

Högskolan i Skövde
Institutionen för vård och natur

**Barns upplevelser av att leva med övervikt eller fetma.
- en litteraturstudie**

**Children's experiences of living with overweight or obesity
- a literature review**

Examensarbete i omvårdnad
15 högskolepoäng
Höstterminen 2008

Författare: Alexandersson, Elin
 Wilsson, Linda
Handledare: Gustafsson, Maria

SAMMANFATTNING

| | |
|---------------|---|
| Titel: | Barns upplevelser av att leva med övervikt eller fetma - en litteraturstudie. |
| Institution: | Institution för vård och natur, Högskolan i Skövde |
| Kurs: | Examensarbete, i omvårdnad, 15 högskolepoäng |
| Författare: | Alexandersson, Elin; Wilsson, Linda |
| Handledare: | Gustafsson, Maria |
| Sidor: | 26 |
| Månad och år: | December 2008 |
| Nyckelord: | Övervikt/fetma, Barn, upplevelser |

Syftet med studien var att genom en litteraturstudie beskriva hur det som barn är att leva med övervikt eller fetma. Studien bygger på elva artiklar där data är från barn i åldrarna 5 – 15 år. Resultatet som framkom var inom områdena; *Livskvalitet och självkänsla*, *Socialt umgänge*, *Kroppsuppfattning och viktnedgång* samt *Psyisk ohälsa*. Resultatet visar att BMI över gränsen för övervikt/fetma ger en negativ påverkan på livskvalitet och självkänsla, graden av påverkan ökar med stigande BMI. Även utsatthet för mobbning och förekomsten av bantning och viktbekymmer ökar med stigande BMI. Förekomsten av depressiva symtom finns i varierande grad, men verkar inte vara direkt korrelerat till vikt. Flickor upp till 14 års ålder påverkas i högst grad av sin vikt. Språket barn använder relaterat till sin egen övervikt/fetma kan fungera som en barriär för att se dess hälsokonsekvenser som en möjlig realitet hos dem själva. Hälso- och sjukvårdspersonal måste bemöta dessa barn på ett sätt som kan stärka deras självbild och på så vis förbättra hälsan. Förbättrat bemötande och behandlingsarbete kräver mer kvalitativ forskning kring hur barnen upplever sin situation.

ABSTRACT

Title: Children's experiences of living with overweight or obesity
- a literature review

Department: School of Life Sciences. University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Alexandersson, Elin; Wilsson, Linda

Supervisor: Gustafsson, Maria

Pages: 26

Month and year: December 2008

Keywords: Overweight/obese, child, experience

This study aimed to describe children's experience of living with overweight or obesity, by using a literature-review. The study includes eleven articles, data is from children between ages 5-15 year. The result occurring were in the areas; *Quality of life and self-esteem*, *Social company*, *Body concept and weight reduction* and *Psychological unhealth*. BMI above what is recommended gives a negative influence on quality of live and self-esteem. The exposure of teasing is rising, which also dieting and weight-related concerns do. Depression symptoms occur in varying degree, but the correlation to BMI is not direct. Girls in ages up to 14 years seem to be most influenced by being overweight or obese. The language children are using related to their own body may act as a barrier to apply its health- consequences on themselves. Health- care professionals should treat those children in a way that reinforce their view of themselves, by doing so they can help them reaching better health. To improve treat and treatment of the children, there is a need of more qualitative investigation in the subject.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| Inledning | 1 |
| Bakgrund..... | 1 |
| Hälsa | 1 |
| Självkänsla | 2 |
| Fetma | 2 |
| Utbredning | 3 |
| Orsaker till fetma | 4 |
| Konsekvenser av och symtom vid övervikt/fetma..... | 4 |
| Tillgängliga behandlingar | 6 |
| Problemformulering..... | 7 |
| Syfte..... | 7 |
| Frågeställningar | 7 |
| Metod..... | 7 |
| Val av metod..... | 7 |
| Datainsamling | 7 |
| Inklusionskriterier | 9 |
| Exklusionskriterier | 9 |
| Dataanalys..... | 9 |
| Etiska aspekter | 10 |
| Resultat | 11 |
| Livskvalitet och självkänsla..... | 11 |
| Socialt umgänge..... | 12 |
| Kroppsuppfattning och viktnedgång..... | 13 |
| Psykisk ohälsa..... | 15 |
| Diskussion..... | 15 |
| Metoddiskussion | 15 |
| Resultatdiskussion | 16 |
| Konklusion..... | 16 |
| Referenser | 21 |
| Bilaga 1 | I |
| Bilaga 2 | I |
| Bilaga 3 | I |

INLEDNING

*”Hälsa och välbefinnande är mer värt än all världens guld
och en sund själ förmer än omätlig rikedom”*
(Jesus Syraks vishet 30:15)

I Sverige finns uppsatta mål för folkhälsan, däri beskrivs att det finns starka samband mellan psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor, där bland annat ”onyttig” kosthållning samt otillräcklig fysisk aktivitet räknas in. Det är allmänt känt att sådana levnadsvanor kan leda till övervikt/fetma, vilket är ett ökande problem bland både barn och vuxna såväl i Sverige som i övriga västvärlden. Problemet är komplext och det för med sig många konsekvenser för barnen, både fysiskt och psykiskt. I samband med praktik under utbildningen fick en av författarna tillfälle att närvara vid ett dietistsamtal med ett överviktigt barn. Barnets reaktion väckte tankar kring om hur det är att leva som barn med övervikt/fetma. Hur påverkas barnets vardag? Med tanke på barnets reaktion under dietistsamtalet, tror vi som författare att en negativ påverkan av barnen finns. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International Council of Nurses) står det att sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. I enlighet med socialstyrelsen (2005) bör ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ligga som grund för arbetet, det vill säga, sjuksköterskor har som ansvar att bland annat främja hälsa.

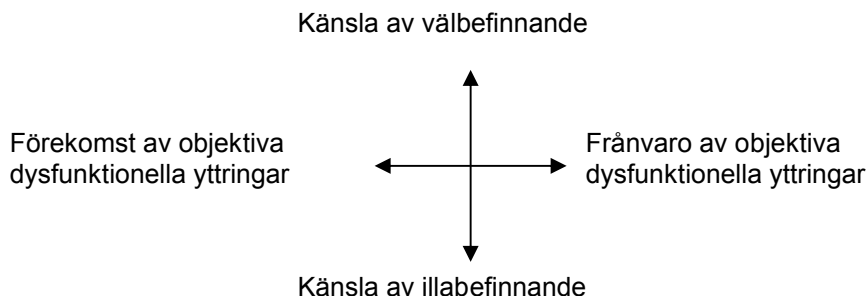
Hur kan vi som blivande sjukvårdspersonal bemöta och hjälpa barn som lever med övervikt/fetma? Jahren Kristoffersson (2005) menar att vi inom omvårdnaden har möjlighet att påverka hälsan genom att även uppmärksamma faktorer som påverkar patientens tankar och känslor. Genom att beakta det sätt som patienten uppfattar den ”värld” denne lever i kan vi få ökad förståelse för hur det är att leva med en viss sjukdom, denna förståelse behövs för att hjälpa (a a).

BAKGRUND

Hälsa

Definitioner på hälsa kan se olika ut. Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition är hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och funktionshinder (World Health Organisation, 2003). Eriksson (1989) väger in både subjektiva som objektiva delar i hälsobegreppet. Hon ser välbefinnande som den subjektiva delen av hälsan, vilket kan gestaltas i ett hälsokors (figur 1). Hälsokorset delar in hälsa i fyra olika avdelningar, där begreppet ges såväl objektiva som subjektiva dimensioner. Individens kan exempelvis uppleva känsla av välbefinnande trots förekomst av objektiva dysfunktionella yttringar. Individens ”hamnar” således i korsets övre

vänstra del. Likadant kan Känsla av illabefinnande upplevas, beroende på förekomst eller frånvaro av subjektiva symtom ”hamnar” individen i någon av korskets nedre delar.



Figur 1. Hälsokors enligt Eriksson, (1989)

Välbefinnande är en synonym till ordet livskvalitet (Walter, 2000), med utgångspunkt i ovanstående, har livskvalitet både fysiska, psykiska och sociala aspekter. Enligt Statens offentliga utredningar (SOU, 1995) kan en god vård utöver att minska lidande, förbättra funktioner och förbättra den medicinska prognosen även vara att ge en ökad livskvalitet. Ett av sjukvårdens viktigaste mål i behandlingen är att den berörda patienten skall få en ökad livskvalitet (Landstinget i Jönköpings län, 2003). Naess, Mastekaasa, Moum och Sørensen (2001) menar att livskvaliteten är hög när både våra medvetna kognitiva och affektiva upplevelser är positiva. Viktigt för vår livskvalitet är alltså inte endast frånvaro av negativa upplevelser, utan även närvaro av positiva.

Självkänsla

I en översikt av definitioner på självkänsla och självuppfattning visar King (1997) att ens självkänsla kan ses som skillnaden mellan hur man vill vara och hur man är, ett mått på hur man uppskattar sin person och tycker att man har ett värde. I Nationalencyklopedin (2008a) beskrivs självkänsla som ett mått på hur nöjd man är med det man gör, samtidigt som det bygger på hur man tror att andra uppfattar det man gör. Man kan även läsa att självkänslan påverkar våra tankar, känslor och vår motivation, vilket stämmer överens med att ansvar för sina handlingar gentemot sig själv och andra kan inkluderas i begreppet vilket visas av King (1997). Samma studie visar också att barn med låg självkänsla tenderar ägna sig åt ohälsosamma beteenden i högre grad (a a).

Fetma

Fetma, definieras som abnorm ansamling av fettvävnad i kroppen (Nationalencyklopedin, 2008c). Övervikt innebär kroppsvikt som överstiger vad som bedöms vara övre gräns för normalvikt, vilket i de flesta fall orsakas av för stor mängd kroppsfett (Nationalencyklopedin, 2008d). Kliniskt bedömer man vikt med hjälp av Body Mass Index/kroppsmasseindex (BMI), vilket är ett mått som bedömer kroppsvikten i relation till kroppslängden. För vuxna skall BMI

vid ”normalvikt” ligga mellan 20 och 25 (Nationalencyklopedin, 2008b). BMI förändrar sig dock med åldern och hälsokonsekvenserna för barn över gränsvärdena för övervikt/fetma kan skilja sig från de konsekvenser vuxna får. Således finns ett behov av ett särskilt mått för övervikt/fetma hos barn (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). World Health Organisation (WHO) har utvecklat en referens som bygger på samma data som finns för vuxnas BMI, men tar hänsyn till barnets växt och pubertetsgrad. Detta viktmått är för barn och ungdomar mellan 5-18 år (Onis, Onyango, Borghi, Siyam, Nishida & Siekmann, 2007). I Sverige är benämningen ”ISO- BMI” och används för barn mellan åldrarna 2-18 år, gränserna för övervikt/fetma är olika beroende på ålder. För varje ålder är de vuxnas gränsvärden omräknade och genom en omräkningstabell kan barnens gränsvärden utläsas. Gränserna för övervikt motsvarar för varje ålder BMI (för vuxna) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, för fetma $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, se bilaga 1 (Primärvården Skaraborg, Skaraborgs sjukvård, & Kommunförbundet Skaraborg, 2006).

Utbredning

WHO ser barnfetma som en av de allvarligaste utmaningarna för folkhälsan under 2000- talet. 2007 uppskattades 22 miljoner av barnen under femårsåldern i världen ha övervikt (WHO, 2008a). I en studie av Mokdad, Ford, Bowman, Dietz, Vinicor, Bales och Marks (2003) visade att över 50 % av USA:s befolkning var överviktiga eller feta i början av 2000- talet och att en pågående ökning av problemet har kunnat ses. Sverige ligger ett antal år efter USA i utvecklingen, men siffror visar att trenden går åt samma håll (Boström & Eliasson, 2005). Siffror från 2002-2003 visar att andelen feta i Sverige var cirka 10 %. Störst ökning kunde ses hos kvinnor i 16-24 års ålder (Statistiska Centralbyrån, 2003). I en rapport från 2006 har man i Stockholms län tittat på trenden av fetma och övervikt hos 10-åriga barn. I studien sågs en fortsatt ökad trend hos pojkar. Hos flickor hade förekomsten av fetma däremot minskat. Rapporten visar en tydlig social gradient, där trenden av ökad övervikt/fetma var tydligast i resursfattiga områden (Sundblom, 2006). Skillnader har setts gällande andelen överviktiga barn i olika län i Sverige, prevalensen är högre på landsbygden än i storstadsregionerna (Boström & Eliasson, 2005). Fetma epidemin har spridits även till utvecklingsländer som anammar den västerländska livsstilen (Kelishadi, 2007). Sett till hela världen är utbredningen störst i tätorter och mer än 75 % av de barn som idag har överviktigt eller fetma lever i låg- och medelinkomst länder (WHO, 2008b).

Whitaker och Orzol (2006) har i sin studier även visat att det etniska ursprunget spelar roll för prevalensen. I USA har man i undersökningar av 3- åringar sett att spanska barn har signifikant större risk att bli feta jämfört med både andra svarta och vita barn (a a). En studie gjord på amerikanska barn i skolåldern har visat att högst förekomst av övervikt och högt blodtryck fanns hos barn med spanskt ursprung, näst kom ”afroamerikanska” barn, ”vita” amerikanska barn och sist amerikaner med ursprung från Asien. (Sorof, Lai, Turner, Poffenbarger & Portman, 2004).

Orsaker till fetma

Någon enskild faktor till problemet kan inte urskiljas, orsakerna är multifaktoriella (Landstinget i Jönköpings län, 2003). Övervikt/fetma är en kronisk sjukdom. Genetik, miljö, metabolism, livsstil och beteende är komponenter som spelar in (Rippe, Crossley & Ringer, 1998 ; Goran, 1998). Högenergirik mat, liten mängd fysisk aktivitet och en ”lugn livsstil” med mycket TV-tittande/TV-spel är starkt relaterat till fetma hos barn (Andersen, 2000). I en studie över riskfaktorer för barn att utveckla barnfetma kom man fram till att hög födelsevikt, övervikt hos föräldrarna, mängd sömn, mängd TV-tittande och stor tillväxt i tidig ålder spelar roll för risken att utveckla övervikt/fetma (Reilly, et. al. 2005).

Danielson (2006) visar att matvanorna överlag verkar försämrats med åldern, till exempel minskar andelen som äter frukost regelbundet. Med åldern minskar även intaget av frukt och grönt medan intag av sötsaker och läsk ökar. Jämfört med tidigare undersökningsår har matvanorna dock förbättrats. Rapporten visar också att fysisk aktivitet minskar med åldern, samtidigt som tv-tittande och tid framför datorn ökar (a a).

Braet, Claus, Verbeken och Van Vlierberghe (2007) visar på en högre tendens till impulsivt beteende hos överviktiga barn, det tyder på att en särskild personlighet kan vara en bakomliggande faktor till barnfetma.

Konsekvenser av och symptom vid övervikt/fetma

Fetma medför en ökad risk för flera allvarliga sjukdomstillstånd. Såväl övervikt som fetma har visat sig ha signifikanta samband med diabetes, högt blodtryck, höga kolesterolvärden, astma, artrit och sämre hälsostatus (Mokdad, et al., 2003). Även vissa cancersjukdomar kan relateras till övervikt/fetma. Risken har visat sig särskilt stor vid uttalad bukfetma (WHO, 2002). Redan som barn ökar övervikten risken för höga värden av bland annat kolesterol, lipoproteiner, fastglukos och högt systoliskt blodtryck (Skinner, Mayer, Flower & Weinberger, 2008). Fetma i barndomen eller tonåren verkar även öka risken för illabefinnande i vuxen ålder och för ”för tidig död”. Cirka 50% av tonåringar med fetma har det även som vuxna (Dietz, 1998b).

Överviktiga barn rapporterar, jämfört med normalviktiga sämre hälsa över lag, de rapporterar även begränsningar i rörelse och aktivitet i högre grad än normalviktiga (Skinner, et. al., 2008). Dietz (1998a) menar dock att den största konsekvensen av övervikt/fetma i barndomen är psykosocial och att diskriminering mot barnen startar tidigt (a a). Studier visar att barn med fetma är minst prioriterade som lekkamrat till icke överviktiga barn, såväl av barnen själva som av deras mödrar. Detta visar på en negativ attityd gentemot barn med fetma, vilken kan anammas av yngre generationer (Bacardi-Gasco'n, Leon-Reyes & Jimenez-Cruz, 2007).

Resultaten angående den psykiska påverkan av övervikt/fetma på barn verkar något tvetydiga. I en studie av Swallen, Reither, Haas och Meier (2005) gällande amerikanska ungdomar har man sett betydande kopplingar mellan BMI och fysisk hälsa, men inte mellan BMI och psykosociala faktorer. De yngsta i studien (12 till 14-åringar), visade däremot att övervikt och

fetma var relaterat till högre grad depression, sämre självkänsla och negativ påverkan på skattningen av funktion i skola och sociala sammanhang (a a). Resultatet styrks av Friedlander, Larkin, Rosen, Palermo och Redline (2003), som visat att överviktiga barn i åldrarna 8 till 11 år upplever sig ha sämre psykosocial hälsa, självkänsla och fysisk funktion jämfört med normalviktiga barn. Studien av Shin och Shin (2008) visar att Koreanska barn med fetma har rapporterat missnöje med kroppen och lägre självförtroende i högre utsträckning än normalviktiga eller överviktiga barn. Överlag sågs ingen högre grad av depression, men däremot verkade missnöje med kroppen vara en faktor som kopplade samman fetma med depressiva symtom (a a). Många av de barn med fetma som söker behandling upplever psykisk ohälsa (Epstein, Myers, Raynor & Saelens, 1998). Ätstörningar är i viss mån associerade med övervikt/fetma och frosseri förekommer relativt frekvent. Ätbeteendet är i sig kopplat till depression och ångestsymtom. Barn som angett någon form av ätstörning har visat sig uppleva högre grad av negativ påverkan även gällande andra saker, exempelvis erfarenheter av att blivit retad/mobbad. Det finns i många fall ett behov av en bedömning av den mentala hälsan för dessa barn (Eddy, Tanofsky-Kraff, Thompson-Brenner, Herzog, Brown & Ludwig, 2007). Hos barn med övervikt, i åldrarna 6-13 år har redan 60 % av barnen försökt att banta åtminstone en gång. Även ”okontrollerat ätbeteende” har visat sig vara vanligt, vilket bantning kan vara inledande till. De fall där ”okontrollerat ätande” förekommer kan kopplas till mer ätstörningstankar (Tanofsky-Kraff, Faden, Yanovski, Wilfley & Yanovski, 2005). Som nämnts ovan uppfattar sig överviktiga barn utöver detta ha mer koncentrationsproblem och svårigheter att skifta uppmärksamheten från en sak till en annan än normalviktiga barn. Särskilt pojkar med övervikt har visat på högre grad av impulsivitet, uppmärksamhet och hyperaktivitet än normalviktiga pojkar (Braet, et. al., 2007).

Trots att överviktiga barn har ökad risk för sämre hälsa och kroniska sjukdomar är inte hälso- och sjukvårdskonsumtionen högre än för normalviktiga barn (Skinner, et. al., 2008). Kvarstående fetma får psykosociala konsekvenser hos båda könen, men begränsas övervikten/fetman till barnåren kvarstår inte problemen. Kraft bör därför läggas på prevention för att minska den socioekonomiska och psykosociala belastningen (Viner & Cole, 2005). En studie gällande föräldrar till mindre barn med fetma, visar att en stor del av föräldrarna inte uppfattar deras barn som feta. När problemet var uppmärksammat försökte vissa föräldrar ge sina barn mindre ”snacks”, medan andra inte gjorde någonting för att komma tillrätta med problemet. Bara ett fåtal tänkte på att minska sockerhaltiga drycker. Resultatet visar på att många föräldrar förnekar att deras barn har fetma, vilket kan ha stor påverkan på det matbeteende och den mängd fysisk aktivitet barnet anammar (Myers & Vargas, 2000).

Även bland föräldrar till latinoamerikanska överviktiga barn och hos barnen själva har man sett att kroppsuppfattningen är felaktig. Övervikten uppfattades inte vara så stor som den var. Överlag var det hög frekvens av felaktiga uppfattningar, föräldrarna hade dock mer realistisk uppfattning av barnens storlek än barnen själva. Uppfattar varken barnet självt eller dess föräldrar att problem med övervikt finns, minskar chansen att de vill göra något åt det (Intagliata, Gesell & Barkin, 2008).

Tillgängliga behandlingar

Eftersom fetma är en kronisk sjukdom med multifaktoriell bakgrund, bör behandlingen innefatta såväl livsstil som medicinsk behandling när det finns behov av det. Ett behandlingsteam med läkare, dietister, träningspecialister och beteendeterapeuter bör finnas kring patienten för ett gott resultat (Rippe, et. al., 1998). I en sammanfattande artikel av Epstein, et. al. (1998) tas det upp tillgängliga behandlingsmetoder; bland annat dietfaktorer, träning, kirurgi, läkemedelsbehandling och beteendeterapi upp. I de flesta behandlingar ingår dietkomponenter, där ett övergripande mål är att förbättra energibalansen. Främst försöker man stabilisera/minska kaloriintaget, minska fettinnehåll och få bättre struktur på matvanor. Även träning är en grund i behandlingen. Behandling där fysisk aktivitet samtidigt som minskad mängd tid framför TV/dator framhävt, har visat positiva resultat (a a). Tränings- och nutritionsprogram, där barnen tillsammans haft fysisk träning och undervisning kring mat, har också visat goda resultat (Speroni, Tea, Earley, Niehoff & Atherton, 2008).

De flesta interventioner mot barnfetma visar dock bara små viktnedgångar. Skall resultatet bli bestående krävs beteendeförändringar, beteendeterapi och bör därför ingå som en del i behandlingen. Eftersom många olika variabler kan ligga bakom problemet med övervikt/fetma, måste behandlingen individanpassas (Epstein, et. al., 1998). Hela familjen bör involveras och små förändringar som blir bestående är bättre än stora som inte håller (Vaughn & Waldrop, 2007). Attityder mot fetma inom sjukvården verkar ha förbättrats jämfört med för 10-30 år sedan, men det är många läkare som inte tar upp problemet även om det uppenbart finns hos en patient (Wadden, Anderson, Foster, Bennett, Steinberg & Sarwer, 2000). Personal inom hälso- och sjukvård har ett ansvar i att informera familjer om konsekvenser av fetma. Patienten måste bemötas på ett uppmuntrande sätt istället för kritiskt. Hälsosam kost bör uppmuntras, liksom att barnet själv lär sig att reglera sitt intag av mat (Vaughn & Waldrop, 2007).

Även polikliniska möjligheter för behandling finns. Skol- och kommunbaserade program kan vara viktiga för hela befolkningens hälsa, exempelvis kan barnens levnadsmiljö, såsom goda möjligheter till säker och trygg utevistelse spela roll för mängden fysisk aktivitet (Vaughn & Waldrop, 2007).

WHO har satt upp övergripande mål för att främja hälsa via sund kost och fysisk aktivitet, vilka antogs i maj 2004. För att uppnå målen krävs långvariga insatser på såväl global, nationell, regional och lokal nivå (WHO, 2008a). Sveriges regering har bedömt att barn och unga är en av de viktigaste målgrupperna inom folkhälsoarbetet. Insatser för att främja långsiktig hälsa kan ske på flera arenor, bland annat förskola och skola. Program som främjar hälsa genom exempelvis goda kost och motionsvanor är exempel på åtgärder som kan hållas där (Statens folkhälsoinstitut, 2003). I april 2003 godkände riksdagen en proposition gällande folkhälsomål. Elva mål är uppsatta, däribland goda matvanor och ökad fysisk aktivitet, vilket kan leda till minskad övervikt i befolkningen. Även Mödra- och barnhälsovård samt skolhälsovård har en viktig roll i arbetet (Ågren, 2003). Alla barn i Sverige följs inom barnhälsovården och skolhälsovården med mätning av längd och vikt. Detta redovisas

”grafiskt” och kan bli till hjälp för att identifiera barn som riskerar att utveckla övervikt/fetma (Landstinget i Jönköpings län, 2003).

Problemformulering

Övervikt/fetma är ett växande problem, hos både barn och vuxna. Att leva med övervikt/fetma innebär negativa konsekvenser på många olika sätt. Det bästa är om barnet med övervikt/fetma kan minska i vikt innan det uppgår till vuxen ålder och på så vis motverka såväl fysiska som psykiska konsekvenser. I vårt kommande yrke som sjuksköterskor kommer vi troligtvis att möta barn som lider av övervikt/fetma. För att kunna öka dessa barns välbefinnande och hjälpa dem att övervinna de svårigheter som ett försök till viktnedgång innebär, behövs en ökad förståelse och insikt i hur de själva upplever sin situation.

SYFTE

Syftet är att genom en litteraturstudie beskriva hur det som barn är att leva med övervikt/fetma.

Frågeställningar

Hur ser barnets egen uppfattning av att leva med övervikt/fetma ut?
Hur påverkas barnets vardag?

METOD

Val av metod

Denna studie är en litteraturöversikt, vilket innebär att inom det valda ämnet söka litteratur systematiskt, granska den kritiskt samt analysera och sammanställa litteraturen (Forsberg & Wengström, 2003). Friberg (2006b) beskriver att utgångspunkten är ett problem eller område man vill utforska, vilket följs av en litteratursökning. Litteratursökningen ger en övergripande bild av vad som finns publicerat. Ur publicerat material görs ett urval och en kvalitetsgranskning av urvalet. Litteraturen analyseras, vilket ger en beskrivande översikt av området (a a).

Datainsamling

Intentionen var att fokusera på kvalitativa studier, men på grund av otillräcklig mängd av sådana utökades litteraturöversikten till att även omfatta kvantitativa studier. I förfarandet används riktlinjer enligt Friberg (2006c) som utgångspunkt.

För att inhämta data söktes artiklar i databaserna; Academic Search Elite, CINAHL, MEDLINE och PsycINFO. Olika kombinationer av sökord prövades, vilket resulterade i två olika kombinationer som vi ansåg omfatta litteratur relevant för ämnet. De sökord vi använde var; barn (child), övervikt/fetma (overweight/obes), känslor/upplevelser (feeling/experience) och självkänsla (selfesteem). Trunkering användes på samtliga ord, för att innefatta alla variationer av orden. Våra sökresultat visas i tabell 1.

Tabell 1: Söktabell

| Academic Search Elite | | | |
|---|---------------|--------------------|-------------------|
| Sökord | Antal träffar | Intressanta titlar | Slutgiltigt urval |
| child* and (obes* or overweight*) and (feeling* or experience*) | 211 | 24 | 3 |
| child* and (obes* or overweight*) and self-esteem* | 87 | 30 | 2 |
| CINAHL | | | |
| Sökord | Antal träffar | Intressanta titlar | Slutgiltigt urval |
| child* and (obes* or overweight*) and (feeling* or experience*) | 156 | 40 | 2 |
| child* and (obes* or overweight*) and self-esteem* | 50 | 14 | 1 |
| MEDLINE | | | |
| Sökord | Antal träffar | Intressanta titlar | Slutgiltigt urval |
| child* and (obes* or overweight*) and (feeling* or experience*) | 664 | 67 | 1 |
| child* and (obes* or overweight*) and self-esteem* | 514 | 60 | 1 |
| PsycINFO | | | |
| Sökord | Antal träffar | Intressanta titlar | Slutgiltigt urval |
| child* and (obes* or overweight*) and (feeling* or experience*) | 316 | 27 | 1 |
| child* and (obes* or overweight*) and self-esteem* | 152 | 43 | 0 |

Vissa av artiklarna fanns i mer än en databas, somliga fanns även flera gånger i samma. I översikten har hänsyn inte tagits till detta förutom i kolumnen slutligt urval då artiklar från samma databas endast räknats en gång. Om samma artikel funnits i flera databaser är den bara angiven i en. Samtliga titlar lästes igenom och titlar som verkade relevanta för ämnet

plockades ut. Både kvantitativa som kvalitativa vetenskapliga artiklar används i studien. Sammanfattningen av studier med intressanta titlar lästes igenom noggrant utifrån inkluderings och exkluderingskriterier. Kvar blev 29 artiklar som skulle läsas i sin helhet. Under läsningen utökades exkluderingskriterierna med anledning av för stort antal artiklar och upptäckt av faktorer betydande för resultatet, som vid medräkning skulle innebära ett alltför omfattande arbete. Läsningen resulterade i 12 artiklar att analysera, varav en fick uteslutas för att den inte kom efter beställning. Analysen bygger således på 11 artiklar.

Inklusionskriterier

- Vetenskapliga studier.
- Godkänd av etisk nämnd.
- Ålder 5-15 år på barn som deltog i studien (eller att det tydligt går att skilja ut åldrarna i resultatet).
- Studien innefattar barnens perspektiv.
- Studier gjorda i länder med västerländsk kultur och socio- ekonomiskt status.

Exklusionskriterier

- Studier tryckta innan 2003.
- Studier med data inhämtad innan 1998.
- Sammanfattning utan relevans för ämnet.
- Artiklar ej tillgängliga på engelska eller svenska.
- Sammanställningar.

Dataanalys

Analysen gjordes med utgångspunkt i vad Friberg (2006a) skriver. Till en början gjordes en upprepad och noggrann genomläsning av artiklarna. Likheter och/eller skillnader i resultat innehåll utforskades, vilket enligt Friberg (2006b) är ett förslag till infallsvinkel i analysen. För att få en överblick görs en artikelöversikt som redovisas i bilaga, (se bilaga 2).

Syftet med analysen är att beskriva, förstå och tolka litteraturen, samt beskriva så det ger en ny förståelse Dahlberg (1997). Detta följdes genom att efter läsning och jämförelser av utvalda artiklar dela in resultaten i olika områden, vilka kan ge en ökad förståelse för ämnet. Områdena var; *Livskvalitet och självkänsla*, *Socialt umgänge*, *Kroppsuppfattning och vikt nedgång* och *Psykisk ohälsa*.. Alla artiklar berör inte samtliga områden, fördelningen av vilka artiklar som berör vilka områden visas i tabell 2.

Tabell 2: Översikt av vilka områden som tas upp i vilka artiklar

| Artikel | Livskvalitet och självkänsla | Socialt umgänge | Kroppsuppfattning och viktnedgång | Psykisk ohälsa |
|---------|------------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------|
| 1 | x | | x | x |
| 2 | x | | x | |
| 3 | x | | x | |
| 4 | | x | x | |
| 5 | x | x | | x |
| 6 | | x | | |
| 7 | x | x | x | x |
| 8 | | | x | x |
| 9 | x | | | |
| 10 | x | x | x | x |
| 11 | x | x | x | x |

Not. Vilken artikelstitel varje nummer står för går att utläsa i artikelöversikt tabell 2.

Vid läsning av valda artiklar antecknades resultaten noggrant i en sammanställning. I nästa steg sållades resultat som inte var relevanta för vårt syfte ut. Resultat som kvarstod i de olika artiklarna delades in utifrån vad som undersökts. Utifrån detta framkom olika områden som resultaten kunde placeras in i. Resultat inom samma område kunde sedan jämföras och byggas upp till en ny helhet, vilken utgör en sammanställning av artiklarnas resultat som är relevanta för just det ämne denna studie syftar till att undersöka.

Etiska aspekter

I Medicinska forskningsrådets rapport (2003) beskrivs etiska riktlinjer. Dessa innefattar bland annat att nyttan av forskningen skall vägas mot de risker och obehag den kan komma att innebära för involverade parter (a a). Vi väljer att bara ta med studier som uppfyller etiska krav.

Enligt Forsberg och Wengström (2003) bör etiska övervägande göras gällande urval och presentation av resultat, risken finns att forskaren väljer selektivt bland artiklar och resultat. För att överbrygga detta försöker vi med hjälp av sök- kombinationerna säkerställa bredd på genomarbetad litteratur, samt ha ett kritiskt förhållningssätt till egna förutfattade meningar vid läsning och uppsatsskrivande.

RESULTAT

I analysen av valda artiklar framkommer fyra områden som berör hur barn med fetma upplever sin vardag. De områden som framkommit är; *Livskvalitet och självkänsla*, *Socialt umgänge*, *Kroppsuppfattning och viktnedgång* och *Psykisk ohälsa*. Nedan presenteras resultaten inom varje område.

Livskvalitet och självkänsla

Williams, Wake, Hesketh, Maher och Waters (2005) tittar i sin studie på kopplingen mellan BMI och hälsorelaterad livskvalitet. De visar på att barn med fetma upplever sig ha sämre livskvalitet. Såväl fysisk och social som övergripande livskvalitet minskade med ökad vikt. Barn med fetma hade signifikant sämre upplevelse än normalviktiga barn gällande psykosocialt välbefinnande. Även överviktiga barns upplevelser kring det var sämre men, i varierande grad. Barn med övervikt upplever större påverkan gällande deras sociala funktion än deras fysiska (a a).

Barn med övervikt/fetma har påverkan på självkänslan främst gällande upplevelser av att ha sämre idrottskompetens, utseende samt övergripande självkänsla (övergripande självkänsla kan ses som en sammanställning av de olika faktorer/domäner som antas påverka självkänslan, exempelvis upplevelse av idrottskompetens med flera). Stigande BMI ökade graden av negativa upplevelser (Franklin, Denyer, Steinbeck, Caterson & Hill, 2006; Jansen, Smeets, Boon, Nederkoorn, Roefs & Mulkens, 2007; Allen, Byrne, Blair & Davis, 2006; Murtagh, Dixey & Rudolf, 2006). O'Dea (2006) visar att tydligast påverkan syns gällande utseende, känslan av att vara attraktiv, uppfattning av sin egen arbetsförmåga, känsla av att inte passa in samt den övergripande självkänslan. Studien som var longitudinell, visade att gruppen med högst BMI med tiden upplevde sig ha sämre utseende och att mängden vänskapsrelationer minskade (a a). Jansen, et. al. (2007) visar att trots att påverkan kan synas på flera olika domäner, skiljer sig inte normal- och överviktiga barn åt när det gäller upplevelserna av skolkompetens och social acceptans.

Flera av studierna som ingår i litteraturöversikten visar på könsskillnader gällande relationen mellan övervikt/fetma och självkänsla. Sweeting, Wright och Minnis (2005) visar att barn med övervikt/fetma, oavsett kön upplevde sig ha lägre självkänsla än normalviktiga barn vid 11 års ålder. Vid 15 års ålder kvarstod associationen hos flickorna men inte hos pojkarna. Hos båda könen var man mer negativ till sitt utseende, det syntes dock tydligare hos flickor. Flickor upplevde sig dessutom som smärta i mindre grad än normalviktiga, vilket var en skillnad som inte sågs hos pojkar (a a). Franklin, et. al. (2006) visar att flickor med övervikt/fetma utöver vad som nämnts ovan, upplever att de inte blir socialt accepterade oftare än andra barn gör. Pojkar med övervikt/fetma upplevde istället oftare att deras beteende uppfattades som felaktigt

i högre grad än hos andra barn (a a). Young-Hyman, et. al. (2006) visar att flickor känner kroppsmissnöje i högre grad än pojkar.

Två av artiklarna tar upp självkänsla relaterat till etnicitet och BMI, resultaten visar på att koppling mellan självkänsla och BMI finns och den ser olika ut beroende på etnicitet (Viner, Haines, Taylor, Head, Booy & Stansfeld, 2006; Young-Hyman, et. al., 2006).

Wills, Backett-Milburn, Gregory och Lawton (2006) beskriver att många barn med övervikt/fetma har positiva saker att säga om sin vikt, kroppsstorlek eller någon kroppsdel. Endast ett fåtal uttrycker stort kroppsmissnöje, stort kroppsmissnöje sågs hos de barn med allra högst BMI, men förekom även hos normalviktiga barn. Studien visar dock på negativa konsekvenser av övervikt/fetma på självkänslan så till vida att kroppen sågs som ett resultat av bristande viljestyrka i samband med viktminskningsförsök (a a). Även Sweeting, et. al. (2005) visar tvetydiga resultat. I deras studie över tid ingår en grupp som från början var normalviktiga men utvecklade övervikt/fetma under studiens gång. Gruppen visade ingen försämrad självkänsla i och med viktuppgång (a a).

Socialt umgänge

Många barn med övervikt/fetma har upplevt mobbning eller att ha blivit retade av kompisar. I en kvalitativ studie beskriver Murtagh, et. al. (2006) att mobbning var vedertaget hos barnen och hade i många fall blivit en del av vardagen. Wills, et. al. (2006) visar att cirka hälften av de överviktiga barnen i deras studie angav att de blivit retade, vilket delvis styrks av Sweeting, et. al. (2005), som fått fram att för barn i 11 års ålder innebär fetma mer än dubbel risk att bli mobbad/retad, jämfört med om man inte har fetma. Relationen kvarstod dock inte vid 15 års ålder (a a). Mängden viktrelaterad mobbning ökar med BMI hos båda könen, men skillnader kan likväl ses. Flickor med övervikt rapporterar mobbning i högre grad än pojkar (Young-Hyman, et. al., 2006). O'Dea (2006) visar att tjejer med högt BMI upplever en betydande minskning av mängden bra kompisrelationer över tre år, medan flickor med lägre BMI upplever sig ha oförändrad eller ökad mängd bra kompisrelationer vid 15 års ålder jämfört med tre år tidigare.

Wills, et. al. (2006) berör bland annat ordval för egen eller andras övervikt/fetma. Barn använder ofta ordet ”fet” i relation till sin eller andras kropp, ordet har ofta en mer negativ innebörd och används i samband med mobbning. Mobbning förekommer främst från jämnåriga, men barn med mycket uttalad fetma har dock beskrivit att de ofta fick kommentarer angående vikten även av föräldrar och släktingar (a a).

Mobbning ger stort illabefinnande hos många av barnen (Wills, et. al., 2006). Många pojkar svarar på mobbning genom löjeväckande beteende eller hämnd. Beteendet slår ofta tillbaka mot dem själva, exempelvis genom någon form av bestraffning av en vuxen, exempelvis läraren i skolan (Murtagh, et. al., 2006).

Utanförskap och mobbning relaterat till sämre prestationsförmåga blir tydligt i gymnastik och i rastsituationer. Lärare kan tycka att det ligger utanför deras ansvarsområde, vilket innebär att barnen får ett otillräckligt vuxenstöd i skolmiljön (Skär & Prellwitz, 2008). Tillhörande av en kompisgrupp skydda från mobbning (Wills, et. al., 2006).

Genom en kvalitativ metod målar Skär och Prellwitz (2008) i sin studie upp en tydlig bild av en pojkes lekaktiviteter i vardagen. Pojken upplever ignorans, ensamhet och att det vid de tillfällen pojken lekar med andra, främst sker på deras premisser. Konsekvenserna blir att pojken leker med låtsaskompisar eller spenderar tiden på inomhusaktiviteter tillsammans med vuxna (a a).

Övervikt/fetma kan även få andra sociala konsekvenser. Jansen, et. al. (2007) visar att överviktiga barn jämfört med normalviktiga är mer beredda på och förväntar sig i högre grad att negativa händelser relaterat till deras kropp skall inträffa i sociala sammanhang. Vilka sociala sammanhang som vikten påverkar barnen mest i verkar vara könsberoende. Flickor beskriver begränsning i klädval, på grund av att de inte vågar klä sig som normalviktiga kompisar. De beskriver också en motvilja att prova kläder inför kompisar, vilket kan leda till uteslutande av aktiviteter. Pojkar däremot relaterar begränsningar snarare till den fysiska förmågan. Kroppen upplevs ofta som ett hinder i idrottsaktiviteter (Wills, et. al., 2006). För att skydda barnet från situationer där utanförskap kan upplevas, exempelvis i idrottssammanhang, kan föräldrar försöka hålla barnet ifrån sådana situationer och istället uppmuntra till inomhusaktiviteter även om barnen egentligen tycker om idrott (Skär & Prellwitz, 2008).

Kroppsuppfattning och viktnedgång

Stigande BMI är relaterat till större viktrelaterade bekymmer och missnöje med kroppen (Allen, et. al., 2006). Detta återspeglas av Viner, et. al. (2006) som visar att bantningsförekomsten ökar med stigande BMI, samt Franklin, et. al. (2006) vars studie visar på att både överviktiga pojkar och flickor vill ha en smalare kropp. I studien av Wills, et. al. (2006) hade cirka hälften av barnen försökt minska i vikt. Viner, et. al. (2006) visar att flickor bantar mer än pojkar, vilket stämmer överens med resultat av Sweeting, et. al. (2005), som kopplat fetma till bantning och viktbekymmer hos 11 åringar. Under en tre års period ökade kopplingen hos flickor men minskade hos pojkar. Förekomsten av bantning var högst hos gruppen med kvarstående fetma. Avvikande trend sågs däremot hos barn som varit normalviktiga i början av studien men blivit feta, barn i denna grupp bantade inte mer än de som stannat i normalviktsgruppen (a a).

Enligt Murtagh, et. al. (2006) är sociala faktorer och situationer i skolmiljön snarare än förbättrad hälsa centrala faktorer för att gå ner i vikt. Wills, et. al. (2006) styrker det genom att visa att bara ett fåtal barn nämnde bättre hälsa som en vinst av viktnedgång. De visar också att orden övervikt och fetma inte används i relation till den egna personen utan mer som abstrakta uttryck i samband med hälsa och ohälsa (a a). Mobbning och viljan att slippa det är den största drivkraften till att minska i vikt, men barnen i studien pratar också om en vilja att passa in och få bättre fysisk funktion som motivationsfaktorer (Murtagh, et. al., 2006). I studien av Wills,

et. al. (2006) antyder överviktiga barn en rädsla att gå ner för mycket i vikt, för att det skulle kunna leda till mobbning av den orsaken istället. Kraftansträngningen skulle då vara förgäves. Barnen kan använda detta som en anledning att inte ens försöka gå ner i vikt (a a).

Den stora utmaningen med att lyckas med en viktminskning är att göra livsstilsförändringar och behålla dem. Barnen poängterar att stöd av någon som ”peppar” är mycket viktigt för att klara av livsstilsförändringar (Murtagh, et. al., 2006). Dietister upplevs dock i många fall inte vara till någon hjälp, barn har uttryckt det som att de inte lyssnar utan bara säger vad man skall och inte skall göra (a a).

En ökning av aktivitet sågs ofta som lättare att genomföra än att minska matmängden (Wills, et. al., 2006), detta stämmer överens med studien av Murtagh, et. al. (2006), där barn uttrycker svårigheter med att uppoffra viss mat. Den tid det tar att gå ner i vikt var en stor barriär för barnen, de behövde och ville se de positiva konsekvenserna av viktnedgång genast (exempelvis minskade svårigheter i sociala sammanhang). Andra barriärer som togs upp var dåligt självförtroende och en känsla av att inte själva ha makt att kontrollera vissa faktorer, såsom tillgången till hälsosam skolmat eller mängd idrotts aktiviteter i skolan. Vad kompisar ville göra, exempelvis gå och handla godis på raster eller spela tv-spel på fritiden togs också upp som situationer där brist på kontroll kunde upplevas och som kunde påverka barnens försök att gå ner i vikt.

Murtagh, et. al. (2006) beskriver även att barnen ofta haft en period där de vetat om sin övervikt/fetma, men inte gjort eller haft tankar kring att göra något åt det. I de allra flesta fall är det en extern person som driver till handling, personen är ofta barnets mamma (a a). Barnen i studien av Wills, et. al. (2006), tycker att ansvaret för viktminskning är deras eget, det är de själva som måste se till att de följer ett förändrat beteendemönster. Murtagh, et. al. (2006) beskriver dock att vissa barn menar att föräldrar borde reagerat och handlat tidigare, innan vikten blivit ett problem.

Bantningsförsök ger positiva känslor när det lyckas och viktnedgång i sig kan motivera till fortsatt kämpande. Misslyckade försök däremot, kan leda till känslor av uppgivenhet och skam (Wills, et. al., 2006). Resultatet kan anknytas till Sweeting, et. al. (2005) där den grupp som minskat i vikt under studiens gång inte visade samma försämring av humör som övriga barn i studien gjorde.

Det är vanligt att barn relaterar vikt och kroppsform till familj eller släktingar och ofta finns positiva saker att säga om kroppen (Wills, et. al., 2006). Viner, et. al. (2006) visar att många överviktiga/feta barn tycker att de har en ganska bra vikt. Resultatet i studien tyder på en felaktig kroppsuppfattning, vilken var tydligast hos överviktiga barn jämfört med normalviktiga eller feta. Kroppsuppfattningen stämde sämre hos pojkar än flickor (a a).

Psykisk ohälsa

I många av artiklarna som ingår i denna litteraturöversikt går det att utläsa att psykisk påverkan hos barn med övervikt/fetma finns. Resultaten är dock inte helt entydiga. Young-Hyman, et. al. (2006) visar i deras studie att sett till alla barn ger ökat BMI en ökad förekomst av depressiva symtom. Fortsatta jämförelser visar dock att relationen inte gäller när man tittar endast på pojkar. Studien visar även skillnader beroende på etnicitet (a a). Viner, et. al. (2006) visar liknande resultat.

Sweeting, et. al. (2005) tittar i sin studie bland annat på koppling mellan fetma och tendensen att vara nedstämd eller deppig. Koppling fanns både vid 11 och 15 års ålder, men resultaten visar på viss komplexitet. Alla i studien, förutom barn i den grupp som haft övervikt/fetma vid 11-års ålder men minskat i vikt angav sig vara mer nedstämda eller deppiga vid 15 års ålder än vid 11 års ålder. Barn som utvecklade fetma mellan 11 och 15 år angav dock inte lika stor humörförändring jämfört med de barn som låg kvar i normalviktsgruppen.

Sweeting, et. al. (2005) visar även på en ökad förekomst av ångest hos 15-åringar med fetma jämfört med jämnåriga. Däremot verkar beteendestörningar, såsom hyperaktivitet eller ett trotsigt beteende vara ovanligare hos barn i 15- års ålder med fetma, jämfört med andra jämnåriga. Femtonåringar med fetma tenderar även att missbruka nikotin, alkohol, marijuana eller liknande substanser mindre än övriga. (a a). Enligt Wills, et. al. (2006) var hälften av barnen med övervikt/fetma i deras studie frustrerade över ökad aptit eller ändrad kroppsform vid puberteten, förändringen kunde vara en orsak till ångest. En annan orsak till frustration var när jämnåriga utan övervikt klagat över sin vikt (a a).

Även om depressiva symtom och ångest tenderar att förekomma i högre grad hos barn med övervikt/fetma visar O'Dea (2006) i en studie över tre år att depression och ångest hos barnen låg inom normalvärden under alla tre år (a a).

Allen, et. al. (2006) visar i en grupp med överviktiga barn att ingen skillnad ses mellan pojkar och flickor gällande depression. De visar även att viktstatus inte har betydande effekt på depression. Viktstatus var däremot relaterat till högre grad viktrelaterade bekymmer och viktrelaterade bekymmer var kopplat till högre nivåer av depression (a a).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Önskan var att utforska hur barn själva upplever hur det är att leva med övervikt eller fetma. En intervjustudie hade varit mycket intressant, dock skulle det kunna vara känsligt för barnet att prata om, vilket skulle innebära för stora etiska dilemman för ett examensarbete. Valet blev att med hjälp av en litteraturöversikt titta på den forskning som finns inom området, dels för att öka kunskapen men även för att kartlägga förekomsten av studier gjorda inom ämnet.

Ambitionen var inriktad på endast kvalitativa undersökningar, men eftersom det fanns få kvalitativa studier gjorda kring vårt ämne inkluderades även kvantitativa. Med anledning av detta utgick vi från Friberg et. al. (2006a, b, c, d) där en analysmetod som kan innefatta både kvalitativa och kvantitativa artiklar beskrivs.

Enligt Friberg (2006a, b, c, d) är metodbeskrivningen, det vill säga beskrivning av tillvägagångssättet, mycket viktig både i empiriska studier och i litteraturstudier. För att säkra studiens reproducerbarhet, följer vi angivelser enligt Friberg (2006a, b och d) för en litteraturstudie.

Angående valet av åldrar var intentionen att fokusera på yngre åldrar, innan puberteten. På grund av otillräcklig mängd forskning fick åldrarna utökas. Några av artiklarna med resultat som var viktiga för denna studies syfte hämtade data från barn/tonåringar upp till femton år, för att kunna inkludera dessa fick övre åldersgränsen sättas till 15 år. Anledningen till att nedre åldern sattes till 5 år, var att författarna trodde att barn under 5 år ännu inte utvecklat förmågan att reflektera kring sin kropp.

Det slutliga urvalet bygger på endast två sökkombinationer (tabell 1), vilket kan ses som en brist. Friberg (2006b) skriver dock att ett motiv för att göra en litteraturöversikt kan vara att träna sig i ett strukturerat arbetssätt, med tanke på det blir tillvägagångssättet lika viktigt som det resultat som framkommer. Det skulle kunna legitimera det fåtal sökkombinationer som använt. De två kombinationer som använts var relativt breda och borde ändå ge studien tillräcklig validitet. Andra brister i urvalet är uteslutande av studier från länder med annan livsstil än den västerländska. Anledning till uteslutande är att annan etnicitet och kultur kan innebära annorlunda ideal kring övervikt/fetma, en inkludering av detta skulle innebära ett alltför stort arbete för denna studie.

En av de longitudinella studier som ingår i undersökningen var otydlig gällande åldern på barnen. Studien valdes ändå med, eftersom den tillförde viktig information för resultatet. En av de kvalitativa studier som använts har tre informanter, varav endast ett barn. Eftersom den beskriver pojakens upplevelser i vardagen relaterat till hans vikt tas den ändå med. Hänsyn tas under analys till att alla resultat inte är generaliserbara.

Resultatdiskussion

Vi har i studien kunna uppfylla syftet att beskriva barns upplevelser av att leva med övervikt/fetma. Detta har gjorts främst via analys av kvantitativa studier, eftersom kvalitativa studier inom ämnet är en bristvara.

Resultatet i denna studie visar att mobbning i många fall blivit en del av barnens vardag. Ofta förekommer ignorans från kompisgruppen och när lek förekommer med jämnåriga sker det främst på deras premisser. För många barn är viljan att komma ifrån situationen en central motivationsfaktor till viktminskning. Flera tidigare studier belyser problemet, bland annat menar Dietz (1998a) att övervikt/fetma hos barn främst får psykosociala konsekvenser.

Bacardi-Gasco'n, et. al. (2007) visar att barn med fetma är minst prioriterade som lekkamrat. Utifrån detta kan slutsatsen dras, att många barn med övervikt/fetma lider av ensamhet och utanförskap.

Denna studie visar även på att överviktiga barn anser sig ha sämre fysisk funktion än normalviktiga barn. För många är det ytterligare en motivationsfaktor för att minska i vikt, då det ofta finns en önskan om att ha en bättre fysisk funktion. Resultatet styrks av Skinner, et. al. (2008) som visar att barn med övervikt/fetma rapporterar begränsningar i rörelse i högre grad än normalviktiga barn, samt Friedlander, et. al. (2003) som i sin studie visar att överviktiga barn i åldrarna 8-11 år upplever sig ha sämre fysisk funktion än normalviktiga barn. Resultatet i studien visar dock att föräldrar till barn med övervikt/fetma kan försöka hålla barnen ifrån idrottsaktiviteter eller dylikt, i syfte att skydda barnen från sociala situationer där barnen är utsatta för mobbning. Detta kan leda till ett mer inaktivt "inomhusliv", vilket inte är till hjälp för barnen att komma tillrätta med sin viktproblematik (som de ofta själva vill). Vi som författare tror att sjukvårdspersonal kan behöva diskutera detta med föräldrar, så alternativa lösningar kan hittas.

I denna studie går det utläsa att barnen påverkas i olika hög grad av övervikt/fetma beroende på kön, ålder och BMI. Flickors självkänsla påverkas i högre grad och inom andra områden än pojkars. Förekomsten av depressiva symtom tenderar att vara högre hos flickor med övervikt/fetma än hos pojkar. Depressiva symtom verkar även förekomma i högre grad om barnet har kraftig fetma. Barn upp till 13 års ålder visar påverkan på flera olika områden som verkar negativt på deras självkänsla. Detta kan kopplas till en studie av Swallen, et. al. (2005) som visar att barn med övervikt/fetma över 14 år endast påverkas gällande den upplevda fysiska hälsan. Däremot hos barn mellan 12 och 14 år med fetma ökade upplevelsen av sämre självkänsla och sämre upplevd funktion i skola och sociala sammanhang, samt förekomsten av depression (a a). Liknande resultat styrks även av Friedlander, et. al. (2003) samt Shin och Shin (2008). Härmed kan vi som författare dra slutsatsen att barn med övervikt/fetma påverkas gällande självkänsla och livskvalitet främst i början av tonåren. Flickor påverkas i större utsträckning än pojkar och risken för förekomsten av depressiva symtom verkar öka om barnet har ett BMI värde mycket över det rekommenderade. Resultatet i studien tyder dock på komplexitet gällande kopplingen mellan högt BMI och depressiva symtom, det verkar som att det är andra faktorer än högt BMI i sig som är avgörande för om barnen lider av depressiva symtom eller inte. BMI är däremot kopplat till mer viktrelaterade bekymmer och missnöje med kroppen och missnöje med kroppen är relaterat till högre grad av depressiva symtom. Resultaten kan kopplas till bakgrunden där vi hänvisat till Shin och Shin (2008) som visat att missnöje med kroppen kan vara en faktor som kopplat samman fetma med depressiva symtom. Stort kroppsmisnöje är inte bara relaterat till vikt, utan kan förekomma även om inte övervikt/fetma finns. Likväl visar resultaten att fetma/övervikt inte nödvändigtvis innebär missnöje med kroppen, många av barnen med övervikt/fetma har positiva saker att säga om sin kropp. Slutsatsen kan dras att övervikt/fetma är en riskfaktor för depressiva symtom, såvida individen upplever stort missnöje med kroppen. För att komma tillrätta med problemet behövs troligtvis en förändrad samhällsattityd mot den överviktiga/feta kroppen, samt behandlingsstrategier som inriktar sig på individens känsla av egenvärde för att kunna hjälpa barn som lider av depressiva symtom relaterade till kroppen.

Något vi som författare tycker är anmärkningsvärt är att resultatet visar att fler överviktiga/feta flickor upplever sig vara mindre socialt accepterade och mer "osmarta" än normalviktiga flickor. Resultatet tyder på att flickornas hela person och tankemönster påverkas av situation. Det framgår också att barn med övervikt/fetma, oavsett kön har ett tankemönster som är mer negativt mot sin egen kropp och person. Vi som författare tror att om hela barnets person påverkas, har det stor betydelse hur vi som hälso- och bemöter dem. Resultatet i denna studie visar även att barn uttryckt negativa uppfattningar om den hjälp dietister gett dem, barnen beskrev en upplevelse att inte bli bekräftade. Vaughn och Waldrop (2007) menar att patienten måste bemötas på ett uppmuntrande sätt istället för kritiskt. Ur ett omvårdnadsperspektiv får detta hög relevans, hälso- och sjukvårdspersonal bör bemöta barn med övervikt/fetma på ett sätt som stärker deras självkänsla, på så vis kan barnens välbefinnande öka.

Denna studie visar att förekomsten av vissa beteendestörningar, såsom impulsivitet, hyperaktivitet och symtom på ouppmärksamhet är lägre hos 15-åringar med fetma än hos övriga 15-åringar, vilket motsäger vad Braet, et. al. (2007) skriver om att pojkar med övervikt har visat på högre grad av liknande beteendestörningar. De menar att det kan förespråka en särskild personlighet som bakomliggande faktor till barnfetma. En förklaring kan vara att studien av Braet, et. al. (2007) bygger på endast pojkar, medan resultatet i denna studie bygger på data från båda könen. I denna studie ses även att pojkar i många fall svarar på mobbning med ett löjeväckande beteende eller hämnd. Möjligtvis kan det ligga bakom bilden av exempelvis högre impulsivitet hos pojkar som visats hos Braet, et. al. (2007). Vår slutsats blir att kopplingen mellan vissa typer av beteendestörningar och fetma hos pojkar är oklar, möjligheten finns dock att pojkarnas beteende är ett försvar mot andras beteende gentemot dem. Det innebär i sådana fall att deras person får "skulden". Det vill säga, de blir pålagda en börda de inte skulle behöva bära.

Enligt denna studies resultat förekommer ofta bantning/diethållning hos barn med övervikt/fetma och misslyckade försök till viktminskning kan leda till känslor av uppgivenhet och skam. Dåligt självförtroende är ett hinder för att genomföra det som krävs för en viktminskning. Epstein, et. al. (1998) menar att trots interventioner mot barnfetma syns ofta bara små resultat. Vi som författare drar slutsatsen att många barn troligtvis mår dåligt över misslyckade viktminskningsförsök och det skulle kunna "späda på" ett redan dåligt självförtroende. På så vis skapas en ond cirkel för barnen. Känslor av skuld och skam på grund av misslyckade försök till viktminskning, kan sänka självförtroende, vilket i sig försvårar försöken till viktminskning. Resultatet visar att även tiden är en stor barriär vid försök till viktminskning. Barnen uttrycker att den stora utmaningen med att lyckas med viktminskning är livsstilsförändringar och att behålla den, betydelsen av stöttning för att klara av det har poängterats. Rippe, et. al. (1998) hävdar att det behövs ett behandlingsteam kring patienten. Epstein, et. al. (1998) menar vidare att beteendeterapi bör ingå som en del i behandlingen. Vi som författare anser denna kunskap vara relativt gammal, då studierna är från 1998. Fortfarande lyfter dock barnen stora bekymmer med att klara av en viktminskning, vi frågar oss därför om den kunskap och behandlingsstrategier som finns är tillräckliga.

I vår studies resultat framkommer att både barn och föräldrar ofta har en skev uppfattning av barnens vikt. Detta styrks av Myers och Vargas (2000) samt Intagliata, et. al. (2008). I denna studies resultat kan även ses att mamman ofta är den som tar första steget till att barnet skall börja försöka minska sin vikt. Vi som författare ser en risk i detta, om varken föräldrar eller barn ser att problemet finns. Troligtvis uteblir då även sökande av behandling eller hjälp, risken att barnen fortsätter vara överviktiga/feta även i vuxen ålder torde därmed öka.

Enligt denna studie har många barn uppfattningen att de själva bär ansvaret för att minska i vikt, vissa barn anser dock att deras föräldrar borde ha ingripit innan vikten blivit ett problem. Detta kan kopplas till det som nämnts ovan, att föräldrarna ofta har en felaktig uppfattning om barnets vikt, om föräldrarna inte ser eller vill se att sitt barn börjar bli överviktig så ingriper de inte. Det kan även kopplas till vad Wadden, et. al. (2000) skriver, nämligen att många inom sjukvården inte tar upp problemet med övervikt/fetma med patienten även om det är tydligt att det finns, därmed är heller inte hälso- och sjukvården en hjälp i för barn och föräldrar att uppmärksamma problemet. Vaughn och Waldrop, (2007) menar vidare att hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar i att informera familjer om konsekvenser av fetma. Utifrån detta drar vi slutsatsen att man inom hälso- och sjukvården måste bli bättre på att lyfta problemet för föräldrarna, eftersom de själva i många fall inte ser att problemet finns. I bakgrunden tas den polikliniska verksamhetens roll för att förebygga övervikt/fetma upp. Vi som författare tror att den uppföljning som görs på barn- och mödravårdscentraler samt inom skolhälsovården kan vara till hjälp för att uppmärksamma problemet i tid. Med hjälp av det och en etablerad kontakt med föräldrarna, kan vissa levnadsvanor ändras så tidigt att barnen inte upplever det som en förändring. Det hälsosamma kan på så vis bli det ”normala”.

Resultatet i denna studie visar att barn utöver vad som tidigare nämnts, angett bristande kontroll på påverkande faktorer som en barriär för viktminskning. Även detta kan kopplas till de polikliniska möjligheter som beskrivs i bakgrunden och som kan spela roll i preventionen av övervikt/fetma. Politiska beslut som inte barnen själva har kontroll över, exempelvis mer frukt och grönt samt mer idrott i skolan, kan spela stor roll, detta visar att även politiker har en möjlighet och ett ansvar att medverka till att det hälsosamma blir det naturliga och ”normala”. Enligt denna studie är det bara ett fåtal barn som ser förbättrad hälsa som en anledning att minska i vikt och varken barn eller föräldrar ser konsekvenserna som övervikten får på livskvaliteten och den vardagliga funktionen som en hälsoeffekt. Detta kan relateras till det som resultatet visar om det ordval barn använder i relation till sin egen kropp. Övervikt/fetma användes i hälsosammanhang, men inte vid prat om sin egen kropp. Vi uttyder ur detta att det språkbruk barnen har antyder att de inte har bilden av att deras kroppsvikt kan innebära framtida hälsokonsekvenser. Det tycks finnas behov av förbättrad och förändrad strategi från bland andra hälso- och sjukvårdssektorn för att nå fram till barn och föräldrar att konsekvenser av övervikt och fetma kan vara en möjlig realitet hos barnen i framtiden. Vi tror att om bättre hälsa blir en stark motivationsfaktor till viktminskning, snarare än förhoppningar om att viktnedgång skall leda till ett bättre socialt liv eller ett ”snyggare” utseende kan minska den ovilja att se problemet, som vi tycker oss kunna uttyda finns.

Konklusion

Övervikt/fetma får konsekvenser för hur barnen upplever sin vardag. Barn med övervikt/fetma visar på upplevelser av sämre självkänsla och livskvalitet än normalviktiga barn gör. Rapporter från barnen själva tyder på att mobbning och bantningsförekomst ökar med ökande BMI och påverkan på barnen leder till konsekvenser i sociala sammanhang. Ökad kunskap kring ämnet kan bli till hjälp i bemötandet av barnen och på så vis vara värdefullt både för sjuksköterskeyrket och för barnen själva. Arbetet har bidragit till omvårdnadsforskningen genom att göra resultaten av den forskning som finns i ämnet mer överskådlig. Utifrån arbetet kan även den viktiga slutsatsen dras att det behövs mer kvalitativa undersökningar i ämnet, gällande barn i alla åldrar.

REFERENSER

- Allen, K. L., Byrne, S. M., Blair, E. M., & Davis, E. A. (2006). Why do some overweight children experience psychological problems? The role of weight and shape concern. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(4), 239-247.
- Andersen, R. E. (2000). The spread of the childhood obesity epidemic. *Canadian medical Association Journal*, 163(11), 1461-1462.
- Bacardi-Gasco'n, M., Leon-Reyes, M. J., & Jimenez-Cruz, A. (2007). Stigmatization of Overweight Mexican Children. *Child Psychiatry Hum Dev*, 38, 99-105.
- Boström, G., & Eliasson, M. (2005). Folkhälsorapport 2005. I: C. Ardbo (Red.), *Övervikt och fetma* (sid. 106-116). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Braet, C., Claus, L., Verbeken, S., & Van Vlierberghe, L. (2007) Impulsivity in overweight children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(8), 473-83.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240-1246.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, M. (2006). *Svenska skolbarns hälsovanor 2005/06*. Grundrapport. Statens folkhälsoinstitut 2006:10. Kalmar: Lenanders grafiska AB.
- Dietz, W. H. (1998a). Health consequences of obesity in youth: Childhood Predictors of Adult Disease. *Pediatrics* 101(39), 518-528.
- Dietz, W. H. (1998b). Childhood Weight Affects Adult Morbidity and Mortality. *The Journal of Nutrition*, 128(2), 411-414.
- Eddy, K. T., Tanofsky-Kraff, M., Thompson-Brenner, H., Herzog, D. B., Brown, T. A., & Ludwig, D. S. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behaviour Research & Therapy*, 45(10), 2360-2371.
- Epstein, L. H., Myers, M. D., Raynor, H. A., & Saelens, B. E. (1998). Treatment of pediatric obesity. *Pediatrics*, 101(3), 554-571.
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (1. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K. S., Caterson, I. D., & Hill, A. J. (2006). Obesity and risk of low self-esteem: a statewide survey of Australian children. *Pediatrics*, *118*(6), 2481-2487.
- Friberg, F. (2006a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid.105-114). Lund: Studentlitteratur .
- Friberg, F. (2006b). Att göra litteraturoversikt. I: F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid.115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006c). Att utforma ett examensarbete. I: F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid.71-82). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006d). Tankeprocessen under examensarbetet. I: F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid.27-36). Lund: Studentlitteratur.
- Friedlander, S. L., Larkin, E. K., Rosen, C. L., Palermo, T. M., & Redline, S. (2003). Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *157*(12), 1206-11.
- Goran, M.I. (1998). Measurement Issues Related to Studies of Childhood Obesity: Assessment of Body Composition, Body Fat Distribution, Physical Activity, and Food Intake. *Pediatrics*, *101*(3), 505-518.
- ICN. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från WWW 2008-09-30: <http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf> .
- Intagliata, V., Gesell, S. B., & Barkin, S. L. (2008). Accuracy of self- and parental perception of overweight among Latino preadolescents. *North Carolina Medical Journal*, *69*(2), 88-91.
- Jahren-Kristoffersen, N. (2005). Hälsa och sjukdom. I: N. Jahren-Kristoffersen, F., Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad* (sid.28-77). Stockholm: Liber AB.
- Jansen, A., Smeets, T., Boon, B., Nederkoorn, C., Roefs, A., & Mulken, S. (2007). Vulnerability to interpretation bias in overweight children. *Psychology & Health*, *22*(5), 561-574.
- Syrak, J. *Jesus Syraks vishet 30:15*. Bibel 2000 (sid. 1154). Verbum

Kelishadi, R. (2007). Childhood Overweight, Obesity, and the Metabolic Syndrome in Developing Countries. *Oxford journals*, 29(1), 62-76.

King, K. A. (1997). Self-concept and self-esteem: a clarification of terms. *Journal of school Health*, 67(2), 68-70.

Landstinget i Jönköpings län. (2003). *Vårdprogram mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar*. (uppdaterad 2008) Hämtad från WWW 2008-09-30: http://www.lj.se/info_files/infosida26574/vardprogram_barn_080217.pdf .

Medicinska forskningsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. (MFR-rapport 2). Uppsala. Hämtad från WWW 2008-05-23: http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_1_3.pdf .

Mokdad, A. H., Ford, E. S., Bowman, B. A., Dietz, W. H., Vinicor, F., Bales, V. S., & Marks, J. S. (2003). Prevalence of Obesity, Diabetes, and Obesity-Related Health Risk Factors, 2001. *The Journal of the American Medical Association*, 289: 76-79.

Murtagh, J., Dixey, R., & Rudolf, M. (2006). A qualitative investigation into the levers and barriers to weight loss in children: opinions of obese children. *Archives of Disease in Childhood*, 91(11), 920-923.

Myers, S., & Vargas, Z. (2000). Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatric Nursing*, 26(1), 23-30.

Nationalencyklopedin. (2008a). Hämtad från WWW 2008-11-07: <http://www.ne.se/artikel/306575/306575> .

Nationalencyklopedin. (2008b). Hämtad från WWW 2008-05-13: http://ne.se/jsp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advanced_search=false&t_word=BMI&btn_search=S%F6k .

Nationalencyklopedin. (2008c). Hämtad från WWW 2008-05-13: http://ne.se/jsp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advanced_search=false&t_word=fetma&btn_search=S%F6k .

Nationalencyklopedin. (2008d). Hämtad från WWW 2008-05-13: http://ne.se/jsp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advanced_search=false&t_word=%F6vervikt&btn_search=S%F6k .

Naess, S., Mastekaasa, A., Moum, T., & Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvaere*. (NOVA rapport nr 3). Oslo: Nova.

- O'Dea, J. A. (2006). Self-concept, Self-esteem and Body Weight in Adolescent Females. *Journal of Health Psychology, 11*(4), 599-611.
- Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization, 85*, 660-667.
- Primärvården Skaraborg, Skaraborgs sjukvård, & Kommunförbundet Skaraborg. (2006). *Handlingsprogram -övervikt. Vårdprogram -fetma, 2006-2008*. Mariestad: VGR-Tryckeriet Regionens Hus.
- Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., Steer, C., & Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *British Medical Journal, 330*(7504), 1357-1363.
- Rippe, J.M., Crossley, S., & Ringer, R. (1998). Obesity as a chronic disease: modern medical and lifestyle management. *The Journal of the American Medical Association, 98*(10), 9-15.
- Shin, N.Y., & Shin, M. S. (2008). Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in obese Korean children. *Journal of Pediatrics, 152*(4), 502-6.
- Skinner, A. C., Mayer, M. L., Flower, K., & Weinberger, M. (2008). Health status and health care expenditures in a nationally representative sample: how do overweight and healthy-weight children compare? *Pediatrics 121*(2), 269-277.
- Skär, L., & Prellwitz, M. (2008). Participation in play activities: a single-case study focusing on a child with obesity experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*(2), 211-219.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (2005-105-1)*. Hämtad från WWW 2008-05-23: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>.
- Sorof, J. M., Lai, D., Turner, J., Poffenbarger, T., & Portman, R. J. (2004). Overweight, Ethnicity, and the Prevalence of Hypertension in School-Aged Children. *Pediatrics, 113*(3), 475-482.
- SOU 1995:5 d2. (1996). Hämtad från WWW 2008-09-30: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=20001&qry=livskvalitet>.
- Speroni, K. G., Tea, C., Earley, C., Niehoff, V., & Atherton, M. (2008). Evaluation of a Pilot Hospital-Based Community Program Implementing Fitness and Nutrition Education for Overweight Children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 13*(3), 144-153.

Statens folkhälsoinstitut. (2003) *Sveriges elva folkhälsomål*. Hämtad från WWW 2008-12-01:<http://www.uddevalla.se/download/18.6da8b43c10bdb842e78800023467/Sveriges+elva+folk%C3%A4lsom%C3%A5l.pdf>.

Statistiska Centralbyrån. (2003). *Kraftig ökning av fetma i Sverige 1988-89 – 2002-03*. Hämtad från WWW 2008-10-07: http://www.scb.se/templates/tableOrChart_47936.asp.

Sundblom, E. (2006). *Övervikt och fetma hos tio-åriga barn i Stockholms län – förändrade mönster över en fyraårsperiod*. (Rapport nr 37). Stockholm: Stockholms läns landsting, centrum för folkhälsa.

Swallen, K. C., Reither, E. N., Haas, S. A., & Meier, A. M. (2005) Overweight, Obesity, and Health-Related Quality of Life Among Adolescents: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*, 115(2), 340-347.

Sweeting, H., Wright, C., & Minnis, H. (2005). Psychosocial correlates of adolescent obesity, 'slimming down' and 'becoming obese'. *Journal of Adolescent Health*, 37(5), 409-417.

Tanofsky-Kraff, M., Faden, D., Yanovski, S. Z., Wilfley, D. E., & Yanovski, J. A. (2005). The perceived onset of dieting and loss of control eating behaviors in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 112-122.

Vaughn, K., & Waldrop, J. (2007). Parent Education Key to Beating Early Childhood Obesity. *Nurse Practitioner*, 32(3), 36-41.

Viner, R. M., & Cole, T. J. (2005). Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *British Medical Journal*, 330(7504), 1354-1358.

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

Wadden, T. A., Anderson, D. A., Foster, G.D., Bennett, A., Steinberg, C., & Sarwer, D. B. (2000). Obese Women's Perceptions of Their Physicians' Weight Management Attitudes and Practices. *Archives of Family Medicine*, 9, 854-860.

Walter, G. (2000). *Bonniers synonym ordbok*. (3:e uppl.). Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Whitaker, R. C., & Orzol, S. M. (2006). Obesity Among US Urban Preschool Children. Relationships to Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 578-584.

Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, E., & Waters, E. (2005). Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese Children. *Journal of the American Medical Association*, 293, 70-76.

Wills, W., Backett-Milburn, K., Gregory, S., & Lawton, J. (2006). Young teenagers' perceptions of their own and others' bodies: A qualitative study of obese, overweight and 'normal' weight young people in Scotland. *Social Science & Medicine*, 62(2), 396-406.

World Health Organization. (2002). The world health report 2002 – reducing risks, promoting healthy life (s.47-92). Geneva, World Health Organization, 2002.

World Health Organization. (2003). *WHO definition of Health*. Hämtad från WWW 2008-12-03: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization. (2008a). *The overall goal of the strategy is to promote and protect health through healthy eating and physical activity*. Hämtad från WWW 2008-10-24: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/index.html> .

World Health Organization. (2008b). *Childhood overweight and obesity on the rise*. Hämtad från WWW 2008-10-24: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

Young-Hyman, D., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski S. Z., Keil, M., Cohen, M. L., Peyrot, M., & Yanovski, J. A. (2006). Psychological status and weight-related distress in overweight or at-risk-for-overweight children. *Obesity*, 14(12), 2249-2258.

Ågren, G. (2003). *Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan*. (Statens folkhälsoinstitut 2003:57, 2:a reviderade upplagan). Rapport. Sandviken: Sandvikens Tryckeri, 2003.

BILAGA 1

Bilaga 1: Tabell som används för att se om barn har överviktigt eller fetma

| Ålder (år) | BMI 25 kg/m ² | | BMI 30 kg/m ² | |
|---------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|
| | Pojkar | Flickor | Pojkar | Flickor |
| 2 | 18,41 | 18,02 | 20,09 | 19,81 |
| 2,5 | 18,13 | 17,76 | 19,80 | 19,55 |
| 3 | 17,89 | 17,56 | 19,57 | 19,36 |
| 3,5 | 17,69 | 17,40 | 19,39 | 19,23 |
| 4 | 17,55 | 17,28 | 19,29 | 19,15 |
| 4,5 | 17,47 | 17,19 | 19,26 | 19,12 |
| 5 | 17,42 | 17,15 | 19,30 | 19,17 |
| 5,5 | 17,45 | 17,20 | 19,47 | 19,34 |
| 6 | 17,55 | 17,34 | 19,78 | 19,65 |
| 6,5 | 17,71 | 17,53 | 20,23 | 20,08 |
| 7 | 17,92 | 17,75 | 20,63 | 20,51 |
| 7,5 | 18,16 | 18,03 | 21,09 | 21,01 |
| 8 | 18,44 | 18,35 | 21,60 | 21,57 |
| 8,5 | 18,76 | 18,69 | 22,17 | 22,18 |
| 9 | 19,10 | 19,07 | 22,77 | 22,81 |
| 9,5 | 19,46 | 19,45 | 23,39 | 23,46 |
| 10 | 19,84 | 19,86 | 24,00 | 24,11 |
| 10,5 | 20,20 | 20,29 | 24,57 | 24,77 |
| 11 | 20,55 | 20,74 | 25,10 | 25,42 |
| 11,5 | 20,89 | 21,20 | 25,58 | 26,05 |
| 12 | 21,22 | 21,68 | 26,02 | 26,67 |
| 12,5 | 21,56 | 22,14 | 26,43 | 27,24 |
| 13 | 21,91 | 22,58 | 26,84 | 27,76 |
| 13,5 | 22,27 | 22,98 | 27,25 | 28,20 |
| 14 | 22,62 | 23,34 | 27,63 | 28,57 |
| 14,5 | 22,96 | 23,66 | 27,98 | 28,87 |
| 15 | 23,29 | 23,94 | 28,30 | 29,11 |
| 15,5 | 23,60 | 24,17 | 28,60 | 29,29 |
| 16 | 23,90 | 24,37 | 28,88 | 29,43 |
| 16,5 | 24,19 | 24,54 | 29,14 | 29,56 |
| 17 | 24,46 | 24,70 | 29,41 | 29,69 |
| 17,5 | 24,73 | 24,85 | 29,70 | 29,84 |
| 18 | 25 | 25 | 30 | 30 |

Hämtade från Primärvården Skaraborg, Skaraborgs sjukvård och Kommunförbundet Skaraborg (2006).

BILAGA 2

Artikelöversikt

Bilaga 2: Artikelöversikt

| Nr | Författare och årtal | Perspektiv | Syfte | Metod | Resultat |
|----|--|-------------|---|---|--|
| 1 | Allen, K. L., Byrne, S. M., Blair, E. M., & Davis, E. A. 2006. | Kvantitativ | Syfte: Bekräfta associationen mellan viktstatus, kön, vikt och kropps - bekymmer. Samt att påbygga tidigare studier genom att fastställa om vikt och kroppsrelaterade bekymmer kan länkas samman med viktstatus och låg självkänsla, missnöje med kroppen och depression. | Data hämtad delvis från en befintlig populationsbaserad kohortstudie. Hypotesprövning. 207 barn i åldrarna 7-13 år. BMI skattning. Intervjuer och frågeformulär användes. | Sämre självkänsla, större missnöje med kropp och utseende samt mer vikt och kroppsbekymmer hos barn med högst BMI. Viktstatus, vikt och kroppsbekymmer hade betydande effekt på självkänsla, missnöje med utseende och kropp samt depression. Endast viktstatus hade dock ingen betydande effekt på global självkänsla eller depression. |
| 2 | Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K. S., Caterson, I. D., & Hill, A. J. 2006. | Kvantitativ | Syfte: utforska upplevd själv kompetens hos överviktiga och feta barn i ett stort representativt samhällsbaserat urval. | Hypotesprövning, tvärsnittsstudie med 2749 i åldrarna 9,2-13,7 år. Blandad etisk bakgrund. BMI mätes och frågeformulär användes. | Könsskillnaderna gällde självkänslodomäner och globalt egenvärde. Inom könet fanns BMI beroende skillnader. Barn med fetma hade mellan 2 till 4 gånger högre sannolikhet att uppleva deras atletiska kompetens, utseende och globala självvärde som dåligt. |
| 3 | Jansen, A., Smeets, T., Boon, B., Nederkoorn, C., Roefs, A., & Mulken, S. 2007. | Kvantitativ | Syfte: Ta reda på om överviktiga barn tolkar händelser negativt beroende på vikt, självkänsla och kroppsform. | Tvärsnittsstudie. 36 barn i åldrarna 8-12 år. BMI skattning. Frågeformulär. Intervjuer. | Överviktiga barn visade större tendens att relatera negativa händelser till sig själva. Såg oftare vikt och form som orsak till negativa händelser än normalviktiga. |
| 4 | Murtagh, J., Dixey, R., & Rudolf, M. 2006. | Kvalitativ | Syfte: Utforska hinder och barriärer att minska i vikt, sett ur barnets perspektiv. | Tvärsnittsstudie. 20 barn med fetma i åldrarna 8-14 år. Intervjuer samt fokusgrupper. | Sociala faktorer i skolmiljön var centrala för motivationen att minska i vikt. Drivande till viktminskningsförsök var ofta en extern figur. Att göra en förändring och behålla den sågs som en svår utmaning. Kontinuerligt stöd är viktigt. |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|
| 5 | Females. O'Dea, J. A. 2006. | Kvantitativ | Syfte: 1) utforska skillnader hos unga flickors självbegrepp relaterat till vikt. 2) utforska utvecklingen av detsamma över tid | Longitudinell, kohortstudie. 95 flickor vid start, 80 stycken kvar till slutet. Medelålder vid start på 12,8 år (+- 0,6 år) Ett årligt besök i tre år. BMI skattning. Frågeformulär. | Flickor med högst BMI påverkades mest. Depression och ångest låg inom normalvärden alla tre år. Flickor med högst BMI upplevde försämring gällande fysisk aktivitet och nära vänskap över tre år. |
| 6 | Skär, L., & Prellwitz, M. 2008. | Både kvalitativ och kvantitativ. | Syfte: Att beskriva hur ett barn med fetma upplever deltagande i lek aktiviteter. | Kvalitativ fallstudie. Data samlades in från en nioårig pojke, hans mamma och lärare, genom intervjuer och observationer samt ett frågeformulär. | Frågeformuläret visade på stort aktivt deltagande i lek. Intervjuer och observationer visade på ensamhet, utanförskap, asymmetriska relationer, vikten av vuxenstöd samt vikten av att kunna "spel/lek" regler. |
| 7 | Sweeting, H., Wright, C., & Minnis, H. 2005. | Kvantitativ | Syfte: Utforska 1) koppling mellan dåligt humör, självkänsla och fetma 2) kopplingen mellan viktrelaterade bekymmer, självbild, kompisrelationer och fetma. 3) Betydelse av viktförändring. | Kohortstudie. 2196 barn insamlade till befintlig longitudinell kohortstudie. Data insamlad vid 11 års ålder till befintlig kohortstudie användes. Ny data framtoogs till gällande studie vid 15 års ålder. Frågeformulär. Fysiska mätvärden. Diagnostisk intervju (DISC) Vid 15 års ålder. | Kopplingar mellan faktorerna sågs olika mycket beroende på ålder och kön. Studien visar på både positiva och negativa psykologiska konsekvenser av övervikt/fetma. |
| 8 | Viner, R. M., Haines, M. M., Taylor, S. J. C., Head, J., Booy, R., & Stansfeld, S. 2006. | Kvantitativ | Syfte: Undersöka vikt uppfattning, bantningsförekomst och känslomässigt välbefinnande hos olika viktgrupper i ett multietniskt urval hos tidiga tonåringar. | Data inhämtad från pågående studie. 2789 tonåringar i åldrarna 11-14 år. BMI skattning. Frågeformulär. | Överlag bristande uppfattning om kroppsstorlek. Överviktiga tenderade ha sämre uppfattning än normalviktiga/feta barn. Bantning var vanligare hos barn med högre BMI oavsett kön, flickor bantade dock i större utsträckning än pojkar. Psykologiska bekymmer varierade beroende på vikt etniskt ursprung man hade. |

| | | | | | |
|----|--|----------------------------|--|--|---|
| 9 | Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, E., & Waters, E. 2005. | Kvantitativ. | Syfte: Utforska relationen mellan vikt och hälsorelaterad livskvalitet, sett ur barnens och föräldrarnas perspektiv. | Tvärsnittsstudie. Data från insamling i en longitudinell studie. 1456 barn i åldrarna 9 till 12 år ingick i aktuell studie. BMI skattning. Frågeformulär (PedsQL). | Med ökande vikt gav sämre hälsorelaterad livskvalitet. Tydligast gällande fysisk, social funktion samt det övergripande livskvalitet. Föräldrarnas och barnens uppfattningar stämde väl överens. |
| 10 | Wills, W., Backett-Milburn, K., Gregory, S., & Lawton. 2006. | Kvalitativ och kvantitativ | Syfte: Att gestalta hur ungdomar i olika "viktklasser" upplever vardagen. | Frågeformulär. BMI skattning. Intervjuer med ämnesguide. 36 stycken 13-14 åringar. | Olika ordval för övervikt/fetma. Komplex bild och uppfattning av den egna kroppen. Upplevelser av att blivit retad kan få konsekvenser för val av sociala aktiviteter. Försök till viktnedgång var vanligt. lyckade försök upplevdes positivt, medan misslyckade försök ledde till känslor av uppgivenhet och skam. |
| 11 | Young-Hyman, D., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski S. Z., Keil, M., Cohen, M. L., Peyrot, M., & Yanovski, J. A. 2006. | Kvantitativ | Syfte: Utvärdera kopplingen mellan psykologisk status och vikt bekymmer hos svarta och vita barn. | Kohortstudie med 164 barn. Medelåldern 11,9 (spridning 2,5 år). Frågeformulär. | Svarta barn rapporterade större missnöje med kroppen. Könsskillnader sågs gällande missnöje med kroppen och upplevelser av att blivit retade. Kopplingen mellan BMI, depressiva symtom, missnöje med kroppen samt viktrelaterad mobbning var mer eller mindre tydlig beroende på kön och etnicitet. |

BILAGA 3

Arbetsfördelning

Det namn som står först nedan har varit ”ansvarig” för respektive avsnitt och gjort en större del av den på avsnittet nedlagda arbetsmängden. I de fall där ”&” förekommer har arbetsinsatsen varit jämbördig mellan de båda författarna.

Artikel sökning: Linda & Elin

Artikelläsning: Linda, Elin.

Analys: Elin & Linda

Författande: Linda, Elin

Språk bearbetning: Linda, Elin

Referenshantering: Elin, Linda

Word mall: Elin, Linda