



Institutionen för hälsovetenskaper
Sjuksköterskeprogrammet 120 p
SJC810 Fördjupningsarbete i omvårdnad
(41-60), 10 poäng

Faktorer av betydelse för omvårdnaden vid fetma hos skolbarn - en litteraturstudie.

Datum: 2007-01-22
Författare: Annett Nilsson
Jenny Svensson

Handledare: Lars Axelsson
Examinator: Anetth Granberg Axell

Faktorer av betydelse för omvårdnaden vid fetma hos skolbarn.

Författare: Annett Nilsson och Jenny Svensson

Handledare: Lars Axelsson

Litteraturstudie

Datum 2007-01-22

Sammanfattning

Fetma hos barn i västvärlden är ett växande folkhälsoproblem som har nått epidemiska proportioner. Ökat energiintag och minskad fysisk aktivitet har resulterat i att fetma nu är den mest vanliga kroniska sjukdomen i barndomen. Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer av betydelse vid omvårdnad av barn med fetma i åldern 7-12 år inom Primärvård och Barn- och Skolhälsovård. Litteraturstudien inkluderar nio vetenskapliga artiklar mellan åren 1996-2006. Artiklarna är funna i elektroniska databaser såsom PubMed, Cinahl och Elin@Kristianstad. Huvudkategorierna som framkom av resultatanalysen var: omvårdnad av barn i grupp, omvårdnad av barn individuellt, omvårdnad med familjen i centrum och belysning av kostens och motionens betydelse. Omvårdnadsåtgärder riktade till barn i grupp har visat sig vara en effektiv faktor för långsiktiga viktminskningsresultat, liksom vikten av att engagera familjen i omvårdnaden. Vid omvårdnad av barn individuellt är det viktigt att vårdpersonalen ger stöd och uppmuntran för att främja viktminskning. Det finns ingen enskild omvårdnadsåtgärd utan flera åtgärder bör kombineras och utvecklas för att främja hälsa hos barn med fetma.

Nyckelord: Skolbarn, omvårdnad och fetma.

Important factors in caring among schoolchildren with obesity.

Author: Annett Nilsson and Jenny Svensson

Supervisor: Lars Axelsson

Literature review

Date 2007-01-22

Abstract

Obesity among children in the Western World is a growing problem of public health. A increased intake of energy in relation to decreased amount of physical activity has led to that obesity is now the most common chronic illness in childhood. The aim of this study was to highlight factors of meaning in the care of children with obesity in the age between 7-12 years old, within Primary Care and Pediatric- and School Health Care. This literature review includes 9 articles with a scientific approach from the years between 1996-2006, which were found in electronic databases like PubMed, Cinahl and Elin@Kristianstad. The main categories in the analysis of the results was: caring with children in group, caring with children individually, caring which includes the family and the meaning of dietary habits and physical activity. Measures of caring directed to children in groups and including the families in caring have been effective factors in longtermed weightloss. In caring of children individually it's important that healthcare providers support and encourage the children to promote health. Several measures of caring should be combined and developed to promote health among children with obesity instead of using only one measure of caring.

Keywords: Schoolchildren, caring and obesity.

Innehållsförteckning

BAKGRUND	5
SYFTE.....	10
METOD.....	10
Urval.....	11
Analys.....	11
RESULTAT.....	12
Omvårdnad med barn i grupp	12
Omvårdnad med barn individuellt	12
Omvårdnad med familjen i centrum	13
Kostens betydelse i omvårdnaden	15
Motionens betydelse i omvårdnaden.....	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats.....	24

REFERENSER

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

Fetma hos barn- och ungdomar i västvärlden är ett växande folkhälsoproblem som har nått epidemiska proportioner. Västvärldens livsstil har lett till ”super-sizing” av vår diet och ”down-sizing” av vår aktivitet, vilket har resulterat i att fetma är nu den mest vanliga kroniska sjukdomen i barndomen. Den snabba ökningen och utbreddheten de senaste två årtiondena har gjort att fetma bland unga är ett av det mest utmanande dilemmat för närvarande inom barnsjukvården (Harvey O’Brien, Holubkov & Cohen Reis, 2004; World Health Organization, WHO, 2006).

Fetma är en kronisk folksjukdom som har nått epidemiska proportioner (Harvey O’Brien et al, 2004; WHO, 2006). För att en sjukdom ska räknas som en folksjukdom krävs en prevalens på över 1 % i befolkningen och att sjukdomen bidrar till sjukvårdskostnaden, sjukdomen blir kronisk när sjukdomen har ett långvarigt förlopp. Med epidemi menas att förekomsten av en sjukdom är större än förväntat och att frekvensen är högre än vad som anses normalt för en viss population, det vill säga alla människor i ett visst geografiskt område som till exempel i ett land (Janlert, 2000).

Den fundamentala orsaken till fetma i Europa enligt WHO är en obalans mellan energiintaget och energiförbrukningen. En global förändring av dieten har lett till ett förhöjt intag av energität mat med ett högt innehåll av fett och socker och för lite vitaminer och mineraler. Några andra orsaker till den ökade fetmaepidemin är det moderna samhällets struktur, sociala och ekonomiska policys och att allt fler människor bor i städer. Två tredjedelar av Europas befolkning bor i städer och den andelen ökar kontinuerligt. Befolkningen transporteras ofta med bil, har ett stillasittande arbete, samt konsumerar mer fabriksproducerad snabbmat (WHO, 2006). Det finns många faktorer i snabbmaten som gör att den kan bidra till ökad vikt, nämligen portionsstorlekar, hög energidensitet, smak, hög andel av mättat fett och transfettsyror, högt glykemiskt index och lågt innehåll av fibrer (Nowicka & Flodmark, 2006). Av Europas vuxna befolkning betecknas 150 miljoner ha

fetma, vilket motsvarar 20 % av befolkningen, 15 miljoner barn- och ungdomar i har fetma vilket motsvarar 10 % av befolkningen i Europa. År 2010 beräknas 10 % av barn i åldern 5-14 år har fetma i Europa (WHO, 2006). I Sverige år 2004 var prevalensen för fetma 5 % hos skolbarn i åldern omkring tio år (FHI, 2006). Barn inom denna grupp har större risk att i framtiden utveckla följsjukdomar. Exempel på dessa sjukdomar är hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, förhöjt blodtryck, sömnsvårigheter, blodfettsrubbingar, belastningsskador, gallbesvär, cancer, samt psykosociala problem som mobbing och utanförskap. För barn med fetma är risken stor att fetman består upp i vuxenlivet, vilket i sin tur kan leda till försämrad livskvalitet och förkortad livslängd (WHO, 2006).

Omsorgen av barn med fetma kräver en genomgående medicinsk utvärdering för att identifiera eventuella befintliga medicinska problem. Utredningen av fetman bör leda fram till förslag på tänkbara alternativ till behandling samt utbildning för barnet och dess familj (Barlow, Dietz, Klish & Trowbridge, 2002).

För att bedöma omfattningen av övervikt och fetma används Body Mass Index (BMI). BMI är ett mått som räknas fram utifrån kroppsvikt och kroppslängd, genom att dividera vikten med kvadraten på längden (kg/m^2) (Socialstyrelsen, 2005). WHO definierar övervikt med BMI över 25,00 kg/m^2 och fetma med BMI 30,00 kg/m^2 och uppåt. Enligt WHO är en vuxen individ normalviktig om han/hon har ett BMI på 18,50-24,99 kg/m^2 och har en vuxen individ ett BMI under 18,50 kg/m^2 är han/hon underviktig (WHO, 2006).

Det finns sedan år 2000 internationella definitioner på övervikt respektive fetma hos barn. Innan år 2000 hade nästan varje forskare sin egen definition vilket försvårade jämförelser mellan olika studier. I Sverige baseras definitioner för fetma på kurvor som har angett en gräns för fetma, men inte för övervikt. De svenska kurvorna har nyligen försetts med de internationella gränserna BMI 25 för övervikt (i Sverige även kallat iso-BMI 25) och BMI 30 för fetma (i Sverige

även kallat iso-BMI 30). En ny internationell BMI-standard för barn är föreslagen (Nowicka & Flodmark, 2006).

BMI värdet för barn är lägre än för vuxna samt varierar med ålder och kön, och gränserna för övervikt och fetma bland barn måste därför justeras. Som ett exempel på detta ökar BMI värdet fram till två års ålder och mellan två och fem års ålder minskar BMI-värdet. Efter fem års ålder ökar BMI-värdet igen.

Gränserna för fetma hos en 9-årig flicka är BMI på 22,81 kg/m² och gränsen för fetma för en 11-årig flicka är ett BMI på 25,42 kg/m². Motsvarande värde för en 9-årig pojke är BMI på 22,77 kg/m² och BMI 25,10 kg/m² vid 11- års ålder (Statens Folkhälsoinstitut, FHI, 2005).

Regelbunden mätning av vikt och längd hos barn och ungdomar i Sverige utgör basen i ett hälsoövervakningsprogram. Införandet av tillväxtdiagram i rutinarbetet inom Barn- och Skolhälsovården innebär att man får ett arbetsinstrument som gör det möjligt att enkelt visualisera bland annat tillväxtavvikelse eller fetma. Längd och vikt mäts och prickas in på tillväxtdiagram från det nyfödda barnet fram till grundskolans slut, ca 16 år. När tillväxtkurvor tolkas bör avvikelser som kan fordra tidig åtgärd uppmärksammas (Socialstyrelsen, 1991). Enligt Barnöverviktsenheten i Skåne finns inga direkt fasta kriterier för fetma, utan barnen skall ha en normal längdutveckling, det vill säga följa sin tillväxtkurva, och vara symptomfria, vilket vill säga att det inte föreligger något tecken på sjukdom såsom exempelvis diabetes och hormon- och kromosomsjukdomar. Barnets ålder och kön har en avgörande betydelse för kriterier av fetma. Barnöverviktsenheten tar även hänsyn till föräldrarnas vikt, längd och deras BMI för klassificering av fetma (Region Skåne, 2006). Att kriterierna för att klassificera fetma hos barn är beroende av föräldrarnas längd och vikt bekräftas även av studier gjorda i USA där det har undersökts hur barnkliniker identifierar och klassificerar övervikt och fetma (Barlow et al, 2002).

Under barnaåren är ursprungsfamiljen mycket viktig men även andra vuxna som till exempel mor- och farföräldrar och styvföräldrar är betydelsefulla. För barnets psykologiska och sociala utveckling är familjen en huvudfaktor och basen för att avgöra barnets livskvalitet. Föräldrarna kan kontrollera barnets miljö genom att bestämma vilken sorts mat som ska köpas hem och vad barnet bör äta. Vidare lär föräldrarna ut att fysisk aktivitet är en naturlig del av livsstilen och att ta ansvar utifrån sin mognad. Familjen har möjlighet att förhindra utvecklingen av fetma hos barn (Nowicka & Flodmark, 2006). Barnöverviktsenheten i Skåne anser att mycket av omvårdnaden bygger på att finna lösningar och att lyssna på barnen och deras familjers svårigheter som att till exempel kunna genomföra rekommenderade kost- och motionsförändringar. Dessutom är det viktigt att ta tillvara på barnens egna önsknings (Region Skåne, 2006). Harvey O'Briens et al, (2004) studie visar att det finns sociala och kulturella mönster gällande kost- och motionsvanor och att närstående så som föräldrar ofta har dålig kunskap inom kostens och motionens betydelse inför barnens framtida livssituation. Enligt WHO (2006) är fetma mer vanligt i regioner med hög andel låginkomsttagare och lågutbildade. Samtidigt har de sämre tillgång till hälso- och sjukvård och preventiv upplysning, vilket har betydelse i utbredningen av fetman.

Erik H. Erikson är en utvecklingsteoretiker som anser att människan utvecklas hela livet genom existentiella kriser. Erikson delar in livet i åtta stadier och beskriver typiska beteendemönster i varje period. Det finns två möjliga krislösningar i varje period, en positiv och en negativ. Båda krislösningarna är viktiga att ha med sig i livet, men det positiva överväger det negativa menar Erikson. De åtta utvecklingsstadierna hänger samman och jagstyrkan grundläggs. Stadiet för åldern 7-12 år benämner Erikson "Arbetsflit kontra underlägsenhet". Det är en period när barnets intresse riktas mot kamraterna och domineras av arbete och flit. Logikens lagar börjar gälla och barnet lär sig läsa, skriva och räkna. Genom att se hur vuxna gör, lär sig barnet att vinna erkännande genom egna prestationer och barnet känner att det duger genom beröm och uppmuntran. Jagstyrkan utvecklas därmed till kompetens. Underlägsenhet utvecklas om barnet

blir mobbat eller utsatt för mycket kritik och klagomål (Erikson, 1963; Andersson, 2000).

Barnen förstår förklaringar och har stora krav på sig själva att klara av att samarbeta och barnen kan också förstå vad som kommer att hända framåt i tiden. Föräldrarna är fortfarande viktiga som trygghet men barnen kan också känna trygghet med andra människor utanför familjen. Barnen i denna ålder är villiga att lära sig nya saker och informationen till dessa barn bör utgå från att de vill veta mera. Det är viktigt i omvårdnaden för den här barngruppen att tillrättalägga eventuella missförstånd och korrigera dessa innan behandling genomförs (Månsson & Enskär, 2000).

Dorothea Orem är en känd omvårdnadsteoretiker som har haft stort inflytande på vårdvetenskapen. Orem har arbetat med att utveckla en omvårdnadsmodell som består av en teori i tre delar där hon beskriver egenvård, egenvårdsbrist och egenvårdskapacitet. I teorins första del beskriver Orem egenvård som en målinriktad handling som människan på ett eget initiativ utför för sig själv, eller att man hjälper anhöriga eller andra som är beroende av hjälp. Orem utvecklar egenvårdsbrist i teorins andra del och beskriver de mål och syften som egenvårdshandlingar behöver ha för att säkerställa normal funktion, utveckling och hälsa. Orem benämner det egenvårdsbehov, med vilket hon menar, att det finns obalans mellan kraven på handling och personens förmåga att leva upp till kraven och att det föreligger ett omvårdnadsbehov. I den tredje delen av teorin beskriver Orem sjuksköterskans planering av omvårdnaden när personen lider brist på egenvårdskapacitet. Orem menar vidare att omvårdnaden ska syfta till att kompensera fullständig brist på eller bristfällig egenvårdskapacitet och att om möjligt utveckla patientens kapacitet för egenvård. Egenvårdskapaciteten påverkas av både genetiska och kulturella relationer och av den enskildes erfarenheter och välbefinnande. Enligt Orem har sjuksköterskan dessutom fem hjälpmetoder för att främja omvårdnaden; att utföra eller handla för en annan person, att handleda en annan person, ge fysiskt och psykologiskt stöd och

handledning, att skapa en miljö som främjar utvecklingen samt undervisning av personen (Kirkevold, 2000; Selanders, Schmieding & Hartweg, 1995).

Sjuksköterskan har som uppgift att kunna ge den omvårdnad som krävs i form av information och utbildning. Det centrala för sjuksköterskan är de konsekvenser, i form av fysiska och psykiska problem, som fetman kan föra med sig för barnen och deras närstående. För att kunna planera omvårdnaden behöver sjuksköterskan veta vilka faktorer som påverkar patientens behov. Vissa behov har med tillståndet att göra, andra kan vara av fysisk, psykisk, andlig, social eller ekonomisk karaktär. Det vill säga att det är viktigt att sjuksköterskan har ett holistiskt synsätt och ser hela människan. Sjuksköterskan behöver kunskaper och färdigheter, såväl praktiska som mänskliga, för att ha möjligheter att ge patienten den vård, undervisning och vägledning som han/hon har behov av och krav på (Almås, 2002).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer av betydelse vid omvårdnad av barn med fetma i åldern 7-12 år inom Primärvård och Barn- och Skolhälsovård.

METOD

Metoden som har använts är en allmän litteraturstudie, där sökning efter vetenskaplig litteratur, som motsvarat studiens syfte, utförts i elektroniska databaser (Forsberg & Wengström, 2003). Databaserna som har genom sökts är PubMed, Cinahl, SweMed, Libris, Google Scholar och Elin@Kristianstad. Websidor som FHI, Socialstyrelsen, Region Skåne och WHO har lett till grundläggande fakta till bakgrunden, och webbsidornas referenslistor har väglett till vetenskapliga artiklar. Manuell sökning har även tillämpats, vilket innebar att tre av de vetenskapliga artiklarna som använts till litteraturstudiens resultatdel hittades via referenslistor på Statens Folkhälsoinstituts webbsida. Skälet till att denna design valts var att det fanns vetenskapligt stöd i litteraturen och att den lämpade sig bäst i förhållande till studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2003).

Urval

Urvalet till studien är barn i åldern 7-12 år med fetma och deras familjer som uppsöker olika sjukvårdsinstanser. För att underlätta sökningen av databaserna har utvalda sökord använts såsom child, schoolchildren obesity, nurse, treatment, family, parent, familybased treatment, education och information (se bilaga 1). För att ge ytterligare begränsning av sökningarna har inklusions- och exklusionskriterier tillämpats (Forsberg & Wengström, 2003). Inklusionskriterier för sökningen var barn med fetma i åldern 7-12 år med västerländsk livsstil och att artiklarna var skrivna på engelska, mellan åren 1996 och 2006. Till exklusionskriterierna hör spädbarn, förskolebarn, tonåringar, barn med specifika fysiska och psykiska sjukdomar, artiklar som saknade abstract och artiklar som inte svarade mot litteraturstudiens syfte.

Analys

Efter artikelsökningen framkom det att fjorton artiklar var relevanta i förhållande till syftet. Tio artiklar beställdes via Kristianstad Högskolas Bibliotek och fyra artiklar hittades i fulltext i databaserna. Av samtliga funna artiklar gjordes kvalitetsgranskning enligt Forsbergs och Wengströms (2003) checklistor. Tre artiklar exkluderades på grund av att de inte motsvarade litteraturstudiens syfte samt hade en bristande metoddel. Två artiklar inkluderades till litteraturstudiens bakgrund och nio artiklar till litteraturstudiens resultat. Analys av artiklarna utfördes genom noggrann enskild läsning av samtliga inkluderade artiklar och därefter sammanfattades gemensamt artiklarna i en artikelöversikt (se bilaga 2). De nio kvarvarande artiklarnas resultat kategoriserades efter induktiv metod utifrån vårt syfte, vilket innebar att mönster, teman och kategorier tagits fram från det insamlade materialet. Genom att göra innehållsanalysen systematisk har huvudkategorier utvecklats från subkategorierna. Subkategorierna som framkom var professionell vägledning, beteendeförändring, viktminskning/viktökning, rådgivning, promenader, sportaktiviteter, vanor, föräldrarnas övervikt, frånvaro av föräldrars motivation och tv-tittande. Analysen av de vetenskapliga artiklarna är

redovisade under huvudkategorierna i kommande resultatdel (Forsberg & Wengström, 2003).

RESULTAT

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer av betydelse vid omvårdnad av barn med fetma. Litteraturgenomgången visade på fem huvudkategorier i form av omvårdnadsfaktorer av betydelse: omvårdnad med barn i *grupp*, omvårdnad med barn *individuellt*, omvårdnad med *familjen* i centrum samt belysning av *kostens* och *motionens* betydelse.

Omvårdnad med barn i grupp

Resultatet av artikelgranskningen visade att omvårdnad med barn i grupp är en viktig faktor för att komma fram till långsiktiga resultat (Story et al, 2002; Golan & Crow, 2004; Golan et al, 1998; de Mello et al, 2004; Eliakim et al, 2004; Nemet et al, 2004). Barn som fick professionell hjälp och stöd i grupp tillsammans med andra barn när det gäller kombinerat kost-, beteende- och fysiskt aktivitetsprogram, hade bättre långsiktigt resultat i viktminskning än barnen i kontrollgruppen. Barnen i kontrollgruppen fick inte lika grundligt stöd, inte lika många undervisningstillfällen och fick dessutom utföra sin motion på egen hand (Eliakim et al, 2004). En studie av Nemet et al. (2004) visar ett liknande resultat där barn som fått stöd och fått följa ett detaljerat program visar bättre långsiktiga viktminskningsresultat. Denna studies resultat tyder på att vinsten av att följa ett utarbetat program leder till att motionen i vardagen ökade och de utvecklade bättre matvanor genom ett förändrat beteende.

Omvårdnad med barn individuellt

Story et al. (2002) visar i sin studie att det är viktigt att behandla barn med fetma, informera om riskerna med de kroniska sjukdomar och framtida problem som kan följa på grund av fetman. Vårdpersonal inom pediatrik ansåg själva att deras skicklighet behövde bli bättre för att kunna möta de krav som ställs i undervisningen av barn med fetma, såsom beteendemönster, motivationssamtal och stödgrupper.

I de Mellos et al. (2004) studie bestod kontrollgruppen av barn med fetma behandlade i ett individuellt program för viktninskning. Kontrollgruppen jämförs med experimentgruppen som bestod av barn med fetma behandlades i ett gemensamt viktninskingsprogram. Båda grupperna uppvisade kost- och motionsförändringar men förändringarna skiljde sig åt mellan grupperna inom olika områden. Barn i det individuella behandlingsprogrammet ökade sitt intag av frukt och grönsaker och reducerade sitt ätande av pommes frites och chips, medan barnen i grupp drack mindre mängd läsk och åt mindre pizza och snabbmat. Den individuella gruppen ägnade sig mest åt allmänna sportaktiviteter såsom promenader förlagda på helgerna. Deltagarna i grupprogrammet hade allmänt ökat sin fysiska sportaktivitet över hela veckan.

En liknande studie gjord av Sothorn et al. (2000) visade att viktninskningen, hos barn med fetma, var signifikant i kontrollgruppen och experimentgruppen. Kontrollgruppen behandlades individuellt och experimentgruppen behandlades i grupp. Däremot visade Eliakims et al. (2004) studie att barn som inte fick delta i det strukturerade viktninskingsprogrammet, utan behandlades individuellt istället, ökade i vikt jämfört med barnen som ingick i programmet.

Omvårdnad med familjen i centrum

Enligt Storys et al. (2002) studie har familjen en betydande roll i behandlingen av barnfetma. För att uppnå bästa resultat för barn med fetma behövs föräldrarnas engagemang. Sjukvårdspersonal inom pediatrik anser att bristande inblandning av föräldrarna i behandlingen ses som ett hinder och därför behövs det utbildning och handledning för föräldrar till barn med fetma.

I en studie gjord av Golan et al. (1998) bestod experimentgruppen av föräldrar till barn med fetma och kontrollgruppen bestod av barn med fetma. Båda grupperna fick liknande utbildning i kost-, motions- och beteendeförändringar. Resultatet visade att hos barnen i experimentgruppen var viktreduktionen signifikant jämfört med hos barnen i kontrollgruppen. Uppföljning av föregående studie, sju år

senare, visade liknande resultat (Golan & Crow, 2004). Golans et al. (1998) resultat visar att det i båda grupperna fanns minst en förälder med fetma, och hos 45 % av de deltagande barnen hade båda föräldrarna fetma innan interventionen. Vikten hos mammorna till barnen som ingick i studien, både experiment- och kontrollgruppen, visade ingen signifikant skillnad. Däremot minskade de deltagande barnens pappor i experimentgruppen sin vikt signifikant medan papporna i kontrollgruppen inte visade några signifikanta skillnader i viktminskning.

Motsatt resultat visar Eliakims et al. (2004) studie där kontrollgruppen hade högre prevalens av fetma i familjen än familjerna i experimentgruppen. I kontrollgruppen hade minst en förälder i familjen fetma jämfört med experimentgruppen, där 47 % av deltagarnas föräldrar inte hade någon fetma alls. Endast 16 % i kontrollgruppen förlorade vikt efter interventionen i jämförelse med 70 % i experimentgruppen.

I Wrotniaks et al. (2004) studie har tre olika familjebaserade viktprogram jämförts. Resultatet visar att barn till föräldrar med högst BMI minskade mer i vikt än föräldrar med lägre BMI, efter 6 och 24 månader då utvärdering av viktprogrammen gjordes. Studien visar vidare att det finns ett signifikant samband mellan föräldrarnas och barnens viktförändring.

Många olika infallsvinklar i behandlingen av barnfetma har undersökts, inkluderat kost, motion, beteendeterapi, operation och läkemedel. Ingen behandlingsmetod har visat sig vara tillräckligt effektiv som ensam faktor i behandling för barn med fetma. Detta har lett till fokus på kombinerade behandlingsprogram där det är viktigt att involvera familjen. Kognitiv terapi har visat sig vara effektiv i behandling av barnfetma, likaså har familjeterapi visat sig vara en effektiv metod (Flodmark et al, 2004).

Kostens betydelse i omvårdnaden

I Nemets et al. (2005) studie fick interventionsgruppen en kombinerad tremånads intervention av kost-, beteende- och fysiskt aktivitets program. Resultatet visade att både experiment- och kontrollgruppen under denna tid minskade sitt dagliga energiintag efter interventionen. Minskningen av energiintaget var dock något större i experimentgruppen än i kontrollgruppen.

Även de Mellos et al. (2004) studie visade en förändring av matvanorna där experimentgruppen drack mindre läsk och i stället drack mer vatten. De åt också färre smörgåsar, hamburgare, pizza och snabbmat. I kontrollgruppen fanns en signifikant ökning när det gällde konsumtionen av frukt och grönsaker, samt en signifikant minskning av konsumtionen av chips och friterad potatis. Flodmark et al. (2004) menar att regeringen borde påverka media att öka informationen om hälsosam mat, och inte som nu, marknadsföra ohälsosam mat och söta drycker i till exempel TV i samma utsträckning.

Motionens betydelse i omvårdnaden

Enligt Nemet et al. (2005) föreligger det en signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen efter utförd interventionsåtgärd. Resultatet visade en liten förminskning av den fysiska aktiviteten i kontrollgruppen. Deltagarnas uthållighet ökade signifikant i båda grupper, dock var ökningen större i interventionsgruppen. Det framkommer även av studien att förändringen av tv-tittandet inte förändrades nämnvärt i någon av grupperna.

Resultatet från studien av de Mello et al. (2004) visade att experimentgruppen som bestod av barn behandlade i grupp hade ökat sin fysiska aktivitet. Barnen som fick aktivt stöd i sitt motionsprogram ökade frekvensen för promenader, samt att aktiviteterna ofta var förlagda till helgen. Kontrollgruppen som behandlades individuellt och som fick utöva sitt motionsprogram på eget initiativ utan aktivt ledarstöd, hade ökat sin fysiska aktivitet generellt, och var oftast förlagt till helgen. Att promenera hade också ökat men dock inte i samma utsträckning som i

experimentgruppen. Båda grupperna minskade sitt tv-tittande totalt sett under den tid som studien pågick.

I Sothorns et al. (2000) studie av barn med fetma fick experimentgruppen utbildning i gymnastik och varierande motion genom ett tioveckors viktprogram. I programmet ingick det att de skulle rapportera utförda aktiviteter varje vecka. Experimentgruppens deltagare uppger att deras uthållighet ökade under programmets varaktighet. Deltagarna uppger att bortfallet av rapporter berodde på skola, sportaktiviteter och familjeangelägenheter. Kontrollgruppen deltog i samma grundprogram men promenerade istället tre gånger i veckan, vilket inte behövde rapporteras.

DISKUSSION

Metoddiskussion

I denna litteraturstudie inkluderades elva vetenskapliga artiklar som hittades i databaserna PubMed, Cinahl, Elin@Kristianstad och på FHI: s och WHO: s webbsidor. Under litteratursökningen visade det sig att flera av artiklarna återkom under olika sökord i olika databaser, dessutom var flera artiklar länkade till varandra i de olika databaserna. Flera vetenskapliga artiklar som exkluderades från urvalet var inte översatta till engelska, vilket kan innebära att resultatet inte kan generaliseras, eftersom ett antal artiklar som exkluderats från studien var från länder med hög prevalens av fetma som till exempel Grekland, Spanien och forna Östeuropeiska länder. Artiklarna som inkluderades i studien hade en kvantitativ ansats, vilket ansågs vara av betydelse för syftet, då det var att belysa faktorer av betydelse vid omvårdnaden av barn med fetma. Innan artiklarna inkluderades granskades de ur ett kvalitetsperspektiv enligt Forsberg & Wengströms (2003) checklistor för kvantitativa artiklar. Artiklarna som inkluderades i litteraturstudien uppfyllde kraven på vetenskaplighet.. Litteraturstudiens artiklar har varit av olika svårighetsgrad, särskilt artikeln av Wrotniak et al. (2004) var svår att tolka och var skriven på ett komplicerat språk med invecklade facktermer och svårtolkade

diagram. I jämförelse med de Mellos et al. (2004) artikel vilken var lättöverskådlig med klara och tydliga diagram samt ett tilltalande språk. Många artiklar var intressanta men uppfyllde inte de krav på vetenskaplighet som krävdes för att ingå i denna litteraturstudie.

Litteraturstudiens styrka är bredden i sökningen av artiklar, i flera olika databaser, vilket gav en vidgad kunskap om fetma och dess konsekvenser för barn. Genom den breda sökningen har vi fått ta del av många artiklar skrivna av olika yrkeskategorier som dietister, barnsjuksköterskor, personal inom skolhälsovården som har belyst ämnet fetma ur olika infallsvinklar. Trots intressanta artiklar har inte samtliga inkluderats i studien eftersom de inte svarade mot studiens syfte men har ändå bidragit till en ökad kunskap och intressant läsning. Den valda metoden har belyst faktorerna av betydelse vid omvårdnad av barn med fetma i åldern 7-12 år.

Två av de inkluderade artiklarna (Sothorn et al, 2000; Eliakim et al, 2004) hade ett stort bortfall av deltagare i kontrollgrupperna, vilket delvis berodde på olika anledningar som till exempel att barn har tyckt att det har varit besvärligt att kombinera skolan med ett viktreduceringsprogram. Det ansågs även besvärligt av föräldrarna eftersom det ställdes krav på deras medverkande och önskan av forskare på livsstilsförändringar, samt att föräldrarna uppgav att barnen upplevde utanförskap på grund av sitt viktreduceringsprogram i skolan. Deltagarna i Sothorns et al. (2000) studie upplevde det besvärligt att redovisa sina resultat varje vecka inom viktkontrollprogrammet till forskarna. Trots deltagarnas bortfall anser vi att Sothorns et al. (2000) och Eliakim et al. (2004) studier är intressanta samt att resultatet stärktes av andra inkluderade vetenskapliga studier med liknande syfte-, metod- och resultatdel. Det finns en risk att vår ovana att analysera vetenskapliga artiklar gjort att resultatet är ofullständigt i vissa delar.

Resultatdiskussion

En allmän litteraturstudie gjordes för att få en djupare förståelse för vilka faktorer som är av betydelse vid omvårdnad av barn med fetma i åldern 7-12 år inom

Primärvård och Skolhälsovård. En bidragande orsak till fetma hos barn beror till viss del på okunskap om kostens och motionens betydelse hos barn och föräldrar. En ökad stillasittande livsstil som till stor del beror på ett ökat tv-tittande och datoranvändning, samt att tillgången till läsk och sötsaker som godis, kakor, snacks och snabbmat har blivit mer tillgängligt i samhället, kan vara ytterligare orsaker till fetma hos barn.

Resultatanalysen visar att omvårdnadsåtgärder riktade till barn med fetma i grupp anses vara effektiva åtgärder för att åstadkomma långsiktiga viktminskningsresultat (Story et al, 2002; Golan & Crow, 2004; Golan et al, 1998; de Mello et al, 2004; Eliakim et al, 2004; Nemet et al, 2004). Resultatet tolkades som att barn behandlade i grupp uppnår ett långsiktigt viktminskningsresultat på grund av att de får regelbundet professionellt stöd i form av kostrådgivning, råd om beteendeförändringar och ett väl utformat aktivitetsprogram i form av organiserad fysisk aktivitet. När viktminskningsprogrammet är genomtänkt och väl utarbetat upplever barnen att det finns struktur och mening med programmet, vilket vi anser kan påverka barnet till att delta aktivt och det i sin tur leder till ett gott resultat. En annan avgörande faktor till framgång kan vara att barnen finner stöd och trygghet i sin grupp, upplever att de inte är ensamma om sitt problem och kanske känner sig mindre utsatta i sin vardag.

På FHI:s webbsida (2005) poängteras det preventiva arbetet när det gäller grupper av barn med fetma i skolåldern, FHI menar att det är viktigt att identifiera barn med fetma i ett tidigt stadium inom Skolhälsovården. Barnens möjligheter till aktiv lek på skolan bör främjas, samt att det finns utrymme att utöva gruppaktiviteter som till exempel bollspel. Det är viktigt att anpassa idrottsundervisningen i skolan till barnens förmåga att kunna delta i gruppövningarna och förändra idrottsundervisningen så den blir mer anpassad att passa både flickors och pojkars intressen. Studier gjorda av FHI (2006) har visat att idrottsintresset hos flickor ökar om idrotten förändras och bättre passar deras intressen såsom dans, aerobics och träning i självförsvar. Vi anser att

undervisningen av skolbarnen, både flickor och pojkar, bör leda till att barnen får upplysning om kroppens funktion och kunskap i betydelsen av kroppens rörelsebehov samt stimulerande miljö som leder till ökad fysisk aktivitet hos barnen.

Flera landsting har rapporterat olika projekt till FHI som ska leda till en ökad fysisk gruppaktivitet inom skolan. Dessa projekt har gemensamt att de riktar sig till barn i skolor som använder sig av olika metoder för att skapa stödande miljöer för att därigenom stimulera till olika aktiviteter för barn. Några exempel på sådana aktiviteter är utomhusaktiviteter, dagliga lärarledda rörelseaktiviteter och dagliga promenader. Ett framstående projekt som har stimulerat andra skolor i Sverige är Bunkefloprojektet i Skåne som är ett samverkansprojekt mellan Bunkefloskolorna och lokala idrottsföreningar. Projektet riktar sig till skolbarn i årskurs 1-9 där alla barn i årskurs 1-4, det vill säga 7-11 år, har fysisk aktivitet dagligen. Den fysiska aktiviteten handlar om lust till rörelse och att upptäcka att man behärskar sin kropp. I projektet poängteras att tävling och prestation inte hör hemma i skolans projekt utan det står idrottsföreningarna för på fritiden (FHI, 2002).

Åldern 7-12 år är en period som förknippas med arbetsflit och en vilja att uppnå resultat vilket innefattar att barnen gärna gör något tillsammans med andra barn (Erikson, 1963). Skolans insatser är ett bra typexempel på gruppinsatser för barn i skolåldern, tycker vi, eftersom barnen i denna ålder är mottagliga till att vilja lära sig, ta ansvar och visa resultat på sin prestation. Genom att på ett positivt sätt ta vara på detta intresse kan barnens självuppfattning inför framtiden stärkas. Ett annat område där vi anser att skolan kan ta tillvara på barnens intresse att skaffa sig kunskap är i hemkunskapsundervisningen, där barn får kunskap i näringskunskap och stimuleras att lära sig laga mat själv.

Omvårdnadsåtgärder som riktas till barn i grupp kan jämföras med omvårdnad med barn individuellt. Det passar inte alla barn att delta i gruppövningar utan barnen visar bättre resultat i viktminskning individuellt. Studier gjorda av de

Mello et al. (2004) och Sothorn et al. (2000) visar att det inte framkom några avgörande skillnader på att behandlas i grupp eller individuellt utan bägge grupperna gjorde framsteg inom olika kost- och motionsförändringar. Motsatsen visade Eliakims et al. (2004) studie där barnen som behandlades individuellt istället ökade i vikt. Detta resultat tolkas som att barnen som behandlades individuellt inte fick liknande förutsättningar och stöd, inom kost-, motions- och beteendeförändringar, som barnen i experimentgruppen som behandlades i grupp. För att barn som behandlas individuellt ska uppnå samma långsiktiga viktminskningresultat som barn som behandlas i grupp, anser vi att barnen som behandlas individuellt ska få möjlighet till liknande omvårdnadsfaktorer som har visat sig vara av betydelse för de barn som behandlats i grupp. Faktorer som varit framgångsrika är kost- och motionsråd, ett personligt utvecklat aktivitetsprogram samt stöd och uppmuntran till beteendeförändringar. Det är viktigt för barnet i sin mognadsprocess att barnet känner sig tryggt även psykosocialt, där en faktor är att barnet har ett tillfredställande socialt nätverk med en stödjande omgivning.

Erikson (1963) menar att barnen i skolåldern är motiverade att utföra prestationer i grupp då deras intresse ofta riktar sig mot kamraterna. Under detta utvecklingsstadium växer barnens insikter om människors skilda möjligheter fram. Utifrån detta anser vi att det kan vara av vikt för viktminskningresultatet att de barn som ingår i ett individuellt viktminskningprogram inte har någon att uppvisa sina resultat för, vilket möjligen kan resultera i att barnet påverkas negativt och upplever utanförskap, som i sin tur kan leda till att barnet utvecklar en underlägsenhet.

Vi anser att det kan vara bra att utveckla individuella viktminskningprogram tillsammans med barnet, och ta vara på barnets vilja att vara flitig och duktig och viljan att leva upp till krav och önskemål som ställs på barnet. Sjuksköterskans roll i omvårdnaden blir att handleda och informera om orsakerna till fetma på ett positivt sätt. Genom att förklara för barnet på ett enkelt sätt och uppmuntra barnet

till att vilja delta och ta eget ansvar för framtiden stärks barnet i sin självkänsla, vilket kan leda till en ökad självkännetdom inför framtiden.

I FHI: s studie (2005) visar Lager, Fossum och Bremberg att barnets viktutveckling framgår av Barnhälsovårdens (BHV) vikt- och längdkurva. Med hjälp av kurvorna går det på ett tidigt stadium att upprätta ett individuellt viktreduceringsprogram som passar barnet på bästa sätt. Resultatet av FHI: s studie visar att uppkomsten av fetma hos barn är jämnt fördelad i Sverige. Tidigare studier har visat att fetma hos barn är mer utbrett i familjer med kort utbildning. FHI: s studie visar däremot inte några avgörande skillnader av fetmans utbredning hos barn, i de kommuner som har studerats, med högre andel högutbildade föräldrar jämfört med de kommuner med föräldrar med lägre utbildning som ingick i studien. I Golans et al. (1998) och Golans & Crows (2004) studier redovisades det i studiernas metoddel att barnen slumpmässigt valdes ut att delta i studierna och att det inte fanns någon betydande skillnad i föräldrarnas utbildning och deras socioekonomiska status. Sju av de inkluderade artiklarna har redovisat i sin metoddel att urvalet av deltagare i studierna, både i experiment- och kontrollgrupperna, har varit slumpmässigt. Det framgår inte vilken utbildning föräldrarna har och hur fetman är utbredd i olika socioekonomiska grupper (de Mello et al, 2004; Wrotniak et al, 2004; Nemet et al, 2004; Eliakim et al, 2004; Sothern et al, 2000). Detta var en intressant iakttagelse med tanke på vår förförståelse som var att föräldrarnas utbildning hade en större betydelse för utvecklingen av fetma hos barn.

Studier (Story et al, 2002; Golan & Crow, 2004; Golan et al, 1998; de Mello et al. 2004; Eliakim et al, 2004; Nemet et al, 2004) visade att omvårdnadsåtgärder till barn i grupp med fetma uppvisade ett bra och långsiktigt viktminskningsresultat och flera andra studier (Story et al, 2002; Golan et al, 1998; Golan & Crow, 2004; Eliakim et al, 2004; Wrotniak et al, 2004 & Flodmark et al, 2004) har visat att det även är effektivt att engagera familjen i omvårdnaden och viktminskningsresultatet förstärks ytterligare. Omvårdnaden med familjen i

centrum bör fokusera på barnens behov där problem och lösningar som kan behöva särskilda åtgärder identifieras, som till exempel gemensamma beteendeförändringar och mål. Familjens synpunkter bör beaktas, och familjen bör tillsammans fatta beslut om hur de på bästa sätt kan hantera barnens fetma. För att inte belastningen på familjen ska kännas för betungande är det viktigt att sjukvårdspersonalen inom pediatriken ger den utbildning och handledning till föräldrarna som behövs för att stötta barnet i behandlingen. Därför anser vi att det är viktigt för oss som blivande sjuksköterskor att bemöta barn och familjer på ett korrekt och respektfullt sätt där föräldrarna känner sig motiverade att delta i behandlingen och inte upplever det som ett hinder och inskränkning i vardagslivet.

Vi anser att paralleller kan dras till omvårdnadsforskaren Orems omvårdnadsmodell, hon anser att familjen har både viljan och förmågan att ta hand om sig själv och att utföra handlingar som bidrar till hälsa och välbefinnande. Handlingarna bör vara medvetna och motiverade samt inriktade på bestämda mål som till exempel viktminskning och beteendeförändringar. Vår roll som sjuksköterskor blir att handleda och vägleda patienten, vilket i detta fall blir barnet och dess familj. Det är av betydelse att ge familjen psykologiskt stöd och undervisning i relevant kunskap om fetma och de faktorer som är av betydelse för att uppnå uppsatta mål.

Resultatet i den här allmänna litteraturstudien visade att i de grupper där minst en av familjens föräldrar hade fetma var korrelationen hög mellan föräldrars och barns viktminskning, i jämförelse med studier där prevalensen av fetma i familjegrupper inte var lika hög (Golan et al, 1998; Golan & Scott, 2004; Wrotniak et al, 2004). I studiens början var viktreduceringsresultat liknande som i de familjerna med högre prevalens av fetma. Detta resultat förändrades under tiden som studien pågick, viktminskningskurvan planade senare ut i de familjegrupperna med lägre prevalens av fetma och glappet mellan de två familjegrupperna ökade. Ett antagande är att detta kan bero på att familjer med

högre prevalens av fetma kanske känner sig mer motiverade till beteendeförändringar, och mer mottagliga för information om kostens och motionens betydelse. Familjer med fler än en familjemedlem med fetma kan finna stöd hos varandra vilket vi anser att sådant stöd kan påverka viktminskningsresultatet positivt.

Barnöverviktsenheten i Skåne använder sig av en arbetsmodell som bygger på familjeterapi där de tar fasta på barnets och familjens egna resurser. På detta sätt kan barnets självkänsla stärkas och barnet kan i sin egen takt förändra sin livssituation med hjälp av omgivningen. Metoden som kallas SOFT (Standard Obesitas Familjeterapi) är lösningsfokuserad istället för problemfokuserad. Olika yrkeskategorier som barnläkare, barnsjuksköterskor, dietister, idrottsvetare och psykolog arbetar med modellen. Modellen har visat goda resultat för både vikten och välbefinnandet hos barn med fetma. Familjeviktsskolan är en ny metod som är vetenskapligt utvärderad med en strukturerad behandlingsmodell som riktar sig till barn och ungdomar. Med hjälp av behandlingsprogrammet kan Skolhälso- och Primärvård enkelt komma igång och behandla viktproblem (Region Skåne, 2006). Detta stärks av studier gjorda av Flodmark et al. (2004) och Story et al. (2002) där resultaten poängterar vikten av olika infallsvinklar i behandlingen av barnfetma. Studiernas resultat tolkar vi som att det inte finns någon tillräckligt effektiv metod som ensam faktor kan behandla barn med fetma.

Bunkefloprojektet i Skåne fokuserar också på föräldrarnas roll och insats i projektet. Föräldrarna har startat en föräldraförening i Bunkefloprojektets anda och bildat ett bolag för att sprida kunskaperna vidare i landet, och framför allt att ge barnet färdigheter och en möjlighet att själv ta ansvar för sin hälsa i ett långsiktigt perspektiv. Projektet är också en vetenskaplig angelägenhet där Universitetssjukhuset MAS och Malmö Högskola är delaktiga.

FHI (2006) och WHO (2006) menar att fetma hos barn har fördubblats de senaste femton åren och att fetman har uppstått på grund av ett större energiintag än vad

som förbrukas vid fysisk aktivitet. En bidragande orsak till fetman enligt WHO är att många människor bor i de växande städerna, att samhällets uppbyggnad inbjuder till ett stillasittande liv och att människor till stor del förflyttar sig med bil. FHI:s utredningar visar att fetman är mer utbredd på landsbygden, vilket är en intressant iakttagelse tycker vi. Orsaken till att FHI och WHO har kommit fram till olika resultat om fetmans utbredning hos barn kan bero på kulturella skillnader, olika samhällsstrukturer och att arenan för utredningarna har varit olika. En sak som båda instituten har kommit fram till är att den organiserade fysiska aktiviteten inte har minskat i omfattning. Ett antagande till att fetman har ökat hos barn är att den vardagliga motionen har minskat i takt med att användandet av bil, tv och media har ökat. En viktig åtgärd kan antas vara att förutom aktivitetsstödande miljö på skolorna, ha i åtanke att anpassa barnens närområde med bland annat säkra gång- och cykelbanor som kan stimulera till att främja vardagsmotion inom tätbebyggda samhällen. Denna åtgärd anser vi är av betydelse för hälsans utveckling och kan leda till att utveckla goda vanor hos barnen.

Slutsats

Målet och syftet med sjuksköterskans roll i omvårdnaden för barn med fetma bör vara att främja utveckling, hälsa och välbefinnande, där egenvård är ett viktigt delmål. Vi anser att alla omvårdnadsfaktorer som vår litteraturstudie har belyst, såsom omvårdnad med barn i *grupp*, omvårdnad med barn *individuell*, omvårdnad med *familjen* i centrum samt belysning av *kostens* och *motionens* betydelse är viktiga faktorer att ta fasta på vid omvårdnaden av barn med fetma. Tolkningen utifrån resultatet av vår allmänna litteraturstudie är att vårdpersonalen inom Primär, Barn- och Skolhälsovård bör kombinera flera omvårdnadsåtgärder för att uppnå bästa långsiktiga viktreduceringsresultat hos barn med fetma i åldern 7-12 år. Det finns inte någon enskild omvårdnadsåtgärd, utan det är viktigt för vårdpersonal att ta tillvara på varandras kompetens och yrkeserfarenhet genom att arbeta över yrkesgränserna, ta lärdom av varandra och utveckla de faktorer som är av betydelse vid omvårdnad av barn med fetma för att främja hälsa.

REFERENSER

Andersson Höglund, Inger & Hedman Ahlström, Britt. (2000). *Psykiatri*. ss. 203-211. Stockholm: Bonniers Utbildning AB.

Backman, Jarl. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Barlow, Sarah E, Dietz, William H, Klish, William J & Trowbridge, Frederick L. (2002). Medical Evaluation of Overweight Children and Adolescents: Reports From Pediatricians, Pediatric Nurse Practitioners and Registered Dietitians. *Pediatrics* vol. 110:1, ss. 222-228.

De Mello, E.D, Luft, V.C & Meyer, F. (2004). Individual outpatient care versus group education programs. Which leads to greater change in dietary and physical activity habits for obese children? *Journal de Pediatria*, vol. 80:6, ss. 468-474.

Eliakim, Alon, Friedland, Orit, Kowen, Galit, Wolach, Baruch & Nemet, Dan. (2004). Parental Obesity and Higher Pre-intervention BMI Reduce the Likelihood of a Multidisciplinary Childhood Obesity Program to Succeed – A Clinical Observation. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, vol.17:8, ss. 1055-1061.

Erikson, Erik H. (1963). *Barnet och samhället*. ss.235-237. Stockholm: Natur och Kultur.

Flodmark, C-E, Lissau, I, Moreno, LA, Pietrobelli, A & Widhalm, K. (2004). New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *International Journal of Obesity*, vol. 28, ss. 1189-1196.

Forsberg, Christina & Wengström Yvonne. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. ss. 182-200. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Golan, M. & Crow, S. (2004). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: Long-term results. *Obesity Research*, vol. 12, ss. 357-361.

Golan, M, Weizman, A, Apter, A. & Fainaru, F. (1998). Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 67,ss.1130-1135.

Harvey O'Brien, Holubkov & Cohen Reis. (2004). Identification, Evaluation and Management of Obesity in an Academic Primary Care Center. *Pediatrics* vol. 114:2, ss. 154-159.

Janlert, Urban. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon – Natur och Kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Kirkevold, Marit. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. ss. 87-94. Lund: Studentlitteratur.

Månsson Edwinsson, Marie & Enskär, Karin. (2000). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. ss. 34-56. Lund: Studentlitteratur.

Nemet, D, Barkan, S, Wpstein, Y, Friedland, O, Kowen, G. & Eliakim, A. (2005). Short- and longterm beneficial effects of a combined dietary – behavioral-physical activity intervention for the treatment of childhood obesity. *Pediatrics*, vol. 115:4, ss. 443-449.

Nowicka, Paulina & Flodmark, Carl-Erik. (2006). *Barnövervikt i praktiken – evidensbaserad familjeviktsskola*. Författarna och Studentlitteratur.

Region Skåne. Barnöverviktsenheten. (2006). (Elektronisk). Remisskriterier. Tillgänglig:< <http://www.bravikt.info/> > (2006-09-14)

Region Skåne. Barnöverviktsenheten. (2006). (Elektronisk). Metod. Tillgänglig:< <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=24014>> (2006-12-28).

Region Skåne. Barnöverviktsenheten. (2006). (Elektronisk). Vårdprogram för barnobesitas i Skåne 2006. Tillgänglig: < <http://www.bravikt.info/Vårdprogram%20för%20barnobesitas%20i%20Skåne%20Juni%202006.pdf> > (2006-09-14)

Selanders. L. C, Schmieding. N. J & Hartweg. D. L. (1995). Anteckningar om omvårdnadsteorier IV – Florence Nightingale, Dorothea Orem och Ida Jean Orlando. ss. 98. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. ss. 260-263.

Socialstyrelsen. Hälsoövervakning inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. (1991). (Elektronisk). Hälsoövervakning – specifikt innehåll. Tillgänglig:< <http://www.sos.se/fulltext/70/1991-70-8/1991-70-8.pdf?valURL=http://www.sos.se/fulltext/70/1991-70-8/1991-70-8.pdf>> (2006-11-24)

Sothorn, M.S, Loftin, J.M, Udall, J.N, Suskind, R.M, Ewing, T.L. & Tang, S.C. (2000). Safety, feasibility and efficacy of a resistance training program in preadolescent obese children. *American Journal of the Medical Sciences*, vol.319:6, ss. 370-375.

Statens Folkhälsoinstitut (2006). Barn & Unga – Uppslagsverk. (Elektronisk). Tillgänglig:<http://www.fhi.se/templates/Page_5014.aspx> (2006-12-19).

Statens Folkhälsoinstitut (2002). Kallings, Lena. (Elektronisk). Åtgärder mot fetma – Nationell inventering av pågående studier/projekt avseende fysisk

aktivitet och kost för att förebygga övervikt och fetma. Tillgänglig:<
http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/fetma_inlaga.pdf> (2006-12-18).

Statens Folkhälsoinstitut (2005). Lager, Anton, Fossum, Bjöörn & Bremberg, Sven. (Elektronisk). Övervikt bland barn – nytt system för nationell uppföljning. Tillgänglig: http://www.fhi.se/upload/9926/Barns_overvikt_webbversion.pdf (2006-10-11).

Story, M.T, Neumark-Stzainer, D.R, Sherwood, N.E, Holt, K, Sofka, D, Trowbridge, F.L & Barlow, S.E. (2002). Management of child and adolescent obesity: Attitudes, barriers skills and training needs among health care professionals. *Pediatrics*, vol. 110:1, ss. 210-214.

World Health Organization. (2006). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. (Elektronisk). Obesity and Overweight. Tillgänglig: <
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/index.html> > (2006-11-16)

World Health Organization. (2006). Media Center. (Elektronisk). Obesity and Overweight. Tillgänglig:<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> > (2006-11-16)

World Health Organization. (2006). WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. (Elektronisk). 10 things you need to know about obesity. Tillgänglig:
<http://www.euro.who.int/Document/NUT/ObesityConf_10things_Eng.pdf > (2006-11-16)

Wrotniak, B.H, Epstein,L.H, Paluch, R.A & Roemmich, J.N. (2004). Parent weight change as a predictor of child weight change in family-based behavioral obesity treatment. *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol. 158:4, ss. 342-347.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Huvud sökord	Under sökord	Antal sökträffar i databas	Antal sökträffar i databas	Antal artiklar till inklusion	Motiv till exklusion av artiklar
2006-10-20	Child*, obesity	Treatment Family-based treatment	PubMed 14 170 PubMed 5 969 PubMed 77	Cinahl 1 920 Cinahl 1 804 Cinahl 41	PubMed 6 Cinahl 1	Saknar abstract Motsvarar ej syftet Ej vetenskapligt
2006-10-20	Child*, obesity	Treatment Family-based treatment	Elin@Kristianstad 17 Elin@Kristianstad 6	SweMed+ 0 Eric 16 Eric 2	Elin@Kristianstad 1 SweMed+ 0 Eric 0	Saknar abstract Finns på PubMed Motsvarar ej syftet
2006-10-21	Childhood, obesity Teaching,	Teaching Nurse	PubMed 328 PubMed 18 PubMed 5	Cinahl 250 Cinahl 0 Cinahl 0	Cinahl 1 PubMed 1	Saknar abstract Ej vetenskapliga Motsvarar ej syftet Funna i andra databaser
2006-10-21	Child, Obesity,	Nurse	PubMed 74	Cinahl 526	PubMed 0 Cinahl 0	Saknar abstract Ej vetenskapliga Motsvarar ej syftet
2006-10-21	Child*, Obesity	Education Nursing	Libris 59 Libris 4 Libris 0	Google Scholar 61 800 Google Scholar 10 700 Google Scholar 4 280	Libris 0 Google Scholar 0	Länkar till PubMed Ej vetenskapliga Mycket urbanisering, genus, hudfärger. Motsvarar ej syftet. Böcker.
2006-10-24	Schoolchildren, obesity	Care	PubMed 14		PubMed 1	Motsvarade inte syftet. Gamla artiklar.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Golan, M & Crow, S. Israel. 2004	Targeting Parents Exclusively in Treatment of Childhood Obesity: Long-Term Results.	Att rapportera en långsiktig uppföljning på barn med fetma som följt ett familjebasera d infallsvinkel.	50 av de 60 barnen som deltog i originalstudien lokaliseras sju år senare. Medelåldern var nu 16 år.	Barnen delades slumpmässigt in i två olika grupper. Den ena gruppen bestod endast av föräldrarna och den andra gruppen bestod av endast ungdomarna. "Bara föräldrar-gruppen" hade 14 gruppträffar och alla föreslagna förändringarna hade som avsikt att presenteras för hela familjen. Föräldrarna fick stöd och utbildning i olika teman. Exempel på tema var nutritionsutbildning, mat och aktivitet med mått, problemlösning och kognitiv omstrukturering. "Bara barn gruppen" fick ordinerat en kost innehållande 1500 kcal/dag. De deltog i 30 träffar ledda av dietist där de fick utbildning i liknande tema som för föräldrar gruppen och ämnena som självdisciplin. Vikt och längd var kontrollerad ett,	Sju år efter avslutat program hade medelvärdet minskat på barnens vikt med 29 % i "bara föräldrar gruppen" jämfört med 20,2 % i "bara barn gruppen". 60 % av barnen i "bara föräldrar gruppen", jämfört med 31 % av barnen i "bara barn gruppen", ansågs inte ha fetma. Resultatet visade att en familjebaserad behandling var mer effektiv för barn med fetma.	Hög kvalitet. Detaljerad metod utformning.

				två och sju år efter studien. För den statistiska analysen användes SPSS.		
De Mello, Elza. D, Luft, Vivian. C & Meyer, Flavia. Brasilien. 2004.	Individual outpatient care versus group education programs. Which leads to greater change in dietary and physical activity habits for obese children?	Att jämföra barnobesitas utbildningsprogram med individuell poliklinisk behandling av barnobesitas med fokus på förändringar av kostvanor och nivå av fysisk aktivitet.	Födda och boende barn i åldern 7-13 år i staten Rio Grande do Sul som sökt hjälp för sin vikt (BMI som motsvarade fetma) på Pediatrika kliniken på Hospital de Clínicas de Porto Alegre, genom annonsering i dagstidningar. Randomiserat urval av barn- och ungdomar i åldern 7-13 år. Lika fördelning av kön.	Barnen (38 st) delades in i två grupper, en grupp där barnen fick utbildning individuellt och polikliniskt, och en där utbildningen skedde i grupp. Barnen i den individuella gruppen deltog en gång i månaden när de vägdes och fick vägledning i kostvanor och fysisk aktivitet. Barnen fick en handbok med direktions för behandlingen. Barnen som deltog i utbildningsprogrammet träffades också en gång i månaden för lektioner i grupp. Lektionerna handlade om vad fetma är, kost, motion, självkänsla och beteende. Efter lektionen delades barnen in i mindre grupper och utförde aktiviteter, som hade anknytning till lektionen och kommande uppgifter, tillsammans med läraren. Föräldrarna till barnen delades också in i grupper där man diskuterade problem och taktiker att förändra kost- och motionsvanor. Alla deltagande	Utbildningsprogrammet visade sig vara mer effektivt i grupp än individuellt avseende ökad fysisk aktivitet, men även ett minskat kolesterolvärde. Skillnaderna i minskat BMI och ett minskat intag av kalorier var lika i båda grupper. Barnen i den individuella gruppen ökade sitt intag av frukt- och grönsaker, samt minskade intaget av chips och pommes frites, medan barnen i den andra gruppen minskade sitt intag av läsk, smörgåsar, pizza och snabbmat.	Bra kvalitet av studien. Utförlig metod och resultatbeskrivning.

				barn fick fylla i ett frågeformulär om kost, motion innan och efter utbildningen. Jämförde sen resultaten.		
Flodmark, C-E, Lissau, I, Moreno, LA, Pietrobelli, A & Widhalm, K. Israel. 2004.	New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective.	Att sammanfatta nuvarande behandling och förebyggande metoder för barnobesitas i Europa.	För att minimera kostnaderna, standardisera vården och belysa förebyggande åtgärder och behandling. Samlar in material från pediatrikexperter i Europa.	Sammanställt och jämfört olika förebyggande åtgärder och behandlingar.	Visade att man bör kombinera olika behandlingsåtgärder med varandra och familjens involvering spelar en stor och viktig roll i behandlingen. Regeringen bör påverka massmedia att inte marknadsföra ohälsosam mat och dryck utan istället satsa mer på hälsofrämjande åtgärder.	Intressant sammanfattning. God kvalitet.
Sothorn, Melinda S, Loftin, Mark, Udall, John N, Suskind, Robert M, Ewing, Thomas L & Tang, Si Chin. USA. 2000.	Safety, Feasibility and efficacy of a resistance training program in preadolescent obese children.	Att undersöka säkerheten, genomförbarheten och medgörligheten i ett motståndskraftigt träningsprogram i en grupp barn med obesitas. Och som följd undersöka effektiviteten av ett	19 barn (7 pojkar och 12 flickor) i åldern 7-12 år valdes till en ett år långt viktkontrollprogram på Children's Hospital of New Orleans från en kohort studie. 48 barn fanns med i kontrollgruppen som valdes ut från ????	De 19 deltagarna deltog i ett tio veckor långt viktkontrollprogram som inkluderade diet, beteendeförändring, gymnastik och smidighetsövningar. De 48 deltagarna i kontrollgruppen deltog i diet och beteendeförändring samt promenader tre gånger i veckan. Anamnes och fysisk undersökning av samtliga barn utfördes innan start. Vikt samt BMI mättes varje vecka under programmets gång. Uppföljning av programmet gjordes efter ett år.	15 deltagare slutförde tio-veckors programmet (78,9 %). 17 deltagare i kontrollgruppen slutförde programmet (35 %). Vikt och BMI minskade signifikant under de tio veckorna och ökade inte signifikant till uppföljningen efter ett år i både behandlingsgruppen och kontrollgruppen. Längden ökade signifikant efter ett år i båda grupper. I behandlingsgruppen minskade andelen fett i procent signifikant medan fett fri massa inte hade någon	Bra kvalitet av studie, dock stort bortfall.

		poliklinisk baserat program som inkluderar beständig träning med hänsyn till BMI.			signifikant förändring.	
Wrotniak, Brian H, Epstein, Leonard H, Paluch, Rocco A & Roemmich, James N. USA. 2004.	Parent weight change as a predictor of child weight change in family-based behavioral obesity treatment.	Att värdera om föräldrars viktförändring förutsäger barnets viktförändring i ett familjebaserat beteende obesitas program.	En deltagande förälder samt ett 8-12 årigt barn från 142 familjer. Som inklusionskriterier skulle både föräldern och barnet ha ett BMI motsvarande fetma.	Föräldrar och barn med fetma delades in i tre grupper efter en viss vikt kategorisering. Genomgick ett vikt kontrollprogram där de skulle förändra sitt ät- och aktivitetsmönster.	Resultaten jämfördes mellan de olika grupperna och den gruppen som från början hade högst BMI hade gjort störst procentuell viktminskning.	Hög kvalitet, välgjord. Något invecklad statistik.
Eliakim, Alon, Friedland, Orit, Kowen, Galit, Wolach Baruch & Nemet, Dan. Israel. 2004	Parental obesity and higher pre-invention BMI reduce the likelihood of a multidisciplinary childhood obesity program to succeed – a clinical observation.	Att värdera effekter och identifiera faktorer associerade med framgång i ett kombinerat viktminskningsprogram för barn- och ungdomar med obesitas.	Som behandling för obesitas fick 267 barn- och ungdomar påbörja ett kombinerat vikt kontrollprogram bestående av kost, beteende och rörelse moment. 37 barn fanns i kontrollgruppen.	Programmet bestod av en tre månaders intervention som syftade till bestående livsstilsförändringar och ge barnen och deras familjer ”verktyg” för att kunna fortsätta behandlingen i naturlig miljö. Interventionen upprepades under ytterligare tre månader för att därefter under de sista sex månaderna endast baseras på träning. Student’s T-test användes samt ANOVA, medelvärde,	Den kombinerade interventionen ledde till ett minskat BMI för barnen med obesitas	Bra kvalitet dock endast 77 deltagare av 267 som fullföljde hela året.

				standardavvikelse. Signifikantnivå < 0.05 användes.		
Story, Mary.T, Neumark-Stzainer, Dianne. R, Sherwood, Nancy. E, Holt, Katrina, Sofka, Denise, Trowbridge, Frederick. L & Barlow, Sarah. E. USA. 2002.	Management of child and adolescent obesity: Attitudes, barriers, skills and training needs among health care professionals.	Att utvärdera professionella hälso- och sjukvårdspersonals attityder, upplevda hinder, upplevd färdighet och vilken övning som behövs för att få bukt med fetma hos barn och ungdomar.	Slumpmässigt randomiserat urval av hälso- och sjukvårdspersonal inom barnhälsovård- och barnsjukvård efter utskickat frågeformulär.	Tre olika grupper av hälso- och sjukvårdsarbetare fick fylla i likadana frågeformulär som sedan utvärderades. I analysen som utfördes användes SAS statistik dataprogram.	Majoriteten av alla svaranden tyckte att barnfetma är ett tillstånd som kräver behandling och påverkar risken att få kroniska sjukdomar och framtidens livskvalitet. Det vanligaste hindret i behandlingen är frånvaro av föräldraengagemang och bristande motivation hos patienten och frånvaro av uppföljande stöd.	Bra kvalitet, 939 intervjudeltagare i studien.
Golan, Moria, Weizman, Abraham, Apter, Alan & Fainaru, Menahem. Israel 1998.	Parents as the exclusive agents of change in treatment of childhood obesity.	Att jämföra effekterna av familjebaserad behandling av barnobesitas, en grupp där föräldrarna var huvudpersonerna och en grupp där barnen själv var huvud	Randomiserat urval av barn med obesitas i åldern 6-11 efter att ha identifierat 140 barn med obesitas i rätt ålder i grundskolan. Alla 140 barn med föräldrar blev tillfrågade att delta i studien varav 66 valde att delta.	Experiment gruppen bestod av endast föräldrar till barnen. Föräldrarna deltog i utbildnings- och handlednings grupper där tanken var att alla föreslagna förändringar fördes vidare till hela familjen. Ämnen som diskuterades var gränser för eget ansvar, ätbeteende, kost, kognitiv metod, föräldra modeller, problemlösning, hur man kan skapa tillfällen för fysisk aktivitet, minska andelen fett i	Det fanns en signifikant skillnad i medelvärdet i procent i minskad vikt i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen.	Bra kvalitet och bra metodbeskrivning.

		personer.		<p>familjens kost och att hantera motstånd. Man vägde och mätte barnen regelbundet. Programmet pågick under ett år. Kontrollgruppen bestod av endast barn som fick följa en särskild diet. Lektioner gavs av dietist gruppvis. Ämnen som diskuterades var samma som i experimentgruppen, anpassat för barnen. Individuell handledning gavs också.</p> <p>Datainsamling skedde genom att mäta och väga, frågeformulär angående kost och motion.</p>		
Nemet, Dan, Barkan, Sivan, Epstein, Yoram, Friedland, Orit, Kowen, Galit & Eliakim, Alon. Israel. 2005.	Short- and long – term beneficial effects of a combined dietary-behavioral-physical activity intervention for the treatment of childhood obesity.	Att beräkna storleken på tidigare gjorda studier om rapporterade interventionsförändringar i kroppsvikt och BMI i procent bland barn med fetma.	44 slumpmässigt utvalda barn med fetma valdes ut till studien. 24 barn till interventionsprogram met och 20 barn i kontrollgruppen.	Alla barn och föräldrar i studien hade gett informerats samtycke och fått fyra lektioner om barnfetma. Interventionen bestod av en tre månaders lång kombinerat kost- och motionsprogram för att utbilda om barnfetma.	Efter tre månader fanns det en signifikant skillnad i förändringar i kroppsvikt, BMI, kroppsfett i %, kolesterolnivå, lipoproteiner och kondition i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Efter ett år var skillnaden fortfarande signifikant, och interventionsgruppen hade även ökad sin fysiska aktivitet på fritiden.	