

Ungdomar med övervikt och deras upplevelser i mötet med skol- sköterskan

En kvalitativ undersökning med fokusgrupper

Berit Gustafsson Anna Jonsson

Examensarbete, 10 poäng, nivå 41-60 poäng

Omvårdnad

Jönköping, juni 2007

Handledare: Berith Hedberg, Universitetslektor

Examinator: Katriina Hugosson, Universitets-
lektor

Young people suffering from obesity and their experience of meeting the school-nurse

A qualitative study with focus groups

Sammanfattning

Syftet med denna undersökning var att få en djupare förståelse för överviktiga ungdomars upplevelse av mötet/samtalet med skolsköterskan och hur deras självkänsla och välbefinnande påverkas. Två fokusgruppsintervjuer med sju ungdomar i åldern 12 – 17 år genomfördes för att få tillgång till de intervjuades egna erfarenheter. Intervjumaterialet analyserades genom innehållsanalys. Innehållet delades in i koder, kategorier och teman. I resultatet framkom att upplevelserna i mötet var antingen förtroendeskapande eller övervakande. Olika påverkans-effekter på självkänslan framkom och dessa var uppbyggande eller nedbrytande. Självkänslan påverkades positivt genom uppmuntran, men ungdomarna beskrev även besvikelse, skam, förnekelse och att de kunde känna sig kränkta i samband med skolsköterskemötet. Påverkans-effekter på välbefinnandet var eget ansvar och förväntningar. Välbefinnandet ökade före, under och efter mötet med skolsköterskan när ungdomarna upplevde sig förberedda, kände eget ansvar och var trygga. Detta kunde i sin tur minska obehag. För att säkerställa god omvårdnad och för att tillgodose en god självkänsla och ett gott välbefinnande hos barnen och ungdomarna krävs fortgående forskning och kompetensutveckling inom området. Som ett komplement till befintligt vårdprogram föreslås utveckling av riktlinjer i omvårdnad, med utgångspunkt från den bekräftande 'SAUK-folkhälsomodellen'. Detta skulle kvalitetssäkra verksamheten och tydliggöra vikten av ett gott bemötande.

Nyckelord: fokusgruppsintervju, självkänsla, skolsköterska, välbefinnande, övervikt,

Abstract

The aim of this paper is to achieve a deeper understanding of young people suffering from obesity, their experience of dialog and meeting the school-nurse – and the effect of this encounter on their self-esteem and well-being. Interviews were conducted with seven individuals aged 12-17 in two focus groups, in gathering their experience. Qualitative content analysis was used in the study of the interview dialogue. As a result of the meeting with the school-nurse, two impressions of the encounter with the school-nurse were observed; namely either feelings of trust or feelings of being monitored. Different influences on the self-esteem were also apparent; with self-esteem being either bolstered or eroded. The effects of the encounter on subjects' well-being were heightened awareness of personal responsibility and positive sense of expectancy. Well-being increased when the young person was prepared for the meeting, felt secure and was aware of their own role in achieving a positive outcome. Guidelines for care on the basis of the 'affirmative nursing model' can be used to facilitate quality assurance in this area of care provision and clarify the importance of a positive meeting between the young person and the school-nurse.

Keywords: focus groups, obesity, school-nurse, self-esteem, well-being

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Prevalens och utveckling.....	4
Riktlinjer och vårdprogram	5
Självkänsla och välbefinnande	5
'SAUK-modellen', en folkhälsomodell	7
Syfte	8
Material och metod	8
Fokusgruppsintervjuer	8
Urvalsförfarande	9
Insamling av data.....	10
Analys	11
Tillförlitlighet.....	11
Trovärdighet och pålitlighet.....	12
Överförbarhet.....	12
Etiska överväganden	12
Resultat	13
Upplevelser av mötet med skolsköterskan	13
Påverkans effekter på självkänslan	15
Påverkans effekter på välbefinnandet	16
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
Upplevelser av mötet med skolsköterskan.....	19
Självkänsla	20
Välbefinnande	21
Slutsatser	22
Omnämmanden	22
Referenser	23
Bilagor	27
Bilaga 1. Deltagarbrev och samtycke	27

Inledning

Under flera års arbete som skolsköterskor inom skolhälsovården har fokus på problemområdet övervikt och fetma förstärkts. Det har till viss del förändrat arbetets inriktning inom skolhälsovården. Hälsöfrämjande generella insatser som syftar till ökad fysisk aktivitet, bättre matvanor och individinriktade insatser har ökat. Författarna har utöver det sedvanliga skolsköterskearbetet arbetat med gruppverksamhet för överviktiga barn och ungdomar och har specifik utbildning i psykoterapi/samtalsmetodik. Genom tvärprofessionella team och samverkan med olika aktörer inom t ex föreningsliv och studieförbund har gruppverksamheter för barn/ungdomar och föräldrar startats. Som ett led i det förebyggande arbetet finns sedan 2004 ett vårdprogram mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Detta är gemensamt för Jönköpings län. Handläggningsrutiner för skolsköterskans individinriktade arbete är beskrivet här och utifrån det är behovet stort av att få kunskap om hur barnen och ungdomarna med övervikt upplever kontakten med skolsköterskan. Stöd för denna undersökning kommer från det länsövergripande ”Program mot övervikt och fetma bland barn, ungdomar och vuxna i Jönköpings län”.

Bakgrund

Prevalens och utveckling

Övervikt och fetma har ökat kraftigt de senaste åren. WHO klassar fetma som en kronisk sjukdom och ser fetma som världens idag snabbast växande epidemi (WHO, 1998). Epidemiologiska studier i hela västvärlden visar på ett stort ökande hälsoproblem bland barn och ungdomar i form av övervikt och fetma (Magarey, Daniels & Boulton, 2001; Ogden, Flegal, Carroll & Johnson, 2002). En SBU-rapport (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2002) med en sammanställning av flera studier på barn i Sverige visade att 18 – 25 % av barnen i åldrarna 6 – 10 år var överviktiga och 3 – 4 % av dessa barn hade fetma. I slutet av 80-talet hade 5 % av barnen i Malmö övervikt. En procent av dessa barn hade fetma. Detta kan jämföras med att år 2004 var 25 % av tioåringarna i Malmö överviktiga och 6 % av dessa hade fetma (Nowicka & Flodmark, 2006). Under åren 1985-2001 genomfördes en studie i Umeå på skolbarn. Denna visade att övervikten bland skolbarnen hade fördubblats och fetman hade femdubblats under denna tid. Flickor hade signifikant högre andel fetma än pojkar (Peterson, Brulin & Bergström, 2003). Internationellt sett ligger Sverige tillsammans med till exempel Frankrike i en mellanklass. Prevalensen i Europa är klart högre i nationer som Grekland, Storbritannien, Finland och länder i det forna Östeuropa. (Lissau 2004; Lissau, Overpeck, Ruan, Due, Holstein, Hediger, 2004). Barnfetman ökar kraftigt i länder som Brasilien och Kina. Orsaken i dessa länder är sannolikt att man gått från ett liv med liten tillgång på föda och mycket naturlig rörelse till det motsatta (Rigby, Neville, Kumanyika, Shiriki, James & Phillip 2004).

Riktlinjer och vårdprogram

Socialstyrelsen har gett ut riktlinjer för skolhälsovårdens verksamhet (Socialstyrelsen [SOS], 2004). Där beskrivs skolsköterskans generella och individuella hälsofrämjande arbete i skolan. Riktlinjerna beskriver att det är angeläget för en ung individ att få en professionell vuxens uppmärksamhet i viktiga frågor och därmed få stöd i de hälsofrämjande processerna. Inom skolhälsovården ger ett individuellt samtal möjlighet till hälsoundervisning som är anpassad till individen, vilket gör att den känns särskilt meningsfull. Inom skolan finns det möjlighet att göra elever medvetna om hälsosamma levnadsvanor och öka förståelsen för vilka faktorer som bidrar till ohälsa. De elever som har hälsoproblem bör få extra kontakter och följas upp utifrån respektive hälsoproblems omfattning. Alla elever ska under tiden i grundskolan erbjudas tre hälsobesök hos skolsköterskan. Det rekommenderas äga rum det första läsåret, vanligtvis i förskoleklass. De övriga besöken föreslås i år 4 och år 7 eller 8 (SOS, 2004). Dessa generella hälsobesök berör olika områden som påverkar barns/ungdomars hälsoutveckling. Utöver viss medicinsk bedömning genomförs ett hälsosamtal utifrån samtal om trivsel, kamratrelationer, eventuella hälsoproblem eller inlärningssvårigheter, kost och fysisk aktivitet. Vid dessa besök vägs och mäts barnen/ungdomarna med kläder på. Det är vanligt att det är vid ett sådant hälsobesök som övervikten observeras mer påtagligt första gången. Utifrån vårdprogrammet skapas en samsyn och en gemensam bas för handläggning av barn och ungdomar med övervikt på olika nivåer i vårdkedjan (Fåhraeus & Lingfors, 2004). Skolsköterskan har en nyckelroll i arbetet med barnen/ungdomarna och deras föräldrar. När övervikt eller fetma identifierats, ges möjlighet till uppföljning som utformas i samråd med barn/ungdom och föräldrar. Uppföljningen sker individuellt med besök hos skolsköterskan och ibland sker besöken tillsammans med någon av föräldrarna. Besöken innebär vanligtvis tillväxtkontroll, samtal om kost både hemma, i skolan och på fritids och fritidsaktiviteter/fysisk aktivitet, hur barnen/ungdomarna själva upplever sin längd och vikt och kamratrelationer. I en studie i Danmark på elever som var 11, 13 och 15 år framkom att 62 % hade följt skolsköterskans råd, 77 % hade gjort sina självständiga beslut baserade på hälsobesöket, 11 % hade återvänt till skolsköterskan för uppföljning och ytterligare råd. De flesta elever i denna undersökning uppgav att hälsosamtalen gjorde nytta. Det framkom även att 62 % hade diskuterat hälsosamtalen med sina föräldrar och 54 % med sina kamrater (Borup & Holstein 2004).

Övergripande mål för arbetet i Jönköpings län är 50 % färre överviktiga barn och ungdomar till år 2009 med en bevarad eller förbättrad livskvalitet (Frank, 2007).

Självkänsla och välbefinnande

I interaktionen med andra människor påverkas individens självbedömning och upplevelse av den egna personen. En bekräftande interaktion är värdefull eftersom den minskar individens osäkerhet och ökar den positiva värderingen av den egna personen (Gustafsson, 2004). I ett bekräftande möte med skolsköterskan kan barnen och ungdomarnas välbefinnande och självkänsla påverkas. Synonymer till ordet självkänsla är självmedvetande, jagkänsla, självaktning, självförtroende, ambition och framåtanda. Synonymer till ordet välbefinnande är välmåga, hälsa, trivsel, komfort, tillfredsställelse, välbehag, lyckorus och eufori (Synonymer, 2007).

Gustafsson (1992) har visat att patienter som upplever sig bekräftade har högre grad av anpassning och ökad självkänsla. Bekräftelse påverkar jagupplevelse och i samspel med andra påverkas relationen till den egna personen. Självrespekten och självbedömningen påverkas, vilket i sin tur är relaterat till upplevelsen av självkontroll samt att bestämma över och bestämma den egna livssituationen (Gustafsson, 2004). Negativa tankar påverkar självkänslan negativt och är en länk till depressiva känslor och självkänslan i sig är intimt förknippad med depressiva symtom. Dessa fynd pekar på två viktiga preventiva åtgärder som är välgörande för unga kvinnor, nämligen att höja självkänslan och minska negativa tankar (Peden, Hall, Kay Raynes & Beebe 2000). 'Jagkänslan' beskrivs inom psykodynamisk litteratur som att ha ett centrum, vara en helt klart medveten individ som på så sätt kan ta in och uppfatta sin omgivning som en begriplig helhet (Eriksson, 2000). Hur individen blir bekräftad, upplever sig bemött och sedd bygger upp individens självbild liksom vilken respekt och trygghet personen fått. Självkänslan utvecklas sedan i de självbilder individen fått inbyggd i sin person. En känsla finns alltid knuten till självbilden och denna känsla aktualiseras i olika situationer, därför kan självkänslan variera i olika situationer. Självkänslan handlar om hur individen upplever sig, medan självförtroende handlar om det individen presterar utifrån sin självkänsla (Cullberg, 2007).

Olika studier har undersökt självkänsla och livskvalitet hos överviktiga barn och ungdomar och motsägande resultat redovisas om utgångspunkten är att det finns ett samband mellan självkänsla och livskvalitet. I en studie som presenterades i San Diego 2003 påvisades att de psykosociala effekterna vid övervikt var tydliga redan tidigt i livet. Överviktiga barn och ungdomar hade lägre livskvalitet jämfört med friska som inte hade övervikt och lika låg livskvalitet som ungdomar med cancer (Schwimmer, Burwinkle & Varni, 2003). År 2000 initierades en studie med 4 188 ungdomar i sydvästra Stockholm, vars syfte var att kartlägga femtonåringars fysiska aktivitet i relation till deras självkänsla, kroppsstorlek och matvanor. Det framkom, att bland ungdomar med övervikt och fetma var självkänslan lägre jämfört med gruppen ej överviktiga (Rasmussen, Eriksson, Bokedal & Schäfer Elinder, 2004). I en annan svensk studie som redovisades 1999 visade resultaten att överviktiga ungdomar inte hade sämre självkänsla än normalviktiga. Den enda parameter som de överviktiga skattade sig lägre i var fysisk förmåga (Renman, Engström, Silverdal & Åman, 1999).

Ungdomars (14-17 år) tankemönster blir mer abstrakt och förmågan att se framtida konsekvenser ökar. Typiskt för denna ålder är självupptagenhet och de har många funderingar runt kroppsliga förändringar. En vanlig fråga som ungdomarna ställer: "*Är jag normal?*" (Nowicka & Flodmark, 2006, s. 54). Kamraternas inflytande är stort, föräldrarnas gränser testas och behovet av självständighet ökar. De är ofta benägna att ta risker i en känsla av osårbarhet (Nowicka & Flodmark, 2006).

Anders Raustorp som arbetar med barn och ungdomars fysiska hälsa beskriver självkänsla som ett hierarkiskt uppbyggt begrepp som består av social, kognitiv och fysisk självkänsla. I Raustorps avhandling (2005) har fysiskt aktiva ungdomar i åldrarna 7-14 år studerats med hjälp av stegmätare. Andra parametrar som studerades var BMI (Body Mass Index) och hur individen upplever sin fysiska självkänsla. Utifrån detta identifierades individer i riskzonen vad gäller fysisk självkänsla och fysisk inaktivitet. Det framkom att arbete med fysisk aktivitet även bör innehålla tankar kring och arbete med den fysiska självkänslan. Detta visade sig vara extra viktigt bland flickorna. Medvetandet om fysisk självkänsla bör finnas i skolan men även i övrig fysisk aktivitet i ungdomsåren för att motivera till att fortsätta vara fysiskt aktiv (Raustorp, 2005). I skolans läroplan finns som övergripande benämning, 'självbild' som står för elevens attityd till sig själv (Raustorp, 2004).

Gustafsson (2004) definierar välbefinnande som mångfald av positiva emotioner som glädje, förtröstan, tillit, och hoppfullhet. I 'SAUK-modellen' utvärderas hälsa ifrån dimensionerna lycka, välbefinnande och meningsfullt liv. Meningsfullt liv avser en värderingskategori och lycka och välbefinnande ses som emotionskategorier. Gustafsson beskriver att människan skapar sin livshistoria genom sina handlingar och sina reflektioner över sina handlingar. I livsstilen framträder planerna och projekten i livsplanen. Detta har betydelse för självvärderingen och därmed upplevelsen av lycka, välbefinnande och meningsfullt liv. Idealet att vara en sensibel person i mötet med andra kräver att man alltid är uppmärksam på den andres upplevelser. När en individ upplever välbefinnande kan det innebära att personen omvärderat sina krävande ideal till mindre krävande. Därmed blir de möjliga att förverkliga (Gustafsson, 2004).

'SAUK-modellen', en folkhälsomodell

Barbro Gustafsson har utvecklat 'SAUK-modellen' för bekräftande omvårdnad. Dess utveckling grundar sig på ett handlingsteoretiskt synsätt där människan förstås som handlande subjekt. I 'SAUK-modellen' för bekräftande omvårdnad utvärderas omvårdnaden ur perspektivet bekräftelse. Modellen kan ses som en interaktionsmodell (Gustafsson, 2000). Den jagrelationsstödjande omvårdnaden beskrivs som en omvårdnadsprocess med interaktiv (inflytande och insiktsstödjande omvårdnad) och intraaktiv (jaginflytande, kontroll och självaccepterande) bekräftelseprocess. Denna modell är också beskriven som 'SAUK-folkhälsomodell' som handlar om personens aktörskap med jagperspektiv. Det handlar både om vilka förväntningar och krav som är berättigade ur personens perspektiv och att personalen är så professionell att personens kapacitet och vilja att vara aktör och subjekt blir verklig. Det innebär att i den interaktiva bekräftelseprocessen stärka individens egen mänskliga utveckling och mognad och utifrån en individtilltro stödja den egna hälsoprocessen. Personens aktörskap i 'SAUK-folkhälsomodell' beskrivs i de olika faserna.

S-fas - jaginvolvering och självomsorg.

A-fas - jaginflytande och självaccepterande.

U-fas - jagindividualisering och självförståelse.

K-fas - jagtilltro och självkompetens.

Kunskapsgrunden för utövande av bekräftande omvårdnad är individens upplevelsemässiga innebörd av sin egen hälsosituation. Det är värdefullt att sjuksköterskan förvärvar kunskaper om individens upplevelsemässiga innebörd av sin situation. Detta ökar sjuksköterskans möjligheter att specifikt stödja individens egna resurser. Egna krav och förväntningar kan ses som utmaningar. Jaginflytande är inte att vara passiv utan att aktivt initiera förändringar som kan leda till positiva händelser och uppnådda mål för individen. Att ha självförståelse kan vara krävande och fodrar mod att se och granska sig själv och även valet av livsväg och de resurser som finns för att förverkliga sina livsmål. Jagtilltro är relaterat till livsplanen och kan innefatta flera olika delprojekt. Det kan till exempel vara att uppmärksamma egna resurser i form av mål i livsplanen, att se möjligheter, att omprioritera eller modifiera målen, att vara realistisk, att se sig själv som en kapabel person. Individens kapacitet att förverkliga målen är relaterat till upplevelsen av att vara en kompetent person. Att förvärva jagtilltro till de egna resurserna är ett utmanande projekt. Det kan bland annat innebära att individen har en medvetenhet om

sina emotioner och attityder, att personen har mod att vara sann mot sig själv, att försöka utvidga sin vänskapskrets, att finna en person som vill lyssna (Gustafsson, 2004).

Övervikt och fetma har de senaste åren ökat kraftigt och är idag ett stort hot mot folkhälsan både nationellt och globalt (Magarey et al., 2001; Ogden et al., 2002). Skolhälsovården arbetar med denna grupp barn och ungdomar utifrån riktlinjer (SOS, 2004) och vårdprogram (Fåhræus & Lingfors, 2004) för att stödja en hälsosam livsstilsutveckling. Som teoretisk referensram i denna undersökning används 'SAUK-folkhälsomodell' som stärker skolsköterskans bekräftande omvårdnad i arbetet med överviktiga barn och ungdomar (Gustafsson, 2004). Målet med denna studie är att undersöka överviktiga ungdomars upplevelse av samtalet/mötet med skolsköterskan, deras egna känslor och upplevelsen av skolsköterskans bemötande. Ytterligare identifiera hur ungdomarnas självkänsla påverkas liksom välbefinnandet före, under och direkt efter mötet med skolsköterskan.

Syfte

Syftet är att beskriva ungdomar med övervikt och deras upplevelser av mötet/samtalet med skolsköterskan.

Påverkas deras självkänsla och välbefinnande?

Material och metod

I denna studie användes fokusgruppsintervjuer som metod.

Fokusgruppsintervjuer

Fokusgruppsintervjuer är en flexibel kvalitativ intervjuform som syftar till att få fram de intervjuades egna uppfattningar i ett ämne. Det har visat sig att många, men inte alla har lättare att öppna sig och berätta sina synpunkter i grupp än i individuella samtal där situationen kan kännas alltför intim (Barbour & Kitzinger, 1999). I denna undersökning valdes fokusgruppsintervjuer som undersökningsmetod för att använda gruppdynamiken i avsikt att få fram så många tankar och aspekter utifrån syftet som möjligt (Kreuger, 1994). Särskilt väl lämpar sig metoden för att, undersöka personers egna erfarenheter, perspektiv och attityder utifrån något de upplevt (Morgan, 1997). Kitzinger (1995) beskriver fördelar med fokusgrupper bland annat genom att metoden kan uppmuntra människor som annars inte tycker de har något att säga att berätta om sina erfarenheter. Det fokusgruppsintervjuer bidrar med har visat sig inte bara beskriva vad människor upplever utan också varför de upplever just det som beskrivs. Kreuger (1994) förordar enkönade grupper när det gäller fokusgruppsintervjuer med ungdomar på grund av att pojkar och flickor befinner sig i olika utvecklingsstadier under tonåren.

I en studie i Storbritannien valdes fokusgruppsintervju för att belysa 10 och 11 åringars förståelse av jämnårigas psykiska hälsa och vilken hjälp som de tyckte var bra. Fokusgruppsintervjuer ansågs som den mest lämpade metoden för att få fram deras förståelse och tankar om begreppet psykisk ohälsa samt deras åsikt om vilken hjälp som barnen ansåg lämplig. Metoden ansågs vara ett öppet sammanhang där idéer kunde utvecklas i en sensitiv miljö. Forskarna ansåg det angeläget att ta vara på barnens språk som då även följer med in i analysen (Roose & John, 2003).

Urvalsförfarande

Deltagarna i fokusgrupperna bör inte känna varandra allt för väl, men samtidigt ha så mycket gemensamt att de är representativa för den aktuella målgruppen. Detta bidrar till att deltagarna känner sig trygga och lättare kan uttrycka sig (Stewart, & Shamdasani, 1990). Deltagarna valdes ut i enlighet med studiens syfte. Förhoppningen var att genom fokusgruppsintervjuerna kunna upptäcka underliggande föreställningar och tankar hos gruppdeltagarna. Det var viktigt vid urvalsförfarandet att deltagarna valdes utifrån att de hade en tydlig anledning att förhålla sig till ämnet (Wibeck, 2000). Inklusionskriterier var att ungdomarna skulle gå på högstadiet eller gymnasiet. Åldersspannet 14 – 19 år valdes utifrån att de skulle ha längre tids erfarenhet av skolhälsovård och uppleva lätthet att kunna diskutera med jämnåriga. Ungdomarna skulle vara eller ha varit överviktiga och haft kontakt med skolsköterskan. Alla ungdomarna gick eller hade gått i gruppaktivitet för överviktiga barn och ungdomar.

Via landstingets processledare knöts kontakt med ett friskvårdscentrum där gruppaktiviteter för överviktiga barn och ungdomar hade pågått under flera år. Ledaren på friskvårdscentret som kände dessa ungdomar tillfrågade fyra av dem om de var intresserade av att delta. Den andra gruppen om fem deltagare, rekryterades med hjälp av skolläkare på en ort i länet. Skolläkaren valde ut ungdomar som tidigare deltagit i gruppverksamhet för överviktiga barn. Vid ett besök på friskvårdscentret skedde en kort presentation av gruppledarna och om intervjun skulle gå till rent praktiskt. Deltagarna fick ett informationsbrev (Bilaga 1) som var avsett för dem och deras föräldrar. Detta skrevs under av ungdomarna och vårdnadshavare och lämnades eller skickades tillbaka till gruppledarna. Deltagarna i den andra gruppen kontakades via telefon av skolläkaren och tillfrågades om intresse fanns att delta. De fick sedan samma information via telefon som den andra gruppen, av en av gruppledarna. Informationsbrevet skickades för att sedan återsändas i medföljande frankerat kuvert till gruppledarna. Kontakt knöts till resurspersoner som skulle finnas i beredskap om någon av ungdomarna skulle få behov av samtal efter fokusgrupperna. För ungdomarna på friskvårdscentrum fanns en psykolog med viss anknytning till överviktsgrupperna och som är verksam vid en barn- och ungdomsmedicinsk mottagning. För den andra gruppen fanns elevhälsans kuratorer tillgängliga. Namn och telefonnummer till psykologen delades ut till ungdomarna på friskvårdscentret direkt efter intervjun och i den andra gruppen informerades muntligt och kontrollerades att deltagarna visste vem som var respektive skolas kurator.

I gruppen på friskvårdscentret hade fyra ungdomar tackat ja till att delta. Fokusgruppsintervjun startade med tre respondenter. En fjärde respondent kom när intervjun pågått i 30 minuter. Ungdomarna var flickor mellan 12-17 år. I den andra gruppen hade fyra ungdomar tackat ja och en ungdom var tveksam. Denna fokusgrupp kom att bestå av tre flickor i åldrarna 15-17 år.

Insamling av data

Fokusgruppsintervjun på friskvårdscenteret ägde rum i ett rum som låg i anknytning till idrottshallen där ungdomarna skulle gå på gruppaktivitet efter intervjun. För den andra gruppen var fokusgruppsintervjun förlagd i ett grupprum i anslutning till ungdomsmottagningen i den kommunen. Fokusgruppsintervjuerna började med en kort information om syftet och att intervjun skulle pågå i ca en timme. Deltagarna informerades igen om att deras namn inte skulle noteras och att banden skulle förstöras efter sammanställningen.

Kitzinger (1995) skriver att sessionen ska vara avslappnad. När ungdomarna kom bjöds det på frukt och mineralvatten. Deltagarna och gruppledarna satt på mjuka karmstolar runt ett bord så alla såg varandra, detta skulle bidra till en varm och öppen atmosfär. Det tydliggjordes att syftet med fokusgruppsintervjun var att ungdomarna uppmuntrades till att prata direkt med varandra och inte enbart genom gruppledaren. Information om att det kan vara lättare att berätta om sina erfarenheter, vad man tänker och känner inför ett ämne om man sitter flera och pratar tillsammans gavs. Det nämndes också att det är tillåtet att ha olika åsikter och att allas tankar och känslor är lika viktiga. Gruppledaren sa även ”att inte vi har de rätta svaren, utan att ni är experterna. Det är vi som vill lära oss något av er”. Samma gruppledare ledde båda gruppintervjuerna (Kitzinger, 1995).

Wibeck (2000) skriver att stimulusmaterial kan gynna intervjuer i fokusgrupper. Som inledning på intervjun visades en vinjett på video som spelats in med två elever från ett estetprogram på ett gymnasium i länet. Där illustrerades ett återbesök hos skolsköterskan för en elev med övervikt. Diskussionen var både fri och styrd och startade direkt efter filmen, som var 8 minuter, eftersom det var angeläget att fånga ungdomarnas känslor och tankar direkt efter filmen. Här förväntades att ungdomarna associerade fritt till sina egna erfarenheter av möte med skolsköterskan. Diskussionen inleddes med att gruppledaren frågade vad den här filmen gav för tankar och känslor. Detta följdes av gruppintervju där gruppledaren lotsade samtalet framåt och observatören skötte det praktiska, gjorde noteringar och iakttog kroppsspråk hos ungdomarna. Samtalen spelades in med bandspelare. Frågeområden som var förberedda var känslor, tankar och erfarenheter inför, under och efter mötet med skolsköterskan. Ungdomarnas egna associationer till begreppen självkänsla och välbefinnande efterfrågades. Vilka personer som hade påverkat självkänslan, och om mötet med skolsköterskan hade påverkat välbefinnandet och självkänslan. Dessa områden fördjupades utifrån ungdomarnas prioriteringar, frågor och enligt deras vokabulär. Genom gruppdynamiken tog samtalet nya vägar som gruppledaren inte i förväg tänkt ut och fick vara lyhörd för (Kitzinger, 1995). Styrningen i diskussionerna innebar att gruppledaren såg till att alla uppmuntrades att säga något. Den som varit tyst en längre stund tillfrågades om denne hade något att tillägga. Vid några tillfällen fick även diskussionen ledas tillbaka mot syftet med undersökningen. Intervjun vid friskvårdscenteret höll på i 57 minuter och på ungdomsmottagningen i 50 minuter.

Direkt efter sessionerna när ungdomarna gått, skrev och diskuterade gruppledarna egna tankar och reflektioner utifrån samtalen som varit. Detta med utgångspunkt från begrepp som gruppdynamik, samspel - samtalsfördelning, tillåtande atmosfär, styrning, tidsaspekt, bortfall och innehåll. Frågeställningar i syftet utforskades och förstahandsintryck, bias och åsikter granskades (DePoy & Gitlin, 1994). Som tack för deltagandet skickades var sin biobiljett med posten i efterhand. Detta visste inte gruppdeltagarna om före intervjun. Ungdomarna som spelade in filmen fick fyrahundra kronor till sin gemensamma klasskassa.

Analys

Analysen startade redan när materialet från den första fokusgruppsintervjun samlades in. Analys och datainsamling går hand i hand (Kreuger, 1998). Det första som gjordes var att forskningsfrågan aktualiserades eftersom den styrde både datainsamlingen och valet av analysmetod. En stor styrka hos fokusgruppsintervjuerna är rikedom i de data som genereras och möjligheten till olika sorters analys. Ett vanligt syfte med analysen är de innehållsmässiga aspekterna av det som sägs (Wibeck, 2000). Analysförfarandet i denna undersökning utgick från kvalitativ innehållsanalys och dess begrepp som är aktuella vid omvårdnadsforskning. Graneheim och Lundman (2003) menar att karakteristiskt för den kvalitativa innehållsanalysen är att metoden i stor omfattning fokuserar på subjekt och kontext och betonar skillnader och likheter inom koder och kategorier. Karakteristiskt är även att metoden delas i manifest och latent innehåll i en text. De bandade intervjuerna skrevs ut ord för ord och därefter söktes meningsbärande enheter som relaterar till varandra genom deras innehåll och kontext. De meningsbärande enheterna framträdde genom att en ständig dialog och frågor ställdes till data-materialet. Avsikten var att systematiskt gå igenom texten och aktivt ställa frågor om vad som sades, hur det sades och vad innebörden i det var. De meningsbärande enheterna plockades ut (Graneheim & Lundman, 2003). Vidare ställdes frågor om det fanns andra sammanhang i texten med samma innebörder och på vilket sätt de olika meningsbärande enheterna skiljde sig från varandra (Dahlberg, 1997). Vid analysen undersöktes manifest eller påtagligt innehåll som beskrev det synliga och vad texten sa och beskrevs i kategorier, en innehållsaspekt. Latent eller dolt innehåll beskrev den underliggande meningen i texten, vad texten handlade om, eller berättade och uttrycktes i teman, en relationsaspekt. Både manifest och latent innehåll krävde tolkning men tolkningen varierade i grad och nivå av abstraktion. Det latent innehåll krävde en djupare tolkning på en högre abstraktionsnivå (Graneheim & Lundman, 2003). Därefter förtätades materialet och Graneheim och Lundman (2003) påpekar vikten av att bevara kärnan i det som framkommit och inte förminska materialet i detta skede. Därefter gjordes abstraktioner till olika logiska nivåer vilket innefattade fortsatt skapande av koder, kategorier och slutligen även teman (Graneheim & Lundman, 2003). Under det att texten bearbetades eftersträvades hela tiden en rörelse mellan det konkreta (själva texten) och de meningsbärande enheterna och det mer abstrakta (kategori/temabeskrivningen) för att se att samstämmigheten bevarades (Dahlberg, 1997). I analysen av samtalen kom humor, samstämmighet, olika åsikter och olika typer av berättande fram som ovärderliga delar av sammanhanget. Olika erfarenheter och vanligt återkommande erfarenheter var viktiga delar i materialet som framkom (Kitzinger, 1995).

Tillförlitlighet

Graneheim och Lundman (2003) föreslår tillämpbara begrepp som relaterar till den kvalitativa traditionen när resultat rapporteras från studier som är gjorda med hjälp av innehållsanalys. I denna undersökning har de föreslagna begreppen pålitlighet, trovärdighet och överförbarhet använts.

Trovärdighet och pålitlighet

För att stärka trovärdigheten beskrivs fokus i denna undersökning utifrån att få fram ungdomarnas egna erfarenheter och känslor i mötet med skolsköterskan. Utifrån detta fokus, valdes en kvalitativ ansats med fokusgrupper som var ett vedertaget angreppssätt för att generera data med hjälp av en dynamisk process där deltagarna associerade med hjälp av varandra och gruppleddaren (Stewart & Shamdasani, 1990). Båda författarna i denna undersökning hade mångårig erfarenhet av att möta och samtala med ungdomar, dessutom hade gruppleddaren som ledde sessionerna, utbildning i samtalsterapi vilket kan stärka kvalitén och tryggheten i sessionerna men även borga för att grundligare data genererades. Förkunskaper kan stärka trovärdigheten men även leda till att för snabba eller långtgående slutsatser dras vilket beaktats under arbetets gång. Intervjuerna transkriberades och bearbetades i nära anslutning till fokusgruppstillfällena. I detta ligger även en strävan att tolka det som sägs utifrån ungdomarnas perspektiv och i detta förfaringssätt ligger även omsorgen om att känslor som uppkom under intervjun är lättare att minnas om transkriptionen görs i nära anslutning till fokusgruppstillfällena. För att stärka trovärdigheten och pålitligheten i analysen bearbetades materialet av gruppleddarna, först var för sig och därefter gicks materialet igenom flertalet gånger gemensamt. Meningsbärande enheter jämfördes grundligt för att få fram de mest lämpliga meningsbärande enheterna och manifesta och latenta uttryck diskuterades. Koder, subkategorier och teman fördes fram i samband med olika nivåer på abstraktioner. Rörelsen mellan teman och tillbaka till de meningsbärande enheterna fanns med genom hela analysen. Resultatet presenterades och stärktes med citat i varje subkategori (Graneheim & Lundman, 2003).

Överförbarhet

För att stärka möjligheten till bedömning av överförbarhet har det tidigare i uppsatsen beskrivits deltagarnas och gruppleddarnas kontext, urval och selektion, datainsamling och analysprocess (Wibeck, 2000). När det gäller överförbarhet är det den personen som tar emot resultaten som avgör om de kan överföras på en annan situation (Kreuger, 1998).

Etiska överväganden

Etisk egengranskning utifrån Hälsohögskolans anvisningar har genomförts. Enligt de internationella etiska koderna för omvårdnadsforskning (International Council of Nurses [ICN], 2002) beaktades: 'Principen om autonomi' där samtalet i fokusgrupperna byggde på ungdomarnas värdighet, integritet samt sårbarhet. Det handlade om ungdomarnas möjlighet att utvecklas i enlighet med sina personliga förutsättningar, förhoppningar och önskan om ett bra liv. Hänsyn togs till integriteten vilket innebar att personen själv satte gränsen för sin egen sfär. Gruppintervjuer kan innebära trygghet för ungdomar då de inte behöver känna press att svara på varje fråga som i enskilda intervjuer utan själva kan välja när de vill delta i diskussionen (Stjerna & Marttila 1999). 'Principen om att göra gott' var i detta sammanhang tydlig, eftersom ungdomarna fanns inom verksamhetsområdet som var aktuellt (skolhälsovården). Detta skulle kunna generera utveckling av samtalet/mötet mellan elev och skolsköterska. 'Principen om att inte skada' innebar noggrann inventering av möjliga risker för skada eller

obehag. För att möta eventuella behov utifrån 'risk för skada' av samtalen i fokusgrupperna fanns det professionella personer i beredskap som kunde erbjuda samtal vid behov. 'Principen om rättvisa' kunde i denna undersökning belysas genom att konsekvenserna som kunde bli aktuella utifrån den genererade kunskapen kunde motverka hälsorisker och lidande för denna grupp ungdomar. Oavsett ålder på deltagarna gavs information till deltagarna och deras vårdnadshavare. Informationen var saklig, tydlig och på ett lättförståeligt språk. Informerat och frivilligt samtycke inhämtades från vårdnadshavare och ungdomar (Bilaga 1). Deltagarnas namn avslöjades inte, anonymitet garanterades, för att skydda den personliga integriteten (ICN, 2002).

Författarna har kompetens inom ämnesområdet men även inom psykoterapi och samtalsmetodik, vilket enligt Ramberg, Wahlgren och Wasserman (1999) är angeläget ur etisk synvinkel.

Resultat

Vid fokusgruppsintervjuerna beskrev ungdomarna sina upplevelser av mötena och samtalen med skolsköterskan. De beskrev sina egna känslor och upplevelsen av skolsköterskans bemötande. I analysen av fokusgruppsintervjuerna framkom det att ungdomarnas självkänsla påverkades liksom välbefinnandet före, under och direkt efter mötet med skolsköterskan. Teman och subkategorier som framkom i analysen presenteras i följande tabell.

Tabell I. Översikt av teman och subkategorier.

Tema	Upplevelser av mötet	Påverkans effekter på självkänsla	Påverkans effekter på välbefinnande
Subkategorier	Förtroendeskapande	Uppbyggande	Eget ansvar
	Övervakande	Nedbrytande	Förväntningar

Upplevelser av mötet med skolsköterskan

I fokusgruppsintervjuerna berättade ungdomarna om sina upplevelser och i analysen av intervjuerna framkom två subkategorier: förtroendeskapande och övervakande. Förtroendeskapande upplevelser var uppbyggt av stöd och glädje och övervakande upplevelser var uppbyggt av respektlöshet, otillräcklighet och ilska.

Förtroendeskapande

Förtroende för skolsköterskan hörde dels ihop med skolsköterskans personlighet. Det visade sig bland annat då besöksfrekvensen kunde skifta när ny skolsköterska fanns tillgänglig för

eleven, men också med kompetensen där ungdomarna beskrev förväntningar på en person med en sådan befattning. Ett exempel från en av respondenterna som beskriver sin skolsköterska: ”... alltså hon är verkligen jättesnäll min skolsköterska och jätteglad och förklarar allting och vräker aldrig ur sig någonting som är fel eller något och behöver man hjälp så får man hjälp av henne, behöver man prata så kan man prata med henne”.

Dimensionen *glädje* i mötet med skolsköterskan tedde sig vara av betydelse. Flera av deltagarna berörde vikten av att skolsköterskan är glad och att den känslan finns med i mötet. Glädjen smittade av sig då skolsköterskan var glad och uppmuntrande och beskrevs även vid viktnedgång. Att vara glad förklarades som förtroendeskapande och beskrevs även i samband med stöd, uppmuntran och förtroende. Är skolsköterskan glad minskar risken för ilska och ledsenhet hos ungdomarna. En flicka berättar: ”... sprallig och glad och pratar såhär ungdomligt om man säger så, sitter inte såhär allvarlig och tittar på en utan hon kan prata om allting så det känns jätte skönt, man kan säga vad som helst till henne, på så sätt skapar det väldigt stort förtroende”.

Ungdomarna beskriver *stöd* både från skolsköterskan och kamrater. En flicka berättar om nervositet innan vägningen vid besöket hos skolsköterskan: ”... det är klart att man blir nervös när man går upp på vågen men sen peppar hon ju en när man håller på och gå därifrån”. Det beskrevs även att ungdomarna upplevde stöd och tyckte det var intressant då skolsköterskan berättade om lämplig kost och fysisk aktivitet för att motverka viktuppgång.

Övervakande

Otillräcklighet beskrevs främst i den ena gruppen där ungdomarna pekade på erfarenheter som hörde samman med otillräcklighetskänslor. Att få frågor av skolsköterskan som upplevdes som svåra att svara på återkom från flera ungdomar. Upplevelsen var att inte kunna ha svar på alla frågor utifrån sig själva och sin egen kompetens. Att bli ombedd att berätta vad man ätit och koppla det till tallriksmodellen upplevde ungdomarna svårt och att det kändes som det bästa vore att försvinna. En respondent berättar utifrån att få frågor ställda till sig: ”... jag sitter liksom bara still som en liten pinne, liksom bara sitter där, säger inget mer, jag bara sitter där”.

Ilska var inte något återkommande men starkt och påtagligt från en av flickorna. Situationen som uppkom ledde till konsekvenser för flickans fortsatta stöd från skolsköterskan. Efter att flickan upplevt sig kränkt när tillväxten undersöktes hos skolsköterskan valde flickan helt bort besök hos skolsköterskan resterande delen av mellanstadiet och inledde ny kontakt med ny skolsköterskan först efter byte till högstadiet. Känslan av ilska direkt efter besöket beskrevs så här: ”... alltså, jag blev allmänt arg, det kändes som jag ville slå henne”.

Att känna sig *respektlöst* bemött av skolsköterskan var återkommande i båda intervjuerna. Hur skolsköterskan pratade om ungdomarnas vikt beskrevs. Ungdomarna hade vid flera tillfällen förslag på hur skolsköterskan skulle kunna uttrycka sig. En flicka föreslog: ”...vill du diskutera din vikt med mig, istället för att säga nu har du gått upp två kilo, vad ska vi göra åt detta”. En annan aspekt som flera av ungdomarna hade erfarenhet av var samtal utifrån en bild på tallriksmodellen. Upplevelsen var att ungdomarna kände sig pressade av att berätta hur de äter utifrån tallriksmodellen och att det blev ostimmulerande att ständigt återkomma till detta tema, de upplevde sig bevakade.

Påverkans effekter på självkänslan

I intervjuerna under frågeområdet självkänsla associerade ungdomarna fritt utifrån vad självkänsla stod för. Några exempel följer: ”Att tycka om sig själv, hur man tar saker som man får av någon annan, sin egen självbild, att ha respekt för sig själv, hur man ser sig själv i spegeln”. Här gick tankarna till personer som har anorexi och att de har dålig självbild då de ser sig själva som tjocka när de i själva verket är smala. Det framkom även att de som mobbar inte har någon egen självkänsla, de vågar inte visa vad de tycker. Personer som ungdomarna ansåg viktiga för deras självkänsla var familjen, kompisar och killar. I analysen framkom två subkategorier: Uppbyggande och nedbrytande. I subkategorin uppbyggande framkom uppmuntran. Subkategorin nedbrytande var uppbyggt av kränkning, besvikelse, förnekelse och skam.

Uppbyggande

Respondenterna hade flertalet exempel på situationer där upplevelsen av *uppmuntran* beskrevs. Tankar om skolsköterskans karaktär inbegrep ärlighet, öppenhet och dessutom att bli behandlad som en vän och att få beröm. I samband med beskrivningarna framkom ytterligare flera positiva yttringar: ”Jag har en jättesnäll skolsköterska och hon gör så man inte tappar självförtroendet. Hon pratar och säger alltid att man jobbar jättebra. Man blir aldrig typ arg, ledsen eller något när man går till henne, hon är alltid så glad”.

Nedbrytande

Utifrån dimensionen *kränkning* berättade en flicka om sin erfarenhet från mellanstadiet. ”Första gången jag gick dit och typ jag har inte varit överviktig så där överdrivet länge sa hon, du vet att du är överviktig, du måste göra något åt det, hon sa inte så på ett snällt sätt, hon sa väldigt elakt, du är stor, du måste gå ner i vikt. Bara för det tror jag att jag blir mer överviktig bara för att hon sa så. Då tänker man ju det här är meningslöst”. Detta möte med skolsköterskan fick konsekvenser som yttrade sig i att flickan valde att i fortsättningen inte gå till skolsköterskan under mellanstadietiden.

Ungdomarna återkom till att skolsköterskan får prata om viktuppgång men att det kan kännas obekvämt. Att höra det, beskrivs som en *besvikelse*. En av respondenterna sa: ”Jag är inte nöjd med min vikt så jag vill inte ställa mig på vågen eftersom jag inte vill se själv hur mycket jag väger eller om jag gått upp någonting”. Det framkom att ungdomarna ibland valde att avstå från vägning medan de i andra situationer lät väga sig. Det förekom att hälsobesök och vaccinationer genomfördes, men att vid samtal om vikten gick vederbörande ut. När skolsköterskan visar tillväxtkurvan och säger, när du är så här lång borde du väga så här mycket, kan det upplevas som att bara felen påpekas. Ungdomarna ombads beskriva hur deras självkänsla påverkades av mötet med skolsköterskan. Vid viktuppgång beskrevs det att självkänslan sjönk. ”När man gått upp så går ju känslan nere på botten, sedan när man har gått ner så blir man jätte liksom glad på det viset för att man har gått ner”. En av flickorna delgav att när skolsköterskan berättar om viktuppgång och frågar vad som har orsakat den så var det svårt att svara på det.

I intervjuerna framkom *förnekelse* som en aspekt. En av respondenterna uppgav i början av intervjun att det inte varit något speciellt i mötet med skolsköterskan. Men längre fram i intervjun beskrevs flera situationer som hade upplevts negativt. Återkommande är att inte vilja se sin vikt som den verkligen är. En flicka beskrev det såhär: *”Man vill ju bara gå och gömma sig, jag väger inte så mycket, det är lugnt såhär. Sedan när man ser det här på vågen så känns det ju hemskt, man vill inte inse, man vill inte se det själv.”*

Det som beskrevs utifrån dimensionen *skam* var, att vid bland annat vägning infann sig skamkänsla inför skolsköterskan med funderingar om vad skolsköterskan tänkte om vikten. Att se bra ut, att ha gjort rätt och kunna svara rätt på frågor som ställdes av skolsköterskan framkom som viktigt för att minska skamkänsla. *”Jag har haft väldigt dåligt självförtroende innan och då har jag inte tyckt om att höra att jag har gått upp typ några kilo och då känner man sig dum när man ska säga att man har gått upp, då blir man lite sådär, det tycker jag känns lite pinsamt”*.

Påverkans effekter på välbefinnandet

I intervjun ombads ungdomarna att formulera tankar utifrån begreppet välbefinnande. Detta ord var mer obekant. *”Hur man mår där man är, hur man känner sig i samhället, glädje, hopp, hur man mår och hur det står till”*. En av flickorna associerade till välbefinnande i kroppen – hur man äter och tränar, är att må bra. I analysen framkom två subkategorier som bestod av: eget ansvar och förväntningar. Eget ansvar var uppbyggt av trygghet och förberedelse. Förväntningar var uppbyggt av tillgänglighet och obehag. Som ökande effekt på välbefinnandet framkom att bli stärkt av eget ansvar och förväntas vara en del av mötet där förutsättningen för varat i mötet också var att vara förberedd. Som minskande effekt på välbefinnandet var dålig tillgänglighet och obehag.

Eget ansvar

Aspekten att ha förståelse för det egna ansvaret i samband med positiv viktutveckling framkom. Förståelsen för behovet av viktkontroll framkom även om det upplevdes obehagligt. *”När man var liten var det värre att väga sig, jag var ju större men jag var i liten ålder, men det går ju inte att undkomma. Skolsköterskan kan ju inte säga, vi hoppar över dig nu för att du inte gillar att väga dig, man måste ju ändå kolla”*. Ungdomarna beskrev att det var de själva som hade ansvar för att ta tag i sina viktproblem.

Att vara *förberedd* och få vara en del i mötet med skolsköterskan, att veta vad som händer under hela besöket var en återkommande erfarenhet. *”Skolsköterskan håller ofta på typ med något vid datorn och skriver in och då fattar inte jag vad de gör. Då förklarar hon vad hon gör och förklarar innan hon ska göra det”*. Att bli lugn av förberedelse beskrivs utifrån olika situationer till exempel nämndes att väga sig, mäta midjan och nålstick.

Att känna sin skolsköterska sedan en tid tillbaka skapar *trygghet*. En aspekt som framkom var att det upplevdes lättare att prata med en kvinnlig skolsköterska för flickorna. Ytterligare en åsikt som framfördes var att, skolsköterskan finns där för eleverna och om någonting händer, är skolsköterskan en person att tala öppet om allting med. Trygghet beskrevs utifrån att ungdomarna skulle vara förberedda på att mötet med skolsköterskan skulle innebära samtal om

vikten. En flicka beskrev ett tryggt möte med skolsköterskan så här: *”De ska visa att man kan vara den man är och så. Man ska inte behöva komma dit och känna sig rädd för att ställa sig på vågen. De ska vara positiva”*.

Förväntningar

Erfarenhet av dålig *tillgänglighet* beskrevs utifrån en respondents svårigheter att hinna träffa skolsköterskan då mottagningen låg på en annan skola. Svårigheten låg också i att planera in återbesökstider. Stress beskrevs främst i den ena gruppen. Där angavs stress dels i relation till att hinna till lektioner efter besök hos skolsköterskan, men även utifrån upplevelsen av stress under själva besöket, då skolsköterskan ställde mycket frågor som dessutom kunde vara svåra att svara på. *”... kan du inte sluta tjata någon gång. Om man typ har lektion precis efter man ska gå är det jätte jobbigt och springa från ett ställe till ett annat. Vår skola är väldigt stor så då får man springa från ena huset till andra sidan skolan”*.

Obehag så som oro och rädsla var den mest framträdande faktorn i intervjuerna. Att få frågor och utifrån det känslan av att inte kunna svara rätt i mötet med skolsköterskan skapade oro. En flicka beskriver: *”Alltså, de kan ju fråga oss massa saker, men sedan när man ska svara så kan det vara fel och liksom man bara är jätte rädd och svara på frågorna ifall man ska svara fel. Liksom sådana saker bli jätte stränga på en och kolla upp en typ varje vecka eller något”*. Rädsla och oro beskrevs också i relation till att få för lite information och förberedelse inför och i mötet med skolsköterskan. Oron kunde leda till att mötet med skolsköterskan valdes bort eller att en lärare ombads följde med på besöket. Starka känslor beskrevs inför att gå till skolsköterskan och väga sig. En flicka berättar utifrån minnen från sin grundskoletid: *” Jag har ju aldrig velat gå till skolsköterskan för att väga och mäta mig. Alltså, det är nog det värsta under min skoltid, det är nog att gå och väga sig alltså. Jag vet inte varför, men det var hemskt, jag vill helst vara sjuk de dagarna”*. Att ställa sig på vågen framkallade oro och rädsla och detta beskrevs som svårt för skolsköterskan att avhjälpa då nervositeten uppgavs komma inifrån. Något som ytterligare beskrevs som oroande var att få frågor av kamrater efter skolsköterskebesöket, om sin vikt. Strategin för att komma igenom den svåra situationen blev ofta att ljuga om sin vikt. Tankar om vad skolsköterskan egentligen tänkte om deras kroppar och vikt väckte oro och obehag. Samtidigt som denna oro fanns beskrevs en tillit till skolsköterskans professionalism och utifrån den, inte hade värderande tankar.

Diskussion

Diskussionen är indelad i metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Fokusgrupper användes i denna undersökning av olika anledningar. Dels för att metoden är gynnsam för att beskriva vad människor upplevt och dessutom varför de upplevt det som framkommer. Metoden lämpar sig väl för intervjuer med ungdomar eftersom de ofta tillbring-

ar en stor del av sin tid med jämnåriga och är vana att umgås i grupp, dessutom valdes fokusgruppsintervjuer för att använda gruppdynamiken i avsikt att få fram så många tankar och aspekter utifrån syftet som möjligt (Stjerna & Marttila, 1999). I den första gruppen var fyra respondenter inbjudna. Tre infann sig till utsatt tid och den fjärde respondenten infann sig efter 30 minuter. Detta kan ha påverkat resultatet på flera sätt. Dels gavs det möjlighet för de ungdomar som var mer tysta att komma till tals men det kan ha hämmat gruppdynamiken. Utifrån den aspekten var gruppdynamiken mer påtaglig när den fjärde respondenten anlät. I den första gruppen kände ungdomarna varandra till viss del och det kan ha påverkat samtalet ur dynamisk synvinkel. Detta kan jämföras med den andra gruppen som bestod av tre respondenter där fem blivit inbjudna. Fyra hade tackat ja och den femte var tveksam. Dessa tre ungdomar som infann sig, hade haft kontakt via gruppverksamhet för överviktiga barn för flera år sedan och därmed inte träffats på länge. Där blev diskussionen mer styrd och strukturerade frågor krävdes inledningsvis. Dynamiken blev inte lika påtaglig till en början, men under intervjuens framskridande blev dynamiken mer tydlig. Här såg författarna en tillgång i att kunna leda och fördjupa intervjuerna med hjälp av kompetensen inom psykoterapi (Ramberg, Wahlgren & Wasserman, 1999). De båda grupperna kom att bestå av sammanlagt sju flickor, vilket innebär att man utifrån denna undersökning inte kan säga något om pojkars erfarenheter och upplevelser av mötet/samtalet med skolsköterskan. Flera pojkar tillfrågades om att delta i fokusgruppsintervjuerna men ingen av dem tackade ja. I Borups (1998) undersökning rörande hälsofostran hos skolbarn framkom att flickor är mer benägna att delta i gruppsamtal, kommer mer frekvent och tar upp fler ämnen i samtalen jämfört med pojkarna. Samstämmigt resultat framkommer alltså vad gäller deltagande av flickor och pojkar.

När det gäller fokusgruppsintervjuer med ungdomar förordas enkönade grupper (Kreuger, 1994). Av erfarenhetsskäl var önskemålet från gruppledarna ett åldersspann från 14 – 17 år. I den första gruppen hade en 12 åring blivit inbjuden. Åldern för denna respondent tedde sig inte innebära hinder för att dela sina erfarenheter i gruppen. Respondenterna i denna grupp kände varandra från pågående gruppverksamhet vilket tycktes bidra till trygghetskänsla i gruppen.

Som hjälp för att föra in ungdomarna i ämnet användes en kort videofilm. För att gruppmedlemmarna skulle ha lättare att associera var det ungdomar som agerade skolsköterska och elev med övervikt i filmen. Detta innebar fria associationer och ledde in gruppmedlemmarna på tankar och erfarenheter av besök hos skolsköterskan (Wibeck, 2000).

I analysarbetet har stor vikt lagts vid att bevara kärnan i det som framkommit i intervjuerna och Graneheim och Lundman (2003) framhåller att i det förtätade materialet skall förminskning av materialet inte göras. Subkategorierna som framkommit i analysen har utifrån ovan nämnda skäl bearbetats och reflekterats. Liknande subkategorier har reviderats i en diskussion med överenskommelse om hur koderna skulle sorteras.

Resultatdiskussion

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2004) måste skolhälsovården präglas av det hälsofrämjande arbetet. Denna undersökning har haft som fokus att identifiera ungdomars erfarenheter och upplevelser av mötet och samtalet med skolsköterskan vid övervikt. Detta med utgångspunkt i de individuella hälsofrämjande insatserna. Utifrån analysen framkom olika aspekter på de

egna känslorna hos ungdomarna vid mötet med skolsköterskan och hur ungdomarna upplevde skolsköterskans bemötande. Två subkategorier identifierades. Förtroendeskapande bestod av glädje och stöd. Övervakande innefattade otillräcklighet, ilska och respektlöshet. I analysen framkom aspekter på hur ungdomarnas självkänsla påverkades och subkategorierna var Uppbyggande och nedbrytande. Uppbyggande effekt på självkänslan var uppmuntran. Nedbrytande effekter på självkänslan var kränkning, besvikelse, förnekelse och skam. Påverkans effekter på välbefinnandet var eget ansvar och förväntningar. Subkategorierna var, eget ansvar vilket ökade effekten på välbefinnandet i form av förberedelse och trygghet. Den andra subkategorin, förväntningar, innebar minskande effekt på välbefinnandet och delades in i tillgänglighet och obehag.

Upplevelser av mötet med skolsköterskan

Ungdomarna i denna undersökning hade skiftande erfarenheter när det gällde deras egna känslor och skolsköterskans bemötande. Behovet av att känna sig respekterad och att skolsköterskan i de olika momenten vid hälsobesöken visar ett bekräftande bemötande är förtroendeskapande. Ungdomarna beskrev otillräcklighetskänslor vid möte med skolsköterskan i situationer då de upplevde för höga kunskapskrav eller kände sig misslyckade utifrån sina egna krav och förväntningar. Dessutom fanns tankar om att skolsköterskan hade förväntningar på ungdomarnas livsstil och viktutveckling som ungdomarna kände press att leva upp till. De upplevde sig övervakade.

Socialstyrelsen (2004) anser att barnkompetensen måste säkerställas och stärkas inom skolhälsovården, genom tillgång till bred utvecklingspsykologisk kompetens. Denna kompetenshöjning behöver fortgå i speciallistutbildningar och bland verksamma skolsköterskor. Att skolsköterskan skulle prata om viktutvecklingen var ungdomarna ense om, men på vilket sätt som skolsköterskan gjorde det var en återkommande och viktig aspekt. Vänligt och empatiskt bemötande och att bli tillfrågad om egna känslor och tankar istället för att bli upplyst eller tillfrågad om fakta som berör en hälsosam livsstil efterlystes. Detta kan jämföras med samtal utifrån barnpsykiatriens perspektiv inom detta område. Barnpsykiaterns tillåtande hållning och sätt att prata med barnet/ungdomen om övervikt har stor betydelse för motivationen att följa behandlingen. Barn som ofta har blivit till åtlöje från klasskamrater och familjemedlemmar reagerade positivt när läkaren intog en mer accepterande hållning när det gällde övervikten och visade förståelse för hinder och den utmaning det var att gå ner i vikt (Fitzgibbon, 2004).

Gustafsson (2004) skriver att den bekräftande dialogen är viktig för patientens vilja att lyssna, vara följsam till de råd som ges och att ha tillit till omvårdarna. Här ligger en stor utmaning i arbetet inom skolhälsovården. Ett bekräftande möte måste ligga till grund inom skolsköterskornas hälsofrämjande individuella arbete med barn och ungdomar. Motivationen till gynnsam livsstilsförändring har sin grund i det bekräftande bemötandet.

Att kunna möta varje barn/ungdom utifrån deras eget behov och med ett bemötande som gynnar positiva känslor hos barnet. Det stärker självkänslan och ger ett bra välbefinnande (Cullberg, 2007). Gustafsson (2004) beskriver i sin omvårdnadsteori den jagrelationsstödjande och bekräftande omvårdnaden. För skolsköterskan skulle den interaktiva bekräftelseprocessen innebära att stärka barnets/ungdomens utveckling och mognad och utifrån individtilltro stödja den egna hälsoprocessen. Gustafsson (2004) säger vidare att kunskapsgrunden för utövande av bekräftande omvårdnad är individens upplevelse av sin egen hälsosituation.

Bekräftande bemötande beskrivs i en norsk studie med hermeneutiskt perspektiv där kärnan i kommunikationen utgår från interaktionen mellan patient och sjuksköterska och ger möjlighet till reflektion och tolkning. En kommunikativ relation bygger på en förtroendefull relation och att kunna se bortom den aktuella situationen och att skapa en interaktion med en jämlik (sjuksköterska – patient) för att kunna se till patientens bästa (Tveiten & Severinsson, 2006) .

Ungdomarna i undersökningen beskriver återkommande erfarenheter av att få frågor som ligger inom området för en hälsosam livsstil av skolsköterskan. Att få många frågor av skolsköterskan beskrevs bland annat som skrämmande och gav en känsla av att vara övervakad. Men att med respekt fråga om barnet/ungdomen vill prata om sin vikt framställs som föredömligt av ungdomarna. Att få möjligheten och hjälp att vara subjekt och aktör är grundstenar inom 'SAUK-folkhälsomodell'. Det krävs alltså att skolsköterskan är så professionell i sin relation till barnet/ungdomen så att denne blir stärkt i den egna utvecklingen och mognaden. När skolsköterskan visar att hon har tilltro till barnet/ungdomen stöds hälsoprocessen. I fokusgrupp-sintervjuerna beskrevs flertalet situationer där ungdomarna upplevde sig uppmuntrade och stärkta efter mötet med skolsköterskan. Viktiga faktorer som beskrevs vid dessa positiva möten var ärlighet, öppenhet, beröm och att bli behandlad som en vän. I en svensk studie med fokusgrupper där 26 ungdomar i årskurs 8 tillfrågades om viktiga dimensioner i hälsosamtalet framkom sex olika teman. Dessa teman var förtroende, uppmärksamhet, respektfullhet, trovärdighet, tillgänglighet och kontinuitet (Johansson & Ehnfors, 2006). Vid granskning av dessa teman framträder i alla delar samstämmighet med resultatet i denna undersökning.

Återkommande som ett övergripande begrepp i denna undersökning är bemötande och olika aspekter utifrån detta begrepp. Detta är även fastslaget i barnkonventionen: Barn och ungdomar ska bemötas respektfullt och med intresse från vuxna som de kan lita på (United nations, 2002).

Självkänsla

Påverkans effekter på självkänslan som framkom var nedbrytande och uppbyggande. Utifrån latent innehåll i analysen kunde försvarsmekanismer märkas. En av respondenterna beskrev i början av intervjun att det mesta varit bra med skolsköterskemötena men längre fram i intervjun angavs stora bekymmer både inför och under mötet med skolsköterskan. Stor förståelse krävs angående motståndet att tala om det som varit och är svårt. Känslan av att inte vilja veta sin vikt, att vilja försvinna eller intala sig att allt är bra var andra exempel på förnekelse. Ytterligare strategi för att slippa uppleva det som är jobbigt beskrevs av en av respondenterna som tyckte sig se ett samband mellan sin viktökning och skolsköterskans ord om viktuppgång. Att utgå från tillväxtkurvan vid samtal med överviktiga barn och ungdomar är ett vanligt arbetsredskap. Detta upplevde ungdomarna som att, allt som var fel påpekades. Kanske man i dessa situationer bör vara mer lyhörd för på vilket sätt barnen/ungdomarna vill prata om sin vikt. Ungdomarna beskrev ledsenhet och sorg och att självkänslan sjönk i samband med viktuppgång, men också hur självkänslan stärktes vid viktning. Utifrån dessa situationer kan skolsköterskan göra så att självkänslan stärks genom att visa uppmuntran och glädje. Detta framkom tydligt i intervjuerna.

Gustafsson (2004) menar att det kan vara krävande och fodrar mod att ha självförståelse. Jagtilltro kan till exempel vara att se sina egna resurser och möjligheter och att omprioritera mål, vara realistisk och se sig själv som en kapabel person. Här pekar Gustafsson (2004) på flera avgörande aspekter som kan kopplas till skolsköterskans stödjande arbete med barn och ungdomar. I skolsköterskans bekräftande omvårdnad ligger bland annat att ingjuta mod hos bar-

nen och ungdomarna till att ha självförståelse och våga lita på sina egna resurser och utifrån det hjälpa dem att sätta upp realistiska mål och förväntningar.

Detta kan jämföras med en undersökning i Norge där samtal mellan sjuksköterskor och patienter analyserades. Det framkom att sjuksköterskans expertroll innebar förståelse, som ledde till en patientrelation och kommunikation med patienten om faktorer för en hälsosam livsstil. Sjuksköterskans grundinställning var tillåtande och skapade delaktighet där patienten var experten (Tveiten & Severinsson, 2005).

Välbefinnande

Ungdomarna i fokusgrupperna relaterade till sina egna reflektioner utifrån sina möten med skolsköterskan. Insikt om värdet av att den egna insatsen och eget ansvar var betydelsefull för en förändring, framkom. Rädsla och oro återkom i ungdomarnas berättelser på ett påtagligt sätt där skiftande erfarenheter beskrevs. Att inte kunna svara rätt, att få för lite information, att våga sig och vad skolsköterskan egentligen tänker om ungdomens kropp och vikt skapade oro, rädslor och obehag. Ina Borup (2002) beskriver i sin forskning från skolhälsovården i Danmark, utifrån intervjustudier med skolsköterskor, att skapa ett kommunicerande rum. Det kommunicerande rummet är beroende av en växelverkan mellan kompetens trovärdighet, reflektion, öppenhet och en stödjande miljö. När ungdomarna lär sig om hälsa måste ett samspel skapas i det kommunicerande rummet. När hälsosamtalet är stödjande finns det en harmoni mellan eleven och skolsköterskans inflytande, där skolsköterskan inleder samtalet och därefter tar eleven över samtalet successivt. Ett framgångsrikt hälsosamtal resulterar alltid i reflektioner och/eller förändringar (Borup 2002).

Utifrån aspekten välbefinnande efter besöket, beskrevs obehag i samband med att ungdomarna blivit tillfrågade av kamrater hur besöket hos skolsköterskan varit och vad vikten var. Detta ger en utmaning för skolsköterskor att kunna hjälpa barn/ungdomar utifrån bra rutiner som gynnar barnen/ungdomarna i deras välbefinnande. Trygghetsaspekten är en betydelsefull del av hur ungdomarna upplever välbefinnandet i samband med mötet med skolsköterskan. Att vara förberedd på vad som ska hända under besöket angavs inge trygghet. Här lyftes erfarenheter fram som beskrev noggrann och detaljerad information som föredömlig. Ytterligare en trygghetsaspekt som beskrevs var att flickorna föredrog kvinnliga skolsköterskor framför manliga. Det angavs att det kändes svårt att prata med en manlig skolsköterska om vissa frågor som gällde kroppen. Erfarenhet fanns av att träffa både kvinnlig och manlig skolsköterska. Utifrån denna undersökning kan ingenting sägas om pojkars inställning till att möta en manlig eller kvinnlig skolsköterska

I en dansk studie som var en del i en samarbetsstudie som ininitierats av WHO rörande hälsofostran hos skolbarn, framkom skillnader hos flickor och pojkar. Studien beskrev vilka ämnen som oftast togs upp i olika åldrar vid hälsosamtalen hos skolsköterskan. Flickor tog upp frågor rörande relationer och sexualitet i större utsträckning än pojkarna, medan pojkar oftare tog upp rörelserrelaterade besvär som ryggsmärtor. Pojkarna berörde även saker som de ansåg sig bra på i större utsträckning än flickorna. Undersökningen visade även att flickorna kom till hälsosamtalen mera frekvent och var dessutom mer aktiva vid samtalen. En slutsats från denna studie var att flickor och pojkar tog upp olika ämnen i olika åldrar och att det första steget att främja hälsa är att samtala om hälsa (Borup, 1998). Pojkar och flickors olika upplevelser måste uppmuntras för att kunna utveckla hälsosamtalet.

En dimension som blev tydlig utifrån förväntningar var ungdomarnas attityd till att skolsköterskan skulle utföra sitt uppdrag. Ungdomarnas inställning var att samarbeta och genomföra det som skolsköterskan angav. Olika situationer beskrevs där ungdomarna lät väga sig efter som det ingick vid ett besök hos skolsköterskan. Det gjordes många gånger med obehagskänslor. I andra situationer hände det att ungdomen nekade till exempelvis vägning. I Gustafssons (2004) interaktionsmodell är hela tiden målet med den interaktiva dimensionen att det är barnet/ungdomen som ska bekräftas och få hjälp att vilja vara aktör och subjekt. Delar av ungdomarnas berättelser för mer tankarna till om ungdomarna upplever att mötet och samtalet med skolsköterskan inte är för deras egen skull utan för att skolhälsovårdens arbete ska fortlöpa som det är tänkt. Här ligger en stor utmaning i skolsköterskans arbete, att få barnen och ungdomarna att uppleva att sammanhanget är till just för deras egen skull och skolsköterskans uppgift bör vara att hjälpa barnet/ungdomen att vara subjekt och aktör (Gustafsson, 2004).

I en svensk studie med fokusgruppsintervjuer med skolsköterskor, var syftet att få förståelse för skolsköterskans uppfattning av sina möjligheter att praktisera och handla hälsofrämjande i skolsystemet. Det framkom att arbetet skulle vara mer evident och presenteras utifrån en klarare profil. I undersökningen diskuterades att den erfarenhet som skolsköterskor har bör synliggöras genom utveckling av metoder och redskap. Vikten av strukturprogram och fortsatt professionell utveckling väl förankrad i ny forskning framkom. Utifrån detta skulle skolsköterskearbetet bli styrkt som profession i framtiden (Morberg, Dellve, Karlsson & Lagerström, 2006).

Slutsatser

Ungdomarna i fokusgruppsintervjuerna beskrev på olika sätt att deras självkänsla och välbefinnande påverkades i mötet med skolsköterskan. För att säkerställa god omvårdnad i mötet/samtalet med skolsköterskan och för att tillgodose att en god självkänsla och ett gott välbefinnande hos barnen/ungdomarna befasts, krävs fortgående forskning och kompetensutveckling inom detta område. Som ett komplement till befintligt vårdprogram föreslås utveckling av riktlinjer i omvårdnad, med utgångspunkt från den bekräftande modellen, 'SAUK-folkhälsomodell'. Detta skulle ge kompetenshöjning inom skolhälsovården, kvalitetssäkra verksamheten och tydliggöra den bekräftande modellen där alla dimensioner i ett gott bemötande finns med och som är grunden för att en hälsosam livsstilsutveckling ska gynnas.

Omnämmanden

Först och främst stort tack till ungdomarna som ställde upp i gruppintervjuerna och tack till elever och lärare på estetprogrammet som hjälpte till med att agera och spela in filmen som användes i undersökningen. Tack till skolläkaren och till ledare på friskvårdcentret som förmedlade kontakt med ungdomarna som ingick i fokusgrupperna. Berith Hedberg, filosofie doktor som handlett oss under uppsatsen vill vi tacka, liksom Marie Golsäter, skolsköterska och doktorand, för reflektion och diskussion utifrån fokusgruppsintervjuer med ungdomar. Därtill varmt tack till Linda Frank, processledare i 'Program mot övervikt i Jönköpings län' för gott stöd och praktisk hjälp.

Referenser

Barbour, R., & Kitzinger, J. (1999). *Introduction: The challenge and promise of focus groups*. In R. Barbour & J. Kitzinger (Eds), *Developing Focus Group Research: Politics, theory and practice*. London: SAGE Publications: pp, 47-63.

Borup, I. K. (1998). *Pupil's Experiences of the Annual Health Dialogue with the School Health Nurse*. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12, 160-169.

Borup, I. K. (2002). The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health and social Care in the Community*, 10, (1), 10-19.

Borup, I. K., & Holstein, B. E. (2004). Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 343-350.

Cullberg, M. (2007). *Självkänsla på djupet*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare (2:a uppl)*. Lund: Studentlitteratur.

DePoy, E., & Gitlin, L. N. (1999). *Forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, E. (2000). *Den fullbordade livsrytmen*. (3:e uppl). Stockholm: Natur och Kultur .

Fitzgibbon, M. L. (2004). Commentary on Psychiatric Aspects of Children and Adolescent Obesity: A Review of the past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (2).

Frank, L. (2007). *Barndialogen: Barn med övervikt*. Hämtad 9 april, 2007, från Landstinget i Jönköpings län: [http://www.lj.se/barndialogen/barn med övervikt](http://www.lj.se/barndialogen/barn%20med%20övervikt)

Fåhræus, C., & Lingfors, H. (2004). *Vårdprogram: mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar*. Landstinget i Jönköpings län.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Gustafsson, B. (1992). *Living with dysphagia: Some aspects of the experiential meaning of handicap, adaptedness and confirmation*. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet.

Gustafsson, B. (2000). The SAUC Model for Confirming Nursing: An Action theoretic Approach to Theory Building and Nursing Practice. *Journal of Nursing Theory*, 9, (1), 6-19.

Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad: SAUK-modellen för vård och omsorg*. (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.

- ICN. (2002). *International Council of Nurses etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 28 december 2006, från Svensk sjuksköterskeförening: www.icn.ch, www.swenurse.se
- Johansson, A., & Ehnfors, M. (2006). Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Vård i Norden*, 26, (4), 10-13, 19.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *Education and debate*, 311, 299-302.
- Kreuger, R. A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research*. (2nd ed). London: Sage.
- Krueger, R. A. (1998). *Analyzing & Reporting: Focus Group Results*. London: Sage.
- Lissau I. (2004). Overweight and obesity epidemic among children. Answer from European countries. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 28, (3), 10-5.
- Lissau, I., Overpeck, M. D., Ruan, W. J., Due, P., Holstein, B. E., Hediger, M. L. (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel and the United states. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158(1), 27-33.
- Magarey, A. M., Daniels, L. A., & Boulton, T. J. (2001). Prevalence of overweight and obesity in Australian children and adolescents: reassessment of 1985 and 1995 data against new standard international definitions. *The Medical journal of Australia*, 174, (11), 561-4.
- Morberg, S., Dellve, L., Karlsson, B., & Lagerström, M. (2006). Constructed space and legitimacy for health work in the educational system: Perspectives of school nurses. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 236-244.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. (2nd ed). London: Sage Publications.
- Nowicka, P. & Flodmark, C. E. (2006). *Barnöverbikt i praktiken: evidensbaserad familjeviktsskola*. Lund: Studentlitteratur 2006.
- Ogden, CL, Flegal, KM, Carroll, MD, Johnson, CL. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 288, (14), 1728-32.
- Peden, A. R., Hall, L. A., Kay Raynes, M., & Beebe, L. (2000). Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in the college woman. *Nursing Research*, 200, (4), 201-207.
- Peterson, S., Brulin, C., & Bergström, E. (2003). Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umeå Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatrica*, 92, 848-853.
- Ramberg, I., Wahlgren, M., & Wasserman, D. (1999). Ungdomars attityder till självmordshandlingar: fokusgruppsintervjuer. *Socialmedicinsk tidskrift*, (4), 322-331, 346.

Rasmussen, F., Eriksson, M., Bokedal, C., & Schäfer Elinder, L. (2004). *Fysisk aktivitet, matvanor och självkänsla bland ungdomar: COMPASS – en studie i sydvästra Storstockholm* (Rapport 2004:1, nr. 1651-8624). Stockholm: Statens folkhälsoinstituts distributionstjänst.

Raustorp, A. (2004). *Att lära fysisk aktivitet*. Uppsala: Kunskapsförlaget AB.

Raustorp, A. (2005). *Physical activity, body composition and physical self-esteem among children and adolescents*. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet Stockholm, Neurotic Department Division of Physiotherapy.

Renman, C., Engström, I., Silverdal, S.-A., Åman, J. (1999). Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. *Acta Paediatrica* 88,(9), 998-1003.

Rigby, N., Neville, J., Kumanyika, S., Shiriki, K., James, W., & Phillip, T. (2004). Confronting the Epidemic: The Need for Global Solutions. *Journal of Public Health Policy*, 25, (3-4), 418-434.

Roose, G. A., & John, A. M. (2003). A focus group investigation into young children's understanding of mental health and their views on appropriate services for their age group. *Child: Care, Health & Development*, 29, (6), 545-550.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002) *Fetma: problem och åtgärder*. (SBU-rapport, 160). Göteborg: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 289, (14), 1813-9.

SOS 2004:130-2. *Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen

Stewart, D., & Shamdasani, P.N. (1990). *Focus Groups. Theory and practice*. Newbury Park: Sage Publications.

Stjerna, M., & Marttila, M. (1999). Hur få ett innehållsrikt material vid fokusgruppsintervjuer?: Erfarenheter från en studie med ungdomar. *Socialmedicinsk tidskrift*, (4), 332-339

Synonymer. (2007). Hämtad 10 april 2007, <http://www.synonymer.se>

Tveiten, S., & Severinsson, E. (2005). Public health nurses' supervision of clients in Norway. *International Nursing Review*, 52, 210-218.

Tveiten, S., & Severinsson, E. (2006) Communication: a core concept in client supervision by public health nurses. *Journal of Nursing Management*, 14, 235-243.

United Nations. (2002). *The Convention on the rights of the Child*. Hämtad 6 maj, 2007, från United Nations: <http://www.ohchr.org/english/law/crc.htm>

WHO. (1998). *Obesity: prevention and managing the global epidemic* (10.1126/scince.280.5368.1371). Geneva.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*.
Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1. Deltagarbrev och samtycke

Till ungdomar och föräldrar som deltar i [REDACTED]

Hej!

Vi är två skolsköterskor som arbetar i Vetlanda och Nässjö. Vi är intresserade av att träffa er, ungdomar och få prata med er om hur ni upplever att gå till skolsköterskan när man har övervikt. Vi tycker det är viktigt att barn och ungdomar som har övervikt känner att de blir bemötta på ett sätt som gör att de blir uppmuntrade och känner sig hjälpta av skolsköterskan. Det är av stor betydelse att ungdomars självkänsla och välbefinnande påverkas positivt av besöken hos skolsköterskan. Vi behöver lära oss mer av er och vi tror att ni har mycket att berätta, både positivt och negativt! Det som framkommer i era berättelser hoppas vi ska kunna leda till att barn och ungdomar får den hjälp och det stöd de vill ha av skolsköterskan.

Samtalet tar runt en timma. Vi planerar att träffa er i grupp med 4-6 deltagare i varje grupp vid ett tillfälle på [REDACTED] i samband med att ni har idrott på tisdagar.

Samtalen kommer att spelas in och därefter skrivs en uppsats som kommer att presenteras på Hälsöhögskolan i Jönköping. När uppsatsen är klar kommer bandinspelningarna att förstöras. Era namn kommer inte att skrivas någonstans i uppsatsen. Det är helt frivilligt att vara med.

Den som önskar kan få ta del av den färdiga uppsatsen när den är klar.

Vill ni komma i kontakt med oss.....

Anna Jonsson Skolsköterska
Nässjö
tele arbetet [REDACTED]
mobil [REDACTED]

Berit Gustafsson Skolsköterska
Vetlanda
tele arbetet [REDACTED]

Till föräldrarna.

Det är helt frivilligt för era ungdomar att delta och deras namn kommer inte att nämnas i sammanställningen. Vi önskar ert medgivande till att ert barn deltar i gruppssamtalet.

Handledare är Berith Hedberg, lektor på Avdelningen för Omvårdnad
Hälsöhögskolan, Jönköping, Tele arbetet [REDACTED]

Jag vill delta i gruppsamtal.

Datum underskrift ungdom

Jag ger mitt medgivande till att mitt barn deltar i gruppsamtalet.

Datum underskrift vårdnadshavare