



HÖGSKOLAN
KRISTIANSTAD

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

Sjuksköterskans omvårdnad av barn med fetma En litteraturstudie

Datum: 06 06 07

Författare: Eleonor Ahlquist

Maria Bergstöm

Anna Nordin

Handledare: Britta-Lena Engström

Examinator: Vanja Berggren

Sjuksköterskans omvårdnad av barn med fetma

En litteraturstudie

Författare: Eleonor Ahlquist, Maria Bergström och Anna Nordin

Handledare: Britta-Lena Engström

Litteraturstudie

2006-06-07

Sammanfattning

Bakgrund: Barn i dagens samhälle ägnar sig mer och mer åt stillasittande sysselsättningar samtidigt som mat har blivit mer lättillgängligt. Fetma hos barn är viktigt att uppmärksamma eftersom det kan leda till allvarliga följsjukdomar i tidig vuxen ålder. Fetma kan också leda till psykisk ohälsa hos barnet.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans omvårdnad av barn med fetma.

Metod: Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie. Artiklarna granskades enligt kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Studier visade att det krävdes en beteendeförändring hos barnet för att behandla fetman. Familjen visade sig vara en viktig resurs för att barnet skulle kunna förändra sitt beteende. Sjuksköterskan fungerade som stöd och rådgivare till familjen. Att barnet fick ett hälsosamt förhållningssätt till mat var viktigt. Det var betydelsefullt att sjuksköterskan arbetade för att minska de faktorer som gynnade stillasittande i barnets miljö och motiverade till en fysisk aktivitet som barnet tyckte var rolig. Kirurgi där magsäcken förminskas ansågs vara en sista utväg för tonåringar med hög grad av fetma. Det var viktigt att sjuksköterskan hade i åtanke att barnets självförtroende kunde påverkas negativt av att medverka i viktminskningsprogram.

Slutsats: Sjuksköterskans viktigaste roll var att engagera och motivera hela familjen till en livsstilsförändring.

Nyckelord: barn, fetma, sjuksköterska, familj

The nurse's care of obese children

A literature review

Authors: Eleonor Ahlquist, Maria Bergström and Anna Nordin

Supervisor: Britta-Lena Engström

Literature review

2006-06-07

Abstract

Background: Children in our present society spend more time sedentary, and food has become more accessible. It is important to pay attention to obese children, because of the risk for serious diseases in the future. Obesity can also cause mental suffering for the child.

Aim: The aim of this study was to describe the nurse's care of obese children.

Method: The study was carried out as a literature review. The articles were examined by qualitative content analysis.

Result: It was shown to be necessary with a change in the child's lifestyle and behaviour to make treatment of obesity possible. It was shown that the family was an important resource for the child's behavioural change. The nurse's role was to support and counsel the family. It was important that the child achieved a healthy attitude towards food. It was also of great significance that the nurse worked to reduce factors in the child's environment that lead to a sedentary behaviour, and motivated the child to perform a physical activity that was fun. Surgery of the stomach is a last resort for morbidly obese adolescents. It was important for the nurse to remember that participation in weight-loss programs could negatively affect the self-confidence of the child.

Conclusion: The most important role for the nurse was to engage and motivate the whole family to a change of lifestyle.

Keywords: children, obesity, nurse, family

Innehållsförteckning

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Litteratursökning	7
Urvalskriterier	8
Genomförande	8
Analys	8
RESULTAT	9
Familijs delaktighet	9
Kostens betydelse i omvårdnaden	11
Betydelsen av fysisk aktivitet i omvårdnaden.....	12
Kirurgins roll	13
Komplikationer vid behandling	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	17
SLUTSATS	19

REFERENSER

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

För bara ett par årtionden sedan lekte barn utomhus och rörde på sig dagligen med olika lekar och sporter. Nu tillbringar barn allt mer tid inomhus med stillasittande lekar (Janson & Danielsson, 2003). Detta beror enligt Janson & Danielsson (2003) dels på dagens teknik med datorer, TV-spel och videofilmer, dels på att samhället har förändrats så att det blivit otryggt för barn att leka utomhus. Under de senaste årtionden har mat blivit mer lättillgänglig med större portioner till lägre pris (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005). Enligt Patrick & Nicklas (2005) äter barn gärna mat som är lättillgänglig och de har en tendens att äta stora portioner om det erbjuds. Små barn har inte möjligheten att välja vad de ska äta, utan föräldrarna måste välja åt dem. Föräldrarna kan också välja om de sätter barnet i vagnen eller låter det gå själv (Janson & Danielsson, 2003). När barnet börjat skolan är det svårare för föräldrarna att veta vad barnet äter under dagen. Ofta finns godis och skräpmat lättillgängligt i skolan eller i närheten av skolan (Jackson, Mannix, Faga & McDonald, 2004).

Under de senaste tjugo åren har antalet överviktiga individer nästan fördubblats i Sverige (Flodmark, Marcus & Britton, 2006). Av tioåringarna är idag 20-25 % överviktiga och 3-5 % lider av fetma (www.socialstyrelsen.se). Övervikt och fetma mäts med BMI (Body Mass Index). Det räknas ut genom att kroppsvikten i kilogram divideras med kroppslängden i meter i kvadrat. För barn används ett ålders och könsanpassat BMI som kallas isoBMI. Detta avläses på en speciell tabell. Om en flicka är fyra år och har ett BMI på 17,28 motsvarar detta ett isoBMI på 25 vilket innebär övervikt. Om en pojke är sju år och har ett BMI på 20,63 motsvaras detta av ett isoBMI på 30. Ett BMI på 30 och däröver definieras som fetma (Janson & Danielsson, 2003). Det finns tre grader av fetma. Grad ett är BMI 30-34,9, grad två är BMI 35-39,9, grad tre är BMI 40 och däröver (SBU-rapport, 2002:160). Det är viktigt att påpeka att före tre års ålder är det normalt att vara rund. Åtgärder mot fetma sätts in tidigast vid fyra års ålder. Eventuell övervikt skall dock uppmärksammas redan vid tre års ålder. Övervikt är ingen sjukdom, men det är den största riskfaktorn till fetma som är en sjukdom (Janson & Danielsson, 2003).

En anledning till att fetma är viktigt att uppmärksamma är att det kan leda till en rad följsjukdomar och komplikationer. Ju tidigare fetman utvecklas desto tidigare i livet uppkommer komplikationerna (Janson & Danielsson, 2003). Fetma kan bland annat leda till hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och cancer (Ericson & Ericson, 2002).

En ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar, speciellt angina pectoris, beror bland annat på uppkomsten av ateroskleros till följd av höga kolesterol- och triglyceridnivåer i blodet (Orth-Gomér & Perski, 1999). Den höga kroppsvikten ger en ökad belastning på hjärtat. Detta visar sig ofta som hypertoni, vilket är en bidragande orsak till utveckling av hjärtsvikt (Almås, 2002).

Diabetes typ två har länge kallats för en ålderssjukdom, men idag förekommer sjukdomen i allt yngre åldrar, framför allt hos tonåringar med fetma. Fetma har visat sig kunna leda till utveckling av insulinresistens. Fettcellerna, musklerna och levern trubbas så småningom av och socker blir kvar i blodet vilket gör att bukspottskörteln insöndrar ännu mer insulin. Till slut orkar bukspottskörteln inte arbeta längre och slutar att fungera (Janson & Danielsson, 2003).

Personer med fetma löper en högre risk att drabbas av cancer. Framför allt prostatacancer, colon- och rectumcancer för män och mammarcancer, gynekologisk cancer samt cancer i vesica fellea hos kvinnor (Orth-Gomér & Perski, 1999). Fetma har också i forskning visat sig vara en av orsakerna till esofagus cancer (Engeland, Tretli & Björge, 2004).

Ökad belastning på grund av hög vikt ger en ökad risk för utveckling av artros (Ericson & Ericson, 2002). Vid ryggläge, anestesi och operation är risken för komplikationer kraftigt ökad om fetma förekommer (Almås, 2002).

Fetma påverkar ofta barnet psykiskt. Det finns en risk att barnet känner sig socialt begränsat på grund av sin fetma. Detta kan i sin tur leda till isolering, nedstämdhet och ensamhetskänsla (Almås, 2002). Studier har visat att det finns ett samband mellan ökning av depressioner hos barn och ökning av fetma hos barn (Dehghan

et al. 2005). Föräldrar till överviktiga barn har i studier beskrivit att de är medvetna om att deras barn har upplevt att de blivit utstötta på grund av sin vikt. De har fått uppleva elaka kommentarer, mobbning och sårande smeknamn. Föräldrar upplever även svårigheter att hitta åldersanpassade kläder till sina barn. När det gällde äldre barn rapporterade föräldrar att deras överviktiga barn inte hade någon pojkvän/flickvän fast många av deras vänner hade det (Jackson et al. 2004). Tonåringar som drabbas av fetma kan ha svårare i val av livspartner och vänner. Detta kan också ha betydelse vid val av utbildning och yrke. De riskerar att diskrimineras på arbetsmarknaden (Janson & Danielsson, 2003). Enligt ICN: s etiska kod för sjuksköterskor (2002) har sjuksköterskan i sin yrkesroll ansvar för att främja åtgärder som förbättrar människors hälsa och sociala behov, med fokus på svaga befolkningsgrupper i samhället. Barn är en utsatt befolkningsgrupp eftersom de inte har självbestämmanderätt. Det ingår därför i sjuksköterskans profession att uppmärksamma fetman samt stödja barnet under behandling.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans omvårdnad av barn med fetma.

METOD

Litteratursökning

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie, det vill säga en översikt över forskningsresultat (Forsberg & Wengström, 2003). Sökningar utfördes i databaserna Pubmed, Cinahl, Medline, Psycinfo och ELIN@Kristianstad. Sökord som användes var *children, obesity, parents role, history, lifestyle, food, nurs, care, treatment, physical activity, nurses role, therapy, adolescent och weightloss*. Dessa kombinerades på olika sätt (se bilaga 1).

Urvalskriterier

Begränsningar gjordes genom att artiklar som var äldre än från år 1996 uteslöts. Inklusionskriterier var barn mellan 3-18 år, samt artiklar som var skrivna på engelska. Barn som har blivit överviktiga på grund av någon sjukdom, till exempel Prader-Willis syndrom var en exklusionskriterie, eftersom det krävs att hänsyn tas till sjukdomen när behandling av fetma planeras. I denna studie var författarna endast intresserade av omvårdnad av barn som drabbats av fetma utan att det berodde på någon sjukdom.

Genomförande

Artiklarnas sammanfattningar granskades och artiklar som svarade mot syftet skrevs ut eller beställdes. När samma artiklar återkom i artikelsökningen utfördes manuell sökning på samtliga artiklar. Artiklarnas vetenskaplighet granskades utifrån checklistor för kvalitativa respektive kvantitativa artiklar enligt Forsberg & Wengström (2003). Artiklar som inte var vetenskapliga valdes bort. Slutligen resulterade urvalet i tolv artiklar som ansågs användbara till resultatet (se bilaga 2). Författarna var även i kontakt med överviktsenheten för barn på universitetssjukhuset MAS i Malmö som sände två studier från sin verksamhet. Då dessa studier inte var användbara på grund av våra inklusions- och exklusionskriterier utfördes även här manuell sökning.

Analys

Artiklarna analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys (Forsberg & Wengström, 2003). Detta innebar att nyckelord valdes ut ur artiklarna. Dessa sammanställdes till subkategorier och utifrån dessa bildades fem huvudkategorier (se tabell 1). Huvudkategorierna sammanfattade det som var mest framträdande i artiklarna och ansågs därför lämpliga för att strukturera upp resultatet.

Huvudkategorier	Subkategorier
Familjens delaktighet	Beteendeförändring, föräldrarnas roll, familjebaserad behandling, sjuksköterskans stöd.
Kostens betydelse i omvårdnaden	Förändring av matvanor, omgivningens betydelse, inläring.
Betydelsen av fysisk aktivitet i omvårdnaden	Motionsprogram, motivation, vardagsmotion, fri lek, stillasittande.
Kirurgins roll	Sista utväg, extrem fetma, komplikationer, riskfaktorer.
Komplikationer vid behandling	Otillräcklig kunskap, besvikelse, psykiska besvär, sociala relationer, prestationer i skolan, målsättning, redo för förändring.

Tabell 1. Huvud- respektive subkategorier utifrån de analyserade artiklarna.

RESULTAT

Familjens delaktighet

För att det skulle vara möjligt att behandla fetman krävdes en beteendeförändring hos barnet. Denna beteendeförändring var svår att genomföra utan familjens delaktighet (Barlow, Trowbridge, Klish & Dietz, 2002). Familjen visade sig vara en viktig resurs för att stödja barnet vid vikt nedgång. Studier visade att desto mer föräldrarna uppmärksammade viktproblemet, desto mer motiverat blev barnet att vidta åtgärder för att gå ned i vikt (Wu, Yu, Wei & Yin, 2003). Detta menade också Sothorn, Hunter, Suskind, Brown, Udall & Blecker (1999) som poängterade att om föräldrarna var positiva förebilder stärktes barnets förmåga till förändring. Föräldrarna var i behov av utbildning vilket var tidskrävande (Barlow et al. 2002). Om föräldrarna var redo för förändring, kunde de hjälpa barnet att ändra sina vanor även om inte barnet var redo. Ett sätt att ta reda på om familjemedlemmarna var redo för förändring var att fråga dem om de trodde att det gick att göra något

åt fetman och vad de trodde att de behövde förändra i vardagslivet (Barlow & Dietz, 1998). Innan sjuksköterskan planerade behandlingen var det viktigt att utvärdera familjeförhållanden samt hålla en god kommunikation med barnets familj. Sjuksköterskan fungerade som ett stöd till familjen och hjälpte dem att hantera konflikter angående barnets vikthantering. Genom regelbunden tillsyn från sjuksköterskan kunde barnet känna att det fick positiv respons (Wu et al. 2003).

Enligt Jiang, Xia, Greiner, Lian & Rosenqvist (2005) har familjebaserad behandling visat sig vara effektivt för att minska BMI hos skolbarn. Barnet fick med hjälp av familjens stöd hälsosammare kost- och motionsvanor. Inga negativa effekter har påvisats med behandlingen (Jiang et al. 2005). Studier har gjorts på familjebaserad behandling som syftar till att lösa problem hos både barn och föräldrar. Det har visat sig att behandling som fokuserar på inläring av en ny livsstil var effektivare än behandling som syftar till att lösa problem. Tid som användes till problemlösning kunde istället användas till att lära in nya kost- och motionsvanor (Epstein, Paluch, Gordy, Saelens & Ernst, 2000²). Eftersom barn växer ansåg Jiang et al. (2005) att det inte var lämpligt att sträva efter snabb viktnedgång utan istället förhindra fortsatt viktuppgång. De menade att det viktigaste var att barnet utvecklade en hälsosam livsstil som varar livet ut (Jiang et al. 2005). Sjuksköterskan var delaktig i att hjälpa familjen att förändra sitt beteende (Barlow & Dietz, 1998). Eftersom föräldrar är barnets viktigaste rådgivare var det betydande att sjuksköterskan gav tydlig information till föräldrarna (Wu et al. 2003). Vid omvårdnaden av familjen visade sjuksköterskan hänsyn, respekt och uppmuntran utan att kritisera misslyckanden. Sjuksköterskan arbetade för att familjen skulle förstå att fetma är en sjukdom som är allvarlig men går att behandla (Barlow & Dietz, 1998). Det visade sig vara viktigt att föräldrarna inte fokuserade för mycket på vikten utan istället inriktade sig på att en livsstilsförändring skedde. Viktminskningen kom då naturligt (Sothorn et al. 1999). Om det uppstod konflikter varje gång vikt, bantning och fysisk aktivitet diskuterades kunde förhållandet mellan barnet och föräldrarna försämrats. När sådana situationer uppstod var det sjuksköterskans uppgift att se till att familjen fick träffa en terapeut samt avbryta behandlingen tills familjen var redo igen

(Barlow & Dietz, 1998). Det huvudsakliga målet var att barnets hälsa förbättrades, både fysiskt och psykiskt (Sothorn et al. 1999).

Kostens betydelse i omvårdnaden

Sjuksköterskor som arbetar med barn och ungdomar som har fetma rekommenderade begränsning av vissa födoämnen och förändring av matvanor för både förskolebarn, skolbarn och tonåringar. Vid behandling av tonåringar rekommenderades även användning av produkter med låg fetthalt samt ett minskat kaloriintag (Barlow et al. 2002). Barn kunde användas sig av en så kallad ”trafikljusmetod” när de skulle lära sig vad de kunde äta mer av och vad de kunde äta mindre av. På en lista som barnet hade tillgång till markerades mat som fick ätas ofta med grönt, mat som fick ätas med måttlighet var gulmarkerat och det som fick ätas mer sällan var markerat med rött. Detta har visat sig vara effektivt vid familjebaserad behandling (Jiang et al. 2005). En risk med att förbjuda viss mat vid vikttnedgång var att den blev extra attraktiv och svår att motstå särskilt för små barn. Barn kunde inte lära sig hälsosamma matvanor genom att följa en strikt diet. Det var bättre om barnet och dess familj istället lärde sig att förändra sina matvanor gradvis (Braet, Van Winckel & Van Leeuwen, 1997). Målet var att de nya inlärd matvanorna skulle vara bestående, därför var inte viktminskningsmetoder för snabb viktminskning ett bra alternativ. Det var viktigare att barnet fick ett hälsosamt förhållningssätt till mat (Barlow & Dietz, 1998). För att ta reda på orsaken till varför barnet hade ett för högt kaloriintag kunde sjuksköterskan be familjen beskriva vad de åt under en dag. Ofta kunde måltider som barnet åt utanför hemmet vara en viktig orsak till det höga kaloriintaget, exempelvis i skolan, på förskolor, på restauranger, snabbmat, hämtmat och i vissa fall hos mor- och farföräldrar. När det handlade om yngre barn krävdes det att personal på förskolor var involverade i behandlingen eftersom de hade ansvar för barnet under större delen av dagen, vilket innefattade flera måltider (Barlow & Dietz, 1998). Detta styrktes av Story, Neumark-Stzainer, Sherwood, Holt, Sofka, Trowbridge & Barlow (2002) som ansåg att det krävdes ett samarbete i samhället med fokus på skola, sjukvård och barnets miljö för att minska den ökade förekomsten av fetma.

Betydelsen av fysisk aktivitet i omvårdnaden

För att ett motionsprogram för barn med fetma skulle vara framgångsrikt var det viktigt att det var specialutformat efter barnets behov. Motionsprogrammet skulle innehålla aktiviteter som var lätta att utöva. Det krävdes att barnet var redo att ta till sig information om motionsprogrammet samt att det kunde delta i aktiviteterna. Därefter var det viktigt att barnet motiverades och uppmuntrades samt fick information om varför fysisk aktivitet är viktigt (Sothorn et al. 2005). Epstein, Paluch, Gordy & Dorn (2000¹) ansåg att det var viktigt att barnet tyckte att den fysiska aktiviteten som de utövade var rolig. Det fanns annars en risk att barnet bytte en stillasittande sysselsättning mot en annan (Epstein et al. 2000¹). Vid behandling rekommenderade barnläkare, barnsjuksköterskor och dietister olika metoder för att öka den fysiska aktiviteten beroende på barnets ålder. Förskolebarn uppmuntrades att röra på sig mer genom fri lek istället för att utöva stillasittande sysselsättningar. Tillfrågade sjuksköterskor ansåg att barnen även skulle delta i någon föreningsaktivitet. När det handlade om skolbarn och tonåringar rekommenderades också en ökning av vardagsmotionen (Barlow et al. 2002). Epstein et al. (2000¹) föreslog att en begränsning av möjligheten till stillasittande beteende krävde att barnen samtidigt erbjöds ett ökat utbud av olika fysiska aktiviteter, detta ansåg även de Mello, Luft & Meyer (2004).

Familjebaserad behandling visade sig ge barn hälsosammare motionsvanor (Jiang et al. 2005). Genom att föräldrarna och barnet noga beskrev hur mycket fysisk aktivitet barnet utövade, kunde sjuksköterskan ge förslag på ytterliggare aktiviteter. All aktivitet skulle inkluderas, även vardagsmotion som till exempel promenad till skolan, lek utomhus och hjälp med hushållsarbete. Sjuksköterskan tog hänsyn till faktorer som kunde påverka barnets möjligheter att leka utomhus, till exempel otrygg utomhusmiljö eller om föräldrarna inte var hemma på eftermiddagen (Barlow & Dietz, 1998). För att undvika risken att barnet föll tillbaka i ett stillasittande beteende ansågs det lämpligt att de faktorer som gynnade stillasittande i barnets miljö minskades (Epstein et al. 2000¹). Wu et al. (2003) kom fram till att många föräldrar inte hade tillräcklig kunskap om fysisk aktivitet. Därför var det svårt för barnen att fråga om råd gällande träning. Föräldrarna behövde även påminnas om att vara uppmärksamma på stillasittande

beteende som till exempel tv-tittande. De menade att tv-tittande bidrog till ett ökat kaloriintag samt minskad fysisk aktivitet (Wu et al. 2003). Utbildning i grupp visade sig vara mest effektivt för att öka den fysiska aktiviteten samtidigt som sjuksköterskan då hade möjlighet att behandla flera individer på samma gång. Ju tidigare i livet barnet lärde sig hälsosamma motionsvanor, desto större var chansen att det varade livet ut (de Mello et al. 2004).

Kirurgins roll

Operationer som förminskar magsäcken visade sig enligt Strauss, Bradley & Brolin (2000) vara effektivt för att minska vikten hos tonåringar med en hög grad av fetma. Detta ansågs vara en sista utväg och övervägdes endast för välinformerade och motiverade tonåringar som hade provat flera viktminskningsprogram utan framgång. Indikationen var extrem fetma som kan leda till sjukliga tillstånd till exempel sömnapné, hypertension och ryggradsfrakturer. Operationen ansågs inte vara helt riskfri eftersom den kunde leda till en rad komplikationer. Exempel på sådana var bland annat brist på vitamin A, vitamin D, järn, folsyra och zink samt bildning av gallsten, bråck och ileus. Hög konsumtion av kaloririka drycker och livsmedel samt graviditet var riskfaktorer för viktuppgång efter en magsäcksoperation (Strauss et al. 2000). I en studie av Barlow et al. (2002) rekommenderade varken barnläkare, barnsjuksköterskor eller dietister kirurgisk behandling. Enligt Strauss et al. (2000) fanns inga studier gjorda på barn under femton år angående kirurgi.

Komplikationer vid behandling

Det visade sig att många barn med fetma hade provat att gå ned i vikt på egen hand med metoder som inte fungerade, då de flesta hade otillräcklig kunskap om näringsinnehåll i olika livsmedel. Många barn förknippade därför viktnedgång med stor frustration och besvikelse, eftersom de hoppats på ett omedelbart resultat. Sjuksköterskans uppgift var att hjälpa barnet att minska den psykiska pressen och sätta upp realistiska mål och förväntningar (Wu et al. 2003). Enligt Barlow & Dietz (1998) var det viktigt för sjuksköterskan att tänka på att känslomässiga och psykiska besvär kunde uppkomma i samband med behandling.

Det fanns till och med en risk att barnet kunde drabbas av ätstörningar. Denna risk minimerades genom att sjuksköterskan under behandlingen var stödjande och avstod från att vara dömande (Barlow & Dietz, 1998). I en studie visade det sig att det kan vara skadligt för barnets självförtroende att delta i viktminskningsprogram. Att väga sig varje vecka upplevde många barn som både genant och som ett straff. De kände sig misslyckade om de inte klarade att uppfylla den målvikt som de själva eller andra satt upp (Cameron, 1999). Om barnets vikt var det enda som upptog familjens tankar kunde detta leda till sämre självförtroende hos barnet (Barlow & Dietz, 1998). Ett lägre självförtroende påverkade sociala relationer, prestationer i skolan, risken att drabbas av depression samt möjligheten att sätta upp mål. Alla dessa faktorer påverkade i sin tur möjligheten att gå ned i vikt (Cameron, 1999). Om ett barn hade en depression var det nödvändigt att detta tillstånd behandlades innan några viktminskningsåtgärder kunde påbörjas, för att det skulle vara möjligt att uppnå ett tillfredsställande resultat. Vid utformning av viktminskningsprogram var det därför som sjuksköterska viktigt att ta hänsyn till om barnet var redo för förändringar i sitt beteende (Barlow & Dietz, 1998). Det var även viktigt att ta reda på om föräldrarna var redo för förändring eftersom de fungerade som ett ombud för barnet. Föräldrar tenderade att förhastat gå med i viktminskningsprogram med sitt barn utan att tänka igenom om de själva var redo för förändring av sin livsstil. Ett misslyckande kunde leda till att barnet blev svårt att motivera i framtiden (Cameron, 1999). Barnläkare, barnsjuksköterskor samt dietister som tillfrågades ansåg att de vanligaste hindren i behandlingen av barnfetma var bristen på barnens motivation, brist på föräldrarnas medverkan samt brist på stöd från specialister (Story et al. 2002).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien utfördes som en allmän litteraturstudie. Författarna ansåg att det fanns både för- och nackdelar med denna metod. Fördelen var att genom en litteraturstudie fick författarna en bred syn på behandlingsformer i olika delar av världen. En nackdel med en litteraturstudie var att viktig information i de utvalda

artiklarna kunde förbises av misstag. Ytterligare en nackdel var att faktna i de granskade artiklarna inte var lika aktuell som om en empirisk studie hade utförts.

Resultatet kan ha påverkats av författarnas tolkning av artiklarna. Tolkningen av artiklarna kan i sin tur ha påverkats av att de var skrivna på engelska och att det därför har blivit språkliga missförstånd. Några av artiklarna innehöll statistik som författarna ibland upplevde svårtolkad. Författarna är medvetna om att detta kan ha haft inverkan på resultatet. Artiklarnas kvalitet kan påverka resultatet och därför har varje artikel granskats enligt kvalitativ innehållsanalys (Forsberg & Wengström, 2003), (se bilaga 2).

Resultatet speglade barn- och ungdomar från olika världsdelar, där båda könen var representerade. Studierna var gjorda i USA, Belgien, Kina, Brasilien och Taiwan. USA var mest representerat och dessa artiklar har förmodligen därför haft störst inverkan på resultatet. Anledningen till att det fanns flest artiklar från USA kan ha berott på att fetma är ett stort folkhälsoproblem där samt att landet bedriver mycket omvårdnadsforskning. Författarna ansåg att resultatet kunde tillämpas i svensk sjukvård, trots att flera olika världsdelar var representerade. Detta eftersom omvårdnadsåtgärderna ansågs som genomförbara med tanke på Sveriges sjukvårdsresurser. Dessutom är barnfetma mycket vanligt i USA och Sverige är på väg åt samma håll (Janson & Danielsson, 2003).

Anledningen till att författarna valde att utesluta barn under tre år var att det enligt Janson & Danielsson (2003) är normalt för barn under tre år att vara runda. Åtgärder mot fetma vidtas tidigast när barnet är fyra år, men eventuell övervikt behöver uppmärksammas redan vid tre års ålder (Janson & Danielsson, 2003). Alla ålderskategorier, det vill säga förskolebarn, skolbarn och ungdomar, fanns representerade i resultatet. Författarna var även medvetna om att denna litteraturstudie kom att fokusera mycket på föräldrarnas roll. Detta var positivt eftersom föräldrarnas delaktighet har stor betydelse när sjuksköterskan ger omvårdnad till barn. Detta ansågs inte heller nödvändigt att ta upp i syftet eftersom föräldrar automatiskt inkluderas när det gäller vård av barn.

Några artikelförfattare har medverkat i flera artiklar som användes till resultatet. Det fanns både för- och nackdelar med detta. Fördelen ansågs vara att dessa författare förmodligen är experter inom området och på grund av detta kunde tillföra artiklarna hög kvalitet. Nackdelen ansågs vara att artikelförfattarna kunde påverka artikeln på grund av sin förförståelse, samt att på grund av detta kan resultatet i denna studie ha blivit felaktigt vinklat.

Författarna är medvetna om att de på grund av intresse har en viss förkunskap i detta ämne och har försökt att bortse från det när de granskade artiklar. Trots detta finns det en risk att förförståelsen har påverkat resultatet då författarna omedvetet kan ha funnit vad de ville. Författarna har haft detta i åtanke när de skrivit resultatet och de har arbetat för att förhålla sig objektiva. Detta gäller också artikelsökningen då författarna inkluderade även de artiklar som inte överensstämde med de egna värderingarna.

Något som författarna reflekterade över var att det fanns en risk att artiklar förkastades på grund av att abstractet inte uppfattades som relevant, då det inte svarade mot syftet. Ett annat problem som uppstod vid sökningen var att trots att sökordet *obesity* användes kom artiklar som innehöll termen *overweight* upp. I flera av artiklarna benämndes *obesity* i titeln men i texten användes ordet *overweight*. Detta innebar att det var svårt att skilja termen övervikt från termen fetma när engelska artiklar granskades.

Avsnittet om kirurgi inkluderades i arbetet trots att det kunde upplevas som medicinskt och avvikande från de andra kategorierna. Detta på grund av att författarna ville poängtera att det kan finnas ett alternativ när ingen annan behandlingsmetod fungerar. Som sjuksköterska är det viktigt att känna till denna behandlingsform, för att kunna informera barnet och föräldrarna om detta skulle bli aktuellt. Sjuksköterskan har i sin yrkesroll även ansvar för barnet pre- och postoperativt vid en sådan operation.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att det krävdes en beteendeförändring hos barnet för att behandling av fetma skulle vara möjlig att genomföra, samt att familjens delaktighet hade betydelse för att denna beteendeförändring skulle kunna ske (Barlow et al. 2002). Detta överensstämde med Flodmark, Ohlsson, Rydén & Svegers (1992) resultat som visade att familjeterapi var effektivt för att förhindra utvecklingen av fetma hos barn. För att det skulle vara effektivt krävdes det att familjen var redo och tog eget ansvar (Flodmark et al. 1992). Dietz & Robinson (2005) betonade vikten av att alla familjemedlemmar var motiverade, de menade att det annars fanns en stor risk att behandlingen misslyckades. Här råder en samstämmighet bland forskarna och skillnader var svåra att finna. Förklaringen till detta kan vara att det är svårt att särskilja ett barn från dess föräldrar, då det står i direkt beroendeställning till dessa, fram till myndighetsdagen. För att uppnå en god omvårdnad och ett bra behandlingsresultat bör sjuksköterskan därför involvera hela familjen. Sjuksköterskan måste vara noggrann med att även syskonen är införstådda med varför hela familjen behöver ändra sitt beteende, samtidigt som det är viktigt att uppmärksamma risken för eventuell frustration hos syskonen. Jackson et al. (2005) framhävde att om föräldrarna involverade alla syskonen i livsstilsförändringen, behövde inte barnet med fetma känna sig utsatt. Om hela familjen anpassar sig till den nya livsstilen ökar detta sannolikt barnets motivation att gå ned i vikt. Syskon uppmärksammas nästan inte alls i forskning angående barn med fetma. Med tanke på hur viktigt det är att involvera hela familjen i behandlingen vore det lämpligt att inkludera syskon i framtida forskning.

Enligt Barlow et al. (2002) var föräldrarna i behov av utbildning för att kunna hjälpa sitt barn att förändra sin livsstil. Wu et al. (2003) drog slutsatsen att många föräldrar hade dålig kunskap om motion vilket resulterade i att de inte kunde ge sitt barn råd gällande fysisk aktivitet. Jahren Kristoffersen (1998) beskriver omvårdnadsteoretikern Kari Martinssons teori som framhåller att människans liv är förbundet med andra människors liv, vilket resulterar i att de är ömsesidigt beroende av varandra. Ett barn är beroende av sina föräldrar och den kunskap de kan ge vidare till sitt barn. Enligt Kirk, Scott & Daniels (2005) var det vid

behandling av barn viktigt att aktivt engagera föräldrarna eftersom de är barnets främsta rådgivare. Även här råder en samstämmighet och det är svårt att motsäga sig trovärdigheten i dessa påståenden. Författarna tror att förutsättningarna att ta till sig kunskapen skiljer sig och att behovet är olika stort. Utbildning av föräldrar gällande en hälsosam livsstil för barnet kan börja under föräldrautbildningen på Mödravårdcentralen och Barnavårdcentralen och därefter fortlöpande under barnets uppväxt. Detta skulle sjuksköterskan kunna införa som en naturlig del i den övriga informationen till föräldrar. Det är viktigt att anpassa informationen individuellt och försäkra sig om att föräldrarna förstår innebörden. En frågeställning för vidare forskning är hur sjukvårdspersonal går tillväga då föräldrarna inte är intresserade av att ta till sig den kunskap som behövs för att hjälpa sitt barn. Har sjukvården rättighet att gå in som överförmyndare för att hjälpa barnet?

Braet et al. (1997) kom fram till att det fanns en risk med att förbjuda viss mat vid viktnedgång. Den förbjudna maten blev istället extra attraktiv och svår att motstå, särskilt för små barn. Genom att familjen lärde sig att förändra sina matvanor stegvis kunde barnet lära sig hälsosammare matvanor, vilket visade sig vara svårt vid en strikt diet (Braet et al. 1997). Detta motsades av Janson och Danielsson (2003) som ansåg att barn med fetma bör ha en "aldrig –lista" med födoämnen som ska undvikas helt. Jiang et al. (2005) föreslog en liknande metod som kallas "trafikljusmetoden". Skillnaden var då att den rödmarkerade, det vill säga den förbjudna maten, fick ätas vid enstaka tillfällen (Jiang et al. 2005). Vilken metod som passar barnet bäst kan troligtvis vara individuellt, vilket skulle kunna förklara skillnaderna i de olika forskningsresultaten. Liksom det förbjudna kan vara svårt att motstå kanske det även kan vara förödande med mat som endast får ätas sällan då det kan ge mersmak. Därför är det viktigt som sjuksköterska att ta hänsyn till individen inför och under behandling. Detta kan sjuksköterskan göra genom att rådfråga föräldrarna om barnets matvanor. Detta styrks av Nowicka (2005) som menade att rådgivning gällande mat skulle anpassas individuellt efter varje familjs behov och möjligheter för att det skulle vara lättare att följa råden. Det borde därför vara betydelsefullt att sjuksköterskan utför kontinuerlig uppföljning för att se om behandlingsmetoden är lämplig för barnet. Det behövs mer

forskningsresultat på hur sjuksköterskan ska hjälpa barnet att förändra sina matvanor, eftersom det verkar råda skilda meningar i dagens forskningsresultat.

Enligt Barlow & Dietz (1998) kunde känslomässiga och psykiska besvär uppkomma under behandling, vilket sjuksköterskan kunde minimera genom att vara stödjande samt avstå från att vara dömande. Enligt Dietz & Robinson (2005) krävdes det att behandlingen introducerades försiktigt för att undvika att barnet kände psykisk press eller skuld känslor. Wu et al. (2003) kom fram till att det viktigaste var att sjuksköterskan satte upp realistiska mål för att minska den psykiska pressen på barnet. Forskarna är eniga om att en psykisk påfrestning kan uppkomma, men åsikterna om hur sjuksköterskan ska hantera detta är olika. Inget resultat visade att sjuksköterskan borde introducera behandlingen med bestämdhet. Det kan kanske bero på att fetma är ett känsligt ämne och att det finns en viss rädsla för att ta för mycket av föräldrarnas roll. En risk med att vara för försiktig vid introducering av behandlingen kan vara att barnet inte inser allvaret. Trots detta kan det vara lämpligt att sätta upp delmål för att minska den psykiska pressen för barnet. För att lättare uppmärksamma och förebygga psykiska besvär kan det vara lämpligt att sjuksköterskan har enskilda samtal med barnet samt enskilda samtal med föräldrarna, eftersom vissa ämnen kan vara känsliga att diskutera tillsammans.

SLUTSATS

Sjuksköterskans viktigaste roll vid omvårdnad av barn med fetma är att involvera hela familjen och skapa en förtroendefull relation. Det krävs att sjuksköterskan arbetar för att motivera både barnet och föräldrarna till en livsstilsförändring.

REFERENSER

Almås H (red.) (2002). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.

Barlow SE, Dietz WH. "Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations". *Pediatrics*. 1998; 102(3): 29-40.

Barlow SE, Trowbridge FL, Klish WJ, Dietz WH. "Treatment of Child and Adolescent Obesity, Reports From Pediatricians, Pediatric Nurse Practitioners, and Registered Dietitians". *Pediatrics*. 2002; 110: 229-235.

Braet C, Van Winckel M, Van Leeuwen K. "Follow-up results of different treatment programs for obese children". *Acta Paediatrica*. 1997; 86: 397-402.

Cameron JW. "Self-esteem changes in children enrolled in weight management programs". *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1999; 22: 75-85.

Dehghan M, Akhtar-Danesh N, Merchant AT. "Childhood obesity, prevalence and prevention". *Nutrition Journal*. 2005; 4(1): 24-31.

Dietz WH, Robinson TN. "Overweight Children and Adolescents". *The New England Journal of Medicine*. 2005; 352: 2100-2109.

Engeland A, Tretli S, Björge T. "Height and body mass index in relation to esophageal cancer; 23-year follow-up of two million Norwegian men and women". *Cancer causes and control*. 2004; 15(13): 837-843.

Epstein LH, Paluch RA, Gordy CC, Dorn J. "Decreasing Sedentary Behaviors in Treating Pediatric Obesity". *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2000; 154: 220-226¹.

Epstein LH, Paluch RA, Gordy CC, Saelens BE, Ernst MM. "Problem Solving in the Treatment of Childhood Obesity". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68(4): 717-721².

Ericson E, Ericson T (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Flodmark C-E, Marcus C, Britton M. "Interventions to prevent obesity in children and adolescents: a systematic literature review". *International Journal of Obesity*. 2006; 30: 579-589.

Flodmark C-E, Ohlsson T, Rydén O, Sveger T. "Prevention of Progression to Severe Obesity in a Group of Obese Schoolchildren Treated With Family Therapy". *Pediatrics*. 1992; 91(5): 880-883.

Forsberg C, Wengström Y (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Jackson D, Mannix J, Faga P, McDonald G. "Overweight and obese children; mothers' strategies". *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52(1): 6-13.

Jahren Kristoffersen N (red.) (1998). *Allmän omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.

Janson A, Danielsson P (2003). *Överviktiga barn*. Stockholm: Forum.

Jiang JX, Xia XL, Greiner T, Lian GL, Rosenqvist. "A two year family-based behaviour treatment for obese children". *Archives of disease in childhood*. 2005; 90: 1235-1238.

Kirk S, Scott BJ, Daniels SR. "Pediatric Obesity Epidemic: Treatment Options". *Journal of the American Dietetic Association*. 2005; 105: 44-51.

de Mello ED, Luft VC, Meyer F. "Individual outpatient care versus group education programs. Which leads to greater change in dietary and physical activity habits for obese children?" *Journal de Pediatria*. 2004; 80(6): 468-474.

Nowicka P."Dietitans and exercise professionals in a childhood obesity treatment team". *Acta Paediatrica*. 2005; 94(448): 23-29.

Orth-Gomér K, Perski A (red.) (1999). *Preventiv medicin i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Patrick H, Nicklas TH. "A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality". *Journal of American Coll Nutrition*. 2005; 24(2): 83-92.

SBU. Rapport 2002:160. *Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.

Socialstyrelsens årsrapport 2005 om barnfetma. (www.socialstyrelsen.se).
Tillgänglig: 2006-05-26 kl.11.00.

Sothorn MS, Hunter S, Suskind RM, Brown R, Udall JN, Blecker U. "Motivating the Obese Child to Move: The Role of Structured Exercise in Pediatric Weight Management". *Southern Medical Journal*. 1999; 92(6): 577-584.

Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, Barlow SE. "Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills and Training Needs Among Health Care Professionals". *Pediatrics*. 2002; 110(1): 210-214.

Strauss RS, Bradley LJ, Brolin RE. "Gastric bypass surgery in adolescents with morbid obesity". *The Journal of Pediatrics*. 2001; 138(4): 499-504.

Svensk Sjuksköterskeförening (2002). *ICN: s etiska kod för sjuksköterskor*.

Wu FL, Yu S, Wei IL, Yin TJC. "Weight-Control Behaviour Among Obese Children: Association With Family-Related Factors". *Journal of Nursing Research*. 2003; 11(1): 19-29.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 1

Datum	Databas	Sökord	Årtal	Antal träffar	Begränsning	Antal träffar
060217	Pubmed	Children and obesity	2005-2006	874	and parents role	17
060217	Pubmed	Children and obesity and history	2005-2006	43		
060217	Pubmed	Children and obesity and lifestyle	2005-2006	100	and food	35
060217	Cinahl	Children and nursing	2004-2006	8		
060217	Medline	Children and obesity and nurse	2003-2006	23		
060217	Pubmed	Nursing and obesity	2005-2006	60	and physical activity	5
060314	Pubmed	Children and obesity and treatment	2005-2006	510	and nursing	36
060314	Pubmed	Children and obesity and treatment	2005-2006	510	and physical activity	115
060314	Pubmed	Children and obesity	2005-2006	941	and nurses role	13
060314	Pubmed	Children and obesity and nurses role	2003-2006	30	and treatment	28
060314	Pubmed	Children and obesity and nurses role	2000-2006	39		
060314	Pubmed	Nursing and obesity and treatment	2000-2006	171	not prevention	35
060314	Cinahl	Children and obesity	2005-2006	634	and nurs*	39

060314	Medline	Children and obesity and nurs*	2001-2002	42	and treatment	10
060314	Medline	Children and obesity and nurs*	2003-2006	86	and treatment	12
060315	Elin	Children and obesity and treatment	2003-2006	139	2005-2006	65
060315	Elin	Children and obesity and treatment and nursing	2005-2006	3	2003-2006	5
060315	Cinahl	Children and obesity and therapy	2002-2006/01	528	2004-2006/01	314
060315	Cinahl	Children and obesity and therapy	2005/09-2006/01	79		
060315	Cinahl	Adolescents and obesity and weightloss	2000-2006/01	0		
060315	Pubmed	Children and obesity and nursing	2000-2006/03	322	2005-2006/03	44
060315	Pubmed	Children and obesity and weightloss	2000-2006/03	190	2005/01-2006/03	44
060315	Pubmed	Nurse and obesity	1998-2000	20		
060315	Pubmed	Nurs* and obesity	1998-2000	43		
060315	Pubmed	Nurs* and obesity	1996-1998	15		
060315	Elin	Children and obesity and lifestyle	2005-2006	29		
060315	Elin	Children and obesity and lifestyle and nursing	2005-2006	1		
060315	Elin	Children and obesity and nursing	2005-2006	70		

060315	Pubmed	Nurs* and obesity	2000-2006/03	243	and treatment	57
060315	Pubmed	Nurs* and obesity	2000-2002	83	and treatment and care	20
060315	Pubmed	Nurs* and obesity	2003-2004	94	and treatment and care	21
060316	Pubmed	Nurs* and obesity	2005-2006/03	67	and lifestyle	17
060316	Pubmed	Nurs* and obesity	2003-2004	94	and lifestyle	25
060316	Pubmed	Nurs* and obesity	2000-2002	83	and lifestyle	15
060316	Pubmed	Nurs* and obesity	1996-1999	41	and lifestyle	8
060316	Psycinfo	Children and obesity and nurs*	2004-2006	327	2005-2006	175
060316	Psycinfo	Children and obesity and nurs*	2006	21		

Titel:	Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations
Författare:	Barlow SE, Dietz WH
Land:	USA
År:	1998
Syfte:	Syftet var att utforma rekommendationer för sjuksköterskor, näringsfysiologer och läkare för att utveckla behandlingen för barn och ungdomar med fetma.
Urval:	Deltagarna i expertkommittén valdes ut på grund av sin kliniska erfarenhet samt forskningserfarenhet i ämnet barnfetma.
Metod:	Det bildades en kommitté som var specialister på barnfetma för att utveckla rekommendationer för behandling av fetma.
Analys:	Rekommendationerna jämfördes och sammanställdes.
Resultat:	Kommittén poängterade att barnet och familjen måste vara redo för att kunna förändra sin livsstil. Behandling ska börja tidigt med små bestående förändringar och involvera hela familjen. Huvudmålet ska vara hälsosammare matvanor och en ökad fysisk aktivitet.
Kvalitet:	Kvaliteten var relativt god. Artikeln har inte helt fullständig struktur, men då den innehåller rekommendationer från specialister inom området barnfetma anses den mycket trovärdig.

Titel:	Treatment of Child and Adolescent Obesity: Reports from Pediatricians, Pediatric Nurse Practitioners, and Registered Dietitians
Författare:	Barlow SE, Trowbridge FL, Klish WJ, Dietz WH
Land:	USA
År:	2002
Syfte:	Syftet var att identifiera vilka behandlingar som barnläkare, barnsjuksköterskor och dietister använde i behandlingen av överviktiga barn och tonåringar.
Urval:	Totalt medverkade 940 barnläkare, barnsjuksköterskor och registrerade dietister. Deltagarna skulle vara medlemmar i American Academy of Pediatrics, National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners och American Dietetic Association.
Metod:	Enkäter skickades ut till barnläkare, barnsjuksköterskor och dietister som valts ut genom stickprov.

Genomförande: Enkäten innehöll frågor om behandling gällande kost, motion, läkemedel och kirurgi. Frågorna besvarades med hjälp av olika svarsalternativ,

Analys: Författarna jämförde resultatet med rekommendationer från en expertkommitté.

Resultat: Majoriteten rekommenderade förändring av matvanor och begränsning av speciell mat. Ungefär hälften använde sig av lågkaloridiet och kalori restriktion i behandlingen av tonåringar. Flertalet av yrkeskategorierna följde tidigare rekommendationer gällande mat och fysisk aktivitet. Endast fem procent föreslog läkemedel eller naturläkemedel. Ingen rekommenderade kirurgi.

Kvalitet: Kvaliteten var relativt god. Eftersom svarsfrekvensen inte var fullständig kan detta påverka resultatet något. Då artikeln beskrev specialisters rekommendationer ansågs informationen vara mycket trovärdig.

Titel: Follow-up results of different treatment programs for obese children

Författare: Braet C, Van Winckel M, Van Leeuwen K

Land: Belgien

År: 1997

Syfte: Syftet var att utforma ett nytt viktminskningsprogram samt utvärdera effekterna av kognitiv beteendeterapi

Urval: Undersökningsgruppen bestod av 205 barn med fetma som på eget initiativ sökt behandling. Kontrollgruppen bestod av 54 barn med fetma som inte sökt behandling utan som valts ut genom skolan. Barnen var mellan 7-16 år och skulle ha minst 20 procents övervikt.

Metod: Barnen i undersökningsgruppen delades in i fyra olika grupper. Dessa bestod av gruppterapi, individuell terapi, rådgivning och sommarläger. Barnen i kontrollgruppen erhöll ingen behandling.

Genomförande: Under fyra års tid fick barnen behandling samtidigt som vikt och längd följdes upp kontinuerligt.

Analys: Skillnaden i viktminskning mellan de olika grupperna jämfördes med ett *t-test*.

Resultat: De fyra behandlingsgrupperna hade signifikant viktminskning jämfört med kontrollgruppen. Viktminskningen kvarstod minst sex månader efter avslutad behandling. Kontrollgruppen ökade däremot i vikt.

Kvalitet: Kvalitén var mycket god. Studien var noggrann och detaljerat beskriven. Resultatet ansågs därför mycket trovärdigt.

Titel: Self-esteem changes in children enrolled in weight management programs

Författare: Cameron JW

Land: USA
År: 1999
Syfte: Syftet var att undersöka hur självförtroendet förändrades hos skolbarn som var registrerade i viktminskningsprogram.
Urval: Deltagarna söktes upp med hjälp av brevutskick som de blev ombudda att återsända inom en vecka.
Metod: Barnen delades in i två grupper. Undersökningsgruppen bestod av 54 barn med fetma som var registrerade i viktminskningsprogram och kontrollgruppen bestod av 60 barn med fetma som aldrig deltagit i viktminskningsprogram.
Genomförande: Alla barn fick i början av undersökningen fylla i en självvupsfattningsskala. Efter tolv veckor (när viktminskningsprogrammet var avslutat) fick de fylla i skalan ytterligare en gång.
Analys: Resultaten från de båda grupperna jämfördes och analyserades enligt *ANOVA* (*analysis of variance*).
Resultat: I början var det ingen signifikant skillnad i självförtroende mellan grupperna. Efter tolv veckor hade självförtroendet inte förändrats i kontrollgruppen. Barnen i undersökningsgruppen hade ett lägre självförtroende efter de deltagit i viktminskningsprogrammet.
Kvalitet: Kvalitén var god. Tydliga mätvärden redovisas vilket ger en hög tillförlitlighet.

Titel: Decreasing Sedentary Behaviors in Treating Pediatric Obesity
Författare: Epstein LH, Paluch RA, Gordy CC, Dorn J
Land: USA
År: 2000
Syfte: Syftet var att jämföra införandet av att minska stillasittande med införandet av att öka fysisk aktivitet i behandlingen av barn med fetma i åldern åtta till tolv år.
Urval: 90 barn med fetma samt deras föräldrar delades in i fyra grupper i varje studie. Deltagarna rekryterades genom rekommendationer från läkare, affischer och annonser i tidningar och TV.
Metod: Studien utfördes som en randomiserad kontrollerad studie.
Genomförande: Två studier startade med ett års mellanrum. I varje studie delades deltagarna in i fyra grupper. Två grupper fick minska sitt stillasittande beteende med tio respektive tjugo timmar per vecka. De andra två grupperna fick öka sin fysiska aktivitet med tio respektive tjugo timmar per vecka.
Analys: Resultaten analyserades enligt *ANOVA*.
Resultat: Genom att uppnå ökad fysisk aktivitet eller minskat stillasittande beteende minskade barnens vikt.

Kvalitet: Kvalitén var mycket god. All data var väldigt tydligt redovisad vilket gav en hög tillförlitlighet.

Titel: Problem Solving in the Treatment of Childhood Obesity
Författare: Epstein LH, Paluch RA, Gordy CC, Saelens BE, Ernst MM
Land: USA
År: 2000
Syfte: Syftet var att undersöka effekterna av att barn och föräldrar eller endast barn tränade problemlösning samtidigt som de genomgick en vanlig familjebaserad beteendebehandling av barnfetma.
Urval: 67 familjer med barn som hade minst 20 procent övervikt valdes ut genom remisser från läkare samt att de svarat på annonsering.
Metod: Deltagarna delades in i tre olika grupper. Alla grupper fick genomgå en sex månader lång familjebaserad behandling. I en grupp fick barnen och föräldrarna även lära sig problemlösning och i en annan grupp fick endast barnen lära sig problemlösning. Den tredje gruppen fick endast familjebaserad behandling.
Genomförande: Det sex månader långa behandlingsprogrammet bestod av möten varje vecka, samt två månadsmöten. Uppföljning skedde efter 12 och 24 månader.
Analys: Resultaten från de tre grupperna jämfördes.
Resultat: Barnen i den familjebaserade behandlingsgruppen minskade mest i vikt. Gruppen där barn fick lära sig problemlösning minskade mer i vikt än gruppen där barn och föräldrar fick lära sig problemlösning.
Kvalitet: Kvalitén var god. Artikeln var välstrukturerad med trovärdiga resultat.

Titel: A two year family based behaviour treatment for obese children
Författare: Jiang JX, Xia XL, Greiner T, Lian GL, Rosenqvist U
Land: China
År: 2005
Syfte: Syftet var att utveckla och testa en familjebaserad behandling för att utvärdera effekterna när den användes på skolbarn med fetma
Urval: På en skola i Peking valdes 33 barn med fetma slumpmässigt ut till en behandlingsgrupp. Från samma skola valdes 35 barn slumpmässigt ut till en kontrollgrupp.
Metod: Gruppen som fick familjebaserad behandling jämfördes med kontrollgruppen.

Genomförande: Behandlingsgruppen genomgick en familjebaserad behandling under två år. Båda grupperna genomgick kontinuerliga kontroller av vikt, längd, blodtryck och blodfetter.

Analys: Statistiska analyser utfördes i *SPSS*. Detta kompletterades med *t-test*, *Mann-Whitney test* och *ANOVA*.

Resultat: BMI minskade signifikant i behandlingsgruppen men inte i kontrollgruppen. Kolesterol, triglycerider och blodtryck förändrades också i behandlingsgruppen men inte i kontrollgruppen.

Kvalitet: Kvalitén var god. Bra struktur och tydligt redovisade mätvärden gjorde artikeln lättläst och studien tillförlitlig.

Titel: Individual outpatient care versus group education programs. Which leads to greater change in dietary and physical activity habits for obese children?

Författare: de Mello ED, Luft VC, Meyer F

Land: Brasilien

År: 2003

Syfte: Syftet var att jämföra två olika strategier för behandling av fetma hos barn: individuell behandling och gruppbehandling.

Urval: Barn mellan 7-13 år söktes via det lokala sjukhuset genom annonser i en tidning. Barnen valdes slumpmässigt ut och delades in i två grupper.

Metod: Alla barn intervjuades angående fysisk aktivitet och matvanor före behandlingen. Efter att ha deltagit sex månader i programmet intervjuades de igen och svaren före och efter behandlingen jämfördes.

Genomförande: Deltagarna i utbildningsprogrammet (gruppbehandlingen) deltog i månadsmöten med föräldrar och lärare. Barnen i den andra gruppen fick individuell rådgivning.

Analys: En kvantitativ analys gjordes genom att man jämförde resultaten från de båda grupperna.

Resultat: Båda strategierna var gynnsamma för att förändra vanor när det gäller kost och fysisk aktivitet. Därför kom författarna fram till att gruppbehandling var att föredra då fler individer kan behandlas samtidigt.

Kvalitet: Kvalitén var god. Artikeln var tydligt uppbyggd och väl beskriven.

Titel: Motivating the Obese Child to Move: The Role of Structured Exercise in Pediatric Weight Management.

Författare: Sothorn MS, Hunter S, Suskind RM, Brown R, Udall JN, Blecker U

Land: USA

År: 1999

Syfte: Syftet var att undersöka motiverande metoder och gradvis ökande träning som möjligheter med en ökad fysisk aktivitet hos barn som deltog i ett viktminskningsprogram för barn.

Urval: 73 barn i åldern 7-17 år anvisades till tre behandlingsgrupper beroende på vilken svårighetsgrad av fetma de hade.

Metod: Viktminskningsprogram för olika grupper.

Genomförande: Deltagarna delades in i tre olika grupper utifrån svårighetsgrad av fetma. Barn som lyckades gå ned i vikt fick vara med i en ytterligare grupp för kvarhållande av viktminskningen. Mätningar gjordes efter tio veckor och efter ett år. Fysisk aktivitet mättes från start och efter tio veckor till trettio veckor.

Analys: Vikt mättes med en elektrisk kalibrerad *Detecto scale* och längd med en kalibrerad *Holtain stadiometer*. Idealisk vikt var baserad på *National Center for Health Statistics percentiles for height and weight*. Relativt fett i procent och fettfri massa kalkylerades med mätningar av hudveck. Dataanalysen gjordes med *ANOVA, Newman-Keuls test*.

Resultat: Deltagarna hade en signifikant viktminskning och minskning av kroppsfett som kvarstod efter ett år. Deltagarna fortsatte viktminskningen och visade förbättrade motionsmönster.

Kvalitet: Kvalitén bedöms som god. Studien är utförd detaljerad och är väl beskriven. Resultatet anses mycket tillförlitligt.

Titel: Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills and Training Needs Among Health Care Professionals

Författare: Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, Barlow SE

Land: USA

År: 2002

Syfte: Syftet var att utvärdera behov av attityder, hinder, kunskap och träning hos barnläkare, barnsjuksköterskor och registrerade dietister som arbetar med barn- och ungdomsfetma.

Urval: Deltagarna valdes ut bland medlemmar i American Academy of Pediatrics, National Association of Pediatric Nurse Practitioners och American Dietetic Association.

Metod: En enkät på åtta sidor skickades ut med post. Deltagarna lämnade demografisk information.

Genomförande: Frågorna hade olika svarsalternativ.

Analys: Analysen gjordes med *SAS statistical computing package*.

Resultat: Flertalet av deltagarna svarade att barnfetma var ett tillstånd som behöver behandling, påverkar risken för kroniska sjukdomar och livskvalitén i framtiden. De främsta hindren var brist på medverkan av föräldrarna, avsaknad av motivation hos barnen och brist på stödjande instanser.

Kvalitet: Kvalitén bedöms som relativt god. Då svarsfrekvensen inte var fullständig kan resultatet ha påverkats. Då deltagarna är specialister med hög kunskap anses resultatet vara tillförlitligt.

Titel: Gastric bypass surgery in adolescents with morbid obesity

Författare: Strauss RS, Bradley LJ, Brolin RE

Land: USA

År: 2000

Syfte: Syftet var att beskriva följderna av en operation för att förminska magsäcken hos alla tonåringar som genomgick operationen vid ett visst sjukhus .

Urval: Tio tonåringar som var 15-17 år genomgick operationen under den givna tidsperioden som var mellan april 1985 och maj 1999.

Metod: Ungdomarna som genomgått operation följdes upp under flera års tid.

Genomförande: Uppföljningen skedde genom läkarsamtal under två års tid, därefter uppföljning via telefon.

Analys: Resultatet från uppföljningen jämfördes mellan de tio ungdomarna.

Resultat: Operation av magsäcken visade sig vara en effektiv metod för viktminskning hos tonåringar med sjuklig fetma, där annan behandling varit utan resultat. I flera fall visade det sig att postoperativa komplikationer lätt kan uppkomma.

Kvalitet: Kvalitén var god. Artikeln var välstrukturerad men det framkom ottydligt hur lång tid efter operationen uppföljningen pågick.

Titel: Weight-Control Behavior Among Obese Children: Association With Family-Related Factors

Författare: Wu FL, Yu S, Wei IL, Yin TJC

Land: Taiwan

År: 2003

Syfte: Syftet var att undersöka beteende kring viktkontroll hos barn med fetma, att förstå föräldrars kontroll samt att undersöka faktorer som påverkar beteendet kring viktkontroll.

Urval: 287 barn samt deras föräldrar valdes slumpmässigt ut från sex skolor i Taipei City.

Metod: Studien var en tvärsnittsstudie där ett strukturerat frågeformulär användes.

Genomförande: En forskare besökte skolorna för att väga och mäta barnen. Därefter valdes barn med fetma ut. Barnen fick sedan fylla i formulären i grupper. Varje barn fick med sig ett formulär hem till föräldrarna som sedan returnerades till lärarna.

Analys: Resultaten analyserades med *ANOVA*, *t-test* och *Scheffes test*.

Resultat: 97 procent av barnen hade någon form av strategi för att gå ned i vikt. I många fall visade sig metoderna vara olämpliga. Faktorer som påverkade barnets viktkontrollsbeteende var grad av fetma, moderns utbildning, familjestruktur, familjens socioekonomiska status, föräldrarnas uppfattning om barnets vikt samt föräldrarnas oro och övervakning av barnet.

Kvalitet: Kvalitén var relativt god. Artikeln hade något dålig struktur men resultatet redovisades tydligt med tabeller. På grund av att barnen fick fylla i formulären i grupp ansågs resultatet inte vara fullt tillförlitligt då barnen troligtvis kan ha påverkat varandra.
