

**SKOLSJUKSKÖTERSKORS PREVENTIVA ARBETE MOT
ÖVERVIKT OCH FETMA HOS BARN OCH UNGDOMAR I
MISSISSIPPI**

**SCHOOL NURSES' PREVENTIVE WORK TOWARDS
OVERWEIGHT AND OBESITY IN CHILDREN AND
ADOLESCENTS IN MISSISSIPPI**

Examinationsdatum: 6 oktober 2011
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs 35
Examensarbete, 15 högskolepoäng

Handledare: Karin Casten Carlberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Övervikt och fetma är en folksjukdom och ett av de största globala hälsoproblemen i vår tid. Det är den femte största orsaken till dödsfall världen över och är en riskfaktor för utvecklandet av ett flertal kroniska sjukdomar. I USA har fetma ökat i epidemiska proportioner bland både barn och vuxna och Mississippi är den delstat med störst prevalens. Delstaten har en befolkning på nästan tre miljoner invånare och hälften av befolkningen lider av fetma. Skolan har identifierats som en fördelaktig plats att arbeta med förebyggande och tidig identifiering av övervikt och fetma. Skolsjuksköterskor kan hjälpa barn och ungdomar att utveckla och underhålla en hälsosam livsstil genom att informera och undervisa samt främja fysisk aktivitet och en balanserad nutrition.

Syfte

Syftet var att beskriva skolsjuksköterskors erfarenheter av preventivt arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Mississippi.

Metod

En deskriptiv kvalitativ metod användes, då denna metod är att föredra när forskaren önskar söka kunskap om människors erfarenheter. Studien innefattade sex intervjuer i halvstrukturerad form med skolsjuksköterskor i Mississippi. En kvalitativ innehållsanalys användes sedan i bearbetningen av den insamlade data.

Resultat

Skolsjuksköterskor spenderade mycket tid på preventivt arbete med fokus på att främja fysisk aktivitet och att undervisa om nutrition. Det framkom att nyckeln till ett framgångsrikt preventivt arbete var undervisning av barn och ungdomar. Body mass index användes av fem skolsjuksköterskor i sitt arbete med att identifiera barn och ungdomar i riskzonen för övervikt och fetma. Verktuget användes dock i varierande utsträckning bland annat på grund av brist på resurser samt motstånd från föräldrar. De största hindren i det preventiva arbetet var matkulturen i Mississippi, föräldrars motstånd, brist på engagemang samt det låga antalet skolsjuksköterskor i förhållande till antalet barn och ungdomar.

Slutsats

Övervikt och fetma kan leda till konsekvenser för både den fysiska och psykiska hälsan. Att i ett tidigt skede identifiera risk för övervikt och fetma kan förebygga att barn och ungdomar drabbas. Problematiken med övervikt och fetma är ett komplext problem som kräver åtgärder från flera håll. Skolsjuksköterskor kan ha en betydande roll i det preventiva arbetet genom att kunna påverka barn och ungdomar i tidig ålder till en hälsosam livsstil. Skolsjuksköterskors roll bör dock få större utrymme i det preventiva arbetet och prioriteras för att på så sätt kunna vända den negativa trenden vad gäller barn och ungdomars hälsa.

Nyckelord

Övervikt och fetma, skolsjuksköterskor, preventivt arbete, barn och ungdomar
INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Övervikt - och fetmaproblematik i USA	2
Konsekvenser av övervikt och fetma	3
Kostnader av övervikt och fetma	4
Preventiva åtgärder för att förhindra övervikt och fetma	4
SYFTE.....	8
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	8
METOD.....	8
Val av metod	8
Urvalskriterier och undersökningsgrupp	8
Kontakt.....	9
Intervjuguide	9
Genomförande	10
Databearbetning	10
Meningsenhet	10
Kod	10
Giltighet.....	11
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	11
Skolsjuksköterskors preventiva arbete	12
Skolsjuksköterskors strategier i det preventiva arbetet	14
Hinder och svårigheter i det preventiva arbetet.....	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	21
Slutsats	24
REFERENSER.....	25
BILAGA I	I
BILAGA II	II

INLEDNING

Övervikt och fetma är en folksjukdom och ett av de största globala hälsoproblemen i vår tid (World Health Organization [WHO], 2010). I världen beräknas att 1,6 miljarder vuxna från 15 år och äldre är överviktiga och minst 400 miljoner lider av fetma. WHO förutspår att år 2015 kommer antalet vuxna med övervikt ha ökat till 2.3 miljarder och antalet vuxna med fetma kommer ha ökat till mer än 700 miljoner (WHO, 2010). Övervikt och fetma är inte bara ett växande problem hos vuxna utan ses även hos barn och ungdomar. Vidare framkommer att ungefär 110 miljoner barn är överviktiga eller lider av fetma runt om i världen (Cali & Caprio, 2008).

I Sverige har antalet vuxna med övervikt nästan fördubblats under de senaste 20 åren (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2004). Enligt Socialstyrelsen (2009) har även antalet barn med övervikt i Sverige fördubblats och förekomsten av fetma hos barn har blivit fyra till fem gånger vanligare de senaste 20 åren. Utvecklandet av övervikt och fetma i Sverige ökar inte längre i samma takt, däremot har förekomsten av övervikt och fetma sjunkit i åldrarna (Socialstyrelsen, 2009).

En studie visar att övervikt och fetma som uppstått i barndomen ökar risken att vara fortsatt överviktig som vuxen (Huffman, Kanikireddy & Patel, 2010). Vidare medför övervikt och fetma negativa hälsokonsekvenser och det är därför av stor vikt att bekämpa detta hälsoproblem (SBU, 2004).

Enligt Stokols (1996) ses svårigheter i det förebyggande arbetet mot övervikt och fetma, då folks hälsa inte bara påverkas från ett håll. Människor lever i multipla miljöer med påverkan från exempelvis hemmiljö, skola och samhälle. Den prevention som sträcker sig över flera miljöer har därför större sannolikhet att vara mer effektiv än den prevention som fokuserar på bara en miljö (Stokols, 1996). Skolan har identifierats som en fördelaktig miljö för preventivt arbete och en utmärkt plats att kunna ingripa då barn och ungdomar är i riskzonen för dålig hälsa, samt att stödja de som redan upplever dålig hälsa (Flynn et al., 2006).

Enligt Socialstyrelsen (2009) beräknas Sverige vara 10 år efter USA i utvecklandet av övervikt och enligt Ericson & Ericson (2008) har fetma problematiken i USA nått epidemiska proportioner.

Då USA har stor erfarenhet av övervikt- och fetmaproblematik har vi valt USA som land att studera. Vi har intresserat oss för det preventiva arbetet av övervikt och fetma, då ett tidigt förebyggande arbete är av största vikt. Vidare har vi intresserat oss för skolsjuksköterskor då de arbetar i en miljö där barn och ungdomar spenderar mycket tid. Skolsjuksköterskorna har därför möjlighet att identifiera och hjälpa barn i ett tidigt skede och förebygga att övervikt och fetma utvecklas. Av denna anledning menar vi att skolsjuksköterskors erfarenheter av ett preventivt arbete hos barn och ungdomar är av största intresse i kampen för att minska övervikt - och fetmaproblematiken.

BAKGRUND

För att definiera fetma används vanligtvis Body Mass index (BMI), vilket anger kvoten mellan vikt och längd i meter i kvadrat (Ericson & Ericson, 2008). Exempelvis någon som väger 90 kg och är 180 cm lång, (90kg/180cm upphöjt i 2) vilket i detta fall ger ett BMI på 27,8. WHO (2010) definierar övervikt hos vuxna vid ett BMI på 25 eller högre och fetma som ett BMI högre än 30.

Uträkning av BMI:

$$\frac{90}{1,8*1,8} = 27,8$$

Övervikt och fetma definieras som en onormal eller överdriven ansamling fett vilken utgör en risk för hälsan (WHO,2011). Fettet ansamlas i fettcellerna som bildas under uppväxten och antalet fettceller som bildas tros vara påverkat av individens levnadssätt. Fettcellerna finns sedan konstant genom vuxenlivet oavsett individens vikt. Om en hög andel fettceller bildas under uppväxten ses detta som en riskfaktor för att utveckla övervikt och fetma i vuxen ålder (Spalding et al., 2008).

Fetma och övervikt är vanligtvis orsakat av en obalans mellan intagna kalorier och förbrända kalorier (WHO, 2010). En kalori definieras som en enhet energi som kommer från födointag (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011). Hungerkänsla och mättnadskänsla styrs från hypotalamus och påverkas bland annat av födointag, blodglukosökning, proteinet leptin samt psykologiska faktorer. Kroppens fettceller producerar proteinet leptin och fungerar som kroppens indikator för mättnadskänsla. Vid matintag stiger blodets insulinhalt och samtidigt producerar fettcellerna mer leptin, vilket stimulerar mättnadscentrum i hypotalamus att hämma hungersimpulsen. Hos många överviktiga har det utvecklats en felaktig balans i mättnadscentrum och från detta centrum skickas starka hungersimpulser, som gör det svårt att motstå födointag (Ericson & Ericson, 2008).

Huffman et al. (2010) menar att bland annat fysisk inaktivitet, låg socioekonomisk status och ohälsosamma matvanor kan vara riskfaktorer för att övervikt och fetma ska uppstå. Andra faktorer som ökar riskerna att utveckla fetma kan vara genetisk mottaglighet, miljö och kultur (Ericson & Ericson, 2008).

Övervikt - och fetmaproblematik i USA

Fetma har ökat i epidemiska proportioner bland både barn och vuxna i USA (Lavie, Milani, Ventura & Romero-Corral, 2010). Mer än två tredjedelar av USA:s befolkning lider av fetma eller övervikt (Flegal, Carroll, Ogden & Curtin, 2010). Vidare är uppskattningsvis 25 miljoner amerikanska barn överviktiga eller feta och förekomsten av barnfetma har mer än tredubblats sedan 1980 (Trust for Americas Health [TFAH], 2010).

Mississippi är den delstat i USA med störst prevalens av fetma. Delstaten har en befolkning på 2 951 996 invånare där 33,8 procent av den vuxna befolkningen lider av fetma och hos barn mellan 10-17 år är den siffran 21,9 procent (TFAH, 2010). Mississippi är den fattigaste delstaten i USA och enligt Jack (2007) har de fattigaste människorna i Mississippi begränsad tillgång till bra sjukvård.

Bland amerikanska barn har kroppsvikten ökat medan det har setts få förändringar i att öka den fysiska aktiviteten eller att följa det rekommenderade kaloriintaget (Troiano, Briefel, Carroll & Bialostosky, 2000). I Mississippis allmänna skolor gäller sedan 2007 att barn och ungdomar i åldrarna sex till tretton år ska utöva 150 minuter fysisk aktivitet per vecka varav 45 minuter är teoretisk utbildning om hälsa (Mississippi Department of Education [MDE] , 2010).

I skolmatsalar är snacks, choklad, godis och snabbmat det som anses var mest lönsamt att ha till försäljning. I en studie med syfte att uppmärksamma och identifiera källorna till fet och onyttig mat i högstadieskolor i USA framkom att den mat som fanns på skolan innehöll mer fett än den mat som togs med hemifrån. (Zive et al., 2002). Enligt Boyle, Lawrence, Schwarte, Samuels och McCarty (2009) exponeras barn och ungdomar för en miljö som främjar fetma, med ständig tillgång till snabbmat som har en låg kostnad och mycket kalorier (Boyle et al. 2009). Vidare har flera av vårdinrättningarna i USA själva en miljö som motverkar hälsosam kost där värdrestauranger på sjukhusområdet drivs av nationella snabbmatskedjor. Lättillgängligheten av dessa livsmedel skapar en ohälsosam miljö som undergräver deras ansträngningar för att främja hälsa (Cram, Nallamothu, Fendrick & Saint, 2002).

Enligt Boyle et al. (2009) upplever vårdgivare i USA att de behöver utbildning inom problematiken kring övervikt och fetma, samt mer tid och finansiering för att kunna arbeta förebyggande. Vårdgivarna anser att de behöver kunskap om vilka instanser patienterna kan remitteras till för nutritionsutbildning och främjande av fysisk aktivitet. Vidare anser vårdgivarna att det behövs göras justeringar i försäkringstäckning gällande fetma förebyggande åtgärder exempelvis bör sjukförsäkringen täcka BMI mätning (Boyle et al., 2009).

Konsekvenser av övervikt och fetma

Övervikt och fetma är den femte största orsaken till dödsfall världen över. Omkring 2,8 miljoner vuxna dör varje år till följd av övervikt och fetma (WHO, 2010). Om inte den pågående fetma epidemin stoppas kan vi snart få bevittna ett abrupt avstannande på den stadiga ökningen av den förväntade livslängden, eller i värsta fall kan utvecklingen leda till en lägre förväntad livstid (Lavie et al., 2010).

Fetma leder till konsekvenser på framförallt hjärt- och kärlsystemet, så som hypertoni, diabetes mellitus samt påverkan på blodlipider. Detta kan sekundärt leda till kardiovaskulära sjukdomar i form av hjärtinfarkt och hjärtsvikt (Ericson & Ericson, 2008). Vidare framkommer genom en studie av Short, Blackett, Gardner & Copeland (2009) att fetma som uppstår redan i barndomen ökar riskerna att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar tidigt i livet. (Short et al., 2009).

Bland både vuxna och barn ses hypertoni som ett utbrett hälsoproblem (Akgun et al., 2010). Hypertoni kan leda till konsekvenser så som ischemisk hjärtsjukdom och stroke (Ericson & Ericson, 2008). Barlow (2007) rapporterar enligt (Freedman, Kettel Khan, Dietz, Srinivasan och Berenson, 2001) att uppskattningsvis har nio till tretton procent av överviktiga barn ett förhöjt blodtryck.

Enligt Ericson och Ericson (2008) ökar prevalensen av typ-2 diabetes parallellt med ökningen av fetma runt om i världen och enligt WHO (2010) ligger övervikt och fetma

bakom 44 procent av diabetesfallen (WHO, 2010). Vidare debuterar typ-2 diabetes i allt yngre åldrar än tidigare (Ericson & Ericson, 2008). Typ-2 diabetes medför en framtida risk att drabbas av följsjukdomar som retinopati (kärlförändringar i ögats näthinna), neuropati (funktionsnedsättning i nerver) samt hjärt- kärlsjukdomar och njursjukdomar (Foster et al., 2010). Enligt Weiss et al. (2004) är typ 2 diabetes en av de allvarligaste konsekvenserna som fetma kan leda till och den dramatiska ökningen av typ-2 diabetes kan vara toppen av ett isberg till en epidemi av avancerade hjärt- och kärlsjukdomar.

Potentiella orsakssamband mellan vikt, kost och fysisk inaktivitet och risken för cancer har undersökts. Genom studien framkom att fysisk inaktivitet har ett samband med ökad risk för bröst och tjocktarmscancer. Vidare belyser studien att fetma kan kopplas ihop med ökad risk för cancer i livmoder och njure (Fuemmler, Pendzich & Tercyak, 2009). Mellan sju och 41 procent av vissa cancerformer orsakas av övervikt och fetma (WHO, 2010) och enligt Fuemmler et al. (2009) uppskattas 15- 20 procent av USA:s dödsfall i cancer hänföras till övervikt och fetma.

Konsekvenserna av fetma kan även bli artros i höfter och knäleder, andningssvikt, gikt (inflammation i leder), leversteatos (leverförfettnings) och gallsten (Ericson & Ericson, 2008). Studier visar att övervikt och fetma inte bara är förknippat med en somatisk hälsorisk. Enligt Ahn, Joun & Gittelsohn (2008) har ett samband påvisats mellan övervikt under uppväxten och psykosociala problem såsom dålig självbild, ätstörningar och försämrad livskvalité. Enligt Viner et al. (2006) har ungdomar med fetma oavsett kön större risk att ha betydande psykiska problem än de ungdomarna som är normalviktiga. Vidare menar Janssen, Craig, Boyce och Pickett (2004) att barn och ungdomar med övervikt och fetma har större sannolikhet att bli offer för mobbning och även själva utöva mobbning än deras normalviktiga kamrater. Dessa tendenser menar Janssen et al. (2004) kan påverka den sociala och psykologiska utvecklingen hos barn och ungdomar med övervikt och fetma negativt.

Kostnader av övervikt och fetma

Enligt Finkelstein, Trogon, Cohen och Dietz (2009) ses ett tydligt samband mellan den ökade prevalensen av fetma och de stigande sjukvårdskostnaderna. De årliga medicinska kostnaderna för fetma i USA uppgår till cirka 147 miljarder dollar där barnfetma står för 14,1 miljarder dollar (Finkelstein et al., 2009). Övervikt och fetma svarar för nära tio procent av USAs årliga medicinska kostnader (Segal, 2011). I jämförelse med detta uppgår Sveriges årliga medicinska kostnader för övervikt och fetma till 2,3 procent av de totala medicinska kostnaderna (Borg et al., 2005).

Preventiva åtgärder för att förhindra övervikt och fetma

Fetma som redan har uppstått är svårbehandlad och funktionella förebyggande åtgärder är därför ytterst angelägna (SBU, 2004). Enligt Sesselberg, Klein, O'Connor och Johnson (2010) är förebyggande och tidig identifiering nyckeln till att minska förekomsten av övervikt och fetma. Över hela världen arbetar sjuksköterskor med bland annat hälsoundervisning och screening, vilka är betydelsefulla insatser för att förbättra människors hälsa (Savage & Kub, 2009). Flynn et al. (2006) menar dock att problemet samt preventiva åtgärder mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar är komplext.

Screening

BMI används vid bedömning och identifiering av övervikt och fetma hos barn och vuxna. Skillnaden vid bedömning av barn är att hänsyn tas till ålder och kön då barns kroppssammansättning varierar då de växer, samt att skillnader finns mellan pojkar och flickors kroppssammansättning. BMI ska inte ses som ett diagnostiskt verktyg utan vidare utredning behövs så som bedömning av kosthållning, fysisk aktivitet och mätning av kroppsfett (CDC, 2009).

År 2000 rekommenderade Centers for Disease Control i USA att använda ålders- och könsjusterade BMI till screening för att identifiera överviktiga barn i åldrarna 2 till 19 år (CDC, 2009). BMI kan även vara en förutsägande faktor för hur blodtrycksnivån, lipider, glukosnivån, insulin och insulinresistens kommer att se ut i vuxen ålder (Rademacher et al., 2009). Enligt Krebs & Jacobson (2003) kan screening och uppföljning av BMI identifiera barn som riskerar att bli överviktiga tidigare än traditionella kurvor som följer vikt relaterat till sin ålder. Enligt American Academy of Pediatrics rekommendationer från 2003 rekommenderas att vårdgivare ska beräkna och rita BMI en gång om året för alla barn och ungdomar, samt att se förändring i BMI för att identifiera graden av uttalad viktökning i förhållande till linjär tillväxt (Krebs & Jacobson, 2003). Vidare anses skolhälsovården vara en ideal plats att mäta BMI, längd och vikt (Story, Kaphingst, & French, 2006).

Enligt Fry (1994) bör alla barns längd och vikt regelbundet mätas med start från födseln genom hela barndomen. Tillväxt är en viktig indikator på ett barns hälsa och avvikelser från det normala ger viktiga indikationer på ohälsa och sjukdom (Fry, 1994). Tillväxtkurvor är inte avsedda att användas som ett enskilt diagnostiskt instrument utan är ett bra verktyg som bidrar till att ge en generell klinisk bild av barnet som mäts (CDC, 2009). Vidare menar Fry (1994) att sjuksköterskor inom pediatriken och skolsjuksköterskor bör säkerställa att barnens tillväxt regelbundet mäts och att avvikelser följs upp.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet definieras enligt WHO (2011) som all kroppslig rörelse producerad av skelettmuskulatur som kräver energiförbrukning. Fysisk aktivitet är en hörnsten i både förebyggande och behandling av barnfetma. Skelettmuskler har en kraftfull fettförbränningsförmåga. Träning ökar fettförbränningen både under träning och i vila samtidigt som en låg grad av fysisk aktivitet främjar fett och vice versa. Personer med fetma har en minskad fettförbränningskapacitet, vilken delvis är reversibel genom att öka den fysiska aktiviteten (Maffeis, 2008).

Enligt Maffeis (2008) är en minskning av stillasittande beteende samt främjande av utomhusaktiviteter till hjälp för att främja viktkontroll hos barn. Samtidigt visar en annan studie att utbudet av media riktat till barn så som TV-program, filmer, TV-spel och internetsidor ökar. Vidare framkommer även att amerikanska barn i åldrarna sex år och yngre spenderar lika många timmar vid TV:n eller datorn som de gör på att leka utomhus (Kaiser Family Foundation, 2004).

Barn och ungdomar i åldrarna fem till sjutton år rekommenderas utöva minst 60 minuter av måttlig till kraftfull fysisk aktivitet varje dag (WHO, 2011).

Måttlig fysisk aktivitet är aktivitet som kräver en måttlig ansträngning med märkbart ökad hjärtfrekvens. Kraftfull fysisk aktivitet kräver större ansträngning samt orsakar ökad andningsfrekvens och en betydande ökning på hjärtfrekvensen (WHO, 2011). En svensk studie visar att barn och ungdomar som har en låg nivå av kraftfull fysisk aktivitet, har fyra gånger högre sannolikhet att vara överviktiga och två gånger högre sannolikhet för att ha ett midjemått som är förenat med hälsorisker. Detta i jämförelse med dem som har en hög nivå av kraftfull fysisk aktivitet (Ortega, Ruiz & Sjöström (2007). Dessa fynd anser Ortega et al. (2007) kräver åtgärder som syftar till att öka eller bibehålla nivåerna av fysisk aktivitet bland barn och ungdomar.

Nutrition

När det gäller barn och ungdomar är det speciellt viktigt med adekvat nutrition för att bevara en normal tillväxt och utveckling (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006). Vidare anser Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe (1999) att ungdomar hellre ska kontrollera sin vikt genom fysisk aktivitet än dietrestriktioner, då detta ger mindre risk för utvecklande av ätstörningar.

I en studie utförd i Australien undersöktes familjens matmiljö i relation till övervikt och fetma hos barn. Studien visar att flera aspekter av familjens matmiljö är förknippat med matintag som kan främja fetma hos barn. Till exempel är ett ökat tv-tittande förknippat med högre energiintag i form av bland annat söta snacks och läskedrycker samtidigt som tv-tittande är förknippat med ett minskat intag av grönsaker. Vidare ses i studien att föräldrarna kan påverka barnens matintag genom att äta tillsammans och på så sätt vara förebilder för ett hälsosamt ätande. Studien visar att barn som ser sina föräldrar äta grönsaker har större sannolikhet att själva vilja äta grönsaker (Campbell, Crawford & Ball, 2006). Detta i likhet med Gillman et al. (2000) som menar att barns matintag är påverkat av föräldrars matintag och matrelaterade beteenden. Vidare anser Gillman et al. (2000) att föräldrar med kunskap om nutrition är mer benägna att påverka sitt barns matintag. Birch & Fisher (1998) påvisar även ett samband där tillgängligheten av maten som finns hemma, föräldrars attityd, vanor samt erfarenheter gentemot barns matintag har en inverkan.

En studie visar att ungdomar som rapporterar att de försöker gå ner i vikt inte äter en hälsosammare kost eller är mer aktiva jämfört med ungdomar som inte försöker gå ner i vikt. Överviktiga ungdomar bör därför bli bättre informerade och stärkta i att följa rekommenderade viktnedskningsstrategier (Wang, Liang & Chen, 2009).

Familj och utbildning

I en studie gjord i Kalifornien, USA undersöks vårdgivares upplevda roll i att främja hälsosamt ätande och fysisk aktivitet. Det framkommer att mer än 90 procent av vårdgivarna rapporterar att familjen eller närmiljön och föräldrars motstånd antingen är omfattande eller ett måttligt hinder för vårdgivare i arbetet med att förebygga barnfetma på deras klinik (Boyle et al., 2009)

Vidare belyser en annan studie sambandet mellan föräldrars utbildningsnivå och utvecklandet av övervikt och fetma hos barn. Där framkom att barn med föräldrar som saknar gymnasieutbildning eller högskoleutbildning är mer benägna att vara överviktiga eller löpa större risk för övervikt, jämfört med barn till föräldrar som har högskoleutbildning (Ahn et al., 2008).

Enligt Huffman et al. (2010) är övervikt och fetma även mer vanligt i hushåll med ensamstående föräldrar än i hushåll med två föräldrar. Vidare ses att afroamerikanska barn till ensamstående föräldrar har signifikant högre BMI än vita barn till ensamstående föräldrar. Totalt intag av fett och mättat fett är också högre hos barn i hushåll med ensamstående föräldrar jämfört med barn med två föräldrar. Detta kan enligt Huffman et al. (2010) delvis förklaras av en ökad konsumtion av färdigmat. Bell och Swinburn (2004) menar även att tidsbrist och dåligt samvete hos föräldrar kan leda till att onyttig mat blir ett sätt att tillfredställa barnens eller föräldrarnas egna känslomässiga behov.

Enligt Wang et al. (2009) behöver ungdomar och deras föräldrar få bättre information om vad en sund kroppsvikt är och bli stärkta till att bibehålla en hälsosam vikt och välja en hälsosam livsstil. Dessutom behövs frekventa bedömningar och professionell utvärdering av barn och ungdomars tillväxt och viktstatus (Wang et al., 2009).

Könsskillnader och etniska skillnader

Kroppsuppfattning och attityder kring den perfekta kroppsstorleken varierar mellan etniska grupper. I en studie framgår det att unga afroamerikanska flickor föredrar en tyngre ideal storlek och är mer nöjda med sin kroppsstorlek än vita unga flickor (Ahn et al., 2008). Samma resultat kan återfinnas i studier gjorda på vuxna, då det framkommer att afroamerikanska kvinnor har en mindre strävan än vita att ha mindre kroppsstorlek. De afroamerikanska kvinnorna tenderar även att känna att deras kroppsstorlek anses tillfredställande av andra (Kemper, Sargent, Drane, Valois & Hussey, 1994).

Västerländsk kultur ger mer uppmärksamhet åt kvinnors vikt än mäns. Jämnåriga och samhället sätter mer press på flickor att uppnå och bibehålla en idealvikt. Vidare har flickor dubbelt så stor sannolikhet jämfört med pojkar att vara missnöjda över sin kroppsvikt. Samtidigt framkommer att överviktiga pojkar har större sannolikhet att underskatta sin viktstatus jämfört med överviktiga flickor. Vidare ses könsskillnader gällande viktnedgång där fler överviktiga flickor än pojkar försöker gå ner i vikt (Wang et al., 2009). Detta menar Wang et al. (2009) utgör ett allvarligt hinder för att förebygga och åtgärda fetma bland ungdomar, särskilt hos pojkar. Dessa könsskillnader visar på ett behov av könsskräddarsydda interventionsprogram där unga pojkar behöver bli bättre informerade om nationella viktrekommendationer och sin egen viktstatus (Wang et al., 2009).

Skolsjuksköterskors roll i det preventiva arbetet

National Association of School Nurses (2011) rapporterar (enligt Vessey & McGowan, 2006) att skolsjuksköterskor har funnits i USA sedan 1902 i syfte att interagera med barn och föräldrar för att kunna förebygga och kontrollera sjukdomar samt hjälpa till att förebygga frånvaro från skolan. Trots att skolsjuksköterskans ansvarsområden har vidareutvecklats under det senaste århundradet så är konceptet det samma idag (National Association of School Nurses, 2011).

Tolv procent av barn och ungdomarna i USA har ingen annan regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården utöver kontakten med skolsjuksköterskan (Center for Mississippi Health Policy, 2010). Mississippi har idag 442 skolsjuksköterskor där medelantalet elever per skolsjuksköterska är 1110 elever (MDE,2011).

Enligt de nationella riktlinjerna är det rekommenderade antalet elever per skolsjuksköterska 750 elever. År 2011 var 14 skolor i Mississippi fortfarande utan skolsjuksköterska (MDE, 2011).

Skolsjuksköterskors ansvarsområden innefattar inte endast den fysiska hälsan utan även den mentala, emotionella och sociala hälsan i syfte att ge barn och ungdomar möjlighet till att växa och utvecklas. När det finns möjlighet samarbetar skolsjuksköterskan bland annat med läkare inom primärvården och socialkontor för att säkerställa att barn och ungdomarna får den hjälp de behöver (Center for Mississippi Health Policy, 2010). Skolsjuksköterskor kan hjälpa till att utveckla och underhålla en hälsosam livsstil genom information och utbildning samt främja fysisk aktivitet och en balanserad nutrition. Skolsjuksköterskor kan även hjälpa barn och ungdomar att handskas med de problem som övervikt kan orsaka (MDE, 2010).

SYFTE

Syftet var att beskriva skolsjuksköterskors erfarenheter av preventivt arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Mississippi.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Hur bedriver skolsjuksköterskor ett preventivt arbete mot övervikt och fetma?

Vad använder skolsjuksköterskor för strategier och verktyg i det preventiva arbetet mot övervikt och fetma?

Vad möter skolsjuksköterskor för hinder i det preventiva arbetet mot övervikt och fetma?

METOD

Val av metod

Studien syftade till att beskriva skolsjuksköterskors erfarenheter, därav var en deskriptiv kvalitativ metod lämplig, då Kvale och Brinkmann (2009) menar att en deskriptiv ansats innebär att informanternas beskrivningar framhävs. Kvalitativa metoder är att föredra då forskaren önskar att utforska människors erfarenheter, upplevelser, tankar och värderingar. Genom en kvalitativ metod framkommer skillnader och nyanser då en och samma verklighet kan uppfattas skiftande av olika individer (Malterud, 2009).

Urvalskriterier och undersökningsgrupp

Studien syftade till att belysa sjuksköterskors förebyggande åtgärder mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Sjuksköterskor som arbetar på skola har kontinuerlig kontakt med denna målgrupp och av denna anledning valdes skolsjuksköterskor som informanter. Vi valde att genomföra studien i Mississippi, för att undersöka det preventiva arbetet där övervikt - och fetmaproblematiken är som mest omfattande.

I studien inkluderades sex skolsjuksköterskor, samtliga informanter bedrev någon form av preventivt arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Vidare var alla informanter kvinnor och hade arbetat som skolsjuksköterskor mellan tre och tretton år. Två

av informanterna var de första skolsjuksköterskorna på sin skola. De ansvarade för mellan 425 och 1750 barn och ungdomar i åldrarna fyra till 18 år.

För att få en bredare bild över hur det preventiva arbetet bedrevs i Mississippi innefattade urvalskriterierna även att skolsjuksköterskorna skulle arbeta i olika delar av delstaten. Allt ifrån områden med en stor andel låginkomsttagare till områden med högre socioekonomisk status. Detta gav en större möjlighet att undersöka olika strategier och tillvägagångssätt som används runt om i delstaten.

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är riskerna med ett för stort antal intervjupersoner svårigheter med vidare fördjupning i intervjuerna. Samtidigt som riskerna med alltför få informanter medför problem att dra några allmänna slutsatser i resultatet samt att olika nyanser i problemområdet kan gå förlorat (Kvale & Brinkmann, 2009). Av denna anledning inkluderades sex stycken skolsjuksköterskor som informanter till studien. Antalet informanter bedömdes vara en varken för liten eller för stor undersökningsgrupp, utan gav ett hanterbart material för analysering och granskning.

Kontakt

Genom kontaktuppgifter på hemsidan Mississippi Health of Education kontaktades koordinatören för skolsjuksköterskorna i Mississippi via telefon. Vid detta samtal gavs information kring studiens syfte, upplägg och tidsram. Då koordinatören ställde sig positiv till deltagande i studien skickades ett urval av frågor från intervjuguiden samt skriftlig information kring studien. Detta material vidarebefordrades sedan via koordinatören ut till skolsjuksköterskor i Mississippi, tillsammans med en förfrågan om intresse av att delta i studien. De skolsjuksköterskor som sedan ställde sig positiva till medverkan i studien kontaktades via mail där tid och plats för intervjun bestämdes.

Intervjuguide

Intervjuerna genomfördes i halvstrukturerad form vilket enligt Kvale och Brinkmann (2009) innebär att intervjun genomförs utifrån en intervjuguide med förbestämda kategorier och exempel på frågor kring dessa kategorier. Intervjuguiden arbetades fram efter att vi var väl insatta inom det valda området. Kunskapen inhämtades genom att läsa artiklar och litteratur. Enligt Lantz (2007) är kunskap inom området ett stöd i utformandet av intervjuens innehåll. Vidare utarbetades frågorna för att kunna besvara de valda frågeställningarna. Intervjufrågorna följde ingen strikt ordningsföljd utan anpassades istället så att intervjun fick ett naturligt flöde. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det är upp till intervjuaren själv att avgöra hur strikt intervjuguiden bör följas.

För att säkerställa att intervjuguidens frågor besvarade de valda frågeställningarna samt följde syftet så genomfördes en provintervju i Sverige innan avresa till USA. Provintervju genomfördes på en skola i Stockholm och informanten var en skolsjuksköterska som arbetar med barn i åldrarna sex till femton år. I enlighet med Lantz (2007) fick informanten ge synpunkter vad gällde intervjuens upplägg och innehåll så att eventuella förändringar av intervjuguiden kunde göras. Då intervjufrågorna ansågs ge svar på frågeställningarna togs beslutet att behålla intervjuguiden oförändrad.

Genomförande

Till intervjuerna avsattes 60 minuter och de intervjuer som genomfördes varade mellan 30 och 60 minuter. Båda deltog vid samtliga intervjuer. Under intervjuerna utsågs en som ansvarig för att intervjufrågor blev besvarade, medan den andra ansvarade för ljudupptagning och eventuellt kompletterande av intervjufrågor.

Intervjuerna spelades in då det enligt Trost (2010) ger intervjuaren en bättre möjlighet att fokusera på frågorna och svaren än om intervjuaren samtidigt antecknar. Detta styrks av Kvale och Brinkmann (2009) som menar att flödet i intervjun kan hindras på grund av ett allt för stort fokus från intervjuaren att föra anteckningar. Vidare anser Kvale och Brinkmann (2009) att ytterligare en fördel är att intervjuaren kan lyssna flera gånger på intervjun. Detta ger en större möjlighet att höra tonfall och pauser samt att komma ihåg känslan som infann sig under intervjusituationen. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) kan detta vara betydelsefullt för att en korrekt innebörd ska förmedlas.

Inget bortfall förekom under studiens gång. Samtliga av de informanter som tackat ja till att delta i studien fullföljde och ingen valde att avbryta sin medverkan.

Databearbetning

Intervjuerna transkriberades kort efter utförandet, då det underlättade att fortfarande ha intervjun kvar i minnet. Intervjuerna transkriberades ordagrant, förutom skratt och pauser som ej skrevs ut. Intervjuerna transkriberades i sin helhet, då Lantz (2007) menar att det annars finns risk att information går förlorad om intervjun komprimeras. Vi transkriberade tre intervjuer var och varje transkriberad intervju genomlyssnades av den andre för att kontrollera innehållet. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) startar analysprocessen redan vid transkribering och det är därför en fördel att författarna själva skriver ut intervjuerna.

En kvalitativ innehållsanalys användes i bearbetningen av den insamlade data, där underkategorier och kategorier arbetades fram genom analysprocessen i enlighet med Granskär och Höglund-Nielsen (2008). Meningsenheter som ansågs relevant till syftet har plockats ut. Vidare har meningsenheterna kondenserats i syfte att korta ned texten, men med innehållet i behåll. De kondenserade meningsenheterna har sedan kodats och grupperats i underkategorier och slutligen kategorier.

Nedan ses ett exempel ur studiens analysprocess (tabell 1) med meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori.

Tabell 1

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
With children a reward is a good thing, to get them motivated to do what you want them to do. Even though down the line you hope that your impact will stay with them and be lifechanging, starting changes not just in childhood but into adulthood.	A reward is a good thing to get the children motivated and down the line you hope that your impact will stay with them and be lifechanging	Reward the children to get them motivated	Education and motivation of children and adolescents	Skolsjuksköterskors strategier i det preventiva arbetet.

Detta resulterade i elva underkategorier som i ett senare skede delades in i tre kategorier, skolsjuksköterskors preventiva arbete, skolsjuksköterskors strategier i det preventiva arbetet och hinder och svårigheter i det preventiva arbetet. Kategorierna utformades utifrån de valda frågeställningarna. Detta gav en överblick över resultatet för att kunna besvara frågeställningarna. I resultatet har citat från informanterna använts för att skapa levande beskrivningar från intervjuerna. En del citat har omformats från talspråk till skriftspråk då det enligt Kvale och Brinkmann (2009) underlättar begripligheten av citatet, då risken med alltför ordgranna översättningar ibland kan vara svåra att förstå.

Resultatet samt citaten är presenterade på svenska för att underlätta för läsaren. Under analysprocessen var materialet fortfarande på engelska och först när det skrevs in i resultatet skedde översättningar till svenska. Detta för att minimera felaktiga översättningar under arbetets gång. Vidare skedde översättningen av citaten genom noga överväganden för att återge informanternas uttalanden korrekt.

Giltighet

I resultatet presenteras citat ur intervjuerna, enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2008) ger detta läsaren en möjlighet att värdera giltigheten i resultatet. Vidare stärks resultatets giltighet och tillförlitlighet genom analysprocessens noggranna beskrivning (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). För att läsaren ska kunna bedöma överförbarheten av resultatet har urval, deltagare, datainsamling och analys redovisats noga, detta i enlighet med Granskär och Höglund-Nielsen (2008).

Forskningsetiska överväganden

Informanterna fick information kring studiens syfte och metod för att kunna fatta beslut om eventuell medverkan. Informanterna som ingick i undersökningsgruppen gav därefter sitt informerade samtycke, vilket innebär att en person får tillräckligt med information, är väl insatt i vad studien avser och att denne person samtycker (Helgesson, 2006). Det informerade samtycket har inte skett under tvång eller mellan två personer där den ene är i beroendeställning till den andre. Vidare gavs även information om att personerna i undersökningsgruppen när som helst hade rätt till att avbryta sin medverkan i studien (Declaration of Helsinki, 2008). Informanterna upplystes även om att alla fakta som kunde identifiera deltagarna behandlas konfidentiellt och presenteras ej i studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Denna information gavs både skriftligt och muntligt till deltagarna innan intervjuerna genomfördes.

Under genomförandet av studien har informanternas integritet respekterats och skyddats samt att förväntade fördelar har övervägts mot förväntade risker med forskningen (Declaration of Helsinki, 2008).

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån valda kategorier och frågeställningar, skolsjuksköterskors preventiva arbete, skolsjuksköterskors strategier i det preventiva arbetet och hinder och svårigheter i det preventiva arbetet.

Skolsjuksköterskors preventiva arbete

Skolsjuksköterskorna uppskattade att de spenderar mellan 25 och 70 procent av sin tid på preventivt arbete mot övervikt och fetma. En skolsjuksköterska beskriver att då staten Mississippi har den högsta prevalensen av fetma har de också blivit tvungna att ha ett omfattande preventivt arbete för att motverka denna trend och minska förekomsten av fetma. En skolsjuksköterska uppger att hon spenderar mer tid idag på preventivt arbete mot övervikt och fetma än för tio år sedan på grund av den höga förekomsten av diabetes, hypertoni och fetma bland barn och ungdomar. En annan skolsjuksköterska beskriver att barnfetma är ett utbrett problem, men att problemet inte är lika utbrett i hennes upptagningsområde jämfört med många andra områden i Mississippi.

Nutrition och fysisk aktivitet

Samtliga skolsjuksköterskor beskriver matkulturen i Mississippi som ett problem där tillgängligheten av snabbmat är utbredd. Det ohälsosamma sätt maten tillagas på är något som förts vidare från generation till generation och många av barnen har inte blivit exponerade för hälsosam mat. Att ändra matkulturen kräver mycket arbete och detta är något skolsjuksköterskorna arbetar med genom att undervisa barn och ungdomar inom nutrition. Skolsjuksköterskan kan dels undervisa hela årskurser, enskilda barn och ungdomar, dels förse skola, lärare och föräldrar med utbildningsmaterial om nutrition. En skolsjuksköterska berättar följande:

Vad vi gör är nutritionsundervisning flera gånger under skolåret och jag tillhandahåller lärarna med undervisningsmaterial och under en vecka i januari har vi en nutritionsvecka där det endast serveras hälsosam mat i skolan.

Genom att lära barnen om hälsosamma matvanor hoppas skolsjuksköterskorna på att få barnen medvetna om att de själva kan efterfråga nyttigare mat. Flera av skolsjuksköterskorna upplever att barnen har kunskap om nutrition. En skolsjuksköterska berättar att barnens kunskap om nutrition var begränsad när hon började arbeta på skolan. De hade aldrig tidigare undervisats om hälsosamma val men under hennes sex år på skolan har barnens kunskap tydligt förbättrats. Flera skolsjuksköterskor beskriver att deras roll även innefattar en strävan att skolan ska uppnå en hälsosammare inriktning. En skolsjuksköterska beskriver detta arbete på följande sätt:

Jag ansöker om bidrag för att kunna starta upp projekt, som ett år fick vi ett nutritionsstipendie där vi fick möjlighet att förse barnen med hälsosamma mellanmål, så bidrag är ett sätt att utföra projekt på .

Flera skolsjuksköterskor anser att det preventiva arbetet bedrivs bäst genom både utbildning inom nutrition och främjande av fysisk aktivitet. Samtliga skolsjuksköterskor tar sig an båda områdena. En skolsjuksköterska anser att fysisk aktivitet har bäst effekt på barn och ungdomar medan flera rapporterar att fysisk aktivitet är deras första insats, där de uppmuntrar barnen att öka sin aktivitetsnivå.

Min första inriktning är att samtala om träning och att vara mer aktiv, då många av dem har en stillasittande livsstil.

Vidare upplever en skolsjuksköterska att barnen har dålig kondition och att de inte är vana att motionera. För att främja fysisk aktivitet och rörelse undervisar skolsjuksköterskorna om betydelsen att vara fysiskt aktiv samt att flera av skolsjuksköterskorna själva är delaktiga till att få barnen fysiskt aktiva. Några av skolsjuksköterskorna beskriver sina insatser så här:

Jag promenerar med barnen tre gånger i veckan i femton minuter.

Tidigare var jag delaktig i ett projekt där barnen deltog i en sport varje morgon innan första lektionen, barnen såg fram emot att komma till skolan för att idrotta. Detta bidrog även till att en del stökiga barn blev av med energi vilket lugnade ned dem före skoldagens start.

Tidigare hade jag ett program för att få barnen aktiva under lektionstid, där barnen kunde svara på lärarens frågor muntligt, samtidigt som de marscherade eller var aktiva med armarna, detta tog inte tid från lektionerna, men de fick samtidigt komma upp och röra sig.

Jag har bland annat pojk- och flicksamtal en gång om året, kring hygien, nutrition och fysisk aktivitet.

På en annan skola har en skolsjuksköterska varit delaktig i ett projekt kring att anlägga ett gångstråk för att på så sätt uppmuntra barnen och ungdomarna till att motionera.

En skolsjuksköterska berättar om ett projekt hon hade med barn i åldrarna elva till tolv år. Projektet pågick under ett år och syftade till att få barnen uppmärksammade på vad de åt, hur mycket tid de spenderade framför teven eller datorn samt hur mycket fysisk aktivitet de utövade, detta genom att skriva dagbok. Under projektet undervisades barnen två gånger i veckan kring nutrition och fysisk aktivitet av skolsjuksköterskan. Barnen fick även utföra enklare träningspass i skolan. Barnens BMI och vikt togs initialt och detta jämfördes var tredje månad. Skolsjuksköterskan upplevde att barnen ändrade sina matvanor och sin nivå av fysisk aktivitet även utanför skolan. Projektet resulterade i att flera av barnen gick ner i vikt, och en av anledningarna till detta menar skolsjuksköterskan berodde på att barnen förde dagbok både i skolan och i hemmet och detta motiverade dem till att upprätthålla en hälsosammare livsstil i båda miljöerna.

Undervisning om konsekvenser av övervikt och fetma

Flera av skolsjuksköterskorna undervisar barnen och ungdomarna om konsekvenserna som övervikt och fetma kan leda till, då kroniska sjukdomar bland barn blir allt mer vanligt i Mississippi. Skolsjuksköterskorna upplever att de flesta barnen har kunskap kring konsekvenserna. Trots detta menar flera skolsjuksköterskor att många av barnen ändå inte förstår vad följderna innebär. En skolsjuksköterska anser att detta kan bero på att informationen inte presenteras på deras nivå. En annan förklaring är att barnen tror att de är oövervinneliga och ser inte sig själva i ett längre perspektiv drabbade av hypertoni eller andra kroniska sjukdomar menar en skolsjuksköterska:

Barnen har fått information om konsekvenserna av övervikt och fetma, men om de verkligen förstår vidden av det, det tror jag inte att de gör.

Vikt och kroppsuppfattning

Fem av skolsjuksköterskorna ansåg att barnen inte har en korrekt uppfattning om vad en hälsosam vikt är medan en skolsjuksköterska ansåg att barnen vet vad en hälsosam vikt är, men har inte någon uppfattning om sin egen vikt. En annan skolsjuksköterska menar att vikten uttryckt i siffror är intetsägande för en del barn, de tittar istället på kroppsstorlek och kroppsproportion där en proportionerlig kropp är förknippad med en hälsosam kropp. Det är först när skolsjuksköterskan visar barnen en viktkurva eller BMI över sin egen vikt och gör jämförelse med den optimala vikten som barnen inser vad en hälsosam vikt är. En skolsjuksköterska påtalar också skillnader i kroppsuppfattning mellan afroamerikaner och andra etniska grupper. Hon menar att många afroamerikaner har en missvisande bild där ett tjockt barn anses hälsosamt. En skolsjuksköterska upplever att barnen ibland har en större förståelse för vad en hälsosam vikt är än vad vuxna har, detta menar hon är en följd av att barnen får hälsoutbildning i skolan.

Flera skolsjuksköterskor påpekar också att när det handlar om barn och vikt bör det beaktas vilka kroppsideal som förmedlas till barn och ungdomar. En rädsla är att barnen ska utveckla ett felaktigt kroppsideal, med ett osunt förhållande till mat och fysisk aktivitet. En skolsjuksköterska som arbetar med yngre barn väljer istället att prata med föräldrarna om barn som är överviktiga på grund av rädslan för ohälsosam bantning. En skolsjuksköterska beskriver sina erfarenheter på följande sätt:

Jag har sett en del unga flickor utveckla ätstörningar, de har inte en korrekt kroppsuppfattning, de tror att de är tjocka när de i själva verket är väldigt smala och är rädda för att bli feta.

Samtliga skolsjuksköterskor beskriver att de istället för att fokusera på dieter och bantningspraxis väljer att lägga fokus på hälsosamma val. Detta styrks av en annan skolsjuksköterska som beskriver att genom att fokusera på hälsosamt ätande och fysisk aktivitet för alla barn så förhindras att något barn blir utpekad. Flera skolsjuksköterskor menar att detta är en bra strategi för att inte barnen och ungdomarna ska få en missvisande kroppsuppfattning. Vidare menar en skolsjuksköterska att de inte heller väljer att benämna det diet då det är många barn som har en uppfattning om dieter som något negativt och medför en negativ attityd hos barnet eller ungdomen. Av den anledningen används istället begreppet hälsosamma val.

Skolsjuksköterskors strategier i det preventiva arbetet

Screening

Fem av skolsjuksköterskorna använder Body mass index (BMI) som ett hjälpmedel i sitt arbete med att identifiera barn och ungdomar i riskzonen för övervikt och fetma. Detta används dock i olika utsträckning. På en skola förekommer BMI screening endast i årskurs fem, i två skolor screenas alla årskurser och i en skola screenas barnen i den mån det hinns med och i en använder sig skolsjuksköterskan endast ibland av BMI. Orsakerna till att det ser så olika ut är bland annat brist på personal till att utföra screening. En skolsjuksköterska uttrycker även att BMI kan vara missledande för hennes målgrupp vilket är barn mellan fem till tolv år. Hon menar att vissa barn först växer på bredden innan de skjuter i höjden. Av rädsla för att föräldrarna då ska misstolka BMI siffran och sätta barnen

på dieter som kan vara ohälsosamma använder hon sig endast ibland av verktyget. Det finns även en rädsla för att BMI mätning kan upplevas stötande av föräldrar, detta är något som bekräftas av skolsjuksköterskan som inte använder sig av BMI alls. Vidare beskriver hon det på följande sätt:

Jag använder mig inte av BMI, ett år gjorde jag det och det visade sig inte bli så bra, då det upprörde föräldrar och om jag ber om tillåtelse hos föräldrarna, kommer föräldrar till de största barnen inte att ge dig tillåtelse.

En annan skolsjuksköterska beskriver att BMI screening är väldigt bra då det väcker tankar och frågor hos både föräldrar och barn. Hon upplever att yngre barn blir mer medvetna om vad BMI innebär och om sina kostvanor. Om barnens BMI visar sig vara i en kategori för övervikt eller fetma uttrycker en av skolsjuksköterskorna att det är viktigt att undervisa barnet och barnets föräldrar.

Alla skolsjuksköterskor beskriver även att de har möjlighet att remittera barnen till läkare då de identifierar något barn i riskkategorin för övervikt eller fetma.

Undervisa och motivera barn och ungdomar

Flera skolsjuksköterskor uttrycker att kunskap är nyckeln till framgång. Genom att undervisa barnen från födsel hela vägen genom barndomen och konsekvent utbilda barn och ungdomar kommer de att förändra sin livsstil och föra den vidare till framtida generationer.

Flera skolsjuksköterskor påtalar vikten av att få barnen engagerade för att lära sig. En annan skolsjuksköterska uttrycker att det är viktigt att relatera till barnen och ungdomarna och prata med dem på deras nivå samt att vara tålmodig. En förutsättning för att få barnen uppmärksamma är att de har roligt. Har inte barnen roligt så kommer de troligen inte ta till sig informationen. En skolsjuksköterska beskriver sin strategi på följande sätt:

Om jag ska påbörja något nytt, till exempel min hälsoundervisning i aulan, så måste man få med barnen, få dem ivriga och nyfikna, använd musik, sjung och låt barnen dansa, de måste bli förväntansfulla man måste verkligen få det att bli roligt.

En skolsjuksköterska upplever att ett visualiserande lärande har god effekt på barns inläring då de lättare kan ta till sig informationen. Hon beskriver att istället för att berätta hur mycket socker en coca-cola innehåller, visualiserar hon detta genom att visa mängden socker med teskedar.

Många skolsjuksköterskor upplever att det ibland är svårt att motivera barn och ungdomar till förändring samt till att vara konsekventa med livsstilsförändringar. En skolsjuksköterska jämför överviktsproblematik med rökning:

Rökare vet att de bör sluta med rökning, men tycker att det är för svårt. Detsamma gäller barnen och ungdomarna, där de kan inse att deras livsstil inte är hälsosam, men upplever det för jobbigt att åtgärda det.

En skolsjuksköterska upplever att flickor i puberteten ofta är mer motiverade till förändring än pojkar, detta tror hon beror på att flickor då blir mer medvetna om sin kropp. En annan skolsjuksköterska rapporterar att en del barn är motiverade till förändring, men saknar stöd från föräldrar.

En strategi för att få barnen motiverade kan vara genom belöning, det kan vara små saker som pennor och diplom. Detta beskrivs av en skolsjuksköterska på följande sätt:

Med barn är belöning ett bra sätt att få de motiverade till att göra det du vill. Längs vägen hoppas du att ditt inflytande om en sundare livsstil kommer att finnas med dem inte bara i barndomen utan även upp i vuxenlivet.

En annan skolsjuksköterska menar att genom att påpeka positiva beteenden hos barn kan det påverka andra barn att följa deras beteenden, Exempelvis genom att uppmärksamma barn som har med sig hälsosamma mellanmål till skolan.

En skolsjuksköterska beskriver att barnen måste hitta en inre motivation då hon upplever att det inte sker någon förändring förrän barnen själva är beredda att förändras. Hon upplever därför att enskilda samtal med barnen när de själva önskar samtal har bra effekt.

En annan skolsjuksköterska beskriver att det är viktigt att kompromissa till en strategi som får barnen motiverade, en ge och ta relation där man exempelvis inte kan utesluta all mat som barnen tycker om.

Jag säger inte, drick inte läsk utan istället säger jag drick ett halvt glas läsk, men ta även ett helt glas vatten. Om du bara tvingar på dem dina egna värderingar så kommer det inte att fungera.

En skolsjuksköterska beskriver att hon ger barnen förslag om förändringar, men påpekar vikten av att lyssna till vad barnen själva vill göra.

Om du säger åt dem, du behöver göra det här och det här utan att fråga om det är någonting de vill göra så är det mer än troligt att de inte kommer att göra det.

Flera av skolsjuksköterskorna upplever att det är lättare att influera de yngre barnens livsstil då de då är mer mottagliga och öppna för förändring. Om barnen inte får lära sig vad lämpliga matvanor innebär i en tidig ålder är det svårare att lära dem i ett senare skede. Detta bekräftas av en skolsjuksköterska som arbetar med barn i åldrarna 12-15 år där hon menar att ungdomarna redan har en bestämd uppfattning vad gäller mat och fysisk aktivitet och hon beskriver det som att hon försöker få dem att lära om.

Involvera och engagera föräldrar

Om ett barn eller ungdom är överviktigt eller lider av fetma görs insatser i form av att uppmuntra till ökad fysisk aktivitet samtidigt som en utvärdering och förändring av kaloriintag görs. Vidare undersöks orsaken till att problemet har uppstått där barnen får beskriva sin livsstil för att förstå varför en viktökning har skett. Detta menar en av skolsjuksköterskorna kan vara ett sätt att få barnen och ungdomarna att bli medvetna om orsaken och lättare förstå vilka förändringar som kan krävas.

Genom att samtala med barnen eller ungdomarna om deras livsstil, skapas även en bild av hur deras hemförhållande och livsstil ser ut utanför skolan. Vidare menar flera skolsjuksköterskor att föräldrars vikt kan vara en indikator på familjens vanor, som troligen kommer föras över på barnet. Därför påpekar samtliga skolsjuksköterskorna vikten av att det preventiva arbetet även sträcker sig över hemmiljön genom att föräldrar involveras och engageras.

Barnen kan göra som vi säger hela dagen lång när de är i skolan men om de inte fullföljer någonting när de kommer hem så känns det meningslöst.

En skolsjuksköterska menar att barnen har kunskap om vad de bör äta, men att det är föräldrarna som har kontrollen över vad barnen faktiskt äter. Detta uttrycks även av en annan skolsjuksköterska som menar att föräldrarna behöver vara ansvarsfulla och se till att deras barn får tillräckligt med fysisk aktivitet och välbalanserad kost.

En skolsjuksköterska skickar ut ett nyhetsbrev en gång i månaden till föräldrar, som tar upp vad föräldrarna själva kan göra tillsammans med barnen i form av tips på aktiviteter och hälsosamma mellanmål. Detta upplever hon har uppskattats av föräldrarna och är en bra strategi för att involvera dem i kampen mot en hälsosammare livsstil.

En annan skolsjuksköterska berättar att tillgängligheten av undervisningsmaterial har ökat dramatiskt de senaste två åren. Utbildningsmaterialet som skolsjuksköterskorna bland annat använder sig av är riktat till både barn och föräldrar med syftet att öka barns och föräldrars kunskap om nutrition och fysisk aktivitet.

Flera skolsjuksköterskor påpekar betydelsen av att familjen tillsammans ska göra förändringar. Då föräldrar är barnens förebilder är det viktigt att även föräldrarna motionerar och äter hälsosamt för att få barnen att göra samma sak. En skolsjuksköterska uttrycker det på följande sätt:

Föräldrarna kan tjata på barnen om att vara aktiva dagarna i ända, men om föräldrarna själva inte är aktiva så blir reaktionen, varför måste jag om inte du gör det. Barnen kommer ta efter föräldrarnas beteende och växa upp och ha samma livsstil som deras föräldrar.

Flera av skolsjuksköterskorna kontakter barnens föräldrar då en oro uppstår om barnets vikt. Detta görs via brev eller telefonsamtal. Ett brev kan innehålla information om vad deras barns BMI är, vad det egentligen bör ligga och vad skolsjuksköterskan planerar att göra för insatser. Skolsjuksköterskorna uppger att detta är en bra strategi för att involvera föräldrarna. Detta uttrycks av en informant på följande sätt:

Om barnen är på gränsen mellan en hälsosam vikt och övervikt kontakter jag föräldrarna och säger att detta är något vi måste jobba med och detta är saker ni kan göra hemma. Oftast är föräldrarna ganska mottagliga och tacksamma för att jag har kontaktat dem.

En annan skolsjuksköterska delger att en del föräldrar kontakter henne efter att hon skickat hem brev medan andra föräldrar väljer att inte träffa henne. Flera av skolsjuksköterskorna uttrycker att övervikts – och fetmaproblematiken är ett känsligt ämne för många föräldrar,

då det av en del föräldrar kan upplevas som att någon klankar ner på deras barn. En skolsjuksköterska menar att en del föräldrar inte vill kännas vid problemet och intar istället försvarsposition. En skolsjuksköterska betonar vikten av att lägga fram information på ett kärleksfullt och omsorgsfullt sätt för att motverka att föräldrar känner sig angripna. En annan skolsjuksköterska berättar följande:

Om inte föräldrarna lyssnar så pratar jag ändå med barnen och försöker vinna deras förtroende.

Hinder och svårigheter i det preventiva arbetet

Flera skolsjuksköterskor beskriver en del föräldrars brist på tid och pengar som ett problem. Föräldrarna kan vara ensamstående med fler än två jobb vilket leder till att det är lättare och i många fall billigare att handla snabbmat istället för att laga ett hälsosamt mål mat till sina barn. Flera av skolsjuksköterskorna ser ett samband mellan låg socioekonomisk status, övervikt och fetma. En skolsjuksköterska uttrycker dock att alla kan göra en positiv förändring oberoende socioekonomisk status. Förändringen kan ske i olika grad, men med motivation och utbildning är det möjligt. Det kan vara små förändringar som inte behöver kosta något, det viktiga är att göra det roligt både för vuxna och barn. En skolsjuksköterska uttrycker detta på följande sätt:

Om familjen inte har råd att spendera pengar på gymmet så frågar jag till exempel om de har en lång uppfart, där kan de exempelvis springa och hämta posten på tid och försöka slå den tiden varje dag.

Flera skolsjuksköterskor beskriver bristen på kontinuitet av BMI screening samt uppföljning. De uttrycker att en förbättring inom dessa områden skulle möjliggöra tidigare identifiering och bättre uppföljning av barns utveckling. En av informanterna uttrycker det på detta sätt:

Vi kan screena så mycket vi vill, men om vi inte följer upp detta så gör vi egentligen inte någon riktig nytta.

En skolsjuksköterska menar att bristen på kontinuitet och uppföljning beror på det stora antalet barn i jämförelse med antalet skolsjuksköterskor, vilket leder till att de inte kan utföra screening i den mån de vill. En skolsjuksköterska uttrycker sin arbetssituation på följande sätt:

Jag har 50 barn som springer in och ut ur mitt kontor varje dag, vilket gör att jag inte har så mycket tid att arbeta preventivt, det är svårt att avsätta tid för preventivt arbete, och framförallt att förverkliga planer när man konstant blir bombarderad.

Vidare uttrycker en skolsjuksköterska att varje skola åtminstone borde ha en skolsjuksköterska. Hon menar att ett ökat antal skolsjuksköterskor skulle ha en betydande roll för det preventiva arbetet, genom att skapa större tillgänglighet för föräldrar och lärare. Förutom bristen på skolsjuksköterskor framkommer en avsaknad av riktlinjer inom delstaten gällande bestämmelser att utföra BMI screening på alla barn och ungdomar i skolan. Detta menar en skolsjuksköterska skulle underlätta bemötandet av de föräldrar som inte vill att deras barn ska screenas. Det är inte endast föräldrars motstånd som försvårar

det preventiva arbetet utan även skolledningens inställning och prioriteringar upplevs av en del informanter som ett hinder. En skolsjuksköterska brukade förr screena fler barn, men rektorn på skolan avbröt detta då denne inte ville att lektionstiden skulle bli avbruten. Vidare berättar en annan skolsjuksköterska att hon upplever svårigheter med att övertyga skolledningen om att det preventiva arbetet mot övervikt och fetma bör prioriteras.

Skulle skolledningen själva säga att det preventiva arbete är något som behöver arbetas med är det mer troligt att det skulle prioriteras jämfört med om jag som skolsjuksköterska påpekar detta.

Trots de hinder och svårigheter som skolsjuksköterskorna möter uttrycker de att de är på rätt spår och behöver fortsätta att utveckla och lägga tyngd på det preventiva arbetet. Trots att inte alla kan bli hjälpta uttrycker de ett hopp om att många kan hjälpas till en livsstilsförändring. En skolsjuksköterska uttrycker sig på följande sätt:

Vi har en lång väg att gå, men vi tänker inte ge upp, för vi vill att de ska vara hälsosamma och leva längre, det är en ständig process.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi upplevde att en deskriptiv kvalitativ metod lämpade sig bra för denna studie, då studiens syfte var att beskriva skolsjuksköterskors erfarenheter. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) framkom personliga erfarenheter ur informanternas värld och upplevelser som beskrev hur skolsjuksköterskorna arbetade preventivt, vilka strategier som användes och vilka svårigheter de mötte. Om en kvantitativ metod använts hade inte dessa personliga erfarenheter och handfasta strategier framkommit, vilket hade resulterat i att syftet inte hade uppnåtts.

I studien inkluderades sex informanter. Informanterna fick förfrågan om att medverka i studien samt information om studiens syfte och tog därefter ställning till medverkan. Risken finns att de informanter som ville medverka också bedrev ett mer omfattande preventivt arbete än de skolsjuksköterskor som inte ville medverka. Detta kan leda till att generella slutsatser inte kan dras angående i vilken utsträckning ett preventivt arbete bedrivs av skolsjuksköterskor i Mississippi. Syftet har dock uppnåtts då erfarenheter av ett preventivt arbete har framkommit.

Antalet informanter gav tillräckligt med material för att analys av skillnader och likheter kunde göras. Vidare bidrog varje enskild informant till att olika aspekter belystes. Ett större antal informanter hade bidragit till att fler aspekter hade kunnat belysas vilket hade kunnat förbättra resultatet genom en rikare beskrivning. Vidare hade studiens resultat ytterligare kunnat breddats genom både manliga och kvinnliga informanter, detta för att se om eventuella skillnader finns i kvinnliga och manliga erfarenheter av att arbeta preventivt.

Valet att använda en halvstrukturerad intervjuform ansågs passa studiens utformning väl. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) finns likheter mellan en halvstrukturerad intervju och ett vardagssamtal med skillnad att den har ett syfte och är inriktad på förutbestämda teman. Detta skapade en avslappnad intervjusituation som bidrog till att informanterna kände trygghet till att delge både negativa och positiva aspekter av det preventiva arbetet. Detta

anser vi stärker giltigheten av studiens resultat då informanterna delgav en oförskönad bild av sitt arbete. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) innehåller en intervjuguide förbestämda teman och exempel på frågor kring dessa teman. Frågeexemplen gav stöd åt både intervjuaren och intervjupersonerna då det kunde användas i syfte att fördjupa samt klargöra frågornas innebörd.

I en del intervjuer uppkom följdfrågor utöver frågeexemplen vilket Kvale och Brinkmann (2009) menar kan göras för att följa upp svar från informanterna. Nackdelen med detta var att svaren på dessa följdfrågor inte alltid kunde jämföras med de andra informanternas svar, då övriga informanter inte fick samma frågor. Däremot fanns en noggrannhet med att de förutbestämda frågeställningarna besvarades av samtliga informanter. Detta gav möjlighet att jämföra likheter och skillnader i resultatet och dra slutsatser utifrån valda frågeställningar.

Vi ansåg i likhet med Trost (2010) att en fördel med användandet av ljudupptagare vid intervjusituationerna var att större fokus riktades på intervjupersonen och en bättre närvaro skapades under intervjun. En nackdel med att intervjuerna bandades var i vissa fall ljudkvalitén, då det inte alltid fanns möjlighet att sitta i en lugn och avskild miljö. Störningar i bakgrunden så som högtalarutrop och kaffemaskiner krävde upprepade avlyssningar för att uppfatta allt som informanterna sa. Enligt Trost (2010) är en annan nackdel med att banda intervjuer att kroppsspråk och ansiktsuttryck faller bort. Intervjuerna transkriberades därför kort efter utförandet vilket minimerade detta bortfall då intervjun och intervjupersonen fanns färskt i minnet.

Transkribering av intervjuerna var tidskrävande och det krävdes att intervjuerna lyssnades igenom flera gånger. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) startar analysprocessen redan vid transkribering och det är därför en fördel att författarna själva skriver ut intervjuerna. De upprepade genomlyssningarna gav en god kännedom om materialet samt gjorde det lättare att visualisera intervjupersonen och dess uttryckta erfarenheter. Detta ledde också till att innehållet i intervjuerna säkerställdes och transkriberades korrekt. Intervjuerna transkriberades i sin helhet utan selektiva urval av informanternas svar för att ingen information skulle gå förlorad, detta i enlighet med Lantz (2007). Detta upplevdes positivt då material som vid första anblick inte verkade relevant för syftet senare visade sig vara användbart.

Då intervjuerna utfördes på engelska skedde även transkribering och analysprocessen på engelska och först när material skrevs in i resultatet översattes det. Detta anser vi minskade risken för felöversättningar. Citaten översattes till svenska för att underlätta för läsaren vidare valde vi att omformulera vissa citat från talspråk till skriftspråk då det i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) underlättar begripligheten.

Den kvalitativa analysprocessen främjade bearbetningen av resultatet då det genom underkategorier och kategorier blev hanterbart och överblickbart. Det underlättade även den integrerade sammanställningen av resultatet då vi lättare kunde orientera oss i ett omfattande material. Vidare underlättade det analysen av likheter och skillnader av informanternas erfarenheter, detta i enlighet med Granskär och Höglund-Nielsen (2008). Svårigheter framkom dock under analysprocessen med att sortera underkategorier under passande kategorier, då samma material kunde passa in under flera kategorier. Detta var något som diskuterades fram. Diskussion mellan författarna som leder till lika tolkning är ett sätt att stärka trovärdigheten av resultatet (Granskär & Höglund- Nielsen, 2008).

Informanterna arbetade i olika delar av Mississippi vilket gav en bred bild av hur det preventiva arbetet bedrevs. Likheter framkom mellan informanterna trots att de arbetade i skilda miljöer. Skolsjuksköterskor som arbetade i områden med låg socioekonomisk status stötte på samma problem samt använde sig av liknande strategier som skolsjuksköterskor med arbetsfält i mer välbärgade områden. Därav är studiens resultat generaliserbart oavsett socioekonomisk status i området där det preventiva arbetet ska bedrivas.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att skolsjuksköterskorna spenderade en stor del av sin tid på preventivt arbete mot övervikt och fetma. I likhet med studien av Boyle et al. (2009) framkom dock att preventionsarbetet försvårades av barn och ungdomars exponering för en miljö som främjar fetma. Skolsjuksköterskorna spenderade varierande mycket tid på preventivt arbete mot övervikt och fetma. Den skolsjuksköterska som uppskattade att hon spenderade minst tid ägnade 25 procent av sin tid i jämförelse med den skolsjuksköterska som uppskattade att hon spenderade mest tid, vilket var 70 procent. Författarna såg ett samband mellan spenderad tid på det preventiva arbetet och prevalensen av övervikt och fetma. Däremot sågs inga utökade resurser för de skolsjuksköterskor som arbetar i ett område där övervikt och fetma är ett stort problem. Detta menar författarna försvårar det preventiva arbetet och resurser behöver fördelas efter behov.

Enligt Ericson och Ericson (2008) är bland annat miljö och kultur båda faktorer som ökar risken att utveckla fetma. Detta är något som bekräftades i resultatet, informanterna beskrev Mississippis matkultur och tillgängligheten av snabbmat som en betydande faktor till övervikt- och fetma prevalensens omfattning. I resultatet framkom även att de barn med störst övervikts problematik ofta var representerade i grupper med lägre socioekonomisk status, vilket är en riskfaktor som även Huffman et al. (2010) belyser. Vi såg ett samband mellan familjer med lägre socioekonomisk status, prevalensen av övervikt och fetma samt brist på tid. Familjer med låg socioekonomisk status var i behov av inkomst från flera arbeten vilket skulle kunna leda till minskad tid med barn och familj och med Mississippis utbredda snabbmatkultur kan den billiga snabbmaten vara ett enkelt alternativ. Bell och Swinburn (2004) menar i sin studie att snabbmat blir ett sätt för föräldrarna att stilla sitt dåliga samvete. Vi anser att detta blir en ond cirkel som bidrar till den höga prevalensen av fetma i Mississippi och är ett komplext problem som kräver insatser utöver de åtgärder som skolsjuksköterskor kan utföra.

I en studie av Barlow och Dietz (1998) belystes hälsosamt ätande och fysisk aktivitet som det primära målet för behandling av fetma. I resultatet framkom att detta även var av stor vikt i det preventiva arbetet där största fokus var nutritionsundervisning och främjande av fysisk aktivitet. Ortega et al. (2007) menar att barn och ungdomar som har en låg nivå av fysisk aktivitet har en högre sannolikhet att vara överviktiga och enligt Campbell et al. (2006) är en stillasittande livsstil även förknippat med ett högre energiintag. Vi anser att både fysisk aktivitet och hälsosam kost är områden som bör angripas för bästa effekt. Det är betydelsefullt att redan i en tidig ålder bli exponerad för en hälsosam livsstil innefattande hälsosam kost och fysisk aktivitet. Detta för att det ska bli en naturlig del av barn och ungdomars vardag och förhoppningsvis lägga grunden till ett fortsatt aktivt liv med sunda matvanor i vuxen ålder. Vidare framkom i resultatet att skolsjuksköterskorna i sitt preventiva arbete uppmuntrade barnen till hälsosamma val snarare än dietrestriktioner. Vi anser att begreppet hälsosamma val främjar barn och ungdomars upplevelse av

valmöjlighet där valet står i fokus i kontrast till regler och krav som vuxna ofta förmedlar. Dieter kan ofta ha en negativ klang och minska motivationen och på så sätt få motsatt effekt. I resultatet framkom även att alla barn och ungdomar uppmuntrades till hälsosamma val och inte endast de med risk för övervikt- och fetma problematik. Detta är en bra strategi för att undvika att specifika individer blir utpekade.

Vidare framhölls vikten av att undervisa barn i en tidig ålder då skolsjuksköterskorna upplevde att barn i yngre åldrar är lättare att influera. Därav bör det preventiva arbetet mot övervikt och fetma fokuseras till yngre åldrar, för att förhindra att senare i livet behöva göra omfattande livsstilsförändringar. Resultatet visade även att undervisningen bör utformas efter målgrupp. Detta gjordes med exempelvis ett visualiserande lärande samt ett lärande som riktade in sig på att barnen skulle ha roligt, och på så sätt finna undervisningen intressant. Detta är en strategi som kan inspirera barnen och på så sätt skapa bra associationer till en hälsosam livsstil. En annan strategi som framkom i resultatet var att belöna barnen för att få dem motiverade. Vi ställer oss tveksamma till detta om fokus hamnar på belöning och inte på handlingen som medfört belöningen. En risk med ett belöningsystem är att det kan skapa ett begär från barnens sida och en svårighet att upprätthålla motivation om belöningsystemet inte upprätthålls.

I resultatet framkom att barns och ungdomars hälsa i hög grad var påverkat av deras hemmiljö. Skolsjuksköterskorna upplevde en del föräldrars ohälsosamma livsstil och motstånd som ett hinder i det preventiva arbetet. Detta sågs även i studien av Boyle et al. (2009). Vidare beskrev skolsjuksköterskorna att det preventiva arbetet bör sträcka sig utanför skolan och integreras i hemmiljön för bästa effekt. Detta i likhet med studien gjord av Stokols (1996) som belyste svårigheten med att människors hälsa påverkas från olika håll. Vidare framkom i den aktuella studien att föräldrarna borde involveras i det preventiva arbetet för att kunna integrera det i hemmiljön. Vidare visade resultatet att skolsjuksköterskorna involverade föräldrarna genom att bland annat tillhandahålla utbildningsmaterial till föräldrar, skicka ut nyhetsbrev som belyste nutrition och fysisk aktivitet. Att förmedla kunskap till föräldrarna är en viktig del i det preventiva arbetet då Gillman et al. (2000) menade att föräldrar med kunskap om nutrition är mer benägna att påverka sitt barns matintag.

Vidare fynd i den aktuella studien visade att en del skolsjuksköterskor involverade föräldrarna genom att tillhandahålla information om BMI och barnens aktuella BMI. Detta upplevdes oftast uppskattande av föräldrarna i likhet med Murphy och Polivkas (2007) studie som visade att merparten föräldrar föredrog att få information från skolsjuksköterskan om barns BMI i form av brev eller telefonsamtal. Vidare visade resultatet i den aktuella studien att i många fall då BMI mätning användes, öppnade det för frågor och funderingar kring vikt och livsstil hos både barn, ungdomar och föräldrar. Detta kan vara ett bra sätt för att få föräldrar involverade i det preventiva arbetet. Samtidigt framkom i resultatet att flera av skolsjuksköterskorna upplevde ett motstånd från en del föräldrar och även från vissa skolor att utföra BMI mätning. Enligt rekommendationer från American Academy of Pediatrics (Krebs & Jacobson, 2003) och Centers for Disease control (2009) borde BMI användas för att identifiera överviktiga barn samt att årliga BMI mätningar möjliggör observation av barn och ungdomars utveckling. I den aktuella studien sågs stora brister på kontinuerlig BMI mätning av barn och ungdomar. Orsaker till detta var bristen på skolsjuksköterskor samt föräldrars motstånd. Detta hindrar det preventiva arbetet och kan leda till att färre barn identifieras i tid. Enligt MDE (2011) är USA:s nationella riktlinjer att en skolsjuksköterska ska vara ansvarig för 750 elever, idag är

medelantalet i Mississippi 1110 elever per skolsjuksköterska. Bristen på skolsjuksköterskor försvårar det preventiva arbetet för de nuvarande skolsjuksköterskorna. Vidare skulle fler skolsjuksköterskor kunna innebära ett effektivare preventivt arbete, genom att på så sätt kunna screena och följa upp fler barns BMI.

I resultatet framkom att barn och ungdomar sällan hade en korrekt uppfattning om vad en hälsosam vikt var, vilket även Wang et al. (2009) bekräftade i sin studie. Vidare poängterades i vårt resultat att barn och ungdomar sällan hade en uppfattning om sin egen vikt. Vidare framkom att BMI mätning inte bara kunde användas i syfte att identifiera risk för övervikt och fetma, utan kunde även få barnen införstådda med vad en hälsosam vikt är i relation till sin egen vikt. Då BMI inte görs kontinuerligt får barnen och ungdomarna svårt att relatera till förändring av sin egen vikt. I resultatet framkom även att BMI mätning kunde motivera barnen och ungdomarna till förändring. En kontinuerlig BMI mätning skulle därför kunna ha en betydande roll för att förmedla kunskap till barn och ungdomar kring vad en hälsosam vikt är. Samtidigt kan det fungera som en motivation till viktnedskning.

I resultatet framkom även att det var av stor vikt att inte förmedla en kroppsfixering som kunde överföras till ohälsosam bantningspraxis. I studien av Wang et al. (2009) belystes samhällets press på speciellt flickor att bibehålla en idealtvikt. Vi anser att då skolsjuksköterskor förmedlar en hälsosam vikt till barn i en tidig ålder kan inte bara överviktsproblematiken minskas utan även förhindra att barn och ungdomar försöker uppnå ohälsosamma kroppsideal. Detta kan uppfyllas genom att barn och ungdomar känner tillit till sina egna kunskaper om en hälsosam vikt.

Sjuksköterskor inom flertalet arbetsfält kommer i sin profession att stöta på patienter med en livsstil som riskerar att utveckla övervikt samt patienter med övervikt - och fetmaproblematik. Resultatet är därför i största mån inte bara användbart för skolsjuksköterskor utan även för hälso- och sjukvårdspersonal runt om i världen. Informanternas erfarenheter och kunskaper av det preventiva arbetet kan vara till stöd för sjuksköterskor som ställs inför liknande utmaningar. Informanternas utarbetade strategier med att nå barnen och att få föräldrar engagerade kan inspirera andra sjuksköterskor i deras preventiva arbete.

I Sverige är övervikts- och fetma problematiken inte lika utbredd som i USA. Däremot beräknar Socialstyrelsen att Sverige ligger 10 år efter USA i utvecklandet av övervikt. Sjuksköterskor i Sverige kan därför ta lärdom av informanternas erfarenheter av problemet och det omfattande preventiva arbetet de nu har behövt ta till.

Vidare belyser studien skolsjuksköterskors preventiva arbete och behov av resurser för att till fullo kunna möta barnen och ungdomarnas behov. Bristen på resurser påverkar möjligheten att effektivt förändra många barn och ungdomars framtida risk för problem med övervikt och fetma. Ur samhällsekonomisk synpunkt är det därför väsentligt bättre att lägga resurser på förebyggande arbete, jämfört med de stora kostnader som problemen med övervikt och fetma kan leda till. Studiens resultat kan användas som underlag till förbättringsarbete av skolsjuksköterskors preventiva arbete i USA.

Fortsatta studier

I den aktuella studien framkom BMI screening som ett omdiskuterat verktyg och i vissa fall har föräldrar och skola ställt sig negativa till användandet. Tidigare studier har gjorts på föräldrars upplevelse av att BMI screena sitt barn, men inga studier är gjorda kring barns upplevelse av BMI-screening. Detta är något vi anser kan vara av intresse för fortsatta studier och kan vara till hjälp i debatten vad gäller om BMI screening ska användas av skolsjuksköterskor eller ej.

Slutsats

Övervikt och fetma kan leda till konsekvenser för både den fysiska och psykiska hälsan. Att i ett tidigt skede identifiera risk för övervikt och fetma kan förebygga att barn och ungdomar drabbas. Övervikt och fetma problematiken är ett komplext problem som kräver åtgärder från flera håll. Skolsjuksköterskor kan ha en betydande roll i det preventiva arbetet genom att kunna påverka barn och ungdomar i tidig ålder till en hälsosam livsstil. Skolsjuksköterskors roll bör dock få större utrymme i det preventiva arbetet och prioriteras för att på så sätt kunna vända den negativa trenden vad gäller barn och ungdomars hälsa.

REFERENSER

- Ahn, M. K., Joun, H. S., & Gittelsohn, J. (2008). Association of race/ethnicity, socioeconomic status, acculturation, and environmental factors with risk of overweight among adolescents in California, 2003 [Elektronisk version]. *Preventing chronic disease*, 5(3), 75.
- Akgun, C., Dogan, M., Akbayram, S., Tuncer, O., Peker, E., Taskin, G.,... Arslan, D. (2010). The incidence of asymptomatic hypertension in school children [Elektronisk version]. *Journal of Nippon Medical school*, 77(3), 160-165.
- Barlow, S. E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120(4), 164-192.
- Barlow, S. E., & Dietz, W. H. (1998) Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations. The maternal and child health bureau, health resources and services administration and the department of health and human services [Elektronisk version]. *Pediatrics*, 102(3), 29.
- Bell, A. C., & Swinburn, B. A. (2004) What are the key food groups to target for preventing obesity and improving nutrition in schools? [Elektronisk version]. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58(2), 258-263.
- Birch, L. L., & Fischer, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents [Elektronisk version]. *Pediatrics*, 101(3), 539-549.
- Borg, S., Persson, U., Odegaard, K., Berglund, G., Nilsson, J. A., & Nilsson, P. M. (2005) Obesity, survival, and hospital costs-findings from a screening project in Sweden [Elektronisk version]. *Value in health*, 8(5), 562-571.
- Boyle, M., Lawrence, S., Schwarte, L., Samuels, S., & McCarthy, W. J. (2009). Health care providers' perceived role in changing environments to promote healthy eating and physical activity: baseline findings from health care providers participating in the healthy eating, active communities program [Elektronisk version]. *Pediatrics*, 123(5), 293-300.
- Cali, A. M., & Caprio, S. (2008). Obesity in children and adolescents [Elektronisk version]. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93(11), 31-36.
- Campbell, K. J., Crawford, D. A., & Ball, K. (2006). Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5-6 year-old children [Elektronisk version]. *International journal of obesity*, 30(8), 1272-1280.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Use of BMI to screen for overweight and obesity in children*. Hämtad 1 december, 2010, från Centers for Disease Control and Prevention:
<http://www.cdc.gov/obesity/childhood/defining.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Healthy Weight - it's not a diet, it's a lifestyle: Balancing Calories*. Hämtad 19 april, 2010, från Centers for Disease Control and Prevention:

<http://www.cdc.gov/healthyweight/calories/index.html>

Center for Mississippi Health Policy. (2010). *School nurses in Mississippi*. Hämtad 20 maj, 2011, från Center for Mississippi Health Policy:

<http://www.mshealthpolicy.com/SchoolNurses.htm>

Cram, P., Nallamothu, B. K., Fendrick, A. M., & Saint, S. (2002). Fast food franchises in hospitals [Elektronisk version]. *The Journal of the American Medical Association*, 287(22), 2945-2946.

Declaration of Helsinki. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 20 februari, 2011, från WMA:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Finkelstein, E. A., Trogon, J. G., Cohen, J. W., & Dietz, W. (2009). Annual medical spending attributable to obesity: Payer- and service-specific estimates [Elektronisk version]. *Health Affairs*, 28(5), 822-831.

Flegal, K. M., Carrol, M. D., Ogden, C. L., & Curtin, L. R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008 [Elektronisk version]. *The Journal of the American Medical Association*, 303(3), 235-241.

Flynn, M. A., McNeil, D. A., Maloff, B., Mustasingwa, D., Wu, M., Ford, C., & Tough, S. C. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations [Elektronisk version]. *Obesity reviews, an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 7(1), 7-66.

Foster, G. D., Linder, B., Baranowski, T., Cooper, D. M., Goldberg, L., Harrell, J. S.,...Hirst, K. (2010). A school-based intervention for diabetes risk reduction [Elektronisk version]. *The New England journal of medicine*, 363(5), 443-453.

Fry, T. (1994). Introducing the new child growth standards. [Elektronisk version] *Professional care of mother and child*, 4(8), 231-233.

Fuemmeler, B. F., Pendzich, M. K., & Tercyak, K. P. (2009). Weight, dietary behavior, and physical activity in schoolchildren and adolescence: implications for adult cancer risk [Elektronisk version]. *The European Journal of Obesity*, 2(3), 179-86.

Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Frazier, A. L., Rockett, H. R., Carmargo, C. A., Field, A. E.,...Colditz, G. A. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents [Elektronisk version]. *Archives of family medicine*, 9(3), 235-240.

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik: För medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Huffman, F. G., Kanikireddy, S., & Patel, M. (2010). Parenthood – a contributing factor to childhood obesity [Elektronisk version]. *International journal of environmental research and public health*, 7(7), 2800-2810.
- Jack, L. (2007). Thinking aloud about poverty and health in rural Mississippi [Elektronisk version]. *Preventing chronic disease*, 4(3), 71.
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children [Elektronisk version]. *Pediatrics*, 113(5), 1187-94.
- Kaiser Family Foundation. (2004). *The role of media in childhood obesity*. Hämtad 11 maj, 2011, från Kaiser Family Foundation:
<http://www.kff.org/entmedia/upload/The-Role-Of-Media-in-Childhood-Obesity.pdf>.
- Kemper, K. A., Sargent, R. G., Drane, J. W., Walois, R. F., & Hussey, J. R. (1994). Black and white females' perceptions of ideal body size and social norms [Elektronisk version]. *Obesity research*, 2(2), 117-126.
- Krebs, N. F., & Jacobson, M. S. (2003). Prevention of pediatric overweight and obesity [Elektronisk version]. *Pediatrics*, 112(2), 424-430.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lavie, C. J., Milani, R. V., Ventura, H. O., & Romero-Corral, A. (2010). Body composition and heart failure prevalence and prognosis: Getting to the fat of the matter in the "obesity paradox" [Elektronisk version]. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 605-60.
- Maffeis, C. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of childhood obesity: Physio-pathologic evidence and promising experiences [Elektronisk version]. *International journal of pediatric obesity*, 3(2), 29-32.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Mississippi Department of Education, (2010), *Obesity in Mississippi*. Jackson: Communication Arts Company.
- Mississippi Department of Education. (2011). *School Nurse Assessment Report*. Hämtad 13 maj, 2011, från Mississippi Department of Education:
http://www.healthyschoolsms.org/health_services/documents/SchoolNurseAssessmentFeb2011.pdf

Murphy, M., & Polivka, B. (2007). Parental perceptions of the schools' role in addressing childhood obesity [Elektronisk version]. *The Journal of School Nursing*, 23(1), 40-46.

National Association of School Nurses. (2011). *Role of the school nurse*. Hämtad 13 maj, 2011, från National Association of School Nurses:
<http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementArticleView/tabid/462/ArticleId/87/Role-of-the-School-Nurse-Revised-2011>

Ortega, F. B., Ruiz, J. R., & Sjöstöm, M. (2007). Physical activity, overweight and central adiposity in Swedish children and adolescents: The european youth heart study [Elektronisk version]. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 19(4), 61.

Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years [Elektronisk version]. *Clinical research edition*, 318(7186), 765-768.

Rademacher, E.R., Jacobs, D.R., Moran, A., Steinberger, J., Prineas, R.J & Sinaiko, A. (2009) Relation of Blood Pressure and Body Mass Index During Childhood to Cardiovascular Risk Factors Levels in Young Adults. *Journal of hypertension* 27(9) 1766-1774

Sand, O., Sjaastad, O. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2006). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.

Savage, C., & Kub, J. (2009). Public health and nursing: A natural partnership [Elektronisk version]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(11), 2843-2848.

Segal, L. (2011). Obesity: Weighing down our economy. Hämtad 15 maj, 2011, från Trust for Americas Health:
<http://healthyamericans.org/newsroom/news/?newsid=2192>

Sesselberg, T. S., Klein, J. D., O'Connor, K. G., & Johnson, M. S. (2010). Screening and counseling for childhood obesity: results from a national survey [Elektronisk version]. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(3), 334-42.

Short, K. R., Blackett, P. R., Gardner, A. W., & Copeland, K. C. (2009). Vascular health in children and adolescents: effects of obesity and diabetes [Elektronisk version]. *Vascular health and risk management*, 5, 973-990.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 11 april, 2011, från Socialstyrelsen:
http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/2_Barns.pdf

Socialstyrelsen, (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 11 april, 2011, från Socialstyrelsen:
http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/7_Overvikt.pdf

Spalding, K. L., Arner, E., Westermark, P. O., Bernard, S., Buchholz, B. A., Bergmann, O.,...Arner, P. (2008). Dynamics of fat cell turnover in humans [Elektronisk version]. *Nature*, 453(7196), 783-787.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Förebyggande åtgärder mot fetma: En systematisk litteratur översikt* (SBU-rapport 173). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion [Elektronisk version]. *American journal of health promotion*, 10(4), 282-298.

Story, M., Kaphingst, K. M., & French, S. (2006). The role of schools in obesity prevention [Elektronisk version]. *The future of children*, 16(1), 109-142.

Troiano, R. P., Briefel, R. R., Carroll, M. D., & Bialostosky, K. (2000). Energy and fat intakes of children and adolescents in the United states: Data from the national health and nutrition examination surveys [Elektronisk version]. *The American journal of Clinical Nutrition*, 72(5), 1343-1353.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Trust for Americas Health. (2010). *New report: Mississippi ranks most obese state in the nation*. Hämtad 15 november, 2010, från Trust for Americas Health: <http://healthyamericans.org/reports/obesity2010/release.php?stateid=MS>

Trust for Americas Health. (2010). *Ten top priorities for prevention: Combating the obesity epidemic*. Hämtad 15 november, 2010, från Trust for Americas Health: <http://healthyamericans.org/assets/files/TFAH%202010Top10PrioritiesObesity.pdf>

Viner, R. M., Haines, M. M., Taylor, S. J., Head, J., Booy, R., & Stansfeld, S. (2006). Body mass, weight control behaviours, weight perception and emotional well being in a multiethnic sample of early adolescents [Elektronisk version]. *International journal of obesity*, 30(10), 1514-1521.

Wang, Y., Liang, H., & Chen, X. (2009). Measured body mass index, body weight perception, dissatisfaction and control practices in urban, low-income African American adolescents [Elektronisk version]. *BMC Public Health*, 12(9), 183.

Weiss, R., Dziura, J., Burgert, T. S., Tamborlane, W. V., Taksali, S. E., Yeckel, C. W.,...Caprio, S. (2004). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents [Elektronisk version]. *New England Journal of Medicine*, 350(23), 2362-2374.

World Health Organization. (2010). *Obesity and overweight*. Hämtad 20 november, 2010, från World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

World Health Organization. (2011). *Obesity*. Hämtad 11 april, 2011, från World Health Organization: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

World Health Organization. (2011). *Global strategy on diet, physical activity and health: Physical activity*. Hämtad 17 april, 2011, från World Health Organization:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>

World Health Organization. (2011). *Global strategy on diet, physical activity and health: What is moderate-intensity and vigorous-intensity physical activity?*. Hämtad 17 april, 2011, från World Health Organization:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/en/index.html

Zive, M. M., Elder, J. P., Prochaska, J. J., Conway, T. L., Pelletier, R. L., Marshall, S., & Sallis, J. F. (2002). Sources of dietary fat in middle schools [Elektronisk version]. *Preventive medicine*, 35(4), 376-382.

BILAGA I

Starting questions:

For how long have you worked as a schoolnurse?

What kind of education do you have?

How big part of your work do you spend on preventive work against overweight and obesity?

What are your experiences of working preventively against overweight and obesity?

Can you describe how you work preventively against overweight and obesity?

What kind of preventive work is most common? (Example: physical activity, dietary advice, support efforts?)

What kind of preventive work do you experience have the best effect?

Tools and strategies:

Can you describe what tools and strategies you use in your preventive work?

Which target group do you have?

Can you describe how you reach your target group?

What kind of patients do you meet? (Correlation with mental ill-health, socioeconomic status, etc.)

When you identify someone in the risk category, what kind of interventions do you do?

Do you involve the family in the preventive work with the patient?

Are there any other parties that you involve? (School?)

Do you individualize your preventive work? (How?)

Do you examine the possible reason for why the problem have occurred? (Families lifestyles, depression, socioeconomic status, genetic?)

Do you have the possibility to refer the patient to other services?

Obstacles:

Do you encounter any obstacles in your preventive work?

Do you experience that you have time to work preventively against overweight and obesity?

Are there difficulties in identifying individuals at risk for the development of overweight and obesity?

How does your preventive work affects by the fact that it is young people you work with? (Are there any difficulties in working with young people? Caution when dietary advice)

How do you experience the receptivity from your target group?

Are the patients motivated to change? Do you feel that they have the possibility to change (economy, support from family?)

Attitudes and knowledge:

What attitude and knowledge does your patients have?

Do you believe that your target group has knowledge about what consequences overweight and obesity can lead to?

Do you believe your target group has knowledge about nutrition and physical activity?

Do you believe your target group has an accurate idea of a healthy weight?

Functionality

How do you experience that the preventive work operate?

How do you believe the preventive work can be better improved?

BILAGA II

Brev till koordinatören över Mississippis skolsjuksköterskor

Dear Mrs *

We spoke on the phone earlier and we are the two students from Sophiahemmet nursing school in Stockholm Sweden, Pernilla Ahnsberg and Carolina Lizén. We are in the second year (in our fourth semester) of our education. In our fifth semester we are scheduled to write our thesis. The aim of the study is: School nurses' experiences of preventive work towards overweight and obesity in children and adolescents. Therefore, as we discussed with you on the phone we are interested in interviewing school nurses in Mississippi. The criteria to be a part of the study will be that the school nurses have to perform some kind of preventive work towards overweight and obesity. Furthermore we would like to interview school nurses who work in different demographic areas such as disparities in socioeconomic statuses.

Mississippi has been chosen as the area of research since it is the state with the highest prevalence of obesity. Therefore we consider it interesting to see the preventive work from a school nurse perspective and to hear and learn about their experiences.

Aim: To describe school nurses experiences of preventive work towards overweight and obesity in children and adolescents.

We also have three question formulations which is:

How do school nurses work preventively towards overweight and obesity?

What kind of strategies and tools do the school nurses use in their preventive work?

What kind of obstacles do the school nurses encounter in the preventive work?

This will be a qualitative study including six school nurses. The interviews will take maximum one hour. The school nurses will be anonymous in the presented result and they can choose to leave the study at any time without any explanation.

Thank you very much for being our contact person.

Best Regards

Pernilla Ahnsberg and Carolina Lizén

Sophiahemmet University

E-mail *

Phonenumber *