

EXAMENSARBETE

Kan sjuksköterskan hjälpa överviktiga barn och deras familjer

En litteraturöversikt

Can nurses help overweight children and and their families

A literature review

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-Nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin 2009

Henrik Andersson
Moa Leyton

Handledare: Ragna Renström
Examinator: Stina Thorstensson

SAMMANFATTNING

Titel: Kan sjuksköterskan hjälpa överviktiga barn och deras familjer

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng

Författare: Andersson, Henrik; Leyton, Moa

Handledare: Renström, Ragna

Sidor: 19

Månad och år: Juni 2009

Nyckelord: Barn, Övervikt, Omvårdnad, Sjuksköterska

Bakgrund: Övervikt och fetma hos barn ökar dramatiskt framförallt i västvärlden. Barn som blivit överviktiga i tidig ålder har tecken på sjukdom i många organ och har större risk att förbli överviktiga och sjuka som äldre. Fetma hos barn påverkar livskvaliteten. **Syfte:** Utifrån aktuell forskning undersöka om sjuksköterskan kan hjälpa överviktiga barn och deras familjer. **Metod:** Uppsatsen är en litteraturöversikt med både kvalitativa och kvantitativa artiklar som främst söktes i databaserna Cinahl och Medline. Data materialet analyserades enligt Fribergs analysförfarande. Fokus lades vid artiklarnas resultat, diskussioner och konklusioner. **Resultat:** Sjuksköterskans uppgift är att ta upp problem om barns övervikt med föräldrar. Det känsliga ämnet får inte hindra att vården erbjuder hjälp. Sjuksköterskan kan guida familjen med överviktsproblematik och föra en dialog med motiverande samtal för att familjen skall hitta sin egen väg. Sjuksköterskan kan också diskutera strategier och ge förslag på beteendeförändring. Föräldrar spelar en central roll i barns viktning. Att utbilda och uppmuntra föräldrar påverkar indirekt barnet. **Diskussion:** Det kan vara svårt för sjuksköterskan att ta upp frågan om övervikt, men då hon gör det skall hon börja att prata med föräldrarna. För att familjen skall kunna göra en positiv beteendeförändring behövs det utbildning inom kost och motion.

ABSTRACT

Title: Can nurses help overweight children and their families

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Andersson, Henrik; Leyton, Moa

Supervisor: Renström, Ragna

Pages: 19

Month and year: June 2009

Keywords: Child, Overweight, Nursing, Nurse

Background: Overweight and obesity in children is increasing dramatically especially in the western world. Children who are obese at an early age, show signs of disease in many organs and they are more likely to remain obese and get sick as adults. Childhood obesity affects quality of life. **Purpose:** Based on current research study if nurses can help overweight children and their families. **Method:** The essay is a literature review of both qualitative and quantitative articles mainly sought in the databases Cinahl and Medline. The data material was analyzed under Friberg analysis procedure. The focus was on articles results, discussions and conclusions. **Result:** The nurse's role is to raise the problem of childhood obesity with the parents. The sensitive subject should not prevent the health care to offer help. Nurses can guide the family with overweight problems by conducting motivational conversations to support the family to find their own way. Nurses can also discuss strategies and provide suggestions for behavioral change. Parents play a central role in children's weight. To educate and encourage parents will affect the child indirectly. **Discussion:** It may be difficult for the nurse to raise the issue of obesity, but when she does she should start by talking to the parents. If the family should be able to make a positive behavioral change, they need education in nutrition and exercise.

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Definition.....	1
BMI.....	1
Prevalens och Incidens.....	1
Orsaker.....	2
Komplikationer.....	2
Familjen.....	3
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar.....	3
Omvårdnadsteorier.....	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	4
SYFTE.....	4
Frågeställningar.....	4
METOD.....	5
Litteratursökning.....	5
Urval.....	6
Inklusionskriterier.....	7
Exklusionskriterier.....	7
Analys.....	7
Etiska överväganden.....	8
RESULTAT.....	9
Ansvar och Information.....	9
Beteendeförändring.....	10
Samarbete.....	10
Kost och motion.....	10
Familjecentrerad vård.....	11
Familjens roll.....	11
Stöd.....	12
DISKUSSION.....	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion.....	14
Betydelse för vårdandet.....	16
Förslag till fortsatt forskning.....	16
REFERENSER.....	17
BILAGA 1.....	A
BILAGA 2.....	B

INLEDNING

Övervikt och fetma är ett stort problem, framförallt i västvärlden. Viktuppgången hos barn ökar dramatiskt. År 2010 beräknas vart tionde barn i Europa vara överviktigt (WHO, 1). Övervikt hos barn kan leda till många komplikationer och involverar hela familjen. Familjen har behov av stöd och hjälp från vården för att fullfölja livsstilsförändringar. Författarna är intresserade av att ta reda på om sjuksköterskan kan stödja och hjälpa det överviktiga barnet och dess familj och på så vis erhålla kunskap som är viktig för den grundutbildade sjuksköterskan i mötet med patienter med olika typer av livsstilssjukdomar.

BAKGRUND

Definition

Övervikt och fetma definieras som en onormal och överdriven ansamling fett i kroppen som riskerar att skada hälsan. Detta är inte längre en välfärdssjukdom, antalet överviktiga och feta människor stiger även i utvecklingsländerna, speciellt inne i städerna (WHO, 1).

BMI

Metoden som används i störst utsträckning för att mäta mängd kroppsfett är Body Mass Index (BMI). Det innebär att vikten i kg divideras med längden i meter i kvadrat. Värdet jämförs med en skala som delas in i normalvikt, övervikt och fetma. Detta redovisas i bilaga 1. För att få ett korrekt BMI värde under barn och ungdomstiden måste barnets ålder och kön räknas in (WHO, 3). För barn och ungdomar från två till arton år används därför andra gränser för övervikt och fetma. Dessa definieras så att de motsvarar BMI >25 (övervikt) och BMI >30 (fetma) för vuxna (Handlingsprogram, 2006-2008) se bilaga 1. Svagheten med BMI är att det inte går att särskilja på fett och muskelmassa. Midjemått kan också mäta graden av övervikt och används för att komplettera BMI. Midjemåttet avspeglar på ett bra sätt mängden bukfetma och hur bukfetman förändras under en längre tid (SBU, 2002).

Prevalens och Incidens

Viktuppgång hos barn ökar dramatiskt och klassas som en epidemi (Harbaugh, Jordan-Welch, Bounds, Blom, & Fisher, 2007). År 2005 var 1,6 miljarder vuxna över hela världen överviktiga, 400 miljoner led av fetma och 20 miljoner barn under fem år var överviktiga. I vissa länder i Europa ökar antalet överviktiga barn med 2 % per år, vilket innebär att vart tionde barn i Europa kommer att vara överviktigt år 2010 (WHO, 1 & 2). I USA ökar antalet barn med övervikt och fetma, en undersökning som gjorts i låg och mellanstadiet visar att 36 % av barnen är överviktiga eller löper risk för övervikt. Redan i förskoleåldern är ungefär 30 % av barnen överviktiga eller i riskzonen (Johnson, Pilkington, Deeb,

Jeffers, He & Lamp, 2007). I Sverige har antalet barn med övervikt ökat med mer än två gånger och för fetma fyra till fem gånger sedan 1980-talet (Handlingsprogram, 2006-2008). Barn som blir överviktiga i tidig ålder löper större risk att förbli överviktiga som äldre och har relativt liten chans att minska sin vikt till normalvikt. En studie visar att 85 % av överviktiga barn fortfarande är överviktiga efter ett år. Studien visar också att barn som löper risk för övervikt i större utsträckning utvecklar en övervikt inom ett år istället för att bli normalviktiga (Kim, Must, Fitzmaurice, Gillman, Chomitz, Kramer, McGowan, & Peterson, 2005).

Orsaker

Orsaken till övervikt och fetma beror på ett för stort intag av kalorier, för liten förbrukning av energi eller en kombination av dessa (SBU, 2002). I Sverige ökade produktionen av energitäta födoämnen under 1990–2002 med ca 5 % (Socialstyrelsen, 2005a). En orsak till för stort intag av kalorier är att maten är mer energirik men mindre näringsrik än förr. Samtidigt ses en minskad fysisk aktivitet i det vardagliga livet på grund av stillasittande arbeten och moderna transportmedel (WHO, 1). Föräldrars livsstil påverkar barnens fysiska aktivitet och det är föräldrarnas uppgift att skapa en aktiv miljö i hemmet (Harbaugh, et. al., 2007). Barn från låginkomstfamiljer löper större risk att drabbas av övervikt än barn från höginkomstfamiljer (Kim et. al., 2005). Barn med lågutbildade föräldrar tittar mer på TV än barn med högutbildade föräldrar. Tiden ett barn spenderade på TV-tittande är relaterat till övervikt. TV i barnens rum är en ökad riskfaktor för mer TV-tittande och medför därför större risk för övervikt (Dennison, Erb & Jenkins, 2002). Barn till föräldrar som bägge är överviktiga har mer än 50 % risk att också drabbas av övervikt (Mamun, Lawlor, O’Callaghan, Williams, & Najman, 2005). Hemsituationen och föräldrarnas livsstil påverkar barnens vikt. Barnen äter den mat som serveras hemma och vänjer sig tidigt vid föräldrarnas livsstil. Att senare i livet ändra till hälsosammare matvanor med mer grönsaker kan vara svårt. Barn tycker om den mat som de får i belöning. Mat som de uppmanas att äta för att den är nyttig upplevs som ett måste och smakar därmed sämre (Harbaugh, et. al., 2007). Arvsanlag kan vara en bidragande orsak till övervikt och fetma. Enäggstvillingar som vuxit upp på olika håll har visat sig få liknande kroppsbyggnad och fettmängd (SBU, 2002).

Komplikationer

Övervikt kommer att påverka större delen av ett barns kropp och kan leda till en rad olika följsjukdomar (Harbaugh, et al., 2007). Barn med fetma har inte bara större risk att bli sjuka som vuxna utan har redan som barn tecken på sjukdom i många organ. Nu för tiden ser kroppsbyggnad hos barn annorlunda ut än tidigare med större fettansamling kring buken. Bukfetma ingår i det metabola syndromet som är en anhopning av riskfaktorer för hjärt- och kärlkomplikationer (Handlingsprogram, 2006-2008). Detta innefattar bland annat högt blodtryck och insulinresistens. Det metabola syndromet återfinns hos nästan hälften av alla barn med grav fetma. Tillståndet förvärras med stigande vikt och ökad insulinresistens, vilket visar att grunden för hjärt- och kärlsjukdomar läggs redan i barndomen. Barn med fetmarelaterad diabetes har större risk att drabbas av dödliga sjukdomar, speciellt njurkomplikationer och hjärt- och kärlsjukdomar i medelåldern jämfört med vuxna med diabetes utan övervikt (Choudhary, Donnelly, Racadio, & Strife,

2007). Diabetesrelaterad dödlighet kommer dessutom att öka med 50 % under de närmaste tio åren (WHO, 1). Överviktiga barn har tre gånger högre risk att drabbas av högt blodtryck än normalviktiga barn. Sömnapné, ett tillstånd av tillfälliga andningsuppehåll under sömnen är ett problem bland överviktiga barn. Andra sjukdomar är icke alkoholrelaterad förfettning av lever, gallstenar och polycystiskt ovarie syndrom. Produktionen av könshormoner ökar vilket leder till förtidig pubertet. Övervikten orsakar belastningsskador och annan ortopedisk problematik som smärta i knä och leder. Risken är större att drabbas av frakturer (Choudhary, et. al., 2007). En annan aspekt av barnfetma är att det påverkar livskvaliteten. Individer i åldern fem till nitton år med fetma skattar sin livskvalitet lika låg som cancersjuka barn gör (Handlingsprogram, 2006-2008). Överviktiga barn lider ofta av psykiska problem som depression (Harbaugh, et. al., 2007).

Familjen

Kärnfamiljen består utav mamma, pappa och barn. Den utvidgade familjen består dessutom av mor- och farföräldrar. Familjen är i de flesta kulturer basen för den samhällseliga organisationen. En familj är grundad på en kombination av äktenskap och blodsförvantenskap, familjen är baserad på släktskap. Familjen är ingen stabil enhet då nya medlemmar kan tillkomma och andra medlemmar försvinna på grund av uppsplittring eller död (Nationalencyklopedin). I dagens samhälle kan familjen se ut på olika sätt med familjemedlemmar utanför hushållet och ensamstående föräldrar. Då familjer splittras kan nya bildas och barn kan få halv- och styvsyskon. Det finns även familjer där båda föräldrar är av samma kön.

Alla föräldrar har inte förmågan att bedöma sitt barns viktstatus korrekt. Föräldrar uppger ofta att deras överviktiga barn har en normal vikt (Maynard, Galuska, Blanck & Serdula, 2003). Barn är inte medvetna om sin egen övervikt och kan inte själva göra något åt det, därför ligger ansvaret på föräldrarna. För att familjer skall ändra sin syn på övervikt och fetma måste de först inse att det föreligger ett problem, att deras barn är överviktiga och vilka risker detta medför (Harbaugh, et. al., 2007).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (HSL, 1984:763). I sjuksköterskans kompetensområde ingår det att ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrande livsstilsfaktorer. Sjuksköterskan skall även kunna undervisa och stödja patienter och närstående i syfte att främja hälsa och förebygga ohälsa (Socialstyrelsen, 2005b).

Upplevelsen av att vara ett överviktigt barn eller att ha ett överviktigt barn i familjen är både komplex och individuell. När sjuksköterskan träffar familjer som behöver hjälp med sina överviktiga barn är det viktigt att se till både barnets och familjens upplevelse (Edmunds, 2008).

Omvårdnadsteorier

Travelbee (1971) sammanfattar omvårdnadsbegreppet som en mellanmänsklig process där sjuksköterskan hjälper en patient eller familj att förebygga eller bemästra sjukdom och lidande. De övergripande omvårdnadsmålen är att hjälpa den sjuke att hantera sjukdom, lidande och samtidigt finna mening. Att motverka sjukdom och lidande samt att förebygga hälsa är ett annat mål. Hälsa är ett individuellt begrepp som har olika innebörd för olika människor. Kommunikation är enligt Travelbee (1971) sjuksköterskans viktigaste redskap för att skapa en relation med patienten. Syftet med kommunikation är att lära känna patienten och skapa ett förtroende för att utforska och tillgodose dennes behov. För att kunna uppnå en förändring hos patienten skall sjuksköterskan skapa ett terapeutiskt användande av sig själv vilket innebär att i kommunikationen använda sin egen personlighet och sina kunskaper för en medveten förändring. För att som sjuksköterska kunna använda sig av den här metoden krävs självinsikt och kunskap om tekniker för samtal.

Sjuksköterskans omvårdnad till överviktiga barn och deras familjer bör inrikta sig på beteendeförändring och livsstilsförändring genom långsiktiga mål (Ward-Begnoche & Thompson, 2008). Enligt Travelbees (1971) omvårdnadsteori skall sjuksköterskan använda sig av kommunikation för att skapa förtroende hos barnet och föräldrarna och på så sätt använda sig själv och sin egen kunskap och erfarenhet för att åstadkomma förändring.

PROBLEMFORMULERING

Det sker en ökning av överviktiga barn i samhället. I USA är vart tredje barn överviktigt och i Europa kommer vart tionde barn att vara överviktigt år 2010. Anledningen är att kaloriintaget överstiger energiförbrukningen. Övervikt är ett känsligt ämne och många föräldrar blundar för problemet. Sjuksköterskan har ett omvårdnadsansvar att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker. Det är viktigt att som sjuksköterska ha kunskap om och förståelse för det överviktiga barnets behov av vård och behandling och familjens behov av stöd och på så vis förbättra vården för denna patientgrupp.

SYFTE

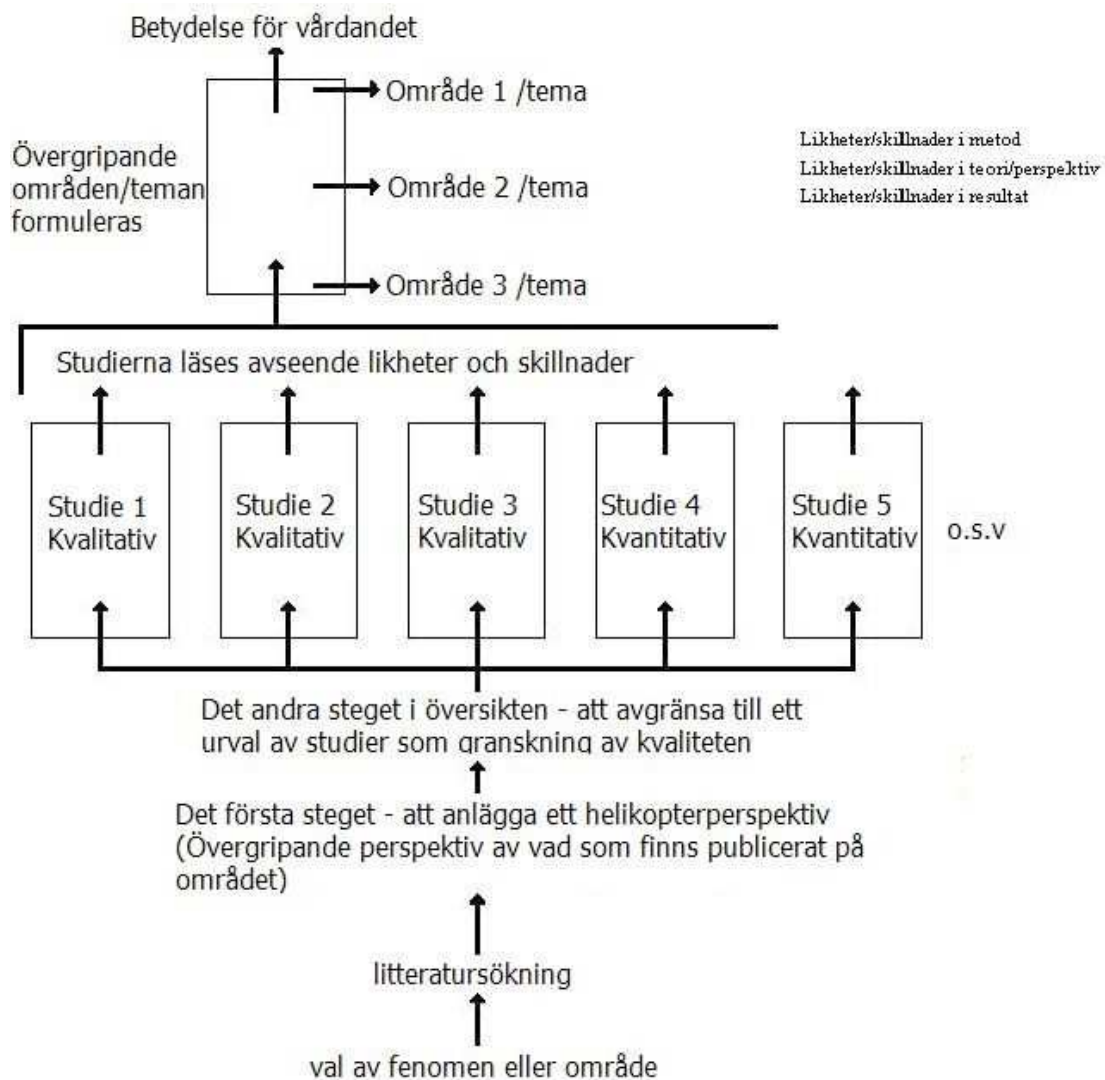
Syftet är att utifrån aktuell forskning undersöka om sjuksköterskan kan hjälpa överviktiga barn och deras familjer.

Frågeställningar

Kan sjuksköterskan medverka i prevention och behandling av överviktiga barn?
Kan sjuksköterskan ge stöd åt barnets familj?

METOD

Uppsatsen skrivs som en litteraturöversikt. Enligt Friberg (2006) innebär en litteraturöversikt att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett visst vårdvetenskapligt område eller ett problem inom sjuksköterskans arbetsområde. Med en litteraturöversikt kan kunskapsläget inom ett visst fält kartläggas, ge kunskap som kan påverka det praktiska vårdarbetet och eventuellt också visa vad som inte blivit föremål för forskning. För litteraturöversiktens arbetsgång användes en modell av Friberg (2006), se fig 1.



Figur 1: Litteraturöversiktens arbetsgång enligt Friberg (2006).

Litteratursökning

Artikelsökningen genomfördes i biblioteket på Högskolan i Skövde. Sökningarna genomfördes i databaserna CINAHL och Medline som enligt Polit och Beck (2006) är de främsta av databaser gällande omvårdnadsforskning. Sökningar genomfördes även i

databasen Elin. De sökord som användes var: *overweight, obese, nurse, child, childhood, family* och *behavior change* i olika kombinationer. Sökorden trunckerades för att få fram olika former av orden.

Tabell 1: Presentation över sökningar med databas, sökord, antal träffar och antal utvalda artiklar.

DATABAS	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR	UTVALDA ARTIKLAR
Cinahl	Obese * AND child*	874	
Cinahl	Obese* AND child* AND nurse*	47	2
Cinahl	Overweight* AND child* AND family*	122	2
Cinahl	Nurs* AND child* AND overweight	121	1
Cinahl	Childhood obesity (2002 -2009)	586	1
Cinahl	obes* AND child* AND behavior change	17	1
Medline	Obese* And child*		
Medline	Obese* AND child* AND nurse* (2002-2009)	253	
Medline	Obese* AND child* AND family* (2002-2009)	282	1
Medline	Childhood obesity (2002 -2009)	383	
Elin	Obes* AND child* AND nurse*	128	1

Nio artiklar valdes ur primärsökningen. Sökningarna resulterade dessutom i ett antal litteraturöversikter, och genom sekundärsökningar i referenslistor hittades ytterligare tre artiklar.

Urval

För att få aktuell forskning gjordes en begränsning till artiklar publicerade 2002-2009. Undantag gjordes då artiklar av betydelse hittades som publicerats tidigare. En ytterligare begränsning gjordes med funktionen *Peer Reviewed*, som avgränsar sökningen till artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Aktuell litteratur för examensarbete är enligt Friberg (2006) artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter. I vetenskapliga artiklar finns den senaste forskningen kring ett ämne. De ska fylla vissa krav och utformas enligt

bestämda regler. En vetenskaplig artikel ska redovisa ny kunskap, vara möjlig att granska, ha varit utsatt för bedömning och publiceras på engelska.

Artiklar som valdes var av både kvalitativ och kvantitativ metod. Enligt Friberg (2006) kan både kvalitativa och kvantitativa studier analyseras i en litteraturöversikt. Eftersom studien är en fördjupning i omvårdnad var avsikten att de kvalitativa artiklarna skulle överväga. Urvalet startade med att titlar granskades efter sökning med relevanta sökord. Var titeln relevant lästes abstract för artikeln. I de fall där abstract ansågs stämma överens med studiens syfte och frågeställningar lästes hela artikeln av författarna. En kvalitetsgranskning enligt Fribergs (2006) modell genomfördes och därefter gjordes valet om artikeln skulle inkluderas eller förkastas. Av artiklarna som valdes kom fem från USA, två från England, en från Sverige, en från Australien, en från Skottland, en från Kanada och en från Israel.

Inklusionskriterier

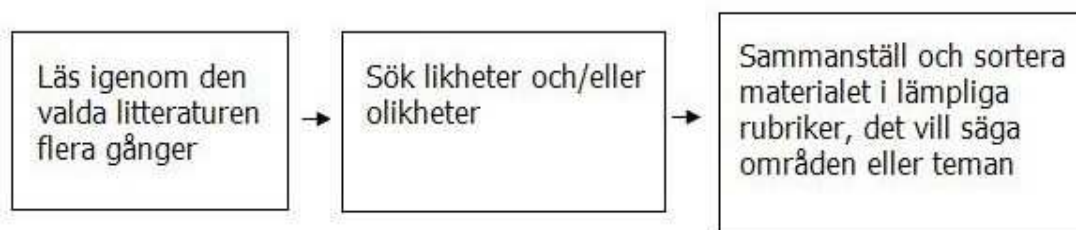
- Överensstämma med syftet.
- Övervikt hos barn.
- Publicerat från år 2002
- Kritiskt granskade
- Vetenskapliga
- Skrivna på engelska

Exklusionskriterier

- Litteraturöversikter.
- Studier med biomedicinsk inriktning.
- Studier sponsrade av bantningsföretag.

Analys

Datamaterialet analyserades med utgångspunkt från Friberg (2006). Detta framgår i Figur 2.



Figur 2: Fribergs (2006) analysförfarande.

De vetenskapliga artiklar som ansågs lämpliga för studien numrerades från 1-12. Det första steget i analysförfarandet genomfördes genom att artiklarna lästes upprepade gånger av författarna var för sig för att få en helhetssyn över artiklarna. I det andra steget identifierades framträdande delar som var relevanta till studiens frågeställningar. Fokus lades vid likheter och skillnader i artiklarnas resultat, diskussioner och konklusioner. Enligt

Friberg (2006) bör fokus läggas på ett begränsat antal infallsvinklar, då det i ett examensarbete på C-nivå inte finns tid för mer. I det tredje steget sorteras det innehåll under dessa infallsvinklar som handlar om samma sak under en lämplig rubrik, ett tema. Under dessa rubriker refereras texten till de olika studierna för att ge läsaren en förståelse för området.

När artiklarna lästs framkom tre tydliga huvudteman, dessa var *Ansvar och information*, *Beteendeförändring* och *Familjecentrerad vård*. Under två av temana framkom ytterligare subteman, dessa var under beteendeförändring, *Samarbete* och *Kost och motion*. Under familjecentrerad vård blev subtemana *Familjens roll* och *Stöd*. De likheter som fanns i artiklarna relaterade till dessa teman placerades under respektive rubrik.

Etiska överväganden

Det finns vissa etiska principer för vetenskaplig forskning (Nyberg, 2000). Dessa har två huvudsyften:

- Att bidra till riktighet och noggrannhet i vetenskaplig kunskap. Detta innebär att data till exempel inte får hittas på.
- Att skydda rätten till intellektuell egendom. Med detta menas att plagiat, användande av andra forskares material utan att uppge källa, är förbjudet.

Inom forskning är det viktigt att förhindra fusk och ohederlighet. Förvrängning, fabricering, plagiering och stöld av data är förbjudet (Medicinska forskningsrådet, 2003).

Detta har beaktats av författarna till studien då sammanställning och översättning från engelska till svenska skett. Det material som använts är vetenskapligt granskade och publicerade artiklar med etiskt resonemang och allt material som används refereras korrekt till källan. Ett fåtal artiklar saknade etiskt ställningstagande, men författarna till föreliggande studie anser att dessa artiklar var etiskt försvarbara och kunde inkluderas.

RESULTAT

Tabell 2: Teman i respektive artikel.

Teman	Artikelnummer											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ansvar och information		*			*	*	*	*		*		*
Beteendeförändring												
Samarbete						*	*	*			*	
Kost och motion	*		*	*								*
Familjecentrerad vård												
Familjens roll		*	*	*		*		*	*	*		
Stöd						*	*	*		*		

Ansvar och Information

Sjuksköterskors roll i vårdandet av överviktiga barn är att ta upp problemet med barnets föräldrar och behandla eventuella följsjukdomar (Walker, Stornig, Atchinson, Saunders & Abbot, 2007). Synsättet på överviktiga barn skiljer sig mellan föräldrar och vårdpersonal. Mer än en tredjedel av föräldrar till feta barn inser inte att barnen är överviktiga. De har ibland svårt att se allvaret i situationen och accepterar inte att barnen är överviktiga. Föräldrar skiljer sig i sina åsikter och synsätt angående barnfetma. Det finns de föräldrar som inser att övervikt är ett långsiktigt problem som kan leda till komplikationer exempelvis hjärtsjukdomar. Dessa föräldrar är positiva till att söka hjälp från vården. En del föräldrar är medvetna om problemet men kan eller vill inte göra något åt det, medan andra föräldrar helt förnekar övervikten hos sina barn. De föräldrar som inte gör något åt problemet eller inte ser det, kan ändra uppfattning och bli mer medvetna om frågan väcks av vårdpersonal. Vårdpersonalen som väcker frågan bör vara känslig och insatt i barnets och föräldrarnas situation då detta är en känslig fråga och de kan ta illa upp av att samtala om övervikten. Försök att behandla barns övervikt kan resultera i antingen ökad eller minskad självkänsla. Det känsliga ämnet får inte hindra att frågan uppmärksammas och att vården erbjuder hjälp (Garmy, 2007; Myers & Vargas, 2000; Jackson, Mannix, Faga & McDonald, 2005; Stewart, Chapple, Hughes, Poustie & Reilly, 2008).

Sjuksköterskan i primärvården upplever att det trots rådgivning är svårt att uppnå en förändring i kost och motionsvanor. Sjuksköterskan kan därför enbart guida familjen med överviktsproblematik för att hitta sin egen väg. Att samarbeta med föräldrarna istället för att införa en förutbestämd plan kan minska risken för att familjen känner sig överkörd och gör motstånd eftersom de annars kan tappa förtroendet för sjuksköterskan. Föräldrar kan känna att de får otillräcklig hjälp från vården om de känner sig överkörda. Det har visat sig effektivt att ha en dialog och motiverande samtal med föräldrar och barn, som tar hänsyn till deras tankar och känslor angående ändrade familjerutiner. Sjuksköterskan kan hjälpa familjer att lösa problem angående matvanor och rutiner då familjen kan behöva råd och stöd för hur de ska ändra sina kostvanor. Vårdpersonal behöver mer utbildning om detta

ämne (Walker, et. al. 2007; Tyler & Horner, 2008; Holt, Moylan, Spence, Lenk, Sehn & Ball, 2008).

Skolsjuksköterskan är den person inom vården som träffar överviktiga barn i vardagen och kan se deras problematik med trötthet, huvudvärk och större förekomst av mobbning. Det har visat sig att överviktiga barn i större utsträckning hoppar över skollunchen och det är på skolsjuksköterskans ansvar att informera barn, föräldrar och lärare om vikten med regelbunden kost och motion (Garmy, 2007).

Beteendeförändring

Samarbete

M.B. mamma till en son och en dotter i viktprogrammet, menade att barnen aldrig köpte eller drack läsk, men de drack en stor mängd te sötat med socker, vanligtvis tre teskedar per glas. När hon lärde sig att denna mängd socker var likvärdig med kalorimängden i de flesta läskedrycker var hon villig att prova sötningsmedel i en vecka (Tyler, et. al. 2008. s. 268).

För att uppnå beteendeförändring i en familj krävs en dialog mellan sjuksköterska, förälder och barn. Reducering av övervikt hos barn har större framgång om strategin för ingripandet är inriktad på att förstå föräldern (Myers, et. al. 2000). Ansvar för beteendeförändring bör ligga främst på föräldern, inte på barnet eftersom det har visat sig ge bättre resultat i viktning (Golan, Fainaru & Weizman, 1998). Vid ett första möte mellan sjuksköterska och familj kan familjen få identifiera det problem relaterat till övervikten som de upplever som svårast. Föräldrar och barn får tillsammans med sjuksköterskan sätta egna mål och identifiera vilka beteenden som skall fokuseras på. Sjuksköterskan kan diskutera strategier med barnen och föräldrarna och ge förslag på hur de kan klara av att komma förbi hinder för beteendeförändring. Både föräldrar och barn har ofta kreativa och värdefulla idéer hur de ska ändra på ohälsosamma aspekter i livet och dessa är viktiga att ta tillvara på (Tyler, et. al. 2008). Många försöker skapa hälsosamma vanor kring maten, till exempel att alltid äta vid bordet, äta långsamt och att lära sig känna igen mättnadskänsla (Jackson et. al. 2005). Beteendeförändring är fyllt av utmaningar som kan förhindra att målen uppnås, exempelvis känner många föräldrar att barnen behöver ökad fysisk aktivitet men att det alltid dyker upp något hinder för detta, till exempel punktering på cykeln, dåligt väder och så vidare. Sjuksköterskans uppgift är att motivera barnet att fundera över vad som skulle kunna få honom eller henne att bli mer aktiv, och vad som skulle underlätta. En metod att använda sig av för att hjälpa barnen att klara av dessa utmaningar är att låta dem uppskatta på en skala från ett till tio hur viktigt målet är, och hur möjligt det är att uppnå. För barn i skolåldern är detta en effektiv metod för att ändra beteende, då barn ofta har egna kreativa lösningar på problem, om de får hjälp med att väcka tanken (Tyler, et. al. 2008).

Kost och motion

Sjukhusbaserade utbildningsprogram för viktning hos barn har visat sig vara effektiva både för barnens vikt och självkänsla. Programmen innehåller information om träning, kost

och beteendeförändring. Föräldrar får information om komplikationer som kan tillstöta vid övervikt och om vikten att ha en hälsosam livsstil i hela familjen. Utbildningen om mat handlar om matpyramiden, att läsa innehållsförteckningen, anpassa portioner och minimera socker och fett. Familjen som ska ändra sin livsstil, uppmuntras till fysisk aktivitet och att följa en hälsosam diet. Resultatet av dessa program innehållande utbildning om nutrition, träning och beteendeförändringar inom familjen kan minska vikten hos barn och ungdomar (Dreimane, Safani, MacKenzie, Halvorson, Braun, Conrad & Kaufman, 2006).

Istället för att uppmana barn att bli mer aktiva kan gränser sättas för stillasittande beteenden som TV och datoranvändande (Epstein, Paluch, Gordy & Dorn, 2000). Föräldrar rapporterar att deras barn spenderar oroväckande mycket tid framför TV och dator. Barn tittar mer på TV under helger än veckodagar. Den vanligaste förklaringen till varför TV-tittande är en så populär aktivitet är att föräldrar tror att barn faktiskt får fördelar av att titta på vissa TV-program (Holt, et. al. 2008). Det har visat sig att barn som enbart får spendera begränsad tid framför TV och dator spontant blir mer aktiva om tillgång till fysisk aktivitet kan erbjudas. Saknas möjligheter för fysisk aktivitet finns risken att barn endast byter stillasittande aktivitet. Det är lika effektivt att minska stillasittande beteende som att öka den fysiska aktiviteten (Epstein, et. al. 2000). Att inte ha några vänner minskar möjligheten att delta i fysisk aktivitet. Ett ökat socialt nätverk för barnen kan då öka deras fysiska aktivitet (Holt, et. al. 2008).

Ett annat exempel på hur problemet med övervikt kan angripas på ett alternativt sätt är att öka mängden frukt och grönsaker istället för att minska mängden fett och socker. En bieffekt av att öka mängden frukt och grönsaker är en automatisk minskning av fett- och sockerintag. Det ses däremot ingen ökad konsumtion av frukt och grönsaker när fokus lagts på reducerat intag av fett och socker. Ökning av frukt och grönsaker ger större viktnedgång än minskat intag av fett och socker, barn får dessutom i sig mer näringsämnen av frukt och grönsaker (Epstein, Gordy, Raynor, Beddome, Kilanowski & Paluch, 2001). På sikt är det fler som lyckas bibehålla en positiv aktivitetsförändring än att följa en diet (Epstein, et. al. 2000).

Familjecentrerad vård

Familjens roll

Föräldrar spelar en central roll i barns viktnedgång (Stewart, et. al. 2008). Det är föräldrarna och inte sjuksköterskan som har ansvaret för att barnet går ner i vikt (Walker, et. al. 2007). Barn äter den mat som de tycker om och är vana vid, de äter den mat som föräldrarna ger dem och är tillgänglig i hemmet (Pearce, Kirk, Cummins, Collins, Elliman, Connolly & Law, 2009). Nyckeln till att lösa problemet ligger hos föräldrarna genom att köpa nyttig mat. Problemet är att de inte vill eller kan ta ansvar, de ser inte det felaktiga beteendet och vill själva inte sluta äta snabb- och färdigmat (Walker, et. al. 2007). Barn som får familjebaserad hjälp från vården går ner i vikt i större utsträckning än barn där familjen inte inkluderas. Det är föräldrarnas roll att erbjuda varierad och hälsosam kost, planera måltider och kontrollera matvanor. Att utbilda och uppmuntra föräldrar leder till att barn äter mindre mellan måltider, därför att det finns färre frestelser (Golan, et. al. 2008). Det är både bra och kostnadseffektivt med föräldrautbildning då det räcker att utbilda en

förälder för att få resultat i en hel familj (Epstein, et. al. 2001). Vad föräldrarna tror och tycker om sitt barns övervikt kan ha en stor inverkan gällande den kost de ger barnen och inställning till fysisk aktivitet (Myers, et. al. 2000). För att förbättra barns hälsa kan arbetet utgå från föräldrars tolkning av situationen, detta ökar det kritiska tänkandet och främjar själviakttagelse (Tyler, et. al. 2008). Överviktiga barn har ofta överviktiga föräldrar så utbildning av föräldrarna påverkar indirekt barnet (Walker, et. al., 2007).

Ett första steg för vårdpersonalen för att närma sig en familj med överviktsproblematik kan vara att kartlägga föräldrarnas synsätt, kostvanor och kroppsstorlek. Utan ett individuellt sätt att närma sig problemet där föräldrarna öppet får uttrycka sina åsikter är vilken plan som helst dömd att misslyckas (Myers, et. al. 2000). Föräldrar är pessimistiska till att klara av ändrade kost och aktivitetsvanor, de har även litet förtroende till sin egen förmåga att minska barnens övervikt (Epstein, et. al. 2001). Att föräldrar får lära sig om kost och träning är fördelaktigt när det gäller att hindra fortsatt viktuppgång som kan leda till övervikt i vuxen ålder med tillhörande hälsorisker (Dreimane, et. al. 2006). Föräldrar spelar en viktig roll gällande barns fysiska aktivitet. Barn relaterar fysisk aktivitet till socialt liv och att ha roligt. De leker aktivt i den utsträckning de har möjlighet till. De går till den lekplats som ligger närmast och kan inte ta sig längre bort om inte föräldern är med. Barn följer dessutom gärna med på föräldrars aktiviteter (Pearce, et. al. 2009).

Stöd

Föräldrar är i stort behov av stöd när det gäller deras barns övervikt. De letar efter någon utanför familjen som kan motivera barnet och förbättra barnets självkänsla. De söker även stöd för att kunna fokusera på nödvändiga förändringar (Stewart, et. al. 2008). Familjer ser ofta sjuksköterskan som en expert på området. Genom att följa en metod som bygger på samarbete kan sjuksköterskan nå familjen och skapa strategier och mål som är möjliga att uppnå. Det är genom samarbete föräldrar och barn blir aktiva i sitt arbete för att uppnå livsstilsförändringar (Tyler, et. al. 2008). För att lösa problemet med ett överviktigt barn försöker många familjer att arbeta tillsammans. Exempel på det är att skapa aktiviteter där hela familjen deltar och gemensamma matrutiner. Detta för att inte fokus enbart ska ligga på det överviktiga barnet (Jackson et. al. 2005). Föräldrar behöver bekräftande stöd och förslag på åtgärder (Myers, et. al. 2000). Stöd för att hela familjen ska ta sig igenom livsstilsförändringar. Stödet bör sträcka sig över en längre tid, för när möten och stöd minskar, minskar också motivationen. Föräldrar, framförallt mammor uppger att de behöver stöd från sin partner och familjen i övrigt. Alla måste vara överens att leva mer hälsosamt och jobba mot samma mål (Jackson et. al. 2005; Stewart, et. al. 2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med uppsatsen var att genom att göra en litteraturoversikt ta reda på om sjuksköterskan kan hjälpa överviktiga barn och deras familjer. Fördelarna med att göra en litteraturoversikt över detta ämne är att både kvalitativa och kvantitativa artiklar kan inkluderas vilket ger en bredare översikt. De begränsningar som författarna upplevde med metoden var att forskningen kring detta ämne ur omvårdnadsperspektiv är begränsad. För att besvara frågeställningarna på ett mer tillfredställande sätt skulle en omfattande kvalitativ intervjustudie gjorts med överviktiga barn, föräldrar och sjuksköterskor. Detta är på C-nivå inte möjligt att genomföra men är en idé för en eventuell D-uppsats. Krav för att inkludera artiklar var att de skulle vara publicerade på engelska i en vetenskaplig tidskrift och vara kritiskt granskade. Ytterligare krav var att de skulle handla om överviktiga barn, överensstämma med syftet och vara publicerade från år 2002.

Datainsamlingen tog längre tid än planerat då flera artiklar vars titlar stämde överens med uppsatsens syfte visade sig ha ett alltför biomedicinskt innehåll. Avsikten var från början att enbart använda kvalitativa artiklar då detta forskningssätt bättre speglar omvårdnadsperspektivet. Under datainsamlingens gång märkte författarna att lite kvalitativ forskning för uppsatsens syfte fanns. Enligt Friberg (2006) kan både kvalitativa och kvantitativa artiklar användas i en litteraturoversikt. Ytterligare ett antal litteratursökningar gjordes där både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades där abstract stämde överens med uppsatsens syfte. Artiklarna söktes i databaserna Cinahl, Medline och Elin. Störst antal artiklar hittades i Cinahl, detta kan bero på att detta var den första databasen som användes. I Medline gav sökorden ett stort antal träffar men många artiklar som fanns var redan funna via Cinahl. Det stora antalet artiklar i Medline gjorde antalet svårhanterligt. I Elin användes enbart en sökordskombination vilket resulterade i en artikel. Författarna är medvetna om att fler sökordskombinationer kunde ha använts i Elin men valde att enbart göra en sökning då många artiklar var samma som i Cinahl. Eftersom litteratursökningen gjordes i flera steg, flera gånger i olika databaser anser författarna att en stor del av tillgänglig och relevant forskning har hittats. Ett problem med litteratursökningen var att inte alla artiklar fanns att hitta i fulltext via högskolans hemsida. Resterande artiklar hittades via Googles sökmotor och en artikel beställdes via högskolans bibliotek. Mot slutet av litteratursökningen hittades ytterligare ett antal artiklar som inte var tillgängliga i fulltext. Författarna inser att dessa också kunde beställas via högskolans bibliotek men de valdes att exkluderas då det tog lång tid att få hem den första artikeln och det inte fanns tid att vänta på fler. En ytterligare anledning till att de exkluderades var den ekonomiska kostnaden. Författarna inser att detta beslut kan ha påverkat resultatet då det kan ha fått en annan vinkel om fler artiklar använts. Att inte inkludera dessa artiklar kan ha medfört en begränsning av resultatet.

Tolv artiklar valdes ut för analys. Av dessa kom fem från USA, två från England, en från Sverige, en från Australien, en från Skottland, en från Kanada och en från Israel. Att många artiklar kom från USA tror författarna kan förklaras med att barnfetma är ett större

problem där än i övriga världen. Bortsett från detta hade artiklarna en bra spridning världen över vilket ger ett övergripande perspektiv. Gemensamt för dessa länder är att de är av västerländsk kultur vilket kan tolkas som att övervikt är ett resultat av den västerländska livsstilen. Önskvärt hade varit att fler artiklar kom från Sverige för att kartlägga hur forskningen ser ut här. De svenska artiklar som hittades var dock för gamla eller stämde inte överens med uppsatsens syfte. Antalet artiklar som valdes anses av författarna vara ett passande antal för en uppsats på C-nivå då de ger tillräckligt med information och är möjliga att överskåda på den begränsade tiden. Avsikten var att artiklar publicerade från 2002 och framåt skulle användas för att få aktuell forskning. Detta fick dock frångås för att öka antalet artiklar, då fyra artiklar till användes, publicerade 1998, 2000 och 2001. Innehållet i dessa artiklar anses av författarna fortfarande vara aktuellt. Övriga artiklar var publicerade mellan år 2005-2009, vilket av författarna betraktas som aktuell forskning. Eftersom forskningen är begränsad inom exakt det ämne som valts fanns det inga artiklar med samma syfte som denna uppsats. Istället valdes artiklar med relevanta delar som tillsammans bildar ett resultat som stödjer uppsatsens syfte.

Kvalitativa och kvantitativa resultat presenteras på olika sätt och det går inte att göra exakta jämförelser. I en litteraturöversikt jämförs artiklarna avseende några valda aspekter och delas in i teman (Friberg, 2006). Författarna valde ut liknande aspekter ur artiklarna som stämde överens med uppsatsens syfte och jämförde på så sätt artiklarna med varandra. Ur de liknande aspekterna framkom tre olika teman. Varje tema fick en färg och det markerades i varje artikel med färgen vad som tillhörde respektive tema. Det skrivna resultatet baserades på dessa färgmarkeringar. Under resultatskrivandet framkom subteman under två av temana vilka användes för att skapa bra struktur i resultatet. För huvudtemana var det enkelt att hitta täckande benämningar då dessa var stora delar i artiklarna, vissa benämningar på subtemana kändes också självklara medan andra var svårare att benämna. Överlag gick det bra att skriva resultatet eftersom analys och kategorisering av teman var väl genomarbetat.

Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen har författarna valt att diskutera utifrån några viktiga delar i resultatet och vilket kunskapsbidrag detta innebär. Resultatet har även implicerats i sjuksköterskans arbetsuppgifter. Enligt Friberg (2006) skall författarna försöka ge konkreta förslag på hur vårdarbetet kan komma att påverkas av resultatet.

En stor del av föräldrar till överviktiga barn inser inte att deras barn är överviktiga, därför är det sjuksköterskans uppgift att väcka frågan. Många upplever det som en känslig fråga men detta får inte hindra sjuksköterskan från att ta upp frågan och erbjuda hjälp (Garmy, 2007; Myers, et. al. 2000; Jackson, et. al. 2005; Stewart, et. al. 2008). Oberoende på var sjuksköterskan arbetar kommer hon att möta överviktiga barn och har då ett ansvar att väcka frågan. Hos författarna väcks frågan om sjuksköterskan skall ta upp problemet med övervikt om barnet söker vård för något annat. Det är en tolkningsfråga om övervikt och fetma är en sjukdom i sig, men vad som är klart är att det kan leda till följsjukdomar. I bakgrunden för denna uppsats beskrivs det att överviktiga barn har tre gånger högre risk att drabbas av högt blodtryck än normalviktiga barn, de har dessutom tecken på sjukdom i många organ och en ökad risk att bli sjuka som vuxna (Handlingsprogram, 2006-2008; Choudhary, et. al. 2007). Anledningen att inte väcka frågan om fetma om inte patienten

söker själv, är att det inte är en sjukdom. Å andra sidan borde frågan tas upp eftersom fetma medför så stora risker. En parallell är om en patient läggs in på sjukhus på grund av lunginflammation och det på sjukhuset upptäcks att patienten dessutom har diabetes är det en självklarhet att behandla båda sjukdomarna. Om ett barn söker vårdcentral för öroninflammation och sjuksköterskan där upptäcker att barnet dessutom lider av fetma, skall hon då ta upp det? I sjuksköterskans kompetensområde ingår det att ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker (Socialstyrelsen, 2005b). Då sjuksköterskan väljer att ta upp problemet bör hon först göra detta med föräldrarna för att få deras åsikt. Är föräldrarna inte villiga att samarbeta bör ingen behandling inledas då Stewart, et. al. (2008) och Walker, et. al. (2007) anser att det är föräldrarna som är ytterst ansvariga för att behandlingen följs. Sjuksköterskan bör väcka frågan och samtala med föräldrarna på ett sätt som inte upplevs som ett påhopp eller nedvärderande. Kommunikation är enligt Travelbee (1971) sjuksköterskans viktigaste redskap för att skapa en relation med patienten. Sjuksköterskan skall i kommunikationen använda sig själv och sin egen personlighet för att uppnå en medveten förändring. Genom kommunikation skapar sjuksköterskan ett förtroende till barnet och föräldrarna.

När problemet har uppmärksammats börjar samarbetet med föräldrarna för att skapa en livsstilsförändring. Det krävs en dialog mellan sjuksköterska och familj och sjuksköterskans uppgift är att hjälpa familjen hitta egna lösningar och strategier för viktnedgång (Tyler, et. al. 2008; Myers, et. al. 2000). Resultatet kan tolkas som att sjuksköterskan till en början bör förse föräldrar med den utbildning och information som behövs för att göra positiva beteendeförändringar inom familjen. Det är viktigt att familjen hittar sin egen väg och formulerar sina egna mål som är realistiska och möjliga att uppnå. För att familjen skall få kontinuerligt stöd genom behandlingen skall sjuksköterskan finnas tillgänglig för att kunna svara på frågor, ge information och hjälpa till med att lösa problem. Familjen kommer med stor sannolikhet periodvis känna motgångar och då är det en trygghet att sjuksköterskan finns och ger stöd och råd.

Ett av de två viktigaste utbildningsområdena i resultatet är kosten. Det syns tydligt att familjer behöver göra förändringar i sina kostvanor för att kunna minska sin övervikt. Förändring av kostvanor ses som den svåraste förändringen att genomföra och bibehålla under en längre tid. Enligt uppsatsens resultat är det effektivt att bygga en kostförändring på ökat intag av frukt och grönsaker snarare än minskat intag av fett och socker. Ökad mängd frukt och grönsaker ger automatiskt minskad mängd fett och socker (Epstein, et. al. 2001). Detta kan bero på att ökad mängd grönsaker på tallriken ger mindre plats till kaloririka kolhydrater, till exempel äter barnet två potatisar istället för fem och får dessutom i sig mer näringsämnen eftersom grönsaker är mer näringsrikt. Sjuksköterskan kan även väcka tankar kring måltidsvanor för att skapa regelbundenhet. Frågor som kommer upp är, var sitter familjen under måltiden? Är hela familjen närvarande eller äter de vid olika tider, på olika platser i huset? Att äta skall vara trevligt, socialt och nyttigt. Laga mat kan vara en familjeaktivitet där hela familjen hjälps åt och umgås vilket kan förändra synsättet på mat, vad som i hemmet är nyttigt och onyttigt. Detta förändrar kosten för hela familjen och inte enbart det fokuserade barnet.

Det andra utbildningsområdet handlar om motion och fysisk aktivitet. Med fysisk aktivitet avses här all form av aktivitet då barn rör på sig, som att gå till skolan eller att ta en joggingtur i parken. En enkel förändring för barn kan innebära att leka utomhus istället för

att spela TV-spel. Föräldrar skall inte tvinga barnen att motionera, det skall komma spontant. Enligt Epstein et. al. (2000) leder stillasittande beteende som TV-tittande och datoranvändande till en låg fysisk aktivitet. Genom att minska möjligheterna till stillasittande beteende och samtidigt öka tillgången till fysisk aktivitet kommer barnen spontant att bli mer fysiskt aktiva. De barn som enbart får spendera en begränsad tid framför TV och dator och som har en möjlighet att leka utomhus till exempel i trädgården eller på en lekplats blir spontant mer aktiva. Enligt författarna bör föräldrar införa restriktioner över tiden spenderad vid TV och dator. Om det finns dåligt med alternativ för aktivitet i området kan en annan lösning vara att låta barnet delta i någon form av gruppaktivitet eller sport som barnet tycker är roligt, och varje vecka ta barnet dit. På så sätt får föräldrarna en viss kontroll över barnens aktivitetsvanor och kan främja en hälsosam livsstil. Sjuksköterskan kan använda sig av denna kunskap genom att informera föräldrarna om vikten av den dagliga motionen och hur man uppnår resultat genom till synes enkla förändringar i vardagen.

Betydelse för vårdandet

Resultatet visar att barnfetma är ett komplext ämne med många delar att ta hänsyn till. Ansvar för viktnedgång hos barn ligger hos många olika parter. Barnet och familjen har huvudansvaret, men även vård, skola och samhälle har ett ansvar (Holt, et. al. 2008; Garmy, 2007; Walker, et. al. 2007). Sjuksköterskans roll i behandlingen av överviktiga barn är att väcka frågan hos familjen och föra en dialog med barnet och föräldrarna som ger stöd och information. Dialogen med föräldrarna bör inrikta sig mot beteendeförändring inom kost och motion. En individuell plan för beteendeförändring skall utformas tillsammans med varje familj istället för att införa restriktioner (Walker, et. al. 2007; Dreimane, et. al. 2006; Tyler, et. al. 2008.). Resultatet skall tolkas ur sjuksköterskans perspektiv och hur hon kan använda sig av denna information i sitt arbete med att hjälpa barn och familjer med överviktsproblematik.

Sammanfattningsvis har föreliggande studies syfte besvarats i resultatet då sjuksköterskan kan medverka i ett antal olika aspekter gällande barns övervikt. Sjuksköterskan kan hjälpa överviktiga barn och deras familjer genom stöd och råd i livsstilsförändrande frågor. Viss kunskap är dessutom generaliserbar för andra typer av livsstilsjukdomar där patienten behöver hjälp med beteendeförändring.

Förslag till fortsatt forskning

Det har gjorts relativt få studier på sjuksköterskans, föräldrarnas och barnens syn ur ett omvårdnadsperspektiv. Det hade varit intressant att veta hur familjer vill att vården skall agera angående övervikt hos barn. Eftersom de enda som har svar på hur sjuksköterskan skall väcka frågan om överviktiga barn är familjen. Barns och föräldrars perspektiv är viktigt för att sjuksköterskor skall veta hur de skall närma sig familjen utan att uppröra. Största delen av forskningen kommer från USA. Det hade varit intressant att läsa mer forskning från Sverige.

REFERENSER

Barlow, S.E., Dietz, W.H., Klish, W.J., & Trowbridge, F.L. (2002). Medical evaluation of overweight children and adolescents: reports from pediatricians, pediatric nurse practitioners, and registered dietitians. *Pediatrics*, 110(1). 222-228.

Choudhary, A.K., Donnelly, L.F., Racadio, J.M., & Strife, J.L. (2007). Diseases Associated with Childhood Obesity. *American Journal of Roentgenology*, 188. 1118-1130.

Dennison, B.A., Erb, T.A., & Jenkins, P.L. (2002). Television Viewing and Television in Bedroom Associated With Overweight Risk Among Low-Income Preschool Children. *Pediatrics*, 109(6), 1028-1035.

*Dreimane, D., Safani, D., Mackenzie, M., Halvorson, M., Braun, S., Conrad, B., & Kaufman, F. (2007). Feasibility of a hospital-based, family-centered intervention to reduce weight gain in overweight children and adolescent. *Diabetes research and clinical practice*, 75.159-186.

Edmunds, L.D. (2008). Social Implications of Overweight and Obesity in Children. *Journal for Specialists in pediatric Nursing*, 13(3). 191-200.

*Epstein, L. H., Gordy, C. C., Raynor, H. A., Beddome, M., Kilanowski, C. K., & Paluch, R. (2001). Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. *Obesity research*, 9(3). 171-177.

*Epstein, L.H., Paluch, R.A., Gordy, C.C., & Dorn, J. (2000). Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric Obesity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154. 220-226.

Friberg, F., (2006). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.

*Garmy, P. (2007). Overweight and lifestyle in ten-year-old children. *Vård i Norden*, 27(1).27-30.

*Golan, M., Fainaru, M., & Weizman, A. (1998). Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. *International Journal of obesity*, 22. 1217-1224.

Handlingsprogram övervikt/fetma (2006-2008). Primärvården Skaraborg, Skaraborgs sjukhus & Kommunförbundet Skaraborg.

Harbaugh, B.L., Jordan-Welch, M., Bounds, W., Blom, L. & Fisher, W. (2007). Nurses and Families Rising to the Challenge of Overweight Children. *The Nurse Practitioner*, 32(3), 30-35.

*Holt, N.L., Moylan, B.A., Spence, J.C., Lenk, J.M., Sehn, Z.L., & Ball, G.D. (2008). Treatment preferences of overweight youth and their parents in western Canada. *Qualitative Health Research, 18*(9). 1206-1219.

Hälso och sjukvårdslagen (1982:763). Hämtad från WWW 2009-03-10 http://www.socialstyrelsen.se/AZ/regelverk/lagar_och_forordningar/innehall/lag_halsoochsjukvard.htm

*Jackson, D., Mannix, J., Faga, P., & McDonald, G. (2005). Owerweight and obese children: mothers' strategies. *Journal of advanced nurcing, 52*(1). 6-13.

Johnson, S.B., Pilkington, L.L., Deeb, L.C., Jeffers, L., He, J. & Lamp, C. (2007). Prevalence of overweight in North Florida elementary and middle school children: effects of age, sex, ethnicity, and socioeconomic status. *Journal of School Health, 77*(9). 630-636.

Kim, J., Must, A., Fitzmaurice, G.M., Gillman, M.W., Chomitz, V., Kramer, E., McGowan, R., & Peterson, K.E. (2005). Incidence and Remission Rates of Overweight Among Children Aged 5 to 13 Years in a District-Wide School Surveillance System. *American Journal of Public Health, 95*(9). 1588-1594.

Mamun, A.A., Lawlor, D.A., O'Callaghan, M.J., Williams, G.M., & Najman, J.M. (2005) Family and early life factors associated with changes in overweight status between ages 5 and 14 years: Findings from the mater University study of pregnancy and its outcomes. *International Journal of Obesity, 29*(5). 475-482.

Maynard, L.M., Galuska, D.A., Blanck, H.M., & Serdula, M.K. (2003). Maternal Perceptions of Weight Status of Children. *Pediatrics, 111*(5). 1226-1231.

Medicinska forskningsrådet. (2003). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Almqvist och Wiksell Tryckeri, Uppsala. Hämtad från WWW 2009-03-10 http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanfors.

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

Nationalencyklopedin. Hämtad från WWW 2009-03-20 <http://ne.se/lång/familj/167184>

Nyberg, R., (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och internet*. Lund: Studentlitteratur.

Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

*Pearce, A., Kirk, C., Cummins, S., Collins, M., Elliman, D., Connolly, A, M., & Law, C. (2009). Gaining childrens perspectives: a multiple method approach to explore environment influences on healthy eating and physical aktivitty. *Helth & Place 15*. 614-621.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research – methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *SBU rapport. Fetma - problem och åtgärder*. Hämtad WWW 2009-01-28 <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder/>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. (Uppdaterad: t.o.m. SFS 2008:192). Utbildningsdepartementet.

Socialstyrelsen. (2005a). Folkhälsorapport 2005-111-2. Hämtad från WWW 2009-03-10 <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A4489F0243F3B776D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf>

Socialstyrelsen. (2005b). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (2005-105-1). Hämtad från WWW 2009-03-10 [http://www.socialstyrelsen.sePublicerat /2005/8673/2005-105-1.htm](http://www.socialstyrelsen.sePublicerat/2005/8673/2005-105-1.htm)

*Stewart, L., Chapple, J., Hughes, A, R., Poustie, V., & Reilly, J, J. (2008). Parents' journey through treatment for their child's obesity: a qualitative study. *Archive of Disease in Childhood*, 93. 35-39.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis

*Tyler, D.O., & Horner, S.D. (2008). Collaborating with low-income families and their overweight children to overcome weight-related behaviors: an intervention process evaluation. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(4). 263-274.

*Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders, J., & Abbot, J. (2007). A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Family practice*, 8(50). 1-7.

Ward-Begnoche, W., & Thompson, J. (2008). Family Centered Care Assessing and Surmounting Barriers to Eating and Activity Changes in Overweight Youth. *Journal for Specialists in pediatric Nursing*, 13(3). 229-234.

World Health Organization.. Hämtad WWW 2009-01-28
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2006/20061113_1
http://www.euro.who.int/nutrition/20030507_1

* Artiklar använda i resultatet.

BILAGA 1

Klassificering av BMI för vuxna

BMI	Viktclass
18,5 - 24,9	Normalvikt
25 - 29,9	Övervikt
-30	Fetma

(SBU, 2002)

Klassificering av BMI för pojkar och flickor 2-18 år.

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

(Handlingsprogram 2006-2008)

BILAGA 2

Artikel översikt

Artikel 1	Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric obesity
Författare	Epstein, L. H., Paluch, R. A., Gordy, C. C., & Dorn, J.
Tidskrift	<i>Arch pediatric adoles med.</i>
Årtal	2000
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Att jämföra minskat stillasittande mot ökad fysisk aktivitet i behandling av fetma hos barn
Metod	Kvantitativ
Resultat	Resultatet över två år visar att antingen minskat stillasittande eller ökad fysisk aktivitet associerades med signifikant minskning i övervikt och mängd kroppsfett.
Diskussion	Minskat stillasittande är gynnsamt i behandling av övervikt hos barn.

Artikel 2	A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity
Författare	Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders., och Abbot, J.
Tidskrift	<i>BMC family practice</i>
Årtal	2007
Perspektiv	Vårdvetenskapligt
Syfte	Att utforska sjuksköterskors och vårdarens syn på sin roll i vårdandet av överviktiga barn.
Metod	Kvalitativ
Resultat	Sjuksköterskor tyckte att det var deras uppgift att ta upp frågan om övervikt med föräldrarna men ansvaret för viktnedgång ligger främst hos föräldrarna.
Diskussion	Överviktiga barn är ett familjeproblem och ett svårt problem att behandla. Det finns ett stort behov av att kartlägga vad som fungerar i behandling av överviktiga barn.

Artikel 3	Feasibility of a hospital-based, family-centered intervention to reduce weight gain in overweight children and adolescent.
Författare	Dreimane, D., Safani, D., Mackenzie, M., Halvorson, M., Braun, S., Conrad, B., & Kaufman, F.
Tidskrift	<i>Diabetes research and clinical practice</i>
Årtal	2007
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Utvärdera effekten av sjukhusbaserad familjecentrerad livsstilsprogram om vikt och hälsa för överviktiga barn ålder 7 till 17 år.
Metod	Kvantitativ
Resultat	Vikt och BMI var lägre efter 12 veckors vikt program, förbättringar i känslomässigt välmående syntes vid viktning.
Diskussion	Familjecentrerade program, hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och beteendeförändring är effektiva för viktstabilisering och fysisk funktion.
Artikel 4	Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity.
Författare	Epstein, L. H., Gordy, C. C., Raynor, H. A., Beddome, M., Kilanowski, C. K., & Paluch, R.
Tidskrift	<i>Obesity Research</i>
Årtal	2001
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Utvärdera effekten av föräldrafokuserad beteende förändring av föräldrar och barns matvanor, i en familj med minst en överviktig förälder.
Metod	Kvantitativ
Resultat	Förändringar under ett år visade att ökat frukt och grönsaks intag och minsak fett och socker intag vilket minskat övervikten.
Diskussion	Fokusera på ökat intag av frukt och grönsaker kan vara användbart för att uppnå en förändring i kostvanor hos föräldrar och deras barn.
Artikel 5	Overweight and lifestyle in ten-year-old children
Författare	Garmy, P.
Tidskrift	<i>Vård i Norden</i>
Årtal	2007
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Utvärdera övervikt- och livsstilsfaktorer hos 10-åriga barn.
Metod	Kvantitativ
Resultat	24% av barnen var överviktiga och 6% led av fetma. Överviktiga barn hoppar ofta över skollunchen, är trötta och har huvudvärk.
Diskussion	Det ses ett samband mellan att inte äta regelbundet och övervikt. Skolsjuksköterskan skall informera om vikten att äta lunch i skolan.

Artikel 6	Parental perceptions of the the preschool obese child
Författare	Myers, S., & Vargas, Z.
Tidskrift	<i>Pediatric Nursing</i>
Årtal	2000
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Se om föräldrars och sjukvårdspersonals syn på övervikt är densamma och om övervikt är ett orosmoment. Vilken kunskap har föräldrar om risker med övervikt, vad gör de för att minska övervikten hos sina barn och har de stött på svårigheter.
Metod	Kvalitativ
Resultat	35,5% av föräldrar till överviktiga barn uppfattar inte barnens övervikt. Över hälften av föräldrarna uppger att de inte har några svårigheter att kontrollera barnets matintag.
Diskussion	Föräldrar ser inte övervikt hos egna barn, och de brister i åtgärder mot övervikt även då många har kännedom om risker med övervikt. Föräldrar förnekar att de saknar kontroll över vad barnet äter. Deras grundläggande tankar om kroppsstorlek och kost måste kartläggas innan en åtgärdsplan kan göras. Föräldrar behöver förslag och stöd för att förbättra barnets levnadsvillkor.
Artikel 7	Overweight and obese children: mothers strategies
Författare	Jackson, D., Mannix, J., Faga, P., och McDonald, G.
Tidskrift	<i>Journal of advanced nursing</i>
Årtal	2005
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Kartlägga mödrars strategier för att hjälpa sina barn att uppnå en hälsosam vikt.
Metod	Kvalitativ
Resultat	Mammorna såg problemet som ett familjeproblem och inte ett individuellt problem för barnet.
Diskussion	Deltagarna var mycket öppna för information om strategier som kunde hjälpa dem till permanenta livsstilsförändringar. Det behövs mer forskning på hur man kan ge föräldrar denna hjälp.
Artikel 8	Collaborating with low-incom families and their overweight children to omrove weight-related behaviors: an intervention process evaluation
Författare	Tyler, D, O., & Horner, S, D.
Tidskrift	<i>Journal for Specialists in Pediatric Nursing</i>
Årtal	2008
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Hjälpa låginkomstföräldrar att förbättra livsstil och hälsorelaterade problem med överviktiga barn.
Metod	Kvalitativ
Resultat	Aktivitetens nivå och matvanor var föräldrars huvudsakliga bekymmer med att kontrollera deras barns vikt.
Diskussion	Samarbete mellan barn, föräldrar och sjuksköterska är en bra metod att hitta lösningar.
Artikel 9	Gaining childrens perspectives: a multiple method approach to explore

Författare	environment influences on healthy eating and physical activity. Pearce, A., Kirk, C., Cummins, S., Collins, M., Elliman, D., Connolly, A. M., & Law, C.
Tidskrift	<i>Health & Place</i>
Årtal	2009
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Samla in data om barns perspektiv på närliggande miljö och hur det påverkar matvanor och använda informationen i verkligheten.
Metod	Kvalitativ
Resultat	Barn poängterade föräldrars roll i deras kost och aktivitetsvanor.
Diskussion	Metoden för studien fungerade och det framkom ett antal ämnen som bör bejakas i arbetet med överviktiga barn.

Artikel 10	Parents' journey through treatment for their child's obesity: a qualitative study
Författare	Stewart, L., Chapple, J., Hughes, A. R., Poustie, V., & Reilly, J. J.
Tidskrift	<i>Archive of Disease in Childhood</i>
Årtal	2008
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Skapa en förståelse för föräldrars resa från förbehandling till slutbehandling av det överviktiga barnet.
Metod	Kvalitativ
Resultat	Föräldrarna var antingen hjälpsökare, undvikare eller förnekare. Föräldrarna var positiva till behandling men tyckte att de saknade stöd under behandlingen, speciellt från den övriga familjen.
Diskussion	Framtida behandling behöver ge mer stöd och suport livsstilsförändringar för hela familjen.

Artikel 11	Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change.
Författare	Golan, M., Fainaru, M., och Weizman, A.
Tidskrift	<i>International journal of obesity</i>
Årtal	1998
Perspektiv	Vårdvetenskapligt perspektiv
Syfte	Undersöka viktnedgång och ändring av matrelaterat beteende hos överviktiga barn som behandlas med familjebaserad vård.
Metod	Kvantitativ
Resultat	Den grupp där föräldrarna hade huvudansvaret hade större viktning än gruppen där barnen själva hade ansvaret.
Diskussion	Det är föräldrars roll att erbjuda en variation av hälsosam mat och sätta regler för mat och godis. Genom att utbilda föräldrar kunde man minska småätandet mellan måltiderna hos barn.

Artikel 12	Treatment preferences of overweight youth and their parents in western Canada.
Författare	Holt, N.L., Moylan, B.A., Spence, J.C., Lenk, J.M., Sehn, Z.L., & Ball, G.D.
Tidskrift	<i>Qualitative Health Research</i>
Årtal	2008
Perspektiv	Vårdvetenskapligt
Syfte	Undersöka familjens hemmiljö och ta reda på överviktiga barns och föräldrars inställning till behandling.
Metod	Kvalitativ
Resultat	Resultatet varierade från familjenivå till samhällsnivå. Familjer vill förbättra sina livsstilsvanor och få bättre hjälp från vården.
Diskussion	Detta ger insikt i komplexa individuella, familjära och miljörelaterade faktorer som påverkar beteendeförändring för en hälsosammare livsstil.
