



**Bacheloroppgave: SPL3903**

**Hvordan forebygge overvekt hos barn?**

Forfattere:

Jostein Follinglo

Anders Lange Moe

Dato: 07.05.12

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Seksjon sykepleie

Kull 09 HBSPLH

Vår 2012

## Sammendrag

Tittel:	Hvordan forebygge overvekt hos barn?	Dato : 07.05.12
Deltakere:	Jostein Follinglo	
	Anders Lange Moe	
Veileder:	Ingrid Landgraff Østlie	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkk elord (3-5 stk)	Fedme, Barn, Norge, Helsefremming, Helseopplysning	
Antall sider/ord: 66/13759	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja
<p><i>Introduksjon:</i> Forekomsten av overvekt og fedme er økende blant barn og unge i Europa, også i Norge. Samtidig ser vi at hverdagen er preget av en økende grad av fysisk inaktivitet. Det er krevende å behandle tilstander som overvekt og fedme, derfor må det legges stor vekt på strategier som forebygger dette blant barn og unge.</p> <p><i>Hensikt:</i> Hensikten vil være todelt: Få økt forståelse for årsaken til utvikling av overvekt og fedme, og å lære mer om hvordan overvekt og fedme kan forebygges.</p> <p><i>Metode:</i> Vi har gjennomført en ikke-empirisk litteraturstudie.</p> <p><i>Diskusjon:</i> Helsesøstere oppfatter barrierer med å ta opp vektrelaterte helsetemaer med barn og deres familier. Et holistisk menneskesyn med en tilnærming som fokuserer på fysisk, psykisk og sosial velvære. Undervisning, veiledning og bruk av mentorer kan gi barn bedre kunnskap, holdninger, mestring, oppfattet støtte og BMI. Media er en viktig faktor for å forme hvordan unge mennesker oppfatter et sunt kosthold og sunne kropper.</p>		

## Abstract

Title:	Preventing overweight in children.	Date : 07.05.12
Participants:	Jostein Follinglo	
	Anders Lange Moe	
Supervisor:	Ingrid Landgraff Østlie	
Employer:		
Keywords (3-5)	Obesity, Children, Norway, Health Promotion, Health Education	
Number of pages/words: 66/13759	Number of appendix: 1	Availability: open
<p><i>Introduction:</i> The prevalence of overweight and obesity among children and youth is increasing in Europe and also in Norway. Modern societal norms include increased sedentary behaviour. It is challenging to treat overweight and obesity, in accordance it is important to have strategies addressing children and youth to prevent overweight and obesity.</p> <p><i>Purpose:</i> The purpose of this study is two-fold: To increase our understanding of the causes of overweight and obesity, and to learn how to prevent overweight and obesity.</p> <p><i>Methods:</i> We have conducted a non-empirical research-based literature review.</p> <p><i>Discussion:</i> School nurses perceived barriers addressing weight-related health issues with children and their families. A holistic approach that focuses on physical, mental and social well-being. Teaching, supervision and mentoring can provide children with improved knowledge, attitudes, efficacy, perceived support and BMI. Media is an important factor in shaping how young people perceive a healthy diet and healthy bodies.</p>		

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
Abstract.....	3
Innledning .....	6
Introduksjon.....	6
Relasjon til seksjonens forskningsområder .....	8
Temaets sykepleiefaglige relevans .....	9
Bakgrunn .....	10
Begrepsavklaring, rettslige virkemidler og nasjonale føringer .....	10
Helse .....	10
Folkehelse og folkehelsearbeid.....	10
Helsefremmende og forebyggende helsearbeid .....	10
Overvekt og fedme.....	11
Makt og bemyndigelse .....	11
Brukermedvirkning .....	13
Stigmatisering .....	14
Holistisk menneskesyn.....	14
Salutogenese.....	14
Nasjonale føringer.....	15
Valg av perspektiv .....	17
Florence Nightingale .....	17
Dorothea Orems egenomsorgsteori .....	18
Undervisning, veiledning og bruk av mentor.....	18
Motiverende samtaler (MI) .....	20
Hvordan oppfatter barn verden .....	20
Nærmiljøet .....	22
Autonomi.....	23
Paternalisme.....	23
Tidligere forskning på temaet .....	23
Er fedmeepidemien kommet til Norge? .....	23
Helserelevante konsekvenser av fedme hos barn og ungdom .....	24
Helsedirektoratet om overvekt og fedme .....	26
Hensikt .....	27
Problemstilling: .....	27
Metode.....	28
Kunnskapsbasert praksis .....	28
Litteraturstudie .....	29
Søkeprosessen .....	30
Tabell 1, Søkehistorikk.....	30
Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	32
Analyse .....	32
Kildekritikk .....	33
Forskningsetiske overveielser .....	36
Yrkesetikk og forskningsetikk.....	36

Tankekart .....	37
Resultater .....	38
Tabell 2, Skjematisk oversikt over forskningsartikler .....	38
Barrierer.....	40
Holistisk menneskesyn.....	41
Undervisning, veiledning og bruk av mentorer .....	41
Drøfting.....	43
Makrosystemet .....	43
Eksosystemet.....	47
Mesosystemet .....	51
Mikrosystemet .....	55
Betydning for sykepleien, sykepleiere og sykepleietjenesten.....	57
Metodiske overveielser .....	59
Konklusjon .....	60
Etterord.....	61
Litteratur.....	62

Vedlegg:

Vedlegg 1 Tankekart

**Antall ord: 13759**

# Innledning

## Introduksjon

Sammenhengen mellom overvekt, sykkelighet og dødelighet har vært kjent i over 2000 år.

Hippokrates (ca 460 f.Kr. - ca 370 f.Kr.) observerte at «plutselig død» er mer vanlig hos personer som er naturlig fete enn de som er slanke (Bray 2004).

Kroppsvekten blant verdens befolkning har de siste årene økt betraktelig. Verdens helseorganisasjon (WHO) kaller dette en fedmeepidemi som ikke bare er et problem i vestlige-, men også i utviklingsland. Sammenhengen mellom fedme og kroniske sykdommer er klar. De viktigste helseproblemene i verden, er i følge WHO, relatert til fedme. Disse relaterte helseproblemene står for en økende andel av de totale helsekostnadene i industrialiserte land. Over halvparten av den norske befolkningen har et aktivitetsnivå som er lavere enn det som er anbefalt. Nyere studier viser at fedmeepidemien nå også er kommet til Skandinavia og Norge (Ulset, Undheim og Malterud 2007).

Forekomsten av overvekt og fedme er økende blant barn og unge i Europa, også i Norge. Samtidig ser vi at hverdagen er preget av en økende grad av fysisk inaktivitet. Det er mange som mener vi står ovenfor en global epidemi, og med dette følger store konsekvenser. Når en først har blitt overvektig, viser erfaring at varig vektreduksjon er vanskelig å oppnå. Det er sammensatte årsaker til befolkningens vektøkning; samfunnets strukturelle endringer og personlige preferanser har ført til endret kost og redusert fysisk aktivitet. Forhold som er psykologiske og

fysiologiske er også av betydning. Det følger en økende risiko med overvekt og fedme for sykdom i barnealder, og ikke minst i voksen alder. Det er krevende å behandle tilstander som overvekt og fedme for både helsetjenesten og pasienten. Derfor må det legges stor vekt på strategier som forebygger dette blant barn og unge. Risiko for sykdom i voksen alder reduseres ved å etablere gode levevaner tidlig i livet (Helsedirektoratet 2010).

Det at mennesker er individuelt sårbare for uønsket vektøkning, kan forklares gjennom biologisk kunnskap. Mer energitettethet og redusert hverdagsaktivitet som samfunnets strukturelle endringer har ført til, gjør det vanskelig når forutsetningene for å møte dette ikke er likt fordelt. Ofte får den overvektige skylden for sin fedme, og personen opplever stigmatisering og fordømmelse (Helsedirektoratet 2010).

Forebyggende arbeidet er ikke noe helsetjenesten står alene om. De fleste tiltak for å forebygge er ikke helsetjenestens ansvarsområde, men helsetjenesten er en viktig rådgiver og premissleverandør for sektorer som skal planlegge og iverksette tiltak som har med barn og unges helse og utvikling å gjøre (Helsedirektoratet 2010). Gjennom helsepersonellens kunnskap om ulike faktorer som påvirker helsen og befolkningsgruppers helsetilstand, kan andre samfunnsaktørers planlegging påvirke virksomheten gjennom helseperspektivet. I tillegg til foreldre, har barnehage og skolesektoren stor påvirkning og er viktige samarbeidspartnere når det gjelder aktivitet og kosthold hos barn og unge.

I vår drøfting tenker vi oss, i gjennom en massestrategi med bruk av nærmiljømodellen, å belyse hvordan man kan forebygge overvekt hos barn og ungdom. Vi ønsker å bruke sykepleieteorier fra Dorothea Orem og Florence Nightingale som en ramme for å tilnærme oss dette temaet. Metoden for å forebygge og fremme helse i hele befolkningen mener vi blant annet vil være pedagogiske virkemidler gjennom undervisning og veiledning. Å styrke målgruppens empowerment kan være en annen metode. Vi planlegger i oppgaven å belyse rettslige virkemidler som må tas hensyn til og som gir aktuelle nasjonale føringer for å bedre folkehelsen.

## **Relasjon til seksjonens forskningsområder**

Vi ønsker å skrive om forebyggende og helsefremmende arbeid for å se hvordan vi på denne måten kan bedre folkehelsen. Myndighetene har i gjennom samhandlingsreformen fokusert på folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon, noe som i økende grad vil legge føringer for kommunene og prege hverdagen til helsearbeiderne og innbyggerne i lokalsamfunnet.

Forebyggende og helsefremmende arbeid som tema velger vi å plassere i forhold til seksjonens forskningsområde *kvalitet i sykepleie*. Kvalitet i sykepleie har to fokusområder, *pasienters behov og sikkerhet* og *personalets funksjon og sikkerhet*. Fokusområdet *pasienters behov og sikkerhet* handler om utvikling av kunnskap om forhold knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasienten, pårørende, og andre grupper i helsetjenesten samt pasientsikkerhet. *Personalets funksjon og sikkerhet* fokuserer på den fysiske og psykososiale arbeidssituasjon, samt samhandling mellom ulike profesjoner i helsetjenesten.



## Temaets sykepleiefaglige relevans

Kristoffersen (2005) beskriver at sykepleieteorier generelt er bygd opp av to grupper av bestanddeler. En gruppe består av verdier og vesentlige forutsetninger som den respektive teoretiker knytter til begrepene *menneskesyn, omgivelser, helse og sykepleie*. Den andre gruppen består av vesentlige elementer i sykepleiesituasjoner og forholdet mellom disse elementene. Disse elementene beskrives som *sykepleiens mål og hensikt, pasientens situasjon og sykepleierens rolle og metoder*.

Foreløpig ser vi for oss at blant annet helsesøsteren vil ha en viktig rolle i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid. Hun vil i gjennom tverrfaglig og tverretatlig arbeid nå en stor del av befolkningen i en tidlig fase av livet, hvor vi mener at påvirkningsmulighetene er størst. Noen av helsesøsterens viktige funksjoner i denne sammenhengen tenker vi er helseopplysning og undervisning.

Vi ser at behandling av livsstilssykdommene til befolkningen i dag beslaglegger en økende andel av helseressursene i samfunnet. Dette er med på å aktualisere viktigheten av forebyggende og helsefremmende arbeid.

## Bakgrunn

I denne delen vil vi å definere sentrale begreper, gi en oversikt over rettslige virkemidler, utdype relevant teori og sykepleieteori som blir viktig i vår drøfting. Temaene som blir presentert vil belyse vår problemstilling.

## Begrepsavklaring, rettslige virkemidler og nasjonale føringer

### Helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definisjon av helse er:

*”Helse er ikke frihet fra sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære”  
(WHO 1946; Kristoffersen 2005).*

### Folkehelse og folkehelsearbeid

Folkehelse er et begrep som brukes om befolkningens samlede helse.

*”Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. Folkehelsearbeid handler om å satse i forhold til den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår. Men det handler også om å satse på den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet” (St. meld. nr. 16).*

### Helsefremmende og forebyggende helsearbeid

Begrepet helsefremmende kan defineres slik:

*”Den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedrer sin egen helse” (Mæland 2002; Gammersvik og Alvsvåg 2009).*

Forebyggende helsearbeid har vært hovedstrategien i forebyggende medisin og hygiene, og bygger på naturvitenskapelige tradisjoner. Den helsefremmende tenkningen henter sine begreper fra samfunnsvitenskapen. I følge Stamsø bør disse betraktes som komplimentære tilnærminger innenfor forebyggende helsearbeid (Stamsø 2009).

## **Overvekt og fedme**

Overvekt og fedme beregnes ut i fra body mass index (BMI), eller kroppsmasseindeks (KMI). Ved å dividere vekten (kg) med kvadratet av høyden ( $m^2$ ) får vi KMI. Før puberteten har barn redusert skjellet- og muskelmasse, og jenter utvikler seg tidligere enn gutter. Kjønn- og aldersjusterte grenser anbefales derfor internasjonalt hos barn fra 2-18 år for overvekt og fedme. I Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer ligger det ved tabeller og kurver der barnets KMI plottes mot alder. Kategorisering av overvekt (iso-KMI 25) eller fedme (iso-KMI 30) utføres ved å vurdere plasseringen av KMI i forhold til grenseverdi (Helsedirektoratet 2010).

## **Makt og bemyndigelse**

### *Makt*

Et vesentlig grunnlag for bemyndigelse er makt. Makt i et bemyndigelsesperspektiv synliggjør ulike aspekter ved maktbegrepet knyttet til forutsetninger som gjensidighet, samarbeid og respekt for andre. Det er måten makt blir brukt på som bestemmer om det er negativt eller positivt, og

om måten makt blir brukt på er myndiggjørende eller umyndiggjørende. Makt kan ikke beskrives på en enkel måte fordi det omfatter mange forskjellige aspekter, og det finnes mange definisjoner av makt. En av de mest kjente definisjonene fremstilles slik:

*”Ved makt vil vi her alment forstå et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand” (Weber 1971, Stang 2001).*

#### *“Makt til” og “makt over”*

Det er en forbindelse mellom perspektivet for bemyndigelse og makt når makt fremstilles som ”makt til”. ”Makt over” betegnes som en patriarkalsk maktform. Det vil si at en eller flere personer bestemmer og resten føyer seg, at den mektigstes interesser får gjennomslag, eller å få noen til å gjøre noe som de ellers ikke ville gjort. ”Makt til” betyr at det er gjensidighet der den andre parten ikke domineres eller blir kontrollert. Det er viktigere å få ting gjort og at det er effektivt fremfor at en av partenes interesser skal gå foran den andres. Effektivitet betyr da kapasitet og evne til å oppnå noe, samt formulere mål og midler for å oppnå mål gjennom å inkludere og hjelpe andre (Stang 2001).

#### *Bemyndigelse*

Bemyndigelse betyr maktoverføring og er en oversettelse av det engelske ordet *empowerment*. Dette handler om å gi en person mulighet til å bestemme over faktorer som oppleves som viktig i livet gjennom myndiggjøring og styrking av posisjon i forskjellige relasjoner og kontekster hos den enkelte.

Videre kan bemyndigelse sammenfattes som tre hovedelementer:

- Den hjelpetrequendes ressurser og muligheter blir stimulert.
- Den hjelpetrequendes krefter og energi blir fremmet.
- Den hjelpetrequendes faktorer som skaper stress reduseres.

For at pasienter eller andre hjelpetrequende skal oppnå dette må de få mulighet til innflytelse, medbestemmelse og autonomi. Tankegangen er at livssituasjonen bedres i samhandling med andre ved at den hjelpetrequende tar i bruk eller lærer seg å bruke sine ressurser og muligheter (Stang 2001).

*Definisjon av bemyndigelse:*

*”Bemyndigelse er en prosess hvor en hjelper mennesker til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker deres helse” (Gibson, 1991, side 359, Stang 2001).*

## **Brukermedvirkning**

En person som i en eller annen form benytter seg av relevante tjenester, kalles en bruker.

Brukermedvirkning er noe brukerne har rett til, samtidig som det har en terapeutisk verdi, det har en egenverdi og det er et virkemiddel som som kvalitetssikrer og forbedrer tjenestene.

Brukermedvirkning omfatter både brukere og pårørende. Tjenesteapparatet kan ikke velge om de vil forholde seg til brukermedvirkning fordi dette er en lovfestet rettighet. Dersom brukeren gjennom egne ressurser og valg kan påvirke omgivelsene, vil selvbildet kunne påvirkes på en positiv måte, og dermed motivasjonen styrkes. Dette vil ha en terapeutisk effekt og dermed kunne bidra til en bedringsprosess. Mange brukere opplever hjelpeløshet og dette kan i motsatt fall bli forsterket (Helsedirektoratet 2011).

## Stigmatisering

Nedenfor har vi valgt å ta med definisjoner og eksempler på situasjoner med stigmatisering, siden vi mener at dette er viktig for vår drøfting senere i oppgaven.

### Definisjoner

*”Stigmatisering innebærer å tillegge et individ eller en gruppe en rekke negative egenskaper på bakgrunn av ett bestemt kjennetegn; et “stigma” eller et “merke” (forebygging.no).*

*”Mennesker med et avvikende utseende eller en avvikende adferd i forhold til det allment forventede, stemples som avvikende og tvinges gjennom det stemplet de får til å spille en rolle som avviker fra den allment aksepterte (Egideus 1998)” (forebygging.no).*

## Holistisk menneskesyn

Et holistisk menneskesyn vil si at et menneske har sammensatte behov som er fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige. Disse behovene påvirker hverandre og man ser på menneske som en helhet. Dette betyr at en person som for eksempel har brukket benet, i et holistisk menneskesyns tankegang, vil ikke fokuset bare være på benet, men også på det fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behovet. Motsatt vil et reduksjonistisk menneskesyn kun ha fokuset på benet, og ikke ta hensyn til personens bekymringer (Bostad 2011).

## Salutogenese

Aaron Antonovsky (1923-1994) introduserte konseptet *salutogenese* som en modell for å fremme helse. *Salus* er latinsk og betyr helse, og *genese* er gresk og betyr opprinnelse.

Salutogenese fokuserer på hvordan skape, fremme og forbedre fysisk og psykisk helse og sosial velvære. *Patogenese* derimot fokuserer på årsakene til sykdom og hvordan den utvikler seg, og hvordan sykdom kan behandles og forebygges. Antonovsky har utarbeidet en teori for å arbeide med konseptet salutogenese som han betegner som Sense of Coherence (SOC). SOC bygger på i hvor stor grad en person opplever meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet i møte med stress. En person med en sterk SOC antas å oppleve verden som rimelig sammenhengende og forutsigbar, og er derfor i bedre stand til å fremme egen helse. Salutogenese fokuserer på helse som en ressurs som kan bygges opp eller nedbrytes gjennom hele livet til en person (Antonovsky 1996). Stamsø (2009) fremhever at SOC grunnlegges i barndommen og i ungdomsårene og er assosiert med begreper som optimisme, en trygg identitet og en opplevelse av kontroll. Som en følge av dette er tiltak som sikrer en harmonisk utvikling hos barn og ungdom spesielt viktige i det forebyggende helsearbeidet (Stamsø 2009).

## **Nasjonale føringer**

Her velger vi å ta med aktuelle stortingsmeldinger og lover i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid.

### *Lover og forskrifter*

Vi velger her å nevne aktuelle lover og forskrifter som legger rammen for sykepleierens yrkesutøvelse. Alle sykepleiere plikter å sette seg inn i de lover som regulerer dette.

Hos den som er autorisert kreves det en høy faglig og etisk standard.

- Folkehelseloven (2011).
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2012).

- Pasient- og brukerrettighetsloven (2012).
  - § 2-5. Rett til individuell plan.
- Helsepersonelloven (1999).
- Forskrift av 3. April 2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003).

#### *Stortingsmelding 16*

St. meld. nr. 16 (2002-2003): Resept for et sunnere Norge.

Denne stortingsmeldingen ga føringer for folkehelsepolitikken. Satsingsområdene som ble utpekt var tobakk/rus, kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse, sosiale miljøfaktorer og arbeidsmiljø.

#### *Stortingsmelding 20*

St. meld. nr. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Denne stortingsmeldingen fokuserer på en stor utfordring i folkehelsearbeidet, det å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

#### *Stortingsmelding 47*

St. meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.

Reformen fokuserer på folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon. Helsetjenester skal desentraliseres der det kan gjennomføres, uten å forringe kvaliteten. Et viktig prinsipp er at det skal være best mulig nærhet mellom pasienten og de tjenestene som ytes til pasienten.

Reformen forventes å gi store samfunnsøkonomiske gevinster, blant annet lavere utgifter til sykepenge og uføretrygd.



## **Valg av perspektiv**

Vi har valgt å bruke nærmiljømodellen som et perspektiv, sammen med kunnskapsbasert praksis, i en ramme av Florence Nightingale og Dorothea Orem sine sykepleieteorier for å løse oppgaven.

I nærmiljømodellen, med barnet i fokus, vises en oversikt over hvilke faktorer som påvirker barnets liv og helse i oppveksten. Som sykepleier må en se på modellen for kunnskapsbasert praksis som helhet for å kunne gjøre en faglig forsvarlig jobb. Vi ser for oss at sykepleieteorier til Nightingale og Orem vil være relevante tilnæringsmetoder for en sykepleier i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i denne oppgaven.

For å kunne jobbe helsefremmende og forebyggende i forhold til vår problemstilling, mener vi undervisning, veiledning og bruk av mentorer blir viktig. En forutsetning for dette, og for at barnets autonomi skal opprettholdes, er at en vet hvordan barn oppfatter verden.

## **Florence Nightingale**

Florence Nightingale (1820-1910) utviklet en sykepleieteori med fokus på rollen og ansvaret til sykepleien for å tilrettelegge miljøet og omgivelsene for å mobilisere ressursene til pasienten.

Hun fokuserte spesielt på det fysiske miljøet og det å fjerne negative miljøfaktorer, slik at forholdene i miljøet blir tilrettelagt for å bevare helse og å virke helsefremmende. Viktige

forhold i det fysiske miljøet som Nightingale identifiserte var blant annet varme, ventilasjon, lys, støy, ernæring, hygiene og renhold (Kristoffersen 2005).

### **Dorothea Orems egenomsorgsteori**

Dorothea Orem's (1914-2007) sykepleieteori om egenomsorg betrakter mennesket som fritt og aktivt, og som vil normalt utføre handlinger som bidrar til å fremme helsen og det generelle velvære. Under begrepet egenomsorg forstår hun også omsorgen for barn, syke, funksjonshemmede og eldre pleietrengende. Hun mener at egenomsorg dreier seg om handlinger og handlingsmønstre som utvikles i sosialiseringprosessen. Hennes teori kan betegnes som en utviklingsteori, idet hun har stor tro på menneskers ressurser og muligheter for problemløsning. Orem tar utgangspunktet i at mennesker har både fysiologiske, psykologiske og sosiale behov. Egenomsorgsbehovene kan ivaretas av handlinger som utføres av personen selv, av andre eller av sykepleieren. Orem mener at en helt sentral side ved menneskers evne til å yte egenomsorg dreier seg om kunnskap, og evnen til å bruke kunnskapen og ferdighetene i utøvelsen av egenomsorg. Hun påpeker at egenomsorgsteorien er i samsvar med det moderne samfunnets forventninger om at hver enkelt i størst mulig grad skal greie seg selv og være ansvarlig for sitt eget liv (Kristoffersen 2005).

### **Undervisning, veiledning og bruk av mentor**

Undervisning og veiledning har ifølge Tveiten (2008) samme hensikt, det å styrke mestringskompetansen til fokuspersonen gjennom oppdagelse og læring. Undervisning er i større grad styrt av den som underviser, mens veiledning i større grad handler om å møte

fokuspersoenen der han er og å tilpasse veiledningen i forhold til hans behov. Undervisning kan defineres som kunnskapsformidling eller som en systematisk, målrettet og planlagt styring av læringsprosesser (Bø og Helle 2005, Tveiten 2008, s.70). En videre definisjon på veiledning nedenfor har til hensikt å skille det fra begrepet undervisning.

*“Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten 2008, s. 71).*

Gjennom veiledning kan veilederen hjelpe fokuspersoenen til selv å finne svar gjennom refleksjon og erkjennelse. Veiledning muliggjør medvirkning for personen i fokus og kan bidra til å anerkjenne denne personens kompetanse, og derfor er veiledning en vesentlig metode i empowerment prosessen (Tveiten 2008).

Tveiten (2008) beskriver en mentor som en samtalepartner. Fra engelsk kommer begrepet “mentorship” som uttrykker den læring som skjer mellom to personer gjennom planlagt lagarbeid, og hvor den ene i laget har mer kunnskap eller har mer erfaring enn den andre. Ved å arbeide sammen i hverdagen skjer det kompetanseutvikling og mentoren blir da også en rollemodell for den andre personen.

## **Motiverende samtaler (MI)**

Samarbeid, interesse og fremming av pasientens autonomi er den overordnede filosofien for MI. Det er fire prinsipper som er retningsgivende og beskrevet i RULE, og står for Resist (stå i mot), Understand (forstå), Listen (lytte) og Empower (myndiggjøre) (Øen 2009).

Skaperne av MI hevder det er “en måte å være sammen med folk”, og har en tilnærming som er pasientsentrert, samarbeidende og bestemte behandlinger som har vist seg å være effektivt innenfor flere adferdsmessige helseområder. I motsetning til kommunikasjonsstiler som lokker frem pasientens motstand, forbedrer MI pasientens indre motivasjon ved å utforske deres perspektiv og ambivalens. I stedet for å bruke et sett av teknikker eller en måte å tvinge behandlingsetterlevelse, utforsker MI hva en person føler om status quo og om forandring gjennom å utforske personens verdier, interesser og bekymringer. I motsetning til mer tradisjonelle medisinske tilnærminger som baserer seg på konfrontasjon, undervisning og myndighet, sentrerer MI seg om å støtte pasientens autonomi, samarbeid og levendegjøring av pasientens ideer om endring (Erickson, Gerstle og Feldstein 2005).

## **Hvordan oppfatter barn verden**

### *Kognitiv utvikling*

Kognisjon vil si “å få kunnskap om”. Hvordan barnet lærer å forstå, oppfatte og forholde seg til sine omgivelser, vil være den kognitive utviklingen (Håkonsen 2009).

Jean Piaget (1896-1980) mente at på ulike alderstrinn er barnets evne til å ta imot informasjon ulik, og avhengig av alder kobles kunnskapselementer sammen på forskjellige måter. På ulike alderstrinn har altså barnet forskjellige strategier for å forstå verden rundt seg, og på hvert

alderstrinn kan kompleksiteten i barnets omgivelser til en viss grad forstås. Den kognitive utviklingen hos barnet går, i følge Piaget, igjennom bestemte stadier. De ulike stadiene er felles for alle mennesker. Vi kan forstå den kognitive utviklingen som en tilpasningsprosess til omgivelsene. At vi kan mestre ulike situasjoner i dagliglivet og forholde oss adekvat til omgivelsene, kalles kognitive funksjoner. Fra fødselen og fram til 15-16-årsalderen gjennomgår barnet en serie fundamentale forandringer i sine kognitive ferdigheter. Piaget deler den kognitive utviklingen inn i fire stadier:

- Sensomotorisk stadium (ca. 0-1,5 år).
- Preoperasjonalt stadium (ca. 1,5-7 år).
- Konkretoperasjonelt stadium (ca. 7-12 år).
- Formaloperasjonelt stadium (ca. 12-15 år).

Det er det konkretoperasjonelle stadiet som er interessant for oss. Barnets evne til symbolsk og logisk tenkning utvikles stadig i denne perioden. Evnen til å forstå årsak-virkning-sammenhenger er utviklet, men barnet har vansker med å tenke hypotetiske muligheter i en situasjon fordi det er avhengig av å forankre sine tanker i konkrete hendelser (Håkonsen 2009).

### *Psykososial utvikling*

Erik H. Erikson (1902-1994) hevder at livets utvikling er knyttet til sentrale fenomener som identitet, tillit, nærhet, seksualitet, familie og arbeid. I samhandling med andre mennesker utvikles vår selvoppfatning, selvbilde og våre følelser. Omgivelsene stiller nye krav som vi må tilpasse oss etterhvert som vi vokser i følge Eriksons teori om de åtte psykososiale stadiene i utviklingen. Den kulturelle konteksten, samfunnet og de nære omgivelsene henger nært sammen med individets utvikling. I Eriksons fjerde stadium fra 5 år til puberteten, som er aktuell her, vil

den sosiale relasjonen i hovedsak spre seg til nabolag og skole. Barnet vil bruke venner og skolekamerater som målestokk for sin egen utvikling og sammenligne seg med disse, “jeg er det jeg lærer” er det sentrale elementet i utviklingen. Barnet er i denne fasen opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter. Det vil være en opplevelse av konflikt mellom det å være underlegen og det å være skapende (Håkonsen 2009).

### **Nærmiljøet**

Rønningen (2003) fremhever at selve nærmiljøbegrepet er lite brukt i sosiologisk og internasjonal litteratur. Det er nært beslektet med lokalsamfunn (community), men dekker et mindre geografisk område.

Uri Bronfenbrenner (1979) har utviklet en teori som tar spesielt for seg utvikling og endring av mennesker og miljø som et resultat av gjensidige påvirkningsprosesser. Han tenker seg at barnet befinner seg i *mikrosystemet*. Samhandlingen mellom individet og menneskene i direkte interaksjoner utgjør *mesosystemet* i modellen. Dette innbefatter familie, naboskap, venner, barnehage, skole, bomiljø, organisasjoner med mer. Kort sagt alle settinger individet inngår i og påvirker og blir påvirket av. *Eksosystemet* i modellen er for eksempel foreldrenes arbeidsplass, perifert, men kan likevel påvirke individet. Andre eksempler er politiske vedtak som nedlegging av skoler. *Makrosystemet* er samfunnets rammebetingelser som lovverk, kultur, ritualer, økonomi med mer. Det preger de lavere systemene og binder dem sammen til en helhet (Rønningen 2003).

## **Autonomi**

Autonomi betyr selvregulering eller selvstyring. Men innenfor medisinsk etikk blir det mer riktig å bruke *medbestemmelse* (Slettebø 2009).

## **Paternalisme**

Paternalisme har sin opprinnelse i latin hvor *pater* betyr far. Tradisjonelt visste legen best og gjorde det beste for pasienten. Slik er det ikke dag. Det skilles mellom svak- og sterk paternalisme. Et eksempel på svak paternalisme er Orems teori om egenomsorg:

*”Sykepleieren må altså respektere det unike individet og denne spesielle preferanser og væremåter. Dette er likevel ikke til hinder for at sykepleieren kan prøve å påvirke den enkelte til en mer helsefremmende adferd” (Slettebø 2009, s 74).*

Et eksempel på sterk paternalisme er når sykepleieren tar avgjørelser på vegne av pasienten selv om pasienten er kompetent og forstår konsekvensene av sine valg (Slettebø 2009).

## **Tidligere forskning på temaet**

Her velger vi å trekke frem tidligere forskning og undersøkelser som vi mener er relevant for vår problemstilling.

## **Er fedmeepidemien kommet til Norge?**

Ulset, Undheim og Malterud (2007) konkluderer med at fedmeepidemien har kommet til Norge.

Det er behov for flere studier i alle aldersgrupper for å kartlegge forekomsten og dermed fastslå

hvor utbredt epidemien er. Forekomsten av fedme i alle deler av landet, i alle aldersgrupper og i alle samfunnslag er høyere nå enn tidligere. Studien viste at en av fem nordmenn er fete.

Det er ikke alltid vektreduksjon er gjennomførbart, og den viktigste og mest effektive strategien mot overvekt er ikke nødvendigvis kostholdsending. Det er få studier som kan dokumentere langsiktig, positiv helsemessig virkning av behandlingsopplegg ved behandling av fedme.

Forskning viser at det er betydelig redusert sykdomsrisiko forbundet med overvekt hos personer som er i god fysisk form, til tross for sin overvekt. Tilrettelegging for fysisk aktivitet vil kanskje derfor være den viktigste behandlingen (Ulset, Undheim og Malterud 2007).

Data fra Danmark tyder på at det er i de yngste aldersklassene at det forebyggende arbeidet særlig må rettes mot (Due, Heitmann, Sorensen 2006; Ulset, Undheim og Malterud 2007).

### **Helserelaterte konsekvenser av fedme hos barn og ungdom**

Vivier og Tompkins (2009) beskriver flere fedme relaterte konsekvenser som kan åpenbares allerede i barndommen. Hjerte- og karsykdommer som hypertensjon, dyslipidemi og avvik i koronar arteriene kan ha konsekvenser for barndommen og senere i voksen alder (Dietz 1998a, 1999b; Ebbeling, Pawlak, & Ludwig 2002; Reilly et al. 2003; Vivier & Tompkins 2009). En foruroligende side ved økning av forekomsten av fedme hos barn og ungdom er en økning av utbredelsen av insulin resistens og diabetes mellitus type 2 (Young et al. 2000, Vivier & Tompkins 2009). Langsiktige komplikasjoner forbundet med type 2 diabetes er blant annet karsykdommer som kan føre til hjerteinfarkt, hjerneslag, nyresvikt, blindhet og andre helseproblemer. Reilly et al. har funnet sammenhenger mellom fedme og psykologiske konsekvenser hos barn, og peker på at barn med fedme har større sannsynlighet for å oppleve



psykiske problemer enn barn uten fedme (Reilly et al. 2003; Vivier & Tompkins 2009). Overvekt og fedme kan øke stresset på skjelettsystemet, og barn er spesielt sårbare da deres skjelett er under fortsatt vekst og utvikling, noe som kan medføre at overvektige barn har økt risiko for å utvikle ortopediske problemer (Dietz 1998b; Must & Strauss 1999; Vivier & Tompkins 2009). Forekomsten av astma er høyere hos barn med overvekt og fedme enn hos normalvektige barn (Lazarus, Colditz, Berkey & Speizer 1997; Li et al. 2003; Vivier & Tompkins 2009). Selv om årsaken er usikker, har utbredelsen av astma hos barn økt parallelt med økningen i omfang av fedme hos barn og ungdom de siste 20 årene (Daniels 2006; Vivier & Tompkins 2009). Etter at et barn er diagnostisert som overvektig eller med fedme, er det viktig å avklare om fedme relaterte sykdommer er tilstede (Caprio 2006; Vivier & Tompkins 2009).

Bray (2004) hevder at fedmeepidemien truer med å overbelaste helseressursene ved å øke forekomsten av diabetes, hjerte- og karsykdommer, hypertensjon og kreft. Flere studier viser at overvekt og fedme bidrar til å redusere forventet levealder. Sykdommer assosiert med overvekt og fedme er søvnapne og sykdommer i skjelett og muskulatur og på huden. Andre sykdommer er diabetes mellitus type 2, insulinresistens og det metabolske syndrom. Fedme er i følge Bray (2004) en kronisk sykdom på samme måte som høyt blodtrykk og aterosklerose. Han mener at grunnen til utvikling av fedme er en fysiologisk årsak med ubalanse mellom energi-inntak og energi-forbruk, som begge påvirkes av miljø og arv.

## Helsedirektoratet om overvekt og fedme

Helsedirektoratet (2010) sier at norske tverrsnittstudier viser en økende forekomst av overvekt og fedme. Både fysiske og psykiske negative helsekonsekvenser er forbundet med overvekt og fedme. Allerede i barneårene kan dette manifestere seg, men de fleste følgetilstandene kommer hos ungdom eller voksne. Overvekt forbindes ofte med høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, ugunstige fettverdier i blodet, nedsatt glukosetoleranse, insulinresistens og diabetes type-2.

De vanligste årsakene til overvekt er inaktivitet, uheldige kostvaner og mye daglig tid til TV og annen skjermaktivitet. Økt fettlagring i vekstperioden, for eksempel fra 6-10 års alder, gir utvikling av overvekt en økt risiko. Det er sjelden at spesifikk genetisk sykdom er årsaken til fedme. For barn er foreldrene viktige rollemodeller med tanke på aktivitets- og kostholdsvaner (Helsedirektoratet 2010).

Familier med lav sosioøkonomisk status har høyere forekomst av overvekt og fedme. Overvekt kan føre til dårligere psykososial funksjon, men det tyder ikke på at psykiske lidelser forekommer hyppigere hos overvektige barn sammenlignet med normalvektige (Helsedirektoratet 2010).

## **Hensikt**

Hensikten med vår oppgave vil være todelt. Den ene er å få økt forståelse for årsaken til utvikling av overvekt og fedme. Den andre vil være å lære mer om hvordan overvekt og fedme kan forebygges. En økt forståelse til årsakene, gir bedre grunnlag for å vite hvordan vi skal jobbe forebyggende. Siden dette er et dagsaktuelt tema i Norge, har vi valgt å fokusere på og lage en problemstilling innenfor dette temaet.

## **Problemstilling:**

- Hvordan forebygge overvekt hos barn?

## Metode

Vi har gjennomført en ikke-empirisk litteraturstudie basert på nyere forskning der vi systematisk har innhentet kunnskap innenfor valgte tema. Vi har benyttet relevant pensumlitteratur og annen litteratur, forskningsartikler, lovverk og erfaringsbasert kunnskap som er aktuelle for helsefremmende og forebyggende arbeid på system- og lokalsamfunnsnivå i Norge. Vi har benyttet PICO-modellen og utarbeidet et PICO- skjema med relevante søkeord for å hjelpe oss i søk i følgende databaser knyttet til helsefag: Academic Search Elite, Ovid Nursing Database, PsycINFO og Cinahl. De 13 artiklene fra søkene er analysert og sammenfattet etter IMRAD-prinsippet for å gi et utvalg av seks forskningsartikler.

## Kunnskapsbasert praksis

Nortvedt et al. (2007) beskriver at kunnskapsbasert praksis medfører at fagutøvere bruker flere kilder til kunnskap. Kildene består av tre elementer: *erfaringsbasert kunnskap*, *forskningsbasert kunnskap* og *brukerkunnskap* og *brukermedvirkning*. Kunnskapsbasert praksis skjer innenfor en setting som kan være koblet til blant annet politikk, ressurser, forståelsesramme og kultur.

Polit og Beck (2010) fremhever at sykepleie har erfart en dyp kulturell forandring de siste tiårene i alle deler av verdenen. Det er en økt forventning om at sykepleiere forstår og gjennomfører forskning, og baserer sin profesjonalitet på de fremvoksende resultatene fra forskningen. Dette er å tilpasse seg kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er bredt definert som bruken av de beste kliniske forskningsresultatene i avgjørelsen av pasientbehandlingen, og at disse forskningsresultatene i hovedsak kommer fra forskning gjennomført av sykepleiere og annet helsepersonell (Polit og Beck 2010).

## Litteraturstudie

Et litteraturstudie kan ha flere funksjoner i forskningsprosessen og er vesentlig for sykepleie for å utvikle en kunnskapsbasert praksis. Gjennom en litteraturstudie kan en objektiv og strukturert syntese av hva som er gjeldende kunnskap innenfor et forskningsområde innhentes.

Litteraturstudiet skal oppsummere og evaluere viktig kunnskap for et område, og kan gi nye forskningsideer og dermed legge grunnlaget for nye forskningsstudier. Nedenfor beskrives trinnene i en litteraturstudie, hvor utgangspunktet er å formulere en problemstilling for så å lage en plan for innhenting av informasjon, for deretter å analysere og evaluere informasjonen. En oversikt over trinnene i en litteraturstudie vises nedenfor (Polit og Beck 2010).

1. Formulere problemstilling og evt. forskningsspørsmål.
2. Lage søkestrategi, velge databaser og søkeord.
3. Søke, identifisere og innhente artikler. Dokumentere alle beslutninger og tiltak angående søkene.
4. Rask lesing av artikler for å vurdere relevans. Forkast irrelevante artikler.
5. Lese artiklene. (Finn evt. nye referanser fra artiklens referanseliste. Dokumenter alle beslutninger og tiltak angående søkene. Gå tilbake til trinn 4).
6. Finne fram til det vesentligste i artiklene.
7. Kritisk granske og evaluere artiklene.
8. Analysere og sammenstille artiklens innhold for tema.
9. Oppsummere og skrive ut resultatene av studien.

## Søkeprosessen

Tabell 1, Søkehistorikk

Søk nr.	Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Lest sammendrag	Inkluderte artikler
1	10.02.12	Ovid Nursing Database	- Health promotion - Obesity - Norway	2	2	1
2	10.02.12	Academic Search Elite (Peer reviewed)	- Health promotion - Obesity - Norway	12	2	2
3	10.02.12	Ovid Nursing Database	- Obesity - Youth - Health education	17	1	1
4	10.02.12	Academic Search Elite (Peer reviewed)	- Obesity - Youth - Health education	45	2	1
5	10.02.12	Academic Search Elite (Peer reviewed)	- Obesity - Youth - Empowerment - Nurse	1	0	0
6	20.03.12	PsyclNFO (Ovid) 2002-2012	- Health promotion - Obesity - Norway	2	2	0
7	20.03.12	Psyc INFO (Ovid) 2002-2012	- Obesity - Youth or child development - Health education	15	2	2
8	20.03.12	Cinahl	- Health promotion - Obesity and children - Norway	1	1	1
9	20.03.12	Cinahl 2009-2012	- Obesity and children - Health education - Health promotion	35	4	3

Som vist i tabell 1, søkte vi i vårt 1. søk etter artikler i ”Ovid Nursing Database” med søkeordene ”Health Promotion”, ”and Obesity” og ”and Norway” som vi mener har relevans for vår problemstilling. Antall treff var to, hvor en av artiklene var aktuell for vårt tema etter å ha lest sammendragene. Deretter brukte vi enkelte av referansene i denne artikkelen til å finne to nye aktuelle artikler.

For å få en større bredde i søket, brukte vi i søk nr. 2 de samme søkeordene i ”Academic Search Elite”. Her fikk vi tolv treff hvor vi leste sammendraget på to av disse. Vi følte at begge disse var aktuelle for vår oppgave. En av disse studiene hadde brukt en artikkel i sin referanseliste som var felles med den vi fant i ”Ovid Nursing Database”. Noe vi forstår som at denne artikkelen er veldig aktuell for å bekrefte at fedmeepidemien har kommet til Norge.

Vi har nå funnet fem gode artikler som vi mener kan bidra til å belyse problemstilling vår. Men vi valgte å benytte flere søkeord i fra PICO-skjemaet for å se om det finnes andre studier i disse to helsefaglige databasene med relevans for vår problemstilling i søk nr. 3 og 4. Her benyttet vi søkeordene ”Obesity”, ”and Youth” og ”and Health education”. Vi leste sammendragene på til sammen tre artikler hvor to av disse var relevante. I vårt 5. søk i ”Academic Search Elite” med søkeordene ”Obesity”, ”and Youth”, ”and Empowerment” og ”and Nurse” fikk vi et treff, men denne artikkelen valgte vi å ikke inkludere i vår litteraturstudie. I søk 6-9 benyttet vi de samme søkeordene i databasene PsycINFO og Cinahl. Av de totalt 53 treffene i søk 6-9 leste vi sammendragen på 9 av artiklene hvor vi følte at 6 av disse var aktuelle for vår problemstilling. Totalt i søkeprosessen endte vi opp med 13 artikler som vi valgte å analysere.

## **Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Våre inklusjonskriterier var barn i aldersgruppen 6-12 år. Hovedfokuset var sykepleieperspektivet fra blant annet helsesøsterens arbeid i samarbeid med andre helseprofesjoner, skole og familie. Artikkene skulle være fagfellevurdert (peer reviewed) med nyere studier fra de siste fem årene fra søket ble gjennomført. Artikkene skulle dreie seg om forebyggende og helsefremmende arbeid mot overvekt, men også risiko, forekomst, erfaring og årsak relatert til dette. I hovedsak var vi interessert i artikler som omhandlet Norge, men vi inkluderte også artikler fra andre vestlige land for å få større faglig bredde og erfaringsgrunnlag.

Eksklusjonskriterier var artikler som kun omhandler studier av etniske minoritetsgrupper i befolkningen og artikler som omhandlet studier som ikke var overførbare til norske forhold.

## **Analyse**

Etter at vi gjennomførte vårt litteratursøk i valgte databaser ved bruk av PICO-skjema, utførte vi en analyse og sammenfatning av det innsamlede materialet. Når vi skal analysere teksten i litteraturstudiet er det i følge Dalland (2007) to ting vi må ta hensyn til. For det første: Er teksten fra tidsskriftene og bøkene relevant for vår problemstilling og hvordan kan vi bruke disse i vår oppgave? For det andre: Hva er det som kjennetegner denne teksten som vi har valgt?

Forskningsartikkene gjennomgår en mye strengere kvalitetssikring enn fagartikler. De blir fagfellevurdert, noe som innebærer at eksperter innen fagområdet vurderer og godkjenner artikkene. Det stilles krav om at slike artikler skal gjøre rede for og diskutere metodevalg, presentere sine funn og resultater av den forskningen som er gjennomført. For å avklare om



artiklene er vitenskapelige analyserer vi dem etter IMRAD-prinsippet hvor det stilles krav om at artiklene har innledning, metode, resultat, analyse og diskusjon.

Sammenfatningen av litteratursøket inkluderes i resultatdelen av oppgaven hvor artiklene er kort sammenfattet i en tabell etter referanse, hensikt, metode, resultat og diskusjon og egne kommentarer. Bruk av en slik oversikt er i tråd med anbefalingene til Polit og Beck (2010) for situasjoner hvor det er omfattende mengde litteratur tilgjengelig om et tema.

Som et resultat av søkeprosessen fant vi tilsammen 13 artikler som vi vurderte som relevante i forhold til vår problemstilling. Disse 13 artiklene ble alle lest kritisk igjennom for å finne likheter og forskjeller. Våre funn ble satt sammen igjen og inkludert i den første utgaven av vår tabelloversikt. Etter en sortering og analyse ved bruk av IMRAD-prinsippet endte vi opp med tilsammen 6 forskningsartikler som vi valgte å presentere i resultatdelen av denne oppgaven.

## **Kildekritikk**

Artikkelen til Watson-Jarvis, Johnston og Clark (2011) ble valgt ut fordi den hadde stor relevans i forhold til denne oppgavens problemstilling og resultatene til programmet så ut til å være betydelige. Utvalget av deltagere var stort med tilsammen 345 barn og foreldre som begynte. Forfatterene trekker allikevel frem at resultatene må tolkes med forsiktighet, da de bygger på et program fra virkeligheten og ikke et studie med en egen kontrollgruppe. Videre så fremhever de at kun 78% av deltagerne fullførte programmet.

Dorey og McCool (2009) bruker i sin forskningsstudie en fokusgruppe-metodikk, noe som også er tilfelle i en annen artikkel som vi valgte å bruke. Utvalget av tilsammen 90 spurte barn virket stort. Artikkelen fokuserte på medias rolle i å påvirke barns oppfatninger om ernæring noe som passet godt i forhold til valgt problemstilling i denne oppgaven. Forfatterene mener at den anvendte metodikk og resultatene fra studiene har noen begrensninger. Forskningen omfattet bare barn i alderen 10-12 år, og derfor kunne studiet ikke rapportere hvordan yngre eller eldre barn ville svart. I utvalget av 90 barn var det en noe større andel med barn fra grupper av etniske minoriteter enn det som er representativt for befolkningen i New Zealand.

McCarron et al. (2010) sin studie ser ut til få frem synspunktene til den generelle befolkningen om prioriteringer som må gjøres for å bedre ernæring og fysisk aktivitet hos barn. Slike funn ser ut til å være relevante i forhold til å bidra til å svare på denne oppgavens problemstilling. Forfatterene nevner forhold som kan påvirke resultatene blant annet er at utvalget av tenåringer og voksne som deltok hadde en stor nok interesse for temaet fordi de kunne prioriterte å tilbringe en hel dag på møtet. Deltagerne på møtet kan ha blitt påvirket av andre forslagstillere. Noe data ble ikke innhentet, da 3% av deltagerne ikke rapporterte kjønn, rase, alder eller inntekt. Selv med disse begrensningene mener forfatterene at funnene av studiet er overførbare til den generelle befolkningen i USA.

Metodikken i artikkelen til Steele et al. (2011) har sine sterke og svake sider. Det positive er at det er benyttet en kvalitativ fremgangsmåte med å samle data, og en får tilgang til subjektive

erfaringer fra helsesøsterne på dette temaet. En får dermed tilgang til ny og udokumentert perspektiv på temaets spørsmål. Til tross for mangfoldet i karakteristikken av helsesøstere og skoler, er studien begrenset til ett geografisk område som kan reflektere et skjevt utvalg.

70% av barna i studien i artikkelen til Smith (2010) var jenter. Størrelsen på mentor-modell gruppene var ikke store nok til å finne forskjell på resultatene mellom kjønn. Gruppestørrelsen kan ha vært en svakhet for studien i forhold til å oppdage en signifikant effekt av intervensjonen. Det vil være behov for å studere større grupper for å se den sanne effekten av programmet. Barnas holdning til ernæring og fysisk aktivitet har ikke blitt studert, og det vil være behov for å følge opp over tid for å se hvor effektivt programmet har vært. Uansett har programmet stor pålitelighet på grunn av den betydelige reduksjonen av BMI. For å forstå fullt ut påvirkningen tenåringsmentorer har på barn i forhold til holdninger til helse, vil det være behov for å finne ut om innholdet i programmet har størst effekt om det blir presentert av mentorer eller voksne ledere.

Malterud og Tonstad (2008) har i sin studie valgt en annen tilnærming enn en klassisk systematisk gjennomgang av andre studier. De klassifiserer sin tilnærming som en vitenskapelig gjennomgang - et overblikk av primærstudier som ikke ennå har blitt identifisert eller analysert på en systematisk måte. Ved å presentere sine påstander og beskrive sin fremgangsmåte, har de gitt leserne en sjanse til å komme med innsigelser og tolke deres tolkninger. Malterud og Tonstad innrømmer begrensninger på grunn av det brede spekteret av potensielle tilfeller på tvers av fagområder og publiseringsstiler som de ikke har kunnet finne eller presentere. Men med målet

for studien i tankene, kan en slik begrensning også vurderes som en styrke som er nødvendig for syntesen.

## **Forskningsetiske overveielser**

### **Yrkesetikk og forskningsetikk**

I arbeidet med denne oppgaven, under valg av tema og problemstilling, har vi stilt spørsmål om sykepleiere kan ha nytte av de nye kunnskapene som vi kommer frem til. I og med at vi har valgt å skrive om fedme som en trussel mot folkehelsen, må vår drøfting av temaet inneholde yrkesetiske overveielser, slik at ikke oppgaven bidrar til stigmatisering av enkeltpersoner og grupper i samfunnet.

Anonymitet, taushetsplikt, informert, frivillig samtykke er viktige forutsetninger i hvert studie ved innsamling og behandling av personopplysninger for at informanter skal ha tillitt til de som jobber med forskning (Dalland 2007). I litteraturstudiet gjennomførte vi forskningsetiske vurderinger av valgte artikler. I studiet til Smith (2011) ble det iverksatt tiltak for å sikre barnas personvern i forbindelse med innhenting av data, og barna ble derfor veid og målt i en privat setting. Forskningen til Steele et al. (2011) ble godkjent av *the institutional review board* ved the University of Kansas, Lawrence, Kansas. Malterud og Tonstad (2009) informerer om at Tonstad har mottatt godtgjørelse fra tre navngitte produsenter av slankepiller for hennes tidligere arbeid i forbindelse med foredrag og konsultasjoner. Dorey og McCool (2009) sin forskning om skolebarn ble på forhånd godkjent av *the University of Auckland Human Participants Ethics Committee*, under forutsetning av at skriftlig samtykke ble innhentet på forhånd fra berørte

rektorer, lærere, og foreldre. Watson-Jarvis, Johnston og Clark (2011) beskriver at prinsipper, inkludert etiske, for undervisningsprogrammet ble utarbeidet under veiledning av en rådgivende komité. McCarron et al. (2010) påpeker blant annet at deltagerne ble sikret anonymitet.

## **Tankekart**

I arbeidet med å strukturere, organisere og oppsummere stoffet som vi fant i artiklene brukte vi et tankekart som verktøy. Dysthe, Hertzberg og Hoel (2010) beskriver et tankekart ved at det påbegynnes med et tema som er midtpunktet, derfra lages det hovedgreiner ut til hver hovedkategori. Hovedkategoriene deles så opp i underkategorier med tilhørende momenter. Vi valgte å følge de samme prinsippene, men vi laget istedenfor en oppstilling i en tabell. Hovedkategoriene i vårt tankekart (vedlegg 1) ble de fire systemene i nærmiljømodellen: mikro-, meso-, ekso- og makrosystemet. For hvert system så beskrev vi vesentlige momenter i forhold til våre funn fra de seks forskningsartiklene, det våre valgte teorier sa, våre egne erfaringer og hvilken betydning det hadde for sykepleien. Tankekartet ble laget som et hjelpemiddel for å gi struktur og innhold både til resultat- og drøftingsdelen av oppgaven.

# Resultater

Nedenfor velger vi å presentere våre 6 forskningsartikler i tabellform (tabell 2) med forfattere, tidsskrift, hensikten med studien, metode og resultat.

**Tabell 2, Skjematisk oversikt over forskningsartikler**

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
Piloting the use of teen mentors to promote a healthy diet and physical activity among children in Appalachia. Smith, Lauren H. <i>Journal for Specialists in Pediatric Nursing</i> , 2010; 16(1): 16-26	Denne studien testet en mentor-model som koblet sammen trente tenåringer med yngre barn etter skoletid for å levere en læreplan som tar sikte på å fremme sunne mønstre av matinntak og fysisk aktivitet.	Ved hjelp av en forundersøkelse-posttest design, ble det gjennomført gruppesammenligninger. Det ble gjennomført en beskrivende, uavhengig, og en parett t-test analyse med Bonferroni-rettelser i et utvalg av 72 barn.	Resultat: Det ble observert gruppeforskjeller med den hensikt å spise sunt. Veiledede barn viste stor bedring i kunnskap, holdninger, effekt, oppfattet støtte og BMI. Tenåringsmentorer kan effektivt påvirke barns intensjon om å forbedre helsemessig adferd, noe som er grunnleggende for å normalisere BMI.	Bruk av mentorer kan påvirke oppgaveløring og selvtillit hos barn. Unge mentorer kan påvirke barn. Undervisning/veiledning.
Community-Based Priorities for Improving Nutrition and Physical Activity in Childhood. McCarron, David et.Al. <i>Pediatrics</i> , November 2010; 126(2): S73-S86	Shaping America's Youth (SAY) ble etablert for å vurdere programmer med fokus på ernæring og fysisk aktivitet og til å fremme nødvendige innspill fra familier og samfunnet. Et by-møte er implementert som et middel for å gi en stemme til de på grassrotnivå for å bestemme hvordan individene i familier og i samfunnet oppfatter hindringer og løsninger for å bedre ernæring og fysisk aktivitet for sine barn.	SAY startet en unik serie av 5-dager lange by-møter der innspill ble uavhengig statistisk analysert.	På tvers av demografi, indikerte resultatet at deltagerne oppfatter like barrierer og løsninger. Det var bred enighet om at familien har hovedansvaret, med behov for økt fokus på kvalitet og varighet rettet mot ernæring og aktivitet. Samtidig identifiserte de nødvendige tiltak fra eksterne kilder som informasjon om ernæring, tilgang til sunn mat og et miljø som fremmer fysisk aktivitet. Grunnleggende trinn som samfunnet må integrere i fremtidige tilnærminger ble definert.	Empowerment. De på grassrotnivå vet best hvor skoen trykker. Lokalsamfunn/nærmiljø.
School Nurses'	Hensikten med denne	22 helsesøstere fra urbane og rurale skolekretser	I samsvar med den eksisterende litteraturen,	Primærhelsetjenesten.

<p>Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach Steele, R. G. et. Al. <i>Journal of School Health. 2011 March. 81(3): 128-37</i></p>	<p>studien var å tilføre til litteraturen ved ytterligere analyse, bruke fokusgruppe metodikk, og helsesøsters oppfattede barrierer til å ta opp vektrelaterte helseplager med barn og deres familier.</p>	<p>i Midtvesten USA deltok i 7 fokusgrupper i løpet av vårsemesteret 2008. Sesjonene ble registrert og omskrevet i sin helhet. Forfatterne av studien vurderte innholdet i fokusgruppa og identifiserte temaer av opplevde barrierer.</p>	<p>identifiserte helsesøstrene en mangel på kunnskap og ressurser, utfordringer med personlig vekt, mangel på institusjonell støtte, og mangel på tid som hindring for vektrelatert kommunikasjon med familier. Men i tillegg identifiserte helsesøstrene også at familieegenskaper, barns motivasjon, frykt for reaksjoner, og vanskeligheter med å etablere relasjoner med barn var barrierer som hindret deres kommunikasjon med familiene om helse relatert til vekt.</p>	<p>Problemstillingen undersøkt innen konteksten av Bronfenbrenner,s sosialøkologiske modell.</p>
<p>Evaluation of a Family Education Program. For Overweight Children and Adolescents. Watson-Jarvis K., C. Johnston, C. Clark. <i>Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. 2011 Winter. 72(4): 191-6.</i></p>	<p>Økt overvekt og fedme hos barn og ungdom, samt betydelige helseeffekter forbundet med fedme har ført til anbefalinger om multikomponente forebyggende programmer. I 2005-2006, hadde tidligere Calgary Health Region (nå Alberta Health Services) en mulighet til å utvikle, levere og evaluere en tjeneste med tidlig intervensjon for familier med barn med risiko for overvekt og fedme.</p>	<p>Ved hjelp av tilgjengelige bevis og med tilgang til viktige rådgivere, utviklet og implementerte sentrale medlemmer en læreplan for et familiefokusert og adferdsbasert utdanningsprogram med tittelen Make It HAPPEN. Det ble brukt en helsesentrert tilnærming basert på det fysiske, psykiske og det sosiale velvære for hele barnet. Omfattet 34 kurs med 274 barn med foreldre.</p>	<p>Etter programmet ble det sett en statistisk signifikant reduksjon i BMI, i tillegg til økt livskvalitet. Evalueringsresultatene tyder på at et effektivt program kan utvikles med begrensede ressurser for å dekke behovene til «best-practice».</p>	<p>Familien. Undervisning/veiledning. Tidlig intervensjon viktig i forhold til forebygging. Holistisk menneskesyn.</p>
<p>The Role of Media in Influencing Children's Nutritional Perceptions. Dorey, E., J. McCool. <i>Qualitative Health Research. Vol 19(5), May 2009. p 645-654.</i></p>	<p>Nylig har massemedia i barnets miljø, spesielt matreklame, kommet i søkelyset som en medvirkende faktor til den økende utbredelsen av fedme i barndommen.</p>	<p>Fokusgrupper ble brukt til å utforske hvordan barnas vurdering av ulike former for media påvirker deres helserelaterte oppfatninger om spisevaner og ernæring. Det ble brukt fokusgruppe-metodikk. 90 deltagere i alderen 10-12 år ble rekruttert fra skoler over hele Auckland, New Zealand. Skolene ble tilfeldig valgt ut blant de rangert med lav, middels og høy sosioøkonomisk status.</p>	<p>Resultatene viser at mediene er en viktig faktor til å forme hvordan unge mennesker oppfatter sunne kropper. Informasjon om mat fra massemediene ble ikke sett på som en troverdig kilde til helseinformasjon. I stede bidrar de til å bygge eller forsterke dominerende misoppfatninger om mat, sunne spisevaner og ernæring. Ernæringsmessig informasjon i både helsefremming og reklame ble oppfattet i konflikt og tvetydig, og kan bidra til å undergrave troverdigheten av helsefremmende tiltak.</p>	<p>Media's rolle i påvirkning av barn. Selvbilde. Stigmatisering. Negativ undervisning.</p>
<p>Preventing obesity: Challenges and pitfalls for health promotion. Malterud K., S. Tonstad. <i>Patient Education and Counseling, 2008, 76(1), p. 254-259.</i></p>	<p>Formålet er å utforske utfordringer til helsefremmende strategier mot fedme, med spesiell oppmerksomhet på den skandinaviske konteksten.</p>	<p>Analytisk induksjon, en prosedyre for å verifisere teorier og forslag basert på målrettet utvalgte litteraturhenvisninger, med påfølgende kritisk refleksjon.</p>	<p>Helsefremmende innsats mot fedme møter utfordringer knyttet til den skjeve fordelingen av sårbarhet for vektøkning i befolkningen, og til de komplekse nevroregulerende årsaksfaktorene som forklarer hvorfor fedme ikke bare dreier seg om livsstil.</p>	<p>Holistisk menneskesyn. Individuell tilpasning av forebyggende program. Undervisning/veiledning. Kulturen kan skape «victim-blaming» og umyndiggjøring. Gå bort fra et enkelt energi balanse syn på utvikling av overvekt.</p>

Gjennom arbeidet med forskningsartiklene har vi funnet visse hovedtemaer vi føler er aktuelle for vår problemstilling og som vi ønsker å gjøre rede for.

## **Barrierer**

På tvers av demografi, viser en amerikansk studie at deltagerne oppfatter like barrierer og løsninger med fokus på ernæring og for å bedre fysisk aktivitet. Det var bred enighet om at familien har hovedansvaret med behov for økt fokus på prioritering av kvalitet og varighet av tidsbruk rettet mot ernæring og fysisk aktivitet i familien (McCarron et al. 2010).

Helsesøstere oppfatter barrierer med å ta opp vektrelaterte helsetemaer med barn og deres familier i urbane og rurale skolekretser i Midtvesten i USA. I samsvar med den eksisterende litteraturen, identifiserte helsesøsteren en mangel på kunnskap og ressurser, utfordringer med sin personlige vekt, mangel på institusjonell støtte og mangel på tid som hindringer for vektrelatert kommunikasjon med familier. I tillegg identifiserte studiet også at familieegenskaper, barns motivasjon, frykt for reaksjoner og vanskeligheter med å etablere relasjoner med barn var barrierer som hindret deres kommunikasjon med familiene om helse relatert til vekt. De fleste helsesøsterne som var med i studien nevnte at noen av familiene ikke så på vekt som et problem og at familiene ikke virket motiverte til å ta vekt på alvor. I tillegg ble det observert at barn med vektproblemer hadde kompliserte familiesituasjoner som gjorde det vanskelig å gripe inn. Helsesøsterne var også redd for foreldrenes reaksjon på å motta informasjon om deres barns vekt. De var redd for at foreldrene skulle ta dette personlig eller se på det som om barnet skiller seg ut (Steele et al. 2011).



## **Holistisk menneskesyn**

For å redusere BMI, samt få økt livskvalitet, er det ikke nok å kun fokusere på aktivitet og ernæring. For familier med barn med risiko for overvekt og fedme er multikomponente forebyggende programmer anbefalt ved hjelp av kunnskap og tilgang til viktige rådgivere. En tilnærming som fokuserer på fysisk, psykisk og sosial velvære for hele barnet har vist gode resultater (Watson-Jarvis, Johnston og Clark 2011).

Årsaken til fedme dreier seg ikke bare om livsstil. Helsefremmende strategier for å forebygge fedme må inkludere mer enn bare et enkelt syn på energibalanse på vektøkning. Helsefremmende tiltak mot fedme møter utfordringer knyttet til den skjeve fordelingen av sårbarhet for vektøkning i befolkningen og til de komplekse nevroregulerende årsaksfaktorene (Malterud og Tonstad 2008).

## **Undervisning, veiledning og bruk av mentorer**

En test med bruk av en mentor-model som koblet sammen trente tenåringer med yngre barn etter skoletid for å levere en læreplan, tok sikte på å fremme sunne mønstre av matinntak og fysisk aktivitet. Flere skolebaserte programmer i USA har begynt å inkludere mentorveiledning i sine læreplaner for å påvirke oppgavelæring og selvtillit hos barn. Helselæreplanen anvendte kognitive, adferdsmessige og affektive metoder som hjelper barn til adferdsmessige endringer i forhold til ernæring og fysisk aktivitet. Disse metodene fokuserte på å øke kunnskap, holdninger, mestringstro og oppfattet kontroll over egen atferd i forhold til det å spise sunt og å utøve regelmessig fysisk aktivitet.

Veiledede barn viste stor bedring i kunnskap, holdninger, mestring, oppfattet støtte og BMI. Fortolkningen til studiet er at tenåringsmentorer effektivt kan påvirke barns intensjon om å bedre helsemessig atferd, noe som er grunnleggende for å normalisere BMI (Smith 2010).

Familier i en studie fra USA identifiserte nødvendige tiltak fra eksterne kilder utenfor familien som for eksempel klar og konsekvent informasjon om ernæring. Familiene etterlyste samhandling mellom helsevesen, skole, miljø, det offentlige, frivillige organisasjoner og foretningsvirksomheter for å hjelpe med å ta sunnere valg og å skape en sunn livsstil (McCarron et al. 2010).

Et familiefokusert og atferdsbasert utdanningsprogram med tittelen Make It HAPPEN ble utviklet i Canada 2005-2006. Utdanningsprogrammet omfattet kurs for barn i aldersgruppen 6-12 år. Tilsammen 34 kurs ble avholdt og 271 barn med foreldre fullførte programmet. Som et resultat av programmet ble det dokumentert en statistisk signifikant reduksjon i BMI, i tillegg til økt livskvalitet (Watson-Jarvis, Johnston og Clark 2011).

En studie utforsket hvordan barn vurderer ulike former for medias påvirkning på deres helserelaterte oppfatning om spisevaner og ernæring. Resultatet viser at mediene er en viktig faktor for å forme hvordan unge mennesker oppfatter et sunt kosthold og sunne kropper. Informasjon om mat fra massemediene ble ikke sett på som en troverdig kilde til helseinformasjon. I stede bidrar de til å bygge eller forsterke dominerende misoppfatninger om mat, sunne spisevaner og ernæring. Budskap om ernæring innebygd i både helsefremming og i reklame ble oppfattet som å være i konflikt og som tvetydige, og kan bidra til å undergrave troverdigheten av helsefremmende tiltak (Dorey og McCool 2009).

## Drøfting

I drøftingen bruker vi nærmiljømodellen som ramme for å gi en oversiktlig og systematisk fremstilling av valgt teori/perspektiv, relevant forskning og egne erfaringer. Oppgavens betydning for sykepleien, sykepleiere og sykepleietjenesten vil også bli drøftet. Vi mener at den beste fremstillingen vil være å jobbe oss utenfra og inn i forhold til systemene i nærmiljømodellen. Hensikten med oppgaven vil være å få økt forståelse av årsaken til utvikling av overvekt og fedme, og se hvordan dette kan forebygges.

## Makrosystemet

Siden dette systemet representerer samfunnets rammebetingelser, og dette påvirker de andre systemene, synes vi det er naturlig å starte drøftingen her. Lovverk og forskrifter legger nasjonale føringer for hvilke rettigheter befolkningen har og hva slags begrensninger og krav som forventes av kommunene og helsepersonell. Dette vil påvirke tjenesten brukerne mottar av primær- og spesialisthelsetjeneten.

WHO's definisjon på helse ser vi på som en idealisk tilværelse som er vanskelig å oppnå. Det er ikke en ren sykdomsorientert helseoppfatning, men det fokuserer også på den mentale, kroppslige og sosiale dimensjonen av mennesket, altså holistisk. Dette er positivt da dette utvider synet på hva helse dreier seg om, men realistisk sett er definisjonen uoppnåelig og mer en visjon siden den krever fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære. Vi mener da at Antonovsky's syn på det å fremme helse, gjennom salutogenese, er en god modell for å fremme folkehelse.

Holistisk menneskesyn, er slik vi ser det, er i tråd med Stortingsmeldingene nr. 16, nr. 20 og nr. 47 når det gjelder forebygging av overvekt hos barn. De fokuserer på områder som kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse, sosiale miljøfaktorer, utjevne sosiale helseforskjeller, forebygging og tidlig intervensjon, noe studiene av Watson-Jarvis, Johnston og Clark (2011) og Malterud og Tonstad (2008) også trekker frem. Malterud og Tonstad (2008) sier at befolkningen har ulik sårbarhet for å legge på seg, og at selv om alle er ansvarlig for sin egen livsstil, er det samfunnets ansvar å jobbe med forebygging. Dette må individuelt tilpasses.

Overordnede nasjonale føringer er tiltak som utarbeides og utføres hovedsaklig på lokalt nivå rettet mot befolkningen. Etter lovverket har kommunene hovedansvaret for tiltak som er helsefremmende og forebyggende. For barn og unge er familie, nabolag, barnehage, skole og helsestasjon arenaer som er viktige for det forebyggende arbeidet.

Grunnleggende helsefremmende tiltak er å sørge for gang- og sykkelveier, grønne lunger i nærmiljøet og arealplanlegging der alle aldersgruppers mulighet for fysisk aktivitet blir ivaretatt. Eksempler på forebyggende tiltak er “godtefrie” kasser i matbutikker og nøkkelhullsmerking av sunne matvarer. Det som har vist seg å gi best resultat er tidlig intervensjon gjennom individuelle oppfølgingstiltak for hele familien der barn er i risikogrupper. Det å følge opp over tid er viktig (Helsedirektoratet 2010). At barn trygt skal kunne gå eller sykle til og fra skolen er en nasjonal målsetning. Vi har i den senere tiden sett en trend ved at grendeskoler nedlegges. Dette kan føre til at barn og unge som tidligere har gått eller syklet til skolen nå tvinges til å bli kjørt eller å ta buss. Det kan se ut som om dette virker til å frata de berørte barna denne muligheten til daglig aktivitet. Fylkeskommuner, kommuner og skoleeier har ansvaret for de fysiske omgivelsene i skolegården, hvor barn tilbringer til sammen ca. 2000 timer i

løpet av de ti årene de går i grunnskolen. I tillegg har Helsedirektoratet utarbeidet retningslinjer med anbefalinger om hvordan skolemåltidet bør organiseres og serveres (Helsedirektoratet 2010).

Sykepleiere har også et ansvar for å jobbe helsefremmende og forebyggende. Derfor bør helsesøster i skolehelsetjenesten være en pådriver for at de fysiske omgivelsene i skolegården blir trivelig og innbyr til lek og moro, og at skolekantiner tilbyr sunn mat og drikke. Slik vi ser det, er dette i tråd med Florence Nightingale's sykepleieteori med fokus på tilrettelegging av miljøet.

Regjeringen har et mål om 100 % barnehagedekning, og dermed blir barnehagen en viktig arena for å utvikle gode vaner hos alle barn i forhold til aktivitet og kosthold. Barnehager oppfordres til at utelek, friluftsliv og samarbeid med fysioterapeut gjennom Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 (Helsedirektoratet 2010). Selv om vi har valgt å fokusere på barn i barneskolen, mener vi at grunnlaget som blir lagt i tidligere alder med vaner i forhold til aktivitet og kosthold blir viktige når barnet begynner på skolen.

Tiltak som er rettet mot befolkningen som er i risiko for overvekt og fedme i forhold til livsstil, mener vi handler like mye om kultur. Erikson (1902-1994) mener at barnets psykososiale utvikling har en sammenheng med den kulturelle konteksten. I følge Smith (2010) er det flere variabler som har sammenheng med andelen overvektige og fete barn. Dette dreier seg om geografisk område, kultur og sosioøkonomiske forhold. I denne studien viste det seg at kulturen var et problem med tanke på at de som bor i Appalachia-området i USA har et høyere inntak av mat som inneholder fett og kalorier, mindre inntak av frukt og grønnsaker, mindre daglig fysisk aktivitet og bruker mer tid på TV-titting. En kan spørre seg om hvilke kulturelle og økonomiske insentiver som skal til for å snu den ernæringsmessige overgangen. Matvarekjeden Kiwi har satt ned prisen på "frukt og grønt", og de har

utfordret regjeringen til å gjøre det samme. Det at en har tilgang på sunn mat er viktig, også når det gjelder pris. Alle disse nasjonale føringene med befolkningsrettet forebygging vil, slik vi ser det, påvirke barnet i de andre systemene i nærmiljømodellen.

Steele et al. (2011) beskriver at helsesøstre i USA opplever ulike samfunnsmessige normer som barrierer til å ta opp vektrelaterte spørsmål med barn og familier. Slike barrierer er blant annet økt stillesittende atferd og en endring av syn i befolkningen på hva som er normal vekt. En helsesøster i studiet beskrev egne erfaringer med at flere overvektige mennesker ikke oppfatter seg selv som unormale fordi overvekt begynner å bli normen. Andre opplevde barrierer er utbredelsen av usunn mat og en økt størrelse på matporsjoner.

Malterud og Tonstad (2008) legger frem at på befolkningsnivå er kroppsvekt et spørsmål om klasse. I utviklede land blir overvekt assosiert med lav sosioøkonomisk status, mer blant kvinner enn menn. Det kan derfor være en idé å forebygge vektøkning hos de som har lav sosioøkonomisk status. Utvikling av fedme er også assosiert med følelsesmessig stress tidlig i livet eller seksuelt misbruk. Fedme ses i sammenheng med depresjon og spiseforstyrrelser.

I studien til Dorey og McCool (2009) fant de ut i samtale med barn at media ble sett på som primærkilden til informasjon. Det positive med dette mener vi er at staten kan helsefremme og forebygge overvekt og fedme ved å informere og undervise gjennom mediene. Kunnskap er i følge Dorothea Orem sentralt for at mennesker skal kunne yte egenomsorg. Dette forutsetter at barna får riktig informasjon og at de tar den til seg. Barna blir påvirket av media i forhold til informasjon om mat og om hva som er en normal og sunn kropp. Dette er ikke alltid positivt. I blader og på tv blir ofte

slanke mennesker frontfigurer i for eksempel mote- og matreklame. Dette kan føre til dårlig selvfølelse og selvbilde hos barn som ser “annerledes” ut, eller at de som er “annerledes” blir stigmatisert. I følge Dorey og McCool (2009) ble helsefremmende tiltak lite troverdige og undergravet blant barn pga den store mengden reklame i forhold til mengden helsefremmende tiltak gjennom mediene. Florence Nightingale fokuserte på å fjerne negative miljøfaktorer. I denne settingen kan nok sykepleieren føle avmakt ved at mye reklame, for eksempel McDonald’s, er rettet mot barn og strider mot det som er helsefremmende. Men en kan prøve å påvirke myndighetene gjennom interesseorganisasjoner som for eksempel Norges Sykepleieforbund.

Helsedirektoratet (2010) har kommet med retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det positive med dette er at en har muligheten til å plukke opp de som er i risikozonen for utvikling av overvekt og fedme, eller de som allerede er det, og dermed jobbe helsefremmende og forebyggende i forhold til dette. Vi mener at disse nasjonale føringene også kan føre til stigmatisering ved at BMI klassifiserer barn som overvektige eller fete. Ikeda, Crawford og Woodward-Lopez (2006) beskriver at barn i England er redde for å bli overvektige fordi dette er sosialt uakseptabelt i deres kultur. Ved at et barn blir stemplet som overvektig kan dette motivere barnet til å foreta desperate tiltak for å redusere egen vekt med påfølgende utvikling av spiseforstyrrelser. Vi mener at dette er overførbart også til norske forhold.

## **Eksosystemet**

Innen konteksten av nærmiljømodellen er det flere forhold i eksosystemet som belyses nedenfor. Lien et al. (2010) vektlegger tre miljøer som preger barnets oppvekst: det kulturelle miljø, det fysiske miljø og det sosiale miljø. Det kulturelle miljøet omfatter blant annet etnisk bakgrunn og sosio-økonomisk

status. Florence Nightingale var opptatt av det fysiske miljøet og at sykepleieren må bidra til å tilrettelegge miljøet og omgivelsene for derigjennom å fremme ressursene til pasienten. Nightingale fokuserte spesielt på å fjerne negative miljøfaktorer. Miljøet skulle virke helsefremmende og bevare helsen (Kristoffersen 2005).

I studiet til McCarron et al. (2010) var det stor enighet blant deltagerne på bymøtene at det er viktig å tilrettelegge et miljø som bidrar til å fremme fysisk aktivitet hos barn. Deltagerne i studiet identifiserte også tilgang til sunn mat som et nødvendig tiltak for å bedre kostholdet hos barn. Det var bred enighet blant deltagerne om at familien hadde hovedansvaret for å bedre kosthold og fysisk aktivitet hos barn og at familien måtte prioritere å bruke mer tid på dette sammen med barna.

Foreldrene er rollemodeller for barn og kan tilrettelegge familiens hjem for tilgang til sunn mat og fysisk aktivitet. Det kan se ut som om hjemmemiljøet til flere barn har endret seg de siste tiårene, hvor flere foreldre i større grad er inaktive. Malterud og Tonstad (2009) belyser at den moderne livsstil og miljø i vestlige land generelt krever mindre fysisk aktivitet enn i tidligere tider. Bruk av kjøretøy, fjernkontroller og tilgang til internett har redusert aktivitetsnivået for mange i befolkningen.

Forfatterene peker på at bevegelsesfrihet og hastighet er høyt verdsatt hos mange, slik at selv på korte strekninger så velges bilen som transportmiddel fremfor det å gå eller sykle. Blant 40-åringer i Norge antas 15-30% å være fysisk inaktive og denne gruppen bruker sin fritid hovedsakelig til stillesittende aktiviteter, som for eksempel å lese, se på TV eller til andre stillesittende aktiviteter.

Steele et al. (2011) beskriver at helsesøstre også oppfattet kulturelle faktorer som barrierer i sitt arbeide med å kommunisere med familier med en annen kulturell bakgrunn enn sin egen. De kulturelle



faktorene som ble beskrevet var språk, andre mattradisjoner, ulike syn på normal kroppsstørrelse og en stor forekomst av overvekt hos noen etniske grupper. Forfatterene argumenterer for behovet for at helsesøsteren utvikler en kulturell forståelse, uten nødvendigvis å være ekspert på alle sider ved hver etnisk kultur. Denne forståelsen krever aksept for at kulturelle faktorer påvirker helsemessig atferd. I Norge finnes det i dag også mange ulike etniske grupper i befolkningen. Kumar et al. (Kumar et al. 2006, Malterud og Tonstad 2008) sin forskning viser at ikke-vestlige kvinnelige innvandrere til Norge har en større forekomst av fedme enn kvinner født i Norge. I studiet fremheves kvinner innvandret fra Tyrkia, Sri Lanka og Pakistan til å ha en større forekomst av fedme.

Barn blir eksponert for og påvirket av media og reklame. Dorey og McCool (2009) sin studie av barn i alderen 10-12 år viser at media påvirker barns helserelaterte oppfatninger om spisevaner og kosthold. Media bidrar til å bygge eller forsterke dominerende misoppfatninger om mat, sunne spisevaner og ernæring. Foreldrene kan sette grenser for mye stillesittende aktivitet barnet har foran TV og derigjennom bidra til å redusere eksponeringen til barn for reklame. Malterud og Tonstad (2008) fremhever at for voksne Nordmenn så har i perioden 1971-2000 tid brukt til å se på fjernsynet økt fra 61 til 108 minutter daglig i gjennomsnitt. Når undersøkelser viser at voksne bruker mer tid på å se fjernsyn, så vil dette også prege hverdagen i hjemmemiljøet til barnet.

Watson-Jarvis, Johnston og Clark (2011) beskriver familie baserte programmer som arenaer for å danne støttende miljøer for barn og familien i deres eget lokalsamfunn. Et viktig fokus i slike programmer er også å undervise foreldre i å støtte barnets endring av adferd, slik at familien som en enhet samlet kan ta tak i de nødvendige endringer i kosthold og fysisk aktivitet som er påkrevet for å forebygge overvekt. Som vist i studiet til Steele et al. (2011) oppfatter helsesøstre på skoler i USA flere

institusjonelle barrierer i skolemiljøet til det å kommunisere med familier om vekt relatert til helse.

Barrierer i eksosystemet som identifiseres er begrensninger i forhold til tid, manglende støtte fra skoleledelsen og andre ansatte, manglende muligheter i skolemiljøet for fysisk aktivitet og tilgang til sunn mat.

Smith (2010) sin studie om bruk av tenåringsmentorer for å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet viser en annen måte skolemiljøet kan jobbe forebyggende på. Bruk av tenåringsmentorer finner sted i regi av skolen, men først etter skoletid for å bygge videre på den helseundervisningen som lærere gir i løpet av den vanlige skoledagen. Forfatteren beskriver at mentorer, som for eksempel frivillige tenåringer eller voksne fra lokalsamfunnet, kan spille en sentral rolle som ressurs i arbeidet med barn. Det ser ut som om slike programmer med dokumenterte resultater kan medvirke til å sikre støtte fra skoleledelsen og andre ansatte i skolen.

I en liten kommune på Østlandet hvor vi var i praksis, hadde flere helsesøstere i samarbeid med flere barneskoler utviklet et program med fysisk aktivitet for overvektige barn etter skoletid. I gymtimene på skolen opplevde disse barna dårlig trivsel, mens de storkoste seg under aktivitetene i dette programmet. På grunn av dårlige ressurser ble et samarbeid med videregående skole, en idrettslinje, en varig løsning på at programmet skulle fortsette. Dette ble en del av ledelsesfaget for elevene på idrettslinja, og de ble dermed unge mentorer for deltagerne. Selv om vi ikke kan dokumentere at barna har gått ned i vekt, har det uansett påvirket dem til å være i mer fysisk aktivitet. Dette viser at tverrfaglig samarbeid er viktig for å jobbe helsefremmende og forebyggende mot overvekt, og dette er også en del av formålet med Folkehelseloven (2011).

Tverrfaglig samarbeid dreier seg om at oppgaver blir løst ved samarbeid mellom ulike yrkesgrupper med ulik kompetanse. Når en jobber i helsesektoren vil en jobbe sammen med mange andre yrkesgrupper. Alle rollene i tverrfaglig samarbeid er viktige, og det er også viktig å være bevisst på egen og andres kompetanse. En må bidra med den kompetansen en selv har, samtidig som du må vite hva du har kompetanse og myndighet til å utføre, og hva en skal overlate til andre. Tverrfaglig samarbeid bør også skje på tvers av kommunegrensene med kunnskaps- og erfaringsutveksling. Dette kan skje i regi av fagorganisasjoner som for eksempel Barnesykepleierforbundet, hvor en samler sykepleiere i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

## **Mesosystemet**

Steele et al. (2011) beskriver i sin studie at helsesøstre i skolen opplever flere barrierer i sin kommunikasjon med familier. Helsesøstrene fremhever blant annet dårlige tidligere erfaringer med familier, frykt for negative reaksjoner fra andre og vanskeligheter med å etablere relasjoner med barn og familier. Erfaring fra vår egen praksis hos helsesøster i skolehelsetjenesten kan tyde på at dette også er et problem i Norge. En helsesøster sa at det er vanskelig å ta opp barnets overvekt med foreldrene fordi de ofte tar dette personlig. Forfatterene mener at bruk av motiverende samtaler (MI) kan være et godt redskap for å hjelpe helsesøstre som opplever barrierer i sin kommunikasjon med familier. MI kan fremme etablering av et samarbeidsvillig forhold mellom helsesøsteren og foreldre. MI har fokus på å respektere pasientens autonomi og kan derfor redusere negative reaksjoner i forhold til helsesøsters arbeid med å gripe inn. Bruk av MI til å forebygge overvekt hos barn anbefales også av Barlow (Barlow 2007, Øen 2009), og dette begrunnes med at familiemedlemmene da får støtte til å finne sin egen motivasjon til å foreta forandringer i levestil. Øen (2009) beskriver at bruk av MI kan medvirke til

å utvikle endringskompetansen til folk. Dette er en måte å gi “makt til” brukeren og styrke personens autonomi, slik vi ser det.

I løpet av vår praksis i pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, hospiterte vi oss helsesøster i en mindre by på Østlandet. Der var det avholdt et dagskurs for foreldre med overvektige barn i regi av helsestasjonen i kommunen. Det positive som vi opplevde med dette kurset var at det var fokus på tverrfaglighet i planlegging og gjennomføring av kurset. De ulike profesjonene fra primærhelsetjenesten som deltok var lege, psykolog, helsesøster og fysioterapeut. I løpet av kurset var det en bred tilnærming i forhold til tema. Det ble gitt informasjon om overvekt og fedme, kosthold og ernæring, fysisk aktivitet og mosjon, motivasjon og endringsarbeid, og om foreldrerollen og grensesetting. Det var stor fokus i undervisningen på å bygge en positiv lagfølelse i familien, slik at foreldre og barn jobbet sammen og støttet hverandre i endringsarbeidet. Det ble fremhevet at et system med familieregler i forhold til kosthold og fysisk aktivitet med et tilhørende belønningssystem kunne medvirke til å etablere sunne vaner. Det kan se ut som om denne form for undervisning kan medvirke til empowerment for foreldrene og barnet. Foreldrenes kompetanse i rollen som foreldre kan styrkes og kurset presenterer verktøy som legger til rette for en bedre samhandling mellom foreldre og barn.

Dorothea Orems egenomsorgsteori bygger blant annet på hennes syn på kunnskap. Orem mener at menneskers evne til å yte egenomsorg baserer seg på kunnskap, og evnen til å bruke kunnskapen og ferdighetene i praktisering av egenomsorg (Kristoffersen 2005). I McCarron et al. (2010) sin studie etterlyste deltagerne på bymøtene tilgang til informasjon og undervisning om riktig ernæring. Det kan tyde på at deltagerne erkjente at kunnskap om ernæring gir dem empowerment i forhold til det å sikre et sunt kosthold hos barn. Erfaring fra vår egen praksis på helsestasjonen kan tyde på at foreldre ofte føler avmakt fordi barnet er overvektig. Foreldrene føler de gjør alt de kan for at barnet skal gå ned i vekt, uten å lykkes. Kunnskap er makt.

Helsesøster som helsepersonell sitter i en maktposisjon hvor hun har makt i kraft av sin stilling og sine kunnskaper. Gjennom lovgivning og tilgjengelige ressurser begrenses eller tillegges hun handlefrihet. På dette punktet har helsesøsteren makt over situasjonen og til en viss grad over barnefamiliene, og det er viktig at hun er klar over dette. Ved at helsesøsteren informerer og deler sine kunnskaper, gir hun makt til barnefamiliene ved å øke deres mulighet til empowerment. Makt til barnefamiliene er nyttig hvis forutsetningene for empowerment er til stede. Hva kan helsesøster i sin maktposisjon gjøre hvis forutsetningene for empowerment ikke er til stede? Skal hun da bare fokusere på de familiene som gir henne mulighet til å påvirke? Dette blir et yrkesetisk dilemma.

Programmet fra Canada i artikkelen til Watson-Jarvis, Johnston og Clark (2011) hadde fokus på interaksjoner med og undervisning av familien i forhold til å forebygge overvekt og fedme hos barn. Programmet som kunne dokumentere gode resultater hadde en helsesentrert tilnærming, med et holistisk menneskesyn i fokus, og ikke bare en vektsentrert tilnærming til overvekt. Foreldrene ble blant annet undervist ferdigheter for å støtte endring av barnets atferd. Slik kunne familien som en enhet gjøre endringer i forhold til kosthold og aktivitet, noe som skapte et støttende miljø i hjemmet til barnet. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003) sier at det skal tilbys opplysningsvirksomhet og foreldreveiledning. Dette blir helsesøsterens helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene. Gjennom kunnskap får foreldrene mulighet til å støtte barnets egenomsorg, slik Orems teori beskriver, og miljøet i hjemmet blir tilrettelagt, slik som Nightingales teori fokuserer på.

Et holistisk menneskesyn bør være styrende i forhold til det å forebygge fedme argumenterer Malterud og Tonstad (2008). Som en konsekvens så mener forfatterene at klinisk forebyggende arbeid i stor grad må være skreddersydd og tilpasset det enkelte individ. Vi mener at en måte å gjøre dette på er et tverrfaglig samarbeid mellom fastlege, helsesøster, fysioterapeut, psykolog og lærere. For at dette skal bli vellykket må de forskjellige tjenestene koordineres og samordnes. Kommunene skal tilby brukeren en person som har hovedansvaret for å koordinere tjenestene og som kan sørge for at det blir en fremdrift i arbeidet. Dette kalles en individuell plan. En sykepleier kan få ansvaret for å koordinere de forskjellige tjenestene, og i dette tilfellet blir det helsesøster.

Det er bevist at enkelte av de som jobber med livsstilsendring hos overvektige også stigmatiserer. Dette kan føre til at møte med legen eller andre i helsevesenet blir utsatt fordi den stigmatiserte føler at han blir dømt (Folkehelsearbeid 2010). Noen kan føle seg stigmatisert ved at deres valg av prioriteringer og livsstil blir kritisert og dømt. I skolesammenheng er helsesøster pliktig til å ta opp med familier forhold som truer barnets helse, slik vi forstår Helsepersonelloven (1999) som speiler Pasient- og brukerrettighetsloven (2012). Til syvende og sist er det familiens eget valg å motta helsehjelp eller ikke, i følge hovedregel om samtykke i Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 (2012). Når dette tas opp med familien kan det lønne seg, i første omgang, å prate med dem på et generelt grunnlag. Dette for å etablere god kontakt og et godt samarbeid. Hvis helsesøsteren velger en sterk paternalistisk fremgangsmåte, kan dette være situasjonsbetinget riktig, men at det er viktig å ikke stigmatisere ved å speile sine egne holdinger. Helsesøster har forskjellige plikter og barnefamilier har forskjellige rettigheter gjennom lovgivning, men at dette begrenser seg til nærmiljøets ressurser. Hvis barnefamilier i denne situasjonen nekter å ta i mot helsehjelp, skal helsesøsteren da trenge seg på med sine anbefalinger og hjelp?

## Mikrosystemet

I dette systemet er barnet i fokus. For å kunne jobbe helsefremmende og forebyggende med overvekt og fedme, er det viktig å vite hvordan barn i barneskolealder (6-12 år) oppfatter verden. I tillegg blir Antonovskys modell for å fremme helse, *salutogenese*, med Sence of Coherence som tilnærming et godt hjelpemiddel siden dette i følge Stamsø (2009) grunnlegges i barne- og ungdomsårene. Dette er i tråd med det holistiske menneskesynet. I sykepleierrollen blir Florence Nightingales teori om tilrettelegging av miljø og fremming av barnets ressurser, og Dorothea Orems teori om egenomsorg viktige.

I barnets konkretoperasjonelle stadium (Piaget) blir spørsmålet hvordan sykepleieren skal jobbe i forhold til bemyndigelse og brukermedvirkning. Det må tas med i betraktningen at barnet sammenligner seg med andre jevnaldrende i den psykososiale utviklingen (Erikson 1902-1994). Hvor mye makt skal en overføre til barnet? Et barn har behov for regler og grensesetting fordi det ikke alltid er i stand til å ta riktige avgjørelser. Orems egenomsorgsteori om svak paternalisme kan være aktuelt her. På denne måten kan en undervise og veilede barnet for at det skal være i stand til å ta avgjørelser om eget liv og helse, samtidig som en påvirker barnet til å ta riktige avgjørelser hvis det er behov for det.

Studien til Smith (2010) viste at riktig type undervisning og veiledning førte til stor bedring i kunnskaper og holdninger til aktivitet og kosthold. Erfaring fra praksis med helsesøster i undervisning om helse hos 10-åringer, kan tyde på at barn i denne alderen viser stor kunnskap om hva som er sunt og usunt i forhold til kosthold og aktivitet. Dette kan imidlertid være uten betydning siden barnet er prisgitt

sine foreldre, og situasjonen fører til avmakt for barnet i forhold til bosted, økonomi, aktivitets- og kostholdsvaner.

Steele et al. (2011) identifiserte at barns motivasjon til å gå ned i vekt og vanskeligheter med å etablere et forhold mellom helsesøster og barnet som barrierer for å samtale om barnets vekt. Forholdet mellom barnet og helsesøster kan lettere etableres gjennom MI. Tilnærmingen er pasientsentrert og kan ha en positiv påvirkning på barnets atferd. Ved å utforske barnets perspektiv på sin overvekt kan den indre motivasjonen forbedres i stedet for å tvinge barnet til å følge et behandlingsopplegg. Ved å lytte til barnets tanker om endring, vil dette ivareta autonomien og lette samarbeidet. Vi ser for oss at MI kan brukes for å avklare mål, ressurser og behov for tjenester til å utvikle en individuell plan. Deretter må en vurdere realistiske tiltak og bistandsbehov som helsesøsteren skal koordinere.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) er, slik vi ser det, med på å sikre at alle som har behov for det får tilbud om helse- og omsorgstjenester gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunen. I tillegg sikres det bedre samhandling innad i kommunen. Lovens formål som er aktuell i helsesøsterarbeidet er: forebygging av sosial trygghet, bidra til likestilling og likeverd og forebygge sosiale problemer, sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig og individuelt tilpasset hver enkeltes behov, sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet, og bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Alle disse punktene er viktige i helsesøsterarbeidet.

En stempling av et barn som overvektig gjennom bruk av BMI kan stigmatisere i forhold til det å være "tjukk". Barn er engstelige for å bli tjukke, ikke på grunn av den helserisiko det innebærer, men på



grunn av det å være tjukk ikke er sosialt akseptabelt i vår kultur. Amerikanske studier av barn allerede i fem års alder viser at de har tatt opp kulturens negative holdning til tynne mennesker (Musher-Eizenman, Holub, Miller 2004; Ikeda, Crawford og Woodward-Lopez 2006). Andre studier er også bekymret for at den økte fokus på BMI-beregning vil øke det sosiale presset på barn til å oppnå en perfekt kropp. Fordi barn vet at det å være tjukk er lite ønskelig, har barn blitt mer opptatt av kroppens utseende (Smolak 2003; Ikeda, Crawford og Woodward-Lopez 2006).

Fra tidlig barndom viser det seg at barn stigmatiserer andre overvektige barn. Det er fra tv, sine forbilder og foreldre at barna lærer. De tar dette med seg videre til sine medelever på skolen, og stigmatiseringen skapes og vokser. Forskning viser at det er mange negative assosiasjoner til overvektige barn, og den samme forskningen viser dessverre at overvektige barn også har negative assosiasjoner til andre overvektige barn, og dermed også til seg selv (Folkehelsearbeid 2010).

Den danske psykologen Lassen (2008) mener at overvekt kan forebygges ved å satse på å nå risikogruppene. Hun fremhever barn fra overvektige familier, barn som er utsatt for mobbing eller omsorgssvikt, eller på en annen måte savner noe, som maten lett kan bli en kompensasjon for. Lassen påpeker også risikofaktorer som samfunnets holdninger til den overvektige, slankekurer og angsten for fett og den overvektiges negative selvbilde.

## **Betydning for sykepleien, sykepleiere og sykepleietjenesten**

Vi ser for oss at vår oppgave kan bidra til oppdatert kunnskap om årsaker til overvekt og fedme og tiltak i forhold til forebyggende og helsefremmende arbeid. Dette gjelder for sykepleiere, sykepleien og sykepleietjenesten.

Helsepersonelloven §4 (1999) fastslår at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet. Sykepleiere som utfører sitt arbeid uforsvarlig eller går utenfor kompetansenivået, risikerer å miste sin autorisasjon. Det er viktig at sykepleiere innhenter bistand eller henviser der det er mulig eller behov for det. Forebygging av overvekt og fedme krever tverrfaglig samarbeid på grunn av de multifaktorielle årsakene.

I det forebyggende og helsefremmende arbeidet med overvekt og fedme tenker vi at barnet vil møte sykepleiere i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at sykepleieren som møter disse barna har kunnskap om årsaker til dette for at de skal kunne opptre profesjonelt. Det kan se ut som om helsepersonell som stigmatiserer mangler kunnskap om temaet. Vi ser at det er viktig å benytte seg av kunnskapsbasert praksis for å oppdatere og innhente kunnskap kontinuerlig for å kunne utføre best mulig sykepleie.

Sykepleierens interaksjon med barnet og foreldrene skjer i mesosystemet i nærmiljømodellen. På individnivå er det særlig helsesøster og fastlege som har ansvaret for å identifisere barn som er i risikogruppen for å utvikle overvekt og fedme. Steele et al. (2011) viser at sykepleiere kan oppleve barrierer i kommunikasjonen med barn og foreldre som omhandler helserelaterte spørsmål i forhold til vekt. Virkemidler som MI kan brukes for å overkomme slike barrierer i forhold til kommunikasjon. I kommunikasjon med familier fra annen etnisk kultur, vil det være viktig med kultursensitivitet.

## Metodiske overveielser

Da vi startet med skriveprogrammet på oppgaven, ble vi tipset om et nettbasert skriveprogram fra Google hvor vi begge kunne arbeide med samme dokument, fra hver vår pc, på samme tid. Vi har hatt god nytte av dette og spart mye tid siden vi for eksempel har sluppet å sende dokumenter frem og tilbake.

Overvekt og fedme er et stort tema med mange årsaksfaktorer, vi synes derfor at nærmiljømodellen har vært et fint hjelpemiddel for å strukturere tilnærmingen til problemstillingen. Dette gjorde også arbeidet med utvalget av forskningsartikler lettere.

På grunn av et vidt tema, har vi brukt et tankekart (vedlegg 1) som et verktøy til å avgrense drøftingen i oppgaven. Dette gjorde at vi lettere kunne fordele arbeidet og samtidig holde den røde tråden. Vi ser nå på slutten av oppgaven at vi med fordel kunne ha funnet flere forskningsartikler som omhandler de samme årsaksfaktorer og tiltak for å styrke troverdigheten av våre funn. Et bredere utvalg av søkeord i søkeprosessen kunne nok medvirke til dette.

## Konklusjon

Å forebygge overvekt hos barn er vanskelig. Årsaken til utvikling av overvekt og fedme er multifaktoriell og sammensatt. Samfunnets strukturelle endringer bidrar til mindre daglig fysisk aktivitet med blant annet lav terskel for bruk av transportmidler, nedleggelse av grendeskoler og økt skjermaktivitet. Kostholdet har større porsjoner og høyere energitetthet, noe som gir ubalanse i energi inn- og uttak. Barn er i tillegg individuelt sårbare for å legge på seg, noe som kan forklares gjennom biologisk kunnskap. Foreldrenes kunnskap om årsaker til overvekt og fedme, og familiestruktur er viktige forutsetninger for om barnet i oppveksten legger på seg.

Overvekt hos barn kan forebygges ved tidlig intervensjon, å satse på å nå risikogruppene, og å følge opp over tid. Foreldre og skole har stor påvirkning på barn og er viktige samarbeidspartnere. Viktig pedagogiske tiltak er undervisning, veiledning og bruk av mentor. Å tilrettelegge et miljø som fremmer fysisk aktivitet og tilgang til sunne matvarer er vesentlig. Et holistisk menneskesyn er sentralt i denne tilnærmingen med fokus på det fysiske, psykiske og sosiale velvære til barnet.

## Etterord

Først og fremst har vi lært mer om et tema som er dagsaktuelt og en utfordring i store deler av verden. I arbeidet med oppgaven har vi erfart at det å innhente og analysere nyere kunnskap gjennom en litteraturstudie har vært ressurskrevende. Samtidig blir slik forskningsbasert kunnskap en viktig del av grunnlaget for å utøve kunnskapsbasert praksis. Vi mener denne læringsprosessen gir oss bedre forutsetninger for å forstå og å utøve sykepleie som er faglig forsvarlig.

I arbeidsprosessen har vi sett nytten av å bruke en fremdriftsplan for å få flyt i arbeidet og ferdigstille oppgaven. Dette har også vært nyttig for å planlegge veiledning i oppgavens forskjellige elementer. Å være to personer i dette arbeidet ser vi på som en fordel for å få en tyngde i innholdet samtidig som en har en totaloversikt. Selv om SPL3903 er en ny eksamensform, føler vi at dette har vært en logisk og strukturert måte å jobbe med Bacheloroppgaven på.

# Litteratur

Antonovsky, Aaron (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. I: *Health Promotion International*, 11(1), s. 11-18.

Bostad, Tove, *Verdigrunnlag*. Nasjonal digital læringsarena, helse og sosialfag.

<http://ndla.no/nb/node/25459> (15.11.11)

Bray, G. A. (2004). Medical Consequences of Obesity. I: *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), s. 2583-2589.

Brug, Johannes et al. (2010). Evidence-based development of school-based and family-involved prevention of overweight across Europe: The ENERGY-projects design and conceptual framework. I: *BMC Public Health*, 10(276), s. 1-10.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dorey, E., J. McCool (2009). The Role of the Media in Influencing Children's Nutritional Perceptions. I: *Qualitative Health Research*, 19(5), s. 645-654.

Dysthe, O., F. Hertzberg, T. L. Hoel (2010). *Skrive for å lære. Skrivning i høyere utdanning*. 2. utgave. Oslo: Abstrakt Forlag A.S.

Erickson S.J., M. Gerstle, S.W. Feldsein (2005). Brief Interventions and Motivational Interviewing With Children, Adolescents, and Their Parents in Pediatric Health Care Settings I: *Arch Pediatr Adolesc Med*. 159(12):1173-1180.

Folkehelsearbeid, *Stigmatisering av overvektige skaper mer overvekt!* Forebygging og helsefremming i media, politikk og forvaltning. <http://folkehelsearbeid.wordpress.com/2010/12/11/stigmatisering-av-overvektige-skaper-mer-overvekt/> (15.11.11)

Folkehelseloven (2011). *Lov om folkehelsearbeid [online]* Lovdata. URL: [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov\\*&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov*&)

(04.05.12)

*Forskrift om helsestasjons- og skoletjenesten (2003) Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fastsatt av Helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) 3. april 2003 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 femte ledd og lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 3-8 første ledd. [online] URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20030403-0450.html&emne=hod&&>*

Gammersvik, Åse og Herdis Alvsvåg (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. I: *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), s. 18-29.

Helsedirektoratet (2010). Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2011). *Brukermedvirkning [online]*. URL: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx> (18.04.12)

Håkonsen, Kjell M. (2009). *Innføring i psykologi*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ikeda J. P., P. B. Crawford, G. Woodward-Lopez (2006). BMI screening in schools: helpful or harmful. I: *Health Education Research*, 21(6), s. 761-769.

Kommunale helse- og omsorgstjenesteloven (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester [online]* Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-20110624-030.html> (18.04.12)

Knutsen, I. R. og C. Foss (2010). Caught between conduct and free choice – a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), s. 126-133.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nordvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lassen, Linda (2008). *Myter og facts om overvekt*. København: Bogforlaget Frydenlund.

Lien, N. et al. (2010). Design of a 20-month comprehensive, multicomponent school-based randomised trial to promote healthy weight development among 11-13 year olds: The HEalth In Adolescents study. I: *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(Suppl 5), s. 38-51.

Malterud, Kirsti og Serena Tonstad (2009). Preventing obesity: Challenges and pitfalls for health promotion. I: *Patient Education and Counseling*, 76(1), s. 254-259.

McCarron, David A. et al. (2010). Community-Based Priorities for Improving Nutrition and Physical Activity in Childhood. I: *Pediatrics*, 126(2), s. S73-S89.

Nordvedt, Monica W. et al. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleie*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2012). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-001.html#1-1> (18.04.12)

Polit, D. F. og C. T. Beck (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 7. utgave. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Regjeringen (2011). Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/1.html?id=639795> (24.02.2012)

Regjeringen (2004). Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450.

[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/IS-1154\\_2619a.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/IS-1154_2619a.pdf) (24.02.2012)



Rønningen, G. E., Hauge, H. og Mittelmark, M. B. (2003). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog*. Bergen: Fagbokforlaget.

Slettebø, Åshild (2009). *Sykepleie og etikk*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Smith, Lauren H. (2010). Piloting the use of teen mentors to promote a healthy diet and physical activity among children in Appalachia. I: *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), s. 16-26.

Stamsø, Mary Ann (red.) (2009). *Velferdsstaten i endring*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stang, Ingun (2001). *Makt og bemyndigelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Starrin, Bengt (red.) (2007). *Empowerment. I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Steele, R. G. et al. (2011). School Nurses' Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach. I: *Journal of School Health*, 81(3), s. 128-137.

St. meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.

St. meld. nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Tveiten, Sidsel (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ulset Elisabeth, Rut Undheim, Kristi Malterud. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? I: *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127(1), s. 34 – 37.

Ulvestad, J. (2003). I: Hauge, H og Mittelmark, M. B. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog*. Bergen: Fagbokforlaget.

<http://www.forebygging.no/en/Ordbok/Q-A/Stigmatisering/> (15.11.11)

Vivier P., C. Tompkins (2009). Health Consequences of Obesity in Children and Adolescents I: Jelalian E.(red.) og Steele R. G. *Handbook of Childhood and Adolescent Obesity*. Boston: Springer US.

Watson-Jarvis K., C. Johnston, C. Clark (2011). Evaluation of a Family Education Program For Overweight Children and Adolescents I: *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 72(4), s. 191-196.

Øen, Gudbjørg (2009). Familiefokus ved overvekt og fedme hos barn - Gode møter kan gjøre en forskjell. *Helsesøstre*, 2, s. 10-15.

## Tankekart for drøfting

<b>System i nærmiljøet</b>	<b>Innhold</b>	<b>Hva sier forskning?</b>	<b>Hva sier valgt teori?</b>	<b>Egne erfaringer</b>	<b>Betydning for sykepleie</b>
Mikrosystemet	- Barnet	- Viktig med forebyggende arbeid i tidlig fase av livet.	- Barns oppfatning av verden - Dorothea Orem: egenomsorg utføres av personen selv, andre eller av sykepleieren. Hvor store ressurser og mulighet for problemløsning har barnet?	- En kommune på Østlandet: Helsesøsters undervisning om helse.	
Mesosystemet	Interaksjon med: - Foreldre - Helsesøster - Lærere - Jevnaldrende	- Helsesøsters barrierer. - Bruk av mentor. - Familiefokus gir resultater. - Utdringer til helsefremmende strategier mot fedme.	- Undervisning, veiledning, mentoring. - Motiverende samtaler(MI). - Dorothea Orem: egenomsorg gjennom kunnskap → empowerment. - Brukermedvirkning.	- En kommune på Østlandet: "Artig med fart i". - En annen kommune på Østlandet: Kurs for foreldre med overvektige barn.	- Identifiserte barrierer. - tenåringsmentorer kan påvirke barn. - Holistisk menneskesyn betinger individuell tilpasning. - Familieinvolvering er viktig.
Eksosystemet	- Hjemme miljø. - Skole miljø. - Fysisk miljø. - Politiske retningslinjer nasjonalt og kommunalt (primærhelsetjenesten).	- Helsesøsters barrierer. - Miljø som fremmer fysisk aktivitet. - Tilgang til sunn mat.	- Florence Nightengale: Tilrettelegging av miljøet.		- Identifiserte barrierer.

Vedlegg 1

<p>Makrosystemet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lovverk.</li> <li>- Ressurser (økonomi, personell, tid).</li> <li>- Samfunnets holdninger til helse, overvekt og fedme.</li> <li>- Media.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Helsesøsters barrierer.</li> <li>- Media: negativ undervisning.</li> <li>- Stigmatisering av overvektige (påvirker alle systemene).</li> <li>- Reduksjonisme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuell plan.</li> <li>- Nasjonale føringer.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifiserte barrierer</li> <li>- Mediene: helsefremming og reklame gir ernæringsmessig informasjon som oppfattes av barn som i konflikt og uklart.</li> </ul>
----------------------	---	---	--	--	--