



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	25-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 23

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Fra mismot til handlingsmot: Samarbeid mellom sykepleier og foreldre til barn med overvekt /fedme

**Antall ord \*:** 8912

**Engelsk tittel \*:** From discouragement to courage: Collaboration between nurses and parents of children with overweight or obesity

**Egenerklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:** Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



# BACHELOROPPGAVE

Tittel: Fra mismot til handlingsmot: Samarbeid mellom sykepleier og foreldre til barn med overvekt/fedme

Title: From discourage to courage: Collaboration between nurses and parents of children with overweight or obesity

**Kandidatnummer 23**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Institutt for Helse- og omsorgsvitenskap

Fagseksjon for sjukepleie - Haugesund

Innleveringsdato: 25.04.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Sammendrag

**Tittel:** Fra mismot til handlingsmot: Samarbeid mellom sykepleier og foreldre til barn med overvekt eller fedme.

**Bakgrunn:** Verdens helseorganisasjon (WHO) opplyser at utviklingen av overvekt og fedme blant barn og unge øker til tross for at dette har vært et kjent problem de siste 30 årene. I Norge er det opprettet Frisklivssentraler som arbeider for å fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleiere har en veiledende funksjon som er til nytte i arbeid med barn med overvekt/fedme og deres foreldre. Sykepleiere arbeider med helsefremming slik at barn og voksne skal få utnyttet de ressursene de har til å takle de vektutfordringer de står overfor.

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleier støtte og veilede foreldre til barn med overvekt eller fedme på Frisklivssentraler?»

**Hensikt:** Studien har til hensikt å utforske erfaringer, synspunkter og perspektiver fra helsepersonell, foreldre og barn som arbeider eller lever med barn med overvekt og fedme. De ulike perspektivene vil kunne gi kunnskap og forståelse for hvilke behov sykepleier ved frisklivssentraler må kunne møte for at endring av livsstil skal være mulig til det beste for barna.

**Metode:** Denne litteraturstudien bygger på oppdatert kvalitativ forskning og pensumlitteratur relatert til temaet for problemstillingen. Teorien og forskningen blir forklart før disse drøftes opp mot hverandre i lys av problemstillingen og oppsummeres til slutt.

**Funn:** Helsepersonell opplever utfordringer når de skal snakke med foreldre om barns overvekt/fedme. Disse utfordringene går på personlige og mellommenneskelige plan, som for eksempel egen kompetanse, foreldres motivasjon og reaksjoner. Foreldre opplever skam og kritikk og dette fører til at de har en opplevelse av å ikke lykkes som foreldre. Forskning viser at Motiverende Intervju er et nyttig redskap ved livsstilsendring og at verdiene i personsentrert tilnærming gjør det mulig å møte skam med aksept og respekt.

**Oppsummering:** Fellestrekk ved forskningen er kompleksiteten i utfordringene med barn med overvekt/fedme. Forskningen bekrefter at det er mye skam og emosjonelle utfordringer forbundet med temaet og at foreldre trenger støtte og veiledning basert på åpenhet og respekt for å mestre å endre livsstil. Forskningen viser at foreldre har kunnskap om hva som kan gi overvekt, men at de trenger støtte utenfra for å klare det.

## **Abstract**

**Title:** From discouragement to courage: Collaboration between nurses and parents of children with overweight or obesity

**Background:** According to The World Health Organisation (WHO) there has been an increase in the number of children with overweight or obesity over the past 30 years. In Norway Healthy Life Centres were established in order to assist in changing lifestyle. Nurses have a counselling function that is useful in work related to children with overweight or obesity and their parents. By working with health promotion nurses can assist in expanding a persons imbedded resources in order for them to meet and succeed in the challenges they are faced with.

**Question:** «How can nurses support parents of children with overweight or obesity in Healthy Life Centres»

**Purpose:** The purpose of this thesis is to explore experiences, perspectives and views of nurses, parents and children in order to gain knowledge of how to best support parents of children with overweight or obesity in Healthy Life Centres in Norway. The different perspectives can give important insight into the needs of these parents and children that can be helpful in this line of work.

**Method:** This literature study is based on qualitative research and relevant curriculum related to the study question. A review of relevant theory and research is given before discussing the findings and theory and finally drawing a conclusion in light of the initial question.

**Results:** Healthcare professionals experience challenges when discussing children's weight with parents. These challenges are of personal and inter-personal factors, e.g. lack of knowledge and competence among health care workers, parents that seem unmotivated and the fear of parents reactions. Parents experience shame and feel criticized when their children struggle with weight. They have a sense of not succeeding as a parent. Research show that Motivational Interviewing is perceived as a useful tool in work related to lifestyle changes. Values of the client-centered approach states the possibility of meeting shame with acceptance and respect.

**Conclusion:** The research combined show complexities in the challenges that families face when children struggle with overweight and obesity. Furthermore, research show that shame and emotional factors make lifestyle changes even more challenging. Parents need support

based on respect and openness in order to succeed with lasting changes, even though they already have the knowledge.

## Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING .....	7
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	8
1.2	Oppgavens hensikt.....	8
1.3	Problemstilling.....	9
1.4	Presisering og avgrensning.....	9
2	TEORI .....	9
2.1	Carl Rogers personsentrerte teori .....	9
2.2	Motiverende intervju .....	10
2.3	Helserelatert livskvalitet .....	11
2.3.1	Veiledning .....	11
2.3.2	Stigmatisering, selvfølelse og skam .....	12
3	METODE .....	12
3.1	Kvalitativ metode .....	13
3.2	Kvantitativ metode .....	13
3.3	Litteraturstudie som metode .....	13
3.4	Litteratursøk.....	14
3.5	Metodekritikk .....	14
3.6	Kildekritikk.....	16
3.7	Etikk i oppgaveskriving.....	16
4	RESULTAT .....	17
4.1	Artikkel 1 .....	17
4.2	Artikkel 2.....	18
4.3	Artikkel 3.....	18
4.4	Artikkel 4.....	19
4.5	Artikkel 5.....	20
4.6	Artikkel 6.....	20
4.7	Sammenfatning av resultater .....	21
5	DRØFTING.....	22
5.1	Utfordringer knyttet til sykepleierens rolle .....	23
5.2	Foreldre som rollemodeller .....	25
5.3	Foreldres redsel for barnas erfaringer.....	27
5.4	Foreldres forforståelse og emosjonelle bagasje.....	28
5.5	Endring av vaner.....	29
6	AVSLUTNING .....	30

7	REFERANSELISTE .....	31
Vedlegg 1.	PICO-Modell.....	35
Vedlegg 2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	36
Vedlegg 3.	Oversikt søk.....	37
Vedlegg 4.	Sjekkliste for en kvalitativ studie .....	38

## 1 INNLEDNING

Verdens helseorganisasjon (WHO) opplyser at 1 av 3 11-åringer i Europa er overvektige. I Norge viser det seg at overvekt- og fedmeproblematikken i ungdomsskolen er 20 prosent blant jentene og 25 prosent av guttene (Folkehelseinstituttet, 2017). Utviklingen av overvekt og fedme blant barn har økt over en årrekke (WHO, u.å.). Dette viser at til tross for at problematikken er kjent har det ikke lyktes å redusere omfanget. Hanssen-Bauer og Knutsen (2017) skriver at foreldre kan oppleve skam og skyldfølelse når barna deres er overvektige. Dette bekrefter at temaet er ømtålig. Sykepleieren kan, med sin veiledende funksjon, bidra til livsstilsendring og økt livskvalitet i samarbeid med den som ønsker hjelp. Fokus i denne litteraturstudien blir på det psykososiale aspektet ved overvekt- og fedmeutfordringer blant barn og unge. Bedret selvfølelse og økt sosial tilhørighet og fungering vil være viktige mål som vil ha relevans for barna (Helsedirektoratet, 2010, s. 57). Barnas liv er her og nå og deres evne til å ta inn over seg fremtidige negative konsekvenser av vektutfordringen de har, er ikke ferdig utviklet (Øiestad, 2018).

Grunnlaget for arbeid innen helsefremming er nedfelt i Ottawa-charteret fra 1986. Basisen for helsefremmende arbeid er at et menneske innehar ressurser som kan benyttes til å håndtere overveldende situasjoner. Disse ressursene kan være undertrykte. Verdens helseorganisasjon definerer helsefremming slik: «... the process of enabling people to increase control over, and improve their health» (WHO, 1986).

I Norge er det i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) slått fast at kommunene har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenesten og at en stor del av dette arbeidet skal utføres innen helsefremming og forebygging av sykdom, skade og sosiale problemer. Kommunene har plikt til å drive med opplysningsvirksomhet, rådgivning og veiledning, derfor ble det opprettet Frisklivssentraler. I Folkehelseloven (2011) er det fastsatt at kommuner, fylkeskommuner og staten skal arbeide for økt folkehelse. Hensikten er å fremme helse i et samfunnsperspektiv og å arbeide for reduksjon i helsetrusler.

Det er sykepleierens særegne funksjon å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov (NSF, u.å.). Når det kommer til temaet for denne litteraturstudien blir det sykepleierens rolle å gi støtte og veiledning til foreldre slik at de igjen kan hjelpe sine barn i å oppnå en bedre helserelatert livskvalitet. Foreldrene er på den måten nøkkelen for et vellykket samarbeid for å fremme



barns helse. De yrkesetiske retningslinjene fastslår at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Overfor de personene en sykepleier møter skal han eller hun ivareta personens integritet og verdighet. Sykepleien som gis skal være helhetlig, bygge på medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (NSF, 2011).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom sykepleiestudiet har vi fått kjennskap til mange ulike tema. Jeg har fått bekreftet at jeg er opptatt av kommunikasjon som et redskap. Jeg har erfart at jeg har lett for å oppfatte personers emosjonelle budskap og jeg kan kjenne på kroppen dersom det ikke er samsvar mellom hva de sier og hva kroppsspråket forteller. Tidligere har jeg ikke tenkt at dette er en utpreget nyttig egenskap, men jeg har gjennom studiet oppdaget at det er nettopp denne egenskapen som bidrar til at jeg selv tror at jeg kan bli en dyktig sykepleier. Ved å søke kunnskap i oppdatert litteratur håper jeg å kunne bidra til økt bevissthet rundt det å styrke personers indre ressurser slik at de opplever å være kaptein på egen skute, altså livet, samtidig som jeg ønsker å finne kunnskap som gir meg tryggheten til å bemerke det jeg kan «lese» ut fra personer jeg møter.

Engasjementet mitt kommer fra at jeg ønsker å arbeide med noe som har et positivt fortegn og helsefremmende arbeid er i aller høyeste grad det. Det er positivt fordi det er utgjør en forskjell for den enkelte personen en kan hjelpe ved å styrke deres lederskap i eget liv. Jeg håper selv å kunne bidra til vekst og utvikling både i meg selv, men spesielt i andre. Helsefremmende arbeid har også et større mål fordi det ligger en samfunnsøkonomisk gevinst i å fremme helse som kan forebygge sykdom og helseutfordringer (Rønning, 2018).

## 1.2 Oppgavens hensikt

Denne oppgaven tar sikte på å undersøke litteraturen og finne oppdatert kunnskap om hvordan sykepleier kan støtte og veilede foreldre til barn med overvekt/fedme. Hvilke utfordringer foreldre står overfor når barn har overvekt/fedme kan gi føringer for hva foreldrene trenger hjelp til. Økt kunnskap om utfordringene vil bidra til å trygge helsepersonell i deres møte med foreldrene slik at et produktivt samarbeid kan bidra til ressursutvikling slik at foreldre kan lykkes med endringsarbeid.

### 1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier støtte og veilede foreldre til barn med overvekt og fedme ved Frisklivssentraler»?

### 1.4 Presisering og avgrensning

Problemstillingen er konkret og avgrenset i forhold til yrkesgruppe, pasientgruppe og kontekst. For å kunne være en støtte er det viktig at sykepleieren har en forståelse for hvordan foreldre og barn opplever sin situasjon. Når det kommer til overvekt blant barn og unge brukes en Kroppsmasseindeks som er justert for alder og kjønn, denne kalles en Iso-KMI (Øen, 2012, s. 29). Frisklivssentraler har tilbud til barn mellom 8-12 år og et tilbud til barn mellom 13-15. Denne oppgaven har derfor fokus på barn i alderen 8-15 år.

## 2 TEORI

For å kunne besvare denne oppgavens problemstilling, der fokuset er helsesamtaler mellom brukere og sykepleierne, blir det teoretiske grunnlaget forankret i personsentrert tilnærming utformet av Carl Rogers (Rogers, 1979). Helsesamtalen, slik den utføres ved frisklivssentraler i Norge, bygger på prinsipper fra denne teorien og samtaleteknikken er motiverende intervju (MI) (Helsedirektoratet, 2019). Personsentrert omsorg som sykepleiere kjenner fra demensomsorgen bygger på det samme. Oppgaven kommer også til å komme inn på helserelatert livskvalitet samt stigmatisering, skam og veiledning.

### 2.1 Carl Rogers personsentrerte teori

I Carl Rogers teorier om den personsentrerte tilnærmingen finner vi holdepunkter som vil være nyttige og nødvendige for en sykepleier som utøver sin veiledende rolle overfor foreldre til barn med overvekt og fedme. Det følgende er hentet fra Rogers egen beskrivelse av grunnlaget for personsentrert tilnærming fra 1979 (Rogers, 1979).

Rogers sin teori har en grunntanke om at alle individer har egenskaper og ressurser til selvinnsikt, endring av grunnleggende tanker og holdninger til seg selv. Når selvinnsikten og grunnholdningen er endret vil dette også kunne medføre at brukeren i større grad også endrer handlinger.

For at det skal være mulig å bidra til endring må sykepleieren sikre tre forhold. For det første må veilederen være ekte, det vil si at han eller hun er genuint opptatt av klienten sin og de erfaringer og oppfatninger som han eller hun har. For det andre må veilederen kunne vise aksept for de handlinger og erfaringer som klienten gjør og har. Og for det tredje må veilederen vise empatisk forståelse for klienten og det livet han eller hun lever.

Det å være ekte vil si at det er samsvar mellom de erfaringene veilederen får i møte med klienten og hva han eller hun uttrykker. Magefølelsen og det uttrykte budskapet må altså henge sammen. Det lar seg ikke gjøre å kun vise et profesjonelt ansikt utad som veileder, ifølge Rogers, veilederen må være opptatt av personen foran seg. Endring vil være mulig dersom veilederen viser en positiv og aksepterende holdning til klientens erfaringer og holdninger. Klienten skal få oppleve aksept for sine umiddelbare opplevelser som, for eksempel, forvirring, redsel, sinne, eller stolthet. Det at veilederen aksepterer klienten betingelsesløst vil kunne bidra til en åpenhet og tillitt mellom klienten og veilederen. Den siste betingelsen er at veilederen viser empatisk forståelse overfor det klienten snakker om. Veilederen må da ha evnen til å lese det emosjonelle budskapet og kunne speile dette tilbake til klienten på en respektfull, åpen og nysgjerrig måte. Rogers uttrykker at ved hjelp av aktiv lytting og sensitivitet overfor det emosjonelle budskapet legges forholdene til rette for klientens ønskede endring (Rogers, 1979).

## 2.2 Motiverende intervju

Motiverende intervju (MI) er en metode som søker å finne en persons indre motivasjon for å kunne bruke denne for å oppnå mål som den aktuelle personen ønsker å oppnå. Ved å benytte personens egne innerste ønsker vil det oppstå et eierskap til endringen. MI er metoden som benyttes ved Frisklivssentraler i Norge (Helsedirektoratet, 2016, s.11). Metoden vokste fram fra arbeid med rusavhengighet, som siden har utviklet seg til å gjelde andre området, inkludert overvekt- og fedmeproblematikk.

Miller og Rollnick definerer Motiverende Intervju slik: «Motivational interviewing is a collaborative conversation style for strengthening a person's own motivation and commitment to change» (2013, s. 12). Definisjonen viser viktigheten av samarbeidet mellom den som ønsker hjelp og hjelperen. Det blir hjelperens oppgave å forsterke de argumentene personen selv har og sørge for at den valgte veien blir fulgt.

Noe av styrken ved MI er at den utforsker argumenter for og imot det å gjøre endringer. Ved all form for endringsarbeid vil det oppstå ambivalens. Ambivalensen vil alltid sørge for å tilsløre den ønskede retningen. Ved å skulle endre noe vil det være visse faktorer en må gi avkall på. Det en gir avkall på vil være av betydning for personen og det er dette som gjør endringsarbeidet utfordrende. (Miller & Rollnick, 2013, s. 6-7 og 9-10).

## 2.3 Helsereelatert livskvalitet

I en masteroppgave fra Universitetet i Oslo kommer det fram at helsereelatert livskvalitet (HRQoL) er en kompleks sammensetning av funksjonelle, fysiske, psykiske og mentale aspekter som gir føringer for et individs opplevelse av velvære (Landstad, 2013). Videre skrives det at det er funnet sammenhenger mellom livskvalitet og KMI. Det er de psykososiale faktorene som spiller sterkest inn. Hvordan kroppsbildet til en person er har vist seg å ha sammenheng med livskvaliteten. Det viser seg også at et dårlig kroppsbilde får større innvirkning på livskvaliteten enn smerter og mobbing. Helsedirektoratet (2010) opplyser at negativt selvbilde i barne- og ungdomsårene legger føringer for selvbildet en har i voksen alder. Vektreduksjon vil kunne øke selvfølelsen, men det kan ikke konkluderes med at det er vekttapet i seg selv som gir økt selvfølelse.

### 2.3.1 Veiledning

Veiledning blir av Tveiten definert som:

«... en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2016, s. 89).

Informasjon, råd og kunnskap kan bidra til å gjøre brukeren i stand til å starte på en refleksjonsprosess som blir viktig for å bli bevisst de valgene en har tatt tidligere og hvilke mål en ønsker å oppnå. På den måten kan mestringskompetansen øke (Tveiten, 2016, s. 90).

### 2.3.2 Stigmatisering, selvfølelse og skam

Stigma vil si at en person har et kjennetegn eller en egenskap som diskvalifiserer han fra å bli akseptert i forhold til andre. Overvekt er knyttet til kroppslige forhold som fører til uønsket oppmerksomhet. Andre personlige egenskaper kan bli oversett og fører til at identiteten til vedkommende blir endret (Ingstad, 2013, s. 129). Stigma kan i seg selv være til hinder for å oppsøke hjelp (Salemonsens, Hansen, Førland & Holm, 2018). Stigmatisering kan medføre at den opplevde verdien en oppfatter at en har synker. Denne opplevde verdien er selvfølelsen og blir den dårlig kan opplevelse av skam blir framtrødende (Renolen, 2015, s.143). Renolen skriver videre at dannelse av selvfølelse skjer i barneårene og blir basert på hva andre mennesker sier at de er. Dersom det er negative ting som blir «merkelappen» på barnet er det også det barnet, og den senere voksne, tenker at de er. De blir kritiske til seg selv og omtaler seg selv negativt. Som vi skal se i drøftingen er selvbildet et viktig tema for refleksjon i endringsarbeid. Selvbildet, skriver Renolen, er hvordan vi ser oss selv og det kan være vanlig å ha forskjellige selvbilder i ulike settinger. Det er også tilfeller der vårt bilde av oss selv ikke er i overensstemmelse med vårt idealbilde som vi skal komme tilbake til i drøftingen.

## 3 METODE

En metode er ifølge Vilhelm Aubert «... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Siteret i Dalland, 2017, s. 51). For å sikre kvaliteten i forskningsarbeidet blir det viktig å følge felles rammer for hva som er gjeldene (Dalland, 2017, s. 54). Sykepleieforskning befinner seg ikke kun i den ene tradisjonen (kvalitativ) eller den andre tradisjonen (kvantitativ). Begge tradisjoner har sine fokusområder som vil være aktuelle og nyttige for sykepleiefaget (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Ut fra denne oppgavens problemstilling vil det være aktuelt å benytte seg av den kvalitative forskningen fordi den søker å finne ut hvordan sykepleieren på mest mulig hensiktsmessige måte kan støtte foreldre slik at den endringen de ønsker i hverdagen blir mulig. Dette dreier seg altså

om opplevelsene omkring det å være foreldre i møte med helsepersonell. Da kan det være interessant å se studier både fra foreldrenes synspunkt, men også helsepersonells tanker om arbeidet de gjør. Den beste metoden for å gjengi denne kunnskapen er en litteraturstudie.

### 3.1 Kvalitativ metode

I kvalitativ forskningsmetode ønsker en å få svar på opplevelser og erfaringer som det ikke er mulig å tallfeste. Det vil da være aktuelt å benytte datainnsamlingsmetoder som intervjuer eller skjemaer med åpne spørsmål, men det benyttes også observasjon og feltarbeid. Teksten, eller opptak med lyd og/eller bilde, blir så analysert og strukturert for å kunne trekke større linjer (Thidemann, 2015, s. 78). Denne oppgaven søker å forstå menneskers møte med livsstilforandringer for å kunne si noe om hvordan sykepleiere skal komme denne gruppen i møte. Det vil derfor være hensiktsmessig å benytte forskning utført i tråd med kvalitativ metode (Dalland, 2017, s 45).

### 3.2 Kvantitativ metode

En annen forskningsmetode er kvantitativ metode. Tradisjonelt er det denne metoden som er benyttet innen naturvitenskapen for å samle inn tallfestede, objektive data. Kvantitativ forskning gir et målbart bilde, uten tolkning, av virkeligheten slik vi kan observere den. Det er krav om stort forskningsmateriale for å kunne gjøre forskningen så presis som mulig. Styrken i den kvantitative forskningen er at den kan si noe om utbredelse og den kan gi forklaringer (Dalland, 2017, s. 52).

### 3.3 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven tar sikte på å finne svar på én enkelt problemstilling ut fra oppdatert tilgjengelig litteratur og er dermed en litteraturstudie. For å oppnå et troverdig resultat blir det viktig at denne oppgaven følger strukturerte og godkjente krav og retningslinjer, som i tillegg til å søke oppdatert tilgjengelig litteratur også skal være søkt opp i relevante databaser (Støren, 2013, s. 37). En litteraturstudie skal være utført med struktur. Litteratursøkene skal

være systematiske og gås igjennom kritisk for å sikre at funnene er troverdige, før resultatene sammenfattes (Magnus & Bakketeig sitert i Thidemann, 2015, s. 79-80).

### 3.4 Litteratursøk

Prosessen startet med utarbeidelse av et tankekart, for presisering og strukturering av tanker og tema. Problemstillingen ble laget, basert på PICO-modellen (se [Vedlegg 1](#)), og brukt som basis for å finne aktuelle søkeord. For å finne engelske ekvivalenter ble MeSH via SVEMED+ benyttet. Det ble også utarbeidet kriterier for inkludering og ekskludering av artikler (se [Vedlegg 2](#)). Databasene Cinahl, PubMed og Google Scholar via Høgskolebibliotekets fagsider ble benyttet, men resulterte i at det kun var artikler på Cinahl som ble brukt. [Vedlegg 3](#) viser hvilke søk som er gjennomført. Oppsettet er laget ut fra eksempel hentet fra nettstedet Søkogskriv.no. Søk 1, resulterte i 30 artikler hvorav 4 artikler ble brukt. Søk 2 ble gjort i PubMed hvorav 114 artikler ble funnet. Av disse ble ingen brukt fordi artiklene ikke møtte inklusjonskriteriene. Emnene gikk mer på spisevaner, spisemønster, tilleggsdiagnoser og der de generelle samfunnsforhold ikke var sammenlignbare i så stor grad med norske forhold og oppfattes derfor ikke som like relevante. For å finne ungdommenes perspektiv og deres oppfatning av hvordan det er å leve med overvekt /fedme ble søk 3 gjennomført i Cinahl. Det resulterte i 9 artikler hvorav én norsk studie ble valgt ut fordi denne sier noe om ungdommer i Norge og deres erfaringer med fedme sett i lys av psykososiale perspektiv. For å kunne svare på oppgavens problemstilling trengte jeg også perspektiv på hvordan det oppleves å ha gjennomført en helsesamtale med sykepleiere. Søk 4 ble gjennomført i Cinahl og resulterte i 25 artikler. Én ble valgt fordi denne tok for seg livsstilsendringer i forbindelse med overvekt og fedme blant voksne i Sverige. Disse erfaringene kan komme foreldre med overvektige barn til gode fordi de voksne selv gjerne må gjøre egne livsstilsendringer for å bistå barna. I vedlegg 3 har jeg brukt oppsett beskrevet fra nettstedet Søk og skriv for å strukturere søkene.

### 3.5 Metodekritikk

Fordi jeg ønsker å se på hvordan sykepleieren skal kunne utøve sin støttefunksjon må det baseres på sammensatt kunnskap. Det blir viktig å finne subjektive synspunkter, perspektiver

og erfaringer fra foreldrene, fra barn/ungdommer som har overvekt og fedme, men også helsepersonell som arbeider med dette til daglig. Selv om de ikke nødvendigvis er i målgruppen så kan de trekke inn erfaringsbasert kunnskap som er med på å danne et helhetlig bilde av situasjonen. Siden fokuset ligger på erfaringer, opplevelser og perspektiver vil kvalitativ forskning være aktuell.

Det å være kritisk til metoden en har brukt er det samme som metodekritikk. I den inkluderte forskningen er det tatt i bruk ulike datainnsamlingsmetoder innen kvalitativ forskning, som dokumentanalyser og ulike former for intervjuer med tilhørende analyser. Dette gir et beskrivende bilde fra et lite representativt utvalg som kan gi viktige synspunkter for sykepleiere som arbeider innen helsefremming og barn med overvekt. Resultatene av forskningen er preget av tolkningen av denne dataen og gjengivelsen av materialet. Som lesere av forskning har vi vår egen forforståelse av det vi leser som preger vår fortolkning igjen (Dalland, 2017, s. 54)

Det er ulike svakheter ved denne litteraturstudien. Jeg har ikke erfaring med å arbeide med litteratursøk på denne måten. Det får konsekvenser for selve søkeprosessen. Det at jeg kun har benyttet meg av artikler søkt opp i Cinahl er også en svakhet. Dette kan ha sammenheng med søkeordene jeg har brukt. Jeg har valgt å ta med engelske artikler, og til tross for at jeg har arbeidet med å finne engelskspråklige ekvivalenter er det ikke en garanti for at jeg har truffet helt. I språket vårt ligger det mange kulturelle rammer for forforståelse. Denne forforståelsen vil kunne gi videre assosiasjoner til hva vi mener uten å uttrykke dem. Da er det ingen garanti for at forfatterens budskap er eksakt det samme som leseren oppfatter (Eby & Eby, 2016). Derfor blir det viktig at forfatterne gir leseren en beskrivelse av hvordan de forstår og deres tolkning av temaet.

Denne litteraturstudien er på samme vis basert på min forforståelse av temaet. Min tolkning må derfor ses i lys av min tidligere universitetsutdannelse innen historie, engelsk og pedagogikk, og min arbeidserfaring med skolebarn og barnehagebarn. Arbeidserfaringen fra andre bransjer og erfaringene jeg har som mamma for to barn er også med på å prege meg som person og hvordan jeg «leser» materialet jeg arbeider med.



### 3.6 Kildekritikk

Kildekritikk består av to deler. Den første er å finne litteraturen som belyser problemstillingen en har valgt på best mulig måte. Dette kalles litteratursøking eller kildesøking. Deretter handler det om å gå inn i den litteraturen en har valgt (Dalland, 2017, s. 152). Ved gjennomgang av artikler har jeg lest tittel, hensikt, sammendrag, resultater og konklusjon for å avgjøre om jeg skulle gå videre med artiklene. Deretter har jeg valgt å benytte meg av sjekklister fra Kunnskapsbasert praksis.no. Disse sjekklister er de samme som også ligger på Helsebiblioteket.no. Artiklene som er valgt ut er kvalitative der én er en systematisk metasyntese av kvalitative studier. Jeg har derfor valgt sjekklister for kvalitative studier og sjekklister for systematiske oversikter. Se [Vedlegg 4](#) for et eksempel. Jeg har også søkt opp de ulike utgiverne i register over vitenskapelige publiseringskanaler for å sikre meg at utgiveren er til å stole på (Norsk Senter for forskningsdata, u.å). Den kritiske gjennomgangen bidrar til å kvalitetssikre artiklene som er valgt.

Kvalitative studier har ofte færre informanter enn de kvantitative. Dette må det tas hensyn til i gjengivelse av forskning. At noen har en opplevelse betyr ikke det at andre i samme situasjonen kan si seg enige. Geografi blir også et viktig element. For å kunne si noe om forhold i Norge kan det være lurt å finne forskning fra land som er tilnærmet likt. Hvordan forskere har rekruttert informanter er også viktig å få oversikt over fordi det kan gjøre forskninger mer eller mindre troverdig. Alder på artikler er også noe som virker inn. Artiklene i denne litteraturstudien er hovedsakelig fra de siste 5 år, bortsett fra én. Jeg har forsøkt å finne lignende artikler av nyere dato, men ut fra de søk som ble gjennomført har ikke lyktes å finne noen. Funnene var likevel såpass viktige at artikkelen ble inkludert.

### 3.7 Etikk i oppgaveskriving

Etisk forsvarlighet skal ligge til grunn for all forskning innen helsefagene. I 1964 ble Helsinkideklarasjonen vedtatt av World Medical Association Assembly. Denne ble revidert i 2013. Deklarasjonen gir en overordnet regulering av all helsefaglig forskning som har til hensikt å sikre deltakere mot farer som kan komme som en følge av forskningen. Helt sentralt i deklarasjonen står det informerte samtykket (Christoffersen, et al., 2015, s. 43). I Norge må det søkes om etiske godkjenninger via Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig

forskningsetikk (REK) (Christoffersen, et al., 2015, s. 44). Det er 3 hensyn som er spesielt viktige å ta i forskningsarbeid. Dette er nedfelt i Forskningsetiske retningslinjer for medisin og helse, som er gjeldende for alle de regionale komiteene. For det første har informantene rett til selvbestemmelse, for det andre har informantene krav på respekt fra forskerne når det gjelder privatlivet. Og for det siste har forskerne ansvar for å ikke å skade pasientene med forskningen (Christoffersen, et al., 2015, s. 45). Forskningsartiklene som er benyttet i denne oppgaven er etisk godkjente og oppfyller dermed kravet om etisk forsvarlighet.

## 4 RESULTAT

I denne delen blir artiklene presentert med forfatternavn, året den ble publisert, tittel på artikkel, hensikten med oppgaven, hvilken metode som er benyttet og kortfattet gjengivelse av resultatene.

### 4.1 Artikkel 1

**Forfattere:** Bradbury, Chisholm, Watson, Bundy, Bradbury & Birtwistle, (2018)

**Tittel:** «Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies»

**Hensikt:** Hensikten med artikkelen er todelt. Forskerne ønsker å vurdere kvaliteten på studier som allerede er utført. I tillegg ønsker de å komme med anbefalinger til kommunikasjonsarbeidet til helsepersonell for å forbedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og foreldre til barn med overvekt/ fedmeutfordringer.

**Metode:** Studien er en metasyntese av 13 kvalitative studier, det vil si at forskerne har, ved å sammenligne ulike kvalitative studier trukket ut opplysninger som gir bakgrunn for å trekke store linjer (Christoffersen, Johannessen, Tuft & Utne, 2015, s. 64). Forskerne har utført systematiske litteratursøk i ulike databaser i tidsrommet fra 1985 til 2013.

**Resultat:** Studien viser at de hyppigst rapporterte hindrene for å ta opp barns vektutfordring med foreldrene går på det inter- og intrapersonale planet. Dette er et forventet resultat i og med at arbeidet består i individuelle samtaler, men det fordrer helsepersonell til å ta grep for å kunne møte disse utfordringene. Studien peker på viktigheten av utvikling av helsepersonells

ferdigheter, kunnskap og trygghet i møte med disse utfordringene. Samtidig viser studien at det er innen det personlige og mellommenneskelige planet de fleste positive sidene også finnes. Studien peker også på at omfanget av strukturelle og samfunnsmessige hindre tyder på at utvikling av helsepersonells ferdigheter og kunnskap ikke alene vil kunne møte alle utfordringene som dukker opp i møtet med foreldre til barn med overvekt.

## 4.2 Artikkel 2

**Forfattere:** Hanssen-Bauer og Knutsen (2017).

**Tittel:** «Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig»

**Hensikt:** Hensikten med forskningen var todelt. For det første ønsket de å finne ut hvordan foreldre reagerer når de får beskjed om at deres barn er overvektig. Og for det andre ønsker de å få vite noe om opplevelsen ved å delta i veiledningssamtaler og gjeldende aktivitetstilbud.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie med individuelle semistrukturerte intervjuer av 6 mødre som har deltatt i veiledningssamtaler og aktivitetstilbud i regi av skolehelsetjenesten.

**Resultat:** Resultatene er sammenfattet i 4 fellestrekk. Foreldre opplevde kritikk av både barnet og seg selv når de fikk beskjed, noe som resulterte i et ønske om å beskytte barnet. For det tredje uttrykte foreldrene bekymring for erfaringene barna får og til sist var det fellestrekk som gikk på bevisstgjøring og støtte til livsstilsendringer. Disse resultatene vil være interessante for oppgaven fordi de undersøker den aktuelle brukergruppens opplevelser og erfaringer.

## 4.3 Artikkel 3

**Forfattere:** Brødgaard, Wagner, Peitersen & Poulsen (2013).

**Tittel:** «Action Competence Obstacles to Managing Childhood Overweight: In-Depth Interviews With Mothers of 7- to 9-Year-Old Children»

**Hensikt:** Målet med studien er å finne nye måter å arbeide på for å redusere overvekt og fedme blant barn og hvordan sykepleiere kan tilnærme seg arbeidet for å komme foreldrene

bedre i møte. Studien har intervjuet mødre med barn med overvekt/fedme og mødre til barn som ikke har vektutfordringer.

**Metode:** Dette er en kvalitativ fenomenologisk studie der 7 mødre til barn med overvekt og 6 mødre til normalvektige barn i alderen 7 til 9 år ble intervjuet. Studien er utført med teoretisk bakgrunn fra handlingskompetanse. Forskerne tar sikte på å beskrive livserfaringer slik de fremstår for mødrene.

**Resultat:** Resultatene av studien viser at mødrene opplevde at de hadde kunnskap nok og kapasitet til å arbeide med deres barns vektutfordringer. Studien viser likevel at kunnskapen ikke alltid strekker til og at helsepersonell må være klar over dette gapet. Dette gapet kan utforskes sammen med mødrene og gi de støtten de trenger for å kunne håndtere situasjonen de står i. Denne studien ble valgt fordi den tydeliggjør at kunnskapsoverføring ikke er nok i arbeidet med livsstilsendringer i familier. Disse funnene anses som såpass viktige at artikkelen ble tatt med til tross for at den er fra 2013.

#### 4.4 Artikkel 4

**Forfattere:** Appleton, J., Fowler, C. & Brown, N. (2017).

**Tittel:** «Parent's views on childhood obesity: qualitative analysis of discussion board postings»

**Hensikt:** Forskerne ønsket å få innblikk i foreldres perspektiv, oppfatning og uttrykte bekymring i forbindelse med overvekt og fedme blant barn, og hvordan dette uttrykkes anonymt på forum på internett.

**Metode:** Kvalitativ. Studien er utarbeidet etter kvalitativ beskrivende tilnærming til 34 utvalgte samtaletråder funnet på Australske diskusjonsforum på internett. Disse samtaletrådene er så analysert ut fra en kvalitativt beskrivende metode med forhåndsbestemte kategorier som er basert på tidligere systematiske oversikter både kvalitative og kvantitative. Temaoversiktene ble endret underveis, dette er vanlig ifølge den metoden som er brukt (The Academic Triangle, 2016)

**Resultat:** Studien viser at foreldre har kunnskap om livsstil og dens betydning for overvekt og fedme blant barn og at det er riktig å ha fokus på dette på et samfunnsnivå. I tillegg viser den at det var varierende oppfatning av betydningen av vekt- og høydemåling blant barn.

Studien belyser at foreldre oppfatter budskapet i det helsefremmende budskapet og oppfatter viktigheten av dette samtidig som implementeringen av tiltak for å komme seg på rett kjøl er vanskelig. Det er derfor viktig at helsepersonell kan arbeide for hvordan foreldre kan tilegne seg kunnskapen til å gjøre de rette tiltakene, altså det rent praktiske aspektet ved helsefremming. Artikkelen er valgt fordi ytringene og meningene som kommer fram gir et bilde av foreldrenes oppfatninger uten helsepersonells påvirkning.

#### 4.5 Artikkel 5

**Forfattere:** Øen, Kvilhaugsvik, Eldal & Halding (2018).

**Tittel:** «Adolescents' perspectives on everyday life with obesity: a qualitative study».

**Hensikt:** Studien har til hensikt å få en dybdeforståelse på oppfatninger og erfaringer til ungdom med fedme (Iso-kmi på 30 og over) for å kunne legge føringer for tiltak rettet mot denne gruppen som ivaretar pasient-behandler relasjonen.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie basert på individuelle semistrukturerte intervjuer av 5 ungdommer med fedmeutfordringer. Det er utført 2 intervjuer for å sikre dybdeforståelse. Forskerne har benyttet kvalitativ innholdsanalyse for å tolke både innholdet, men også konteksten.

**Resultater:** Analyser viste at ungdommenes perspektiv kunne deles opp i 3 hovedtema. For det første er fedme et komplekst og sammensatt og vanskelig å løse i deres øyne. Det andre temaet gikk på mobbing og svake relasjonelle bånd og for det tredje er fedme forbundet med mye skam og bekrefter at det er et ømtålig tema. Artikkelen er nyttig fordi den gir ungdommers perspektiv. Deres erfaringer og meninger må være inkludert i sykepleiers arbeid med foreldrene.

#### 4.6 Artikkel 6

**Forfattere:** Brobeck, Odencrants, Bergh & Hildingh. (2014).

**Tittel:** «Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study».

**Hensikt:** Studiens hensikt er å beskrive hvordan pasienter i primærhelsetjenesten opplever helsesamtaler angående livsstilsendring basert på motiverende intervju med sykepleiere.

**Metode:** Studien er bygd opp etter kvalitativ deskriptiv design der det er gjennomført analyse av meningsbærende innhold. 20 sykepleiere ble spurt om å komme med en forespørsel til klienter som kunne være egnet til intervju basert på inklusjonskriterier, 13 deltakere ble kontaktet og fikk muntlig og skriftlig informasjon om gjennomføring av forskningen. Alle samtykket til intervjuene.

**Resultat:** Studien viser at samtaler om livsstilsendring kan bidra positivt til økt bevissthet rundt selvbestemmelse i forhold til livsstilsendring, men at det krevde at visse forhold var tilstede. Toveiskommunikasjon bidro til en opplevelse av trivsel. Det var også viktig at klientene opplevde støtte og oppmuntring når de hadde endret tankemønster omkring livsstil. Det å ha fokus på selvbestemmelse i forhold til valg av handlinger og sykepleierens sensitive tilnærming i diskusjonene ga god grobunn for livsstilsendring. Denne artikkelen er valgt fordi den undersøker voksne sine opplevelser og erfaringer med helsesamtaler i forbindelse med livsstilsendringer og bruk av motiverende intervju som samtaleteknikk. Det kan derfor argumenteres for at overføringsverdien til foreldre med overvektige barn ved frisklivssentraler er tilstede.

#### 4.7 Sammenfatning av resultater

Artiklene representerer ulike gruppers perspektiv. Helsepersonell, foreldre, hovedsakelig representert ved mødre og ungdommer er kilder til viktig informasjon som gir sykepleiere nødvendig kunnskap til å kunne veilede og støtte foreldre til livsstilsendring. I tillegg er synspunkter og erfaringer fra voksne som deltar på kurs i livsstilsendringer og hvordan de mener sykepleiere kan legge til rette for et godt samarbeid i helsesamtalen representert.

Når det kommer til å diskutere barns overvekt med foreldre beskriver helsepersonell hva de opplever er de største hindrene og hva som kan fremme en slik samtale. utfordringene går på forhold hos helsepersonell, som for eksempel manglende kunnskap og trygghet. De beskriver også forhold rundt foreldrene som utfordrende som for eksempel manglende motivasjon og emosjonelle reaksjonene. For det tredje peker de på forholdet mellom profesjonelle og brukere. De fleste begrensningene for å ta opp temaet med foreldrene ligger i disse tre punktene. Det er derfor interessant at de fleste punkter som legger til rette for en samtale også

finnes i disse tre kategoriene. Helsepersonell peker også på organisatoriske og strukturelle kategorier som kan legge hindringer for å snakke med foreldre til barn med overvekt.

Når foreldre får beskjed om at deres barn er overvektig tilsier forskning at dette kan oppfattes som kritikk, både av barnet og de voksne som foreldre. Beskjeden kan føre til et ønske om å beskytte barna for å skåne selvbildet slik at de ikke skal oppfatte seg selv som overvektige. Foreldre kan også føle behov for å utveksle erfaringer med andre foreldre for på den måten å få støtte, bekreftelse og anerkjennelse for uhyggelige møter med helsevesenet. Videre uttrykker foreldre at de bekymrer seg for hva barna deres erfarer, men de gir også uttrykk for at de blir bevisstgjort at det er behov for livsstilsendringer og at de kan få støtte til dette via tilrettelagt aktivitetstilbud. Foreldre anerkjenner at de har et ansvar når det kommer til barn og overvekt/fedme. De anser seg som rollemodeller for barna sine og ser at egne handlinger får negative konsekvenser for barna. Forskingen viser at støtte er avgjørende for å få til endringer. Mødre som uttrykker at de har kunnskap og handlingskompetanse har også behov for støtte og veiledning for å få til endringer. Det er altså ikke nok å bedrive informasjonsarbeid og kunnskapsutveksling, foreldre trenger støtte til *hvordan* de skal få til endringer.

Forskingen viser også at personer som ønsker å endre livsstil opplever god nytte av støtten de har mottatt på sentre for livsstilsendring. De beskriver elementer som respekt, empati og aksept som viktige ingredienser for et vellykket samarbeid mellom sykepleiere og de selv.

## 5 DRØFTING

En drøfting skal utforske hvordan resultatene svarer på problemstillingen og knytte resultatene opp mot den valgte teorien (Thidemann, 2015, s. 108). De ulike funnene i hovedartiklene skal her drøftes opp mot valgte teori om person-sentrert tilnærming, motiverende intervju, veiledning, stigmatisering, selvbilde og skam. For å kunne si noe om hvordan sykepleier kan støtte og veilede foreldre til barn med overvekt/fedme må vi vite noe om utfordringer knyttet til sykepleierens rolle. Videre er det viktig å få innblikk i foreldrenes rolle, utfordringer knyttet til barnas erfaringer og deres egne og ønsker når det kommer endring av vaner.

## 5.1 utfordringer knyttet til sykepleierens rolle

Det er sykepleierens ansvar å legge til rette for å skape et trygt miljø der endring er mulig. Det blir derfor omhandlet først i drøftingen.

Helsepersonell forteller at de anser foreldrenes manglende motivasjon til endring av livsstil som det største hinderet i arbeidet. De uttrykker videre at de prøver hardt å lære de om sunt kosthold uten at det nytter (Bradbury m.fl., 2018). Den tydelige ekspertuttalelsen om at helsepersonell vet og kan best er ikke i overensstemmelse med verken veiledning, prinsipper om MI eller personsentrert tilnærming, slik vi har sett i teorien. Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund & Bratås (2018) viser til at helsepersonells manglende kunnskaper, egenskaper og empati er det som hinder deltakelse i program for livsstilsendring. Deltakerne har større ønske om å snakke med helsepersonell som kan møte de med åpenhet og ønsker om å dele den kunnskapen de har, men også dele makten og ansvaret. Her ses tydelige henvisninger til den personsentrerte tilnærmingen og motiverende intervju. Rogers var opptatt av betydningen av en persons erfaringer. Han mente at dersom man stolte for mye på teorier ville disse teoriene kunne forme veilederens oppfatning av personen som trengte hjelp. Rogers påpekte viktigheten av at veilederen måtte være åpen slik at personens opplevelser av egen situasjon kom fram. For å kunne forstå en persons atferd og handlinger måtte man, ifølge Rogers, få innsikt i personens subjektive oppfatning av seg selv og den verden han eller hun omgir seg med (Thorne, 2003, s. 24). Med en slik tankegang blir en persons subjektive opplevelse løftet opp til å ha stor betydning og som fortjener respekt. Rogers mente at det ville være vanskelig å oppnå tillit mellom terapeut og bruker dersom brukeren opplevde at terapeuten skulle komme med antakelser om hans eller hennes liv samtidig som denne måten å arbeide på ville undergrave brukerens tillit til egne erfaringer (Rogers, 1979). Kursdeltakere for livsstilsendring har uttalt at når de blir møtt på en respektfull og empatisk måte er de i større grad innstilt på å kunne dele sine svakheter og det de skammer seg over (Brobeck m.fl., 2014 og Sagsveen m.fl., 2018).

Dersom endring skal være mulig vil det være helt nødvendig at den som søker hjelp får en opplevelse av å være velkommen og at det han eller hun sier er av betydning for sykepleieren. I tillegg er det essensielt i forhold til å sikre at brukeren får en aktiv rolle, som er i henhold til den helsefremmende arbeid (Larsen, 2012, s. 50). I studien til Brobeck m.fl. (2014) har flere uttrykt at dersom de hadde blitt møtt av sykepleiere som «hever pekefingeren» ville de ikke nølt med å avslutte veiledningen. Det kan se ut til at de søker en støtte/veileder, og ikke noen



som møter de med fordommer og moral. Deltakerne sier også at de er sensitive for kritikk fordi overvekt er forbundet med skam og at de opplever det som sitt ansvar at de er i den situasjonen de er. Når de allerede er klar over dette hjelper det ikke at andre poengterer det en føler skyld for. Blir dette tatt opp på feil måte vil det kunne føre til forsvarsreaksjoner, slik studien til Hanssen-Bauer & Knutsen (2017) fastslår. En forutsetning er at sykepleieren har mot til å møte disse sterke reaksjonene og følelsene (Øen, 2012, s. 204-205) Bradbury m.fl. (2018) viser til at helsepersonell er redde for hvordan foreldrene reagerer. Enkelte vedkjenner seg at de ikke er kompetente nok til å møte foreldrene i samtalene. Eide & Eide viser til at fornuft og følelser ikke alltid er det samme. Det emosjonelle har likevel stor innvirkning på hva vi gjør. Ved å speile følelsene og stille åpne spørsmål kan nye betraktninger og refleksjon kunne lede til endring fordi det gir personens opplevelser og erfaringer bekreftelse og anerkjennelse (2017, s. 172-179 og 208). Med denne kunnskapen kunne sykepleieren møte foreldrenes sinne, forskrekkelse eller aggresjon med en tilstedeværende trygg holdning som kan bidra til en god samtale mellom sykepleier og foreldre. Samtaleteknikken MI er effektiv, men sikrer også en empatisk tilnærming som er avgjørende (Miller & Rollnick, 2013, s.20). Her bygger MI på elementer fra personsentrert tilnærming ved at veilederen skal gi personen en oppriktig tilstedeværelse og en evne til å sette seg inn i personens liv og verdier, uten å trekke inn egne opplevelser og synspunkter. Det som ytres er på bakgrunn av brukerens perspektiv (Miller & Rollnick, 2013, s. 18). Det er dette som er en del av den betingelsesløse aksept som veilederen skal sørge for. Funn fra forskningen til Brobeck m.fl. (2014) underbygger dette. Der kommer det fram at det er viktig at sykepleiere er sensitive overfor budskapet og at deltakerne opplevde at historiene deres var viktige.

Kanskje helsepersonells «pekefinger» er et uttrykk for hjelpetrangen helsepersonell har. Det er lettere å se løsninger når en ikke selv har problemet. Dette kan komme i veien for tillitsoppbyggingen og relasjonen mellom bruker og sykepleier. I veiledningsarbeid blir det, som nevnt i teorien, viktig med samarbeid mellom brukeren og veilederen. Dersom helsepersonell er for raske til å se løsninger og forsøker å «presse» disse på brukerne kan det trolig oppleves som et ytre press («pekefinger») å skulle endre livsstil enn et indre ønske og mål. Da blir det tydeligere at det livet de lever er «feil». Det kan være mulig at dette ligger til grunn når foreldre framstår som umotiverte slik helsepersonell gir uttrykk for i Bradbury m.fl. (2014).

Studien til Bradbury m.fl. (2014) viser også at helsepersonells kunnskap og trygghet har en positiv virkning i møte med foreldre. Det at foreldrene selv oppsøker hjelp, kanskje for andre

problemer bidrar til at samtaler om barns vekt kan gjennomføres. Studien sier videre at kortsiktige små mål var viktige for at endringer skulle bli gjennomført. Disse målene måtte være utarbeidet sammen med brukeren, og basert på personsentrerte mål, hvis ikke kunne det føre til at brukeren ble overveldet eller uinteressert.

Hensikten med veiledningen blir å støtte foreldre i valgene de tar og bistå i etterlevelsprosessen slik at målene de selv har satt blir oppnådd. Arbeidet kan føre til en sunnere livsstil samtidig som velvære blir viktig (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012, s. 27). Ved å ha gått igjennom en prosess hvor ansvar for egen helse har blitt assosiert med mestringsfølelse kan dette igjen bidra til å gi en følelse av stolthet (Salemonsens m.fl., 2018). På den måten oppfyller det også hensikten med veiledning slik Tveiten opplyser om (2016, s. 89). Likevel viser litteraturen at vektreduksjon blant overvektige ikke er varig (Helsedirektoratet, 2016, s. 25).

Det er også et etisk dilemma knyttet til temaet om barn, overvekt og helsefremming. Barn og unge under 16 år har redusert selvbestemmelse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011, §4-4). Barn og unge kan ha sin oppfatning av hvordan det er å leve med overvekt og fedme som ikke nødvendigvis stemmer overens med det bildet foreldrene har (Folkehelseinstituttet, 2016, s. 11). Sykepleier må derfor sikre at alles meninger blir hørt.

## 5.2 Foreldre som rollemodeller

Foreldre er viktige rollemodeller for barna sine. De er med på å forme vaner og verdier til barna sine som de tar med seg videre inn i sine liv (Appleton, m.fl., 2017). Steinsbekk, Belsky & Wichstrøm (2016) skriver at foreldrene sosialiserer barna inn i spisemønstre og vaner og understreker viktigheten av å samarbeide med foreldrene for å forhindre/reducere overvekt og fedme blant barn og unge. Brødgaard m.fl. (2013) sin forskning viser at foreldre kan oppleve det som vanskelig å være en god rollemodell for barna sine når de selv sliter med å ta valgene som fører til et sunnere liv. En utfordring mødrene forteller om er misnøyen barna viser når de blir nektet matvarer som de tidligere har fått eller at barna blir sinte dersom de får mindre mat enn de er vant til. Ubehaget med å «komme i konflikt» med barna er stort og noe foreldrene ønsker å unngå og kan være nok til at endringer ikke blir gjennomført over lengre tid. Resultatet blir, som mødrene sier, at de får dårlig samvittighet og ikke føler at de lykkes i rollen som mor. Dette funnet bekreftes av Hanssen-Bauer og Knutsen (2017) sin forskning om hvordan mødre opplever å få beskjed fra helsesøster om at avkommet har et vektproblem.

Den opplevde kritikken av foreldrene og barnet resulterte i at de følte seg skamfulle og at de måtte forsvare seg. En uttalelse gikk på at beskjeden traff noe svært sårbart nettopp fordi det dreier seg om barna og at temaet er forbundet med skam som resulterer i en opplevelse av at de ikke har lyktes som foreldre.

I forskningen til Brødgaard m.fl. (2013) oppgir både mødrene til overvektige barn (MOC-mødre) og ikke-overvektige barn (MNC-mødre) at de, i samarbeid med far, er ansvarlige som rollemodeller for at barna skal leve sunne liv og å forhindre/reducere overvekt. De anerkjenner at de har påvirkningskraft i forhold til barnas vaner. MOC-mødrene uttrykte større skyldfølelse og hadde mindre selvtillit i forhold til å være en god rollemodell enn MNC-mødrene. Noe av grunnen forklares i at de ikke har lyktes i å gi barna det sunne livet de ønsker for dem. Informantene i forskningen til Brobeck m.fl. (2014) gir også uttrykk for at de er fullstendig klar over hvilke faktorer som er «gode helsevalg». Det bekrefter at det ikke er manglende kunnskap som fører til hinder for livsstilsendringer.

Så hva skjer når foreldre ikke klarer å leve opp til sine egne ideal? I personsentrert tilnærming forklarte Rogers at alle har en idé om «et selv». Mennesker har tanker om hvordan vi ønsker å framstå for andre. I tillegg har vi et selv som er basert på hvem vi faktisk er. Målet innen personsentrert tilnærming er at disse to versjonene av selvet er tilnærmet like. Det oppnås da kongruens, ifølge Rogers. Dette finner vi eksempler på i det mødrene forteller i studien til Brødgaard m. fl (2013). Mødrene har et bilde av hva de ønsker å gjøre som er knyttet til et ideal de har om seg selv og hvordan de ønsker å framstå for andre. De har som mål å servere sunt kosthold og å være mer i aktivitet. Og det selvet slik det faktisk framstår tar andre avgjørelser. Da oppstår inkongruens mellom selvbildene. Da kan dårlig samvittighet og skyldfølelse oppstå, som et eksempel, fordi en ikke handler ut fra den ideen om hva som er «riktig». Appleton m.fl. (2017) har funnet at dette stemmer overens med hva foreldre uttrykker anonymt på nettbaserte diskusjonsforum. I tillegg hevdes det av foreldrene at vektutfordringer er et omfattende problem som foreldrene ikke klarer å håndtere alene. Forskerne skriver videre at diskusjonsforum blir mye brukt til å søke trøst og bekreftelse på at det de gjør er riktig, spesielt dersom de har vært i kontakt med helsevesenet som har påpekt vektproblematikk hos barna. Det kan føre til at foreldrene opplever trøst og anerkjennelse og at tilstanden til barna blir normalisert som igjen kan hindre foreldre i å gjøre nødvendige tilpasninger. I slike fora får «almuen» en støttende og veiledende rolle. Det er interessant å lese at de fleste anerkjenner overvekt blant barn og unge som et stort problem, og likevel er det en utbredt oppfatning av at det kun gjelder alle andre (Appleton m.fl., 2017).

### 5.3 Foreldres redsel for barnas erfaringer

To av studiene peker på foreldrenes behov for å beskytte barna mot å bli oppfattet som overvektige (Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017 og Brødsgaard m. fl., 2013). Foreldrene er av den oppfatning at dersom de snakker med barna om overvekt kan det føre til spiseforstyrrelser, dårlig selvbilde og psykiske problemer. Redselen for disse konsekvensene fører til at temaet ikke blir tatt opp med barna. På den annen side hevder forskningen til Øen, m.fl. (2018), der hun har intervjuet norske ungdommer med fedme, at de har et stort behov for å snakke om temaet. Flere av ungdommene uttrykker lettelse for at noen ønsker å snakke om deres erfaringer. Dette kan tale for at problemet ikke vil bli mindre eller forsvinne selv om det ikke diskuteres. Fordi barna opplever at de er ulike sine klassevenner og at denne ulikheten ikke snakkes om kan dette føre til et dårlig selvbilde. Det å være overvektig kan hos enkelte gi en opplevelse av å være mindre verdt (Salemonsens, m.fl., 2018) Som det ble skrevet om helserelatert livskvalitet vil et barn som utvikler et dårlig selvbilde være i større risiko for å ha et dårlig selvbilde som voksne (Landstad, 2013). I samtale med foreldrene vil det derfor kunne være nyttig å stille spørsmål rundt hvordan foreldre og barn snakker sammen innad i familier om slike tema.

Ungdommene sier at de merker at de er annerledes fra andre i klassen (Øen, m.fl., 2018). Brødsgaard m. fl (2013) viser at mødrene registrerer at barna har et ønske om å være like sine klassekamerater og venner. Den viser også at MNC-mødrene har en mer åpen dialog med barna sine om vektutfordringene. Disse mødrene er også opptatt av at barna skal utvikle et positivt selvbilde, men at de har en litt mer aktiv tilnærming til temaet. På den annen side er det avgjørende hvordan foreldrene snakker med barna om overvekt og fedme. Hvordan adresserer de ansvaret, ligger det på foreldrene eller barna. Blir det lagt fram som en utfordring for foreldrene eller for barna? Dette kan være viktige aspekt å reflektere rundt før det blir tatt opp med barna. Aarskog hevder at alle i en familie må kunne snakke sammen om de endringer som skal gjøres, maten som blir annerledes og aktiviteter en kan gjøre sammen (2012, s. 48). Refleksjoner i samarbeid med sykepleier kan på den måten forberede de og gjøre de i stand til å holde seg til målet de har. De protestene som måtte komme fra barna kan anerkjennes og likevel knyttes til de målsetningene familien har. Barna kan da oppleve at de blir hørt og sett av foreldrene samtidig som foreldrene viser at de arbeider etter de målene foreldrene selv ønsker for seg og sine barn.

#### 5.4 Foreldres forforståelse og emosjonelle bagasje.

Helsefremmende arbeid handler om å finne personers iboende ressurser og nyttiggjøre disse i arbeidet med, for eksempel, endring av livsstil. Enkelte mødre uttrykker at de har kunnskap nok om hva som kan gi overvekt og fedme. Samtidig sier de at arbeidet med å legge om livsstilen er slitsom (Brødsgaard, m.fl., 2013). Sykepleier ved frisklivssentral trenger derfor å få kunnskap om hvilken forforståelse foreldrene baserer sine valg og handlinger ut fra.

Foreldre gir uttrykk for at de føler seg kritisert når de får beskjed om at barnet deres er overvektig (Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017). Foreldre har sin egen erfaring med seg og flere av mødrene som ble intervjuet, forklarte at de selv hadde opplevd å ha problemer med overvekt. Følling, Solbjør & Helvik (2015) sin studie, basert på voksne deltakere på kurs i livsstilsendringer, har sett en sammenheng mellom voksne sine dårlige erfaringer og opplevelser fra tidligere som gir utfordringer med å mestre varig livsstilsendring. Selv om deltakerne i denne studien baseres på voksne personer som deltar på kurs for bedre kosthold og økt aktivitet for sin egen del, vil disse funnene være relevante for foreldre til barn med overvekt. Som deltakerne i studien vil også foreldrene trenge å endre sin livsstil for å kunne hjelpe barna sine. Flere av mødrene som er intervjuet i studien til Hanssen-Bauer & Knutsen (2017) og i studien til Brødsgaard m. fl. (2014), sier at de selv har slitt med å gå ned i vekt tidligere. Det er nærliggende å tro at de har erfaringer som bekrefter at det å gå ned i vekt er noe de ikke får til. En slik erfaring kan føre til at en ikke klarer å komme seg «fri» fra sine handlingsmønstre slik at en opplevelse av å være fanget oppstår, ifølge Følling m. fl. (2015). De kan ha vært utsatt for mobbing og andre traumer som har påvirket deres oppfatning av egenverdi. Når foreldre har dårlige opplevelser knyttet til overvekt og fedme blir det tydelig at veiledningen må dreie seg om foreldrene så vel som barna. Det kan være nærliggende å tro at vonde følelser og erfaringer blir aktivert når de får vite at deres egne barn sliter med vekt.

Vi vet at barn som sliter med overvekt blir ertet og mobbet (Øen, 2012, s. 23 og Helsedirektoratet, 2010, s. 25) Det å bli utsatt for erting og mobbing kan forsterke utviklingen av overvekt. Overvekt og fedme er sterkt forbundet med skam og kan føre til et sterkt ønske om å holde ubehaget hemmelig. Når såpass store utfordringer ligger til grunn hjelper det ikke med mer kunnskap om sunt kosthold og økt fysisk aktivitet. Rasjonelt vet flere foreldre at det «bare» er å gjøre sånn og sånn. Men emosjonelt blir det en stor utfordring. Dårlig samvittighet, skam og lavt selvbilde fører til mismot og manglende tro på egne ferdigheter. Dette vil hindre endringsprosesser (Følling m.fl. 2015 og Miller & Rollnick, 2013, s. 160) At

det å skulle løse problemet blir ansett av andre som «enkelt» kan gjøre det desto mer nedverdiggende for de som ikke får det til. Sykepleieren kan her finne støtte i den personsentrerte tilnærmingen til Rogers. I slike tilfeller, mente han, at disse erfaringene er noe sykepleieren må vise hensyn til og aktivt lytte etter for at endring skal være mulig.

Forskningen til Brobeck m.fl. (2014) bekrefter også det når deltakere uttrykker at de trenger en sykepleier som har et instinkt for hva de tenker og føler og kan respondere på dette, uten å gi skyldfølelse. Sykepleieren kan vise personens erfaringer den respekten den fortjener gjennom empatisk tilstedeværelse med vekt på forståelse og anerkjennelse. På den måten vil også de yrkesetiske retningslinjene bli sikret ved at brukeren ikke blir krenket (NSF, 2011).

## 5.5 Endring av vaner

Forskningen til Brødsgaard m.fl (2013) viser at foreldrene har ønsker om at barna deres får en sunn og aktiv hverdag i fremtiden. Dette er assosiert med et godt liv. Samtidig uttrykker mødrene at endringer i hverdagen kan føre til ubehageligheter. Disse motstridende ønskene er tegn på en ambivalent holdning til endring. MI er en teknikk som i stor grad brukes til å kunne sortere denne ambivalensen for å rydde plass og prioritere hva endring vil bety for dem. Ambivalens er også et viktig steg i retning av endring (Miller & Rollnick, 2013, s. 157). Det å bestemme seg for endring kan være en lang prosess, som kan være ubehagelig. Det å kunne snakke om endring kan likevel være en trygg måte å tilnærme seg endring på og bidra til å dele opp endringsprosessen i håndterlige biter. Ved endringsarbeid vil det også være naturlig å gjøre «feil». Deltakere i studien til Brobeck m.fl (2014) sier at det ikke opplevdes vanskelig å innrømme tilbakefall når dette var forventet og de likevel ble møtt med respekt. Det å kunne reflektere rundt hva som ble gjort og hvordan vedkommende har tenkt vil kunne føre til ny lærdom som er nyttig å ta med seg videre i endringsprosessen. Dette er viktig å informere foreldre om. I studien til Brødsgaard m.fl. (2013) kommer det fram at noen gir opp fordi barna har vært i bursdager, eller at besteforeldre ikke følger opp foreldrenes ønsker. Det er viktig med støtte fra nettverk også, men at det blir noen tilbakefall trenger ikke bety slutten for livsstilsendringen. Det kan stilles et spørsmålstegn ved at det å gjøre «feil» fører til at en gir opp. Kan det ha sammenheng med at vi gjerne ønsker kjappe løsninger der minimalt med innsats skal gi stor avkastning. Forskningen viser at vektutfordringer blant barn og den veiledningen og støtten som må gis til foreldre ikke kan basere seg på kjappe løsninger, men kontinuerlig arbeid gjennom lengre tid.

## 6 AVSLUTNING

Som vi har sett kan overvekt og fedme hos barn være et symptom for et problem på et mer grunnleggende nivå. Tiltak som derfor rettes kun mot sunt kosthold og økt fysisk aktivitet vil derfor ikke være effektive på lang sikt. Når Rogers hevder at alle mennesker har evner og kunnskaper nok til å kunne endre livene sine til det bedre forutsetter det at sykepleieren skaper et miljø som er preget av åpenhet og tillit til foreldrene. Da vil det bli rom for å dele erfaringer med skam og dårlig samvittighet. Sykepleieren må vise gjennom kroppsspråk, kunnskap, handling og ordbruk at foreldrenes og barnas ytringer blir respektert og at en er respektfull nysgjerrig på det som blir sagt. Hensikten til sykepleieren blir å forstå brukerne basert på de verdiene som kommer til uttrykk, og ikke baseres på sykepleierens forforståelse av hva personen sliter med. På den måten kan brukeren få oppleve at sykepleieren ser dem og verdiene deres (Eide og Eide, 2017, s. 155). Forskningen har også vist at bruk av MI i helsesamtaler oppleves som et godt verktøy av brukere for å kunne bidra til endring. For å kunne lykkes trenger foreldrene støtte og veiledning, anerkjennelse og respekt for å gjøre mismot til handlingsmot.

## 7 REFERANSELISTE

- Appleton, J., Fowler, C., & Brown, N. (2017). Parent's views on childhood obesity: qualitative analysis of discussion board postings. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 53(4), 410–420. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/10376178.2017.1358650>
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 1–14. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/1472-6955-13-13>
- Bradbury, D., Chisholm, A., Watson, P. M., Bundy, C., Bradbury, N., & Birtwistle, S. (2018). Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *British Journal of Health Psychology*, 23(3), 701–722. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/bjhp.12312>
- Brødsgaard, A., Wagner, L., Peitersen, B., & Poulsen, I. (2013). Action Competence Obstacles to Managing Childhood Overweight: In-Depth Interviews With Mothers of 7- to 9-Year-Old Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(5), 453–463. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.pedn.2013.02.024>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eby, H. & Eby, C. (2016, 5. juli) *Analyzing the message: Eugene Nida on language and culture*. Hentet fra <https://atasavvynewcomer.org/2016/07/05/eugene-nida-on-language-and-culture/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14.mai.). *Folkehelse rapporten. Barn og unges fysiske helse*. Hentet 02.04.19 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/barn-fysisk-helse/#overvekt-og-fedme>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Folkehelse rapporten*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/#barn-og-overvekt>



- Folkehelseinstituttet. (2016). *Etiske aspekter ved fedmebehandling av barn og unge: Tilleggsrapport til rapporten Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt og fedme*. Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/770bd0ba66a54693bedd06066db7490f/etiske-aspekter-ved-fedmebehandling-av-barn-og-unge.pdf>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=Folkehelseloven>
- Følling, I. S., Solbjør, M., & Helvik, A.-S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–9. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s12875-015-0292-z>
- Hanssen-Bauer, M. W., & Knutsen, I. R. (2017). How parents react when their child is overweight. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1–10. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.4220/Sykepleienf.2017.61920>
- Helsedirektoratet. (2019, 7. januar). *Helsesamtale med motiverende intervju*. Hentet 08.04.19 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs#helsesamtale-med-motiverende-intervju>
- Helsedirektoratet. (2019, 7. januar). *Tilbud ved frisklivssentraler og veilederkurs*. Hentet 25.02.19 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs#helsesamtale-med-motiverende-intervju>
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering, organisering og tilbud*. (IS-1896) Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler\\_IS1896.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf)
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten: Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. (IS-1734). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/389/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landstad, I. (2013). *Kroppsbilde og helse relatert livskvalitet hos barn og unge med overvekt: En tverrsnittsstudie*. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra [https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/44094/Landstad\\_Masteroppg\\_Helsevitenskap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/44094/Landstad_Masteroppg_Helsevitenskap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. (s. 45-56). Bergen: Fagbokforlaget.

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people change*. (3.utg.). New York: The Guilford Press.
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid: Ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. (s.23-44). Bergen: Fagbokforlaget
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (U.Å.). *Sykepleie: Et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 28.03.19 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4)
- Rogers, C. R. (1979). The foundations of the person-centred approach. *Education* 100/ 2 (1979):98-107.
- Rønning, A. K. (2018, 16. oktober) *Sparer penger når vi forebygger*. Hentet 21.10.18 fra <https://www.napha.no/content/22788/-Sparer-penger-nar-vi-forebygger>
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H., & Bratås, O. (2019). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expectations*, 22(2), 226–234. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/hex.12846>
- Salemonsén, E., Hansen, B. S., Førland, G. & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived «wrong» lifestyle – a qualitative interview study. *BMC Obesity*. doi: <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>
- Steinsbekk, S., Belsky, J., & Wichstrøm, L. (2016). Parental Feeding and Child Eating: An Investigation of Reciprocal Effects. *Child Development*, 87(5), 1538–1549. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/cdev.12546>
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Søk og skriv (2018, 10. august). *Systematisk søking*. Hentet 25.02.19 fra <https://sokogskriv.no/soking/utdypende-sok/>
- The Academic Triangle. (2016, 14. april) *Using template analysis*. Hentet 04.04.19 fra <https://researcholic.wordpress.com/2016/04/14/templateanalysis/>
- Thidemann, I. (2015) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving. Universitetsforlaget: Oslo.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget. (Kapittel 9, s. 89-104).
- WHO. (u.å.). *Data and statistics*. Hentet 18.02.2019 fra <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>

- WHO. (1986). Ottawa-charter for health promotion, 1986. Hentet fra [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- Øen, G., Kvilhaugsvik, B., Eldal, K., & Halding, A.-G. (2018). Adolescents' perspectives on everyday life with obesity: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 13(1), 1. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/17482631.2018.1479581>
- Øen, G. (2012). Fedmeproblematikkens utfordringer. I G. Øen (Red.). *Overvekt hos barn og unge: Forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. (s. 21-38). Bergen: Fagbokforlaget.
- Øen, G. (2012). Samhandling og kommunikasjon om overvektsproblematikk. I G. Øen (Red.). *Overvekt hos barn og unge: Forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. (s. 193-212). Bergen: Fagbokforlaget.
- Øiestad, G. (2018, 8. april). Tenåringers søken etter selvstendighet. Hentet 09.04.19 fra <https://psykologisk.no/2014/04/tenaringers-soken-etter-selvstendighet/2/>

## Vedlegg 1. PICO-Modell

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Foreldre/foresatte til barn med overvekt/Fedme	Veiledning utført av sykepleier	-	Erfaringer, opplevelser, perspektiv
<b>Søkeord</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Søkeord</b>
Parents, caregivers, mother, father, parent Children, youth, adolescents, child Obese, obesity, overweight	Motivational interview*, guiding, counseling, Nurse, nurses, nursing	-	Experiences, perceptions, attitudes or views

## Vedlegg 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veiledning med bruk av motiverende intervju</li> <li>- Opplevelser/oppfatninger fra fokusgruppe angående veiledning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artikler som forsker på implementering av MI.</li> <li>-</li> </ul>
Studiedesign	Kvalitative studier, intervjubaserte	
Informanter	Mødre, fedre, begge eller foresatte. Helsepersonell som arbeider med foreldre og barn med overvekt.	
Språk	Norsk, Svensk, Dansk og Engelskspråklige artikler	Alle artikler på annet språk enn nevnt i inklusjonskriteriene.

## Vedlegg 3.Oversikt søk

SØK	Søkeord	Søkemotor	Antall treff
<b>Søk 1</b>	Nurse or nurses or nursing AND parents or caregivers or mother or father or parent AND support, supporting, aid, assistance, help, guidance, counselling or motivational interviewing or MI AND experiences, perceptions, attitudes, views AND child or children or youth or adolescents or children or teenager AND obese or obesity or overweight	Cinahl	62 - Artiklene som ble valgt er relatert til alder på artikkelen, geografisk område og erfaringer fra helsepersonell og foreldre til barn med overvekt/fedme.
<b>Søk 2</b>	Nurse or nurses or nursing AND parents or caregivers or mother or father or parent AND support, supporting, aid, assistance, help, guidance, counselling or motivational interviewing or MI AND experiences, perceptions, attitudes, views AND child or children or youth or adolescents or children or teenager AND obese or obesity or overweight	Pubmed	114 - Av disse ble ingen valgt fordi informantene levde under kår som ikke var sammenlignbare med de i Norge, eller barna hadde andre diagnoser i tillegg til overvekt. Mange av studiene gikk på spisemønstre.
<b>Søk 3</b>	Children or adolescents or youth or child or teenager AND experiences or perceptions or attitudes or views AND obese or obesity or overweight AND shame	Cinahl	9 - Av disse ble en norsk studie valgt. Aldergruppen er relevant, den er utført i Norge og den tar for seg psykososiale faktorer som er nyttige for sykepleiere å få innsikt i.
<b>Søk 4</b>	Lifestyle discussion AND Motivational interviewing	Cinahl	25 - Av disse ble en svensk studie valgt på bakgrunn av geografi og erfaringen med gjennomført helsesamtale

## Vedlegg 4. Sjekkliste for en kvalitativ studie

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

#### Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

#### Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>



## (A) Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Forskerne ønsker å finne kunnskap for å lage effektive tiltak mot overvekt blant barn og unge. De ønsker å få kunnskap om dette fordi de ser at dagens tiltak og kunnskap ikke er nok til å stoppe utviklingen i antall barn med overvekt. Hensikten er relevant basert på tall fra WHO.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:** Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Forskerne ønsker å beskrive erfaringskunnskap, oppfatninger og hvilke behov mødre har når det kommer til å forhindre eller redusere overvekt hos deres barn.

## Skal du fortsette vurderingen?

**Tips:**

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.



### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA       UKLART       NEI

Informantene ble rekruttert via The Danish National Birth Cohort (DNBC). Barn med KMI på 25 og 30 ble identifisert og kategorisert som ikke-overvektig og overvektig (justert for alder og kjønn).

**Tips:**

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA       UKLART       NEI

**Tips:** Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

Det er klare kriterier for inklusjon: mødrene hadde tidligere gitt uttrykk for at de hadde tatt bevisste valg for å unngå utvikling av overvekt hos deres barn. Forandringene hadde vært små fra et tidligere spørreskjema i den samme kohort-studien. Mødrene vekt var varierende fra normalvektige, overvektige og fedme.

Eksklusjonskriteriene var barn med medfødte sykdommer, deformiteter, syndrom eller kroniske sykdommer. Prepubertale barn med fysiske tegn på pubertet og mødre med psykiske lidelser.

Det er tatt høyde for at utvalget kommer fra grupper med ulik sosioøkonomisk status.

Gruppen som gjenstod mottok hvert sitt brev, totalt 12 stykker.

### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Dataene ble samlet inn ved lydopptak. Lydopptakene varte i gjennomsnitt 1t og 50 minutter. Intervjuene ble transkribert ordrett. I tillegg ble det notert observasjoner i forhold til inntrykk, observasjoner av kommunikasjonen, interaksjoner og hvordan den fenomenologiske tilnærmingen utartet seg.

### 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Forskerne klargjør hvilken teoretisk referanseramme de ser data ut fra. Her er det benyttet en teori om handlingskompetanse.

### 7. Er etiske forhold vurdert?

 JA

 UKLART

 NEI

#### Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Informantene ble informert om hensikten med studien og hvordan den skulle bli utført. Alle ga muntlig og skriftlig godkjenning til gjennomføring av studien.

### 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Det er gjennomført en fenomenologisk analyse, det er samsvar mellom sitatene og grupperingene.

### Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA

 UKLART

 NEI

## (B) Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Funnene er gruppert med uttalelser fra mødre. Det er hentet inn andre funn i diskusjonen av studien, ikke i presentasjonen av selve funnene.

Studiens hensikt er diskutert opp mot funnene og de kommer med forslag om hva som kan gjøres videre.

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Resultatene kan være nyttige i å gi en pekepinn på hvordan sykepleiere og annet helsepersonell kan tilnærme seg temaet på. Det viser seg at også de mødre som blir sett på som mer ressurssterke også trenger støtte i hvordan de kan implementere endringer til tross for at de selv har en forståelse av at de har nok kunnskap om temaet.