

BACHELOROPPGÅVE

Kvifor er eg så annleis?

Korleis førebyggje alvorleg overvekt hos barn i barneskulealder?

av

Kandidat nummer: 65

Hilde Nordnes

Why am I so different?

How can extreme overweight amongst children in primary school be prevented?

Emnekode og namn: SK 152 – Bacheloroppgåve i sjukepleie

Innleveringsdato: 13.04.2012

Tal ord: 7024

Rettleiar: Marianne Gjertsen

Samandrag

Tittel: «Kvifor er eg så annleis?», Korleis førebyggje alvorleg overvekt hos barn i barneskulealder?

Bakgrunn: Overvekt og fedme er eit aukande problem hos barn i barneskulealder, både nasjonalt og internasjonalt. Formålet med oppgåva er å få betre forståing og innsikt i temaet, slik at eg som framtidig sjukepleiar kan rettleie og motivere barn til betre kost- og aktivitetsvanar.

Problemstilling: «Korleis førebyggje alvorleg overvekt hos barn i barneskulealder?»

Framgangsmåte: Oppgåva er eit litteraturstudie. Søk etter litteratur er gjort i ulike kjelder som pensumlister, BIBSYS, legetidsskrift og kvalitetssikre databasar. Eg har nytta forskjellige søkjeord i ulike kombinasjonar.

Oppsummering: Det er godt dokumentert at sunt kosthald og fysisk aktivitet har positiv effekt i førebyggjande arbeid mot overvekt blant barn og unge. Med utgangspunkt i at barnet har usunt kosthald og livsstil, må det skje ei livsstilsendring for å førebyggje alvorleg overvekt. Skal ein sjukepleiar klare å hjelpe barna til betre kost- og aktivitetsvaner, må ein finne dei individuelle årsakene som ligg til grunn for overvekta, og gjennomføre ei kartlegging av barnet og foreldra sin livsstil. Foreldra er sentrale for å oppnå endringar i livsstilen til barnet, med tanke på eit sunnare kosthald og meir fysisk aktivitet. Ved å bruke motivasjonsmetoden «motiverande samtale» kan sjukepleiaren få kjennskap til kva fase barnet er i, og jobbe ut i frå dette. Det viser seg at dei viktigaste faktorane som kan hjelpe barnet til betre kost- og aktivitetsvanar er motivasjon, samt relasjonane som blir opparbeida mellom barnet og sjukepleiaren.

Summary

Title: «Why am I so different?», How can extreme overweight amongst children in primary school be prevented?

Background: Overweight and obesity amongst children in primary school are increasing problems both at a national and international level. The purpose with the thesis is to gain a better understanding and insight in this subject in order for me, as a future nurse, to guide and motivate children towards a better diet and physical activity.

Problem Approach: "How can extreme overweight amongst children in primary school be prevented?"

Procedure: The thesis is based on the «study of literature» method. Searches for literature are made through different channels such as lists of curriculum, BIBSYS, medical journals and quality-assured data bases. I have used keywords in different combinations.

Summary: It is well documented that a healthy diet and physical activity have positive influence in the preventive work against overweight amongst children and youths. Given that the child has an unhealthy diet and lifestyle, a change in lifestyle is required in order to prevent extreme overweight. In order for a nurse to be able to help the children towards better dietary and activity habits, the individual causes behind the overweight must be found. It is also important to perform a mapping of the child's and its parents' lifestyles. The parents are key players in the process of changing the child's lifestyle, in order to obtain a healthier diet and increased physical activity. The information received through "motivational talk" can give the nurse knowledge of what stage the child is in, and hence use this as a base to work from. It has been shown that the most important factors for helping the child towards better dietary and physical activity habits are motivation and the relations which are built between the child and the nurse.

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Definisjon av omgrep	2
1.5 Oppbygging av oppgåva.....	2
2.0 Framgangsmåte	3
2.1 Søke – og utvalsprosessen	3
3.0 Teoridel	5
3.1 Fedme og overvekt	5
3.1.1 Årsaker til overvekt.....	5
3.1.2 Følgjetilstandar	6
3.2 Kosthald og fysisk aktivitet	7
3.3 Rettleiing og motivasjon.....	8
4.0 Korleis førebyggje alvorleg overvekt hos barn i barnskulealder?.....	11
4.1 Kva er årsaker til overvekt og korleis førebyggje alvorleg overvekt?	11
4.2 Korleis rettleie og motivere barn til gode kost og aktivitetsvaner?	14
5.0 Veikskap og styrkje.....	18
6.0 Konklusjon	19
Litteraturliste	20
Vedlegg 1 – Søkeprosess på artiklar	
Vedlegg 2 – Forskingsartiklar	
Vedlegg 3 – Iso KMI hos barn	
Vedlegg 4 – Maslows behovshierarki	

1.0 Innleiing

Dei fleste menneskje i dag veit kva som skal til for å oppretthalde god helse, likevel er førekomsten av overvekt hos barn og unge eit aukande problem både nasjonalt og internasjonalt. Statistikk frå dei 20 siste åra viser at ni år gamle, norske barn har gjennomsnittleg gått opp tre kilo i vekt. Overvektige barn har auka risiko for å utvikle sjukeleg fedme i vaksen alder, og alvorlege fysiske og psykiske konsekvensar relatert til dette (Lindberg og Møllerud 2008, s. 256-258). Auken i overvektige barn er blitt sett på dagsorden både innan media og politikk. Blant anna er det framlegg om innføring av ein time dagleg fysisk aktivitet i grunnskulen. Det er viktig å førebyggje alvorleg overvekt hos barn, difor har eg valt å sette lys på dette temaet i denne oppgåva.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunn for val av tema er eiga interesse for samanhengen mellom kosthald, fysisk aktivitet og livsstil. Eg kan godt tenkje meg å arbeide med førebygging av overvekt hos barn i framtida. Førebyggjande helsearbeid er nemnt i ei rekke sentrale offentlege dokument. Samhandlingsreforma som tredde i kraft 01.01.12, har som formål å førebygge meir, behandle sjukdomar tidlegare og samarbeide meir tverrfagleg. Det er ei målsetting at flest mogleg av tenestane skal foregå nær brukaren i kommunen (Helsedirektoratet, 2011). Helse- og omsorgstenestelova seier at kommunen skal foreslå helsefremjande og førebyggjande tiltak i høve sjukdom og skade. Helsetenesta skal spreie opplysningar, gje råd og rettleiing, samt auke interessa for kva enkeltpersonar og andre kan gjere for å fremje eiga sunnheit og trivsel (Helsedirektoratet, 2011). I følgje sjukepleiarutdanninga sin rammeplan er ein av sjukepleiarfunksjonane å delta i tverrfagleg planarbeid og bidra til å gjennomføre helsefremjande og førebyggjande tiltak i kommunar og lokalmiljø (Kunnskapsdepartementet, 2008). På bakgrunn av dette kan ein tenkje at førebygging av overvekt hos barn og unge kan bli ei viktig oppgåve for sjukepleiar i kommunehelsetenesta framover. Eg ønskjer med denne oppgåva å lære meir om korleis eg som framtidig sjukepleiar kan vere med å førebyggje alvorleg overvekt hos barn og unge.

1.2 Problemstilling

Korleis førebyggje alvorleg overvekt hos barn i barneskulealder?

For å svare på problemstillinga har eg valt å formulere desse delspørsmåla:

- *Kva er årsaker til overvekt og korleis førebyggje alvorleg overvekt hos barn?*
- *Korleis rettleie og motivere barn til gode kost og aktivitetsvanar?*

1.3 Avgrensing

Fokus for oppgåva er barn i alderen 6 -til 10 år, som går i 1. -til 4. klasse på barneskulen. Sjølv om barna er i fokus for førebygginga er det viktig å inkludere foreldra, sidan kosthalds- og aktivitetsvanar blir forma i familien. Eg har valt å utelukke søsken og øvrig familie. Det er gjennom kommunehelsetenesta eg tenkjer at eg som sjukepleiar vil møte barna.

1.4 Definisjon av omgrep

Dei fleste omgrepa som er brukt i problemstilling og delspørsmål blir definert i oppgåva sin teoridel. Kun omgrepet førebygging blir definert her: «Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidleg død» (Helsedirektoratet 2010, s. 32).

1.5 Oppbygging av oppgåva

Vidare i denne oppgåva vil eg presentere metoden og framgangsmåte for innhenting av kunnskap. Deretter kjem eit teorikapittel kor eg først definerer omgrepa overvekt og fedme, før eg tar for meg årsaker og følgjetilstandar. Etter dette blir det presentert teori om kosthald, aktivitet, motivasjon og rettleiing. Vidare vil eg drøfte problemstilling og delspørsmål opp mot valt teori, forskning, egne erfaringar og refleksjonar. Til slutt vurderer eg veikskap og styrkje med oppgåva, før den blir avslutta med ein konklusjon.

2.0 Framgangsmåte

Først i dette kapitlet presenterer eg valt metode. Vidare vil eg beskrive søkeprosessen som er nytta for kunnskapsinnhenting. Ein metode er reiskapen vi har i møte med noko vi vil undersøkje. Grunnen til at vi vel ein bestemt metode er at vi meiner den kan gje oss gode data og belyse spørsmålet vårt på ein fagleg og interessant måte (Dalland 2007, s.81 - 82). Eg har valt å nytte eit litteraturstudie i bacheloroppgåva. Eit litteraturstudie vil seie at ein nyttar eksisterande kunnskap til å finne svar på ei problemstilling (Bjørk og Solhaug 2008, s. 55).

2.1 Søke - og utvalsprosessen

Ein god søkestrategi hjelper ein til å finne fram til litteratur med høg relevans, samtidig som det irrelevante vert haldt utanfor (Bjørk og Solhaug 2008, s. 55). Avgrensingar i søka mine har vore: norsk og engelsk språkleg litteratur, litteratur av nyare dato (2004 – 2012), at litteraturen er funne gjennom kvalitetssikre databasar og at den er relevant for problemstilling og delspørsmål.

Eg har nytta både manuelle søk og søk i ulike databasar. Manuelt søk vil sei at eg har studert pensumlister og referanselister i bøker og artiklar, og på den måten kome fram til relevant litteratur. Val av søkeord og kombinasjonen av orda har vore forskjellig i dei ulike søkekjeldene. Vidare presenterer eg difor søk frå ulike kjelder, kvar for seg (vedlegg 1). Dei viktigaste litteraturkjeldene eg har valt å nytte, blir presentert nedanfor.

Først søkte eg manuelt i referanselistene til ulike bøker og artiklar, og gjekk gjennom pensumlister i studieplanen. Eg leita etter tema som omhandla overvekt hos barn, motivering og førebygging. Dette resulterte i at eg fann «*Aktivitetshåndboken*» (2008) av Roald Bahr.

Vidare søkte eg i BIBSYS med orda *overvekt* og *barn*, og fekk 56 treff. Allereie på første sida fann eg boka «*Overvekt hos barn og unge*» (2012) av Gudbjørg Øen. Boka er heilt ny og sentral i forhold til problemstillinga mi. Eg fann også «*Barn i balanse*» (2008) av Fedon. A Lindberg og Merete Hansen-Møllerud. Boka tek føre seg kosthald og fysisk aktivitet hos barn. Vidare søkte eg på orda *motivasjon* og *samtale*, sidan eg ønskjer å nytte motivasjon i rettleiinga til barna. Eg fekk opp 9 treff, og fann boka «*Motiverende samtale*» (2007) av Tom Barth og Christina Näsholm. For å finne litteratur om rettleiing kombinerte eg orda *pedagogikk* og *sykepleie*, og fekk 98 treff. Eg valde å nytte boka «*Pedagogikk i sykepleiepraksis*» (2008) av Sidsel Tveiten.

Tidsskrift eg har søkt i er: Sykepleien og Tidsskrift for Den norske legeforening. I sykepleien fann eg ingen aktuelle artiklar for problemstillinga mi. Ved søk i Tidsskrift for Den norske legeforening kombinerte eg søkeorda *overvekt* og *barn*, og fekk 276 treff. Eg fann ein relevant oversiktsartikkel, «*Fedmeepidemien – vi må begynne med barna*» (2009) av Martin Handeland og Jøran Hjelmæsæth. Eg søkte og på ordet *helsesøster*, og fekk 81 treff, og valte ut artikkelen «*Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom*» (2004) av Anne Kjersti Befring.

Eg søkte i databasen SveMed+, der eg nytta søkeorda *obesity*, *child* og *prevention* i ulike kombinasjonar, og fekk 11 treff. Eg fann ein aktuell fagartikkel: «*Forebyggelse og behandling af fedme hos børn og unge*» (2006) av Michaelsen, Mølgaard, Richelsen og Heitmann.

Ved søk etter forskning nytta eg databasane Academic Search Premier og Pubmed. Eg oppdaga at det er gjort få forskingsstudiar relatert til mi problemstilling og mine delspørsmål, men eg fann likevel to interessante artiklar. I Academic Search Premier brukte eg søkeord som; *obesity*, *child*, *prevention* og *qualitative research*. Då eg søkte på alle orda samtidig, fekk eg 35 treff og fann forskingsartikkelen «*Adressing weight-related issues in an elementary school: what do students, parents and school staff recommend?*» (2007) av Jess Haines og Dianne Neumark-Sztainer. Ved søk i Pubmed brukte eg søkeorda *obesity*, *prevention*, *health nurse* og *primary school*, og fekk 94 treff. Der fann eg artikkelen: “*Parents` perceptions and attitudes on childhood obesity*” (2011) av Akhtar-Danesh, Dehghan, Morrison og Fonseka». Sjå vedlegg 2 som inneheld ei kortfatta beskriving av utvalte forskingsartiklar.

Gjennom helsedirektoratet har eg funne nasjonale retningslinjer for førebygging av overvekt og fedme hos barn.

3.0 Teoridel

Først i teori kapitlet definerer eg omgrepa overvekt og fedme. Deretter presenterer eg teori om årsaker og følgjetilstandar til overvekt. Vidare tar eg for meg korleis fysisk aktivitet og sunt kosthald kan bidra til å førebyggje overvekt. Til slutt vil eg presentere sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon med hovudvekt på rettleiing og motivasjon, og metoden som blir kalla for motiverande samtale.

3.1 Fedme og overvekt

All litteratur eg har brukt, nyttar orda overvekt og fedme med same tyding. Difor har eg valt å nytte omgrepa om kvarandre i denne oppgåva. I følgje Lindberg og Møllerud (2008, s. 259) blir overvekt og fedme definert ut i frå kroppsmasseindex (KMI). KMI blir rekna ut ved å dividere vekt (kg) med kvadratet av høgd (m²): $KMI = \text{kg/m}^2$. Vaksne som har KMI på mellom 25 og 30 blir definert som overvektige, og ligg KMI'en på over 30 blir det kalla fedme. Hos barn frå 2 – 18 år vil KMI grensene for overvekt og fedme variere med alder og kjønn. Det har blitt utvikla ein tabell med internasjonale kjønns- og aldersjusterte grenser for overvekt og fedme hos barn, som blir kalla iso-KMI. I følgje denne tabellen vil grensa for overvekt for til dømes ein 7 år gammal gut vere 17,92 kg/m², mens for ei 7 år gammal jente vil grensa ligge på 17,75 kg/m² (sjå vedlegg 3). KMI gjev ein generell indikasjon på vektstatusen. KMI'en tar utgangspunkt i kroppshøgda, men ikkje korleis kroppsvekta er fordelt. Sidan KMI ikkje skil musklar og feittmasse, kan den i nokre tilfelle vere misvisande. Likevel blir metoden sett på som eit godt måleverktøy for å identifisere om barn er overvektige (Jåtun 2012, s. 52).

3.1.1 Årsaker til overvekt

Overvekt er eit samansett problem med mange årsaker. Vanleg overvekt skuldast i 90-95 % av tilfella ein kombinasjon av polygen (multifaktorell) arv og disponerande miljøfaktorar. Barn av foreldre med høg KMI, har stor risiko for å utvikle den same høge KMI'en. (Helsedirektoratet 2010, s.19; Jåtun 2012, s.66). Jåtun (2012, s. 66) hevdar den genetiske disposisjonen for overvekt er viktig, men at det er samspelet mellom genar og miljø som til slutt avgjer om fedme blir utvikla. Barn arvar ikkje berre genar frå foreldra sine, dei arvar også i stor grad foreldra sitt miljø og deira livsstilvaner. Dei ser og lærer det foreldra gjer, og bygg vidare på forholdet foreldra har til mat og fysisk aktivitet (Lindberg og Møllerud 2008, s. 257). Den kraftige auken av overvekt og fedme dei siste 40 åra, skuldast ikkje at genane har endra seg, men at miljøet vi lever i har blitt omskapt til eit «fedmefremjande» miljø (ibid).

Den vestlege verda har gjeitt oss tilgang på store mengder kaloririk mat heile året, på same tid som vi har blitt meir stillesittande og inaktive (Jåtun 2012, s. 69; Sortland 2007, s. 224). Barn brukar meir tid på dataspel, TV og video enn uteleik. Mykje av det som tidlegare blei sett på som variert uteleik, er no organisert og regulert av vaksne gjennom idrett. Naturlege friarealar har blitt regulert til andre formål, og fysisk aktivitet blir sett på meir som ein fritidssysse (Børresen og Rosenvinge 2006, s. 13). Tidlegare var skulevegen ein arena for dagleg fysisk aktivitet. For mange barn er det ikkje slik lenger. Foreldra sin reisemåte til jobb har stor betydning, og mange foreldre viser til ulike praktiske grunnar for å køyre barna til skulen. Sidan transporttilboda er blitt mange, er dette med på å redusere den daglege og for mange, naturlege, fysiske aktiviteten (Helsedirektoratet 2010, s. 22).

3.1.2 Følgjetilstandar

Overvekt har ein tendens til gradvis å forverre seg di eldre barnet blir, og kan difor medføre sjukeleg fedme i vaksen alder (Lindberg og Møllerud 2008, s. 268; Haugland og Haug 2012, s. 177). Det fins meir enn 40 ulike medisinske og psykiske tilstandar som blir assosiert med fedme. Nokre av følgjetilstandane oppstår allereie i barne- og ungdomsåra, mens andre først blir synlege i vaksen alder (Jåtun 2012, s. 73). Sjølv med moderat overvekt aukar risikoen betrakteleg for utvikling av sjukdommar, som til dømes diabetes type 2, hjarte – og karsjukdom, belastingslidningar og ulike kreftformar seinare i livet (Lindberg og Møllerud 2008, s. 256; Sortland 2007, s. 224).

I tillegg til dei somatiske følgjetilstandane ser vi i følgje Øen (2012, s. 107) at barn med overvekt og fedme ofte blir møtt med fordommar og diskriminering frå dei er ganske små. Når barn blir mobba på grunn av overvekt, kan dette på kort eller lang sikt hindre den psykologiske og sosiale utviklinga (ibid). I følgje studien til Haines og Neumark-Sztainer (2007, s. 10) har overvektige barn dårlegare kropps- og sjølvbilete enn normalvektige barn. Resultata frå studien viste at overvektige skulebarn ikkje er tilfreds med kroppen sin eller å snakke om kroppslege fenomen. Barna hadde også kjensle av å ikkje leve opp til dagens ideal om korleis kroppen skal sjå ut, slik ein ser i media (ibid).

3.2 Kosthald og fysisk aktivitet

Å etablere gode matvaner i tidleg levealder kan bidra til å sikre ei god utvikling med normal høgdevekst og god helse under oppveksten, og truleg vidare i vaksenlivet (Kolsgaard 2012, s. 159). Det er sterke haldepunkt for at sunt kosthold saman med fysisk aktivitet legg grunnlaget for god helse, og at dei to saman er dei viktigaste faktorane for å førebyggje alvorleg overvekt (Helsedirektoratet 2010, s. 3; Sortland 2007, s. 223). Mange menneskje har større energiinntak enn forbruk, som kan skuldast låge krav til fysisk aktivitet og samstundes lett tilgjengelig mat til ei kvar tid. Større energiinntak enn forbruk, vil på sikt føre til overvekt og fedme (Kolsgaard 2012, s. 159).

I følgje Due (2007, s. 57) har aldri barn det fulle ansvaret for overvekta. Foreldra fungerer som rollemodellar med stor innflytelse på barn sitt matval og er difor den viktigaste ressursen for barnet. Har foreldra eit sunt kosthald, vil det betre kosthaldet til barnet slik at det lettare kan oppretthalde normal kroppsvekt (Helsedirektoratet 2010, s.33; Bahr 2008, s. 51; Akthar-Danesh, Dehghan, Morrison og Fonseka 2011, s. 71 - 72).

Barn sitt energibehov avheng av alder, kjønn, aktivitetsnivå og grad av overvekt. Overvektige barn et nødvendigvis ikkje mykje godteri og usunn mat, men dei et for mykje mat (Kolsgaard 2012, s. 167). I følgje Kolsgaard (2012, s. 162) er eit energiinntak på 1200 – 1500 kcal dagleg tilstrekkeleg for å sikre ti år gamle barn ei normal utvikling. Fokuset bør difor vere på sunne matvanar i lengda og ikkje restriktive diettar i korte periodar hevdar Kolsgaard (2012, s. 159) og Lindberg og Møllerud (2008, s. 268). Eit kosthald med høgt innhald av protein, sunt feitt og færre raske karbohydrat vil bidra til lengre metthetskjenning og dermed redusere energiinntaket. Reduksjon av porsjonsstørrelsane, rett val av drikke, t.d. vatn som tørstedrikk, regelmessige måltid, redusert inntak av godteri, snacks, kaker og auka inntak av frukt og grønnsaker er viktige tiltak som kan redusere energiinntaket hos barn (Kolsgaard 2012, s. 166-170).

Også overordna strukturelle tiltak som t.d. korleis butikkane reklamerer for godteri og usunne matvarer rett framfor kassa, bidreg til å auke omfanget av fedme og fedmerelaterte sjukdomar hos barn. Foreldre som opplever “tidsklemma” og handlar på veg heim frå arbeid, hamnar ofte i situasjonar der middagen består av ferdigmat (Handeland og Hjelmesæth, 2009). Sunn mat kostar også meir, og det kan vere utfordrande for småbarnsforeldre å prioritere sunn framfor usunn mat. Handeland og Hjelmesæth (2009) og Akthar- Danesh m. fl. (2011, s. 71 -

72) hevdar at prispolitiske verkemiddel kan bidra til auka inntak av sunn mat som inneheld fiber, vitamin og mineraler, noko som er viktig for barn sin vekst, utvikling, trivsel og helse.

Fysisk aktivitet blir definert som: «all slags kroppsbevegelse utført av skjelettmuskulatur som øker energiforbruket» (Berg og Mjaavatn 2008, s. 45). Målet med fysisk aktivitet er å skape gode vanar som bidreg til optimal vekst og utvikling, god helse i oppveksten og seinare i livet (Haugland og Haug 2012, s. 178). Aktivitet verkar inn på omsetninga av næringsstoff og kroppssamansetjinga, og for å hindre vektauke anbefaler Helsedirektoratet (2010, s. 43) barn og unge å vere fysisk aktive i minst 60 minutt dagleg. Aktiviteten bør vere både av moderat og høg intensitet. Er aktivitetsnivået enda høgare, gjev dette større helsegevinst (Bahr 2008, s. 53; Sortland 2007, s. 224). Helsedirektoratet (2010, s. 43) legg vekt på at bevegelse skal vere morosamt og motiverande, fordi det kan få barn som vanlegvis er inaktive, til å vere meir aktive.

Barn tilbringar mange timar i veka på skulen, og for nokre barn er det i skuletida mesteparten av aktiviteten vert utfolda. Skulen har ein unik moglegheit til å nå alle barn og er difor ein viktig kunnskapsformidlar som kan hjelpe barn og unge til å få ein god oppvekst (Haugland og Haug 2012, s. 178). Mykje av grunnlaget for helsevanar blir etablert i skulealder, og barn er ofte meir fleksible enn vaksne når det gjeld å endre vanar. Når det gjeld førebygging av overvekt, kan skulen legge til rette for dagleg fysisk aktivitet og gje opplæring i sunne levevaner gjennom kroppsøving, naturfag og mat og helse (Helsedirektoratet 2010, s. 33; Kolsgaard 2012, s. 174). Skulen sine uteområde og aktivitetsanlegg er viktig både for kvaliteten i kroppsøvingstimate og for fri leik utanom. Helsedirektoratet (2010, s. 33) legg vekt på viktigeita av eit breispektra leikeområde på skulen som innbyr til ulike former for aktivitet. Dette vil bidra til at barn forbind fysisk aktivitet med trivsel og fantasi (ibid).

3.3 Rettleiing og motivasjon

Foreldre med overvektige barn treng konkret støtte og rettleiing om individuelle førebyggjande tiltak (Handeland og Hjelmæsæth, 2009). Ved rettleiing kan barna og foreldra i følgje rettleiingspedagogikk oppdage og bli bevisste på eigen situasjon, noko som er nødvendig for å få til ei ønska endring.

Rettleiing kan ein kalle ei pedagogisk verksemd som legg til rette for oppdaging og læring på individ- eller gruppenivå. Rettleiinga har ei bevisst hensikt, personen som er i fokus skal oppdage og lære, og denne læringa skal styrke mestringskompetansen slik at det kan føre til endring (Tveiten 2008, s. 71). Det er gjennom dialog med rettleiaren personen skal oppdage.

Rettleiaren kan ikkje oppdage for andre og skal ikkje først å fremst gje svar, men hjelpe til at personen sjølv finn svar, noko som kan gje ei oppleving av meistring (ibid).

Korleis rettleiar bør legge til rette for oppdaging og læring, vil variere frå person til person. For at rettleiinga skal ha hensikt er det viktig å ta omsyn til kjønn, alder og personlege forhold. Det er viktig å finne ut kva personen er opptatt av, og kva det dreiar seg om for han, hevdar Tveiten (2008, s. 72). Rettleiaren kan planlegge korleis rettleiinga skal skje, men innhaldet i rettleiingsprosessen må ta utgangspunkt i personen sitt behov.

Motivasjon kan bli sett på som ein læreføresetnad, og blir definert som «den drivkrafta som ligg til grunn for ei handling» (Tveiten 2008, s. 121). Det er viktig at ein nyttar personen sine eigne mål som motivasjonsfaktor, for å kunne skape endring (ibid). Renolen (2008, s. 42) skil mellom indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon er styrt av ytre krefter som set i gong handlinga, t.d. at eit barn trenar fordi vennane gjer det. Indre motivasjon blir sett på som ein naturleg motivasjon, ein aktivitet som blir gjort for å oppnå indre tilfredsstilling. Den indre motivasjonen er kjent for å ha større kraft enn den ytre motivasjonen (ibid).

Maslows behovshierarki, med dei biologiske behova nedst og sjølvrealisering på toppen, er eit kjent uttrykk for ulike motivasjonsfaktorar. Modellen bygger på hierarki, som tyder at eit behov må bli tilfredsstilt før neste behov kan tilfredsstillast (vedlegg 4). T.d. tryggleiksbehovet må vere tilfredsstilt før behovet for sjølvrealisering og meistring blir tilfredsstilt. Dette viser betydinga av at personen som skal få rettleiing må vere trygg for å kunne lære (Tveiten 2008, s. 122).

For å rettleie og motivere barn til gode kost og aktivitetsvaner kan ein nytte samtalemetoden Motivational Interviewing (MI). I denne oppgåva vel eg å kalle metoden for motiverande samtale, sidan det er eit forenkla uttrykk som også er nytta i boka. Den motiverande samtalen handlar om motivasjonsaspekta ved endring, om å motivere pasienten til å ta nødvendige val for at situasjonen skal bli betre. Metoden legg ikkje vekt på korleis endringa skal skje, men om den skal skje - kvifor eller kvifor ikkje (Barth og Näsholm 2007, s.13).

Den motiverande samtalen kan ein oppsummere i fem fasar. Den første fasen er den *kontakt- og relasjonsskapande fase*. Hovudoppgåva for rettleiaren er å skape tryggleik hos klienten slik at han er i stand til å ta i mot hjelpa han blir tilbode. For å skape tryggleik viser rettleiaren at det er klienten sin eigen aktivitet kontakta bygg på, og rettleiaren blir ein aktiv lyttar som tilpassar seg i høg grad.

Neste fase kallar ein *den nøytrale utforskande fasen*, som går ut på å kartlegge klienten si oppleving av saka for deretter å danne felles oppfatning om utgangspunktet for endring. Klienten fortel sin versjon av korleis situasjonen blir opplevd, om livssituasjonen heime, kva som er problemet, eventuelle hindringar og moglegheiter for endring. Vidare går ein inn i den *perspektivutvidande fasen*. Her prøver rettleiar å utforske andre sine perspektiv på saka. Rettleiaren stiller spørsmål som skapar rom for refleksjon der klienten kan tenke, føle og reflektere over seg sjølv og prøve å finne fram eigen motivasjon. Spørsmåla rettleiar stiller for å påverke til endring kan vere utfordrande, og kan vekke motstand hos klienten fordi han må reflektere meir (Barth og Näsholm 2007, s. 38 – 41). Fjerde fase er den *motivasjonsbyggande fasen*, der rettleiar fokuserer på klienten sin endringsmotivasjon og dei ser framover og fokuserer på kva som kan betrast. Har klienten oppnådd indre motivasjon, kan rettleiaren tilføre motivasjon utanfrå. Siste fase er *avgjersle- og forpliktingsfasen*. Hovudoppgåva til rettleiaren er her å styrke klienten si avgjersle og underbyggje den ved å støtte han og gje god informasjon. Klienten blir i denne fasen stadig meir bevisst på avgjersla og jobbar med å underbyggje eige ansvar, noko som aukar sannsynlegheita for at endringa blir gjennomført (Barth og Näsholm 2007, s. 41 – 43).

4.0 Korleis førebyggje alvorleg overvekt hos barn i barnskulealder?

I det følgjande vil eg drøfte problemstilling og delspørsmål opp mot teori, forskning, egne erfaringar og refleksjonar. Eg startar med å drøfte årsaker til overvekt og somatiske følgjetilstandar relatert til dette. Vidare vil eg drøfte korleis alvorleg overvekt kan førebyggjast. Til slutt vil eg med utgangspunkt i den «motiverande samtale», drøfte korleis eg kan motivere og rettleie barn og foreldre til å førebyggje alvorleg overvekt.

4.1 Kva er årsaker til overvekt og korleis førebyggje alvorleg overvekt?

Kroppsfeittet endrar seg gjennom barne- og ungdomsåra, og frå 6 -til 10 års alderen dominerer feittlagringa i kroppen. Alvorleg overvekt er eit aukande problem hos barn og unge, både nasjonalt og internasjonalt. Det er generell semje om at hovudårsaken til problemet skuldast at energiinntaket overstig forbruket (Øen 2012, s. 19). Teorien til Lindberg og Møllerud (2008, s. 261) samsvarar med Helsedirektoratet (2010, s. 20) sin, der det blir hevda at barn med høgt energiinntak i forhold til forbruk, vil kunne ende opp som kraftig overvektige vaksne. Det er også gjort fleire studiar som bekreftar at overvektige personar med usunt kosthald og usunn livsstil, har større risiko for å utvikle somatiske følgjesjukdomar enn normalvektige (Lindberg og Møllerud 2008, s. 258; Jåtun 2012, s. 73-75; Michaelsen, Mølgaard, Richelsen og Heitmann 2006, s. 173). Mine egne erfaringar tilseier at helsetenesta ikkje fangar opp tidleg nok dei overvektige barna. Mange barn blir ikkje «sett» før vekta nærmar seg grensa for alvorleg overvekt. For ein sju år gammal gut ligg grensa for alvorleg overvekt på 20,63 kg/m². I praksis vil det difor vere av stor betydning at sjukepleiarar i kommunehelsetenesta kartlegg barn si vekt i ein tidleg fase, og vurderer om det bør bli i verksett førebyggjande tiltak. Det kan gjerast ved at sjukepleiar og helsesøster jamleg går gjennom resultat etter vekt- og høgde målingar, som er gjennomført av helsesøster. Med dette kan ein i framtida tidlegare fange opp barn som har risiko for å utvikle alvorleg overvekt.

I følge Jåtun (2012, s. 53) er det usemje om kor tid eit barn blir rekna som overvektig, og han meiner det skuldast bruken av ulike definisjonar. Helsedirektoratet (2010, s. 15) og Lindberg og Møllerud (2008, s. 259) nyttar KMI i definisjonen sin, mens ei anna kjelde definerer overvekt hos barn som: «Når vekten ligger 20 % eller to standardavvik over middelvekten for høyden» (Sjøen og Thoresen 2008, s. 117). Eit standardavvik tyder eit gjennomsnittleg avvik frå gjennomsnittet, i følge websida Ndla.no. Jåtun (2012, s. 52) hevdar at ulikskapar i definisjonane kan skape uvisse når ein skal samanlikne grenseverdier. For framtidige sjukepleiarar kan dette i praksis bety at ein opplever usikkerheit om kor tid ein skal reagere og

setje i verk tiltak. Både Sjøen og Thoresen (2008, s. 117) og Lindberg og Møllerud (2008, s. 259) er kritiske til å nytte KMI omgrepet på barn, trass i at Helsedirektoratet (2010, s. 15) og Øen (2012, s. 52) brukar det. Sjøen og Thoresen (2008, s. 177) meiner at overvekt ikkje kan bli diagnostisert berre ut i frå høgd og vekt, fordi barn kan ha høg vekt eller velutvikla muskulatur, utan at det er risiko for alvorleg overvekt. Sidan det er usemje i kjeldene om KMI omgrepet er tilfredsstillande for å kartleggje vektstatus hos barn eller ikkje, treng vi eit anna alternativ. I følgje Helsedirektoratet (2010, s. 15) kan livviddemål gje eit betre bilete av korleis kroppsfeittet er fordelt, og meir informasjon om det er risiko for utvikling av hjarte-/karsjukdomar seinare i livet. Teoriane til Børresen og Rosenvinge (2006, s. 12) og Helsedirektoratet (2010, s. 15) samsvarar med at ein må bruke fornuft under kartlegging hos barn, og nyttar ein augemål som verktøy kan ein raskt vurdere korleis kroppsvekta er fordelt. Som framtidig sjukepleiar ønskjer eg å nytte det sikraste kartleggingsverktøyet, og ut i frå litteraturen eg no har lese, er livviddemål og augemål per dags dato det mest nytta. Det blir også viktig å følgje debatten vidare om kartleggingsverktøy på barn; bruk av KMI og/eller livvidde- og augemål.

Det er generell semje i kjeldene eg har nytta, om at ei av dei viktigaste årsakene til overvekt er usunt kosthald og feilernæring i tidleg levealder (Due 2007, s. 57; Lindberg og Møllerud 2008, s. 257; Akthar Danesh m. fl. 2011, s. 71). Ei av årsakene til overvekt er at vi i dag har for stor og lettvinntilgang på usunn mat, og barn veks opp i eit fedmefremjande miljø. Sortland (2007, s. 224) hevdar at kosthaldet har blitt meir variert, men på same tid har innhaldet av feitt og sukker auka betrakteleg. Når samfunnet er tilrettelagt slik at butikkane dagleg reklamerer med fristande mat, er det forståeleg for meg at folk handlar usunne matvarer, og at freistingane nokre gongar tek overhand. Eg tenkjer at som framtidige sjukepleiarar står vi ovanfor ei krevjande oppgåve når vi skal hjelpe barn til sunnare kosthald. Ei årsak til det er fordi vi ikkje kan fokusere på barnet åleine, men vi må også ta utgangspunkt i foreldra sin livsstil og deira haldningar, sidan det er dei som handlar inn maten. Det er semje mellom Akthar- Danesh m. fl. (2011, s. 71) og Helsedirektoratet (2010, s. 33) sine teoriar, der begge hevdar at sjukepleiar har ei viktig oppgåve med å rettleie foreldra slik at dei står fram som gode rollemodellar og set grenser for barna. Helsedirektoratet (2010, s. 33) seier vidare at barn har lettare for å endre vaner enn vaksne, så sjukepleiaren bør føreslå konkrete førebyggjande tiltak som både foreldra og barnet kan jobbe med.

Jåtun (2012, s. 69) og Lindberg og Møllerud (2008, s. 258) hevdar at det er miljøfaktorar som avgjer om barnet utviklar overvekt. Dei meiner at mange av miljøfaktorane ligg utanfor barnet sitt kontrollområde, men påverkar barnet fordi det influerer miljøet barnet veks opp i.

Det er også semje mellom fleire kjelder at den arvelege disposisjonen er av stor betydning for om barn utviklar overvekt (Sortland 2007, s. 224; Helsedirektoratet 2010, s.19; Jåtun 2012, s.66). Studiar viser at risikoen for at barn utviklar for høg KMI, er større dersom ein av eller begge foreldra har høg KMI (Jåtun 2012, s. 65). Ut i frå litteraturen eg har lese, er det dei kvardagslege rutineane som har størst betydning for om barn klarer å halde ei stabil vekt. Skal sjukepleiarar førebyggje alvorleg overvekt hos barn, tilseier dette i praksis at dei må ta omsyn til den arvelege disposisjonen i kartleggingsprosessen, samt foreldra sine livsstilsvanar.

Graden av fysisk aktivitet er også ein viktig faktor som spelar inn på årsaker til overvekt. I følgje Helsedirektoratet (2010, s. 22) veks barn i dag opp i eit miljø der inaktivitet råder, og det er meir vanleg med passive hobbyar som t.d. TV og PC. Barn blir køyrt til skulen og andre aktivitetar, sjølv om avstanden er under ein kilometer! Den nyaste forskinga på området frå Jåtun (2012, s. 69) viser at barneaktivitet ikkje lenger består av uorganisert fri leik, men heller organisert trening heilt i frå 6 års alderen. Dette samsvarar med mine erfaringar som tidlegare ski- og fotballtrenar for barn. Så lenge denne haldninga held fram, trur ikkje eg at barn vil bevege seg meir, og overvektsproblematikken vil heller ikkje endre seg.

Kva kan vi som framtidige sjukepleiarar gjere for å motivere barn til fysisk aktivitet?

Haugland og Haug (2012, s. 182) hevdar det kan vere lurt at barnet får prøve ulike aktivitetar, og på den måten finne fram til aktivitetar dei trivst med og føler dei meistrar. Gjev ein konkret og detaljert informasjon til barnet og foreldra om kva tilbod som finst i nærmiljøet, aukar dette moglegheita for at barnet finn noko det ønskjer å drive med (ibid). Forskingsstudien til Akthar-Danesh m. fl. (2011, s. 67) viser også at aktivitetar der foreldra har moglegheit til å delta sjølve, kan auke aktivitetsnivået i heile familien. Eg tenkjer difor at eit tiltak sjukepleiar i kommunehelsetenesta kan gjennomføre for å motivere både vaksne og barn, er å lage ei liste over ulike tilbod som finst, kor mange som trenar der, og tidspunkt. Sjukepleiar kan også vise til uorganiserte aktivitetar og leikar, for å hjelpe foreldra til å kome seg meir ut og vere aktive med barnet.

4.2 Korleis rettleie og motivere barn til gode kost og aktivitetsvaner?

Den første fasen i motiverande samtale er den kontakt- og relasjonsskapande fasen. For å oppnå god kontakt og relasjon med barnet, hevdar Barth og Näsholm (2007, s. 38) at rettleiar bør fokusere på barnet sine interesser og la samtalen vere open og uforpliktande. Fleire kjelder er samde om at tverrfagleg samarbeid mellom sjukepleiar, helsestasjon og skule er gunstig når ein skal motivere barn til gode kost- og aktivitetsvanar (Akthar-Danesh m. fl. 2011, s. 72; Handeland og Hjelmesæth 2009; Øen 2012, s. 27) Kompetansen dei har saman, kan auke kunnskapsnivået til foreldra og hjelpe dei til å opprette gode vanar hos seg sjølve og barnet. Aarskog (2012, s. 41) trur difor at samhandlingsreforma kan gje overvektige barn positive resultat, sidan den oppmodar til meir tverrfagleg samarbeid i kommunehelsetenesta. Sett frå ei side er det gunstig med samarbeid, men på den andre sida trur eg at barn lettare kan oppnå tryggleik dersom dei held seg til få personar i gongen. Fokus i første fase er å skape tryggleik. Litteratur som omhandlar førebygging av overvekt hos barn, seier at tryggleik og tillit er viktig for å oppnå gode relasjonar. Difor vil sjukepleiaren fungere som rådgjevar åleine i møtet med barnet og foreldra under prosessen. Barnet bør vere i fokus under rettleiinga, men foreldra må også vere til stades sidan det er livsstilen deira som er avgjerande for om barnet kan endre sin livsstil (Aarskog 2012, s. 46). Tveiten (2008, s. 122) meiner også at barn med overvektspromblematikk vil ha betre oppdagings- og mestringsføresetnader dersom mor eller far er til stades og skapar tryggleik.

Sjukepleiar må dessutan følgje helselovgivinga frå 2001 om aldersgrenser angående barn sin kompetanse og myndigheit i forbindelse med helsehjelp. I følgje Befring (2004) skal foreldre med barn under 12 år bli inkludert i all informasjon som blir gitt om barnet sin helsetilstand og om helsehjelpa barnet mottar. Dette for å ta avgjersler på barnets vegne. Sjukepleiar kan difor ikkje setje i verk kartlegging utan foreldra sitt samtykke.

Andre fase i den motiverande samtalen er den nøytralt utforskande fasen. Her skal sjukepleiaren finne ut kva barnet er oppteken av, kva det veit og tenkjer om si eiga vekt. Teorien til Befring (2004) og Kolsgaard (2012, s. 163) samsvarar med at informasjonen må bli tilrettelagt barnet sin alder, utviklingsnivå og personlege behov. På den måten får barnet innsikt i og forståing for situasjonen, og ein bygg vidare på tillitsforholdet. Teori som omhandlar overvekt hos barn seier det er viktig at ein finn årsaken til problemet, og kva barnet opplever som hinder for vektreduksjon (Aarskog 2012, s. 46). Kolsgaard (2012, s. 162) meiner difor det første steget i kostrådgevinga vil vere å kartleggje barnet og foreldra sitt kosthald, for å skaffe oversikt over matvareval og måltidsmønster.

Haines og Neumark-Sztainer (2007, s. 10) sin forskingsartikkel viser at overvekt kan opplevast som eit vanskeleg, skamfullt samtaletema både for barnet og foreldra. Eg har sjølv prata med foreldre til overvektige barn der foreldra har gått i forsvarsposisjon, truleg fordi dei følte seg utfordra. Ut i frå det eg har lese, bør sjukepleiaren i praksis difor vere merksam på å verne barnet sin psykologiske tryggleik gjennom varsam kommunikasjon (Barth og Näsholm (2007, s. 39). Når energiinntak og aktivitetsnivå er kartlagt både hos barnet og foreldra, kan sjukepleiaren i praksis gå vidare til neste fase.

Handeland og Hjelmæsæth (2009) legg vekt på at foreldre må få konkret støtte og rettleiing om individuelle tiltak relatert til deira overvektige barn. Dette blir gjort i den perspektivutvidande fasen, av den motiverande samtalen. For å motivere barnet og foreldra til betre kost- og aktivitetsvanar, kan ein nytte ein strategi der ein utvidar perspektivet på saka, og legg fram utfordrande påstandar. T.d.: det er generell semje blant folk om at sunt kosthald og fysisk aktivitet er grunnlaget for god helse (Sjøen og Thoresen 2008, s. 35). Dette kan vekke motstand hos barnet og særleg foreldra, sidan det å ha eit sunt kosthald og drive fysisk aktivitet er for mange lettare sagt enn gjort. Samtidig kan påstanden bli oppfatta som kritikk mot deira noverande vanar. Sett frå ei side kan motstanden sjukepleiaren møter her, bli opplevd som ubehageleg og føre til usemje. Sett frå den andre sida er dette nødvendig for å skape rom for refleksjon der barnet og foreldra må tenkje, føle og reflektere over seg sjølv og sin livsstil (Barth og Näsholm 2007, s. 40). Her ser ein viktigheita av at den første fasen er gjennomført skikkeleg, slik at tillit og støtte ligg som eit grunnlag. Sjukepleiaren tek vidare meir styring, tilfører nye opplysingar og konkrete tiltak som kan hjelpe familien i kvardagen.

Å utvide perspektivet til barnet og foreldra om korleis førebyggje overvekt, handlar om å gje dei kunnskap om kva sunt kosthald er, og kva tilstrekkeleg fysisk aktivitet vil seie. Kolsgaard (2012, s. 162) meiner det sjeldan blir sett opp menyar i praksis med bestemte energiinnhald til barna. Det kan difor tenkjast at sjukepleiaren i praksis heller bør ta utgangspunkt i familien sitt kosthald og gje tilrådingar ut i frå dette. For å balansere energiinntak og forbruk, tilrår Kolsgaard (2012, s. 165) at ein føl dei statlege anbefalingane for barn og unge med overvekt og fedme. Hovudmomenta i anbefalingane er: reduksjon av porsjonane, rett val av drikke, regelmessige måltid, redusert inntak av godteri, snacks, kaker, og auka inntak av frukt og grønnsaker (Helsedirektoratet 2010, 37). Eit kosthald med høgt innhald av protein, sunt feitt og færre raske karbohydrat vil bidra til ei lengre metthetskjenle, og dermed redusere energiinntaket. Teorien til Kolsgaard (2012, s. 165) og Lindberg og Møllerud 2008, s. 268) samsvarar med at fokuset bør vere på sunne matvanar i lengda, og ikkje restriktive diettar i

korte periodar. Websida Frisk og Funksjonell påstår derimot at alle diettar fungerer berre ein held seg til dei. Dette er Kolsgaard (2012, s. 165) i mot, fordi mange av diettane har eit høgt innhald av protein- eller feittinnhald som kan vere mangelfulle på vitamin, mineral og fiber. Ut i frå det eg har lese, bør ikkje barn ha fokus på slankediettar, sidan dette kan medverke til stress og feilernæring. Teorien til Lindberg og Møllerud (2008, s. 268) og Haugland og Haug (2012, s. 177) seier at målet heller bør vere å halde vekta stabil, og på den måten strekk barnet seg heller i lengdevekst.

Vi bevegar oss vidare til den motivasjonsbyggjande fasen. Korleis kan ein hjelpe barnet til å finne motivasjon til å førebyggje alvorleg overvekt, når han sjølv trur han alltid vil sjå annleis ut? Kolsgaard (2012, s. 163) meiner det er av stor betydning at barnet får vere med å bestemme kva som skal endrast, og at det blir framheva kva barnet sjølv ønskjer å oppnå. Ved å la barnet vere delaktig, kan det gje ei kjensle av meistring og på den måten blir måla lettare oppnåelege. Bruk enkle bilete, teikningar og andre morosame ting som kan fange interessa til barnet. Dette for å gjere det lettare å forstå samanhengen mellom sunt kosthald, aktivitet og dermed ein betre livsstil, seier Børresen og Rosenvinge (2006, s. 13).

Den siste tida har det vore debatt på Stortinget, der mellom anna partiet Høgre vil auke den daglege fysiske aktiviteten i barneskulen, sidan dette kan fremje fysisk fostring, tilhøyrslø og samhald blant elevane (Nrk, 2012). Sjølv tenkjer eg difor at skulen kan vere ein viktig bidragsytar til å motivere barna sidan det er ein arena som skal innby til leik og trivsel (Helsedirektoratet 2010, s. 33). Har skulen variert utval av leikar og utstyr, kan barna oppleve aktiviteten som kjekk og spennande, noko som gjev motivasjon for å leike meir.

Helsedirektoratet (2010, s. 43) og Michaelsen m. fl. (2006, s. 172) anbefaler barn å vere aktive minst ein time om dagen, sidan fysisk aktivitet har mange fordelar, spesielt for overvektige. Realiteten tilseier at det er eit fåtal som følg desse anbefalingane i praksis. Ut i frå litteraturen eg har lese, kan det tenkjast at inaktive barn unngår fysisk aktivitet fordi dei føler seg dårlegare enn andre, at overvekta er ei hindring eller at dei ikkje har funne ei aktivitetsform dei opplever som morosam. Det vil difor vere viktig for rettleiar å finne ut om motivasjonen til barnet kjem innanfrå eller utanfrå. Eg tenkjer at dette kan gjerast ved at barnet beskriv sine behov ved å bruke Maslows behovspyramide. Hierarkiet viser at det grunnleggande behov for mat, tryggleik og søvn må tilfredsstillast før barnet kan realisere draumar. Dersom barnet kjenner på svoltkjensla og veit at ein ikkje bør ete meir, kan det forståeleg nok vere vanskeleg å ha indre motivasjon til å betre kost- og aktivitetsvanane. For å

oppnå indre motivasjon hos barnet bør difor rettleiar med hjelp frå foreldra setje saken i nytt lys, og endre tankegangen i forhold til aktivitet slik at lysta kjem innanfrå.

Til slutt går ein inn i avgjersle- og forpliktingsfasen. Barth og Näsholm (2007, s. 41) legg vekt på at sjukepleiaren skal styrkje avgjersla barnet og foreldra har bestemt seg for, og oppsummere fordelane barnet vil oppnå ved å endre livsstil. Eit døme på dette kan vere den samstemte teorien til Kolsgaard (2012, s. 159), Sortland (2007, s. 223) og Børresen og Rosenvinge (2006, s. 13) om at gode kost- og aktivitetsvanar i tidleg levealder, vil bidra til å sikre optimal utvikling, høgdevekst og god helse både i oppveksten og på lengre sikt. Ein rettleiingsprosess vil truleg by på utfordringar undervegs, og barnet og foreldra kan oppleve periodar som er vanskelege og tyngre enn andre. I desse periodane meiner eg det tverrfaglege samarbeidet mellom skulen, helsesøster og sjukepleiar vil vere av stor betydning for å hindre tilbakefall.

5.0 Veikskap og styrkje

Denne oppgåva er basert på norsk litteratur, sidan fokuset mitt er barn i Noreg i barneskulealder. Eg har nytta delspørsmål under problemstillinga, noko som har gjort det lettare for meg å strukturere innhaldet og sikre at problemstillinga blei besvart.

Eg har vore bevisst på utgjevingsdatoen i litteraturen eg har valt, og unngått litteratur og forskning som er eldre enn 8 år. Dette for å skaffe siste oppdaterte resultat i forhold til korleis ein kan førebyggje alvorleg overvekt hos barn, noko som er med på å styrke oppgåva mi. Eg har nytta få forskingsartiklar, sidan det er gjort lite forskning på temaet. Dette kan vere ein veikskap med oppgåva. På same tid synest eg litteraturen eg har valt ut, veg opp mot forskinga, sidan eg ser på denne som god og belyser problemstillinga og delspørsmåla. Difor meiner eg at lite forskning ikkje går utover kvaliteten på arbeidet. I tillegg har eg brukt boka Øen (2012), «Overvekt hos barn og unge» veldig mykje, på grunn av at boka er ny i år og oppdatert på dei siste forskingsresultata. Den er også svært relevant i forhold til temaet eg har skrive om. Eg har jobba jamt med oppgåva og vore motivert for å skrive gjennom heile tidsperioden, noko eg meiner styrker oppgåva mi.

Ein veikskap i oppgåva kan vere at temaet var litt for vidt. Dette førte til at eg ikkje kunne gå djupt nok inn i dei førebyggjande tiltaka slik som eg ønskte, på grunn av maks grensa på 7000 ord.

6.0 Konklusjon

Det er godt dokumentert at sunt kosthald og fysisk aktivitet har positiv effekt i førebyggjande arbeid av barn og unge. I denne oppgåva har eg forsøkt å svare på korleis sjukepleiar kan ved å fokusere på kosthald og aktivitet, førebyggje alvorleg overvekt hos barn i barneskulealder.

Det fins ulike årsaker til at barn blir overvektige. For at sjukepleiar skal klare å hjelpe barna til betre kost- og aktivitetsvaner, må ein finne dei individuelle årsakene som ligg til grunn for overvekta. Med utgangspunkt i at barnet har usunt kosthald og livsstil, må det skje ei livsstilsendring. For å oppnå livsstilsendring må sjukepleiaren gjere ei kartlegging av barnet og foreldra sin livsstil. Motivasjon ein viktig faktor i endringsarbeidet. Foreldra er sentrale for å oppnå endringar i livsstilen til barna, med tanke på eit sunnare kosthald og meir fysisk aktivitet. Kartlegginga vil vere eit viktig forarbeid, sidan sjukepleiaren då kan få kunnskap om kva fase barnet finn seg i, og samt sjå barnet sine behov, mål og ressursar. På denne måten kan sjukepleiaren ta dei nødvendige omsyna i dei ulike fasane av Barth og Näsholm sin rettleiingsmodell, som blir kalla for den motiverande samtalen. Det viser seg at den viktigaste faktoren som kan medverke til endring gjennom rettleiingsprosessen, er relasjonen som blir opparbeida mellom barnet og sjukepleiaren. Den gode relasjonen må vektleggast både i kartleggingsarbeidet og i sjølve gjennomføringa av livsstilsendringa til barnet.

Litteraturliste

Akthar- Danesh, Noori; Dehghan, Mahshid; Morrison, Katherine og Fonseka, Sujeewa (2011). «Parent's perceptions and attitudes on childhood obesity»

I: *Journal of the American academy of nurse Practitioners*. 23 (2) s. 67-75.

Befring, Anne Kjersti (2004) «Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom»

I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Nr. 5, 124:667-8

Berg, Ulrika og Mjaavatn, Per Egil (2008). «Barn og unge» (Kap. 3, s. 45 – 61).

I: Bahr, Roald (red.). *Aktivitetshåndboken*. Helsedirektoratet

Børresen, Runi og Rosenvinge, Jan H (2006). *Spiseforstyrrelser og overvekt hos barn og unge*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

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

Due, Maria (2007) «Børn er aldrig eneansvarlige for deres overvægt»

I: *Sygeplejersken*, nr. 6, s. 56 – 60.

Eriksen, Tove Brita (2006). *Født til bevegelse*. Vigmostad og Bjørke AS.

Haines, Jess og Neumark-Sztainer, Dianne (2007). “Adressing weight-related issues in an elementary school: what do students, parents and school staff recommend” I: *The Journal of Treatment and Prevention*. 15 (1) s. 5 – 21.

Haugland, Siren og Haug, Ellen (2012). «Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av overvekt» (Kap 10, s. 177 – 191). I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. Vigmostad og Bjørke AS.

Helsedirektoratet (2011). «Helse- og omsorgstjenesteloven». [Online] Web-adresse:

<http://helsedirektoratet.no/lover-regler/helse-og-omsorgstjenesteloven/Sider/default.aspx>

[29.02.12]

Helsedirektoratet (2010). «Nasjonale faglege retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge». [Online] Web-adresse:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Sider/default.aspx>

[29.02.12]

Helsedirektoratet (2011). «Samhandlingsreformen». [Online] Web-adresse:
<http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx> [29.02.12]

Jåtun, Bjørn Magne (2012). «Målemetoder, definisjon og forekomst av fedme» (Kap. 3, s. 51 – 59). I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. Vigmostad og Bjørke AS.

Jåtun, Bjørn Magne (2012). «Somatiske følgetilstander ved fedme» (Kap. 5, s. 73 – 91). I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. Vigmostad og Bjørke AS.

Kunnskapsdepartementet (2008). «Rammeplan for sykepleierutdanning». [Online] Web-adresse:
http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepl_eierutdanning_08.pdf [01.03.12]

Kolsgaard, Magnhild L. Pollestad (2012). «Ernæring og kosthold; anbefalinger ved forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og ungdom» (Kap. 9, s. 159 – 176). I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. Vigmostad og Bjørke AS.

Michalsen, Kim Fleischer; Mølgaard, Christian; Richelsen, Bjørn; Heitmann, Berit L. (2006). «Forebyggelse og behandling af fedme hos børn og unge» I: *Ugeskrift for læger*, nr. 2, s. 166 – 209.

Ndla «Standardavvik». [Online]. Web adresse: <http://ndla.no/nb/node/91885> [01.04.12]

Nrk (2012). «Nett TV – debatten». [Online]. Web adresse:
<http://www.nrk.no/nett-tv/klipp/829251/> [01.03.2012]

Renolen, Åse (2008). *Forståelse av mennesker*. Vigmostad og Bjørke AS.

Sjøen, Rolf Jarl og Thoresen, Lene (2008). *Sykepleierens ernæringsbok*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten, Sidsel (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Vegard (2012). «Fedmeoperasjon av unge, en akseptabel løsning?». *Frisk og funksjonell* [Online]. Web-adresse: <http://www.friskogfunksjonell.no/fedmeoperasjon-av-unge/> [18.03.2012]

Øen, Gudbjørg (2012). «Fedmeproblematikkens utfordringer» (Kap. 1, s. 21 – 34).

I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. Vigmostad og Bjørke AS.

Øen, Gudbjørg (2012). «Overvekt, psykososiale faktorer og psykisk helse» (Kap. 7, s. 105 – 129). I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. Vigmostad og Bjørke AS.

Øen, Gudbjørg og Stormark, Kjell Morten (2012). «Sammenhengen mellom overvekt, fedme og spiseforstyrrelser» (Kap. 8, s. 131 – 158).

I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. Vigmostad og Bjørke AS.

Aarskog, Eva (2012). «Et mindre og tren mer» (Kap. 2, s. 39 – 49).

I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. Vigmostad og Bjørke AS.

Vedlegg 1 - Søkeprosessen på artiklar

Database og dato for søk	Søkeord	Treff	Dato for søk
Academic Search Premier	Obesity + Child	11540	20.02.12
Academic Search Premier	Obesity + Child + Prevention	2304	20.02.12
Academic Search Premier	Obesity + Child + Prevention + Qualitative Research	35	20.02.12
Tidsskrift for Den norske legeforening	Overvekt på barneskolen	4	07.02.12
Tidsskrift for Den norske legeforening	Overvekt hos barn	228	07.02.12
Tidsskrift for Den norske legeforening	Helsesøster	81	07.02.12
Sykepleien	Motivasjon + skole	14	07.02.12
Pubmed (full text)	Obesity + prevention + child	1343	07.02.12
Pubmed (full text)	Obesity + prevention + primary school	497	07.02.12
SveMed+	Obesity + Children	82	07.02.12
Svemed+	Obesity + Child	180	07.02.12
Svemed+	Obesity + child + prevention	11	07.02.12
Svemed+	Obesity+child+primary	7	07.02.12

Vedlegg 2 - Forskingsartiklar

Database	Søkeord	Forfattar, studieår	Namn på artikkel	Utval	Formål	Datainnsamling	Funn
Pubmed	Obesity + prevention, primary school + health nurse	Akthar-Danesh, Noori; Dehghan, Mahshid; Morrison, Katherine M og Fonseka, Sujeewa (2011)	Parents' perceptions and attitudes on childhood obesity: A Q-methodology study	33 småbarnsforeldre deltok. Dei blei klassifisert i to målgrupper, der den eine gruppa fokuserte på sunt kosthald mens den andre la vekt på fysisk fostring i familien.	Formålet med studien var å undersøke småbarnsforeldre sine oppfatningar om årsakene til fedme, korleis barndommen kan påverke fedme og helse, og barrierer for vellukka førebygging av overvekt hos barn.	Det blei brukt ein Q-metode, der foreldre måtte svare på eit kvalitativt opent spørreskjema	Arbeidet viste at foreldre har ulike synspunkt på kva som kan vere årsaken til fedme. Dei fleste foreldre var bevisst på sunn ernæring og meinte at fysisk aktivitet gav barna gode fordelar, for å redusere overvekt. Begge gruppene var einige om at fysisk aktivitet og trening er svært viktig for barn sin helsetilstand.
Academic Search Premier	Obesity + Child + Prevention + Qualitative Research	Haines, Jess og Neumark-Sztainer, Dianne (2007)	Adressing weight-related issues in an elementary school: what do students, parents and school staff recommend?	Studien inkluderte 21 studentar, 12 skulepersonell og 21 foreldre	Formålet med studien var å undersøke korleis vektrelaterte saker påverka barn på barneskulen.	Data blei samla inn ved hjelp av fokusgrupper og individuelle intervju. Desse blei analysert ved hjelp av kvalitativ forskingsmetodikk.	Studien viste resultat som tyder på at overvektige barn som blir erta på grunn av for høg vekt, gir eit dårlig sjølvbilete. Det kjem fram at førebyggjande tiltak for overvekt hos barn må innebere fokus på

Vedlegg 2 - Forskingsartiklar

							ernæring og fysisk aktivitet, og inkludere strategiar som kan redusere vektrelatert mishandling, og dermed betre elevane sitt kroppsbilete.
--	--	--	--	--	--	--	---

Vedlegg 3 – iso KMI hos barn

Alder (år)	BMI 25 kg/m ²		BMI 30 kg/m ²	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2 1/2	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3 1/2	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4 1/2	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5 1/2	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6 1/2	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7 1/2	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8 1/2	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9 1/2	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10 1/2	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11 1/2	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12 1/2	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13 1/2	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14 1/2	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15 1/2	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16 1/2	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17 1/2	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

Vedlegg 4 – Maslows behovshierarki

Behov for selvrealisering eller selvaktualisering

Behov for anerkjennelse og selvrespekt

Behov for kjærlighet og tilhørighet

Behov for trygghet

Fysiske behov

