar mer och har mer gastroesofagala besvär än normalviktiga barn. (Lang et al 2015)

3.4 Föräldrarnas betydelse

Som förälder är man ansvarig för att barnet ska få en hälsosam livsstil och bör själv föregå med gott exempel. Föräldern är den som bestämmer vad barnet äter, när barnet äter och hur mycket barnet äter. Måltider bör serveras enligt tallriksmodellen, och familjen kan gärna sitta ner tillsammans och äta. För att få en hälsosam livsstil kan barnets naturliga lekfullhet och nyfikenhet tas tillvara och uppmuntras genom lek och rörelse, gärna tillsammans med hela familjen. Exempelvis kan man vara ute och gå, leka olika fartfyllda lekar och dylika saker. Familjer med sämre ekonomi än genomsnittet kan informeras om nyttan med dessa enkla medel och uppmuntras att satsa på en aktiv vardag. Barnet ser och lär av föräldern, vilket hälsovårdaren på rådgivningen gärna kan diskutera med föräldern om. Om föräldern är väldigt inaktiv och äter onyttig mat lär sig barnet detta och tvärtom, om föräldern är aktiv och äter nyttigt lär sig barnet leva ett hälsosamt liv. (Derwig, 2014)

Enligt WHO (2009) har barn som ammas lägre risk att utveckla fetma, och den effekten förstärks ju längre barnet ammas. Barn som är överviktiga vid mer än ett mättillfälle vid 2–6 års ålder har större risk att behålla övervikten i skolåldern och därefter utveckla fetma vid vuxen ålder (Derwig, 2014).

4. Förebyggande arbete

Under uppväxten följs barnets tillväxt regelbundet med för att tidigt upptäcka eventuella avvikelser, både fysiska och psykiska. I detta kapitel beskrivs barnets normala tillväxt, rådgivningsbesök samt det förebyggande arbetet som görs, både nationellt och i Europa.

4.1 Barnets tillväxt

Barnets tillväxt börjas mätas genast då mamman blir gravid och man fortsätter mäta barnets tillväxt med jämna mellanrum tills hen blir 2 år, varefter mäts barnet en gång/år på rådgivningsbesöken. I åldern 2–5 år växer barnet i genomsnitt med 6–8 cm/år. Vikten ökar som mest på hösten och längden ökar mest på våren och sommaren. I åldern 2–5 år ökar vikten normalt med något kilo/år. (Gelander, 2011)

Barn är naturligt knubbiga och runda som bebisar, men från 18 månaders ålder börjar den slankare småbarnstiden, där babyhullet försvinner och barnet växer snabbare på längden än på vikten (Ekholm, 2016). I spädbarnsåldern består barnets näringsintag främst av fett, men från att barnet blir 2 år gammalt bör hens diet ändras till mindre fettrik för att förebygga framtida kroniska sjukdomar. (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011)

4.2 Barnrådgivning

På barnrådgivningen mäts barnets tillväxt från att det föds tills det kommer i skolåldern. Hälsovårdare mäter längd och vikt tillväxt samt huvudets omfång, för att följa med barnets tillväxt och tidigt kunna identifiera avvikelser. Resultaten av mätningarna läggs in på en tillväxtkurva som WHO har tagit fram genom att ta genomsnittet av ett antal barns längd och vikt vid vissa åldrar. Ett barn har alltid en egen kurva som ska ha en jämn tillväxt och ligger inom -2-+2 från normalkurvan. (Hagenäs, 2012)

I Finland förs mätdata kontinuerligt in från barnrådgivningen och skolhälsovården till databasen Avohilmo. Enligt den var 25% av pojkarna och 16% av flickorna i åldern 2–16 överviktiga och 7% av pojkarna och 3% av flickorna i samma ålder feta under tiden 1.6.2014-31.5.2015. Denna statistik kan dock inte tillämpas på hela landet, då täckningen av tillförsel av data till Avohilmo varierade med 0–88% mellan kommunerna. Dock blir siffrorna då mera skrämmande eftersom de istället fokuseras på det 60 kommuner som hade mer än 65% täckning, vilket innebär att antalet barn med viktproblem blir fler än om siffrorna kunnat tillämpas på hela landet. (THL, uå.)

4.3 Förebyggande arbete i Europa

EU har en handlingsplan mot barnfetma som är i kraft 2014–2020 (EU, 2014) och medlemsländerna uppmuntras att följa deras riktlinjer, eftersom det konstaterats att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder får gynnsamma effekter för befolkningen. Det framhålls även vikten av att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet, för att minska prevalensen av kroniska sjukdomar och icke-överförbara sjukdomar. Genom att prioritera hälsofrämjande vård kan man bidra till bättre hälsa och livskvalitet för befolkningen. (EU, 2017)

Program och strategier för att motverka och förebygga övervikt i syfte att hejda och minska antalet fall av barnfetma har funnits länge, men de har inte varit tillräckligt effektiva, eftersom det inte funnits någon enskild åtgärd som tillräckligt motverkar fetma. EU anser att frågan om barnfetma borde placeras högt upp på dagordningen, frågan måste prioriteras och olika sektorer måste samordna åtgärderna. Mer forskning behövs för att klargöra orsakerna till övervikt och fetma samt för att undersöka evidensbaserade strategier som främjar hälsosamma kostvanor och uppmanar till tillräcklig fysisk aktivitet genom hela livet. Ett barn i åldern 5–17 bör enligt WHO dagligen ägna sig åt minst 60 minuters måttlig till högintensiv träning, samt att de minst tre gånger i veckan bör utöva muskelstärkande aktiviteter. Hälsosamma barn har lättare att lära sig och utvecklas i skolan, vilket bidrar till att de har en bättre kapacitet för personlig utveckling och hög produktivitet genom hela livet. Barn i de flesta europeiska länder spenderar nästan en tredjedel av sitt dagliga liv i skola eller dagvård, vilket gör att man även där, i samarbete med föräldrar, bör sträva till sunda kostvanor och fysisk aktivitet. (EU, 2017)

4.4 Finlands nationella fetmaprogram

I Finland har institutet för hälsa och välfärd (THL) samordnat ett nationellt program: "Övervinna fetma - välbefinnande genom hälsosam kost och fysisk aktivitet". Syftet med programmet är att förhindra att människor blir överviktiga och att vända utvecklingen av fetma för att öka befolkningens hälsa och livskraft. Programmet pågår mellan åren 2012–2018 och är uppdelat i två perioder. Den första perioden pågick mellan åren 2012–2015 och den andra perioden mellan åren 2016–2018. Den andra perioden inriktades på att förebygga

fetma hos barn och ungdomar och förbättra samarbetet mellan olika aktörer och att främja jämställdhet i hälsan. (THL, 2018)

Programmets huvudmål är att minska antalet barn och ungdomar som växer upp till att bli överviktiga vuxna, minska antalet människor som blir överviktiga i vuxen ålder, minska skillnader i fetmaprevention bland befolkningsgrupper samt att hjälpa personer som riskerar fetma-relaterade tillstånd att gå ner i vikt och hjälpa dem förebygga viktökning. (THL, 2018)

Förutom huvudmålet finns ett antal delmål, vilka antingen är tänkta för hela befolkningen eller för specifika åldersgrupper. För att uppnå målet med programmet är framförallt ett omfattande samarbete mellan olika aktörer nödvändigt. Olika aktörer i samhället, som beslutsfattare, hälso- och sjukvårdspersonal, idrottsaktiviteter, skolor och dagis, folkhälso- och idrottsorganisationer samt livsmedelsindustrin kan alla fatta beslut och åtgärder för att främja folkhälsan och förebygga fetma. (THL, 2018)

Programmet anses framgångsrikt när de involverade parterna skapar nätverk och blir engagerade i att förebygga fetma, när främjande av hälsa och förebyggande av fetma beaktas vid all strategisk planering och beslutsfattande på lokal, regional och nationell nivå samt när beslutsfattare kan använda aktuell information i sitt beslutsfattande och miljön uppmuntrar till fysisk aktivitet. Övriga mål som visar att programmet varit framgångsrikt är när hälsosamma kostvanor är tillgängliga för alla. när förebyggande av fetma ingår i yrkes- och fortbildning inom hälsovård, utbildning, näring och fysisk aktivitet och riktlinjer för kost, fysisk aktivitet och klinisk praxis samt god praxis är välkända och i bruk samt att alla har tillgång till inkluderande och bemyndigande livsstilsrådgivning och hälsoövervakning samt stöd för hälsosamma val. (THL, 2018)

Målet med programmet är att skapa ett systematiskt samarbete för att främja folkhälsan. Institutet för hälsa och välfärd övervakar programmets framsteg och resultat genom forskning och hälsoövervakning. De rapporterar också om genomförda åtgärder. THL främjar programmålen och genomförandet av åtgärder genom informationsledning och samarbete med olika aktörer. (THL, 2018)

Vissa kommuner har utvecklat kommunala handlingsplaner som är baserade på det nationella fetmaprogrammet. Seinäjoki är en av dem och har hittills haft goda resultat. Genom att samordna ett lokalt program med målet *”att minska övervikt och fetma hos barn och ungdomar och att förebygga fetmarelaterade sjukdomar när de blir äldre”* har Seinäjoki kommun minskat övervikten bland barn och unga samt vänt trenden med alarmerande

viktkurvor. Kommunen finansierar projektet själv utan desto större statliga stöd, och efter de lovande årliga rapporterna har de gjort klart att projektet inte är tidsbegränsat utan är ett långsiktigt åtagande. (Frantti-Malinen, u.å.)

5. Teoretisk utgångspunkt

Denna studie tar stöd av Nola Penders Health promotion model (HPM). I denna modell visar Pender på hur hälsofrämjande beteende och sjukdomsprevention är i symbios. Främjande av hälsa är en viktig del av vården och hälsofrämjande vård i form av HPM beskrivs som ett beteendemönster motiverat av viljan att öka välbefinnande och aktualisera sin hälsopotential. Sjukdomsprevention beskrivs som ett beteendemönster motiverat av viljan att aktivt undvika sjukdom, identifiera sjukdom i ett tidigt skede eller bibehålla sina förmågor i mån av möjlighet trots sjukdom. (Pender, Murdaugh & Parsons. 2011)

5.1 Health promotion model

Nola Pender beskriver hälsa som aktualisering av medfödd och förvärvad mänsklig potential genom målriktat beteende, kompetent självomsorg och tillfredsställande relationer med andra, medan anpassningar görs efter behov för att upprätthålla strukturell integritet och harmoni med relevant miljö, vilket ligger som grund för hennes teori. (Pender, Murdaugh & Parsons. 2011)

Teorin sätter människan och hens tankar i fokus, den utgår från att man genom sina tankar och inställningar kan förändra sitt beteende. Teorin bygger på ett holistiskt vårdperspektiv, social psykologi och den sociala inlärningsteorin av Albert Banduras. Den sociala inlärningsteorin har en central roll i HPM, eftersom den framhåller vikten av den kognitiva processen när människan ska ändra sitt beteende. HPM fokuserar av åtta centrala begrepp som sjuksköterskan kan utgå från och använda sig av i vården. (Pender, Murdaugh & Parsons. 2011)

Centrala begrepp i teorin:

Person – en biopsykosocial varelse som dels formas av sin omgivning, men även söker efter sätt att forma sin omgivning för att utveckla sig själv och nå sin fulla potential

Miljö – den fysiska, sociala, kulturella tillvaron som omger människan

Vård – att samarbeta med familj, individer och samhälle för att uppnå den bästa möjliga tillvaron

Hälsa – aktualisering av medfödd och förvärvad mänsklig potential, genom målinriktat beteende, kompetent självomsorg, tillfredställande relationer med andra. Detta är något man kan påverka själv, hälsa är en kontinuerlig process som pågår livet ut.

Sjukdomar – akuta eller kroniska händelser som påverkar eller hindrar hälsa

Individuella karaktärsdrag och erfarenheter – hur personen reagerat och betett sig förut.

Personliga faktorer som ålder, kön, ras, etnicitet, personlighet socioekonomisk ställning

Beteendespecifik kognition och påverkan – genom mitt eget tankesätt kan jag ändra mitt liv och livsstil och därmed förbättra min hälsa

Resultat av beteende, hälsofrämjande beteende - hälsofrämjande beteende, målet med teorin

(Pender, 2011)

Teorin utgår från att man som människa har kraft att med tankar och målmedvetet beteende kunna uppnå hälsa. För sjuksköterskor är teorin viktig inom vården eftersom fokus sätts på att patienten ska med hjälp av sig själv, familjen och vården lära sig uppnå hälsa och bibehålla hälsan. Viktigast med teorin är att hälsa är något man själv kan påverka och att man måste jobba på att bibehålla sin hälsa.

The Health promotion model baserar sig på följande antaganden:

Människan försöker skapa sätt att leva på så vis att de kan uttrycka sin unika mänskliga hälsopotential

Människan har kapacitet att reflektera över sin självkänsla, samt bedöma sin egen kompetens.

Människan värdesätter personlig utveckling och försöker uppnå en personligt accepterad balans mellan förändring och stabilitet

Individen försöker aktivt reglera sitt beteende

Individen försöker i all sin komplexa biopsykosocialitet interagera med miljön, progressivt förändra omgivningen och samtidigt själva förändras med tiden

Hälso- och sjukvårdspersonal utgör en del av den interpersonella miljön, som utövar inflytande på personer under hela deras livslängd.

Själviniterade omändringar av individens miljö är viktig för beteendeförändringar

(Pender, 2011)

Respondenten valde att lyfta fram Nola Pender's Health promotion model, eftersom den passade bra in i studien i och med den hälsofrämjande fokuset. Aaron Antonovsky's teori om hälsans ursprung och känsla av sammanhang var en teori respondenten i början av studien jobbade med jämsides av HPM, men allt eftersom studien framskred valde respondenten att fokusera på HPM, då den kändes mera relevant och passade ihop med studiens syfte och frågeställningar. Respondenten använde främst HPM som stöd under utformandet av intervjufrågorna och under intervjuerna med föräldrarna. Under intervjuerna uppstod det flera diskussioner om hur HPM kunde tillämpas mera inom vården.

6. Metod och genomförande

Respondenten valde att göra studien som en kvalitativ intervjustudie, för att få en djupare förståelse i föräldrarnas upplevelser. Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Det innebär att studiens avsikt är tyda och förstå fenomen samt tolka människors egna upplevda erfarenhet för att skapa mening och förståelse. När man använder en kvalitativ forskningsmetod måste man kunna sätta sig in i informantens situation för att på så vis verkligen kunna förstå hens upplevelser och känslor. En förutsättning för att kunna

tolka och förstå informantens erfarenheter är att se världen ur informantens perspektiv. (Solvang & Holme, 1997)

6.1 Val av informanter

Syftet med studien var att lyfta fram hur föräldrar till överviktiga barn upplevt vården. Respondenten fick kontakt med fem informanter via sociala media, varav fyra valde efter en kort introduktion i ämnet (bilaga 1) valde att ställa upp på intervju. Informanterna var alla föräldrar som hade erfarenhet av vårdpersonalens inställningar till överviktiga barn och vilken slags stöd och hjälp som erbjöds. Alla informanter bor i svenska Österbotten. Informanterna fick själv bestämma om de vill träffas och bli intervjuade eller om de ville skriva svar själv, varav två informanter kände att de lättare kunde uttrycka sig i text och valde att skriva svar själva och två informanter ville träffas och berätta. Frågorna (bilaga 2) skickades i förväg till alla informanter via e-mail, och de informerades om att intervjun skulle bandas in, transkriberas och sedan förstöras efter studiens avslut. Alla informanter hade barn med överviktsproblem av olika grad. Barnen var i åldrarna 5–8 år och hade haft viktproblem större delen av sina liv. Alla informanter informerades om att deltagandet var frivilligt, att materialet behandlades konfidentiellt och de hade rätt att avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång.

6.2 Intervju

Respondenten valde att använda en semistrukturerad intervju. Det innebär att det finns ett övergripande tema på intervjun med vissa frågor respondenten vill ha svar på men att informanten samtidigt ska få berätta fritt. Denna typ av intervju är väldigt flexibel och kan liknas vid en vardaglig situation, där man sitter och diskuterar fritt. (Solvang & Holme, 1997)

Intervjufrågorna utformades enligt studiens syfte och frågeställningar. För att vara säker på att informanterna skulle förstå frågorna på det sätt respondenten syftar till, har respondenten

utfört två pilotstudier och modifierat frågorna utgående från hur pilotstudiens deltagare svarat och kommenterat.

6.3 Kvalitativ innehållsanalys

Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Det finns olika tillvägagångssätt när man gör en kvalitativ innehållsanalys, allt beroende på studiens syfte och frågeställningar. Respondenten valde att analysera enligt en modell som beskrivs av Arhne & Svensson (2015), där man delar in processen i tre delar.

Processens delar är:

Att sortera. I sorteringsprocessen blir man förtrogen med sitt material och läser materialet flera gånger. Detta för att kunna se materialet ur olika synvinklar, för att kunna göra ett första utkast i vad som faktiskt sägs och vad som informanten anser vara viktigt. I sorteringsprocessen ingår även kodning genom att märka ut viktiga ord och citat, som till exempel ofta sägs, är känsloladdade och viktiga för informanten. Dessa kategoriseras sedan för att ge en överblick över det viktiga i materialet.

Att reducera. I reduceringsprocessen väljer man ut vad som ska visas upp i analysen. I en kvalitativ studie finns det mycket material, men det som visas upp i analysen är enbart en bråkdel av allt insamlat material. Analytikern har här en delikat uppgift att reducera och komprimera materialet för att få ut det viktigaste och kunna återge en rättvisande bild av resultatet, utan att vara jävrig. I reduceringsprocessen ska analytikern välja ut det material som tydligast passar in i studien syfte och frågeställningar.

Att argumentera. I argumentationen kan analytikern skapa självständighet till befintlig teori och studier inom området. Analytikern ska argumentera med hjälp av sitt material, inte enbart redovisa det. I argumentationen kan analytikern ta stöd av teorin, för att kunna formulera sina fynd med hjälp av teoretiska begrepp.

Denna intervjustudie gav ett väldigt rikt material. Respondenten valde i början av datainsamlingen att sortera och försöka skaffa en överblickbarhet över materialet genom att så snabbt som möjligt efter intervjuerna lyssna igenom dem, transkribera och därefter märka

ut citat som kändes relevanta för studien. Allt efter att studien framskred och flera intervjuer var gjorda kunde respondenten få en överblick över gemensamma faktorer som kunde kategoriseras, vilka redovisas under resultatdelen.

7. Etiska överväganden

Övervikt är ett känsligt ämne, speciellt då det handlar om barn med viktproblem. Skribentens arbete utgår från principen att alla människor har lika värde och rättigheter, oavsett bakgrund och personliga egenskaper.

Eftersom studien görs som en intervju ska vissa faktorer beaktas. Informanter ska få information om vad medverkan innebär, att det är frivilligt samt att de när som helst kan avbryta sin medverkan. De ska även själva få bestämma om och hur de vill delta i studien. Efter att informanterna fått information om studien ska de få betänketid att bestämma huruvida de vill delta eller ej. Informationen som erhållits under studien behandlas konfidentiellt och kommer raderas efter studiens avslut. (Henricson, 2012)

Skribenten svarar för att etiken upprätthålls i examensarbetet genom att följa de etiska principerna om att inte skada och respektera människans värde. Skribenten samlar in och analyserar material med omsorg, respekterar forskningens resultat även om de inte stämmer överens med skribentens egna åsikter samt är ärlig och hederlig vid analys och presentation. Att plagiera, förvränga och fabricera material hör inte till god vetenskaplig forskning och skribenten svarar för att på ett ärligt sätt återge fakta vid presentation. (Henricson, 2012)

Examensarbetet skrivs i enlighet med Forskningsetiska delegationens (TENK) huvudprinciper gällande humanvetenskapliga forskningar. De viktigaste principerna är 1. självbestämmanderätt, att när man när som helst under studien får avbryta sin medverkan, 2. undvikande av skador under undersökningen, att man tar hänsyn till informantens mående under studien och att respondenten bryter intervjun vid behov och 3. Dataskydd och integritet, att all information som kan röja informantens identitet förvaras säkert och konfiskeras efter studiens avslut. (TENK, 2012)

8. Resultat

I detta kapitel beskrivs resultatet av den kvalitativa analysen respondenten gjort av intervjuerna. Under analysen kom det fram tre huvudkategorier ”Vårdares bemötande och inställning”, ”Hjälp och stöd” och ”Information”. Dessa kategorier har underkategorier vilka innehåller citat som tydliggör informanternas känslor. Eftersom studien är gjord i svenska Österbotten är citaten omskrivna till standardsvenska för att inte dialekten och de specifika dialektala ordvalen ska avslöja något om informanternas identiteter.

8.1 Vårdares bemötande och inställning

Alla informanter upplever att bemötandet varierar stort mellan vårdcentraler och sjukhus. De har både positiva minnen och negativa minnen och erfarenheter som gjort dem kritiska mot vissa vårdcentraler och vårdare.

”...man fick en sån känsla att det bara var ens eget fel att barnet hade problem”

”alltså blicken man får av vårdaren när barnet fortsätter väga för mycket... och pikarna!”

8.1.1. Bemötande

En informant berättar att hen hade haft viktproblem själv som ung, och när hen var på rådgivningsbesök med sitt barn hade det varit till samma hälsovårdare som hen själv haft som barn. Hälsovårdaren hade varit väldigt kritisk och klandrande mot informanten, och informanten upplevde att det var hen som direkt orsakat barnets viktproblem. Flera informanter berättar om hur vårdare haft pikande kommentarer angående barnets vikt då de varit i kontakt med vården, trots att de kommit till vården p.g.a. infektion och dylikt. En förälder berättade att hälsovårdaren sagt direkt åt barnet att hen är överviktig.

”Hen drog en djup suck då vi skulle in dit, men sa sen att vi vet ju säkert hur vi ska göra, det har ju gått bra med din (mammans) vikt.”

”Jag sa rakt ut åt hälsovårdaren att du inte pratar med mitt barn om hens vikt.”

”Mitt 7åriga barn kom hem från skolan och var jätteledsen, hälsovårdaren hade sagt åt hen att hen var tjock och måste sluta äta godis. Mitt barn äter inte ens godis.”

8.1.2. Inställning

Flera informanter upplevde vårdarnas inställning till barnens viktproblematik och dem som föräldrar som klandrande och negativ. Vissa tyckte att vårdarna rent av var elaka i sina kommentarer till föräldrarna, och reagerade starkt på att det sades inför barnen. En informant berättar om hur vårdaren suckat och verkat tycka att det inte kan vara så svårt att få barnet att få normalvikt, att det bara var lathet som orsakade problemen.

”...alltså den här hetsen kan ju orsaka anorexi...”

”det är ju bara att äta mindre och röra på sig mer”

8.2 Hjälp och stöd

Under denna kategori beskrivs den hjälpen och stödet respondenterna känner att de fått. Det varierade stort i hur mycket hjälp och stöd respondenterna fått, vissa hade mer negativ erfarenhet medan andra hade mer positiv erfarenhet. Variationen verkade till en stor del bero på vilken del av svenska Österbotten respondenterna bor.

”man vill ju veta vad man som förälder kan göra för att ens barn ska må bra”

”...känner ju att vårdaren ska kunna hjälpa en...”

8.2.1 Hjälp

Några informanter berättar att de fått lite tips på vad de kan göra rent allmänt, men de önskar att de skulle fått mera stöd och hjälp på en individuell nivå. De önskade även att hälsovårdaren skulle hjälpa dem reda ut varifrån viktproblemen kommer, för att på så sätt kunna åtgärda det. De flesta kände dock att de mest fått kritik. Flera föräldrar tyckte att det borde delas ut broschyrer på barngymnastik eller andra aktiviteter och att rådgivningen borde ha mer samarbete med kommun och fritidsgrupper för att kunna tipsa föräldrarna om de olika möjligheter och aktiviteter som finns. Detta var speciellt viktigt för de föräldrar som inte var från orten.

”Klart man fattar att det inte är bra att mitt barn är överviktigt... Men man känner ju att de borde kunna ge någon slags hjälp och stöd och inte bara peka på kurvorna.”

8.2.2 Stöd

Flera informanter känner att de inte fick så mycket stöd, utan det var mest kritiserande prat om att de måste minska vikten. De flesta informanterna upplevde stödet av hälsovårdaren som svagt och motvilligt, att de bara blev hänvisade vidare och att hälsovårdaren inte kändes kunnig inom området. Alla informanter ansåg att de borde fått mer stöd från vården. Två informanter önskade att dialogen med hälsovårdaren skulle vara öppen och att de skulle fått diskutera mer. En informant upplevde stödet från hälsovårdaren så dåligt att de inte längre går till barnrådgivningen, och en informant har bytt hälsovårdare till en annan som de upplevde som mer stödjande.

”Hen var så fast i sina broschyrer och viktkurvor, verkade inte riktigt bry sig när vi berättade om hur vårt liv såg ut och vad vi trodde var orsaken till viktproblemen.”

*”Man fick den känslan att hen inte riktigt kunde så mycket om orsaker till viktproblem, eller att hen ens ville diskutera det med oss. Hen pekade i princip bara på riktlinjerna från
THL”*

”alla dessa viktkurvor!”

8.3 Information

Alla informanter berättar att de inte fått så mycket information som de hade velat ha och behövt. De flesta kände att den information de fick var väldigt allmänt inriktad, och de skulle vilja få mer individanpassad information. Alla informanter ville ha mer information om hur de rent konkret ska gå tillväga för att förändra sin situation, och hur barnets tillväxt ska tryggas samt information om hur de kan förebygga framtida viktproblem. Informanterna kände att de inte fått tillräcklig information om framtida sjukdomar som barnen kan ha högre risk att få om de fortsätter vara överviktiga. Övrig information som informanterna kände att de velat ha var hur de själva skulle ta upp det med barnet på ett bra sätt.

”jag önskar att vi hade fått veta mer fakta, som det där om fettcellerna. Man har ju aldrig tänkt på att ett barn som är lite knubbigt kan få problem sen...”

”Jag tror ju inte på BMI. Det är så mycket annat som spelar in.”

9. Resultatdiskussion

I detta kapitel diskuteras de tre huvudkategorierna från resultatet mot bakgrunden och de teoretiska utgångspunkterna.

Under analysen av intervjuerna framkom att informanterna haft väldigt lika erfarenhet av vården och vårdarna. Eftersom informanterna är bosatta i olika delar av svenska Österbotten visade denna studie att vården inte skiljer sig nämnvärt mellan de olika kommunerna. Alla informanter var ense om att övervikt hos barn är ett otroligt känsligt ämne, men att det något man måste våga prata om, speciellt med tanke på alla följsjukdomar som kommer med övervikt. Även om alla informanter på något sätt upplevt sig kränkta och påhoppade av vårdare angående sina barns överviktsproblem, kände de att de fått upp ögonen för problemet. Informanterna kände att de ville diskutera viktproblemen med vårdare, men det alla upplevt var att vårdare sällan var intresserade av att hjälpa dem reda ut orsaken till övervikten eller hur de skulle gå tillväga för att få barnet till normalvikt, utan främst påpekade problemet och gick vidare till något annat. Två informanter berättade att de inte märkt att deras barn hade lagt på sig vikt, utan trott att barnen växt normalt. En informant berättar att hen hade oerhört svårt att acceptera barnets viktproblem eftersom barnet i hens

ögon var matglad men normalt byggd. En informant berättar att hen blev arg på vårdaren då hen tog upp viktproblemet, eftersom hen inte själv ansåg att barnet hade problem, men att hen efter ett tag själv såg problemet.

Som teoretisk utgångspunkt i denna studie beskrevs "Health promotion model" (HPM) av Nola Pender. Alla informanter var överens om att de hade velat ha mera hjälp och stöd av vården, och då gärna i form av aktivitetsprogram och lätta recept. Som de upplevde vården nu var det främst kritik och nedlåtande kommentarer de fick, ingen konstruktiv kritik eller annan hjälp. Under intervjuerna diskuterades även HPM, vilken informanterna blev positivt inställda till. Flera informanter kände att de skulle haft hjälp av någon form av diskussion i HPM stil, där de tillsammans med vårdaren skulle kunnat reda ut vart övervikten kommer ifrån och vad de som familj tillsammans kan göra åt det. Detta kan relateras till självhjälpen som är syftet med HPM (Pender, Murdaugh & Parsons. 2011)

Informanterna upplevde att det hetsades så mycket kring vikten att flera övervägde att hela sluta gå på rådgivningsbesök. Alla var överens om att det var väldigt svårt med barn och viktproblem, eftersom det så lätt kan bli ett problem för barnet hela livet, antingen med övervikt eller undervikt. Gemensamt för alla informanter var att de kände att de levde en hälsosam livsstil och därmed inte förstod hur barnen kunde ha problem med vikten. Dock berättade flera informanter att de själva alltid kämpat med vikten, samt att flera i närmaste familjen hade problem, vilket kan relateras till denna studies bakgrund, var det beskrivs hur genetiken kan inverka på vikten (Derwig, 2014).

Eftersom det kom fram att föräldrarna har väldigt lika erfarenheter av vårdare blev resultatet tydligare än respondenten först trott. Alla informanter var rörande överens om att de inte fått tillräcklig hjälp och stöd när de sökt hjälp, utan de hade alla fått vaga råd om hur de ska äta mindre och röra på sig mer. Informanterna hade upprepade gånger försökt hjälpa sina barn, men de kände att de inte hade tillräcklig kunskap. Några informanter sa att de hade ju självklart sökt själv på internet, men de blev osäkra på vad de skulle göra då mängden information man hittar på internet är ofantligt stor och många gånger var informationen motstridig. De hade gärna sett att vårdaren först och främst hade bemött dem på ett bättre sätt och visat empati, samt att vårdare skulle visat sig professionell och tagit itu med problemet istället för att skjuta över allt ansvar på föräldern. Alla informanter berättar att de ansåg att ansvaret för barnets vikt var på föräldrarna, men då inte egna kunskapen räcker till ville de ha hjälp från vårdare och att det var där det fallerade.

Men det som även kom fram under diskussionerna med föräldrarna var att man som förälder gör allt för sitt barn, och när vårdare uttrycker oro över barnets vikt blir man som förälder direkt på sin vakt och kan känna sig kränkt. Därmed bör vårdare vara ytterst försiktig med hur hen uttrycker sig, för att inte komma på kant med föräldern eftersom det lätt kan leda till att föräldern stänger av och misstolkar allt som sägs. Det som kom fram under diskussionerna med föräldrarna var hur de upplevde att vårdare sa rätt ut att de gjort något fel när barnet hade viktproblem och att det inte framkom fakta eller konkret hjälp hur de skulle gå vidare.

10. Metoddiskussion

I metoddiskussionen diskuteras de positiva och negativa aspekterna i arbetet med ett kritiskt förhållningssätt. Detta görs för att visa arbetets kvalitet, att man kan se på sitt arbete från en annan synvinkel och diskutera de olika arbetsmomenten och det egna arbetet. Genom metoddiskussionen kan man få insikt i vad som gått bra och vad som kunde ha gjorts annorlunda. (Henricsson, 2015)

Studien var till en början tänkt att skrivas som en litteraturstudie, med syfte att få en bredare överblick över orsakande faktorer till övervikt, men allt eftersom arbetet med bakgrunden framskred ändrades syftet med studien till att bli en kvalitativ intervjustudie i hur föräldrar upplever vården och vilken hjälp de får när barnet har problem med vikten.

Respondenten valde att göra intervjuer eftersom det är ett bra verktyg på många olika vis. Man får på en kort tid flera olika personers reflektioner, åsikter, känslor och perspektiv på det valda temat. Under en intervju får man även personernas reaktioner som skratt, gråt, språkbruk och uppgivenhet, vilka man inte får tillgång till av t.ex. en enkät. Det som kan vara negativt med intervjustudier är att man kan få så mycket material att det blir svårt att bearbeta materialet samt att man kan misstolka det som sägs och det då får en annan betydelse än vad informanten menat. (Arhne och Svensson, 2011)

Respondenten fick kontakt med fem föräldrar som till en början var intresserade av att ställa upp på intervju, varav en förälder i ett tidigt skede tyvärr valde att avbryta sin medverkan i studien. Två informanter intervjuades på en plats de själva valt, för att de skulle känna sig bekväma och två informanter valde att själva skriva ner sina svar. Intervjuerna spelades in

för att respondenten skulle kunna lyssna på dem flera gånger under analysen. Alla intervjuer analyserades inom en vecka efter intervjutillfället för att få ut det mesta av intervjun, såsom känslor och ansiktsuttryck.

När intervjuerna transkriberades understreckades viktiga uttryck och citat som svarade på frågeställningarna. Allt som understreckades kategoriserades sedan enligt vilken frågeställning de passade in på. Därefter granskades varje frågeställning och de citat som hörde dit för att få en tydligare bild av vad som sades. Analysen gjordes i enlighet med metodbeskrivningen i kapitel 5.

Eftersom respondenten gjorde studien ensam var det viktigt att hålla sig objektiv och inte låta egna åsikter spela in. Det blev under intervjuerna diskussioner som baserade sig på studien och intervjufrågorna, vilket var tacksamt eftersom det var tanken med den semistrukturerade intervjun. Dessa diskussioner gav resultat som tydligt visade missnöjet med vårdares inställningar och bemötande överlag.

En större studie skulle gett större tillförlitlighet, men eftersom studien gjordes i svenska Österbotten, där alla informanterna kom från olika områden men ändå hade snarlika erfarenheter, anser respondenten att studien ger rätt hög tillförlitlighet i hur situationen ser ut i det undersökta området. Det vore intressant att göra en större studie där man får svar av föräldrar från hela Finland, för att se om situationen och upplevelserna skiljer sig från svenska Österbotten.

11. Slutdiskussion

Respondenten hade inte väntat sig ett så här pass negativt resultat som det blev. Respondenten var medveten om att övervikt är ett känsligt ämne och att man som förälder kan känna sig värdelös och ansvarig för barnets överviktsproblem när det tas upp till diskussion av vårdare. I resultatet framkom det främst negativa upplevelser av vårdare och att det stöd föräldrar upplever sig ha fått var obefintligt. Eftersom känslor och hur man upplever sig ha blivit behandlad är personliga kan man inte dra den slutsatsen att alla vårdare har dåligt bemötande. Dock kan man som vårdare ta till sig av detta resultat och försöka tänka på bemötandet och fokusera på helheten och inte enbart en liten del, samt fokusera på

hur man ta upp problemet och kan hjälpa familjen utan att kränka dem. Ett gott bemötande är avgörande för vårdens kvalitet.

I bakgrunden hittade respondenten många olika faktorer som undersöks och tros vara de stora orsakerna till överviktsproblematik. Det som respondenten känner tydligt har kommit fram under studien är att övervikt sällan har en enda orsak, utan är en process som påverkas av många olika saker, som miljö, arv och status i samhället. Detta gör att det inte går att enbart peka ut en faktor som orsaken, utan när man utreder viktproblematik och hur det ska förebyggas och åtgärdas krävs det mer kunskap av vårdare för att kunna hjälpa föräldrarna och barnen. Vårdare behöver ha evidensbaserad kunskap om de olika faktorerna som spelar in i överviktsproblem och kunna se till helheten och bakgrunden till överviktsproblem.

Som vårdare bör man fokusera på individen, bemötandet och kunna ge råd utgående från evidensbaserad kunskap. Dessa barn med överviktsproblem behöver få hjälp direkt, för att undvika de förhöjda riskerna att få problem med hälsan under resten av livet.

Källförteckning

- Agerberg, M. (2014) *Ökar snabbast i fattiga länder*. www.lakartidningen.se
- Arhne, G., Svensson, P. (2015) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.
- Bengtsson, K. (2016) *Övervikt och fetma hos barn*. www.1177.se
- Brydolf, J. (2018) *Fetma*. www.1177.se
- Derwig, M. (2014) *Barns tillväxt – övervikt- rikshandboken*. www.rikshandboken.se
- Ekholm, L. (2016) *Barns tillväxt – bedömning av barns tillväxt – rikshandboken*. www.rikshandboken.se
- EU. (2017) Rådets slutsatser för att bidra till att ökningen av antalet fall av övervikt och fetma hos barn hejdas. *Europeiska unionens officiella tidning*. (2017/C205/03) <https://eur-lex.europa.eu>
- EU (2014) *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020*. <https://ec.europa.eu/>
- Frantti- Malinen, U. (u.å) *Lihavuus laskuun -ohjelma 2013-2020*. www.seinajoki.fi
- Gelander, L. (2011) *Barnets fysiska utveckling upp till 12 år*. www.1177.se
- Hagenäs, L. (2012) *Hur är tillväxtkurvorna gjorda*. www.rikshandboken.se
- Hedlund, F. (2014) *Ökad kunskap om fettceller ger hopp om att bekämpa fetmaepidemin*. Medicinsk vetenskap nr 4. www.ki.se
- Henricson, M. (2012) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Käypähoito. (2017) *Lihavuus (lapset)*. www.kaypahoito.fi
- Lang, J., Hossain, J. & Lima J. (2015) Overweight children report qualitatively distinct asthma symptoms: Analysis of validated symptom measures. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Volume 135, Issue 4, s 886 - 893.e3
<https://doi.org/10.1016/j.jaci.2014.08.029>
- Martinez, E. (2014) *Fetma*. www.1177.se

Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2011) *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson education.

Pender, N. (2011) *Health promotion model manual*.

https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf

Redwine, K., Daniels, S. (2012) Prehypertension in Adolescents: Risk and Progression *The journal of clinical hypertension*. Volume 14, Issue 6, s 360-364

<https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2012.00663.x>

Solvang, B. & Holme, I. (1997) *Forskningsmetodik-om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

THL (2018) *Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2018*. www.thl.fi

THL (uå) *Lihavuuden yleisyys Suomessa*. www.thl.fi

Thorén, A; Marcus, C. (2017) *Fetma hos barn*. www.internetmedicin.se

TENK (2012) http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Torgerson, J. (2018) *Obesitas, uppföljning och behandling i primärvården*. www.internetmedicin.se

WHO (2009) *Infant and young child feeding*. <http://www.who.int/en/>

WHO (2017) *Obesity and overweight*. <http://www.who.int/en/>

Bilaga 1.

Informationsbrev

Hej!

Jag heter Jessica Nordgren och studerar till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag skriver mitt examensarbete om barn med överviktsproblem och har valt att fokusera på föräldrarnas upplevelser av vården. Eftersom upplevelser och känslor är individuella har jag valt att använda mig av intervjuer för att samla material till studien. Det insamlade materialet kommer transkriberas, analyseras och därefter förstöras. Alla uppgifter kommer förvaras säkert och alla deltagare är anonyma genom hela arbetet. Deltagandet är frivilligt och ni har rätt att avbryta er medverkan när som helst under studien. Citat från intervjuerna kommer skrivas om till standardsvenska och kan användas i resultatredovisningen.

Med vänliga hälsningar

Jessica Nordgren

Tel.nr. xx

Jessica.m.nordgren@edu.novia.fi

Bilaga 2.

Intervju

Bakgrund

1. Kan du berätta kort om er familj?
2. Hur upplever du ditt barns vikt?
3. Hur gammalt är barnet med viktproblem?
4. När började viktproblemen?
5. Hur upplever du din och din familjs hälsa?

Bemötande

1. Hur kom det fram att ditt barn har övervikt?
2. Om vid hälsovårdsbesök – hur lade hälsovårdaren fram det?
3. Hur upplevde du det när hälsovårdaren sa att barnet var överviktigt? Följdfråga:
Kunde hen ha gjort det på något annat vis?
4. Hur tog hen upp det med barnet?
5. Hur reagerade barnet?
Följdfråga: Kunde hälsovårdaren gjort det på ett annat vis?

Hjälp

1. Vad berättade hälsovårdaren om fortsättningen?
2. Hur kände du att er livssituation och åsikter beaktades?
3. Vad fick du för information och känns det som att den var tillräcklig?
4. Vad känner du att ni får för stöd och handledning av vården?
5. Hur upplever du läkares och vårdares attityd och inställning till överviktiga barn samt till er som föräldrar?
6. Känner du att du har något mera du vill berätta eller varit med om som inte kommit fram under intervjun?