

Vårdinsatser vid barnfetma

En litteraturstudie om skolbaserad,
familjecentrerad vård.

FÖRFATTARE	Maia Sievert Ida Sunnari
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 15 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristin Falk
EXAMINATOR	Mona Ringdal

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Vårdinsatser vid barnfetma. En litteraturstudie om skolbaserad, familjecentrerad vård.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Maia Sievert Ida Sunnari
Handledare:	Kristin Falk
Examinator:	Mona Ringdal

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Fetma har ökat under de senaste decennierna. Den största ökningen har främst varit bland individer under 50 år. De senaste siffrorna visar dock att utvecklingen börjar plana ut. Fetma är ojämnt fördelat i befolkningen med en överrepresentation bland personer med låga sociala förutsättningar. Idag uppskattas 43 miljoner barn under fem år vara överviktiga. Fetma i barndomen tenderar att öka risken för allvarliga följsjukdomar. Utvecklingen inom omvårdnaden går mot att familjens betydelse för hälsa och välbefinnande inkluderas i omvårdnaden. Det har visat sig att skolbaserade interventioner har en förebyggande effekt gällande övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Begreppet empowerment kan ses som en förutsättning för att nå patienters egen syn och ge patienter möjlighet att medverka till en bättre hälsa och högre livskvalitet.

Syfte: Syftet med studien var att kartlägga vårdinsatser inom skolan riktade mot familjer med överviktiga barn. Vidare undersöktes strategier som används för att stärka familjens empowerment.

Metod: Litteraturstudie med utgång i syftet. Studien består av 10 vetenskapliga artiklar publicerade mellan åren 2000-2011. Artiklarna analyserades enligt Febe Fribergs (2006) analysmodell.

Resultat: Resultatet visade på att flera av behandlingsprogrammen hade utgångspunkt i livsstilsförändringar. Alla studier innehöll någon form av fysisk aktivitet och rörelse samt en nutritionskomponent. Föräldrars delaktighet sågs som en förutsättning för lyckade interventioner. Familjernas ekonomiska situation var avgörande för programmets utgång i flera av studierna. Främjande av autonomi, självförtroende och hjälp till självhjälp var sådant som stärkte familjens empowerment. *Slutsats:* Sjuksköterskan har en unik position där yrket både består av individkontakt och komponenter av mer strukturell natur. Att se och sätta patienten i relation till dess sociala miljö är av vikt vid livsstilsförändring och beteendemodifikation.

INNEHÅLL

Sid

INTRODUKTION	2
INLEDNING	2
BAKGRUND	2
Fetma.....	2
Socioekonomisk status och fetma hos barn.....	3
Familjeorienterad vård	4
Vård och hälsopromotion inom skolan.....	4
Empowerment.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
FRÅGESTÄLLNINGAR	6
METOD	6
SÖKNINGSFÖRFARANDE	6
Inklusionskriterier	6
Exklusionskriterier	6
Sekundärsökning.....	7
METOD FÖR ANALYS	8
RESULTAT	8
Teoretisk utgångspunkt och huvudkomponenter i interventionerna	8
Utveckling av behandlingsprogrammen	8
Fysisk aktivitet	9
Nutrition.....	10
Individuell utformning kontra generell utformning.....	11
Familjens roll i behandlingsprogrammen	11
Familjen	11
Ekonomi.....	12
Stigmatisering.....	12
Medverkan.....	12
Utbildning.....	13
Empowerment i programmen	13
Autonomi	13
Självförtroende	14
Hjälp till självhjälp.....	14
Resultatsammanfattning av interventionerna	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	15
Vilken teoretisk utgångspunkt vilar interventionen på och vilka komponenter ingår i interventionen	15
Vilken roll spelar familjen i behandlingsprogrammen	17
Vilka strategier används för att stärka familjens empowerment	17

Sammanfattning av interventionernas effekt och etik	18
Klinisk betydelse för sjuksköterskor	19
Slutsats.....	19

REFERENSER.	21
--------------------------	-----------

BILAGOR

1. Artikelsammanfattning

INTRODUKTION

INLEDNING

En viktig bestämningsfaktor för utvecklingen av fetma hos barn och ungdomar är socioekonomisk tillhörighet. Prevalensen är högre hos grupper med låg socioekonomisk status. Det finns därmed en viktig aspekt att förhålla sig till i dagens behandlingsprogram. För att lyckas främja hälsorelaterade beteenden och uppnå jämlik hälsa på befolkningsnivå måste behandling utformas utifrån den enskilda individens behov. Vi upplevde under vår verksamhetsförlagda praktik med placeringar på vårdcentraler att det råder mycket skilda förutsättningar i dagens samhälle och att detta är något som sjuksköterskor bör ha fördjupad och ökad kunskap i. Detta för att kunna följa hälso- och sjukvårdslagen HSL 1982:763 där det tydligt står att målet med all hälso- och sjukvård i Sverige ska utgå ifrån lika vård och en god hälsa hos alla medborgare.

BAKGRUND

Fetma

Fetma har ökat de senaste decennierna i Sverige. Den största ökningen har främst handlat om individer under 50 år (Socialstyrelsen, 2010). WHO (Världshälsoorganisationen) visar på att fetma förekomsten dubblats i världen sedan 1980-talet. 43 miljoner barn under fem år är överviktiga år 2010. Det kan sättas i relation till att 65 % av världens population lever i länder där övervikt är en vanligare dödsorsak är undervikt (WHO, 2011).

Den senaste tiden finns dock siffror på att fetma förekomsten börjar planas ut i Sverige. Det förekommer en könsskillnad i prevalensen av fetma i Sverige idag där män har en fortsatt ökning av fetma jämfört med kvinnor där fetma förekomsten avstannat (Socialstyrelsen, 2010).

Fetma definieras enligt WHO som en överdriven ansamling av fett i sådan utsträckning att hälsan påverkas negativt. Det mått som används för att mäta och diagnostisera fetma är BMI (Body mass Index = kg/m^2). Det är ett ganska grovt mått där fler aspekter än fettmassa spelar en viktig roll (WHO, 2011). Det är dock ett mått som är enkelt att använda och är kostnadseffektivt. När barns BMI testas är det samma formel som gäller för vuxna vid uträkning (kg/m^2). Resultatet utläses utifrån en annan skala som är utformad utifrån kroppssammansättningen hos barn (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). Statens beredning för medicinsk utvärdering menar att resultaten av uträknat BMI skall betraktas med viss försiktighet då det finns risk för individuella avvikelser som gör att kroppskonstitutionen kan ge ett BMI som indikerar övervikt, men att individen i själva verket är normalviktig. Att använda BMI på barn innebär flera svagheter då måttet till exempel inte tar hänsyn till naturliga variationer i åldern (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2002). Magnusson (2011) skriver att måttet ändå kan användas då det är det lättaste sättet att mäta övervikt eller fetma och i synnerhet när detta ska genomföras på populationsnivå.

Det finns en genetisk faktor som påverkar människors fettinlagring. Men den lavinartade ökningen av fetma och övervikt kan inte förklaras av genetiska faktorer då förändringen skett under en relativt kort tid. Snarare kan detta kopplas samman med vår livsstil. Mer stillasittande, mer tv och onyttig snabbmat är livsstilsfaktorer som ökat

under de senaste decennierna (Rössner & Torgerson, 2009). Fetma förekommer i större utsträckning bland individer med lägre sociala förutsättningar (SBU, 2002).

Forskning har visat att barn med låg socioekonomisk status har ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, stroke och en allmänt högre mortalitet. Forskningen på området har ökat och forskarna tror att det är fetma och övervikt som är den viktigaste riskfaktorn i detta avseende (Senese, Almeida, Fath, Smith, & Loucks, 2009). Det är inte bara följsjukdomarna till fetma hos barn som är allvarliga, utan det är också vanligare att feta barn drabbas av astma, ledbesvär och huvudvärk än normalviktiga barn (Flodmark, Marcus & Mårild, 2007).

Det finns starka indikationer på att fetma under barndomen innebär en betydande risk för fetma även som vuxen. Risken att bära med sig övervikten till vuxen ålder ökade i takt med stigande ålder vid diagnos. Risken att överviktiga barn under tre år utan överviktiga föräldrar fortsätter vara feta även som vuxna är inte så stor. För barn i tioårsåldern är risken betydligt högre. Att lida av fetma som barn ger en ökad risk för metabola syndromet i vuxen ålder (Mårild, Nevius & Reasmussen, 2007). Fetma innebär ett lidande för barn. Lidandet har såväl psykologiska, sociala och fysiologiska inslag. Feta barn känner sig också ofta stigmatiserade, mår sämre och har lägre självkänsla (Flodmark, et.al., 2007). Regber, Berg-Kelly & Mårild (2007) menar att feta barn rapporterar en lägre livskvalitet än normalviktiga barn. Livskvaliteten var jämförbar med hur cancersjuka barn uppskattar sin livskvalitet. Studien visade vidare att feta barn även känner sig ensamma, ledsna och nervösa i större utsträckning än normalviktiga barn.

Socioekonomisk status och fetma hos barn

Socioekonomisk status är ett begrepp som av Statistiska centralbyrån [SCB] definieras som en klassifikation avsedd att belysa de maktstrukturer i ett samhälle som delar upp människor i olika klasser (SCB, 2008). Vidare förklarar SCB (2008) att indelningen görs utifrån den position man har i arbetslivet och menar att detta har betydelse för välfärdsfördelning och livssituationen. Uppdelningen tar hänsyn till arbetsuppgifter och utbildningsår, och det går även att beräkna hushållets socioekonomiska position. Indelningen har använts i Sverige sedan 1982.

Marmot (2006) menar att en av de viktigaste faktorerna för hälsa eller ohälsa är hur vi lever i samhället utifrån den sociala position människor innehar. Till den sociala positionen hör en social hälsogradient som ökar med utbildning, inkomst, föräldrars bakgrund och yrke. Beroende på människors sociala position möter människor olika sociala och ekonomiska omständigheter som kommer ligga till grund för den sociala miljön som styr hälsogradienten. Hälsogradienten är ett begrepp som Marmot (2006) beskriver är det faktum som råder mellan social position och hälsa. Ju lägre social position en individ har, desto högre risk att drabbas av många olika sjukdomar.

Sambandet mellan socioekonomisk status och övervikt/fetma hos barn är inte idag helt kartlagt. Kunskapsläget som idag finns visar att låg socioekonomisk status i samspel med andra faktorer ökar en rad riskfaktorer och riskbeteenden för att utveckla fetma (Ball & Crawford, 2005).

Det finns idag stora skillnader i prevalensen av övervikt hos barn med låg respektive

hög socioekonomisk status i Sverige (Magnusson, 2011). I en rapport från SBU (2002) redovisas att fetma är vanligare hos personer med låga sociala förutsättningar. Fetma hos barn är vanligare i socioekonomiskt utsatta grupper (Socialstyrelsen, 2010). Fetma är således ojämlikt fördelat i befolkningen.

Hälsorelaterade beteenden kan ses som något som skiljs åt med socioekonomisk status och har därmed olika utslagskraft i olika grupper i samhället relaterat till deras position (Gisselmann, 2007). Det finns ett samband mellan barn och föräldrars BMI. Det är vanligare att barn är överviktiga eller har fetma om även föräldrarna har högt BMI. Sambandet är starkare på den biologiska moderns sida. Sambandet förklaras med både biologiska faktorer och livsstilsfaktorer så som kost och motionsvanor (Guillaume, Lapidus, Beckers, Lambert & Björntorp, 1995). Gisselman (2007) visar även på hur moderns sociala status avspeglas i barns födelsevikt. Moderns sociala status i barndomen påverkar hennes sociala status i vuxenlivet och därmed hennes hälsorelaterade beteende.

Familjeorienterad vård

Golan och Crow (2004) visar att det finns stöd för att föräldrar som är fysiskt aktiva i större utsträckning har fysiskt aktiva barn. Författarna visar också att barn får sina matpreferenser genom att exponeras för mat vilket styrs och planeras av föräldrar. Ett samband mellan högt intag av frukt och grönt och lågt intag av fet mat och mödrars kunskapsnivå gällande nutrition synliggjordes också. En litteraturstudie styrker att familjeorienterade program vid behandling av övervikt har positiv utgång vid behandling av barn och ungdomar (Golan & Crow, 2004). Att inkludera föräldrar i behandlingen av övervikt hos barn har bättre effekt än att enbart behandla barnen enskilt utan att involvera föräldrar (Chesla, 2010; James, Connelly, Rutkowski, McPherson, Garcia, Mareno & Zirkle, 2008). Wright och Leahey (1998) refererar till Keeney (1982) som förklarar begreppet familjevård som ett sätt att tillföra ny information till familjesystemet för att möjliggöra förändring. Wright, Watson och Bell (2002) visar på problematiken med att familjers synsätt och beskrivningar ofta får stå tillbaka för hälso- och sjukvårdspersonalens förklaringsmodeller. Wright & Leahey (1998) menar att utvecklingen inom omvårdnad idag går mot att familjens betydelse för hälsa och välbefinnande inkluderas i omvårdnaden. Vidare definierar författarna familjen på ett enkelt sätt "familjen är sådan den säger att den är." (sid. 61). Vilket visar att definitionen av familjen görs individuellt och av varje enskild familj.

Vård och hälsopromotion inom skolan

Skolhälsovård ska vara hälsofrämjande då ramarna är utformade utifrån WHO:s begrepp "The Health promoting school". Detta innebär att skolan konstant arbetar hälsofrämjande och stärker hälsomedvetandet hos såväl elever, föräldrar, lärare och tjänstemän (WHO, 2011). I en rapport från SBU (2002) visar man på att skolbaserade interventioner kan ha en förebyggande effekt gällande övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Detta förklaras med att skolan är en miljö där möjlighet till att möta de flesta barn och ungdomar ifrån alla samhällsmiljöer finns.

I svensk skolhälsovård sker första kontakten med skolhälsovården i tidig ålder och då har föräldrarna en stor inblick och är delaktiga, men under barnets skoltid blir skolhälsovården mer inriktad på individen och föräldern har inte samma givna plats i sammanhanget. Detta är inte så konstigt med tanke på att det är en vuxen individ som

efter avslutad skolgång hunnit bli myndig (Hillman, 2010). Hillman (2010) ser skolhälsovården som ett lämpligt ställe att tillsammans med barn och förälder föra eventuell övervikt på tal.

Empowerment

I denna litteraturstudie använder vi oss av empowerment som teoretiskt ramverk. Detta gör vi i syfte att kunna använda begreppet i analys av litteraturstudien. Detta möjliggör att sätta in behandlingsprogrammet i dess sociala kontext genom att Empowerment handlar om att se individen i sin egentliga miljö. Empowerment har de senaste decennierna blivit ett populärt begrepp och saknar en vedertagen svensk översättning. Under 1990-talet började begreppet användas med stor framgång inom en rad områden såsom vård, socialt arbete, aktivism och socialpolitik (Askheim & Starrin 2007). Empowerment är i likhet med många andra begrepp utan någon entydig förklaring. Olika inriktningar finns och tolkningarna av begreppet är många. I nationalencyklopedin går att läsa att under de senaste åren har patient empowerment blivit populärt och ses som något nödvändigt i patientundervisning. Nationalencyklopedin förklarar att patientundervisning har en beteendevetenskaplig grund och att patient empowerment innebär att patienten både är aktiv i sin vård och har möjlighet att bestämma över den (Nationalencyklopedin). Askheim och Starrin (2007) skriver att en utgångspunkt i empowerment är att stärka individer och grupper på ett sätt som möjliggör för dem att ändra de villkor som gör att de befinner sig i svaga och eller maktlösa positioner. Man utgår ifrån att människors position i samhället inte är naturgiven utan styrs av en rad olika processer. Pilhammar Andersson (2007) skriver att empowerment vid patientundervisning inte är en pedagogisk handling, utan resultatet som möjliggör för patienten att använda sig av den kunskap denne fått till att påverka sin behandling. Empowerment i hälso- och sjukvårdssammanhang kan förklaras som ett förhållningssätt hos personalen där patientens livssituation synliggörs, stärks och där patienten får redskap för att själv kunna påverka sin hälsosituation (Björvell, 2001). Björvell (1999) beskriver patient empowerment som förstärkt egenvård. Hon menar att det är en förutsättning för att nå patienters egen syn och patienters möjlighet att medverka till bättre hälsa och högre livskvalitet. Björvell (1999) översätter Kalnins et. al. (1992) tre principer som är viktiga i sammanhanget;

- *”hälsofrämjande åtgärder måste vara i överensstämmelse med vad berörda personer anser vara av vikt*
- *experter och patienter måste arbeta tillsammans med att lösa aktuella problem och fatta beslut om vad som behöver och kan göras*
- *de hälsofrämjande åtgärderna måste vara i överensstämmelse med en allmän hälsopolicy för att de skall fungera på ett tillfredställande sätt.* ” (sid 4816).

Björvell (1999) refererar vidare till Kalnin et. al (1992) om hur patienten ska få möjlighet att uppnå empowerment vilket bör göras genom;

- *”ha förmåga och möjligheter att reflektera över behandlingseffekter och egenvårdsbeteende som har betydelse för hälsa och välbefinnande*
- *få tillgång till sjukdomsspecifik kunskapsfältet*

- *förstå vad som är rimligt och möjligt att göra*
- *bli bekräftad som person och i sitt tänkande av sjukvårdspersonalen” (sid 4816).*

PROBLEMFÖRMULERING

Då barnfetma tenderar att leda till övervikt även i vuxen ålder och orsakar stort lidande för den enskilda individen är det viktigt att behandla övervikt hos barn. Forskning visar att socioekonomisk status spelar en roll i vem som blir överviktig. Tidigare forskning har visat att familjecentrerad vård är ett bra sätt att angripa problematiken. Det är idag kartlagt att skolbaserade interventioner kan ha en förebyggande effekt när det gäller prevention av övervikt hos barn. Därför vill vi undersöka vilken roll familjen spelar i skolbaserade vårdinsatser riktade mot överviktiga barn.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att kartlägga vårdinsatser inom skolan riktade mot familjer med överviktiga barn. Vidare vill vi undersöka strategier som används för att stärka familjens empowerment. Detta syfte kommer att besvaras utifrån följande frågeställningar;

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Vilken teoretisk utgångspunkt vilar interventionen på och vilka komponenter ingår i interventionen?
- Vilken roll spelar familjen i behandlingsprogrammen?
- Vilka strategier används för att stärka familjens empowerment?

METOD

SÖKNINGSFÖRFARANDE

Denna studie är en litteraturstudie. En litteraturstudie syftar till att skapa en översikt av kunskapsläget (Friberg, 2006). Litteratursökningen genomfördes på databaserna Pubmed och Cinahl under tiden 2011-02-08 och 2011-03-07. Sökorden *obes**, *overweight*, *nursing*, *child**, *school health care*, *treatment*, *management*, *prevention*, *family*, *parent** och *school based* kombinerades i sökningen. Sökorden användes för att finna artiklar som svarade an på ovan nämnda frågeställningar Litteratursökningen redovisas i tabell 1.

Inklusionskriterier

Alla valda artiklar som inkluderats i studien svarar an på syftet och är granskade enligt Peer Review. Artiklar från databasen Pubmed kontrollerades mot databasen Ulrich för att försäkra att tidskriften var Peer Reviewed då detta inte går att göra via sökmotorn. Artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2000 och år 2011. Både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderades. Även pilotstudier inkluderades. Studierna skulle inkludera båda könen av barnen.

Exklusionskriterier

Artiklar har valts bort om behandlingsprogrammen utförts i utvecklingsländer som i för stor utsträckning skiljer sig mot de förutsättningar som råder i de flesta europeiska

länder samt USA. Barnen ska vara i åldern 5-18 år. Artiklar som enbart fokuserat på sjuksköterskans upplevelse av interventionerna exkluderades.

Tabell 1

Datum sökning	Data bas	Sökord	Urval	Sökträffar	Antal granskade fulltext	Valda fulltext.
2011-03-01	Pubmed	(obes* OR overweight) AND Nursing AND child* AND school health care AND (treatment OR intervention OR prevention)	2000-2011, human,	74	11	Artikel 1-4 Se bilaga 1
2011-03-01	Cinahl	obes* OR overweight AND school health AND treatment OR prevention OR intervention OR management AND nursing AND family OR parent* AND child*	2000-2011, Peer reviewed	36	4	Artikel: 5 Se bilaga 1
2011-03-07	Pubmed	School based AND (intervention AND management AND prevention) AND child* AND obesity OR overweight AND family AND nursing	2000-2011, human	9	3	Artikel: 6-7 Se bilaga 1

Sekundärsökning

Sekundär sökning genomfördes via artiklarnas referenslistor. En sekundärsökning bör göras för att inte gå miste om bra litteratur som annars kan falla bort. Även en manuell sökning bör ingå då allt inte går att finna på elektronisk väg (Friberg, 2006). Via sekundärsökningen valdes en artikel ut, denna redovisas i artikelöversikten som ”sekundärsökning”.

Manuell sökning gjordes på samtliga utvalda pilotstudier. Pilotstudierna hade samma inklusion- och exklusionskriterier som övriga artiklar, men pilotstudierna kontrollerades ytterligare för att försäkra att det inte fanns uppföljningsstudier som vi gått miste om. Två Pilotstudier visade sig ha uppföljningar. Dessa två studier ersatte därmed pilotstudierna i vårt slutgiltiga urval. Sista sökningen gjordes 2011-03-10 för att kontrollera detta.

METOD FÖR ANALYS

Urvalsprocess

I första skedet lästes samtliga abstract från de tre sökningarna. Vilket enligt Friberg (2006) är en förutsättning för att inte gå miste om någon viktig artikel. De artiklar som valdes bort svarade inte an på uppsatsens syfte, inklusions- och exklusionskriterier. De 119 sökträffarna reducerades till 18 artiklar som läses i sin helhet. Denna slutgiltiga granskning resulterade i de 10 artiklar som sedan utgjorde materialet för vår litteraturstudie. Två av dessa 10 artiklar var pilotstudier som redovisas för ovan under sekundärsökning. De artiklar som hittades vid flera sökningar redovisas i artikelöversikten endast en gång. De valda artiklarna för analysen redovisas i artikelöversikten se bilaga 1.

Analys

Fribergs (2006) metod för utförande av litteraturstudie tillämpades. Detta innebar att samtliga artiklar lästes i sin helhet flera gånger för att få en känsla av vad de handlade om. Vidare använde vi oss av frågeställningarna som ligger till grund för uppsatsen i analys av artiklarna. Utifrån de två första frågeställningarna formulerades teman och underteman utifrån vilka resultatet presenteras.

RESULTAT

Litteraturstudien är en sammanställning av tio granskade artiklar. Se bilaga 1. Resultatet presenteras utifrån frågeställningarna som låg som grund för analysen. Den första frågeställningen presenteras med rubriken: teoretisk utgångspunkt och huvudkomponenter i interventionerna med underrubrikerna: utveckling av behandlingsprogrammen, fysisk aktivitet, nutrition och individuell utformning används. Den andra frågeställningen presenteras med rubriken: Familjens roll i behandlingsprogrammen med underrubrikerna: Familjen, Ekonomi, Stigmatisering, Medverkan, Utbildning. Den sista och tredje frågeställningen presenteras med rubriken: Användning av empowerment i programmen med underrubrikerna: Autonomi, självförtroende och hjälp till självhjälp används.

Teoretisk utgångspunkt och huvudkomponenter i interventionerna.

Behandlingsprogrammets teoretiska utgångspunkt redovisas här med fokus på programmets huvudinnehåll och vilken teoribildning de utformats från. Resultat redovisas utifrån identifierade huvudteman i programmen.

Utvecklingen av behandlingsprogrammen

Tre interventioner har utgångspunkt i att livsstilsförändringar är starkt sammankopplade med ökad kunskap, egenkontroll, ökad självkänsla och autonomi (Plachta-Danielzik, Landsberg, Lange, Seiberl & Muller, 2011; Speroni, Earley & Atherton, 2007; Moore et al., 2009). Plachta-Danielzik, et al. (2011) utformar sin intervention med den teoretiska utgångspunkten att beteenden, attityder och andra omständigheter såsom socioekonomisk status är bestämnings faktorer för fetma. Speroni, et. al. (2007) utgick från en hypotes om att barn kan lära sig att själva göra hälsosamma val om redskap och tankesätt implementeras i deras sociala miljö. Även Plachta-Danielzik, et. al. (2011) poängterar att omständigheter i den sociala miljön såsom socioekonomisk status är en viktig faktor i beteendeförändring. Moore et al. (2009) använder sig av Orem's egenvårdsteori. Begreppen som de använder sig av är self-care, self-care agency och self-care aktivitet. Där self-care definierat som eget ansvarstagande och förmåga att

utforma aktiviteter som förbättrar hälsan. Self-care agency definieras som den inlärd förmågan att genomföra egenvård och möta sina egna behov vilken involverar kunskap, erfarenhet och motivering. Self-care aktiviteter menar Moore et al. (2008) involverar införskaffande av kunskap, planering och beslutsfattande, handlande och utvärdering. Interventionen genomfördes i ett område med hög andel familjer med låg socioekonomisk status.

Interventioner med en kommunikationsbaserad utgångspunkt används vid flera studier (Melin & Arvidsson Lenner, 2009; Resnick et al., 2009; Tyler & Horner, 2009). Dessa interventioner syftar till att fånga in det som kommuniceras och möta och stödja familjerna där de befinner sig och utifrån detta utforma en plan för livsstilsförändring. Kommunikationen sker dock främst genom skriftligt material i studien av Resnick et al. (2009).

Tyler och Horner (2009) testar i en pilotstudie en intervention utformad som en familjecentrerad modell för att föräldrar och barn ska identifiera hälsoproblem och sedan skapa egna strategier som passar familjens livsstil och resurser för att möta dessa. Modellen innehåller också motiverade samtal. Tyler och Horner (2009) refererar till Rollnicks (1996) fyra förhandlingsbaserade strategier för beteendeförändringar i interventionen:

- sätta en agenda
- ta beslut och sätta mål
- bedöma motivation och självförtroende
- utbyta information.

Melnyk et al. (2007) och Hawley, Beckman & Bishop (2006) grundar sina interventioner utifrån kognitiv beteende terapi där man menar att individens tankesätt påverkar hennes känslor och beteende. Melnyk et al. (2007) utgår från problemlösning och att lära barnen att själva göra hälsosamma val.

I två studier gick inte att hitta någon specifik teoretisk utgångspunkt i utformningen av interventionsstudien. Det fanns olika sätt att angripa utformningen av interventionen för dessa studier. Marcus, Nyberg, Nordenfelt, Kowalski och Ekelund (2009) förklarar utformningen av interventionen med stöd av tidigare studier som visat minskad övervikt vid ökning av fysisk aktivitet och minskning av söta och feta livsmedel. Därefter utvecklas en intervention med hypotes om att ökad fysisk aktivitet och förändrade måltider inom skolan och fritidsverksamhet kan påverka övervikt och fetma och även påverka måltiderna i hemmen till en mer hälsosam väg. Johnston et al. (2007) synliggör att en riskgrupp bland mexico-amerikaner vilket ses som en grupp med den högsta andelen överviktiga jämfört med övrig minoritets grupper. Intervention utvecklas utifrån bristen på tidigare effekt i interventioner i denna grupp och genom en hypotes om att interventionen måste vara massiv och av intensiv beteendeförändrande karaktär.

Fysisk aktivitet

Samtliga studier förhöll sig på något sätt till fysisk aktivitet och rörelse (Moore et al., 2009; Melnyk et al., 2007; Tyler & Horner, 2009; Speroni et al; Melin & Arvidsson Lenner, 2008; Hawley et al., 2006; Resnick et al., 2009; Marcus et al., 2009; Johnston et al., 2007 & Plachta-Danielzik, et al., 2011). Flera studier fokuserade på att låta deltagarna prova flera olika aktiviteter såsom dans, yoga, fotboll, kickboxning. Detta för att ge deltagarna möjlighet att hitta en träningsform de gillar och kanske vill fortsätta med även efter att interventionen avslutats (Speroni et al., 2007; Johnstone et al., 2010).

Marcus et al. (2009) utökade den fysiska aktiviteten i interventionen med 30 minuters extra fysisk aktivitet som integrerades i den dagliga undervisningen. Det infördes även maxtid vid skolans datorer till 30 min/barn och dag för att motverka stillasittande. Plachta-Danielzik et al. (2011) införde 20 min fysisk aktivitet i form av springlekar utomhus för barnen efter varje träff. Träffarna syftade också till att ge barnen information genom interaktiva lekar och sagor där informationen skulle ligga som grund för att barnen skulle vara aktiva minst en timme per dag och konsumera tv mindre än en timme per dag.

I en studie av Melin et al. (2008) deltog en sjuksköterska och en dietist vid första mötet med förälder och barn. Strukturerade intervjubaserade frågeformulär användes för att kartlägga fysisk aktivitet. Frågorna handlade till exempel om hur barnen tog sig till och från skolan, hur mycket de tittade på tv och om barnen deltog i några organiserade aktiviteter. Under intervjuens gång fick familjen individuella råd och förslag på hur de kunde öka vardagsaktiviteten. Flera studier hade i sina interventioner informativa sessioner för deltagarna där de delgavs fakta kring motion för att själva kunna ändra sin aktivitetsnivå (Moore et al., 2009; Resnick et al., 2009; Melnyk et al., 2007; Tyler & Horner, 2009 & Hawley et al. 2006).

Nutrition

Flera studier delgav deltagarna evidensbaserad teoretisk kunskap genom sessioner/lektioner för att hjälpa dem att själva förbättra sin kosthållning och uppnå en beteendeförändring (Melnyk et al., 2007; Plachta-Danielzik et al., 2011; Resnick et al., 2009; Johnston et al., 2010). Speroni et al. (2007) och Moore et al. (2009) utformade sina kostråd utifrån att barnen själva skulle lära sig att göra bra matval. Moore et al. (2009) vill genom sin studie förflytta ansvaret i hälsosamma matvanor från föräldrarna till barnen själva. Melin & Arvidsson Lemner (2008) intervjuade barn och föräldrar genom strukturerade frågor. Frågorna syftade till att ge djupare förståelse för familjernas matvanor vilket sedan ledde till kostråd som familjen skulle följa under ett år.

Svenska skolelever äter skollunch och de barn som går på fritids efter skoltid serveras mellanmål kostnadsfritt genom skattefinansiering Detta gav Marcus et al. (2009) fördelen att kunna påverka en stor del av barnens dagliga kostintag. I interventionsskolorna byttes det vita brödet ut mot fullkornsbröd och barnen erbjöds en salladsbuffé som placerades innan varmrätten i skolmatsalen. Sockermängden i maten som serverades reducerades också (Marcus et al. 2009). Skolmat diskuteras även av Tyler et al. (2008) där en majoritet av interventionsgruppen ingick i skolans nutritionsprogram för låginkomstfamiljer vilket gav barnen möjlighet att kostnadsfritt äta frukost och lunch i skolan. Lunchen och frukosten som serverades innehöll ofta mycket fett och saknade helt inslag av frukt eller grönsaker. Tre studier visar på att en faktor för barnens viktutveckling är mat som äts utanför föräldrarnas kontroll (Melin & Arvidsson Lemner, 2008; Tyler & Horner, 2008 & Marcus et al., 2009). Föräldrarna diskuterade begränsningar av att välja hälsosam mat då färsk frukt och grönsaker generellt är dyra livsmedel (Tyler et al., 2008). Deltagare i Johnston et al. (2010) studie berättade att de ofta hoppade över lunchen och att de ofta istället åt mellanmål på eftermiddagen med lågt näringsinnehåll och med mycket energi. De erbjöds då istället ett nyttigare mellanmål kostnadsfritt under eftermiddagen (Johnston et al., 2010).

Individuell utformning kontra generell utformning

Johnston et al. (2007) riktar sin intervention mot mexikansk-amerikanska överviktiga barn. En komponent var att föräldrarna fick lära sig att laga nyttigare mat. De utgick då från traditionell mexikansk-amerikansk mat som tillagades med lägre kalori innehåll. Melin et al. (2008) utvecklade individbaserade råd till familjerna i interventionen utifrån de strukturella intervjuer som genomfördes under första mötet gällande kost, motion och välmående. I en intervention där många av familjerna var bosatta i ett område med låg socioekonomisk status användes samtal mellan barn och föräldrar som utgångspunkt för att komma åt ohälsosamma strukturer inom familjen (Tyler et al., 2008). Interventionen utgick från Rollnicks fyra strategier och lät familjen diskutera agendan och sätta egna mål och finna strategier för att nå dessa. Genom att utgå ifrån de fyra strategierna ringades familjens individuella behov in. Målet var att få familjerna att bli aktiva deltagare i planering samt förändra deras beteenden kring nyttig mat, aktiviteter och nå hälsosam vikt för barnen (Tyler et al., 2008). Även Johnston et al. (2010) utformade ett program utifrån deltagarnas behov där barnen själva kunde välja vilken fysisk aktivitet de ville prova i interventionsgruppen. Interventionen hade mycket täta träffar 5 gånger per vecka för barnen och månadsmöten för föräldrarna. Programmet individbaserade så mycket som var möjligt för att möta individernas behov gällande nutrition, fysisk aktivitet och vid att göra programmet relevant för föräldrarna.

Flera studier använde sig inte av någon individuell utformning utan interventionen byggde på att samma information, program, eller möten erbjöds till alla på samma sätt (Plachta-Danielzik et al., 2011; Moore et al., 2009; Marcus et al., 2009; Hawley et al., 2006). Resnick et al. (2009) använde sig dels av individbaserad utformning där föräldrarna i en grupp själva fick styra samtalsämne under mötena och dels av information som skickades ut och var samma för alla deltagare i interventionen. Marcus et al. (2009) utformade sin intervention i skolan med fokus på att ändra barnens beteende och hälsomedvetenhet genom att införa mer motion och hälsosammare kost i skolmiljön. Mindre fokus låg därmed på individen genom att hypotesen som låg till grund för studien var att förbättrad kost och motion i skolan leder till förbättrad kost och ökad motion hemma. Hawley et al. (2006) använder sig av självrapporterade formulär där både barn och föräldrar skattar sina beteendeförändringar och motions och matvanor. En kvällsaktivitet hölls också inom ramen för interventionen där alla aktiviteter var gratis. Aktiviteterna som erbjöds under kvällen syftade till undervisning om kost och motion samt att höja familjernas självförtroenden. Hawley et al. (2006) menar att utformningen av kvällen möjliggjorde för alla familjer oberoende av socioekonomisk status att delta under kvällen då evenemanget var gratis.

Familjens roll i behandlingsprogrammen

Familjen

I två studier användes familjebegreppet i en mer utvidgat form än att enbart innefatta biologiska föräldrar. Detta gjordes för att nå alla människor som spelade roll för barnets hälsa (Johnston et al., 2007 & Tyler & Horner 2009). En studie riktade sig enbart till föräldrar och hade inga barn med i interventionen (Resnick et al., 2009) Tyler och Horner (2009) synliggör att familjens sammansättning kan spela roll, speciellt den traditionella rolluppdelningen gällande hushållsuppgifter kan förklara en del problem med interventionen de genomförde. De synliggör detta genom att beskriva hur

en fader i en familj inte själv kunde göra i ordning måltider när modern i familjen arbetade kvällstid. Tyler och Horner (2009) synliggjorde att familjerna såg det utmanande att förändra sina familjerutiner relaterat till komplexa familjesammansättningar.

Ekonomi

Försvårande faktorer var familjernas ekonomiska situation som ofta innebar ett hinder för att uppnå de livsstilsförändringar som planerats. Detta på grund av att hälsosam mat var för dyr och redskap och utrustning för olika aktiviteter ofta var kostsamma (Tyler och Horner, 2009). Moore et al. (2009) vill genom sin studie förflytta ansvaret i hälsosamma matvanor från föräldrarna till barnen själva. Hälften av deltagarna i interventionen ingick i skolans frukostprogram vilket kunde tolkas som en indikator för låg socioekonomisk tillhörighet. Tyler och Horner (2008) synliggör problematiken med att många familjer tillhör låg socioekonomisk status och att detta gav utslag i närområdet där familjerna bodde. Det som författarna menade påverkade bostadsområdena var utbud i mataffärer, tillgång till grönområden och tillgång till kommunala fritidsanläggningar. Marcus et al. (2009) påvisade att familjers matvanor visade sig ha ett samband med föräldrarnas utbildningsgrad på så vis att de familjer som rapporterade om ohälsosamma matvanor i högre utsträckning hade låg utbildning.

Stigmatisering

Tyler och Horner (2009) beskriver i sin studie att det var svårt att nå fram till och hjälpa barn vars föräldrar inte var så delaktiga under interventionen som förväntats. Föräldrar uppgav även att de kände sig som domare och att de genom sin roll övervakade barnen med syfte att sätta dit dem (Melin & Arvidsson Lenner, 2008 & Tyler & Horner, 2009). I en studie av Melin och Arvidsson Lenner (2008) uppgav 13 av 20 deltagande familjer att de upplevt negativa erfarenheter av studien. Detta kopplades till att barnen känt sig stigmatiserade och upplevt det jobbigt att gå till skolsköterskan under skoltid på grund av att de andra eleverna på så vis uppmärksammade deras övervikt. Ofta kände sig barnen också utpekade och upplevde sin kropp som större även om de egentligen minskat sin kroppsvikt (Melin & Arvidsson Lenner, 2008). Även Tyler och Horner (2009) synliggör problematiken med att barnen känt sig stigmatiserade av att delta i en intervention med viktminsknings syfte. Johnston et al. 2007 motverkar känslan av stigmatisering genom att i sitt urval inkludera även normalviktiga barn i interventionen. I resultatet redovisas data bara från de barn som var överviktiga vid studiens start. I interventionen används ett poängsystem där barnen förvärvar poäng om de prövar nya frukter, deltar i motionsaktiviteter och eller når sina individuellt uppsatta mål. Johnston et al. (2007) riktar sin intervention mot en minoritetsgrupp där denna grupp har en högre andel överviktiga än andra minoritetsgrupper.

Medverkan

Speroni et al. (2009) menar i sin studie att föräldrars aktiva medverkan är första steget mot att skapa en stödjande familj och hälsosamma beteenden hos barnen. Detta ställt i relation till att ge föräldrarnas bekräftelse, ansvar och engagemang (Speroni et al., 2009). Melin och Arvidsson Lenner (2008) beskriver två mödrar som ansåg att deras närvaro var onödig vid de tillfällen då barnen vägdes och mättes och utan att några nya tips eller handfasta råd lämnades. Dock rapporterade samtliga familjer att de på något vis fått hjälp av interventionen exempelvis föräldrar som uttryckte lättnad över att en annan vuxen kunde tala om för barnen hur de skulle äta. (Melin & Arvidsson Lenner,

2008). Melnyk et al. (2007) visar på kopplingen mellan stärkta föräldrar och förmågan att stödja sina barn. Dock visar studien på stora skillnader i föräldrademedverkan mellan de olika demografiska uppsamlingsområdena¹. Föräldradeltagandet saknades helt i det urbana området med förklaringen att det fanns mycket annat under kvällar som upptog föräldrarnas tid. Även barndeltagandet i detta område var lågt. Som skäl till detta uppgavs att de hade mycket annat kvällstid, såsom att ta hand om yngre syskon och extrajobb. Mellan grupperna fanns stora ekonomiska skillnader. Fördelningen var sådan att den grupp med lågt deltagande hade betydligt lägre hushållsinkomst än gruppen där samtliga föräldrar deltog. Alla föräldrar i det sub-urbana området deltog vid föräldraträffarna och ansåg att det var betydelsefullt. Vid utvärdering av programmet ansåg föräldrarna att det varit till stor hjälp och fått dem att bli medvetna om problemen och att de fått redskap för att hantera problemen (Melnik et al. 2007).

Utbildning

Marcus et al. (2009) påvisade att föräldrarnas utbildningsgrad hängde samman med familjens matvanor på så vis att de med lägre utbildning rapporterade om sämre matvanor. En studie visade på att familjen som helhet hade en tendens till större beteendeförändring jämfört mot barns enskilda förmåga. Detta förklaras med att det finns en kunskapsförskjutning mellan barn och föräldrar gällande nutritionsfrågor och motion där barnen redan innan start har generellt bättre beteenden än familjen i stort innan interventionen. Barnens kunskapsnivå gällande motion var redan innan interventionen hög (Hawley et al., 2006). Moore et al. (2009) använder frågor om föräldrarnas ålder, etnicitet och utbildningsgrad, dock redovisas inte dessa faktorer i resultatet. Johnstons et al. (2007) delar i interventionen ut informationsmaterial till kontrollgruppen. Materialet gick ut på att föräldrarna själva under 12 veckor skulle följa instruktioner under ett 12 veckor långt utbildningsprogram vilket syftade till bättre matvanor och ökad fysisk aktivitet hos barnen.

Empowerment i programmen

Autonomi

Tyler och Horner (2009) använder sig i sin intervention av ett självskattningsinstrument utifrån vilket föräldrar och barn tillsammans diskuterar hur viktigt de själva anser att det är att nå upp till satta mål gällande hälsa, kost och vikt. De skattar även sin förmåga att verkligen genomföra de förändringar som krävs. Även en studie av Hawley et al. (2006) använder sig av en form av självskattningsinstrument. Speroni et al. (2009) menar att föräldrarna bör bekräftas, ges ansvar och engageras för att nå goda resultat. Plachta-Danielzik et al. (2011) utvärderar sin intervention efter 8 år och menar att utslaget bör bli positivt om interventionen lyckats öka individens kunskap, egenkontroll, självkänsla och autonomi. Studien visade dock att förbättringen av interventionen endast sågs i grupper med hög socioekonomisk tillhörighet. Melnyk et al. (2007) försöker ge ungdomar redskap och kunskap om sin förmåga att påverka sitt hälsobeteende. Vidare innehåller programmet även utbildning av föräldrar med målet att föräldrarna ska kunna möta sina barn och stödja dem i hälsorelaterade val genom livet.

¹ Urban, att likställas med svensk förort som präglas av låg socioekonomisk status. Suburbana att likställas med svensk villaförort där inkomsten var betydligt högre än i den urbana miljön.

Självförtroende

I en intervention av Resnick et al. (2009) uppgav hälften av föräldrarna ökat självförtroende gällande stöttning av sina barn till förbättrade kostvanor och 2/3 uppgav ökat självförtroende gällande stöttning av ökad aktivitetsnivå hos barnen. Melin och Arvidsson Lenner, 2008 visar på stor variation i följsamheten bland deltagarna gällande kostråd som givits under interventionen. Samtliga familjer i interventionen uppgav någon form av positiv effekt av interventionen och detta relaterades till ökad förståelse och reflektion kring ämnet. Melnyk et al. (2007) ställde frågor till föräldrarna efter interventionen om deras upplevelser. Föräldrarna som upplevt sig hjälpta av programmet uppgav att problem synliggjorts för dem. Detta gav dem möjlighet till förändring.

Hjälp till självhjälp

Marcus et al. (2009) interventionen syftade till att förändra skolmiljön. Däri låg utbildning av personalen, förbättring av skolmaten och ökad fysisk aktivitet inom ramen för skolan. Tyler och Horner (2009) använder sig av deltagarnas självskattningsformulär vid besöken för att föräldrar och barn själva skulle komma fram till hur de skall komma närmre sina mål. Speroni et al. (2009) byggde sin intervention på att barn lär sig hälsosamma beteenden genom att de implementeras i deras sociala miljö. Personal fanns under hela tiden kring barnen och uppmuntrade dem till att göra bra val gällande kost och motion. Barnen fick utrymme att själva tänka kring de val de ställdes inför och de arbetade i grupper där de till exempel fick komponera nyttiga mellanmål (Speroni et al. 2009). Moore et al. (2009) bygger sin intervention på att ge barnen redskap att själva ta ansvar för sina matvanor. Detta med utgångspunkt i Orems egenvårdsteori där man själv kan skapa sina förutsättningar att påverka utfallet av sin hälsa. Ett dataprogram användes som redskap för barnen att få kontroll och synliggöra sitt matintag. Johnston et al. (2007) använde sig i sin kontrollgrupp en föräldrastyrd metod där föräldrarna får informationsmaterial och förväntas följa detta för att själva åstadkomma beteendeförändring hos sina barn. Flera författare menar att förändring av barnens beteende inom skolan kan ge förändringar även inom familjen (Markus et al., 2009; Speroni et al., 2007; Johnston et al., 2007; Melnyk et al., 2007 & Moore et al. 2009).

Resultatssammanfattning av interventionerna

I sju studier påvisades positiva resultat efter avslutade interventioner (Marcus et al., 2009; Resnick et al., 2009; Moore et al., 2009; Speroni et al., 2007; Melin & Arvidsson Lenner, 2008; Tyler & Horner 2008 & Johnston et al., 2007). Dock är resultaten av varierande kvalitet där ett minskat BMI efter kort tidsperiod kan vara svårt att dra några slutsatser av. I Johnston et al. (2007) studie visade sig att positivt resultat sågs för interventionen med individuellutformning framför kontrollgruppens föräldraledda program. Det är enbart två studier som följt resultaten över tid (Plachta-Danielzik et al., 2011, Marcus et al., 2009) vilket ger en mer verklig spegling av resultat av interventioner ämnade att åstadkomma livsstilsförändringar. Ytterligare två studier visade på minskad vikt och vad de kallar goda resultat. Men resultaten gällde bara barnen som tillhörde högre socioekonomisk klass (Plachta-Danielzik et al., 2011 & Melnyk et al., 2007). En studie påvisade ingen effekt alls (Hawley et al., 2006).

DISKUSSION

Här redovisas först metoddiskussion, sedan resultatdiskussion och avslutningsvis presenterar vi klinisk betydelse för sjuksköterskor av denna uppsats.

METODDISKUSSION

Utifrån det aktuella forskningsläget om riskfaktorer och dess betydelse för interventioner valde vi att avgränsa vårt syfte. Området vi har valt att belysa lämpar sig bra för en litteraturöversikt. Litteraturöversikter har som syfte att belysa ett aktuellt forskningsläge (Friberg, 2006). Vid litteratursökningen fann vi en begränsning av studier inom det valda området. Många studier valdes bort redan vid granskningen av abstrakt då studierna inte svarade an mot vårt syfte då de inte var skolbaserade och eller saknade familjemedverkan. Sex studier vi valt att inkludera var pilotstudier. Dessa valde vi dock att ha med i resultat då dessa var Peer reviewed och visar på att fältet fortfarande är under utveckling. Avgränsningen i sökningarna gällande år kan också ha bidragit till en begränsning i vår litteratursökning. Den valda avgränsningen utgick från artiklar publicerade åren 2000 till 2011. De samhällsförändringar och de nya krav som möter barn och ungdomar i samhället idag påverkar beteenden varvid interventionernas beteendeförändrade karaktär kan gå förlorade. Därvid ansågs begränsningen av åren vara nödvändig för att fånga interventioner av aktuell karaktär.

Vi har valt att använda oss av en induktiv ansats i redovisningen av de två första frågeställningarna. Till den sista frågeställningen använde vi oss av en deduktiv ansats då vi letade efter komponenter i interventionerna som innehöll inslag av empowerment. Ingen av studierna använde sig av ordet empowerment. Det kan tänkas att författarnas förförståelse kan ha bidragit till resultatet då tolkningen av innehållet i interventionerna styrs utifrån detta. I den sista frågeställningen söktes efter sådant som i interventionerna kunde tolkas som patient-empowerment.

Ingen avgränsning gjordes gällande om interventionerna riktade sig till riskgrupper eller var av preventiv karaktär. Detta kan ha bidragit till att resultatet blivit stort genom många olika infallsvinklar. Vid analysen av artiklarna användes Fribergs (2001) analysmetod. Samtliga abstract lästes av båda författarna. Artiklarna lästes flera gånger av båda författarna för att öka förståelsen och öka samstämmigheten i resultatet. Dock bör författarnas förförståelse beaktas då denna kan antas ha påverkat analysen av artiklarna.

RESULTATDISKUSSION

Vi har utformat vår diskussion utifrån de tre frågeställningarna som legat till grund för analysen av artiklarna. Sedan redovisas resultatet utifrån en klinisk betydelse för sjuksköterskor. Sist presenteras en kort sammanfattning för att avslutas med våra egna slutsatser och förslag på fortsatt forskning inom ämnet

Vilken teoretisk utgångspunkt vilar interventionen på och vilka komponenter ingår i intervention?

Flera interventioner strävar efter beteendeförändring på individnivå eller familjenivå (Plachta-Danielzik et al., 2011; Speroni et al., 2007; Moore et al 2009; Melin & Arvidsson Lenner, 2008; Resnick et al 2009; Tyler & Horner, 2009; Melnyk et al., 2007 & Hawley et al., 2006 & Johnston et al., 2007). Endast en artikel har använt sig av en intervention med utgångspunkt att förändra den sociala miljön för att åstadkomma

förändring på individ och familjenivå (Marcus et al., 2009). Vid nutritionskomponenten synliggjorde tre studier ett problem med vad barnen äter utanför föräldrarnas kontroll (Melin & Arvidsson Lenner, 2008; Tyler och Horner 2009 & Marcus et al., 2009). Detta påverkar utslagen av interventionerna då kontrollen över barnens nutritionsvanor och beteenden kan tänkas inte enbart existerade på ett familjeplan.

Interventionsprogrammets komponenter byggde på tidigare identifierade riskfaktorer för fetma. Ingen av interventionsprogrammen ringar direkt in komponenten socioekonomisk status. Dock riktade sig en intervention direkt till en identifierad riskgrupp (Johnston et al. 2007). De två huvudkomponenterna som ringats in i analysen har ett direkt eller indirekt samband med familjens socioekonomiska status. Detta styrks i en nyutgiven bok av Engström (2010) där social position i samhället visas ha ett starkt samband med motionsvanor. Engström (2010) har följt 2000 individer i Sverige under 38 år gällande motionsvanor. Engström (2010) visar att de från socialt lägre positioner inte i samma utsträckning har möjlighet till olika fysiska aktiviteter och att detta kan ge utslag i hälsan. Förändring av den sociala positionen ger inte samma beteendeförändrade mönster som kan ses i grupper med etablerat högre social klass, varvid motionsvanor inte enbart kan ses som något man förvärvar med ökad utbildning och kunskap. Detta styrks även av Marmot (2006) som menar att människors sociala position ligger som grund för människors hälsa. De två interventioner som erbjöd barnen att prova olika slags motionsformer hade båda signifikant viktning i interventionsgruppen (Speroni et al., 2007 & Johnstone et al., 2010). Det kan visa att barn behöver presenteras för en rad olika aktiviteter då dessa inte alltid är en del av den sociala miljön de lever i. Dock är ingen av dessa två studier långtidsuppföljningar vilket gör det svårt att se vad det egentliga resultatet blir på längre sikt.

Kostråden som gavs upplevdes av en del familjer som dyra att följa (Tyler & Horner 2009). I flera studier var deltagarna med i skolornas nutritionsprogram för låginkomsttagare vilket kan tolkas som en indikator för låg social status hos familjen (Tyler och Horner, 2009 & Moore et al., 2009). Att skolmaten innehåller en välbalanserad och god näringsriktig mat är av vikt. Johnston et al. (2010) använder en riskgrupps intervention och har anpassat matråden till den grupp de möter. Johnston et al (2007) interventionen skiljer sig gentemot Moore et al. (2009) då den senare riktar in sig på att förändra barnens matbeteende med förhoppning att det ger utslag i familjen. Den tidigare artikeln utgår snarare från att föräldrarnas preferenser och möjligheter styr barnens möjlighet till näringsriktig mat. Det kan finnas svårigheter att lägga ansvaret för beteendeförändring på det enskilda barnet då matvanor i stor utsträckning styrs av sådant barnen inte själva kan påverka.

Det finns en etisk problematik gällande interventioner mot överviktiga barn då det är svårt att undvara någon behandling genom att låta dem delta i en kontrollgrupp. Speroni et al. (2007) hade en kostnad på 100 dollar för att delta i interventionen medan det var gratis att vara med i kontrollgruppen. Vi ställer oss frågande till hur detta påverkar fördelningen mellan grupperna då den sociala kontexten kan antas skilja avsevärt mellan grupperna.

Flera av studierna visade på att deltagarna känt sig stigmatiserade av att delta. Endast två studier (Plachta-Danielzik et al., 2011 & Marcus et al., 2009) var långtidsuppföljningar av interventionerna vilket kan anses vara av vikt för att kunna avgöra interventionernas resultat. Interventionerna har använt sig av olika

tillvägagångssätt. Studierna har riktat sig till både föräldrar, barn, skolpersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Självskattnings användes i flera studier (Tyler & Horner, 2009 & Hawley et al., 2006). Detta kan ha bidragit till ett mer positivt utslag i dessa studier då det finns en risk för överrapportering när matvanor och motion ska redovisas.

Vilken roll spelar familjen i behandlingsprogrammen?

Familjebegreppet användes på olika sätt i studierna. Få studier angav någon annan person än föräldrar eller vårdnadshavare. Ett utvidgat familjebegrepp i interventionerna skulle eventuellt gett ett annat utslag i resultaten av studierna. Flera studier utgår dock från att föräldrarna är en viktig komponent för att åstadkomma lyckade livsstilsförändringar i familjerna.

Vi synliggjorde barriärer för familjen att delta i behandlingsprogrammet. Flera studier visar att ett problem är föräldrars medverkan i interventionerna vilket förklaras med olika livsfaktorer som försvårar föräldrarnas möjlighet till delaktighet (Tyler och Horner 2009; Resnick et al., 2009 & Melnyk et al., 2007). Tyler och Horner (2009) visar att det inte enbart handlar om de enskilda familjernas hushållsekonomi utan att också de områden de bor i spelar in i familjernas möjlighet till fysisk aktivitet. I samma studie diskuteras familjemedlemmarnas roller där det visar att det ofta är mödrarna i familjen som lagar den mesta av maten. Då det idag kan antas att båda föräldrarna i större utsträckning är yrkesverksamma kan det vara intressant att i fortsatta studier även ha komponenter av könsrollsbetonad undervisning. Ett problem som också Melnyk et al. (2007) uppmärksammat är föräldrarnas brist på att ha tid att delta i interventioner under kvällstid. Denna studie åskådliggjorde att det var stora skillnader mellan föräldrarnas ekonomi och deltagande. Ett intressant inslag i denna studie skulle ha varit att låta föräldrarna i låginkomstgruppen själva styra tider för träffar i större utsträckning. Detta genomfördes av Resnick et al. (2009) där föräldrarna själva fick styra vilka tider träffarna skulle genomföras. Dock ställer detta stora krav på organisation och en flexibilitet i tider och kräver att interventionen är på individnivå. Hawley et al. (2006) gör en intressant slutsats mellan familjernas hushållsinkomst och deras vilja att delta i interventioner. Hawley et al. (2006) menar att gör man interventionen kostnadsfria ger det automatiskt alla samma förutsättningar till att delta. Vi ställer oss kritiska till denna reflektion då beteenden och socioekonomisk status tycks ha ett mer komplext och mångfasetterat förhållanden än att beteenden endast styrs utifrån ekonomi.

Johnston et al. (2007) motverkade stigma hos barn genom att rikta sig till samtliga barn oavsett deras viktproblematik. Dock användes ett poängsystem där barnen belönades utefter hur följsamma de var i interventionen. Även detta kan leda till en uppdelning av barn då det som belönas är val av livsmedel och den fysiska aktivitet som i sig kanske snarare styrs av faktorer utanför barnens påverkningsvärld. Istället kan det tänkas vara barnens föräldrars följsamhet som belönas snarare än barnens individuella uppföringar vilket i sig kan leda till en stigmatisering av barnen. Val av livsmedel och möjlighet till fysisk aktivitet är sammankopplat med familjens socioekonomiska förutsättningar (Golan & Crow 2004; Marcus et al 2009 & Tyler & Horner 2008).

Vilka strategier används för att stärka familjens empowerment

Strategier som användes i interventionerna för att stärka familjens empowerment synliggjordes utifrån tre teman. Ingen av interventionerna hade som primärt eller uttalat syfte att stärka familjens Empowerment. Dock synliggjordes flera komponenter i

studierna som syftade till att ge föräldrar och barn redskap och kunskap att själva åstadkomma beteendeförändring. De studier som använde sig av självskattningsformulär tolkade vi som en möjlighet för barn och föräldrar att reflektera över sin situation, även om självskattningsformulär kan tendera att överrapportera vissa inslag i interventionerna.

Två studier fick positivt resultat endast för de individerna i gruppen med hög socioekonomisk status (Plachta-Danielzik et al., 2011 & Melnyk et al., 2007). Utifrån det som Askheim och Starrin (2007) menar ligger i begreppet empowerment utgångspunkt kan detta visa på att det är lättare att åstadkomma förändringar i grupper som redan har bättre social position i samhället. Resultatet av dessa två interventioner kan därför tolkas som ett misslyckande av att ge deltagarna redskap att själva påverka sin livssituation trots att de har ett positivt resultat i en speciell grupp. Utifrån Askheim och Starrin (2007) kan resultatet kopplas till den sociala kontext interventionens program utförs i. Då åtta av studierna var utförda i länder där fri skolmat inte serveras påverkas barnens matintag i större utsträckning av vad de äter utanför familjens kontroll. Marcus et al. (2009) förändrar skolmaten i interventionsskolorna vilket förändrar villkoren för de som äter skolmaten. Detta kan ses som ett redskap för att åstadkomma kontroll över sin egen hälsosituation och ge större möjlighet till familjens delaktighet ur ett mer rättvist perspektiv. Vilket är en utgångspunkt i empowerment enligt Askheim och Starrin (2007).

Sammanfattning av interventionernas effekt och etik

Det finns en etisk problematik i interventionerna då det kan bli känsligt att inte erbjuda samtliga barn interventioner både i preventivt och i behandlade syfte. Även stigmatiseringen av barnen som deltog är något man måste ha i åtanke vid utveckling av interventionerna. Det finns också en forskningsetisk problematik. Problemet med övervikt och fetma är ett världshälsoproblem som måste angripas men flera av interventionerna visar inte på någon direkt effekt, vilket artikelförfattarna inte problematiserar på önskvärt sätt. Flera artiklar redovisar positivt resultat och använder BMI som en utvärderingsmarkör för att se om interventionen haft positiv effekt eller inte (Marcus et al., 2009; Resnick et al., 2009; Moore et al., 2009; Speroni et al., 2007; Melin & Arvidsson Lenner, 2008; Tyler & Horner 2009 & Johnston et al., 2007). Vi anser att det saknas reflektion i studierna kring varför en intervention inte alltid haft de resultat som förväntats. Då flera studier är pilotstudier och utförs under kortare tid kan BMI vara ett svårtolkat mått för resultat. Dock visar antalet pilotstudier på att området fortfarande är under arbete och att det är av vikt att angripa problematiken ur en rad olika infallsvinklar. Magnusson (2011) menar i sin avhandling att en orsak till att det finns skillnader i barnfetma mellan låga och höga socioekonomiska grupper kan vara bristen av lyckade interventioner och förebyggande arbete för en del grupper i samhället. Flera studier har även påtalat att det finns en stor brist på praktiska kunskaper om prevention på samhällsnivå (Plachta-Danielzik et al., 2011; Johnston et al., 2007; Tyler & Horner, 2008; Marcus et al., 2009 & Resnick et al. 2009). Johnston et al. (2007) synliggör att det ger goda resultat om interventionen riktas in målinriktat och intensivt. De påtalar att medverkan av utbildad personal är avgörande för goda resultat. Detta visade att deras hypotes om att interventioner med individbaserad inriktning hade större förmåga att lyckas jämfört med interventioner utan personlig stimulans. Johnston et al (2007) diskuterar dock om detta är kostnadseffektivt då dessa interventioner tar mycket tid och resurser. Då interventionen riktar sig till en population med en mycket

hög förekomst av fetma är det dock av vikt att se kostnaden ur ett samhällsperspektiv. Det finns stora vinster att vinna vid fetmabehandling både på individnivå, befolkningsnivå och organisationsnivå.

Klinisk betydelse för sjuksköterskor/implikationer för praxis

Sjuksköterskor ska i sitt yrke ”identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer” vidare ska sjuksköterskan ”identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård” samt ”tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga” (Kompetensbeskrivningen, 2005, sid 11). Detta styrks av Hälso- och sjukvårdslagens tydliga mål (SFS 1982:763) att ge vård på lika villkor samt uppnå en god hälsa hos hela befolkningen (3 §). Därmed finns det en stor betydelse för sjuksköterskor att kunna använda, reflektera och förstå olika interventionsprogram även om de inte enbart innehåller ett rent omvårdnadsföremål. Kunskapsläget idag fastslår att skolbaserade interventioner kan ha en förebyggande effekt (SBU, 2002). Skolan är en miljö där man möter de flesta barn och ungdomar och är därmed en viktig arena för sjuksköterskor att arbeta inom. I en studie av Melin och Arvidsson Lenner (2008) påvisades att sjuksköterskor upplevde övervikt och fetma hos barn som svårt att hantera, men att de efter att ha deltagit i studien kände sig mer självsäkra och kompetenta inom området. Det rapporterades även om att tätare samarbete med en dietist vore önskvärt vid överviktspreventivt arbete. Sjuksköterskor behöver ha kunskap om faktorer som påverkar hälsan eller ohälsan hos individer för att kunna se patienten i dess sociala sammanhang för att kunna möta och stärka denna till självhjälp i dagens samhälle. Kunskap inom detta område kan möjliggöra och bidra till evidensbaserad kunskap som kan ligga till grund för beslut som stimulerar att förutsättningar för en god hälsa för alla medborgare i Sverige utifrån HSL (SFS 1982:763). Även ökad kunskap om riskgrupper och hur sociala sammanhang kan ses ur ett omvårdnadsperspektiv är av vikt för den yrkesverksamma sjuksköterskan

Slutsats

Då fetma och övervikt innehåller en social ärftlighet från föräldrar till barn vilket Guillamane et. al (1995) visar är det av vikt att se patienten i dess sociala kontext. Detta borde gälla inom alla vårdinstanser på alla nivåer. Sjuksköterskan har en unik position där yrket både består av individkontakt och komponenter av mer strukturell natur. Att våga se och sätta patienten i relation till den sociala miljön är av vikt vid livsstilsförändring och beteendemodifikation. Detta styrks av det resultat vi sett i studien.

Utveckling av fetma och övervikt ökar i socialt utsatta grupper i samhället. Därmed borde preventionsarbetet och interventionerna riktas mot riskgrupper. Dock föreligger alltid en risk för stigmatisering när interventioner riktas mot en specifik grupp. Socioekonomisk status bör ses som en bestämningsfaktor för övriga riskfaktorer snarare än som en bestämningsfaktor för fetma.

Då flera studier visat på brister i interventionerna gällande lyckade resultat behöver området ytterligare forskning. Antalet pilotstudier i vår uppsats talar för att området är aktuellt och under utveckling. För att åstadkomma lyckade pretentioner bör hänsyn tas till tidigare kunskap om riskgrupper och social position för individen där socioekonomisk status spelar en betydande roll.

Att använda sig av patient-empowerment vid vård tror vi kan ge stora hälsovinster för individen. Patient-empowerment är en möjlighet att få patienter och anhöriga delaktiga och en del ge dem redskap att både kunna påverka och ta del av sin behandling. Begreppet bör eftersträvas vid all vård men i synnerhet vid livsstilsförändringar och vid vård där sociala skillnader är stora i prevalensen av ohälsa. Att möta, se och förstå patienter utifrån den sociala kontext de lever i är en förutsättning för att möjliggöra långsiktiga lösningar. Sjuksköterskor bör därmed sträva efter att uppnå patient-empowerment för att närma sig en god hälsa och lika vård för alla medborgare.

REFERENSER

Askheim, O.P. & Starrin, B. (red.) (2007). *Empowerment i teori och praktik*. (1. uppl.) Malmö: Gleerup.

Ball, K., Crawford, D. (2005). The role of socio-cultural factors in the obesity epidemic. I: D. Crawford, R. Jeffery (Red.), *Obesity Prevention and Public Health* (sid. 37-53). Oxford: University Press.

Björvell, H. (2001). *Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten*. I: Söderkvist, K. B. (Red). *Patientundervisning*. (Sid: 15- 39). Lund. Studentlitteratur.

Björvell, H. (1999). Patient empowerment – målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt. *Läkartidningen*. 96 (44). 4816-4820.

Chesla, C., A. (2010) Do family intervention Improve Health? *Journal of family nursing*. Volym 16(4). S. 355-377.

Cole, T., J., Bellizzi, M., C., Flegal, K., M. & Dietz, W., H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj.com* . Volym 320. S. 1240- 1243.

Engström, L. (2010). *Smak för motion: fysisk aktivitet som livsstil och social markör*. Stockholm: Stockholms universitets förlag.

Flodmark, C-E., Marcus, C. & Mårild, S. (2007). *Behandling av barnfetma*. I: Lindroos, A. K., & Rössner, S. (Red). *FETMA. Från gen till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gisselmann, M. (2007). *The first injustice. Socio-economic inequalities in birth outcome*. Doktorsavhandling. Stockholms universitet: Samhällsvetenskapliga fakulteten.

Golan, M., Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*. 62 (1). 39-50.

Guillaume, N., Lapidus, L., Beckers, F., Lambert, A., & Björntorp, P. (1995). Familial trends of obesity through three generations: the Belgian-Luxembourg child study. *International Journal of Obesity*, 19(3), 5-9.

*Hawley, S., R., Beckman, H. & Bishop, T. (2006). Development of an obesity prevention and management program for children and adolescents in rural setting. *Journal of community health nursing*. 23 (2), 69-80.

Hillman, O. (2010). *Skolhälsovård: introduktion och praktisk vägledning*. (2., uppdaterade och utökad uppl.) Stockholm: Gothia.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

James, S. K., Connelly, C. D., Rutkowski, E., McPherson, D., Garcia, L., Mareno N & Zirkle, D. (2008). Family-based weight management with latino mothers and children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(4). 249-262.

*Johnston, C., A., Tyler, C., McFarlin, B., K., Poston, W., S., C., Haddock, K., C., Reeves, R. & Foreyt J., P. (2007). Weight loss in overweight Mexican American children: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 120, 1450-1457.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen, 2005.

Magnusson, M. (2011). *Childhood obesity prevention in the context of socio-economic status and migration*. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet, Institutionen för medicin.

*Marcus, C., Nyberg, G., Nordenfelt, A., Kowalski, J., & Ekelund, U. (2009). -year cluster-randomized, controlled childhood obesity prevention study: STOP. *International journal of obesity*. 33, 408-417.

Marmot, M. (2006). *Statussyndromet – Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och Kultur

*Melin, A. & Arvidsson Lenner, R. (2008). Titel: Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study. *Scandinavian journal of caring science*. 23, 498-505.

*Melnik, B., M., Small, L., Morrison-Beedy, D., Strasser, A., Spath, L., Kreipe, R., Crean, H., Jacobson, D., Kelly, S. & O'Haver, J. (2007). The COPE healthy lifestyles TEEN program: feasibility, preliminary efficacy, & lessons learned from an after school group intervention with overweight adolescents. *Journal of pediatric health care*. 21 (5), 315-322.

*Moore, J., B., Pawloski, R., L., Goldberg, P., Kyeung, M., O., Stoehr, A. & Baghi, H. (2009). Childhood Obesity Study: A pilot Study of the Effect of the Nutrition Education Program Color My Pyramid. *The journal of school nursing*. 25 (3), 230-239.

Mårild, S., Nevius, M. & Reasmussen, F. (2007). *Epidemiologi, barn och vuxna*. I: Lindroos, A. K., & Rössner, S. (Red). *FETMA. Från gen till samhällspåverkan*. Lund_ Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin. *Patientundervisning*. Hämtad 3 februari 2011 från WWW: <http://www.ne.se/patientutbildning>

*Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Lange, D., Seiberl, J. & Muller, J., M. (2011). : Eight year follow- up of school-based intervention on childhood overweight – the Kiel obesity prevention study. *Obesity facts*. 4, 35-43.

Regber, S., Berg- Kelly, K. & Mårild, S. (2007). Parenting styles and treatment of adolescents with obesity. *Pediatric Nursing*. 33(1). 21-28.

*Resnick. E., A., Bishop, M., O'Connell, A., Hugo, B., Isern, G., Timm, A., Ozonoff, A. & Geller A., C. (2009). The CHEER study to reduce BMI in elementary school students: a school-based, parent-Directed study in Framingham, Massachusetts. *The journal of school nursing*. 25 (5), 361-372.

Pilhammar Andersson, E. (2007). *Sjuksköterskan som handledare*. I Vårdförbundet (2007). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Rössner, S. & Torgerson, J. (2009). *Fetma*. I: Asplund, K., Berglund, G., Lindgren, S. & Lindholm, N. (Red.). *Internmedicin*. Stockholm, Liber.

Senese, L., Almeida, N., Fath, A., Smith, B. & Loucks, E. (2009). Associations Between Childhood Socioeconomic Position and Adulthood Obesity. *Epidemiologic Reviews*. 31. 21-51.

Socialstyrelsen. (2010). *Lägesrapport 2010*. (2010-3-21)

Hämtad 23 mars 2011 från WWW:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-14/Documents/2010-3-21%20L%C3%A4gesrapport%202010.pdf>

*Speroni, G., K., Earley, C., Atherton, M. (2007). Evaluating the effectiveness of the kids living fit program: a comparative study. *The journal of school nursing*. 23 (6), 329-336.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *Fetma – problem och åtgärder*. (nr 160). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statistiska centralbyrån, (2008). Socioekonomisk indelning (SEI). Hämtad 2 februari från WWW: http://www.scb.se/Pages/List_257217.aspx

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

WHO (2011). *Fact sheet N°311*. Hämtad 23 mars 2011 från WWW:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

WHO (2011). *What is a health promoting school*. Hämtad 23 mars från WWW:

http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html

Wright, L. M., & Leahey, M. (1998). *Familjevård*. Lund: Studentlitteratur.

Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad: föreställningar i samband med ohälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

BILAGA 1: ARTIKELÖVERSIKT

Pubmed Sökning 1:

NR 1.

Titel: Childhood Obesity Study: A pilot Study of the Effect of the Nutrition Education Program Color My Pyramid.

Författare: Moore, J., B., Pawloski, R., L., Goldberg, P., Kyeung, M., O., Stoehr, A. & Baghi, H.

År: 2009

Tidskrift: The Journal of school nursing

Land: USA

Syfte: Syftar till att undersöka effekten av nutritionens utbildningsprogram ”Color My Pyramid”. Detta gjordes utifrån frågor utifrån kunskap om nutrition, egenvård, fysisk aktivitet och nutritionens status.

Metod: Pilotstudie. Barnens nutritionens kunskap, fysiska aktivitet, egenvårds utövning och nutritionens status (inkluderade BMI och blodtryck) mättes före och efter intervention (3 månader).

Urval: 126 fjärde och femte klassare i två skolor i Washington DC. Samtliga studenter i klasserna erbjöds delta i studien. Endast de som tackade ja användes i analysen (svarsfrekvens 35 %).

NR 2.

Titel: The COPE healthy Lifestyles TEEN program: feasibility, preliminary efficacy, & lessons learned from an after school group intervention with overweight adolescents.

Författare: Melnyk, B., M., Small, L., Morrison-Beedy, D., Strasser, A., Spath, L., Kreipe, R., Crean, H., Jacobson, D., Kelly, S. & O’Haver, J.

År: 2007

Tidskrift: Journal of pediatric health care

Land: USA

Syfte: Att testa genomförbarheten i att införa interventionen hos överviktiga ungdomar, samt att i samla in åsikter om programmet samt undersöka programmets effekt på ungdomarnas BMI och vikt.

Metod: Pilotstudie. I det urbana området användes interventionen som en klinisk prövning. I sub-urbana området följdes ungdomarna upp efter 9 veckor avseende vikt och BMI.

Urval: 23 överviktiga barn från två olika skolor i New York. Skolorna skilde sig demografisk åt. Medel ålder för barnen var 15.9 år. Inkluderingskriterier var ett BMI över 25.

NR 3.

Titel: Collaborating with low-income families and their overweight children to improve weight-related behaviors: an intervention process evaluation.

Författare: Tyler, D., O. & Horner, S., D.

År: 2009

Tidskrift: Journal for specialists in pediatric nursing

Land: USA

Syfte: Att utvärdera ett interventionsprogram med utgångspunkt att hjälpa låginkomstfamiljer.

Metod: Pilotstudie. Kvalitativ studie där innehållsanalys av anteckningar från interventionsträffarna analyserades under en pågående longitudinal pilotstudie. Träffarna ägde rum vecka 2,4,5 och 12 samt en uppföljningsträff vecka 25.
Urval: Barn mellan 8-12 år med ett BMI med eller över den 95 percentilen. Deltagarna samlades in genom annonser genom nyhetsbrev i skolan och lokaltidningar i centrala Texas inom ett skolområde. Total 35 barn och deras familjer deltog.

NR 4.

Titel: Evaluating the effectiveness of the kids living fit program: a comparative study.

Författare: Speroni, G., K., Earley, C., & Atherton, M.

Tidskrift: The journal of school nursing

År: 2007

Land: USA

Syfte: Att avgöra om aktiviteter efter skolan kunde vara effektiv för att minska BMI hos överviktiga eller bibehålla normalvikt hos barn. Vidare var syftet att se hur midjemåttet påverkades och att via enkät avgöra hur deltagarna upplevt interventionen.

Metod: Prospektiv jämförande interventions studie. Uppföljning efter 12 & 24 veckor. BMI och upplevelse av interventionen mättes med enkäter.

Urval: 185 deltagare. 80 stycken i interventionsgruppen och 105 stycken i en kontrollgrupp. Att delta i interventionsgruppen kostade 100 dollar. Deltagarna samlades in via vanliga veckobrev som skickades varje veckoslut till föräldrarna från skolan. 1700 brev skickades ut till barn i årskurs två till fem.

Cinahl:

NR 5.

Titel: Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study.

Författare: Melin, A. & Arvidsson Lenner, R.

Tidskrift: Scandinavian journal of caring science.

År: 2008

Land: Sverige

Syfte: Att testa en behandlingsmodell för att förebygga viktuppgång hos redan överviktiga barn och att kartlägga både föräldrarnas och sjuksköterskans upplevelser kring interventionen.

Metod: Enkät vid interventions start. Vikt mättes av skolsköterska en gång i månaden under ett år. BMI, viktförändring och förbättrat välmående undersöktes efter ett år från start.

Urval: Efter screening i 32 skolor skickades inbjudan in till alla familjer med överviktig 7 åringar. 20 familjer deltog i interventionen. 19 obehandlade barn användes som en referensgrupp gällande vikt och längd.

Pubmed sökning 2:

NR 6.

Titel: Development of an obesity prevention and management program for children and adolescents in rural setting.

Författare: Hawley, S., R., Beckman, H. & Bishop, T.

Tidskrift: Journal of community health nursing.

År: 2006

Land: USA

Syfte: Att implementera ett övervikts program för sjätteklassare där syftet var att öka aktivitetsgraden, öka motivationen och ge kunskap om vikten av hälsosamma matvanor.

Metod: Pilotstudie. Kvalitativa och kvantitativa analyser gjordes för att studera effektiviteten av interventionen. Data samlades in från före, under och efter interventionen.

Urval: 65 elever deltog i klassrums aktiviteter i en skola i Kansas. 25 familjer till eleverna deltog. Ålder 11-12 år på barnen.

NR 7.

Titel: The CHEER Study to Reduce BMI in Elementary School Students: A School-based, parent- directed study in Framingham, Massachusetts.

Författare: Resnick, E., A., Bishop, M., O'Connell, A., Hugo, B., Isern, G., Timm, A., Ozonoff, A. & Geller A., C.

Tidskrift: The journal of school nursing.

År: 2009

Land: USA

Syfte: Att undersöka hur en intervention direkt riktad mot föräldrar påverkas av olika material och personlig kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal.

Metod: 46 föräldrar till överviktiga eller feta barn randomiserades in i två olika grupper. Där den ena gruppen fick informationsmaterial kompletterat med personlig information. Enkäter användes före och efter och barnens BMI jämfördes och mättes mellan grupperna.

Urval: Föräldrar med barn över den 85 percentilen gällande BMI kunde delta. Barnen valdes utifrån skolhälsovårdens vikt och längdregister. Föräldrarna som deltog var 46 stycken. 24 föräldrar fick endast informationsmaterial och 22 föräldrar fick informationsmaterial kompletterat med hembesök, telefonsamtal och e-post.

Sekundärsökning:

NR 8.

Titel: A 4-year cluster-randomized, controlled childhood obesity prevention study: STOP.

Författare: Marcus, C., Nyberg, G., Nordenfelt, A., Kowalski, J., & Ekelund, U.

Tidskrift: International journal of obesity.

År: 2009

Land: Sverige

Syfte: Att bedöma om ett skolbaserat preventionsprogram mot fetma som fokuserade på ohälsosamt ätande och ökad fysisk aktivitet under en 4-årsperiod kunde minska prevalensen av övervikt och fetma bland 6-10 åringar. Vidare var syftet att bedöma om den fysiska aktiviteten ökat och om även kosthållningen i hemmet förbättrats.

Metod: Tio skolor blev randomiserat invalda i interventionsskolor (n=5) eller kontrollskolor (n=5). Matvanor självrapporterades med hjälp av föräldrarna. Pre och posttest användes för att analysera BMI förändring, matvanor och fysisk aktivitet.

Urval: 2838 elever i årskurs 1-4 deltog i studien mellan år 2001 och 2004 i tio skolor i Stockholm. Av dessa var 1538 med i interventionsgruppen och 1300 i kontrollgruppen.

NR 9.

Titel: Weight loss in overweight Mexican American children: a randomized, controlled trial.

Författare: Johnston, C., A., Tyler, C. McFarlin, B., K., Poston, W., S., C., Haddock, K., C., Reeves, R. & Foreyt J., P.

Tidskrift: Pediatrics

År: 2007

Land: USA

Syfte: Att undersöka att barn som deltog i en intensiv intervention skulle sänka sitt BMI signifikant jämfört med barn i en själv-hjälps grupp utan ledare.

Metod: Pilotstudie. En randomiserad kontrollerad studie där barnen antingen deltog i 6 månaders intensiv intervention (n=60) eller 6 månaders själv-hjälp (n=20) utan ledare.

Urval: 180 barn erbjöds interventionen. 60 barn med Mexico-Amerikanskt ursprung som låg på 85 percentilen i BMI randomiserades in i någon av de två grupperna.

NR 10.

Titel: Eight-Year follow-up of school-based intervention on childhood overweight – The Kiel obesity prevention study.

Författare: Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Lange, D., Seiberl, J. & Muller

Tidskrift: Obesity Facts

År: 2011

Land: Tyskland

Syfte: Att utvärdera en intervention efter avslut gällande vikt, livsstil och blodtryck hos deltagan.

Metod: Utvärdering genomfördes gällande skillnader i BMI jämfört mot tyska referensvärden. Effekten av interventionen testades i en linjär regressionsanalys.

Urval: Interventionen pågick mellan 1996-2001. Skolorna randomiserades in i icke deltagande- eller deltagande skolor. 240 elever som deltagit i interventionen jämfördes mot 952 kontrollelever.