



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Forebygging av overvekt og fedme hos barn**

**Preventing overweight and obesity among children**

**Kristin Stubø Ødegård og Torunn Gjerdset**

Totalt antall sider inkludert forsiden: **52**

Molde, 01.05.12



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Tittel på norsk: **Forebygging av overvekt og fedme hos barn**

Tittel på engelsk: **Preventing obesity and overweight among children**

Forfatter(e): **Kristin Stubø Ødegård og Torunn Gjerdsset**

Fagkode: **SAE00**

Studiepoeng: **15**

Veileder: **Lillian Bjerkeli Grøvdal**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: **01.05.12**

**Antall ord: 11350**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Forekomsten av overvekt og fedme blant barn er et økende samfunnsproblem. Barnevekststudien fra 2010 viser at av landets 8- åringar har 3 % av jentene og 5 % av guttene utviklet fedme. Undersøkelsen sier at 19 % av jentene og 12 % av guttene ble definert som overvektige (Folkehelseinstituttet 2011). Overvekt og fedme er tilstander som er krevende å behandle, og det er viktig at det legges stor vekt på forebyggingsstrategier blant barn (Helsedirektoratet 2010b).

**Hensikt:** Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleier kan forebygge utviklingen av overvekt og fedme hos barn.

**Metode:** Studien er en systematisert litteraturstudie, som tar utgangspunkt i 10 forskningsartikler. Artiklene ble analysert, og fellestrekk ble identifisert.

**Resultat:** Godt samarbeid med foreldrene var viktig, og det var flere barrierer knyttet til dette. Bruk av motiverende intervju som metode ble ansett som positivt, samt at BMI-måling kunne fange opp overvekt og fedme på et tidligere tidspunkt.

**Konklusjon:** Sykepleierne kan iverksette en rekke forebyggende tiltak. Dette påvirkes av flere faktorer. Manglende kompetanse og kunnskap, og dårlig foreldresamarbeid var utfordringer. Motiverende intervju og BMI- måling var sentrale i dette arbeidet, samt økt fokus på kosthold, ernæring og fysisk aktivitet.

**Nøkkelord:** Sykepleier, overvekt, fedme, barn og forebygging.

## **Abstract**

**Background:** The prevalence of overweight and obesity among children is a growing social problem. Child Growth Study from 2010 show that of the country's 8 - year-olds 3% of girls and 5% of the boys have developed obesity. The survey says that 19% of girls and 12% of boys were defined as obese (Folkehelseinstituttet 2011). Overweight and obesity are conditions that are difficult to treat, and it is important that emphasis is placed on prevention strategies among children (Helsedirektoratet 2010b).

**Aim:** The aim of this study was to explore how nurses can prevent the development of overweight and obesity in children.

**Method:** The study is a systematic literature review, which is based on 10 research articles. The articles were analyzed, and common features were identified.

**Results:** Good cooperation with parents was important, and there were several barriers related to this. The use of motivational interviewing as a method was considered positive, and that BMI measurement could capture overweight and obesity at an earlier stage.

**Conclusion:** Nurses can take a number of preventive measures. This is affected by several factors. Lack of skills and knowledge, and poor parental cooperation were challenges. Motivational interviewing and BMI measurements were central to these efforts and increased focus on diet, nutrition and physical activity were important.

**Keywords:** Nurse, overweight, obesity, children, and prevention.

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.3 Hensikt .....	2
1.4 Problemstilling .....	2
1.5 Definisjoner.....	2
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>3</b>
2.1 Helsefremmende og forebyggende helsearbeid .....	3
2.2 Aron Antonovsky .....	4
2.3 Skolehelsetjenesten .....	5
2.4 Årsaker til overvekt og fedme.....	5
2.5 Helsekonsekvenser av overvekt og fedme .....	6
2.6 Fysisk aktivitet .....	6
2.7 Ernæring.....	7
2.8 Atferdsendring.....	7
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
3.2 Datainnsamling og litteratursøk .....	9
3.3 Kvalitetsvurdering .....	11
3.4 Ethiske vurderinger .....	11
3.5 Analyse.....	12
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>13</b>
4.1 Tett samarbeid med foreldrene er viktig .....	13
4.1.1 Fedme og overvekt er et sensitivt tema å ta opp .....	13
4.1.2 God kommunikasjon er sentralt .....	13
4.2 Sykepleierne trenger økt kompetanse og kunnskap .....	14
4.3 Motiverende intervju - en god metode for forebyggende arbeid .....	15
4.4 Tidlig screening kan fange opp overvekt og fedme tidligere.....	15
4.5 Økt fokus på fysisk aktivitet og ernæring .....	15
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>17</b>
5.1 Metodediskusjon .....	17
5.2 Resultatdiskusjon .....	19
5.2.1 Følgene av overvekt og fedme .....	20
5.2.2 Samarbeid med foreldrene .....	21

5.2.3 Forebygging på ulike nivå – en del av en livsstilsendring .....	23
5.2.4 Sykepleiers oppgaver i en endringsprosess .....	25
5.2.5 Måling og veiing av barn .....	28
5.2.6 Sykepleiers behov for kunnskap .....	29
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>32</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>33</b>

Vedlegg 7.1 Deltakere

Vedlegg 7.2 Tidsskjema

Vedlegg 7.3 PIO- skjema

Vedlegg 7.4 Søkehistorikk

Vedlegg 7.5 Oversikt over artikler

# 1.0 Innledning

Forebygging av overvekt og fedme hos barn.

## ***1.2 Bakgrunn for valg av tema***

Forekomsten av overvekt og fedme har økt raskt i de fleste aldersgrupper, og i perioden 1993 til 2000 økte andelen av overvektige norske 13-åringere fra 8,4 % til 12,6 % blant jentene, og fra 8,5 % til 14 % blant guttene. Måling av vekt og høyde blant norske 3. klassinger viste at andelen med overvekt eller fedme økte fra 16 % i 2008 til 19 % i 2010. Overvekt og fedme øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, type 2- diabetes, gallestein og muskel- og leddplager. Vektøkning er i de fleste tilfeller en følge av at energiinntaket er større enn energiforbruket. Samtidig viser erfaring at det er vanskelig å oppnå en varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig eller utviklet fedme. Forebygging av overvekt og fedme blant barn og unge er derfor av stor betydning (Helsedirektoratet 2010b).

I Norge viser Barnevekststudien fra 2010 at av landets 8-åringere har 3% av jentene og 5% av guttene utviklet fedme. Tilsvarende sier undersøkelsen at 19% av jentene og 12% av guttene ble definert som overvektige (Folkehelseinstituttet 2011).

Etter at samhandlingsreformen ble vedtatt av Stortinget, er sykepleierens rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet svært aktuell (Regjeringen 2011). Sykepleierne vil møte disse brukerne overalt, både i primærhelsetjenesten og i spesialhelsetjenesten. Økt kunnskap om overvekt, fedme og forebygging vil gi økt kompetanse til sykepleiere, som trenger faglig kunnskap til en voksende brukergruppe.

I følge en reviewstudie av Summerbell et al. (2009), som omhandler intervensjoner som forebygger fedme hos barn, har fedmeforebyggende tiltak vist seg å ha en positiv effekt på BMI- målinger hos barn. Videre viser denne review-artikkelen til konkrete tiltak som har vært gjennomført i ulike undersøkelser. Disse tiltakene viser seg å ha en positiv effekt på barns vekt. Eksempel på de ulike tiltakene er fokus på sunt kosthold, fysisk aktivitet og positivt kroppsbilde i skolene, flere timer avsatt til fysisk aktivitet i skolen og fokus på positiv samhandling med foreldrene.



### **1.3 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan forebygge utviklingen av overvekt og fedme hos barn.

### **1.4 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier i skolehelsetjenesten forebygge at barn i alderen 5 - 18 år utvikler overvekt og fedme?

### **1.5 Definisjoner**

*Forebyggende arbeid.* Når vi vanligvis snakker om forebygging, har de forebyggende tiltakene sin opprinnelse i en sykdomstenkning; spesiell sykdomsrisiko skal avdekkes for at man skal sette inn spesifikke tiltak for å redusere risiko eller sykdomsutvikling (Øen 2012). I denne oppgaven har vi valgt å legge hovedvekt på primær- og sekundærforebygging, men vi har også valgt å inkludere tiltak på tertiærnivå.

*Overvekt og fedme* defineres ut fra kroppsmasseindeks (KMI), som beregnes ved å dividere vekten (kg) med kvadratet av høyden (m<sup>2</sup>):  $KMI = \text{kg} / \text{m}^2$ . Internasjonalt anbefales det kjønns- og aldersjusterte grenser for overvekt og fedme hos barn fra 2 til 19 år. Helsedirektoratet anvender følgende klassifisering: normalvekt  $KMI < 25$ , overvekt  $KMI > 25$ , Fedme  $> 30$  og Alvorlig Fedme  $> 35$  (Helsedirektoratet 2010b).

*Skolehelsetjenesten* skal i samarbeid med skole, hjem og det øvrige hjelpeapparat, arbeide for å identifisere og løse helsemessige problemer som knytter seg til skoleelevers situasjon (Skolehelsetjenesten 2009).

## 2.0 Teori

I det følgende kapittelet presenteres relevant teori i forhold til forebygging av overvekt og fedme hos barn.

### ***2.1 Helsefremmende og forebyggende helsearbeid***

Folkehelsearbeid kan deles inn i to deler. På den ene siden har man det helsefremmende arbeidet, der man er ute etter å styrke og forbedre befolkningens helse. På den andre siden har vi det sykdomsforebyggende arbeidet, der man vil opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. I praksis vil disse delene utfylle hverandre, og også i stor grad overlappe hverandre (Helsedirektoratet 2010a).

I 1986 arrangerte World Health Organisation en internasjonal konferanse. Her ble Ottawa-charteret utarbeidet. Dette charteret er grunnlaget for et paradigmeskifte i folkehelsearbeidet. Fokuset var et bredt samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse. Inkludering av helsehensyn i alle politikkområder og på de fleste helsearenaer ble sentralt (Helsedirektoratet 2010a). Et sentralt begrep i Ottawa-charteret er health promotion. Health promotion inkluderer både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, og kan dekkes av det norske ordet "folkehelsearbeid" (Helsedirektoratet 2010a). Folkehelsearbeid defineres som: "Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse" (Helsedirektoratet 2010a, 20). Empowerment-tanken var også sentral i Ottawa charteret. Her har man et brukerfokus, der brukerens stemme skal tas på alvor. Det var et ønske om et skifte i måten å forstå helsebegrepet fra en tradisjonell oppfatning der man var opptatt av helseopplysning, sykdom og komplikasjoner, mot en empowerment-tanke, der fremming av helse og velvære var sentralt (Gammersvik og Alvsvåg 2009). Empowerment kan oversettes med "egenkraft", og kan defineres som en sosial prosess der målet er mobilisering av ressurser og gjenvinning av kontroll for å kunne mestre utfordringer. Empowerment er sentralt i metoden "motiverende samtale" som vi vil komme inn på senere i oppgaven (Helsedirektoratet 2009).

Forebyggende og helsefremmende virksomhet skal utøves i alle samfunnssektorer og på tvers av sektorene. Forebyggende arbeid er helsetjenestens bidrag til folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet 2010a). I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 (Lovdata 2011)

skal kommunene gjennom opplysning, råd og veiledning forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Videre skal helse- og omsorgstjenestene bidra i kommunenes folkehelsearbeid. Kommunen skal også arbeide for å iverksette aktivitetstiltak for blant annet barn som har behov for det (Lovdata 2011). Forebyggende arbeid har tre nivåer: primær-, sekundær- og tertiær forebygging. Primær forebygging vil redusere eller fjerne årsaker og risikofaktorer, samt styrke individets og gruppens motstandskraft. Sekundær forebygging innebærer å oppdage sykdom og risikofaktorer tidligst mulig, og sette inn tiltak på dette. Tertiær forebygging omhandler de som allerede har et erkjent problem eller sykdom, og tiltak for å unngå forverring, tilbakefall eller utvikling av annen sykdom (Espenes og Smelund 2009).

Helsefremmende arbeid er sentralt i skolehelsetjenesten, og skolesykepleier eller helsesøster har en viktig rolle, både i forhold til helsefremming, men også i forebygging. Forebyggende arbeid tar sikte på reduksjon i forekomsten av sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer (Espenes og Smelund 2009).

Forebygging relatert til overvekt hos barn er et område det bør satses på, da det viser seg at det er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først er blitt overvektig. Forebygging av overvekt og fedme er et samfunnsansvar i den forstand at samfunnet må bidra til at forholdene legges til rette for at ”de gode valgene” blir de enkle valgene for barn og unge. Det er viktig at helsetjenesten er oppmerksom på grupper man erfaringsmessig vet er særlig utsatt for å utvikle overvekt, og sette inn ressursene her (Øverby, Klungland Torstveit og Høigaard 2011).

## ***2.2 Aron Antonovsky***

Antonovsky utviklet teorien om salutogenese, en teori som fokuserer på de ulike kildene til helse. Det er en kompleks forståelse av helse. Å være en del av livet selv, utsetter oss for stressfaktorer som er umulig å forutse hvordan de vil virke inn på helsen vår. Antonovsky kaller det helsens mysterium, og søker å finne svar gjennom teorien om salutogenese (Psykisk helsearbeid 2011). I teorien om salutogenese foreligger noen sentrale begreper, blant annet SOC, ”sense of coherence”. SOC kan defineres som en grunnleggende holdning som uttrykker i hvilken utstrekning man har en gjennomgående, stabil, men dynamisk følelse eller tillit til at stimuli som stammer fra ens indre eller ytre omgivelser i

livet er strukturerte, forutsigbare og forklarlige. Dersom man har en såkalt sterk "SOC", har man indre håp og tillit til å finne ressurser og tillit til egen evne til å bruke disse ressursene (Psykisk helsearbeid 2011). Teorien vektlegger fire områder i menneskers liv som en må investere i for ikke å tape ressurser og mening over tid: Indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål. Dette innebærer å ha overbevisning eller et bevisst livssyn, å ha relasjoner som en opplever som støttende, å være psykisk stabil og å være involvert i belønnende daglige aktiviteter som for eksempel sport, arbeid eller utdanning. Salutogenesen identifiserer personlige og kollektive mestringsressurser som kan fremme personens evne til å mestre spenning i krevende situasjoner. Jo større personlige og kollektive mestringsressurser en person potensielt opplever å ha tilgjengelig og kan anvende, desto bedre SOC og høyere grad av helse vil hun/ han oppleve (Psykisk helsearbeid 2011).

### **2.3 Skolehelsetjenesten**

Skolehelsetjenesten skal bidra til å forebygge sykdom gjennom endring av helseatferd hos risikogrupper, samt bidra til etablering av sunne levevaner hos brukergruppen. Tilbudet skal ivareta forebyggende og helsefremmende arbeidet ved å forebygge sykdom og skade, samt fremme god fysisk og psykisk helse. I skolehelsetjenesten vil man både kunne møte helsesøster, sykepleier, samt annet helsepersonell (Helsedirektoratet 2010a).

Skolehelsetjenesten er et kommunalt lovpålagt ansvar som er lovhjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 (Lovdata 2011).

### **2.4 Årsaker til overvekt og fedme**

Årsakene til overvekt og fedme blant barn er ofte sammensatte eller multifaktorelle. Enkelte barn har genetiske faktorer som gjør dem lettere disponibel for å legge på seg, eller det kan være relatert til kroppstype, appetitt, sosial rang, livsstil innad i familien, psykologiske forhold, kultur og aktivitetsnivå. For øvrig har sammenhengen mellom lavt aktivitetsnivå og usunt kosthold vist seg gjeldende i forklaringen av overvekt blant barn og unge (Dalton 2004). Nordmenn har i dag et lavere fysisk aktivitetsnivå enn hva man tidligere hadde trodd. Bil, tv og pc-bruk har ført til at vi nå ikke behøver å være like mye fysisk aktiv i hverdagen. I tillegg synes kostholdet å ha endret seg på flere områder den siste tiden. Porsjonsstørrelsene har økt, og enkelte studier viser at unge har en tendens til å

hoppe over måltider, og erstatter disse med energirike mellommåltider. Det brukes også mer penger på leskedrikker og sukkervarer enn på frukt og grønt enn tidligere (Øverby, Klungland Torstveit og Høigaard 2011). Eksempelvis ser vi at forbruket av brus og andre sukkerholdige drikker har økt kraftig de siste årene. Stort inntak av dette kan på sikt øke risikoen for overvekt. Inntaket av godteri har også økt de siste 30 årene, og i 2010 var inntaket per innbygger 14 kg godteri per år. Et av ernæringspolitikkenes hovedmål er derfor å redusere forbruket av sukker (Helsedirektoratet 2011a).

## ***2.5 Helsekonsekvenser av overvekt og fedme***

Barn som er overvektige opplever mange utfordringer og problemer knyttet til egen livssituasjon. Studier viser at barn assosierer overvekt med dårlig sosial fungering, dårlige skoleprestasjoner, dårlig helse, usunt kosthold og dårlig fysisk form. I forhold til psykososiale forhold vil overvekt kunne føre til stigmatisering, mobbing, dårlig selvfølelse og kroppsbilde, samt redusert livskvalitet og forstyrrelser i spiseatferd. I tillegg vil barn som er overvektige også møte somatiske og medisinske problemer, som for eksempel hjerte/karsykdommer, insulinresistens, type 2-diabetes og kreft (Helsedirektoratet 2010b).

## ***2.6 Fysisk aktivitet***

Det er flere grunner til at fremming av fysisk aktivitet blant barn er et viktig felt innen helsefremmende arbeid. Forskning har vist at regelmessig fysisk aktivitet har helsemessige gunstige effekter både blant barn og voksne. Iverksetting av tiltak rettet mot barns fysiske aktivitetsnivå er av stor betydning for folkehelsen fordi det kan øke sannsynligheten for at barna vil drive med regelmessig fysisk aktivitet også som voksne. Dette vil føre til en direkte helsemessig gunstig effekt, noe som også vil innvirke på risikofaktorer for livsstilssykdommer og andre typer helsevaner (Samdal 2009).

De nasjonale anbefalingene for barn og unge er minst 60 minutter moderat til høy fysisk aktivitet hver dag. Fokuset bør være på at aktivitetene skal være morsomme og motiverende, og barna skal kjenne på det å bli andpusten og svett. (Helsedirektoratet 2010b). Fysisk aktivitet har sammenheng med barnas prestasjoner på skolen, og skolehelsetjenesten kan bruke fysisk aktivitet som et tiltak for å nå kompetansemål. Tiltak som skolene kan utarbeide er for eksempel konkrete aktiviteter som inkluderer fysisk aktivitet, innføring av interne kompetansehevingsrutiner av elever og personale, samt

inkludering av fysisk aktivitet som ferdighet i utarbeidelse av lokal læreplan. I tillegg kan skolen sette av tid til aktivitet ved å omorganisere eller utvide skoledagen, tilrettelegge attraktive inne- og utearealer, og tilby organisert fysisk aktivitet umiddelbart etter skoletid ved å ha bemannet gymsal eller aktivitet i skolegården (Helsedirektoratet 2004).

## **2.7 Ernæring**

Kosthold er en av de faktorene som har særlig betydning for utvikling av overvekt og fedme, og ernæring og kosthold har stor betydning i behandling av dette. Det er derfor viktig å etablere gode matvaner i tidlig levealder, slik at man sikrer optimal utvikling, høydetilvekst og god helse under oppvekst og i voksenlivet.

I dagens samfunn der mat er tilgjengelig overalt, til alle døgnets tider, og der det er små krav til fysisk aktivitet, er det for mange lett å innta mer energi enn det som er nødvendig (Øen 2012).

I norske retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet (2011a) bør skolehelsetjenesten arbeide for at skolene skal kunne tilby elevene frukt, grønnsaker, lettmeik, samt tilgang på kaldt drikkevann. Dette innebærer et kosthold med mindre mettet fett, sukker og salt, og dette kombinert med økt inntak av frukt, grønnsaker, grove kornprodukter og fisk vil kunne gi en god forebyggende effekt, både primært, men også sekundært i forhold til en rekke kroniske sykdommer (Helsedirektoratet 2010a). Dette er en svært sentral oppgave for skolehelsetjenesten, og riktig tilrettelegging av skolemåltidet, samt gode rammer for måltidet, er sentralt for å sikre at alle elever opplever matpausen som et trivelig avbrekk fra den organiserte opplæringen. Dette innebærer at skolene for eksempel kan iverksette tiltak som daglig tilbud om frukt og grønnsaker, eller tilbud om fullt mattilbud på skolen (Helsedirektoratet 2004).

## **2.8 Atferdsendring**

Gjennom forebyggende arbeid ønsker vi å påvirke ungdom til en sunn livsførsel, som igjen kan gi økt overskudd og trivsel i hverdagen. Dette fører igjen til at risiko for sykdom og ulykker reduseres, og det legger grunnlaget for en sunn livsstil senere i livet (Aarø 2004). Helsepersonell har en unik mulighet for å gi råd og veiledning om helseatferd, og forskning viser at folk har tiltro til helsepersonell når det gjelder dette. Det foreligger dokumentasjon på at helsepersonels veiledning har god effekt på endring av levevaner og reduksjon av sykdomsrisiko (Helsedirektoratet 2010a). Eksempel på metode for

atferdsendring er motiverende intervju. Denne metoden bygger på tanken om empowerment, og på teorien om at mennesker lettere følger endringsmål som de selv har vært med på å utforme (Helsedirektoratet 2010a).

I en endringsprosess kan man ta i bruk Prochaska og DiClements endringshjul, som beskriver de ulike fasene i et endringsforløp. I før - overveielsesfasen er individet lite mottakelig for informasjon og lite innstilt på endring. Neglisjering, fortrenging og bortforklaring av de negative konsekvensene av egen helseatferd er vanlig i denne fasen. Når individet er i overveielsesfasen stiller han gjerne spørsmål om egen atferd, og de negative konsekvensene denne har. Ambivalens og motstridende følelser kjennetegner fasen, og dette er normale og sunne mekanismer i en beslutningsprosess. Sykepleier må ikke forsøke å overtale individet i denne fasen. Forberedelsesfasen kjennetegnes ved sterk motivasjon, og individet begynner å gjøre små endringsforsøk. Konkrete planer og fremgangsmåter for å gjennomføre endringene er sentralt. Sykepleiers primæroppgave er her å hjelpe individet til å velge egnede metoder for endring. I handlingsfasen settes endringene i verk, og de blir synlige for andre. Vanskeligheter oppstår ofte i denne fasen, og målet er å takle disse. Etter en stund i handlingsfasen vil den nye atferden bli mer og mer innarbeidet, og man kommer da over i vedlikeholdsfasen. Sykepleiers oppgave er her å påvise individets mestring og gi informasjon. Det er likevel viktig å holde fokus, for faren tilbakefall er stadig tilstede. Fokus er å fortsatt opprettholde motivasjon og ha fokus på de positive effektene atferdsendringen har hatt. Tilbakefall er en naturlig del av prosessen og kan bidra til læring. Sykepleiers oppgave er å møte tilbakefall med forståelse fremfor oppgitthet og frustrasjon (Helsedirektoratet 2009).

## **3.0 Metode**

### ***3.1 Innledning***

Utgangspunktet for metodekapittelet vårt er Høgskolen i Molde sine retningslinjer, samt kravet om at vår bacheloroppgave skal være en systematisk litteraturstudie. Dette innebærer å søke systematisk, kritisk granske og identifisere fellestrekk i valgt litteratur (Forsberg og Wengström 2008).

### ***3.2 Datainnsamling og litteratursøk***

I arbeidet med oppgaven vår valgte vi å anvende Willman, Stoltz og Bathsevani's (2006) fire steg for å planlegge litteratursøket, da vi synes det ble mest oversiktlig. Disse fire stegene beskrives som følgende:

#### ***1. Identifisere tilgjengelige ressurser***

Den første delen av arbeidet med oppgaven vår var å identifisere tilgjengelige ressurser. Vi ville undersøke hvordan sykepleier kunne forebygge overvekt og fedme hos barn, og ønsket derfor å finne artikler og relevant teori som sa noe om sykepleiers erfaringer på hva som var hensiktsmessige tiltak.

#### ***2. Identifisere relevante kilder***

Vi brukte litt tid til å identifisere hvilke databaser som var relevante for problemstillingen vår, og vi valgte å anvende følgende databaser: OVID – MEDLINE(R), OVID – Nursing Database, SveMed+, NorArt, Cochrane, OVID – British Nursing Index, OVID – Psykinfo, ProQuest og Embase. Grunnen til at vi valgte disse databasene er at de var mest hensiktsmessig i forhold til hvilke forskningsartikler vi var ute etter.

#### ***3. Avgrense problemstillingen***

Vi ønsket å identifisere hvilke forebyggende tiltak sykepleier kunne iverksette i forhold til overvekt og fedme hos barn. Avgrensing av søket vårt ble utarbeidet ut i fra dette. Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier ble valgt: Vi valgte å ha et sykepleieperspektiv, og ikke et brukerperspektiv. Vi valgte å ha hovedvekt på primær- og sekundærforebygging i skolehelsetjenesten, men vi har også inkludert enkelte tertiære tiltak. I tillegg valgte vi å konsentrere oss om barn i alderen 5-18 år. Vi avgrenset også



studien til vestlige land, da det er disse landene som har mest relevant forskning på området, samt at det kan ha overføringsverdi til norsk praksis.

#### ***4. Utvikle søkemåter i de ulike databasene***

Etter at vi hadde bestemt oss for hvilke databaser vi ville anvende, begynte vi å søke i de ulike databasene. Vi hadde tidligere hatt relevant undervisning om artikkelsøk. I tillegg var skolens bibliotekar disponibel til å hjelpe oss i startfasen, noe vi benyttet oss av i forkant av innlevering av prosjektskissen. Den første tiden brukte vi kun til å identifisere relevante søkeord ut i fra problemstillingen vår, oversatte problemstillingen til engelsk, og foretok prøvesøk. Vi valgte å bruke et PICO skjema, et forberedende søkeverktøy, som hjalp oss med å sortere de ulike søkeordene. PICO er et standardisert skjema, som representerer en måte å dele et spørsmål på slik at det kan struktureres på en hensiktsmessig måte.

Bokstavene i PICO betegner bestemte momenter som ofte bør være med i et klinisk spørsmål: Population/Problem, Intervensjon, Comparison og Outcome (Nordtvedt et al. 2007). Av hensiktsmessige årsaker valgte vi å utelate Comparison, da vi ikke skulle sammenligne tiltak, og vi kan derfor betegne skjemaet vårt som et PIO skjema. Vi anvendte trunkeringstegn i de databasene det var mulig, for eksempel i Ovid, slik at vi fikk flere treff. Dette innebar at vi for eksempel skrev «nurs\*», slik at vi fikk med alle utgavene av ordet, som nurse, nursing osv. I tillegg begrenset vi søkene våre til kun norske, svenske, danske og engelske artikler, samt begrenset på publiseringsår, da vi ikke ønsket artikler som var eldre enn 5 år.

Da vi begynte å søke i de ulike databasene, hadde vi allerede utarbeidet en liste med søkeord vi fant hensiktsmessig. Det viste seg imidlertid at da vi begynte å søke i de ulike databasene, gav ikke enkelte søkeord de treffene vi hadde håpet på. Vi måtte derfor inkludere nye relevante søkeord underveis. De ordene vi anvendte var: prevent\*, nurs\*, child\*, obese\*, health care\*, overweigh\*, school nurs\*, community health service, obesity program\*, intervention\*, measure\* og effect\* (Mer detaljert søkehistorikk Jfr. vedlegg 7.4).

Deretter søkte vi i ulike databaser (Jfr. vedlegg 7.4), og leste ulike sammendrag for å finne de artiklene som var relevante. På grunn av at vi søkte i ganske mange databaser, delte vi databasene i to grupper, slik at vi kunne søke i hver vår gruppe for å effektivisere arbeidet.

Deretter samlet vi relevante artikler, og foretok en felles gjennomgang av hver enkelt artikkel. På denne måten samarbeidet vi om hvilke artikler vi ville inkludere, og hvilke vi ville ekskludere. Vi leste hver enkelt artikkel og skrev et sammendrag hver for oss. Søkene ble dokumentert underveis, i tillegg til at vi lagret søkene inne på databasene. Slik unngikk vi å måtte lete opp artiklene igjen.

### ***3.3 Kvalitetsvurdering***

Første del i kvalitetsvurderingen var å identifisere hvilken type artikler vi hadde, for deretter å bruke standardiserte skjema fra kunnskapsbasert praksis (Kunnskapsbasert praksis 2012). Det var ulike kvalitetsbedømmingsskjema, alt etter hvilken type artikler vi hadde, og nivået ble målt ut fra hvor mange kriterier i sjekklisterne hver artikkel oppfylte. Til slutt satt vi igjen med 5 kvalitative, 4 kvantitative, samt en artikkel som både var kvalitativ og kvantitativ. Deretter nivåbestemte vi de aktuelle tidskriftene artiklene ble hentet fra ved hjelp av Database for statistikk av høyere utdanning (DBH 2012). Vi satt da igjen med 4 artikler på nivå 2, og 6 artikler på nivå 1.

### ***3.4 Etiske vurderinger***

Under hele søkeprosessen og i arbeidet med kvalitetssikring og analyse av funnene våre, var etiske vurderinger sterkt vektlagt. Vi ønsket å oppnå et mest mulig korrekt resultat, og vi ville kontinuerlig evaluere etiske aspekter ved vår litteraturstudie. Vi hadde blant annet et krav om at artiklene våre skulle være etisk vurdert, med unntak av de kvantitative, siden det ikke foreligger noe krav om etiske vurderinger i slike artikler. Vi prøvde også å holde oss så nøytrale som mulig, og unngå at vi ble forutinntatt. Dette anså vi som en relativt stor utfordring, da vi for eksempel la merke til at dersom vi fikk treff på BMI-måling, var det lett å kun søke på BMI, i stedet for tiltak, som ville gi oss et bredere søketreff. Vi hadde imidlertid stor fokus på akkurat dette, og vi mener selv vi var nøytrale i søkeprosessen. En annen utfordring var vår egen forforståelse. Vi hadde begge våre tanker og ideer om hvordan sykepleier kunne forebygge overvekt og fedme hos barn, noe som var viktig at vi hele tiden var bevisst på under innhenting av teori og litteratur.

### **3.5 Analyse**

Analyse er prosessen der man analyserer data man har funnet, og analysemetode velges ut fra problemstilling og metode (Forsberg og Wengström 2008). Vi tok utgangspunkt i Evans metode for innsamling av data, da denne metoden er et verktøy som kan brukes for å tilnærme seg data. Denne metoden beskriver innsamlingsprosessen i fire steg (Evans 2002). Det første steget omhandler innsamling av aktuell litteratur (Evans 2002). Der benyttet vi avansert søk i de databasene som var aktuelle for problemstillingen. Etter en grundig gjennomgang av aktuelle artikler, satt vi igjen med ti artikler som kunne besvare problemstillingen.

Det andre steget handler om å identifisere nøkkelfunn (Evans 2002). Vi leste gjennom artiklene hver for oss, skrev hvert vårt sammendrag for å være sikre på at vi fikk med alle sentrale momenter i hver enkelt artikkel, noe som bidro til at vi fikk en ytterligere helhet og forståelse av hver artikkel identifiserte sentrale funn som kunne være med på å belyse problemstillingen vår.

Det tredje steget dette arbeidet er å identifisere tema (Evans 2002). Vi utarbeidet et skjema med flere kategorier med utgangspunkt fra funnene våre, og ut fra dette identifiserte vi aktuelle hoved- og underkategorier. Dette foregikk ved at vi klypte ut funn fra hver enkelt artikkel, og plasserte resultatene i riktige kategorier. Denne prosessen gjorde vi sammen, da vi ønsket å diskutere hvilke funn som tilhørte hvilken kategori, og om funnene var relevante for vår problemstilling. For å sikre at vi kun inkluderte artikler som var relevante for vår studie, hadde vi problemstillingen foran oss under hele arbeidet med kategorisering av funnene våre. Da vi hadde fordelt alle funnene i aktuelle kategorier satt vi igjen med fem hovedkategorier: samarbeid med foreldre, økt kunnskap og kompetanse til sykepleierne, motiverende intervju som metode, og BMI-måling, samt ernæring og fysisk aktivitet. I tillegg laget vi underkategorier i forhold til punktet om samarbeid med foreldrene, da dette var et av temaene vi fant mest om. Deretter ble hver kategori grundig gjennomgått, slik at hvert enkelt funn hadde relevans i forhold til problemstilling og hensikt.

Det fjerde steget er å beskrive fenomenene og lage en beskrivelse av funnene (Evans 2002). Dette gjorde ved å sammenfatte og beskrive funnene fra de ulike artiklene. Dette kommer til syne i resultatdelen, der hver enkelt hoved- og underkategori blir beskrevet.

## **4.0 Resultat**

I det følgende kapittelet presenteres våre funn fra forskningsartiklene vi valgte å inkludere. For å presentere resultatet på en oversiktlig måte, har vi valgt å dele funnene våre i fem hovedkapittel. De er følgende:

### ***4.1 Tett samarbeid med foreldrene er viktig***

Et av våre hovedfunn i denne studien viste at et godt samarbeid mellom foreldre og sykepleier er en av hjørnesteinene i arbeidet med forebygging av overvekt og fedme hos barn. Det er sentralt at sykepleierne har kunnskap om de utfordringene de kan møte i samarbeid med foreldre, og hvordan de skal håndtere dette. God kommunikasjon og godt tilrettelagt informasjon til foreldrene er viktige faktorer dersom samspillet mellom sykepleier og foreldre skal fungere optimalt (Kubik et al; 2007; Spivack et al. 2009; Boyle et al. 2009; Söderlund et al. 2008; Edvardsson et al. 2009).

Vi har valgt å dele inn dette kapittelet i tre underkapitler, for en mer oversiktlig presentasjon av resultatene.

#### **4.1.1 Fedme og overvekt er et sensitivt tema å ta opp**

I våre funn kommer det frem at sykepleierne ofte var redde for å fornærme foreldrene, og at sykepleierne brukte taktfullt språk til foreldrene når de tilnærmet seg temaet om barnets overvekt/fedme. Det kommer også frem at mange av sykepleierne så å si aldri brukte ordet fedme i samtale med foreldrene. Sykepleierne valgte heller å bruke ord som ”stor”, ”tung” og uttrykk som ”lagt på seg” i kommunikasjon med foreldrene. Sykepleierne synes det var spesielt vanskelig å ta opp temaet dersom foreldrene selv var overvektige, og dermed var foreldrenes egen vektstatus et viktig tema i arbeidet med barns overvekt/fedme. Våre funn viser også at sykepleier sjelden tar kontakt dersom de er bekymret for et barns overvekt, og at de sjelden tilbyr foreldre veiledning dersom de er bekymret for barnets vektutvikling (Kubik et al. 2007; Edvardsson et al. 2009; Boyle et al. 2009).

#### **4.1.2 God kommunikasjon er sentralt**

Det har vist seg gjeldende i flere studier at god kommunikasjon med foreldrene er sentralt for å kunne arbeide forebyggende opp mot overvekt og fedme hos barn. Våre funn viser at

sykepleierne måtte jobbe med kommunikasjon med foreldrene dersom de skulle møte fedmeproblematikken. I tillegg kommer det frem at mangel på interesse fra foreldrene var svært utfordrende når det gjaldt god kommunikasjon, samt at kulturelle forskjeller var med på å gjøre samtaler mellom foreldre og sykepleier tidvis vanskelige (Edvardsson et al. 2009; Nauta et al. 2009).

#### **4.1.3 Barrierer**

I flere studier kommer det frem at manglende involvering fra foreldrene i behandlingen ble identifisert som barrierer som ofte oppsto (Boyle et al. 2009; Gance-Cleveland et al. 2009; Spivack et al. 2009). Våre funn viste at motstand fra foreldrene var enten betydelige eller moderate barrierer for det fedmeforebyggende arbeidet i klinisk praksis. I tillegg var en barriere for sykepleierne dersom foreldrene manglet villighet og motivasjon til å møte barnets vektproblem, selv om de var klar over problemet (Söderlund et al. 2008; Boyle et al. 2009).

#### **4.2 Sykepleierne trenger økt kompetanse og kunnskap**

Et funn i vår studie viste at økt kompetanse og kunnskap til sykepleierne er sentralt i det forebyggende arbeidet, og våre funn viser at dette er faktorer som gir avkastning i klinisk praksis. Kursing er en av strategiene som ble beskrevet i flere studier, og det var også en strategi som gav markerte forandringer i både kunnskap og kompetanse hos sykepleierne. Det viser seg imidlertid at det er lite som faktisk blir gjort i praksis, og økt fokus på forebyggende arbeid, samt økt handlingskompetanse vil være nødvendig i forhold til utfordringene med dette arbeidet (Kubik et al. 2007; Gance-Cleveland et al. 2009; Brown et al. 2007).

I våre funn kommer det frem at gjennomføring av kurs i ernæring og fysisk aktivitet resulterte i markerte forandringer i kunnskapsnivået hos sykepleierne. Det ble blant annet undersøkt i forhold til sykepleiernes praksis i ernæringsråd, og det ble rapportert at 89 % ga gode råd til skolebarn. Etter kursing av sykepleierne økte dette tallet til 98 % (Gance-Cleveland et al. 2009). Våre funn viser også at sykepleierne synes de hadde for lite kunnskap i forhold til det forebyggende arbeidet, og at de svært sjelden gav ut skriftlig informasjon om ernæring og fysisk aktivitet til foreldrene. Sykepleierne tok svært sjelden kontakt med foreldrene i forhold til bekymringer for et barns vekt, og de tilbydde også

sjeldent felles undervisning om ernæring (Kubik et al. 2007; Gance Cleveland et al. 2009; Brown et al. 2007).

### ***4.3 Motiverende intervju - en god metode for forebyggende arbeid***

Et funn i vår studie viser at motiverende intervju som metode kan ha en positiv effekt i det forebyggende arbeidet med overvekt og fedme hos barn. Våre funn viser at kursing i motiverende intervju som metode påvirket sykepleiernes arbeid med forebygging av overvekt hos barn. Det kom da frem at sykepleierne mente at motiverende intervju var en potensiell effektiv problemløser, da de synes det var spesielt nyttig for å kartlegge sensitive tema som overvekt og fedme. I tillegg kommer det frem at sykepleierne var veldig positiv til motiverende intervju som metode, samt at de synes det var lett å anvende (Söderlund et al. 2010; Söderlund et al. 2008).

### ***4.4 Tidlig screening kan fange opp overvekt og fedme tidligere***

Et funn gjort i vår studie viste at måling av BMI har mange fordeler i forhold til forebygging av overvekt og fedme hos barn, samt at det fører til økt kunnskap og forbedret praksis. (Hendershot et al. 2008; Kubik et al. 2007) Våre funn viste at måling av BMI særlig hadde 3 fordeler: Det skaper en oppmerksomhet rundt vektproblematikken, det viser behov for å redusere overvekt og fedme, i tillegg til at sykepleierne kan gi individuell tilpasset undervisning til elever og foreldre som har potensielle vektproblem. Det kom også frem at sykepleierne mente at måling av BMI kunne føre til at foreldre og barn fikk bedre kunnskap om fedmeproblematikken, og at de sykepleierne som fikk støtte til BMI-screening av foreldre og lærere brukte skolehelsetjenesten tre ganger så ofte til forebyggende arbeid i forhold til overvekt og fedme. I tillegg var det dobbelt så sannsynlig at de tilbydde tiltak (Kubik et al. 2007; Hendershot et al. 2008).

### ***4.5 Økt fokus på fysisk aktivitet og ernæring***

Funnene våre indikerer at strategier for å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet er hensiktsmessig i det forebyggende arbeidet med overvekt og fedme hos barn (Boyle et al. 2009; Spivack et al. 2009; Nauta et al. 2009).

I våre funn kommer det frem at det var mange ulike strategier som kunne brukes for å oppmuntre til sunnere kosthold og omgivelser til fysisk aktivitet. Dette innebar blant annet

at helsepersonell var talsmann for disse temaene på skoler og etablerte et godt samarbeid med kommunen. I tillegg viser det seg at det å dele ut skriftlig materiell om kosthold, ernæring, matinnkjøp, porsjonsstørrelse og trening til alle familier, hadde en positiv effekt som en del av det forebyggende arbeidet. Det kom også frem at dersom familien ofte spiste gatekjøkkenmat og hadde tilegnet seg usunne vaner, var dette en stor utfordring i forhold til å kunne forbedre kostholdet og livsstilen til barn som var overvektige, og barn som var i risikozonen for å bli overvektige og utvikle fedme (Boyle et al. 2009; Spivack et al. 2009; Nauta et al. 2009)

## **5.0 Diskusjon**

Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleier kan forebygge utviklingen av overvekt og fedme hos barn, og i dette kapittelet vil vi drøfte anvendt metode, samt resultat/funn opp mot relevant teori og erfaringer fra praksis. Vi har delt kapittelet opp i metodediskusjon og resultatdiskusjon.

### **5.1 Metodediskusjon**

I studien vår valgte vi å inkludere 10 forskningsartikler, derav 5 kvalitative, 4 kvantitative studier og 1 studie som var både kvalitativ og kvantitativ. Disse ble inkludert gjennom systematisk litteratursøking i ulike databaser. Utvalget av databasene foregikk gjennom en grundig gjennomgang, og på denne måten sikret vi oss de databasene som var mest relevante for studien vår. Deretter søkt hver for oss i ulike databaser, for å effektivisere arbeidet. Dette anser vi både som en styrke og en svakhet, da arbeidet ble mye mer effektivt, samt at vi utviklet ulike søkeord. Dette skapte en mye mer faglig dybde, og kunne oppdatere søkestrategiene våre underveis, og diskutere oss frem til hvilke søkeord som var mest relevante. Vi ser i ettertid at det også kunne vært hensiktsmessig å ha foretatt litteratursøket sammen, for en grundigere søking i hver database. Vi var imidlertid bekymret for at en slik søkestrategi kunne føre til mindre effektiv søking, samt at søkene våre kunne bli for snevre.

For å kvalitetssikre artiklene våre valgte vi å bruke standardiserte sjekklister fra kunnskapsbasert praksis, som var med å kvalitetssikre artiklene (Kunnskapsbasert praksis 2011). I tillegg målte vi nivået på de ulike tidsskriftene ved bruk av nettsiden Database for statistikk om høgre utdanning (DHB 2012), og på denne måten sikret vi oss artikler av god kvalitet. Vi valgte også å utarbeide hvert vårt sammendrag av hver artikkel, slik at vi gjorde oss godt kjent med innholdet i hver enkelt artikkel. Dette anser vi som svært hensiktsmessig, da sammendragene våre ofte hadde noen forskjeller. På denne måten var vi sikker på at vi ikke overså noen funn, eller viktige momenter i artiklene.

De fleste av funnene våre har tyngde i amerikansk forskning, og seks av artiklene våre kommer fra USA. Vi har imidlertid fire artikler fra Europa, derav tre fra Sverige. Det å ha forskning både fra Europa og USA gir en variert faglig dybde, og gir oss et bredere perspektiv på oppgaven vår. I tillegg kan bruk av både amerikanske og europeiske artikler besvare problemstillingen vår på en utfyllende måte. Grunnen til at vi ekskluderte ikke-



vestlig forskning, var for å kunne unngå store kulturelle forskjeller, som trolig ville ha gjort studien vår mye mer omfattende, samt at resultatet trolig ikke hadde hatt relevant overføringsverdi til norsk praksis. Vi har ikke inkludert artikler fra Norge, da det viste seg vanskelig å finne noen med sykepleierperspektiv. Dette kan være en svakhet ved oppgaven vår. Det finnes norsk forskning på området, men disse studiene hadde et brukerfokus, og kunne dermed ikke inkluderes i vår studie. På en annen side er det i Norge utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer om behandling av overvekt og fedme. Disse gir gode føringer for helsepersonell og andre om hvordan man skal møte dette voksende problemet. Temaene som omtales i de nasjonale retningslinjene er i samsvar med funnene våre fra vår litteraturstudie, til tross for at ingen av artiklene var fra Norge. I og med at funnene er gjenkjennelig for norske forhold, kan dette ha overføringsverdi til norsk praksis.

Vi valgte også kun å ha et sykepleiersperspektiv, og ekskludere brukerperspektivet. Dette var fordi at vi ønsket økt kunnskap om et svært aktuelt, og ikke minst relevant tema for vår utdanning. Dersom vi ikke hadde hatt noen begrensninger i antall forskningsartikler, kunne det kanskje vært hensiktsmessig med både et bruker- og sykepleiersperspektiv for å belyse oppgaven ytterligere. Vi valgte å inkludere noen funn fra forskningsartikler med brukerfokus i resultatdiskusjonen, da vi mente at dette styrket oppgaven vår. Dette var med på å gi oppgaven et mer helhetlig perspektiv og faglig dybde.

I studien vår stilte vi spørsmålet om hvordan sykepleier i skolehelsetjenesten kan arbeide forebyggende, men i tillegg til sykepleiere møter man også helsesøstere i skolehelsetjenesten i Norge. Erfaringsmessig ser vi likevel at det er mange sykepleiere som jobber i skolehelsetjenesten grunnet mangel på kvalifisert personale. I oppgaven vår har vi tyngde fra amerikansk forskning, men profesjonsbegrepet helsesøster finner man ikke i USA, og de blir ofte betegnet som skolesykepleier eller bare sykepleier. På grunn av dette brukte vi både *nurs\** og *school nurs\** i søkene våre, selv om vi ikke har en egen profesjon som kalles skolesykepleier i Norge. Vi valgte skolehelsetjenesten som arena fordi det er der vi vil møte barn og unge i aktuelle aldersgrupper, og sykepleier har en sentral rolle i skolehelsetjenesten, både når det gjelder helsefremming, men også forebyggende arbeid.

Vi valgte å ha et hovedfokus på primær- og sekundærforebygging, da vi synes dette ble mest hensiktsmessig i forhold til problemstillingen vår. I Norge diskuterer fagmiljøene om fedme skal defineres som en sykdomstilstand, og man skiller mellom overvekt og fedme. I

amerikansk forskning blir betegnelsen fedme ofte brukt synonymt med både overvekt og fedme. På grunn av dette har vi valgt å inkludere både overvekt og fedme i oppgaven vår. Konsekvensen av dette er at tiltakene vil ha elementer av både primær, sekundær og tertiær art.

Det var viktig for oss å undersøke hva sykepleier kan gjøre, men det var også relevant å vite hva som faktisk blir gjort. Vi valgte derfor å inkludere 4 kvantitative artikler, samt en artikkel som både var kvalitativ og kvantitativ. Vi valgte også å avgrense arbeidet med forebygging til skolehelsetjenesten, da vi synes dette var mest hensiktsmessig. Dette var fordi vi ønsket å finne ut hvordan sykepleier kunne jobbe forebyggende, og det var få andre instanser som var egnet. Vi er klar over at noen av artiklene inkluderer barn under skolealder, men vi mener at funnene fra disse kan ha overføringsverdi til de minste barna i skolehelsesystemet.

Det at vi valgte å inkludere ei såpass stor brukergruppe, altså barn i alderen 5-18 anser vi som både en mulig styrke og en mulig svakhet. Dette fordi tiltakene sykepleier kan iverksette må være tilpasset etter alderen til barnet. Det er store variasjoner på hva en på 5 år og en på 18 år både kan forstå, og ikke minst gjennomføre av forebyggende tiltak, og det er viktig at det legges vekt på individuell tilpassing. Vi synes imidlertid at det å favne en så stor brukergruppe også har noen fordeler, blant annet at sykepleier kan følge barnet fra tidlig til sen skolealder. Dette innebærer å sette i verk tiltak i en tidlig alder og tilpasse tiltakene etter som barnet vokser, og det foreligger kanskje da en større sannsynlighet for at barnet vil kunne gjennomføre dette også senere i livet.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Spørsmålet om hvordan sykepleiere kan forebygge utviklingen av overvekt og fedme fortalte oss at mye blir gjort, men samtidig ser vi at det er mange utfordringer tilstede. Vi kan benytte ulike metoder i arbeidet for å gjennomføre aktuell tiltak, eksempelvis adferdsendringsmetoder og BMI-screening. Vi fant også to hovedutfordringer: Samarbeidet med foreldrene og sykepleiers behov for mer kunnskap. Disse utfordringene kan si oss noe om hvordan sykepleiere kan utvikle det forebyggende arbeidet i fremtiden. Overvekt og fedme er et økende problem, og sykepleiere vil møte denne problematikken på ulike arenaer i praksis. Arenaene avhenger av hvilke grupper man henvender seg til. I

primær forebygging henvender man seg til store grupperinger av befolkningen, uavhengig av utgangspunkt og forutsetninger, og målet er å forhindre at problemer oppstår.

Eksempler på dette kan være økt satsing på sunt kosthold og fysisk aktivitet i skolen. I sekundær og tertiær forebygging møter man de som er i risikozonen for å utvikle overvekt og fedme, samt de som allerede har utviklet dette. Eksempler på sekundær og tertiær forebygging kan være BMI-screening og ulike typer veiledning. Samtidig er BMI-screening en metode som både retter seg mot grupper og mot enkeltpersoner, og kan på denne måten benyttes som metode i alle de ulike nivåene av det forebyggende arbeidet. Individuelle planer med målrettede tiltak kombinert med god foreldrekontakt er metoder man kan benytte i sekundær og tertiær forebygging. Målet her er å stanse utviklingen eller å hindre tilbakefall.

### ***5.2.1 Følgene av overvekt og fedme***

Overvekt og fedme kan få mange ulike helsemessige og sosiale konsekvenser. Man ser at hjerte- og karsykdommer, diabetes og kreft kan være følger. Dårlig sosial fungering, dårlige skoleprestasjoner, stigmatisering, mobbing, dårlig selvtillit og redusert livskvalitet er også mulige følger overvekt og fedme kan få. I følge tall fra Helsedirektoratet (2011b) kan 8 av 10 hjerteinfarkt og 9 av 10 tilfeller av type 2-diabetes forebygges ved hjelp av endringer i kosthold og fysisk aktivitet. Å arbeide med kosthold og fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene kan dermed ha en positiv effekt på helse i voksen alder.

Øen (2012) understreker nødvendigheten av å kunne forebygge før problemet oppstår. Hun sier at forskning viser at barn som utvikler fedme ikke vokser det av seg. Derfor mener hun det er viktig at overvekt og fedme blir behandlet før ungdomstiden. Hun sier også at det er viktig at arbeidet kommer i gang før barnet kommer over i fedmekategorien. Dette støttes av Øverby, Klungland, Torstveit og Høigaard (2011) som sier at det er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man har blitt overvektig, og at man derfor må satse på forebyggende tiltak relatert til overvekt hos barn. Mange av sykepleierne mente at barna kom til å vokse av seg fedme og ikke forbli overvektige i ungdoms- og voksenliv. I en av undersøkelsene mente hele 89 % av de spurte sykepleierne at barna kom til å vokse dette av seg. Samtidig mente mange av sykepleierne at fedme hos barn var mer utbredt nå enn tidligere, samt at forebyggende arbeid i forhold til fedme var et sentralt område for helsepersonell (Nauta et al. 2009).

### ***5.2.2 Samarbeid med foreldrene***

I vår studie fant vi at sykepleierne mente overvekt og fedme var vanskelige og sensitive temaer å ta opp, og mange sykepleiere vegret seg for å snakke om dette med barnet og foreldrene. Våre funn fortalte oss at foreldrene har en sentral rolle i det forebyggende arbeidet, siden foreldrene i stor grad kan påvirke livsstilen til barnet, både med tanke på kosthold og fysisk aktivitet. Samtidig så vi at mange sykepleiere mente at foreldrene kunne være til hinder for et godt samarbeid i forhold til forebygging og behandling av overvekt og fedme (Kubik et al; 2007; Spivack et al. 2009; Boyle et al. 2009; Söderlund et al. 2008; Edvardsson et al. 2009).

#### ***Brukeren - ikke bare barnet***

I følge Øen (2012) må hele familien involveres når et barn er overvektig eller har fedme. Brukerne blir da ikke bare barnet selv, men også familien, og spesielt foreldrene til barnet. På bakgrunn av dette blir det dermed foreldre som må ta ansvar for behandlingen av barnet. Hun understreker at selv om foreldrene er brukeren, skal barnet ha innflytelse og ha mulighet for å delta i avgjørelser som gjelder behandlingen. Dette understrekes igjen av Limbers, Turner og Varni (2008) som sier at foreldrene spiller en avgjørende rolle med tanke på barnets forhold til ernæring og fysisk aktivitet. Tiltak som inkluderer både foreldrene og barnet har større suksess enn de tiltakene som kun inkluderer barnet.

#### ***Empowerment - fokus på brukeren***

I følge Helsedirektoratet (2010a) står tanken om empowerment sentralt i det norske folkehelsearbeidet. Her er fokuset på brukeren, og målet er å mobilisere ressurser for å kunne gjenvinne kontroll for igjen å kunne mestre utfordringer. I arbeidet med barn og unge kan dette være en ekstra utfordring, da man i tillegg til brukeren har sterk involvering av foreldrene. Man ønsker å bygge opp barnet og foreldrenes mestringsevne, slik at de kan møte utfordringene på en best mulig måte. I vår studie så vi at sykepleier svært sjelden tar kontakt med foreldrene dersom man er bekymret for barnets vekt. I tillegg så vi at sykepleierne svært sjelden tok kontakt med foreldrene dersom barnet var overvektig (Kubik et al. 2007). Dette støttes av Nauta et al (2009) som sier at sykepleierne mente man måtte jobbe sammen med foreldrene for å kunne møte fedmeproblematikken på en god måte. I en studie (Boyle et al 2009) svarte omtrent alle av de spurte at motstand fra foreldrene var en barriere for å kunne arbeide forebyggende med fedmeproblematikken. Sykepleier hadde i følge våre funn, en krevende utfordring i å opprette tillit til foreldrene, i

tillegg til å arbeide forebyggende og behandlende (Kubik et al. 2007; Edvardsson et al. 2009). Når foreldrene blir involvert i prosessen er barnet ofte enten i risikozonen for fedme, eller det har allerede oppstått et fedmeproblem. Man kan da jobbe sekundær- og tertiærforebyggende, det vil si at problemet allerede er oppstått, og man ønsker å sette inn tiltak for å endre dette.

### ***Skolen - en arena for samarbeid***

Skolen er en arena der helsepersonell kan komme i kontakt med foreldrene til barna som har problemer, eller som står i fare for å få problemer. Mye av den primære forebyggingen kan rettes mot skolebarn og foreldrene deres. Barna tilbringer store deler av dagen sin på skolen, og det er derfor naturlig å se på skolen som en sentral arena for å etablere gode kost- og ernæringsvaner, samt sikre sunne måltider og daglig fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2004).

Helsesøster og/eller sykepleier deltar ofte på foreldremøter, og da kan overvekt, fedme og tiltak rettet mot dette være temaer som tas opp. Foreldremøter kan være en inngangsport for å komme i kontakt med foreldrene som trenger hjelp og veiledning. Helsesøster og/eller sykepleier kan også komme i direkte kontakt med barna, for eksempel gjennom treff- tider på skolen og gjennom helsestasjon for ungdom. Gjennom denne type kontakt kan man lettere drive individuell tilpasset forebygging, og samtidig kunne legge tilrette for et godt tverrfaglig samarbeid med ulike aktører som for eksempel kontaktlærere, kroppsøvlingslærere, pedagogisk psykologisk tjeneste, klinisk ernæringsfysiolog og fastlege. Barnevern kan også være en samarbeidspartner i forhold til foreldreveiledning, i tillegg til at disse også foretar en vurdering av omsorgssituasjonen (Helsedirektoratet 2010b).

Aktuelle temaer man kan ta opp med foreldrene og barnet kan være knyttet til fysisk aktivitet og kosthold. Eksempel på temaer i forhold til fysisk aktivitet kan være hvilken type aktivitet barnet liker, hvor mye tid er barnet fysisk aktiv kontra stillesittende aktivitet, og om familien driver med felles aktiviteter. Temaer i forhold til kosthold kan være matvalg i familien, hva spiser man til kos, hvilke type drikke benyttes, familiens måltidsrytme og om mat benyttes som belønning eller trøst.

### ***5.2.3 Forebygging på ulike nivå – en del av en livsstilsendring***

Gjennom det forebyggende arbeidet ønsker man å endre atferden, det vil si endre vanene som fører til overvekt og fedme. Man ønsker å etablere sunne vaner som bidrar til optimal vekst og utvikling både i oppveksten, men også senere i livet. Aron Antonovskys teori om salutogese sier noe om hva som må til for å oppnå god helse, og han definerer pasientens grunnleggende holdninger som Sence Of Coherence (omtalt som SOC). For å kunne endre en atferd er man avhengig av at brukeren, i vårt tilfelle barnet og foreldrene, mener at atferdsendring er begripelig, at endringen er overkommelig og at man mestrer situasjonen. Det kan da være hensiktsmessig å tenke forebygging på ulike nivå, både primær, sekundær og tertiær (Aarø 2004).

#### ***Forebygging uten å stigmatisere***

Dersom man arbeider primært, for eksempel opp mot en bestemt aldersgruppe, kan man påvirke uten å stigmatisere noen. Helsedirektoratets retningslinjer for primærhelsetjenesten (2010) sier at mange overvektige barn og unge opplever stigmatisering fra omgivelsene, og følgene av dette kan få psykologiske, sosiale og helserelaterte konsekvenser for den enkelte. Barn og unge er i en spesielt sårbar fase i livet der fellesskap og det å være likest mulig alle andre er viktige verdier. Å innføre ulike felles programmer kan være en måte å unngå denne stigmatiseringen. Eksempel på dette kan være felles undervisning og kurs i aktuelle tema tilpasset de ulike klassetrinnene.

I praksis har vi sett at skolene nå har begynt med frukt- og grøntordninger der man sikrer at alle elevene får frukt og/eller grønnsaker hver dag. Vi har også sett at enkelte skoler og barnehager innfører et varmt måltid per uke der sunn mat er i fokus. Skolene har nasjonale retningslinjer for hvordan skolemåltidene skal organiseres. Dette innebærer at alle skal ha avsatt minimum 20 minutter til matpause, barna i 1. til 4. klasse skal ha tilsyn under måltidet, og det skal tilbys lettmelk, ekstra lett melk eller skummet melk til elevene og elevene skal ha tilgang på drikkevann. I følge Helsedirektoratet (2011b) abonnerer 60 % av alle skoleelevene på skolemelk, og av disse drikker 70 % lettmelk, 16 % ekstra lett melk og 0,4 % skummet melk. Det er kun 1,2 % av elevene som drikker helmelk. De nasjonale retningslinjene (2010b) sier videre at kantine på skolene ikke bør tilby brus, salt, potetgull, snacks, kaker, vafler og lignende. De bør heller ha et tilbud som inneholder grove brødprodukter med variert pålegg samt frukt og grønnsaker. I forhold til fysisk aktivitet deltar mange skoler på trivselsleder- prosjekter der enkeltelever får kurs og ansvar

for å dra i gang fysisk aktivitet i friminuttene. Erfaringsmessig har vi nå sett at mange skoler har uteskole en dag per uke. Gjennom slike tiltak kan man lettere sikre at barn oppnår de daglige 60 minuttene med fysisk aktivitet som de nasjonale helsemyndighetene anbefaler (Helsedirektoratet 2010b).

### ***Motiverende intervju- en metode for barn i risikozonen***

I sekundær forebygging går man inn når barnet er i risikozonen. Deler av disse tiltakene kan også brukes når problemet allerede er oppstått, altså i tertiær forebygging. Da er ofte kombinert med tiltak fra andre instanser i helsesektoren, eksempelvis medisinsk oppfølging fra lege. Det er mange ulike måter å gjøre dette på, men i våre funn ser vi at motiverende intervju som metode blir mye omtalt i nyere forskning (Söderlund et al. 2008; Söderlund et al. 2010). Denne metoden innebærer at man gjennom brukerens egen motivasjon motiverer til endring. De fire hovedområdene for metoden er: Å uttrykke empati, reflektere over avvik mellom egne mål og atferd, flyte i motgang og effekt av å tro på eget endringspotensiale. Metoden er rettet mot brukeren, og brukeren blir utfordret til å utforske sin ambivalens mot endring. Våre funn fortalte oss at kunnskap om motiverende intervju som metode i stor grad har positiv effekt på sykepleiers arbeid, og er en effektiv metode som kan anvendes i det forebyggende arbeidet (Söderlund et al. 2008; Söderlund et al. 2010).

Våre funn viser at motiverende intervju som metode ble sett på som en effektiv måte å ta opp sensitive tema på, og at metoden er nyttig der foreldrene er villige og motiverte til å samarbeide om endring av atferd. Videre sier våre funn at dette er sentralt for å kunne lykkes med en endringsprosess. Øen (2012) omtaler også motiverende intervju, og sier at dette kan være viktig for avklaring og bearbeiding av motivasjon. Dette legger grunnlag for å kunne følge opp motiverende faktorer i behandlingen. I en studie gjort av Borup og Holstein (2010), som omhandler barns respons til en samtale med helsesøster, ser vi at over halvparten som hadde gjennomført en samtale med helsesøster, snakket med foreldrene sine i etterkant. I tillegg fulgte over halvparten av barna rådene de fikk av helsesøster. Dette kan bety at kontakt med helsepersonell har en positiv effekt på livsstilen til barna. I følge Limbers et al. (2008) er det nødvendig å se på fedme som en kronisk tilstand, der kontinuerlig og langvarig oppfølging er nødvendig for å lykkes med en varig livsstilsendring.

Gjennom metoden motiverende intervju kan sykepleier benytte åpne spørsmål til barna og foreldrene til å nærme seg ønsket målsetting, eksempelvis ”Hva er fordelene med å gå ned i vekt?” og ”Hva ønsker du å oppnå med å gå ned i vekt?” Gjennom at helsesøster lytter aktivt og bruker empati, kan man hjelpe brukeren gjennom prosessen med å endre livsstil. Dersom barnet og foreldrene ønsker råd kan helsesøster gi dette. Målene og tiltakene bør da utarbeides ut fra hvert enkelt individs ståsted. Etter hvert som man ser at målene nås og tiltakene lykkes, kan man videreutvikle mål og tiltak ut fra nye behov. Eksempelvis kan man i første omgang råde barna og foreldrene til å gå eller sykle til skolen. Dersom dette oppleves positivt, kan man etter hvert oppmuntre barna til å delta i fysisk aktivitet utenom skoletiden. Gjennom å tenke individuell tilpassing, kan man lettere oppnå at barnet og foreldrene føler mestring. En slik følelse av mestring kan igjen motivere til videre endring (Helsedirektoratet 2010b).

### ***Sykepleiers og helsesøsters rolle***

I norske skoler har alle barn tilbud om samtale med helsesøster eller sykepleier gjennom skolehelsetjenesten. Helsesøster eller sykepleier bør være et lavterskeltilbud som barna ikke skal være redde for å ta kontakt med. Ved å være synlig i skolehverdagen, for eksempel gjennom primærforebyggende tiltak, kan barna oppleve at det er lettere å ta kontakt. Gjennom ulike måter for kontakt med barna, kan helsesøster eller sykepleier opparbeide tillit til barna, og denne tilliten kan være avgjørende for om barna våger å ta opp temaer som kropp og vekt. Som nevnt tidligere i oppgaven er overvekt og fedme sensitive temaer for helsesøster eller sykepleier, men det kan også oppleves som vanskelige områder for barna (Helsedirektoratet 2010b).

### ***5.2.4 Sykepleiers oppgaver i en endringsprosess***

Mange av sykepleiere mente overvekt- og fedmeforebyggende arbeid var et sentralt felt. Samtidig så vi at få sykepleiere tilbød barna veiledning dersom de har utfordringer i forhold til kroppsvekt. Det kan være ulike grunner til dette, men vi har sett at både barrierer i forhold til foreldresamarbeid og sykepleiers mangel på kunnskap kan ligge til grunn for at få barn og foreldre ikke får den oppfølgingen de trenger. For å kunne gå inn i en endringsprosess, kan det være nyttig å ha et verktøy som kan lede sykepleier gjennom de ulike fasene i prosessen, eksempelvis Prochaskas og DiClements endringshjul (Idunn 2006). Den deler de ulike delene av prosessen inn i seks ulike faser.



### ***Motivasjon til en endringsprosess***

I den første fasen, føroverveielsesfasen er mottakeren lite motivert for endring. I vår studie fant vi at foreldre kunne være en barriere for endring, samt at foreldre av overvektige barn var mindre motiverte til endring enn foreldre til barn som allerede hadde utviklet fedme. Foreldre som ikke var motivert for endring kunne være til hinder for endringsarbeidet. Sykepleiers oppgaver i forhold til forebyggende arbeid er lovfestet gjennom Helse- og Omsorgstjenesteloven § 3-3 (Lovdata 2011), og sykepleiere trenger ulik kunnskap for å kunne møte disse krevende situasjonene. Både kunnskap om selve problematikken, men kanskje like viktig om hvordan kommunisere med de involverte partene kan være sentrale momenter i arbeidet. Situasjoner der foreldrene ikke er motiverte til å endre levesettet til barnets beste kan være krevende, og våre funn viste at mange sykepleiere vegret seg for å gripe inn.

### ***Vise støtte og oppmuntre barnet***

I andre fase av en endringsprosess møter vi brukere som vurderer endring. Brukerne kan være ambivalente i forhold til denne prosessen. Problemet er da svært synlig, og mulighetene for helseplager relatert til fedme er større enn dersom barnet bare er overvektig. Sykepleiers rolle i denne fasen er å støtte og oppmuntre, men ikke overtale. I funnene våre så vi at sykepleier ofte nærmet seg dette sensitive temaet på en forsiktig måte, gjerne tilpasset hver enkelt bruker, og da menes både barn og foreldre (Kubik et al. 2007; Edvardsson et al. 2009; Boyle et al. 2009). Dette er en metode som sykepleier kan benytte i den neste fasen, overveielsesfasen. Brukertilpasset tilnærming kan føre til et videre positivt samarbeid med barn og foreldre. Som nevnt tidligere vegrer mange seg for å ta opp fedme med bruker og familie, og funn i vår studie viste at sykepleiere snakket generelt om temaet i stedet for å ta opp den konkrete utfordringen. I tillegg var sykepleiere bevisst over hvordan de snakket til bruker og foreldre, samt hvordan de omtalte fedme.

### ***Pasientens egen motivasjon til endring***

I den tredje fasen, forberedelsesfasen er brukeren motivert til endring, og brukeren gjør små endringsforsøk på sin atferd. Sykepleiers rolle her er å veilede til valg av egnede metoder. I våre funn så vi at sykepleier hadde mange forslag til metoder og innhold, men samtidig så vi at mange av disse tiltakene sjelden eller aldri ble gjennomførte. Eksempel på metode kan være måling av BMI. I vår studie fant vi at mange av sykepleierne hadde en

positiv holdning til dette. Mange mente at denne metoden kunne føre til økt bevissthet rundt overvekt- og fedmeproblematikken, samt fungere som en positivt forebyggende metode. Samtidig så vi også at svært mange av sykepleierne ikke målte BMI hos barn og unge. Grunnene til dette kan være mange, men i vår studie så vi at både mangel på kunnskap og negative reaksjoner fra foreldre kunne være hindringer (Hendershot et al. 2008; Kubik et al. 2007).

### ***Når endringene blir gjennomført***

I den fjerde fasen, handlingsfasen, settes endringene til verks. Forarbeidet som har blitt gjort i de foregående fasene ligger til grunn. Nå blir endringene synlig for andre og vanskeligheter som oppstår må takles. Eksempel på endring kan være økt fysisk aktivitet og et forbedret kosthold. Etter hvert som handlingene blir mer og mer innarbeidet, kommer brukeren over i den femte fasen, vedlikeholdsfasen. Her er sykepleiers rolle å tilby adekvat informasjon, samt gjøre brukeren klar over hva han/hun faktisk mestrer. Informasjon kan bli gitt på ulikt vis, for eksempel gjennom skriftlig materiell og muntlig konsultasjon, eller en kombinasjon av disse. I vår studie fant vi at sykepleierne mente at det var positivt å dele ut skriftlig materiell til foreldre og barn. Dette materialet burde primært inneholde informasjon om ernæring og fysisk aktivitet. Samtidig så vi at få sykepleiere gjennomførte dette i praksis. I vår praksis har vi erfart at pasienter som får støtte og bekreftelse vil kunne bli ytterligere motivert til videre arbeid. Dette er erfaringer vi kan overføre til forebyggende arbeid med barn/unge og deres foreldre. Dersom de får positiv bekreftelse på at det de gjør er bra, kan dette føre til vedlikehold eller ytterligere forbedring. Den sjette og siste fasen kalles tilbakefallsfasen. Tilbakefall kan skje, og sykepleiers oppgave blir da å vise forståelse for dette, og se på det som en del av læringsprosessen (Helsedirektoratet 2009). I praksis har vi møtt pasienter som har forsøkt og endret sine vaner, og vi har også sett og hørt om tilbakefall. For noen kan disse tilbakefallene virke demotiverende, og man kan miste troen på at man klarer å gjennomføre endring. Dersom man har en fagperson som kan støtte opp og fortsatt motivere til endring, kan dette føre til at brukeren fortsetter endringsprosessen til tross for tilbakefall.

### ***Endring og salutogenese***

Ved å bruke denne type modell i arbeid med atferdsendring støtter man opp om Aron Antonovskys teori om salutogenese. Ved hele tiden å fokusere på brukeren og dens motivasjon, kan man oppnå en sterk SOC. I en endringsprosess går man gjennom de ulike

fasene, og kan igjen forsterke håpet man har om endring, kartlegge egne ressurser og bli motivert til å bruke disse i endringsprosessen. Sykepleiers rolle i en endringsprosess støttes også av Antonovskys teori, som understreker viktigheten av å ha støttende relasjoner rundt seg. Sykepleier kan være en del av en slik støttende relasjon. Vi så likevel at sykepleier kunne oppleves som en ekspert, og at forholdet mellom bruker og sykepleier kunne bli ujevnt, og dermed ikke legge grunnlag for en positiv endringsprosess. Øen (2012) omtaler brukermedvirkning, og sier at det må til en holdningsendring blant helsepersonell der makten forskyves fra eksperten til brukeren. Brukeren går da fra å være en mottaker til å være en som aktivt utformer tilbudet. I praksis har vi møtt pasienter som har opplevd relasjonen til sykepleier negativ, og dette førte til at behandlingen opplevdes negativ. Antonovsky sier også at en persons evne til å mestre stressende og krevende situasjoner er avhengig av både personlige og kollektive mestringsressurser. Dette kan bety at i tillegg til egne ressurser, er brukeren også avhengig av å ha et godt støtteapparat rundt seg. Dette kan være familie og venner, men sykepleier kan også være en del av disse kollektive mestringsressursene. Dersom man opplever å ha disse ressursene tilstede, oppnår man ifølge Antonovsky en bedre SOC, og dermed bedre helse. Øen (2012) understreker også disse kollektive mestringsressursene, og sier at det er nyttig å utforske familiens motivasjon for endring, og starte der.

### **5.2.5 Måling og veiing av barn**

I Norge har screeningmetoder som BMI-måling vært borte fra skolehelsetjenesten i noen år, men vi ser nå at skolehelsetjenestene igjen gjennomfører måling og veiing av barn på ulike klassetrinn, dersom foreldrene samtykker til dette. Skolehelsetjenesten skal i følge lovverket forebygge sykdom gjennom endring av helseatferd i risikogrupper (Lovdata 2011), og en måte å kunne møte dette kravet på kan være innføring av frivilling BMI-måling i skolen. Måling av BMI er en metode som kan benyttes på alle nivå i det forebyggende arbeidet. Resultat fra målingene kan gi en oversikt over den generelle vekttilstanden i en gitt gruppe av befolkningen både lokalt og nasjonalt, men samtidig kan den være et utgangspunkt for sekundære og tertiære tiltak. Ved å fange opp vekstavvik kan man tidligere sette i verk tiltak (Helsedirektoratet 2010b).

I følge våre funn kunne måling av vekt og høyde være til hjelp for sykepleier i samtale med foreldrene og barnet. Ved å bruke vekt- og høydekurver, vil eventuell overvekt eller

fedme bli synlig, og dette kan igjen være en motivasjonsfaktor for endring (Hendershot et al. 2008; Kubik et al. 2007) Samtidig ser vi i en studie gjennomført av Thunfors, Collins og Hanlon (2009) at måling av BMI kun oppmuntret til vektnedgang og ikke i endring av livsstil. I Norge pågår det en stor diskusjon om denne type screening- metoder er positivt for de barna som er overvektige og har fedme. Helsedirektoratet (2010) viser til en undersøkelse som sier at overvektige barn ble sett på som uattraktive venner, mange forbandt det å være overvektig med dårlig sosial fungering, dårlige skoleprestasjoner, dårligere helse, usunt kosthold og dårlig fysisk form. Måling av barns BMI vil forsterke fokuset på kropp, vekt og utseende, og dette kan trolig få negative konsekvenser, for eksempel angst og ulike spiseforstyrrelser. Barna kan også oppleve erting og mobbing av medelever og andre personer. Dette kan føre til dårlig livskvalitet for barnet det gjelder. Sykepleier har som oppgave å tenke helhetlig pleie og omsorg, og i forhold til BMI-måling som metode, kan sykepleier også velge å ha et fokus på at barnet skal bedre kroppsbildet og selvfølelsen sin. BMI-måling kan da brukes som en del av et helhetlig opplegg i forhold til å oppnå vektreduksjon, og ikke som en metode som står alene.

### ***5.2.6 Sykepleiers behov for kunnskap***

Flere av våre funn sier at sykepleiers mangel på relevant kunnskap er et hinder for å kunne drive med forebyggende arbeid. I en av studiene deltok sykepleierne i et kurs som skulle heve deres kompetanse. Resultatene i denne studien tilsa at opplæring i forhold til temaet førte til økt kunnskap og økt handlingskompetanse (Gance-Cleveland 2009). Resultatet i en annen studie fortalte oss at sykepleier sjelden eller aldri gjennomførte fedmeforebyggende tiltak rettet mot målgruppen. Samtidig mener mange at forebyggende arbeidet er et sentralt område for sykepleierne (Boyle et al 2009). Dette støttes av Øen (2012) som sier at det er et økt behov for kunnskapsheving i sektoren. Videre sier hun at sykepleiere har et fokus på konsekvenser og komplikasjoner av fedme, ikke på selve problemet fedme. Mangelen på denne type kunnskap har nå blitt møtt med videreutdanning innen feltet overvekt og fedme på flere høgskoler i Norge. Tidligere har hjelpen til disse brukerne i følge Øen (2012) vært av tilfeldig karakter, avhengig av sykepleiers kunnskap, interesse og tilgjengelig ressurser.

### ***Kunnskapsheving i Norge***

I følge Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av fedme og overvekt hos barn, er det behov for økt satsing på kompetanseheving i det forebyggende arbeidet. Målet er at

denne behandlingen skal bli individualisert og målrettet. I Helsedirektoratets retningslinjer (2010b) skisseres det ulike tema der helsetjenesten skal sette i verk tiltak. Tiltakene deles inn i tiltak på individnivå, og tiltak som er strukturelt forebyggende. Eksempler på dette er tiltak rettet mot skoler, da denne arenaen har en sentral rolle i å bidra til gode og sunne levevaner. I vår studie så vi at sykepleiere opplevde at de manglet kunnskap på sentrale områder, eksempelvis ulike behandlingsstrategier og behandlingsferdigheter. Dette førte igjen til at mange mener de ikke kan tilby god behandling. I en av våre artikler (Söderlund et al 2008) fikk sykepleierne kurs i metoden motiverende intervju, og erfaringene fra dette sa at med økt kunnskap vil tilbudet til brukerne endre seg til det positive. Ferdighetene til sykepleierne økte dersom de fikk økt kunnskap gjennom for eksempel kurs i forebyggende arbeidsmetoder.

### ***Kunnskap om konkrete tiltak***

Områder for økt kompetanse kan være i forhold til sentrale tema som ernæring og fysisk aktivitet, samt kunnskap om BMI og måling av dette. Disse punktene blir også understreket av Øen (2012). Hun sier at ernæring og kosthold har stor betydning for all behandling av overvekt og fedme. Mat er lett tilgjengelig, og kombinasjonen mellom lite fysisk aktivitet og høyt inntak av mat vil på sikt føre til overvekt og fedme. I en av artiklene (Kubik et al 2007) ble det spurt hvor ofte sykepleierne undersøkte kostholdshistorikken til barnet. Dette tallet var høyt, men etter gjennomført kurs om blant annet ernæring, ville enda flere gjøre dette. I en annen undersøkelse (Nauta et al. 2009) kom det frem at sykepleierne mente økt kaloriinntak var en av grunnene til overvekt og fedme. Dersom sykepleiere har en rutine på å undersøke barns kostholdshistorie, kan man lettere avdekke hva i kosten som er med på å forårsake overvekt og fedme. Da må sykepleier ha en god teoretisk kunnskap om hvordan et kosthold skal settes sammen for å få en god forebyggende effekt (Nauta et al. 2009; Kubik et al. 2007).

### ***Fysisk aktivitet som et forebyggende tiltak***

Fysisk aktivitet er også et sentralt fokusområde i det forebyggende arbeidet hos sykepleierne. Våre funn viste at sykepleiere stort sett var klare over sammenhengen mellom overvekt og fedme og mangel på fysisk aktivitet. Likevel sa resultatene at sykepleiere i liten grad underviste barna om temaet. Økt kunnskap både om anbefalt aktivitet per dag, samt forslag på aktiviteter barna og foreldrene kan gjøre, kan være gode tiltak for å forebygge både primært og sekundært. Øen (2012) sier at dersom man er fysisk

aktiv som barn, vil det være mer sannsynlig at man er fysisk aktiv som voksen, da identitetsutviklingen er sterk i barne- og ungdomsårene. Dersom man forebygger overvekt og fedme med tiltak rettet mot ernæring og fysisk aktivitet, er faren for å utvikle helsekonsekvenser relatert til overvekt og fedme mindre. Sykepleiers kunnskap kan ses på som et bidrag til det Antonovsky kaller en brukers kollektive ressurser. Disse kollektive ressursene har betydning på hvordan brukeren mestrer nye krevende situasjoner, noe som en atferdsendring i forbindelse med overvekt og fedme kan være. Dersom man har et godt støtteapparat som innehar relevante brukertilpasset kunnskap, kan man hjelpe brukeren til høyere grad av SOC. Dette kan igjen føre til at man finner egne ressurser og evner til å utnytte disse. I tillegg vil barnets levevaner prege graden av SOC. Dersom utgangspunktet for veiledning blir barnet og foreldrenes endringspotensiale, kan forbedring på disse områdene føre til endring av atferd. Dette kan igjen føre til god helse, og dermed utvikling av en sterk SOC. Både forskning og retningslinjer fra myndighetene peker på nødvendigheten av tidlig intervensjon for å kunne legge grunnlaget for varig sunn livsstil med gode vaner for kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2010b).

## 6.0 Konklusjon

Resultatene i denne litteraturstudien viser at sykepleier kan iverksette en rekke forebyggende tiltak i arbeidet med overvekt og fedme hos barn. Likevel ser vi at dette arbeidet preges av mangel på kunnskap i forhold til flere sentrale områder. Spesielt ser vi at samarbeidet med foreldrene er et område som sykepleierne finner både krevende og utfordrende, samtidig som at det er et område der det er behov for økt kunnskap og handlingskompetanse. I tillegg ser vi at mange av barrierene med overvekt og fedmeproblematikk er relatert til dårlig foreldresamarbeid. Våre funn indikerer også at sykepleierne mener det er viktig å arbeide i forhold til kosthold, ernæring og fysisk aktivitet, men at sykepleierne mangler både kunnskap og handlingskompetanse også på disse områdene. Vi ser også at sykepleierne anvender BMI-måling som en forebyggende metode i arbeidet med overvekt og fedme hos barn. Det viser seg at sykepleierne behersker dette i større grad, da dette er et mer konkret redskap, og at det er et konkret virkemiddel i forhold til foreldresamarbeid.

Overvekt og fedme hos barn er et økende samfunnsproblem, og det er viktig at det satses på forebyggende tiltak. Nyere forskning viser at sykepleiere trenger økt kunnskap og handlingskompetanse, både i forhold til atferdsendrings- og screeningmetoder, kosthold og fysisk aktivitet, men også i forhold til foreldresamarbeid. Våre funn viser at satsing på disse områdene kan gi avkastning i praksis. I Norge ser vi at det er økt fokus fra myndighetene i form av ulike retningslinjer og veiledere. Likevel er det nødvendig med økt fokus og økt kunnskap for å bedre kunne møte denne utfordringen.

## Litteraturliste

- Aarø, Leif Edvard. 2004. Om å påvirke elevenes helseatferd. I *Håndbok for skolehelsetjenesten 1.- 10. klasse*. Oslo: Kommuneforlaget Barland, Bjørn og Jan Ove Tangen. 2009.
- Borup, Ina K og Bjørn E Holstein. 2010. Overweight children's response to an annual health dialogue with the school nurse. *International Journal of Nursing Practice* 16: 359 – 365.
- Boyle, Maria, Sally Lawrence, Liz Schwarte, Sarah Samuels og William J. McCarthy. 2009. Health Care Providers' Perceived Role in Changing Environments to Promote Healthy Eating and Physical Activity: Baseline Findings From Health Care Providers Participating in the Healthy Eating, Active Communities Program. *Pediatrics* 123(5): 293-300.
- Dalton, Sharron. 2004. *Our overweight children what parents, schools, and communities can do to control the fatness epidemic*. California: University of California Press.
- Database for statistikk om høgre utdanning. 2012. *Tema: kvalitetssikring av tidsskrift*, <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (brukt i hele perioden)
- Edvardsson, Kristina, David Edvardsson og Åsa Hörnsten. 2009. Raising issues about children's overweight – maternal and child health nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing* 65(12): 2542-2551.
- Espenes, Geir Arild og Geir Smelund. 2009. Helsepsykologi i sykdomsforebyggende arbeid. I *artikkelsamling, sykepleieutdanningen 3.studieår, del 3*. Høyskolen i Molde: Avdeling for helse- og sosialfag.
- Evans, Davis. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advances Nursing*.20(2): 22-26.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stochholm: Natur och Kultur.
- Folkehelseinstituttet. 2011. *Tema: overvekt hos barn*, [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,4527:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:90829::1:5569:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,4527:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:90829::1:5569:1:::0:0) (lest 02.02.12)
- Gammersvik, Åse og Herdis Alvsvåg. 2009. Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning* 2: 18-29.
- Gance-Cleveland, Bonnie, Kimberly Sidora-Arcoleo, Heather Keesing, Mary Margaret Gottesman og Margaret Brady. 2009. Changes in Nurse Practitioners' Knowledge and Behaviors Following Brief Training on the Healthy Eating and Activity Together (HEAT) Guidelines. *Journal of Pediatric Health Care* 23(4): 222-230.



Helsedirektoratet. 2010a. *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. IS – 1846. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. 2004. *Fysisk aktivitet og måltider i skolen*. IS-1450. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. 2010b. *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjeneste. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. IS – 1734. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. 2011a. *Retningslinjer for skolemåltidet*. IS 0048. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. 2011b. *Utvikling i norsk kosthold 2011*. IS – 1942. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. 2009. *Å snakke om endring kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som jobber med røykeslutt*. IS 1400. Oslo: Helsedirektoratet.

Hendershot, Candace, Susan k. Telljohann, James H.Price, Joseph A.Dake og Nancy W.Mosca. 2008. Elementary School Nurses' Perceptions and Practices Regarding Body Mass Index Measurement in School Children. *The Journal of School Nursing* 24(5): 298-308.

Idunn. 2006. *Tema: Prochaska & DiClementes endringshjul*  
[http://www.idunn.no/ts/tph/2006/04/bevisstgjoringsprosesser\\_i\\_arbeid\\_med\\_rusproblemer\\_-\\_fagutvikling\\_i\\_skyggen?highlight=endringshjul#highlight](http://www.idunn.no/ts/tph/2006/04/bevisstgjoringsprosesser_i_arbeid_med_rusproblemer_-_fagutvikling_i_skyggen?highlight=endringshjul#highlight) (lest 15.11.11)

Kubik, Martha Y., Mary Story og Cynthia Davey. 2007. Obesity prevention in Schools: Current role and future practice of school nurses. *Preventive Medicine* 44: 504-507.

Kunnskapsbasert praksis. 2011. *Tema: kvalitetssikringskjema*,  
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/> (brukt hele perioden)

Limbers, Christine A, Erlanger A.Turner, James W. Varni. 2008. Promoting healthy lifestyles: Behavior modification and motivational interviewing in the treatment of childhood obesity. *Journal of clinical lipidology* 2(3): 169-178.

Lovdata. 2011. *Tema: helse og omsorgstjenesteloven*,  
<http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html> (Lest: 21.09.11)

Nauta, Colleen, Claire Byrne, Yvonne Wesley. 2009. School nurses and childhood obesity: an investigation of knowledge and practice among school nurses as they relate to childhood obesity. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 32: 16-30.

Nortvedt, M. W. , G. Jamtved, B. Graverholt og L. M. Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

- Psykisk helsearbeid. 2011. *Tema: Aron Antonovsky*,  
<http://psykiskhelsearbeid.no/helse/> (lest 04.04.12)
- Regjeringen. 2011. *Tema: samhandlingsreformen*,  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>  
 (Lest:21.09.11)
- Skolehelsetjenesten. 2009. Tema: skolehelsetjenesten.  
[http://www.stsunniva.no/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27&Itemid=19](http://www.stsunniva.no/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=19) (lest 27.04.12)
- Spivack, Jordan G., Maggie Swietlik, Evaline Alessandrini og Myles S. Faith. 2009. Primary Care Providers' Knowledge, Practices and Perceived Barriers to the Treatment and Prevention of Childhood Obesity. *Obesity* 18(7): 1341-1347.
- Söderlund. Lena Lindhe, Cecilia Nordqvist, Marianne Angbratt og Per Nilsen. 2008. Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research* 24(3): 442-449.
- Söderlund. Lena Lindhe, Janna Malmsten, Preben Bendtsen og Per Nilsen. 2010. Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare. *Health Education Journal* 69(4): 390-400.
- Summerbell CD, E Waters, L Edmunds, SAM Kelly, T Brown og KJ Campbell. 2009. Interventions for preventing obesity in children (Review). *The Cochrane Collaboration* 1: 1-79.
- Samdal, Oddrun. 2009. Trivsels- og helsefremmende arbeid i skolen. I *ernæring og kosthold: utfordringer og muligheter i ungdomsårene*, red. K.I. Klepp, L.E. Aarø. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thunfors, Peter, Bradley N. Collins og Alexandra L. Hanlon. 2009. Health behavior interests of adolescents with unhealthy diet and exercise: implications for weight management. *Health education research* 24(4): 634-645.
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Studentlitteratur.
- Øen, Gudbjørg. 2012. Overvekt hos barn og unge forstå, forebygge, behandle og fremme helse. Bergen: Fagbokforlaget.
- Øverby, Nina C, Monika Klungland Torstveit, Rune Høigaard (red). 2011. *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press.

# Vedlegg

## Vedlegg 7.1 deltakere

<b>Navn</b> Torunn Gjerdsset	<b>Navn</b> Kristin Stubø Ødegård	<b>Veileders navn</b> Lillian Bjerkeli Grøvdal
<b>Adresse</b> Møllebakken 27 7350 Buvika	<b>Adresse</b> Øygarden 6391 Tresfjord	
<b>Telefon</b> 91 77 18 43	<b>Telefon</b> 92 20 59 65	<b>Telefon</b> 71 21 42 45
<b>e-post</b> <a href="mailto:torunn_510@hotmail.com">torunn_510@hotmail.com</a>	<b>e-post</b> <a href="mailto:kristin.h.odegard@himolde.no">kristin.h.odegard@himolde.no</a>	<b>e-post</b> <a href="mailto:lillian.b.grovdal@himolde.no">lillian.b.grovdal@himolde.no</a>

## Vedlegg 7.2 tidsskjema

	<b>Seneste dato</b>	<b>Gjennomført</b>
Start på arbeidet	29.08.11	29.08.11
Ide/Prosjektskisse (husk obligatorisk veiledning!)	23.09.11 Veiledning 21.09.11 kl 10.30	23.09.11 Veiledning 21.09.11 kl 10.30
Bakgrunn/litteratur og metodebeskrivelse klart for fremlegg på litteratur- og metodeseminar	23.09.11	12.10.11
Detaljert metodebeskrivelse for datainnsamling (søkestrategi og analyse)	25.11.11	25.11.11
Datasamling klar	16.12.11	16.12.11
Databearbeiding/resultat klar	27.03.12	26.03.12
Diskusjon klar	01.04.12	29.03.12
Første utkast til Bacheloroppgave klar (husk obligatorisk veiledning!)	27.04.12	27.04.12
Innlevering av Bacheloroppgave	07.05.12	01.05.12
Tidspunkt for eksaminering	06.06.12	

### Vedlegg 7.3 PIO-skjema

P(person)	I(intervension)	O(outcome)
Barn Overvekt* Fedme*	Skolehelsetjenste* Helsestasjon* Sykepleie* Forebygg* Tiltak*	Effekt
Child* Childhood Young* Kid* (not kidney) Overweigh* Obese*	Nurs* School nurs* Health care Community health service Obesity program* Prevent* Intervention*	Effect*

### Vedlegg 7.4 Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Inkluderte artikler
Child* Nurs* Overweight* Prevent*	03.10.1 1	ProQuest	199	12	0
Child* Prevent* Obesity* Nurs*	05.10.1 1	PsykInfo	12	3	0
Prevention of childhood Obesity	05.10.1 1	ScienceDirect	8298	7	0
Nurse prevention of childhood obesity	05.10.1 1	ScienceDirect	1594	9	0
Nurse childhood obesity program*	05.11.1 1	ScienceDirect	1636	12	0
overweigh* child* 2006-current nurs* prevent*	05.11.1 1	Ovid Medline	158	8	0
Child* or young Obesity* or overweight* Nurs* Prevent* or outcome	31.10.1 1	British nursing index	29	11	Elementary school nurses perceptions and practices regarding body mass index

Child* Nurs* Obesity*	31.10.1 1	British nursing index	25	20	Applying motivational interviewing in counseling obese and overweight children and parents in Swedish child health care
Child* Nurs* Obesity*	31.10.1 1	British Nursing Index and Archive	25	3	Raising issues about children`s overweight – maternal and child health nurses `experiences
Child* Nurs* Obesity* Overweight*	03.11.1 1	Psyk info	144	43	0
child* nurs*	03.12.1 1	Psyk info	82	12	School nurses and child hood obesity: an investigation of knowledge and

obesity* overweight*					practice among school nurses as they relate to childhood obesity
Weight management Nurs*	12.12.1 1	British Nursing Index and Archive	33	5	Management of obesity in primary care: nurses 'practices. Beliefs and attitudes
Motivational interview* obese*	24.01.1 2	British nursing index	104	1	Applying motivational interviewing to counseling overweight and obese children
Nurs* Health care* Prevent* Obesity*	20.03.1 2	British nursing index  Ovid medliner  Embase  Ovid nursing database  Psyk info	268	9	Health care providers `perceived role in changing environments to promote healthy eating and physical activity: Base line findings from health care providers participating in the healthy eating, active communities program  Obesity prevention in schools: current role and further practice of school nurses  Changes in nurse practitioners knowledge and behaviors following brief training on the Healthy Eating and Activity Together (HEAT) guidelines  Primary care providers` Knowledge, Practices, and Perceived Barriers to the Treatment and Prevention of Childhood Obesity

### Vedlegg 7.5 Oversikt over artikler

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere/fracfall	Hovedfunn	Kvalitet
Boyle, Maria, Sally Lawrence, Liz Schwarte, Sarah Samuels, William J. McCarthy 2009 USA Pediatrics	Health Care Providers' Perceived Role in Changing Enviroments to Promote Healthy Eating and Physical Activity: Baseline Findings From Health Care Providers Participating in the Healthy Eating, Active Communities Program	Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan helsepersonell jobber fedmeforebygg ende i klinisk praksis. Vurdere helsepersonells vilje til å være talsmann for fedmeforebygg ende arbeid hos barn.	Undersøkelse som baserer seg på både intervju og spørreskjema. Artikkelen er derfor både kvalitativ og kvantitativ.	248 helsearbeidere og 56 nøkkelpersoner innen helsevesenet.	Flertallet av helsepersonell diskuterte vanligvis viktigheten av fysisk aktivitet og reduisering av sukkerholdige drikker med foreldrene. Over 90 % anså hjemmemiljøet og foreldremotstand som barrierer i det forebyggende arbeidet med overvekt og fedme hos barn.	Nivå 2



<p>Brown, Ian, Chris Stride, Aikaterini Psarou, Louise Brewins og Joanne Thompson 2007 England Journal compilation</p>	<p>Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke mønstre av ulik praksis, tro og holdninger til sykepleiere ift arbeid med overvektige barn.</p>	<p>Strukturerte spørreskjema</p>	<p>564 sykepleiere og helsebesøkere i England. Svarprosent: 72, 3 %</p>	<p>Funnene indikerer at en betydelig utvikling og opplæring av sykepleiere vil bli nødvendig i arbeidet med overvekt. I tillegg viser studien at det blir gjort svært lite arbeid ift overvekt, som gir grobunn til bekymring.</p>	<p>Nivå 2</p>
<p>Edvardsson, Kristina, David Edvardsson og Åsa Hörsten 2009 Sverige Journal of advanced nursing</p>	<p>Raising issues about children's overweight – maternal and child health nurses' experiences</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive australske sykepleieres erfaringer med kommunikasjon ift overvektproblematikk med foreldre</p>	<p>Intervjubarert</p>	<p>10 sykepleiere på helsestasjon, tilfeldig utvalgte</p>	<p>Funnene ble kategorisert i 8 ulike kategorier: 1. opprette tillit og et godt forhold 2. ta opp tema på en sensitiv måte 3. bruke taktfullt språk 4. ta opp foreldrenes egen vektstatus 5. være forberedt på ulike reaksjoner fra foreldrene 6. bruke vekst-kurve som et viktig og effektivt virkemiddel 7. gi råd 8. møte forskjellige kultursyn</p>	<p>Nivå 2</p>

<p>Gance-Cleveland, Bonnie, Kimberly Sidora-Arcoleo, Heather Keesing, Mary Margaret Gottesman og Margaret Brady 2009 USA Journal of Pediatric Healthcare</p>	<p>Changes in Nurse Practitioners' Knowledge and Behaviors Following Brief Training on the Healthy Eating and Activity Together (HEAT) Guidelines</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke pre- og post-utdanningsdata om temaene kunnskap, praksisatferd og barrierer i forhold til forebygging av fedme hos unge</p>	<p>Spørreskjema med 17 spørsmål</p>	<p>35 pediatrik sykepleiere som deltok i et 4 timers kurs i HEAT-metoden. Frivillig deltakelse.</p>	<p>Funnene ble delt inn i 3 områder: Kunnskap (markerte forandringer i kunnskapsnivået), Atferd og Barrierer</p>	<p>Nivå 1</p>
<p>Hendershot, Candace, Susan K. Telljohann, James H. Price, Joseph A. Dake og Nancy W. Mosca 2008 USA The Journal of School Nursing</p>	<p>Elementary School Nurses' Perceptions and Practices Regarding Body Mass Index Measurement in School Children</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke skolesykepleieres forventninger, barrierer og fordeler med å måle BMI.</p>	<p>Spørreskjema, 5-point Likert-type skala.</p>	<p>Skolesykepleiere i USA, 6288 spurte, 2629 svarte. Svarprosent: 42%</p>	<p>Hovedfunnene indikerte at mandat for BMI måling fører til større sjanse for at BMI målingene blir utført. BMI måling og resultater påvirker skoleadministrasjonens holdninger i forhold til utarbeidelse av opplegg. Det er ulikt syn på om barnet er overvektig, spesielt mellom foreldrene og skolesykepleierne.</p>	<p>Nivå 1</p>

<p>Kubik, Y.Martha, Mary Story og Cynthia Davey 2007 USA Preventive Medicine</p>	<p>Obesity prevention in schools: current role and further practice of school nurses</p>	<p>Hensikten med studien var å finne ansvarsområde til skolesykepleiere I forhold til forebyggende arbeid med fedme, samt finne faktorer som er forbundet med skolesykepleiers støtte og tilbud I forhold til arbeidet med fedme</p>	<p>Spørreundersøkelse</p>	<p>275 skolesykepleiere Svarprosent: 80 %</p>	<p>Hovedfunnene indikerte at sykepleierne veldig sjelden gir ofte tiltak mot vektproblematikk, men gjør kun tiltak av og til.</p>	<p>Nivå 1</p>
<p>Nauta, Colleen, Claire Byrne, Yvonne Wesley 2009 USA Informa Healthcare</p>	<p>School nurses and childhood obesity: an investigation of knowledge and practice to childhood obesity</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive skolesykepleiere fra New Jersey sin kunnskap og praksis I forhold til fedme hos barn.</p>	<p>Spørreskjema</p>	<p>103 skolesykepleiere ble inkludert</p>	<p>Funnene indikerer at sykepleierne mente at dårlige spisevaner, overdrevent kaloriforbruk og stillesittende aktiviteter var sentralt i forhold til fedme hos barn.</p>	<p>Nivå 1</p>

<p>Spivack, G. Jordan, Maggie Swietlik, Evaline Alessandrini og Myles S. Faith 2009 USA Obesity</p>	<p>Primary Care Providers' knowledge, Practices and Perceived Barriers to the Treatment and Prevention of Childhood Obesity</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke pediatere og sykepleiere sin kunnskap, nåværende praksis og barrierer I det forebyggende arbeidet med overvekt hos barn</p>	<p>Spørreskjema</p>	<p>Undersøkelsen ble sendt til 192 pediatere og sykepleiere Svarprosent: 45%</p>	<p>Hovedfunnene: Barrierer: - Foreldrene er ikke motivert til å endre diett eller livsstil - Barnet er ikke motivert til å endre diett eller livsstil - Foreldrene er overvektige, så de er ikke bekymret for barnets overvekt - Familiene har ofte fast-food måltider - Familiene ser for mye TV - Familiene får ikke nok trening Kunnskap: Et av hovedfunnene i denne studien var de store sprikene i kunnskapen til pediatere og sykepleierne, og det kommer fram at økt basis kunnskap om pediatrik overvekt er nødvendig. Nåværende praksis: - Mer enn 70 % av pediatere og sykepleierne diskuterte jevnlige tema som tv, fast food osv ved «well-child-visit»</p>	<p>Nivå 1</p>
<p>Söderlund, Lindhe Lena, Cecilia Nordqvist, Marianne Angbratt</p>	<p>Applying motivational interviewing to</p>	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere</p>	<p>Intervju</p>	<p>Ti helsesenter- og skolesykepleiere ble kurset i MI for 6 måneder,</p>	<p>Hovedfunnene</p>	<p>Nivå 2</p>

og Per Nilsen 2008 Sverige Health Education Research	counselling overweight and obese children	barrierer og tilrettelegging ift å gi rådgivning til overvektige barn sammen med foreldrene.		deretter deltok de i intervju som omhandlet deres erfaringer med rådgivning til overvektige barn med MI som metode		
Söderlund L. Lena, Janna Malmsten, Preben Bendtsen og Per Nilsen 2010 Sverige Health Education Journal	Applying motivational interviewing (MI) in counseling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare	Hensikten med studien var å evaluere hvordan MI kurs påvirket sykepleiers praksis i deres arbeid med overvekt blant barn.	Sykepleiere deltok i et todagers kurs. Deretter ble spørreskjema med 25 spørsmål brukt.	89 Sykepleiere deltok i undersøkelsen, hvorav 62 svarte på spørreskjemaet. Svarprosent: 82 %	Funnene indikerer at MI kursing har en positiv effekt på sykepleiers praksis ift barns vektproblematikk. Et år etter kurset anvendte sykepleierne MI i deres rutiner i praksis, og de var veldig positive til MI som metode. De fant det også lett å anvende.	Nivå 1