



Linnéuniversitetet

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Uppsats

Överviktiga barn

- *Hälsoförebyggande familjeinterventioner för barn med övervikt*



*Författare: Malin Andersson och
Maria Carenger
Termin: VT 2012
Kurskod: 2OM340*



Sammanfattning

Bakgrund: Övervikt bland barn är ett växande problem världen över.

Överviktiga barn har ökade hälsorisker som att exempelvis drabbas av högt blodtryck och diabetes. Att vara överviktig som barn kan i vuxen ålder leda till ökad risk för fetma och för tidig död. Föräldrar är förebilder som präglar barnens vanor. Det är därför relevant att föräldrar börjar tänka igenom sin egen livsstil.

Syfte: Att beskriva förebyggande familjeinterventioner som är betydelsefulla för barn med övervikt med avsikt att förbättra barns hälsa.

Metod: Systematisk litteraturstudie, inspirerad av Forsberg och Wengström (2008) samt Fribergs (2006) modeller. Åtta kvantitativa artiklar har inkluderats som har kvalitetsgranskats och analyserats enligt Forsberg och Wengström (2008).

Resultat: Familjer i studierna fick utbildning i kost, fysisk aktivitet, beteende förändring och hjälp att bibehålla sitt engagemang. Resultatet visade att dessa familjeinterventioner var ett effektivt sätt att hejda barnens BMI ökning. I de familjer där föräldrarna var mest engagerade visade barnen bäst resultat.

Slutsats: Problem med barns övervikt bör ses ur ett familjeperspektiv. Hela familjen behöver vara engagerad för att en förändring ska uppnås. Därför är familjeinterventioner en effektiv metod för att minska övervikt hos barn.

Nyckelord: Barn, övervikt, fetma, familj och familjeintervention



Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Introduktion	1
Bakgrund	1
Övervikt och fetma	1
BMI	1
Genetiska faktorer och miljö	2
Familjens levnadsvanor	2
Hälsoprevention	3
Intervention	4
Familjen ur ett omvårdnadsperspektiv	4
Calgarymodellen	5
Systemteori	5
Cybernetik	5
Kommunikationsteori	5
Förändringsteori	6
Problemformulering	6
Syfte	7
Metod	7
Inklusions- och exklusionskriterier	7
Sökförfarande och urval	7
Kvalitetsgranskning	8
Analys	8
Etiska överväganden	8
Resultat	9
Kost	9
Fysisk aktivitet	10
Beteende förändring	10
Föräldrars engagemang	11
Diskussion	12
Resultatdiskussion	12
Metoddiskussion	14

Slutsatser _____ 15

Referenser _____ 16

Bilagor

Bilaga 1 – Artikelmatris

Bilaga 2 – Artikelsökning

Bilaga 3 – Kvalitetsgranskning kvantitativa artiklar

Bilaga 4 – ISO-BMI

Linneuniversitetet

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Introduktion

Övervikt bland barn är ett växande problem världen över. Enligt WHO (World Health Organization, 2012) var ungefär 43 miljoner barn under fem år överviktiga 2010. Överviktiga barn har ökade hälsorisker som exempelvis andningssvårigheter, högt blodtryck och diabetes. Att vara överviktig som barn kan i vuxen ålder leda till en ökad risk för fetma, handikapp och för tidig död. Mårild (2006) skriver att övervikt är ett risktillstånd och först när det övergår till fetma blir det en sjukdom. En bidragande orsak till barns ökade vikt är lättillgängligheten av snabbmat, godis och läsk. Dessutom är barns livsstil idag allt mer stillasittande.

Vårt intresse för ämnet har väckts då vi har flera barn i vår omgivning som är överviktiga och i många fall funderar vi på om föräldrarna gör något åt problemet. Får de den hjälp och det stöd de behöver? Är föräldrarna medvetna om de risker det medför att vara överviktig? Som sjuksköterskor kan vi hjälpa barn och föräldrar med att informera om de risker som övervikt och fetma medför.

Bakgrund

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma är relaterade till ohälsosamma levnadsvanor. Både bland barn och vuxna har fetma och övervikt ökat mycket under de senaste decennierna, och är idag ett vanligt hälsoproblem. Gränsen för övervikt är ett BMI (Body Mass Index) på 25 och för fetma ett BMI på 30. Förekomsten av övervikt och fetma uppskattades 2005 till mer än 30 % för hela jordens befolkning. Internationellt sett har fetmautvecklingen avstannat något bland vuxna, dock ses fortfarande en ökning i exempelvis flertalet asiatiska länder. Övervikt bland barn i Sverige kan jämföras med bland annat USA, Australien och vissa Europeiska länder (Kark, Tynelius & Rasmussen, 2011). Enligt Socialstyrelsen (2009a) har det även i Sverige under senare år kommit rapporter som pekar mot att ökningen av antalet barn i Sverige med fetma stannat upp och eventuellt även börjat minska. Detta kan bero på att barnen idag, jämfört med i början av 2000-talet, äter mer frukt och grönt samt mindre läsk och godis.

BMI

Torgerson, Flodmark och André (2008) beskriver BMI som ett mått för att räkna fram om en person har under- eller övervikt. BMI räknas ut genom att ta vikten (kg) dividerat med kvadraten på längden (m) och räknas ut på samma sätt både hos barn och vuxna. Skillnaden är

att hos barn varierar BMI-talet med ålder och kön. I barnens tabell är gränserna omräknade i förhållande till de vuxnas och heter därför iso BMI, se bilaga 4. BMI-kurvor dokumenteras i skolhälsovårdens journaler samt på barn- och ungdomsmottagningar.

Genetiska faktorer och miljö

Övervikt och fetma beror både på miljöfaktorer och ärftliga faktorer. Exempel på miljöfaktorer är när intaget av energi är större än vad kroppen förbrukar, stress, stillasittande livsstil och vissa födoämnen. Forskning visar att det finns många olika gener inblandade vid nedärvning, personer som har anlag för fetma går lättare upp i vikt (Socialstyrelsen, 2009b). Lichtenstein, Tuvblad, Larsson och Carlström (2007) genomförde studier på tvillingpar och följde dessa mellan år 1994 och 2005. Studier visade på att barn som blev bortadopterade i hög grad var lika sina biologiska föräldrar gällande vikt. Överviktiga biologiska föräldrar fick ofta överviktiga barn och normalviktiga biologiska föräldrar fick ofta normalviktiga barn. Däremot fanns inget samband mellan adoptivföräldrarnas vikt och deras adopterade barns vikt. Enligt Lichtenstein och Magnusson (2008) har det svenska tvillingregistret 85000 tvillingpar registrerade, både enäggstvillingar och tvåäggstvillingar. Registret är världens största i sitt slag och har därför blivit en ovärderlig resurs för forskning inom medicin. Bojs och Bratt (2011) menar att tvillingregistret är det som utgör det största beviset för fetmans ärftlighet eftersom forskarna kan jämföra tvillingarna med varandra. Forskarna har lyckats hitta ett stort antal enäggs- och tvåäggstvillingar som vuxit upp i olika miljöer. För forskare är åtskilda tvillingar mycket intressanta då det är lättare att skilja på vad som är miljöfaktorer och vad som är ärftliga faktorer. Resultatet visade på att enäggstvillingar, även uppvuxna i olika hem, var betydligt mer lika i kroppsstruktur än tvåäggstvillingar.

Familjens levnadsvanor

Enligt Bjerkreim (2006) är det viktigt att lägga grunden för goda matvanor när barnen är små. Mat bör inte användas som belöning och uppmuntran. Detta kan bidra till osunda kostvanor för resten av livet och dessutom skapa en negativ inställning till mat. Lindeberg (2006) menar att föräldrar är förebilder som präglar barns vanor. Om föräldrarna dagligen serverar fräscha grönsaker ökar chansen att barnen också äter dem. Om föräldrarna däremot dricker mycket läsk gör även barnen det. Det bästa föräldrar kan göra är att ge barnen rätt förutsättningar genom att äta bra och röra på sig. Det är alltså relevant att som förälder börja tänka igenom sin egen livsstil. Detta behöver inte innebära att familjen strikt ska hålla sig till vissa kostregler, men om ett barn är överviktigt till följd av familjens dåliga vanor finns goda skäl

att se över sina levnadsvanor. Rydqvist och Winroth (2002) påvisar att idag är den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan väldokumenterad. Att avsätta tid för fysisk aktivitet är en investering för hälsan. Ett visst motstånd kan ses i början av all fysisk aktivitet för den som inte är van att röra på sig. Enligt nationella rekommendationer räcker det dock med 30 minuters aktivitet per dag, denna tid kan även delas upp på 2x15 minuter eller 3x10 minuter. Socialstyrelsen (2009a) skriver dock att det för barn och ungdomar rekommenderas dubbelt så mycket daglig fysisk aktivitet, det vill säga en timma om dagen. Aktiviteten bör vara av både måttlig och hög intensitet och kan delas upp i fler mindre pass.

I dagens samhälle är det lätt att leva ett inaktivt liv. På varuhus finns rulltrappor, hissar och hemma byts kanal på TV:n från soffan. Många barn får dessutom skjuts till och från skolan och till diverse fritidsaktiviteter. Undersökningar visar att vardagsaktiviteter som att cykla och gå till skolan ger på lång sikt bra viktningsresultat. Föräldrar kan uppmuntra sina barn till mer vardagsmotion genom att få barnen att hjälpa till hemma, bära väskan själv, gå ärenden och begränsa TV- och datoranvändandet. Barnen bör vara ute lika länge som de sitter inne vid datorn. Föräldrarna kan vara bra förebilder genom att själva vara ute och röra på sig mycket. För överviktiga barn blir viktningsresultatet allra bäst om en kombination mellan förändrad kost och ökad motion införs i vardagen (Lindeberg, 2006).

Hälsoprevention

Bjerkreim (2006) menar att målet i mötet med patienter som lider av övervikt är att få patienten att förstå sambandet mellan fysisk aktivitet och matintag. Barn mellan tre och nio år som ökar mycket i vikt i förhållande till längden måste följas upp med regelbundna vikt- och längdmätningar. Om någon av föräldrarna är överviktig är detta extra viktigt. Föräldrarna bör vara aktiva i behandlingen och ha i åtanke att förändringar i kost och aktivitet ska vara måttliga, inte en drastisk bantningskur. Sjuksköterskan kan hjälpa barn och föräldrar genom att ge råd om en bra kosthållning och goda matvanor. Danielsson och Janson (2009) menar att barn som fyllt sex år kan få hjälp med övervikt. Barn i Sverige som lider av fetma kan få hjälp från fyra års ålder. Behandlingen ska anpassas efter barnets ålder. För små barn är det viktigt att föräldrarna lär sig sätta gränser för hur mycket sötsaker barnen får äta. Ibland kan föräldrar vara i behov av stöttning för att säga nej till barnen. Det är även viktigt att uppmuntra barnen till lek istället för att vara stillasittande. Skolsköterskan kan rekommendera särskilda träningsgrupper för överviktiga barn där barnen får röra på sig tillsammans med likasinnade. Det är bra om föräldrarna kan få barnen att äta hälsosammare mat och inte äta för stora

portioner. Grönsaker och frukt är en del av tallriksmodellen och ska serveras till varje måltid. Tallriksmodellen innebär att tallriken innehåller en del potatis eller pasta, en del kött eller fisk och en del grönsaker. Dessutom är det viktigt att skilja på vardag och fest. Godis, kakor och bullar bör inte ätas mer än någon gång per vecka och bara lite vid varje tillfälle.

Vården för barn som har fetma följer en vårdkedja vilket innebär att en skolläkare remitterar vidare till barnmottagningen eller hälsocentralen för utredning och stöd. Många orter har särskilda avdelningar på barnsjukhusen med specialistkompetenser för utredning, behandling och forskning gällande barnfetma (Danielsson & Janson, 2009).

Intervention

Nationalencyklopedin (2012) skriver att intervention är ett samlingsbegrepp som omfattar förebyggande eller behandlande åtgärder. Enligt Wright, Watson och Bell (2002) innefattar en intervention alla terapeutiska handlingar och samtalsprocesser som sker mellan sjuksköterskan och familjen. Dessa handlingar är ett gensvar från sjuksköterskans sida och syftar till att påverka funktioner hos en familj. Wright och Leahey (2005) menar att en intervention tillhandahåller nya idéer, information och utbildning gällande hälsoproblem eller risker. Målet med interventionen är att ändra familjens synsätt så att de kan hitta nya lösningar på hälsoproblemet.

Familjen ur ett omvårdnadsperspektiv

En definition av en familj är personer som bryr sig om varandra, som har starka känslomässiga band till varandra och känner att de hör samman. Som sjuksköterska är det viktigt att ta i beaktning att en familj inte alltid är traditionell. Familjen består av dem som säger sig tillhöra den, inte alltid en familj genom blodsband, äktenskap eller adoption (Wright et al. 2002). Kirkevold (2002) skriver att familjen har ansvaret för att dess medlemmar upplever god hälsa och välbefinnande. Familjens hälsofrämjande och förebyggande uppgifter är mycket viktiga när det gäller barn och ungdomar. Den hälsofrämjande funktionen innefattar att tillgodose barnets grundläggande fysiska, utvecklingsmässiga och psykosociala behov. Det innebär bland annat att ge barnet näringsriktig mat, goda aktivitetsvanor samt att lära barn och ungdomar att leva hälsosamt.

Kirkevold (2002) menar att familjen kan påverka sina medlemmars hälsa och välbefinnande både positivt och negativt. Med det menas att familjens dagliga liv har stor betydelse för hur

medlemmarna förhåller sig till exempelvis goda matvanor. Forskning visar på ett tydligt samband mellan barn och ungdomar med övervikt och familjens dagliga liv.

Calgarymodellen

Calgarymodellen är ett integrerat, flerdimensionellt ramverk som är baserat på systemteori, kommunikation, cybernetik och förändringsteori. Modellen bygger på grundtanken att omvårdnad utgår från ett familjeperspektiv där individen kan ses i sitt sammanhang. För familjen är det positivt att se till varje familjemedlems resurs, dessa resurser kan både vara medvetna och omedvetna (Wright & Leahey, 2005).

Systemteori

Systemteori tillhandahåller en teoretisk grund för att lättare förstå familjen som ett system. Istället för att titta på enskilda medlemmar ses familjen som en enhet. Dock är det viktigt att tänka på att varje medlem också är viktig. Genom att studera hela familjen och deras interaktioner kan det bli lättare att förstå den enskilde medlemmens problem. Om en familjemedlem inte mår bra drabbas hela familjen av detta (Wright & Leahey, 2005).

Cybernetik

Cybernetik är läran om kommunikation och kontrollteori. I ett familjesystem påverkar och påverkas beteendet hos en person av de andra medlemmarnas beteenden. Inom cybernetiken är det viktigt att ge feedback. Detta kan vara extra viktigt för sjuksköterskor som arbetar med komplexa familjesituationer (Wright & Leahey, 2005).

Kommunikationsteori

Kommunikationsteori fokuserar på hur individer påverkar varandra. Genom kommunikation tydliggörs exempelvis familjens regler gällande beteende, konfliktlösning och hur känslor uttrycks konstruktivt inom familjen. Det är inte bara verbal kommunikation utan även kroppsspråk, ansiktsuttryck och tonläge som är viktigt. Familjekommunikation uttrycker inte bara vem som säger vad och när, det uttrycker även familjens struktur och funktion, dess tillgivenhet, förtroende och sammanhållning (Wright & Leahey, 2005).

Förändringsteori

Familjens system har en tendens att hela tiden förändras. Denna förändring leder till en störning som i sin tur kan leda till ytterligare förändring men även stabilitet. Förändringen uppstår sällan på samma sätt hos alla medlemmar i familjen då vissa förändras snabbare eller mer dramatiskt än andra. Förändringen kan bero på så många olika saker att det ofta är svårt att veta vad det var som utlöste förändringen (Wright & Leahey, 2005).

Problemformulering

Som vuxen kan det vara svårt att prata om vikt och matvanor med sina barn. Föräldrar kan vara oroliga över att göra barnet ledset samtidigt som denne bara vill väl. Många barn upplever det orättvist när de lätt går upp i vikt och kompisarna kan äta vad som helst och fortfarande vara normalviktiga (Lindeberg, 2006).

Barnfetma är svårt att behandla och därför är det angeläget att satsa på förebyggande åtgärder för att förhindra att barn utvecklar fetma. Barn med övervikt och fetma riskerar att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar, ortopediska problem samt även att dö i förtid (Socialstyrelsen, 2009a). Anledningen till att barnfetma kan vara svårt att behandla är att hela familjen ofta behöver stort stöd för att kunna genomföra de förändringar i kost och fysisk aktivitet som är nödvändiga. Den hjälp som vården kan bidra med är kost- och motionsråd, regelbundna kontroller och stöd till familjen. Dessa förändringar sker dessutom över lång tid vilket gör att föräldrarna behöver vara uthålliga i arbetet (Danielsson & Janson, 2009). Kirkevold (2002) menar att familjen påverkar sina medlemmars hälsa, exempelvis har familjens dagliga liv stor betydelse för hur medlemmarna förhåller sig till goda matvanor och forskning visar på ett tydligt samband mellan barn och ungdomar med övervikt och familjens livsstil. Wright och Leahey (2005) skriver om Calgary modellen som bygger på grundtanken att omvårdnad utgår från ett familjeperspektiv där individen kan ses i sitt sammanhang och där varje familjemedlem ses som en resurs. För att vi som sjuksköterskor ska kunna ge stöd och hjälpa en familj som har barn med övervikt krävs kunskap om vilka familjeinterventioner som är betydelsefulla för att uppnå viktminskning, livsstilsförändringar och därmed en bättre hälsa, samt ha en långsiktig planering och uthållighet då förändringar sker över lång tid.

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att beskriva förebyggande familjeinterventioner som är betydelsefulla för barn med övervikt med avsikt att förbättra barns hälsa.

Metod

Metoden som använts i studien är systematisk litteraturstudie. Det innebär att studien utgår från ett tydligt utformat syfte. I metoden redovisas inklusions- och exklusionskriterier sökförfarande och urval, kvalitetsgranskning och analys av de vetenskapliga artiklar som är inkluderade (Forsberg & Wengström, 2008).

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle motsvara studiens syfte och vara publicerade mellan år 2007 och 2012. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska och hålla ett medel- eller hög kvalitet. Artiklarna skulle gälla barn mellan två och arton år samt vara peer-reviewed. Artiklar som innefattade ekonomiska aspekter har exkluderats.

Sökförfarande och urval

Sökningarna utfördes av båda författarna under samma dag i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO med sökorden child, overweight, obesity och family intervention, se bilaga 2. I PubMed gick det inte att använda sökorden family intervention då vi inte fick fram några resultat på detta. Istället använde vi oss av sökorden intervention studies. Vi använde oss av svensk MeSH som är ett hjälpmedel som översätter svenska medicinska termer till engelska ord, detta för att få fram passande sökord. Sökorden kombinerades med de booleska operatorerna AND och OR. Forsberg och Wengström (2008) skriver att booleska operatörer används för att utvidga eller begränsa sökningen.

Vi valde att läsa abstrakten till de titlar som var relevanta för vårt syfte. Artiklarna lästes i fulltext om abstrakten fortfarande svarade på syftet. 30 artiklar lästes och de som efter granskning höll ett medel eller hög kvalitet inkluderades i studien. Totalt analyserades och inkluderades åtta artiklar. De artiklar som valdes ut organiserades och redovisades i en artikelmatris, se bilaga 1.

Kvalitetsgranskning

Eftersom resultatet endast innehöll kvantitativa artiklar använde vi Forsberg och Wengströms (2008) checklista för kvantitativa artiklar för att kvalitetsgranska, se bilaga 3. Checklistan består av frågor där granskaren får en uppfattning om studiens kvalitet. Kvalitetsgranskningen omfattar studiens syfte, frågeställningar, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. Med hjälp av checklistan bedömdes artiklarna inom kategorierna låg, medel och hög kvalitet. Varje svar som resulterade i ett ja gav en poäng.

Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) delar in kvalitetsbedömningen i tre olika graderingar. Låg kvalitet är artiklar med ja-svar under 59 %. Medelkvalitet ligger mellan procentenheten 60-79 % och hög kvalitet är mer än 80 %. Artiklar med låg tillförlitlighet exkluderades, de med medel eller hög tillförlitlighet inkluderades. Granskningen genomfördes enskilt av båda författarna för att sedan jämföras och sammanställas.

Analys

Varje artikel lästes igenom noggrant flera gånger av författarna var för sig, så kallad forskartrianglering (Forsberg & Wengström, 2008). Därefter diskuterades innehållet och artiklarna jämfördes ur olika synvinklar. Friberg (2006) skriver att vid granskning av kvantitativa artiklar går det exempelvis att titta på likheter och/eller skillnader i teoretiska utgångspunkter eller likheter och/eller skillnader i analysgång. Vi valde att titta på artiklar som berör samma område samt likheter och skillnader i dessa artiklars resultat innehåll. Därefter sorterades materialet utefter några valda kategorier. De kategorier som hade samma innehåll benämndes under samma rubrik. Utifrån vår diskussion angående artiklarnas innehåll framkom fyra kategorier: kost, fysisk aktivitet, beteende förändringar och föräldrars engagemang. För att tydliggöra de olika kategorierna använde vi oss av pennor i olika färger för att markera dessa i artiklarna. Därefter sammanställdes kategorierna i resultatet.

Etiska överväganden

Alla artiklar som är inkluderade i vårt resultat är etiskt granskade eller är utifrån vår kunskap etiskt försvarbara. Enligt Forsberg och Wengström (2008) bör en litteraturstudie endast innehålla studier som har blivit godkända av en etisk kommitté eller studier där ett etiskt resonemang förts genom hela artikeln. Alla inkluderade artiklar ska redovisas och resultat ska presenteras oavsett om det stödjer eller inte stödjer forskarens egen åsikt.

Resultat

Efter att ha analyserat resultatet framkom att kategorierna kost, fysisk aktivitet, beteendeförändring och föräldrars engagemang var de som var mest betydelsefulla för att förbättra barns hälsa.

Kost

Kostutbildning visade sig vara ett effektivt sätt att minska barnens BMI (Dreimane, Safani, MacKenzie, Halvorson, Braun, Conrad & Kaufman, 2007; Ewing, Cluss, Goldstrohm, Ulrich, Colborn, Cipriani & Wald, 2009; Robertson, Friede, Blissett, Rudolf, Wallis & Stuart-Brown, 2008; Stark, Spear, Boles, Kuhl, Ratcliff, Scharf, Bolling & Rausch, 2011). Kostdagbok användes för att identifiera kostbeteenden som kan ha negativ inverkan på barnens vikt. Familjerna fick olika verktyg för att kunna förändra sina ohälsosamma kostvanor beroende på vad som skrivits i kostdagboken. Föräldrar och barn fick tillsammans utbildning i näringslära. Exempel på verktyg kunde vara information om matpyramiden, lämplig portionsstorlek, tolkning av innehållförteckning på livsmedel samt minskat innehåll av socker och fett i kosten. Dessutom användes kostdagboken som ett återkopplingsverktyg vid slutet av studien (Dreimane et al. 2007, Ewing et al. 2009, Robertson et al. 2008, Stark et al. 2011).

Stark et al. (2011) påvisade i sin studie kostens betydelse vid viktnedgång. Kalorimål sattes för att uppnå ett energiintag på mellan 1000-1200 kalorier per dag beroende på barnets ålder. Föräldrarna fick undervisning i att uppmuntra goda matvanor och eliminera ohälsosamma livsmedel från hemmet. Dessutom fick familjerna vid varje klinikköpa en 14-dagars leverans med grönsaker för att säkerställa att barnen fick prova nya sorter. Barnen fick undervisning i näringslära genom lek och kreativa aktiviteter.

Rodearmel, Wyatt, Stroebele, Smith, Ogden och Hill (2007) fokuserade i sin studie på sockret i kosten, detta genom att byta ut vanligt socker till ett sötningsmedel utan kalorier eller granulatprodukter eller drycker som innehåller sukralos. Familjerna fick utbildning i hur de bakar, lagar mat, eller förbereder mat och dryck innehållande sukralos. De fick vid flera tillfällen leveranser av sukralosprodukter och recept till dessa samt en liten dagpenning som kompensation för ökad kostnad vid inköp av sukralos-sötade drycker. Familjerna fick även information angående fördelarna med att äta frukost och att öka frukt- och grönsakskonsumtionen.

Fysisk aktivitet

Att ge familjer information och utbildning angående vinsterna vid ökad fysisk aktivitet samt minskad inaktivitet, som exempelvis TV-tittande, visade sig vara effektivt vid viktminskning (Dreimane et al. 2007, Kalarchian, Levine, Arslanian, Ewing, Houck, Cheng, Ringham, Sheets & Marcus, 2009, Robertson et al. 2008, Rodearmel et al. 2007, Stark et al. 2011, West, Sanders, Cleghorn & Davies, 2010). Barnens fysiska aktivitet mättes med hjälp av stegräknare. Detta visade sig vara effektivt för att motivera barnen till en hälsosammare livsstil (Robertson et al. 2008, Rodearmel et al. 2007, Stark et al. 2011).

Rodearmel et al. (2007) bad i sin studie deltagarna att bära stegräknare under de första två veckorna av baseline och under hela interventionsperioden på sex månader. Efter att ha räknat ut en genomsnittlig nivå på antal steg per dag under baseline, fick familjerna i uppdrag att öka deras dagliga fysiska aktivitet med 2000 steg per dag över baseline. För att uppmuntra till att uppnå stegmålet fick familjerna tips på enkla sätt att öka stegen som exempelvis promenader med hunden, använda trappor istället för hiss, kartor över lokala vandringsleder och en lista på roliga promenader och joggingspår. Dessutom fick alla familjer motiverande påminnelser i form av magneter och klistermärken för att dagligen skriva ner antalet steg och fastställa det genomsnittliga antalet steg per vecka.

Dreimane et al. (2007) använde sig av fysisk aktivitet i form av gruppträning under sina interventionsmöten. Den fysiska aktiviteten varierade på varje möte och inkluderade intervallträning, dans, promenader och sporter som liknar fotboll, ishockey och volleyboll. Ändringar gjordes så att alla deltagarna ständigt var aktiva, exempelvis användes fler bollar när barnen spelade fotboll. Barnen förde dessutom dagbok över antal minuter träning de utförde under veckan, utöver träningen under interventionstillfället.

Beteende förändring

Stark et al. (2011) undervisade föräldrarna till att under hela interventionen använda olika metoder gällande barns beteende för att genomföra kost och aktivitetsförändringar. De använde bland annat beröm och uppmärksamhet för att öka sunda kostvanor och fysisk aktivitet. Föräldrarna lärde sig att ignorera utbrott eller använda sig av ”time-out” samt att vara konsekventa i sitt agerande mot barnen. Familjerna fick även stöd och hjälp i hemmet för att kunna upprätthålla undervisningen de fått vid interventionstillfällena. Exempelvis gavs återkoppling på färdigheter såsom beröm eller att ignorera utbrott. Även Kalarchian et al.

(2009) använde sig av att lära familjen beteendemässiga strategier för att öka fysisk aktivitet och minska inaktiva beteenden. Familjerna fick hjälp med att sätta upp mål, ha realistiska förväntningar, minimera känslomässigt ätande och lära sig hantera att bli retade.

Dreimane et al. (2007) använde sig av dagbok där familjerna varje dag dokumenterade kost och fysisk aktivitet. Detta för att identifiera kost och motionsbeteenden som kan ha negativ inverkan på barnens vikt. Baserat på dagboken fick familjerna givna strategier för hur de kunde styra och förändra ohälsosamma beteenden.

Föräldrars engagemang

Heinberg, Kutchman, Berger, Lawhun, Cuttler, Seabrook och Horwitz (2009) påvisade vikten av att föräldrar behövs för att forma barns hälsobeteende. Familjens engagemang var signifikant högre hos de barn som minskat i vikt jämfört med de som inte gjort det. De barn vars familjer var minst involverade löpte åtta till tolv gånger större risk att få en liten eller ingen viktminskning. Detta tyder på att det inte är tillräckligt att bara anmäla familjer i ett program, familjerna måste även vara engagerade i programmet.

För att öka föräldrars engagemang för förändring använde West et al. (2010) sig av motiverande samtal. Dreimane et al. (2007) motiverade föräldrarna genom att undervisa dem gällande konsekvenserna av fetma hos barn, betydelsen av stödjande miljöer och sunda levnadsvanor. För att föräldrarna skulle behålla sitt engagemang för att delta i interventionerna skickades påminnelser och inbjudningar hem till dem.

West et al. (2010) använde sig av strategier för positivt föräldraskap. I början av interventionen var det många föräldrar som gav efter för sina barns behov, höjde rösten och grälade med dem, så kallat ineffektivt föräldraskap. Strategierna för positivt föräldraskap innebar att föräldrarna fick lära sig att omarbete sin familj genom att uppmuntra hälsosamma beteenden, ha tydliga regler för kost och fysisk aktivitet och ökad tillgång till aktiva spel. Föräldrarna blev mer konsekventa, höll sig lugnare i problemsituationer och gav tydligare anvisningar till barnen, så kallat effektivt föräldraskap. Detta medförde att barnens tidigare problematiska beteenden blev lättare att hantera och dessutom minskade.

Diskussion

Resultatdiskussion

Vi har genomfört en systematisk litteraturstudie med syfte att beskriva förebyggande familjeinterventioner som är betydelsefulla för barn med övervikt i åldrarna två till arton år. Studiernas resultat visade att föräldrautbildning i samband med intervention var ett effektivt sätt att minska barnens BMI. Dreimane et al. (2007) undervisade deltagarna i konsekvensen av fetma hos barn och vuxna samt betydelsen av att föräldrarna stöttar sina barn. De fick även undervisning i näringslära innefattande bland annat matpyramiden, läsa livsmedels etiketter och lämpliga portionsstorlekar. Ewing et al. (2009) använde sig av en guide där föräldrar och barn tydligt kunde se vilka livsmedelsprodukter som var hälsosamma, vilket föräldrarna ansåg var den mest användbara delen av interventionen. Stark et al. (2011) försåg föräldrarna med olika strategier för att kunna genomföra förändringar i kost och fysisk aktivitet. Bland annat gav de barnen beröm och uppmärksamhet vid goda kostvanor och ignorerade eller gav barnen time-out för att hantera utbrott.

Det är viktigt att sjuksköterskan informerar på ett tydligt och bra sätt, då detta skapar trygghet och ökar upplevelsen av kontroll. Informationen ska vara anpassad efter situationen och kan med fördel ges i grupp. Det kan vara lättare att acceptera sin situation i möte med andra i samma situation. Informationen ska vara så fullständig som möjligt men för mycket information kan vara svårt att komma ihåg. Därför kan informationen med fördel även ges skriftligt. Målet med samtalet är att lättare kunna bemästra sin situation och kunna klara sig själv (Eide & Eide, 1997).

I studien av Robertson et al. (2008) förde barnen en matdagbok under 24 timmar för att fastställa portionsstorlekar och intaget av frukt och grönt. De förde även dagbok under en vecka för att beräkna genomsnittlig fysisk aktivitet. Vid slutet av interventionen, nio månader senare, sågs en förbättring gällande ohälsosamma livsmedel. Dock hade intaget av frukt och grönt inte förändrats. Det gick även att urskilja att barnen var mindre stillasittande i slutet av interventionen.

Lindeberg (2006) menar att en matdagbok är till hjälp och ger vägledning i vad som fungerar respektive inte fungerar. Det ger föräldrarna en överblick för vid vilka tidpunkter barnen äter och hur det är fördelat över dagen. Allt som stoppas i munnen ska skrivas ner för att lättare

kunna sortera bort ohälsosamma livsmedel. Det är även viktigt att notera var barnen äter. Äter barnen mycket vid TV:n kan ett ökat söt sug uppstå vid TV-tittande. Ofta blir föräldrarna omedvetna om barnens matvanor under tiden de fyller i matdagboken, men det är ändå viktigt att reflektera och fundera över vad som fungerar och vad som behöver arbetas vidare med.

Heinberg et al. (2009) skrev att grunden för en lyckad familjeintervention är förmågan att förändra barns beteende, vilket kräver grundläggande föräldraskap, förmågan att modellera önskade beteenden, förstärka sunda matvanor och att stödja fysisk aktivitet. I resultatet visade detta sig genom att de barn som gick ner mest i vikt var de barn vars föräldrar var mest engagerade. Föräldrar som tidigt i interventionen påvisade högre frånvaro och var mindre involverade fick särskilda strategier för att på så sätt öka sitt engagemang. West et al. (2010) menade att ett alternativt sätt att bemöta barnens viktproblem är att uteslutande rikta sig till föräldrarna i interventionen. Viktigt är att förespråka en livsstilsförändring för hela familjen och att sträva efter förändringar i vikt beteenden och färdigheter i föräldraskap snarare än viktnedgång. Detta innebär att föräldrarna som deltog i studien redan innan var motiverade till förändring. Ungefär en femtedel av föräldrar till överviktiga barn är oroliga över barnens viktproblem men de flesta föräldrar är omedvetna eller bryr sig inte om barnens vikt.

Wright och Leahey (2005) menar att det är vanligt att ett problem förknippas med en viss familjemedlem men att det borde ses ur ett familjeperspektiv istället. Därför valde vi att ta upp Calgarymodellen som teoretisk referensram då denna grundar sig i att familjen bör ses som en helhet i ett omvårdnadsperspektiv. Hela familjen behöver vara involverad för att en förändring ska uppnås. För att hjälpa familjen att ändra ett invariant beteende kan sjuksköterskan hjälpa dem att utveckla nya vanor. En annan viktig uppgift för sjuksköterskan är att få familjen att reflektera över sina hälsoproblem. När familjens uppfattning om problemet förändras kommer även deras beteende att ändras. Men sjuksköterskan kan bara erbjuda familjen olika förändringsalternativ. Det är familjen som måste vara beredd på och vilja genomföra förändringen.

I de fall familjerna valde att inte delta i hela interventionen uppger många praktiska skäl så som ny familjemedlem, nytt jobb och höga krav i arbetslivet som orsaker. Familjernas engagemang var högre då interventionstillfället låg på helgen istället för på en vardag (Robertson et al. 2008). Även tidsbrist angavs som skäl att hoppa av studien (West et al. 2010). En del familjer hade svårt att ta sig till interventionen samt uppgav språkbegränsning

som anledning. Detta trots att både tolk och pedagogiskt material var på hemspråket (Dreimane et al. 2007).

Metoddiskussion

För att identifiera relevanta sökord lästes liknande C-uppsatser kring ämnet. Vi använde oss av databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO. De sökord vi använde oss av var child, overweight, obesity och family intervention. I PubMed's databas fick vi inga träffar på sökordet family intervention. Istället använde vi oss av sökordet intervention studies. Först när alla sökorden kombinerades tillsammans var det en godtagbar nivå för att börja läsa rubriker. Abstrakt lästes där rubrikerna motsvarade vårt syfte. Vi valde att inte begränsa sökningarna till antingen kvalitativa eller kvantitativa studier. Dock hittades bara kvantitativa studier som motsvarade syftet. Vi valde inte heller att söka efter interventioner som sjuksköterskor genomförde. Detta för att vi ansåg att sökresultatet blev begränsat samt att dietister, läkare och psykologer är minst lika betydelsefulla för att förbättra barns hälsa. Vi var intresserade av interventioner som var betydelsefulla för överviktiga barn, vilka som gjorde interventionerna var inte relevant. För att få fram aktuell forskning tidsbegränsades sökningen till de senaste fem åren.

Då livsstilsförändringen som förväntades av familjerna var krävande medförde det att en del familjer inte fullföljde interventionen. På grund av detta valdes artiklar trots ett betydande bortfall att tas med i litteraturstudien. Det kan medföra att resultatet i litteraturstudien inte blir lika pålitligt. De resultat från vardera artikeln som är relevanta för litteraturstudien har redovisats.

Forsberg och Wengströms (2008) checklista för kvantitativa artiklar användes för att kvalitetsgranska, se bilaga 3. Med hjälp av checklistan bedömdes artiklarna inom kategorierna låg, medel och hög kvalitet. Artiklar med låg tillförlitlighet exkluderades, de med medel eller hög tillförlitlighet inkluderades. För att stärka trovärdigheten lästes varje artikel igenom noggrant flera gånger av författarna var för sig, så kallad forskartrianglering (Forsberg & Wengström, 2008).

Artiklarnas studier var genomförda mestadels i USA, men även i Australien och Storbritannien. Det medför att överförbarheten till svensk kultur är möjlig då studierna är gjorda i länder med västerländsk kultur. Socialstyrelsen (2009b) skriver dock att bland vuxna ligger Sverige tio år

efter USA gällande överviktsutvecklingen. Olsson och Sörensen (2007) menar att tillförlitligheten i en studie stärks då den är överförbar.

Slutsatser

Interventioner för familjer med överviktiga barn är ett effektivt sätt att minska barnens övervikt samtidigt som hela familjen börjar leva ett hälsosammare liv. Familjerna fick undervisning i näringslära för att få en ökad kunskap över vilka livsmedel som är hälsosamma. De fick lära sig om matpyramiden, lämpliga portionsstorlekar och innehåll av socker och fett i kosten. Även de små förändringarna var av betydelse som att exempelvis byta ut socker mot sötningsmedel. Familjerna har även fått utbildning angående vinsterna av ökad fysisk aktivitet. Även här kan de små förändringarna vara av stor vikt. Minskad inaktivitet som TV-tittande och datoranvändande gör skillnad på barnens BMI. Familjerna fick i en studie tips på att ta trapporna istället för hissen och gå längre promenader med hunden, vilket är lätt att överföra på de flesta familjer. Viktigt är även att uppmuntra barnen till en beteendeförändring detta genom att ge beröm och uppmärksamhet vid ett positivt beteende. Ett bra hjälpmedel är att föra dagbok över kost och fysisk aktivitet. Det bidrar till att lättare kunna identifiera beteenden som kan ha negativ inverkan på barnen och föräldrarna kan då styra och förändra det negativa beteendet. I en familjeintervention måste föräldrarna vara engagerade. Det är inte tillräckligt att bara anmäla sig till ett interventionsprogram. För vissa familjer blev levnadsförändringarna de var tvungna att genomföra en stor börda, vilket ledde till att de inte fullföljde interventionen. Därför krävs det redan från början ett stort engagemang. Resultat visade att de familjer som hade anmält sig själva hade ett bättre resultat än de familjer som blivit anmälda av andra. Detta tolkar vi som att de föräldrar som själva hade anmält sig redan var motiverade till att genomföra studien. I ett flertal av studierna framkom att de barn som var mest överviktiga var de som inte fullföljde interventionen eller inte deltog alls. Detta är ett relevant område att forska vidare på. Hur ska de familjer som är i störst behov av hjälp och stöd fångas upp och hur ska deras motivation bibehållas så de fullföljer interventionen?

Referenser

Bjerkreim, T. (2006). Vätska och näring. I I. Jahren, N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad. 2.* (s.115-157). Stockholm: Liber

Bojs, K., & Bratt, A. (2011). *Vikten av gener - hur DNA påverkar din vikt.* Stockholm: Natur & Kultur

Danielsson, P., & Janson, A. (2009). *Övervikt och fetma hos barn.* [Elektronisk]. Hämtad: <http://www.1177.se/Kalmar-lan/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Overvikt-och-fetma-hos-barn/> 2012-01-20

Dreimane, D., Safani, D., MacKenzie, M., Halvorson, M., Braun, S., Conrad, B., & Kaufman, F. (2007). Feasibility of a hospital-based, family-centered intervention to reduce weight gain in overweight children and adolescents. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 75, 159-168

Eide, H., & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning.* Lund: Studentlitteratur

Ewing, L.J., Cluss, P., Goldstrohm, S., Ulrich, R., Colborn, K., Cipriani, L., & Wald, E.R. (2009). Translating an Evidence-Based Intervention for Pediatric Overweight to a Primary Care Setting. *Clinical Pediatrics*, 48, (4), 397-403

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Natur & Kultur

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

Heinberg, L.J., Kutchman, E.M., Berger, N.A., Lawhun, S.A., Cuttler, L., Seabrook, R.C., & Horwitz, S.M. (2009). Parent Involvement Is Associated With Early Success in Obesity Treatment. *Clinical Pediatrics*, 49, (5), 457-465

Kalarchian, M.A., Levine, M.D., Arslanian, S.A., Ewing, L.J., Houck, P.R., Cheng, Y, Ringham, R.M., Sheets, C.A., & Marcus, M.D. (2009). Family-Based Treatment of Severe Pediatric Obesity: Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 124, (4), 1060-1068

Kark, M., Tynelius, P., & Rasmussen, F. (2011). *Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv*. [Elektronisk]. Hämtad: http://www.folkhalsoguiden.se/upload/folkhälsoarbete/fhr2011/FHr2011del6_Overvikt_web.pdf 2012-01-20

Kirkevold, M., & Stromsnes Ekern, K. (Red.), (2002). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber

Lichtenstein, P., & Magnusson, M. (2008). *Svenska tvillingregistret*. Stockholm: Karolinska institutet. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://ki.se/content/1/c6/02/41/90/Tvillingregistret_klar_20080521.pdf 2012-02-24

Lichtenstein, P., Tuvblad, C., Larsson, H., & Carlström, E. (2007). *The Swedish Twin study of CHild and Adolescent Development – the TCHAD-study*. Stockholm: Karolinska institutet. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://ki.se/content/1/c6/02/78/51/Lichtenstein_TCHAD_TRHG.pdf 2012-02-24

Lindeberg, G. (2006). *Runda barn: En föräldrahandbok om mat, goda vanor, läsk och godis, smart snabbmat och nyttig rörelse*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag AB

Mårilid, S. (2006). Förord. I G. Lindeberg. *Runda barn: En föräldrahandbok om mat, goda vanor, läsk och godis, smart snabbmat och nyttig rörelse*. (s. 7-9). Stockholm: Albert Bonniers Förlag AB

Nationalencyklopedin (2012). Stockholm: Nationalencyklopedin. [Elektronisk]. Hämtad: <http://www.ne.se/intervention/984573> 2012-02-13

Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber

Robertson, W., Friede, T., Blissett, J., Rudolf, M.C.J., Wallis, M., & Stewart-Brown, S. (2008). Pilot of "Families for Health": community-based family intervention for obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 93, 921-926

Rodearmel, S.J., Wyatt, H.R., Stroebele, N., Smith, S.M., Ogden, L.G., & Hill, J.O. (2007). Small Changes in Dietary Sugar and Physical Activity as an Approach to Preventing Excessive Weight Gain: The America on the Move Family Study. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 120, (4), 869-879

Rydqvist, L-G., & Winroth, J. (2002). *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion*. Farsta: SISU Idrottsböcker AB

Socialstyrelsen. (2009a) *Barns hälsa*. [Elektronisk]. Hämtad: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/2_Barns.pdf 2012-01-20

Socialstyrelsen. (2009b) *Övervikt, hjärt- och kärlsjukdom och diabetes*. [Elektronisk]. Hämtad: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/7_Overvikt.pdf 2012-01-20

Stark, L.J., Spear, S., Boles, R., Kuhl, E., Ratcliff, M., Scharf, C., Bolling, C., & Rausch, J. (2011). A Pilot Randomized Controlled Trial of a Clinic and Home-Based Behavioral Intervention to Decrease Obesity in Preschoolers. *Obesity Journal*, 19, (1), 134-141

Torgerson, J., Flodmark, C-E., & Andrén P. (2008). Nutrition. I S. Bogentoft. *Läkemedelsboken*. (s141-176). Stockholm: Apoteket AB

West, F., Sanders, M.R., Cleghorn, G.J., & Davies, P.S.W. (2010). Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behavior Research and Therapy*, 48, (2010), 1170-1179

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur

World Health Organization – WHO. *Obesity and Overweight*. [Elektronisk]. Hämtad:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> 2012-01-19

Wright, L.M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis

Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund:
Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1

Artikelmatris

Art. Nr.	Författare År Land	Tidskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1.	Dreimane, D., et al. (2007) USA	<i>Science Direct. Diabetes Research and Clinical Practice.</i> Feasibility of a hospital-based, family-centered, intervention to reduce weight gain in overweight children and adolescents.	Att utvärdera effekterna av ett sjukhusbaserat, familjecentrerat livsstilprogram (Kids N Fitness) om vikt och hälsa hos överviktiga 7-17 år gamla barn.	Kvantitativ jämförande studie. 264 överviktiga barn deltog i studien som varade i 8 eller 12 veckor. Dessutom deltog 115 barn i en kontrollgrupp. Mätinstrument som användes var BMI och CHQ.	Program på 8 eller 12 veckor innehållande närläring, fysisk aktivitet och familjens vanor som påvisar att barnens vikt minskar betydligt. De barn som gick på flest undervisningstillfällen och i det längre programmet på 12 veckor var de som minskade mest i vikt och BMI.	Medel

2.	Ewing, L.J., et al. (2009) USA	<i>Clinical Pediatrics.</i> Translating an Evidence-Based Intervention for Pediatric Overweight to a Primary Care Setting	Syftet med denna studie var att utbilda personal på barnmottagningar till att ta itu med vikt, BMI, kost och fysisk aktivitet med föräldrar i familjebaserade interventioner.	Kvantitativ studie. 73 barn- och föräldrapar deltog i programmet som varade i 12 månader. Mätinstrument som användes var BMI.	Genom att utbilda personal på barnmottagningar ökas deras självförtroende till att våga bemöta föräldrar och barn angående övervikt. Föräldrar och barn får därefter delta i familjebaserade interventioner vilket leder till att de barn som deltar på flest interventioner var de som minskade mest i vikt.	Medel
3.	Heinberg, L.J., et al. (2009) USA	<i>Clinical Pediatrics.</i> Parent Involvement Is Associated With Early Success in Obesity Treatment.	Att undersöka vilken påverkan föräldrars delaktighet och familjefaktorer har på BMI förändring i ett pediatrikt behandlingsprogram för fetma.	Kvantitativ studie. 104 barn deltog i interventionen under 12 veckor. Mätinstrument som användes var BMI, CES-D och FRI.	Barn till föräldrar med lågt engagemang var de som minskade minst i vikt. Det räcker inte med att familjerna går med i programmet, de måste även vara engagerade och vilja vara med.	Medel

4.	Kalarchian, M.A., et al. (2009) USA	<i>Pediatrics. Official journal of the American academy of pediatrics.</i> Family-Based Treatment of Severe Pediatric Obesity: Randomized, Controlled Trial.	Att utvärdera effekten av beteendemässiga och familjebaserade viktkontroller vid behandling av svår pediatrik fetma.	Kvantitativ randomiserad studie. 192 barn deltog i interventionen under 18 månader. Mätinstrument som användes var BMI och CHQ-PF50.	Interventionen visar på att barnen i experiment gruppen minskade mer i vikt än barnen i kontrollgruppen. Barn som deltagit på 75 % eller mer av tillfällena fortsatte att minska i vikt under de 18 månader studien pågick.	Hög
5.	Robertson, W., et al. (2008) United Kingdom	<i>Archives of Disease in Childhood.</i> Pilot of "Families for Health": community-based family intervention for obesity	Att utveckla och utvärdera "Familjer för hälsa", ett nytt samhällsbaserat familjeinterventions program för barnfetma.	Longitudinell kvantitativ pilotstudie. 27 överviktiga eller feta barn deltog i studien under 12 veckor. Mätinstrument som användes var BMI och PedsQL 4,0.	Programmet visar på vikttnedgång hos barnen, förbättrad livskvalitet, föräldrarnas mentala hälsa och ett mer fysiskt aktivt liv. Relationen mellan barn och föräldrar förbättrades. Däremot ökade inte barnens självförtroende. Inte heller konsumtionen av frukt och grönt eller måttlig/intensiv motion.	Medel

6.	Rodearmel, S.J., et al. (2007) USA	<i>Pediatrics. Official journal of the American academy of pediatrics.</i> Small Changes in Dietary Sugar and Physical Activity as an Approach to Preventing Excessive Weight Gain: The America on the Move Family Study.	Att utvärdera om små förändringar i kost och fysisk aktivitet skulle kunna förhindra kraftig viktökning hos överviktiga barn.	Kvantitativ studie. 100 barn deltog i studien samt 92 i kontrollgrupp under 6,5 månad. Mätinstrument som användes var BMI och stegmätare.	Under en 6-månads period, minskade barnen i både kontrollgruppen och experimentgruppen i BMI. Men experimentgruppen hade en högre procent barn som bibehöll eller minskade i BMI och en signifikant lägre andel barn som ökade i vikt.	Medel
7.	Stark, L.J., et al. (2011) USA	<i>Obesity Journal.</i> A Pilot Randomized Controlled Trial of a Clinic and Home-Based Behavioral Intervention to Decrease Obesity in Preschoolers	Att utvärdera effekten av en 6-månaders klinik- och hembaserad familjeintervention för att minska fetma hos förskolebarn.	Kvantitativ randomiserad studie. 18 barn deltog i studien under 6 månader. Mätinstrument som användes var BMI, stegräknare,	Barnen i familje-interventionsgruppen hade en större viktminskning än barnen i kontrollgruppen, dessa skillnader var detsamma vid månad 12.	Medel

				matdagbok, PDS, AYCE-R, CFQ, PedsQL, PMI och BTPS		
8.	West, F., et al. (2010) Australien	<i>Science Direct. Behaviour Research and Therapy.</i> Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change.	Att utvärdera effekterna av familjeintervention relaterat till viktning och en hälsosam livsstil.	Kvantitativ randomiserad studie. 101 familjer deltog i studien under 12 veckor. Mätinstrument som användes var BMI, LBC, PS, CSQ och SCC.	Under interventionens 12 veckor minskade barnens BMI. Föräldrarna rapporterade om ökat självförtroende angående att hantera sina barns viktrelaterade beteende. Alla kortsiktliga mål med interventionen var bibehållna vid uppföljningen efter ett år.	Hög

Bilaga 2

Artikelsökning

CINAHL

Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Utvalda artiklar
Child	77648				
Overweight	3707				
Obesity	16622				
Family intervention	466				
Overweight OR Obesity AND Child	3974				
Overweight OR Obesity AND Child AND Family intervention	23	23	22	10	*Nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6

*Hänvisade nummer till artikelmatrisen

PubMed

Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Utvalda artiklar
Child	218446				
Overweight	39015				
Obesity	36797				
Intervention studies	1572				
Overweight OR Obesity AND Child	7420				
Overweight OR Obesity AND Child AND Intervention studies	58	58	27	12	* Nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

*Hänvisade nummer till artikelmatrisen

PsycINFO

Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Utvalda artiklar
Child	90572				
Overweight	3208				
Obesity	7509				
Family Intervention	2143				
Overweight OR Obesity AND Child	2433				
Overweight OR Obesity AND Child AND Family Intervention	72	72	41	8	* Nr: 4, 7, 8

*Hänvisade nummer till artikelmatrisen

Bilaga 3

Kvalitetsgranskning kvantitativa artiklar

Checklista för kvantitativa artiklar – RCT (randomiserade kontrollerade studier)

A. Syftet med studien?

Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

Är designen lämplig utifrån studien?

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är exklusionskriterierna?

Är undersökningsgruppen representativ?

Var genomfördes undersökningen?

När genomfördes undersökningen?

Är powerberäkning gjord?

Vilket antal krävdes i varje grupp?

Vilket antal inkluderades i experimentgrupp (EG) respektive kontrollgrupp (KG)?

Var gruppstorleken adekvat?

C. Interventionen

Mål med interventionen?

Vad innehöll interventionen?

Vem genomförde interventionen?

Hur ofta gavs interventionen?

Hur behandlades kontrollgruppen?

D. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

Var reliabiliteten beräknad?

Var validiteten diskuterad?

E. Analys

Var demografiska data liknande i EG och KG?

Om nej, vilka skillnader fanns?

Hur stort var bortfallet?

Kan bortfallet accepteras?

Vad den statistiska analysen lämplig?

Om nej, varför inte?

Vilka var huvudresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader mellan EG och KG?

Om ja, vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du?

F. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population?

Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Överväger nyttan av interventionen ev risker?

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien?

Motivera varför eller varför inte!

Bilaga 4

ISO-BMI

Ålder	Pojke	Flicka	Pojke	Flicka
År	iso BMI 25	iso BMI 25	iso BMI 30	iso BMI 30
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25,00	25,00	30,00	30,00

(Danielsson & Janson, 2009)