



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ÖVERVIKT OCH FETMA BLAND BARN OCH UNGDOMAR

Effekter av motiverande samtal på
livsstilsförändringar

Negar Begdjani

Anastasia Silverglow

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska
Program:	
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Kristina Rosengren

Titel (svensk):	Övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Effekter av motiverande samtal på livsstilsförändringar
Titel (engelsk):	Overweight and obesity among children and adolescents. Effects of the motivational interviewing on lifestyle changes
Examensarbete:	15 hp
Program/ kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska/ Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Kristina Rosengren
Nyckelord:	Barn, ungdomar, övervikt, fetma, motiverande samtal

Sammanfattning:

Bakgrund: Förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar har ökat kraftigt i Sverige och resten av världen de senaste decennierna. Övervikt och fetma klassas som en kronisk sjukdom samt bedöms vara världens snabbast växande epidemi och beskrivs som en av de största orsakerna till ohälsa. Som distriktssköterska arbetar man med folkhälsa i skolmiljön och träffar målgruppen barn och ungdomar i ramen av sitt yrkesutövande. Genom att anpassa vården efter barns och ungdomars utvecklingsnivå samt involvera hela familjen i arbetet med livsstilsvanor kan distriktssköterskor åstadkomma en verklig livsstilsförändring bland barn och ungdomar som lider av övervikt och fetma. Tidigare forskning om tillämpning av motiverande samtal i arbete med barn och ungdomar som har övervikt och fetma är begränsad och innebär att det finns behov av att undersöka effekterna av det motiverande samtalet som kan ligga till grund för ett förbättringsarbete med livsstilsförändringar bland barn och ungdomar med övervikt och fetma.

Syfte: Att beskriva effekter av motiverande samtal i arbetet med barn och ungdomar som har övervikt och fetma.

Metod: Systematisk litteraturstudie där aktuell forskning inom området sammanställdes

Resultat: Tillämpning av motiverande samtal förbättrar ätbeteende bland barn och ungdomar i alla åldrar (6-18 år). Minskning av BMI och kroppsfettprocent påvisades framför allt bland barn och ungdomar med fetma samt i relation till legitimerad personal som tillämpade motiverande samtal i sitt arbete. Motiverande samtal ledde till en ökad fysisk aktivitet bland äldre barn och ungdomar, men inte bland förskolebarn. Inga generaliseringar kunde göras avseende förändringar i motivation eller självuppfattning även om det finns studier som påvisade positiva förändringar i dessa utfall. Föräldrarnas engagemang ökade effekterna av motiverande samtal avseende barnens och ungdomars ätbeteende, BMI, kroppsfettprocent, fysisk aktivitet och kaloriförbrukning.

Slutsats: Tillämpning av motiverande samtal i arbete med barn och ungdomar har visat sig vara en effektiv metod för att förändra ätbeteende, minska BMI och förbättra barns och ungdomars kroppsuppfattning och självbild. Effekterna kan bero på barnens och ungdomarnas ålder och graden av övervikt och fetma samt kompetensen bland personalen som tillämpar de motiverande samtalen.

Nyckelord: Barn, ungdomar, övervikt, fetma, motiverande samtal

Abstract (engelska)

Background: The prevalence of overweight and obesity among children and adolescents has increased dramatically in Sweden and the rest of the world in recent decades. Overweight and obesity is classified as a chronic disease and is considered to be the fastest growing epidemic as well as being described as one of the main causes of the illness. As a district nurse one works with the problems of public health in the school environment and meet the target audience, children and adolescents, in the context of one's professional life. By adapting the care to children's and adolescents' levels of development as well as the inclusion of the whole family in the change of lifestyle habits, district nurses can be allowed to influence them and cause real lifestyle changes among children and adolescents with overweight and obesity. The previous research has shown that the use of motivational interviewing in the work with children and adolescents with overweight and obesity is limited and means that it is necessary to examine the effects of the motivational interviewing which can be the basis for the improvement of lifestyle changes among children and adolescents with overweight and obesity

Purpose: To describe the effects of motivational interviewing within the work among children and adolescents with overweight and obesity

Method: The systematic literature study where the current research within the subject is compiled

Results: The use of motivational interviewing improves the eating behavior among children and adolescents of all ages (6-18 years). The reduction of BMI and the percentage of the body fat were found primarily among children and adolescents with obesity, as well as the authorized personnel who used the motivational interviewing in their work. The motivational interviewing led to an increase of the physical activity among the older children and adolescents, but not among the 6-year-old children. No generalizations could be made about the changes of the motivation or self-perception, although some studies demonstrated the positive changes in these outcomes. The parental involvement increased the effects of the motivational interviewing in regards the children's and adolescents' eating behavior, BMI, the percentage of the body fat, the physical activity and the calorie consumption

Conclusion: The use of motivational interviewing in the work with children and adolescents has shown to be an effective method of changing eating behavior, reduction of BMI and improvement of children's and adolescents' body image and self-image. The effects can depend on the children's and adolescents' age and the degree of overweight and obesity and the competency of the staff who uses the motivational interviewing.

Keywords: Children, adolescents, overweight, obesity, motivational interviewing

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Eva Lidén för all hjälp och vägledning vi fått under uppsatsskrivandet.

Negar Begdjani och Anastasia Silverglow

Göteborg 2015-10-25

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Övervikt och fetma	1
Anpassning av omvårdnaden till barns och ungdomars utvecklingsnivå.....	2
Familjens betydelse	3
Hälsofrämjande arbete	3
Teoretisk referensram	5
Personcentrerad vård.....	5
Vårdrelation.....	6
Egenvård.....	6
Delaktighet	7
Empowerment	8
Tidigare forskning	8
Problemformulering.....	10
Syfte	11
Metod	12
Design.....	12
Urval	12
Datainsamling	13
Dataanalys	15
Forskningsetiska överväganden.....	15
Resultat.....	17
Kroppsförändringar	17
Förändringar i ätbeteende	18
Förändringar i fysisk aktivitet.....	19
Förändringar i motivation.....	20
Förändringar i självuppfattning	21
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion	25
Kroppsförändringar	25
Förändringar i ätbeteende	26
Förändringar i fysisk aktivitet.....	26
Förändringar i motivation.....	27

Förändringar i självuppfattning	28
Föräldrarnas stöd	28
Slutsatser	30
Fortsatt forskning.....	30
Kliniska implikationer	30
Referenslista	31

Bilagor

Bilaga 1: Redovisning av inkluderade och exkluderade studier

Bilaga 2: Artikelmatris

Bilaga 3: Studiernas sammanhang

Bilaga 4: Studiernas utfall

Inledning

Vårt intresse för detta ämne väcktes under vår verksamhetsförlagda utbildning i skolor. Där mötte vi många överviktiga barn och ungdomar som var i behov av hjälp från skolsköterskor för att förändra sina livsstilsvanor. Skolsköterskor använde motiverande samtal som en metod i sitt hälsofrämjande arbete. Enligt den lokala handlingsplan som användes för att motverka övervikt och fetma bland barn och ungdomar nämns det motiverande samtalet som en av de metoder som ska användas i arbete med överviktiga barn och ungdomar för att motivera dem till livsstilsförändringar (Västra Götalandsregionen, 2009). I enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (Sveriges riksdag, 2015a) ska alla hälso- och sjukvårdsinsatser vara evidensbaserade. Med den systematiska litteraturoversikten vill författarna undersöka de effekter som det motiverande samtalet ger i arbetet med barn och ungdomar som har övervikt och fetma. Författarna kommer att fokusera sin studie på barn och ungdomar i skolåldern (6-18 år).

Bakgrund

Övervikt och fetma

BMI (body mass index) som är en relation mellan kroppsvikt och längd används i stor utsträckning i vuxenpopulationen där BMI högre än 25 är en internationellt erkänt definition för övervikt och BMI högre än 30 är definitionen för fetma i vuxen ålder (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000; Cole, Freeman, & Preece, 1995). WHO (2012) definierar övervikt som ett tillstånd som ökar sjukdomsrisker och fetma i sin tur som ett sjukdomstillstånd.

Länge har det varit svårt att definiera övervikt och fetma bland barn och ungdomar eftersom BMI-kurvor kan variera med kroppsproportionerna samt med ålder och pubertetsgrad. För att kunna använda BMI för definition av övervikt och fetma hos barn och ungdomar behövdes ett jämförelsetal som tar hänsyn även till barnets längd och proportioner. Iso-BMI är ett sådant mått. Iso-BMI är ett sätt att se vad barnets BMI skulle motsvara hos en vuxen. Enligt detta sätt att redovisa vikt definieras övervikt hos barn och ungdomar om Iso-BMI ligger över 25 och fetma om Iso-BMI ligger över 30. Detta kan illustreras även i form av kurvor (Cole et al., 2000; Cole et al., 1995).

Förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar har ökat kraftigt i Sverige de senaste decennierna (Neovius, Janson, & Rossner, 2006). Övervikt och fetma klassas som en kronisk sjukdom samt bedöms vara världens snabbast växande epidemi och beskrivs som en av de största orsaker till ohälsa (WHO, 2012). En svensk studie har visat att bland 18-åriga män har fetma fyrdubblats sedan 1970 samt att deras medelvikt har ökat med 5 kilogram sedan 1990 (Rasmussen, Johansson, & Hansen, 1999). Det är cirka 20 - 25% överviktiga barn i 10-års ålder och drygt 3 % av barn som lider av fetma (BarnObesitasRegister i Sverige, 2006).

Orsakerna till övervikt och fetma är komplexa. Problemet kan beskrivas som en interaktion mellan biologiskt arv, mat och fysisk aktivitet. Dagens barn och ungdomar har inte samma förutsättningar som tidigare generationer för hälsosamma vanor på grund av sämre möjligheter till vardagsmotion samt större förekomst av livsmedel med högre antal kalorier (Sveriges riksdag, 2013). Nästan en fjärdedel av energiintaget hos målgruppen kommer från godis, läsk, kakor och snacks (Andersson & Fransson, 2011). En av orsaker till den ökade

förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar anses vara även det ökande tv-tittandet (Dennison, Erb, & Jenkins, 2002).

Övervikt och fetma kan leda till en mängd medicinska och psykosociala problem. Jämfört med vuxna löper överviktiga barn och ungdomar större risk för multisjuklighet och mortalitet. Övervikt och fetma är förknippade med högre blodtryck, dyslipidemi, oxidativ stress och inflammation (Kelly et al., 2013). Övervikt och fetma i tidig ålder kan leda till hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, stroke, sömnapné, artrit, gallsten och cancer i vuxen ålder. Vidare kan dessa barn utveckla polycystisk ovariesyndrom, fettlever och ortopediska problem. Övervikt och fetma i barnålder kan också leda till en försämrad psykosocial hälsa, till exempel beteendeproblem, problem med självkänsla och depression. Barnets och ungdomens oro över sin vikt kan leda till nedstämdhet och sämre livskvalitet. Det tyder att problemet kommer att öka i framtiden som innebär stora kostnader för samhället eftersom det finns ett starkt samband mellan BMI och kostnader för sjukvård (Luzier, Berlin, & Weeks, 2010; Quesenberry, Caan, & Jacobson, 1998; Sveriges riksdag, 2013).

Behandlingen av övervikt och fetma är komplex. Den kan innefatta rådgivning, tvärvetenskapliga strukturerade program och kirurgiska ingrepp. Övervikt och fetma hos barn och ungdomar förekommer sällan isolerat. De påverkas och påverkas av familjemedlemmar. Barnets och ungdomens förutsättningar för livsstilsförändringar är även beroende av deras ålder (Walsh, Palmer, Welsh, & Vos, 2014).

De mest beprövade hälsofrämjande insatser för att förebygga och behandla övervikt och fetma bland barn och ungdomar anses vara livsstilsförändringar som är inriktade mot en ökad aktivitet och sundare matvanor (Walsh et al., 2014; Vesely & DeMattia, 2014). Forskningen visar att för att uppnå och bibehålla en hälsosam livsstil och minska onödig kroppsvikt ska hälsosam kost och regelbunden fysisk aktivitet kombineras med personlig motivation. Den personliga motivationen kan ökas genom att förbättra barns och ungdomars självkänsla, öka socialt stöd och involvera familjemedlemmar (Dalle Grave, Centis, Marzocchi, El Ghoch, & Marchesini, 2013).

Anpassning av omvårdnaden till barns och ungdomars utvecklingsnivå

För att anpassa omvårdnad till varje barn och ungdom ska vårdgivare utgå från dennes utvecklingsfas. Beroende på ålder går barn och ungdomar igenom olika utvecklingsfaser vilket påverkar deras syn på sig själva och omvärlden. Utifrån detta ska hälsofrämjande insatser planeras och implementeras (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009; Lassi, Salam, Das, Wazny, & Bhutta, 2015). Det motiverande samtalet kan ses som en anpassad metod för att få barn och ungdomar att förändra sina livsstilsvanor eftersom metoden bygger på individens egna förmågor och förutsättningar samt förståelse ur barnets och ungdomens perspektiv (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007).

Åldern kring sex-sju innebär för barnet en övergångsfas där de erfar en ny social roll och relationen till föräldrarna förändras. Nu utvecklar barnet ett relativt oberoende av sina föräldrar och skapar istället relationer med jämnåriga och andra vuxna. Vid denna ålder börjar barnet använda sig av logiska principer vid problemlösning. Mellan sex och tolv år börjar barnet få insikt i att olika människor har olika möjligheter. I denna ålder är det viktigt för barnet att få leva med vuxna för att kunna iaktta, härma och göra saker tillsammans med dem. På detta sätt lär barnet sig nya saker och utvecklar sin egen kompetens. Runt den här tiden börjar barnet förstå sammanhang och mening i den fysiska och sociala samvaron. Nu

strävar barnet efter kontroll över sina egna handlingar och kan hantera sina impulser utan föräldrarnas hjälp även om föräldrarna kvarstår som de huvudsakliga känslomässiga relationerna (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009).

Tonårsåldern är en tid av betydande utvecklingsövergång. Individen i tonårsåldern skapar förutsättningar för sin hälsa i det framtida vuxenlivet genom att bilda sina vanor. Därför är detta en optimal tid för hälso- och sjukvården att sätta in sina insatser. Åtgärder i tonåren eller ännu tidigare i barndomen maximerar effekten för individens hälsa i vuxen ålder. Skolbaserade hälso- och sjukvårdsinsatser anses vara de mest viktiga för att förbättra ungdomars hälsa (Lassi et al., 2015).

De individuella variationer i utvecklingsfaser är mycket stora vilket förutsätter att åldersgränser inte kan ses som fastställda utan relativa (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009).

Familjens betydelse

Familjens närvaro och medverkan i vården leder till bättre behandlingsresultat samt ökar tillfredsställelsen bland både barn eller ungdom och familjemedlemmar. Vid arbete med barn och ungdomar bör familjemedlemmar utbildas i de frågor som är relevanta för deras barn (Michelson & Rothschild, 2015). Arbete med livsstilsförändringar bland barn och ungdomar förutsätter att familjen ska involveras, detta för att uppnå ett bättre resultat (Horodyski & Stommel, 2005) då föräldrautbildning kan leda till större möjligheter för barnen att lyckas med livsstilsförändringar.

Föräldrar spelar en nyckelroll i arbetet med barn och ungdomar för att främja deras hälsa. Förutsättningar för ett bra samarbete anses vara en god kommunikation mellan vårdgivare och föräldrar samt det stöd och den information som föräldrarna får av skolsköterskan (Mikhailovich & Morrison, 2007). För att åstadkomma en verklig livsstilsförändring bland barn och ungdomar med övervikt är det viktigt att använda familjebaserade metoder. För att undvika konflikter som kan uppstå under diskussioner med föräldrar om barnets livsstilsförändringar kan personcentrerad vård och motiverande samtal tillämpas för att minimera motståndet mot rådgivning och främja relationerna mellan vårdgivare och familjemedlemmar (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007; Tyler & Horner, 2008).

Familjefokuserad omvårdnad innebär att hälso- och sjukvården ska fokusera sina insatser på hela familjen och inte bara på familjens enskilda medlemmar. Genom att vården planeras kring hela familjen kan familjemedlemmarnas gemensamma insatser underlätta interaktionen mellan vårdgivaren och barnet (Shields, Pratt, & Hunter, 2006).

Enligt kompetensbeskrivning för sjuksköterskor ska målet med omvårdnad vara att ge patienten en god och säker vård. Sjuksköterskor ska skapa de optimala förutsättningarna för barns och ungdomars förståelse av den givna informationen och deras delaktighet. Vården ska utgå från en helhetssyn där barnens och ungdomarnas, samt deras närståendes behov, utgör en utgångspunkt för den givna vården (Socialstyrelsen, 2005).

Hälsofrämjande arbete

Distriktssköterskans arbete ska bygga på ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt och ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar och riktlinjer (Distriktssköterskeförening i Sverige, 2008).

Sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. I dialog med patient och/eller närstående ska sjuksköterskan ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. Sjuksköterskan ska vidare informera och undervisa patienter och/eller närstående, såväl individuellt som i grupp med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll förvissa sig om att patient och/eller närstående förstår given information (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska alla insatser bygga på respekt mot individen, personens självbestämmande och integritet (Sveriges riksdag, 2015a) vilket även gäller barn i enlighet med FN:s barnkonvention om barns rättigheter (UNICEF, 2009).

Som distriktssköterska arbetar man med folkhälsa. Inom ramen av distriktssköterskefälten ligger skolhälsovården (Hammarberg, 2014). Skolhälsovården är en del av primärvårdens uppdrag där regelbundna hälsoundersökningar av barn och ungdomar ingår samt uppföljning av deras psykiska hälsa och utveckling. "Elevhälsa" som begrepp trädde i kraft 2011 när den nya skollagen (2010:800) infördes. Elevhälsan ses som en del av skolhälsovården och ska främja elevernas utveckling och hälsa, stödja utbildningens mål och skapa miljöer som bidrar till barns och ungdomars lärande (Socialstyrelsen, 2012). Med skolhälsovården menas de insatser som skolsköterska och skolläkare utför för att främja elevers hälsa i syfte att bevara och förbättra elevernas psykiska och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2004).

Distriktssköterskan arbetar i skolmiljön och träffar målgruppen i ramen av sitt yrkesutövande. Detta innebär att han eller hon har en enorm potential att identifiera, förebygga och behandla övervikt och fetma hos barn och ungdomar (Gellar et al., 2012).

Motiverande samtal

Motiverande samtal ses som en del av personcentrad vård som enligt Resnicow, Davis och Rollnick (2006) kan användas i syfte att motivera individen till livsstilsförändringar (Resnicow, Davis, & Rollnick, 2006). Metoden beskrevs först av Miller (1938), och vidareutvecklades därefter av Miller och Rollnick som en intervention och korttidsbehandling för alkoholism i de fall när patientens bristande motivation var ett hinder för behandling (Miller & Rollnick, 1991; Navidian, Rostami, & Rozbehani, 2015).

I kombination med evidensbaserade riktlinjer ger motiverande samtal värdefulla verktyg för behandlingen av barn och ungdomar med övervikt och fetma (Tripp, Perry, Romney, & Blood-Siegfried, 2011). Det motiverande samtalet kan ge eleven större förståelse för ett problem och en möjlighet att se eventuella lösningar. Förändring kan möjliggöras om eleven ökar sin nyfikenhet genom att fundera över de tänkbara vägar som kan leda till en uppnåelse av mål som eleven själv satt upp. Grunden för motiverande samtal är ett empatiskt förhållningssätt som förutsätter att sjuksköterska försöker förstå eleven och utgå från dennes perspektiv (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007).

Motiverande samtal är en samtalsmetod och ett förhållningssätt som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser. Metoden används inom bland annat frisk- och sjukvård, missbruksvård samt inom skolan. Samtalsmetoden bygger på ett sätt att öka individens motivation till beteendeförändring på dennes egna villkor (Rosengren, 2012; Västra Götalandsregionen, 2009).

Motiverande samtal bygger på fyra principer:

- Behandlaren ska visa empati för individen. Detta innebär bland annat att man visar förståelse för individens känslomässiga reaktion och dennes uppfattning av verkligheten.
- Behandlaren ska hjälpa individen att utforska sin egen ambivalens vilket innebär att individen har samtida, motstridiga känslor gentemot situationen och eventuella livsstilsförändringar.
- Behandlaren ska stärka patientens egen förmåga att genomföra förändringar. Individens yttre omständigheter och förstärkningsmönster styr den inre motivationen. Individens beteende som styrs av egna inre önskningar är mer stabilt än om det skulle styras av yttre omständigheter (Farbring, 2010).
- Samtalet ska minska patientens eget motstånd till förändring. Motståndet kan bero på störningar i kommunikationen mellan rådgivare och individen, individens tidigare upplevelser av en orättvis behandling, rådgivarens oskicklighet samt om rådgivaren ”går före” i förändringsprocessen. Detta innebär att individens motstånd kan minskas genom rådgivarens förhållningssätt (Farbring, 2010; Rosengren, 2012; SBU, 2014a).

Teoretisk referensram

Denna studie utgår från barns och ungdomars perspektiv vilket innebär att det är barn och ungdomar som står i centrum för vårdandet. Arbete med motivering till livsstilsförändringar bygger på vårdrelation mellan vårdgivare och patient samt patientens egenvård (Gluyas, 2015; Holm Ivarsson & Pantzar, 2007; McCormack & McCance, 2006). Omvårdnadsteori av Hildegard Peplau och egenvårdsteori av Dorothea Orem fokuserar på patientens inre krafter och inre motivation som förutsättningar för en lyckad vård. Båda teorier kan appliceras på arbete med barn och ungdomar samt deras föräldrar där relationen mellan sjuksköterska och patient kan öka barns och ungdomars medvetenhet som i sin tur kan motivera dem att göra egna hälsofrämjande val.

Personcentrerad vård

Omvårdnaden av barn och ungdomar kräver tillämpning av personcentrerat förhållningssätt med utgångspunkt i barnets och ungdomens behov och resurser (Lassi et al., 2015). Personcentrerad vård är vård som respekterar och svarar på behov och värderingar hos individen. De allmänt accepterade dimensionerna för personcentrerad vård är respekt, känslomässigt stöd, fysisk komfort, information och kommunikation, kontinuitet och samordning samt familjemedverkan (Gluyas, 2015).

Personcentrerad vård har sin utgångspunkt i partnerskap mellan vårdare och patienten där patienten bemöts som en fri och värdig person. Personcentrerad vård inkluderar respekt för individen, social kontext och relationer, terapeutisk allians, delat ansvar, hälsa och välbefinnande, autonomi och kommunikation (Gluyas, 2015). Ett sätt att beskriva personcentrerad vård är ett partnerskap mellan vårdgivare och vårdtagare samt kommunikation där patientberättelse står i fokus. Detta poängteras i vikten av dokumentation för att ge patientens preferenser, övertygelser och värderingar legitimitet och som även underlättar kontinuitet i vården (Ekman et al., 2011).

Detta förhållningssätt kräver skapandet av terapeutiska relationer mellan sjukvårdspersonal, patienter och deras närstående och att dessa relationer bygger på ömsesidigt förtroende, förståelse och delad kunskap (McCormack & McCance, 2006). Forskning visar att när

vårdgivare, patienter och familjemedlemmar samarbetar, stiger kvalitet och säkerhet av vården, kostnaderna minskar och både vårdgivarens och patientens tillfredsställelse ökar (Gluyas, 2015). Detta bekräftas av studien som beskriver att personcentrerad vård kan främja överensstämmelse mellan vårdgivare och patienten när det gäller planering av behandlingar, främja hälsa samt öka patienttillfredsställelse (Ekman et al., 2011).

Vårdrelation

Ett sätt att se på vårdrelation är Hildegard Peplaus omvårdnadsteori som beskrivit olika aspekter på förhållandet mellan patient och sjuksköterska genom att identifiera personernas utvecklingsfaser. Peplau beskriver omvårdnad som en terapeutisk och mellanmänsklig process där målet är att främja hälsa och utveckla personligheten. Relationen mellan sjuksköterska och patient anses vara centralt för att uppnå det terapeutiska utbytet av omvårdnaden (Peplau, 1988).

Peplau fokuserar på relationen mellan patient och sjuksköterska. Hon beskriver olika sjuksköterskeroller utifrån både patientens och sjuksköterskans föreställningar om sig själv och om varandra. Utifrån dessa föreställningar definierades sex olika roller som sjuksköterskan kan anta och som överlappar varandra: rollen som främling, rollen som resursperson, rollen som lärare, rollen som handledare, rollen som surrogat, rollen som ledare. Peplau anser att i takt med utveckling och mognad i relationen mellan patient och sjuksköterska tar sjuksköterskan i en viss utsträckning på sig sådana roller, detta för att hjälpa patienten att kartlägga sina psykologiska förutsättningar för att uppnå självständighet, mognad och hälsa. Denna rörelse kallar Peplau ”omvårdnadsprocessen” (Peplau, 1988).

Förhållandet mellan sjuksköterska och patient beskrivs som en process vilken består av fyra faser som inte är helt avgränsade i relation till varandra, utan överlappar varandra. Orienteringsfasen, identifieringsfasen, utforskningsfasen och lösningsfasen belyser olika steg i mötet mellan patient och sjuksköterska i syfte att främja patientens självständighet (Peplau, 1988).

Familjecentrerad vård beskrivs som en process av engagemang och delaktighet som bygger på förhandlingar. Författarna anser att denna typ av stöd bör präglas av en vårdrelation mellan vårdpersonal och familjen, där familjemedlemmar bör engagera sig i ett delat ansvar för barnets vård (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Denna syn bekräftas av Gluyas (2015) som anser att vårdrelation är en del av partnerskap som bör uppstå mellan vårdgivare och patienten.

Beroende på utvecklingen av sjuksköterska-patient-förhållandet skapas olika möjligheter för omvårdnadsprocessens faser. Genom att hjälpa patienten att förstå vad sjukdomen innebär kan sjuksköterskan förflytta processen fram till nästa fas. På detta sätt kan sjuksköterskan skapa förutsättningar för omvårdnaden som ska fungera som en terapeutisk och utvecklande kraft (Peplau, 1988). Kommunikationen mellan sjuksköterska och barn och ungdomar ses som en viktig del i vårdrelationen (Kreps, 2003).

Egenvård

Denna studie handlar om livsstilsförändringar som innebär att barn och ungdomar behöver ha förmågan att självständigt förändra sina livsstilsvanor genom egenvård. Ett sätt att se på egenvård är egenvårdsteori av Dorothea Orem som byggs på antaganden att människan har förmågan att vara självständig i utförandet av sina hälsorelaterade aktiviteter, vilket kallas egenvård (Orem, 1991). Sjukvårdspersonal är skyldig att ge individen den information som

anses vara lämplig för den aktuella situationen samt uppmuntra honom eller henne till att medverka i sin vård och behandling (SBU, 2013; Sveriges riksdag, 2015a). För att individen ska kunna medverka i sin vård och behandling ska den givna informationen anpassas och utgå från dennes egna individuella förutsättningar (Eldh, Ekman, & Ehnfors, 2006).

Egenvård beskrivs som en praktisk åtgärd som individen kan utföra för att ta hand om sig själv. Orem anser att egenvård är de inlärda och målinriktade handlingar som påverkar människans utveckling och funktion i förhållande till hennes hälsa och/eller välbefinnande. Dessa medvetna handlingar kan uppstå i en konkret situation i syfte att reglera individens interna och externa livsfaktorer. Orem ser både sjuksköterska och vårdtagare som människor vilka är kunniga, har en förmåga att tänka och omvärdera situationen samt är beredda att handla utifrån den bedömda situationen. Enligt Orem's egenvårdsteori bygger omvårdnaden på en överenskommelse mellan sjuksköterska och vårdtagare, där målen för vårdnaden ska sättas av vårdtagare. Sjuksköterskan kan ta över den rollen först när vårdtagarens kapacitet till beslutsfattande blir kraftigt nedsatt. Individens förmåga att utföra egenvård kan variera beroende av ålder, utvecklingsstadium, livserfarenhet, hälsotillstånd och tillgängliga resurser (Lassi et al., 2015; Orem, 1991).

Egenvårdsteori av Dorothea Orem är indelad i tre delteorier som tillsammans bildar en generell teori om omvårdnad: teori om egenvård, teori om egenvårdsbrist och teori om omvårdnadssystem (Orem, 1991).

Orem's teori kan vara en handlingsram för sjuksköterskor som i sitt hälsofrämjande arbete lär patienter att utföra egenvårdshandlingar (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000; Orem, 1991).

Delaktighet

Delaktighet är en förutsättning för personcentrerad vård där barns och ungdomars vilja och förutsättningar ska stå i fokus för deras livsstilsförändringar. Genom att kommunicera, visa respekt, ge känslomässigt stöd och information kan vårdgivare skapa förutsättningar för partnerskap som är en viktig del av personcentrerad vård (Gluyas, 2015).

Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande samt att alla behandlingar ska, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten. Förutsättning för självbestämmande anges vara information som patienten får från vårdgivare och som innebär att patienten får den kunskap som behövs för att kunna medverka i beslut om sin egen hälsa (SBU, 2013; Sveriges riksdag, 2015a).

Henderson (2000) och Eldh (2006) beskriver patientens delaktighet som att vara delaktig i vården och i beslutsprocessen som rör patienten. Eldh (2006) beskriver förutsättningar för delaktigheten vilka anses vara patientens tilltro samt dennes möjlighet att kunna förstå och ha kontroll över sin situation. Kunskap om sin kropp och sina symptom kan även leda till patientens ökade tillit till sin kropp vilket skapar bättre förutsättningar för patientens möjligheter att hantera sina sjukdomar och deras symptom (Eldh, 2006). Delaktighet beskrivs som ett självbestämmande där individen har möjlighet att fatta självständiga val och själv bestämma över sin situation (Roos, 2009). Författaren beskriver delaktighet som en aktiv medverkan och som att ha medinflytande. Sjuksköterskan beskrivs som en nyckelperson som skapar förutsättningar vilka främjar eller motverkar patientens delaktighet (Sahlsten, 2007). Delaktighet kan uttryckas emotionellt, intellektuellt och socialt. Genom att sjuksköterskan lyssnar på patientens åsikter och synpunkter skapar han eller hon förutsättningar för patientens emotionella delaktighet där patienten har en central och betydelsefull roll. Genom

att samtala med patienten på ett lyhört sätt där patienten har möjlighet att få svar på sina frågor samt delge sina synpunkter skapar sjuksköterskan den intellektuella delaktigheten. Förutsättningar för den sociala delaktigheten skapas genom att bemöta patienten med respekt samt att ge denne möjlighet att vara med och utforma och bestämma över den egna vården så långt det går (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996).

Empowerment

Empowerment är ett av begreppen som ingår i diskussionen om hälsofrämjande skolutveckling (Nilsson, 2014). Begreppet empowerment eller egenmakt är komplicerat. Det hänvisar till lösningar snarare än till problem. Begreppet ses som en dynamisk process genom att makten överlämnas och delas. Det ursprungliga latinska ordet "potere" innebär att kunna samt att få möjlighet att välja. Synonymer till empowerment som finns beskrivna i litteraturen är: "att göra det möjligt, provision, tillstånd, investera med kraft, godkänna, tillåta och underlätta, kraftfull och auktoritativ". Enligt dessa definitioner kan begreppet förstås både som en egenskap och som en process (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000). Begreppet definieras som individens rättigheter att göra ett val samt som individens kapacitet och styrkor i att utveckla sina möjligheter (Anderson, 1996). Av Rodwell (1996) beskrivs empowerment som en hjälpare process, ett partnerskap mellan vårdare och vårdtagare där de har respekt för varandras värde, som ömsesidigt beslutsfattande och som frihet att göra val och ta ansvar (Rodwell, 1996). Betydelsen av begreppet beskrivs som en process från upptäckten till utvecklandet av sin inre kapacitet samt ansvaret som individen har för sitt eget liv (Anderson & Funnell, 2000). Enligt författarna ska individen uppnå fyra kriterier för att ta till sig empowerment:

- Att ha självkontroll
- Att fatta rationella beslut
- Att fördela resurser för att genomföra sina beslut
- Att inneha erfarenheter i att kunna värdera sina handlingar (Anderson & Funnell, 2000).

Omgivningen spelar en viktig roll för individens empowerment. Även om individen har en stark vilja kan det vara svårt att genomföra förändringar och fatta hälsosamma beslut om stöd från omgivningen saknas (Green & Tones, 2010).

Relationen mellan sjuksköterska och patient ses som en central aspekt som skapar förutsättningar för patientens empowerment. För att förtjäna patientens tillit behöver sjuksköterskan öppna för ett ärligt samtal där ömsesidig respekt och förtroende existerar (Anderson & Funnell, 2000). I denna relation ses inte sjuksköterskan som en person vilken innehar alla resurser, utan personen som hjälper patienten att mobilisera sina resurser vilket leder till att patientens känsla av kontroll över sitt liv, hälsa och välbefinnande ökar (Anderson, 1996; Lofgren et al., 2015)

Tidigare forskning

Studierna som belyser barns och ungdomars förutsättningar för hälsosamma livsstilsvanor tar upp vikten för minskad konsumtion av ohälsosamma livsmedel och en ökad konsumtion av hälsosamma livsmedel (Luzier et al., 2010; Tyler & Horner, 2008). Studien av Luzier et al.

(2010) gjordes på två separata barngrupper med fokus på en ökad konsumtion av hälsosamma livsmedel respektive på minskad konsumtion av ohälsosamma livsmedel. Den första gruppen hade poängsystem som baserades på intaget av grönsaker, frukt och magra mejeriprodukter. Föräldrarna i den gruppen skapade en miljö för sina barn där det var lättare att äta hälsosamt eftersom de hälsosamma produkterna var mer tillgängliga och synliga. Den andra gruppen fokuserade på minskat intag av ohälsosamma livsmedel genom att sätta upp ett mål för att uppfylla sina högsta kaloriantal per dag. Föräldrarna i den andra gruppen anpassade miljön genom att begränsa tillgången till de ohälsosamma livsmedlen. Studiens resultat visar att BMI bland barn i den första gruppen minskade signifikant jämfört med BMI bland barn i den andra gruppen. Forskarna tar upp i sin diskussion att detta kan bero på föräldrarnas minskade restriktioner på att äta samt på att barnen tog ett större ansvar för sitt beteende (Luzier et al., 2010). En annan studie kom fram till att kalori-restriktiva dieter inte kan rekommenderas för de flesta överviktiga barn på grund av de potentiella effekterna på deras tillväxt. Däremot förespråkas kostförändringar som minskar kaloritäta livsmedel och ökar antalet portioner frukter och grönsaker eller näringsrika livsmedel. Forskarna kom även fram till att överviktiga barn kan uppleva lägre självkänsla som påverkar deras livskvalitet negativt (Tyler & Horner, 2008). Studierna kan stödja SBU:s rapport som presenterar en granskning av tidigare studier rörande barn och ungdomar med övervikt och fetma. De flesta studier i rapporten syftade till att undersöka effekten av fysisk aktivitet och goda matvanor. Insatserna gjordes oftast på basen av skolan eller var riktade till barnens föräldrar. Enligt SBU:s sammanfattning är det klarlagt att genom att informera och stimulera barn och ungdomar till bättre matvanor och gärna i kombination med ökad fysisk aktivitet kan man förebygga övervikt och fetma (Britton, 2005).

Studien av Tyler et al. (2008) sammanfattade problemområdet och beskrev detta utifrån motion, kost, sömn och livskvalitet. Författarna ansåg att studier som baseras på metoder vilka belyser påverkan av motion eller fysisk aktivitet på barn och ungdomar med övervikt och fetma är begränsade. Många studier som fokuserade på bristen av motion eller ökad stillasittandeaktivitet hos barn och ungdomar visade samband med negativa hälsoeffekter. Det har varit ett konsekvent positivt samband mellan antalet timmar barnen tittar på TV och prevalensen av övervikt och fetma.

Barlow (2007) presenterade rekommendationer som utarbetades av en expertkommitté, som består av representanter från 15 branschorganisationer, erfarna forskare och kliniker. Enligt studien bör vårdgivare inrikta sina insatser på att tidigt upptäcka förhöjda BMI, medicinska risker och ohälsosamma matvanor och motionsvanor. För att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar rekommenderades specifika insatser för att förbättra ätbeteende, fysisk aktivitet med hjälp av personcentrerad vård inklusive motiverande samtal. Rekommendationerna betonade betydelsen av socialt stöd och miljöförändringar (Barlow, 2007). Dessa rekommendationer bekräftas av studien som beskriver föräldrarnas stöd som en viktig aspekt i arbete med barn och ungdomar med övervikt och fetma (Javanainen-Levonen, Poskiparta, Rintala, & Satomaa, 2009). I detta sammanhang ses sjuksköterskors arbete med föräldrautbildning gällande hälsosam livsstil som en förutsättning för föräldrarnas möjligheter att påverka barnens livsstilsvanor.

Studien som baserades på en kombination av motiverande samtal med utbildning i hälsosam kost, fysisk aktivitet samt diskussion inriktad på självkänsla visade att barn och ungdomar ökade sin konsumtion av mejeriprodukter, ris och bönor, minskade konsumtion av söta drycker och snabbmat (Weaver, Kelley, Griggs, Weems, & Umstätt Meyer, 2014).

Behandlingsinterventioner som syftar till livsstilsförändringar beskrivs även i studien som använde empowerment som interventionsmetod för att främja livsstilsförändringar bland överviktiga tonåringar där tillämpning av metoden visade signifikant större reduktion av vikt och BMI i interventionsgrupp jämfört med kontrollgruppen (Melnik et al., 2007).

Forskarna anser att antalet studier som gäller barns och ungdomars kost och viktkontroll är begränsade (Kelly et al., 2013; Tyler & Horner, 2008). Enligt Kelly et al. (2013) ska medvetenheten om problemet ökas genom att sammanfatta den aktuella litteraturen inom området. Vidare anser forskarna att det behövs en standardiserad definition av svår fetma hos barn och ungdomar och att området är i behov av framtida forskning (Kelly et al., 2013).

Problemformulering

Förekomst av övervikt och fetma bland barn och ungdomar har ökat kraftigt i Sverige de senaste decennierna. I sin rapport beskriver WHO övervikt och fetma som en av de största orsakerna till ohälsa. Jämfört med vuxna löper överviktiga barn och ungdomar större risk för multisjuklighet och mortalitet. Övervikt och fetma i tidig ålder kan leda till en försämrad psykosocial hälsa, nedstämdhet och sämre livskvalitet. Detta tyder på att problemet kommer att öka i framtiden vilket innebär stora kostnader för samhället eftersom det finns ett starkt samband mellan BMI och kostnader för sjukvården.

När barn och ungdomar har övervikt eller fetma kan det ses som en egenvårdsbrist vilket kan innebära att familjen inte kan uppnå egenvårdskraven. Denna åldersgrupp kan behöva professionell hjälp för att stödja barn, ungdomar och deras familjer till självständighet och egenvård i syfte att förändra sin livsstil mot den hälsosamma. I det hälsofrämjande arbetet är det viktigt att använda effektiva metoder för att nå målgruppen. Enligt den lokala handlingsplanen för att motverka övervikt och fetma bland barn och ungdomar rekommenderas av Västra Götalandsregionen det motiverande samtalet som en av de metoder som bör användas. Med den systematiska litteraturoversikten vill författarna undersöka effekter som det motiverande samtalet ger i arbetet med barn och ungdomar som har övervikt och fetma. Dessa effekter behöver utforskas även för att upptäcka eventuella aspekter av hälsofrämjande arbete med livsstilsförändringar som kan förbättras.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva effekter av motiverande samtal i arbetet med barn och ungdomar som har övervikt eller fetma.

Metod

Design

För att besvara studiens syfte användes systematisk litteraturstudie vilket innebär att en systematisk sökning inom det relevanta forskningsområdet gjordes (Forsberg & Wengström, 2008). Den systematiska litteratursökningen genomfördes under perioden 150825 – 151004. Studien bygger på en systematisk litteraturanalys som enligt Polit och Beck (2012) ger förståelse av helhet, överblick inom det aktuella forskningsområde, möjlighet för att sammanställa tidigare forskningsresultat samt kan ge förutsättning för fortsatt forskning. Datainsamling och analys av de funna artiklarna genomfördes i enlighet med SBU (SBU, 2014b). Datainsamlings metod bygger på det så kallade PICO som innebär att först identifierades population (P) som var relevant för studiens syfte, därefter bestämdes vilken intervention (I) som skulle kunna ge svaret på syftet. Det bestämdes att interventionsgrupp skulle jämföras med kontrollgrupp som inte har fått intervention i form av motiverande samtal (C) för att kunna se om metoden verkligen ger effekten. Författarna bestämde att outcome (O) skulle vara relaterade till barn och ungdomar, men var öppna i förhållande till de andra utfall som studierna skulle komma fram (SBU, 2014b).

Den aktuella studien bygger på följande PICO:

- Population: Barn och ungdomar i ålder 6-18 år med övervikt och fetma
- Intervention: Motiverande samtal
- Comparison/control (jämförelseintervention): Kontrollgrupp som inte hade fått intervention i form av motiverande samtal
- Outcome (utfallsmått): Effekter relaterade till barn och ungdomar

Urval

För att hitta artiklar som skulle svara på studiens syfte begränsades datainsamlingen genom att bestämma inklusions- och exklusionskriterier för de funna artiklarna (SBU, 2014b).

Inklusionskriterier:

- Studier som publicerades under åren 2005-2015
- Randomiserade kontrollerade studier
- Deltagarnas ålder 6-18 år
- Motiverande samtal som interventionsmetod
- Studien bygger sitt resultat på barn och ungdomar som har övervikt och/eller fetma
- Studien har ett relevant etisk resonemang och var godkänt av en etisk kommitté eller motsvarande organisation.

Exklusionskriterier:

- Studier som publicerades före år 2005
- Studier som inte är randomiserat kontrollerade
- Deltagarnas ålder är yngre än 6 år eller äldre än 18 år
- Studien bygger på någon annan interventionsmetod än motiverande samtal.
- Deltagarna lider av några andra symptom eller sjukdomar än övervikt och/eller fetma
- Studien har inte ett relevant etisk resonemang och var inte godkänt av en etisk kommitté eller motsvarande organisation.

Datainsamling

Innan litteratursökningen påbörjades identifierades sökord som svarade till studiens syfte och översattes till engelska med hjälp av Svensk MeSH. Databaser som var relevanta inom vårdvetenskapliga områden valdes ut. Litteratursökning gjordes i databaser CINAHL och PubMed och följande sökord användes i olika kombinationer: Motivational Interview, Overweight samt Obesity. Inklusionskriterier för samtliga sökningar i databaser begränsades av barns och ungdomars ålder som skulle vara mellan 6-12 år och/eller 13-18 år, alla artiklar skulle vara Peer Reviewed som innebär att de är vetenskapliga samt att de inte skulle vara publicerade före år 2005. På grund av den stora förlusten av antalet artiklar vid åldersbegränsning 6-18 år i CINAHL söktes artiklar för åldersgrupper 6-12 år och 13-18 år separat. Sökord kombinerades med de booleska operatorerna AND och OR för att utvidga antal hittade artiklar. Vissa sökord markerades med trunkering (*) som möjliggör flera variationer av sökningen. De funna artiklarna bedömdes enligt SBU:s mall för bedömning av relevans. Artiklar som bedömdes vara relevanta inkluderades, artiklar som inte var relevanta sorterades bort (SBU, 2014b). För att genomföra den systematiska litteraturstudien valdes först alla artiklar vars titel överensstämde med studiens syfte. Dessa artiklar ingick i det första urvalet. Sedan lästes artiklarnas abstrakt och därefter gjordes det andra urvalet där artiklarna som inte stämde överens med studiens syfte valdes bort. Artiklarna som bedömdes vara relevanta utifrån titel och abstrakt lästes i sin helhet för att bestämma om de skulle exkluderas eller inkluderas i studien (Forsberg & Wengström, 2008; Polit & Beck, 2012). Litteratursökningsprocess redovisas i Tabell 1.

Tabell 1: Sökmatrix

Artiklarna som söktes i CINAHL, åldersgräns 6-12 år.

Sökord	Antal artiklar totalt	Urval 1	Urval 2	Urval 3
Motivational Interview* OR MI AND Overweight	8	8	6	0
Motivational Interview* OR MI AND obesit*	28	13	10	2

Artiklarna som söktes i CINAHL, åldersgräns 13-18 år.

Sökord	Antal artiklar totalt	Urval 1	Urval 2	Urval 3
Motivational Interview* OR MI AND Overweight	8	6	5	2
Motivational Interview* OR MI AND obesit*	27	19	12	5

Två artiklar återfanns i båda sökningar i åldersgrupp 13-18 år. Detta innebär att totalt hittades fem artiklar i denna åldersgrupp.

En artikel återfanns i sökningar i båda åldersgrupper 6-12 år och 13-18 år. Detta innebär att totalt hittades sex artiklar i CINAHL.

Artiklarna som söktes i PubMed, åldersgräns 6-18 år.

Sökord	Antal artiklar totalt	Urval 1	Urval 2	Urval 3
Motivational Interview AND Overweight	141	82	16	8
Motivational Interview AND Obesity	165	97	23	10

Sju artiklar återfanns i båda sökningar i databas PubMed. Detta innebär att totalt hittades elva artiklar i PubMed.

Sex artiklar återfanns i databaser CINAHL och PubMed. Detta innebär att totalt hittades elva artiklar i båda databaser.

Översikt av inkluderade och exkluderade studier samt exkluderingsorsaker redovisas i Bilaga 1. Kvaliteten av de inkluderade studierna granskades för att undvika att den systematiska litteraturstudien skulle bygga på otillförlitliga grunder (Polit & Beck, 2012). Studiernas kvalitet bedömdes enligt GRADE-system som tillämpas i SBU:s mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier (SBU, 2014b). Vid kvalitetsgranskning bedömdes nio studier ha en hög kvalitet och två studier (Nyberg et al., 2015; Wong & Cheng, 2013) en medelhögkvalitet. De två studierna bedömdes ha lägre kvalitet på grund av att de saknade beskrivning av bortfall som kunde ha påverkat bortfallsbias. Samtliga elva inkluderade studier var randomiserade kontrollerade studier.

Totalt valdes elva artiklar i databaser CINAHL och PubMed. Översikt av dessa artiklar inklusive artiklarnas bedömda kvalitet presenteras i artikelmatris i Bilaga 2.

Studierna som den aktuella systematiska litteraturstudien bygger på genomfördes i sex olika länder. Fem studier genomfördes i USA, en studie i Frankrike, en studie i Mexiko, en i

Sverige, en i Iran, en i Kanada och en i Kina. De rör sig mellan år 2010 och 2015. Tre studier inkluderade barn och ungdomar med bara fetma. Åtta studier inkluderade barn och ungdomar med både övervikt och fetma. De inkluderade studierna genomfördes även under olika sammanhang och inkluderade barn och ungdomar i olika åldrar. Detta skulle kunna påverka studiernas resultat varför dessa variabler presenteras i Bilaga 3 för att kunna jämföra och se helheten.

Dataanalys

De valda artiklarna lästes av båda författarna upprepade gånger för att få en helhetsbild av innehållet. De centrala variablerna/utfall som studier beskriver i sina resultat och som svarade på den systematiska litteraturstudiens syfte markerades och plockades ut från resultaten av studierna. Likheter och skillnader i dessa utfall identifierades. Utifrån de funna likheter och skillnader uppdelades studiernas utfall i grupper som bildade kategorierna. Kategorierna indelades i sin tur i underkategorier utifrån skillnader i de inkluderade utfallen. (Evans, 2002).

Forskningsetiska överväganden

I forskning som inkluderar barn och ungdomar är det extra viktigt att ta hänsyn till informationskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet och samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2002). För att uppfylla informationskravet och samtyckeskravet i arbete med forskning på barn ska forskningspersonen som har fyllt 15 år men inte 18 år själv informeras om och samtycka till forskningen. Forskare ska skapa sådana förutsättningar att personen inser vad forskningen innebär för hans eller hennes del. När forskningspersonen inte har fyllt 18 år, skall även vårdnadshavarna informeras om och samtycka till forskningen. Om forskningsperson är under 15 år, inser vad forskningen innebär för hans eller hennes del och inte vill delta, får inte forskningen utföras trots vårdnadshavarnas samtycke. Forskare ska inhämta vårdnadshavares och barns samtycke så långt det är möjligt. När barn inte kan samtycka bör de ges information om vad de skall delta i på ett åldersanpassat sätt (CODEX, 2015; Sveriges riksdag, 2015b).

Informationskravet i den aktuella studien gick inte att uppnå eftersom det inte fanns möjlighet att informera barn, ungdomar och deras föräldrar om den aktuella studien.

Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att inkludera studierna där all data som analyserades var redan inmatade och avkodade. Aidentifiering av deltagare var inaktuell för den aktuella litteraturstudien för att samtliga deltagare till tidigare studier var redan aidentifierade (Kvale & Torhell, 1997). Nyttjandekravet uppfylldes genom att använda data bara för forskningsändamål och inte i icke-vetenskapliga syften. Författarna tog hänsyn till samtyckeskravet genom att bara välja de studierna som hade etiska överväganden och godkändes av etisk kommitté som innebar att alla deltagare gav sitt samtycke för att medverka i studien (Forsberg & Wengström, 2008; Vetenskapsrådet, 2002). Det insamlade materialet hanterades noggrant och en upprepad granskning av textinnehållet genomfördes. Genom att hela tiden vara medvetna om sin egen förförståelse var författarna noggranna med att åsidosätta förutfattade meningar och behålla ett objektiva förhållningssätt till innehållet av studien och till dataanalys i enlighet med Polit och Beck (2012).

Den systematiska litteraturstudien bedöms inte leda till någon risk för deltagarna i tidigare studier som det aktuella arbetet bygger på. Alla artiklar som användes i litteraturstudien var godkända av etiska kommittéer som innebär att deltagarna var aidentifierade innan

artiklarnas publikation. Nyttan av studien kan vara stor eftersom den kan leda till större kunskap gällande applicering av motiverande samtal på arbete med barn och ungdomar med övervikt eller fetma.

Resultat

Interventionen i samtliga elva studier var motiverande samtal, men utfall såg olika ut i olika studier. De centrala utfall som de inkluderade studierna fokuserade sig på presenteras i Bilaga 4. För att kunna jämföra studiernas resultat och se helheten uppdelades dessa utfall i fem kategorier med utgångspunkt i deras effekter. De kategorier som framkom var: kroppsförändringar, förändringar i ätbeteende, förändringar i fysisk aktivitet, förändringar i motivation samt förändringar i självuppfattning. Den systematiska litteraturstudiens resultat bygger på dessa effekter där varje rubrik belyser hur ovannämnda förändringar beskrivs i olika studier samt om möjligt sammanställdes studiernas resultat utifrån deras utfall.

På basen av de funna studierna kan det tyda att motiverande samtal kan leda till:

- Minskning av BMI och kropps fettprocent.
- Positiva förändringar i ätbeteende i form av förbättrat ätmönster, minskning av kaloriintag, minskning av konsumtion av ohälsosam mat och dryck samt ökning av konsumtion av hälsosam mat och dryck.
- Ökning av fysisk aktivitet och minskning av stillasittande.
- Ökning av motivation och minskning av brist på motivation.
- Förbättring av kompetens och kroppsuppfattning samt ökad självständighet, självkänsla och tillfredsställelse med sin kropp.

Den systematiska litteraturstudien visade att motiverande samtal kan ge störst effekt på förändringar i ätbeteende, fysisk aktivitet och motivation.

Kropps förändringar

En översikt över de olika studiernas kliniska styrkor presenteras i Tabell 1. Markering med pilar (↓ ↑) under respektive utfall anger att det förekom signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupperna. Pilens riktning visar om effekten i detta sammanhang har varit en ökning/förbättring (↑) eller minskning (↓). En horisontell pil (↔) visar att några signifikanta skillnader inte kunde påvisas mellan grupperna. Symbol (*) innebär att det fanns signifikanta skillnader i effekter av motiverande samtal vid kontrollmätning, men inte vid uppföljning.

Tabell 1: Skillnader och likheter mellan studierna i relation till kropps förändringar

Författare, år	BMI	Kropps fettprocent
Black, M.M., et al., 2010	↓	↓
Kong, A.S., et al., 2013	↓	
Flattum, C., et al., 2011	↔	↔
Gourlan, M., et al., 2013	↓*	

Love-Osborne, K., et al., 2014	↔	
Macdonell, K., et al., 2012	↔	
Neumark-Sztainer, D.R., et al., 2010	↔	↔
Nyberg, G., et al., 2015	↔	
Pakpour, A.H., et al., 2015	↓	
Walpole, B., et al., 2013	↔	
Wong, E.M., et al., 2013	↓	↓

Samtliga studier undersökte samband mellan det motiverande samtalet och kroppsförändringar i form av BMI. Fyra av dem undersökte samband mellan det motiverande samtalet och förändringar i kroppsfettprocent (Black et al., 2010; Flattum, Friend, Story, & Neumark-Sztainer, 2011; Neumark-Sztainer et al., 2010; Wong & Cheng, 2013).

Fem studier visade signifikant minskning av BMI bland barn och ungdomar i interventionsgrupper jämfört med kontrollgrupper (Black et al., 2010; Gurlan, Sarrazin, & Trouilloud, 2013; Kong et al., 2013; Pakpour, Gellert, Dombrowski, & Fridlund, 2015; Wong & Cheng, 2013). Sex studier visade inga signifikanta skillnader i förändringar av BMI mellan interventions- och kontrollgrupp (Flattum et al., 2011; Love-Osborne, Fortune, Sheeder, Federico, & Haemer, 2014; Macdonell, Brogan, Naar-King, Ellis, & Marshall, 2012; Neumark-Sztainer et al., 2010; Nyberg et al., 2015; Walpole, Dettmer, Morrongiello, McCrindle, & Hamilton, 2013). Två studier visade signifikant minskning av kroppsfett bland barn och ungdomar i interventionsgrupp (Black et al., 2010; Wong & Cheng, 2013), däremot visade två studier ingen signifikant minskning av kroppsfett i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp (Flattum et al., 2011; Neumark-Sztainer et al., 2010).

Föräldrarnas stöd förbättrade effekter av motiverande samtal gällande både BMI och kroppsfettprocent bland barn och ungdomar i interventionsgrupper jämfört med kontrollgrupp (Wong & Cheng, 2013).

Resultat visar att motiverande samtal kan leda till minskning av BMI och kroppsfettprocent, även om inte alla studierna kunde påvisa att interventionen leder till dessa effekter.

Förändringar i ätbeteende

En översikt över olika studiernas kliniska styrkor presenteras i Tabell 2.

Tabell 2: Skillnader och likheter mellan studierna i relation till förändringar i ätbeteende

Författare, år	Konsumtion av ohälsosam mat och dryck	Konsumtion av hälsosam mat och dryck	Antal kaloriintag	Ätmönster
----------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-------------------	-----------

Black, M.M., et al., 2010	↓			
Flattum, C., et al., 2011				↑
Kong, A.S., et al., 2013	↓			
Macdonell, K., et al., 2012	↓			
Neumark-Sztainer, D.R., et al., 2010				↑
Nyberg, G., et al., 2015		↑*		
Pakpour, A.H., et al., 2015	↓	↑	↓	
Wong, E.M., et al., 2013			↓	↑

Åtta av elva studier visade vilka effekter motiverande samtal har på kaloriintag, frukt- och juicekonsumtion, konsumtion av stekt mat, konsumtion av snabbmat, snacks, desserter och läsk, portion av grönsaker samt ätmönster.

Tre studier visade signifikant minskning av konsumtion av ohälsosam mat och dryck (Black et al., 2010; Kong et al., 2013; Macdonell et al., 2012; Pakpour et al., 2015), två studier visade signifikant ökning av konsumtion av hälsosamma livsmedel (Nyberg et al., 2015; Pakpour et al., 2015), två studier visade signifikant minskning av kaloriintag (Pakpour et al., 2015; Wong & Cheng, 2013), två studier visade signifikant skillnad i ätmönster mot den positiva riktningen (Flattum et al., 2011; Neumark-Sztainer et al., 2010; Wong & Cheng, 2013) bland barn och ungdomar i interventionsgrupper jämfört med kontrollgrupper.

Studierna visade att motiverande samtal i kombination med föräldrarnas engagemang gav betydligt bättre effekt på ätbeteende och kaloriintaget jämfört med interventionsgrupper utan föräldrarnas engagemang (Pakpour et al., 2015; Wong & Cheng, 2013).

Resultat visar att motiverande samtal kan leda till förbättrade ätmönster, minskning av kaloriintag, minskning av konsumtion av ohälsosam mat och dryck samt ökning av konsumtion av hälsosam mat och dryck.

Förändringar i fysisk aktivitet

En översikt över olika studiernas kliniska styrkor presenteras i Tabell 3.

Tabell 3: Skillnader och likheter mellan studierna i relation till förändringar i fysisk aktivitet

Författare, år	Fysisk aktivitet	Motionsvanor	Stillasittandet
Black, M.M., et al., 2010	↑		
Flattum, C. Et al., 2011			↓
Gourlan, M., et al., 2013	↑		
Kong, A.S., et al., 2013			↓
Love-Osborne, K., et al., 2014	↑		
Neumark-Sztainer, D.R., et al., 2010	↑		↓
Nyberg, G., et al., 2015	↔	↔	↔
Wong, E.M., et al., 2013	↑		

Åtta av elva studier visade vilka effekter motiverande samtal har på fysisk aktivitet, motionsvanor och stillasittande.

Fem studier visade att den fysiska aktiviteten ökade bland barn och ungdomar i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp (Black et al., 2010; Gourlan et al., 2013; Kong et al., 2013; Neumark-Sztainer et al., 2010; Wong & Cheng, 2013), tre studier visade att stillasittande minskade signifikant bland barn och ungdomar i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp (Flattum et al., 2011; Kong et al., 2013; Neumark-Sztainer et al., 2010), en studie visade inga signifikanta skillnader i fysisk aktivitet, motionsvanor och stillasittandebeteende i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp (Nyberg et al., 2015). En studie visade att fysisk aktivitet ökade i båda grupper, men i kontrollgrupp ökade den signifikant mer jämfört med interventionsgrupp (Love-Osborne et al., 2014).

Ökningen av motion och den genomsnittliga kaloriförbrukningen, orsakad av en ökning av fysisk träning, bland barn och ungdomar i interventionsgrupper jämfört med kontrollgrupper förstärktes ytterligare av föräldrarnas inflyttande (Wong & Cheng, 2013).

Resultat visar att motiverande samtal kan leda till ökning av fysisk aktivitet och minskning av stillasittande.

Förändringar i motivation

En översikt över olika studiernas kliniska styrkor presenteras i Tabell 4.

Tabell 4: Skillnader och likheter mellan studierna i relation till förändringar i motivation

Författare, år	Motivation	Brist på motivation	Upplevelse av stöd
Flattum, C., et al., 2011	↑		↑
Gourlan, M., et al., 2013	↑	↓	
Macdonell, K., et al., 2012	↑	↓	

Tre av elva studier visade vilka effekter motiverande samtal har på motivation, brist på motivation och upplevelse av stöd från vänner, lärare och familjemedlemmar.

Samtliga tre studier visade signifikant ökning av motivation i interventionsgrupper (Flattum et al., 2011; Gourlan et al., 2013; Macdonell et al., 2012) och två av dem visade signifikant minskning på bristen av motivation (Gourlan et al., 2013; Macdonell et al., 2012). Studien av Gourlan et al. (2013) visade motivationsökning i både interventions- och kontrollgrupper där det inte fanns några signifikanta skillnader i graden av denna variabel.

Resultat visar att motiverande samtal kan leda till ökning av motivation och minskning av brist på motivation.

Förändringar i självuppfattning

En översikt över olika studiernas kliniska styrkor presenteras i Tabell 5.

Tabell 5: Översikt över studiernas resultat i förhållande till förändringar i självuppfattning

Författare, år	Kompetens	Självständighet	Tilltro till egen förmåga	Kropps-uppfattning och självbild	Tillfredställelse med sin kropp	Själv-känsla
Flattum, C., et al., 2011	↑			↑	↑	↑
Gourlan, M., et al., 2013	↔	↑				
Neumark-Sztainer, D.R., et al., 2010				↑		
Walpole, et al., 2013			↔			

Fyra av elva studier visade vilka effekter motiverande samtal har på självuppfattning.

Studien av Gurlan et al. (2013) visade signifikant ökning av ungdomarnas upplevda kompetens, men det fanns inga skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp i denna variabel. Studien visade att ungdomarna i interventionsgrupp upplevde sig betydligt mer självständiga.

Studien av Walpole et al. (2013) kom fram till att tilltron till den egna förmågan var signifikant bättre bland ungdomar i både interventions- och kontrollgrupp efter tre och sex månader, men det fanns inga signifikanta skillnader i den variabel mellan grupperna, även om tilltro till den egna förmågan i interventionsgrupp ökade lite mer jämfört med kontrollgrupp.

Två studier visade signifikant förbättrad kroppsutfattning och självbild i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp (Flattum et al., 2011; Neumark-Sztainer et al., 2010), där studien av Flattum et al. (2011) även visade signifikant ökning i tillfredsställelse med sin kropp, upplevd kompetens och självkänsla bland ungdomar i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp.

Det var svårt att sammanställa resultat av dessa studier på grund av att studierna fokuserar på olika utfall.

Resultat i denna kategori kunde inte sammanställas, men kunde tyda på att motiverande samtal kan leda till förbättring av kompetens och kroppsutfattning samt ökning av självständighet, självkänsla och tillfredsställelse med sin kropp.

Metoddiskussion

En systematisk litteraturoversikt innebär ett strukturerat arbetssätt för att genomföra en heltäckande litteratursökning som kan ge en översikt över forskningsresultat inom det valda området (Forsberg & Wengström, 2008; Polit & Beck, 2012). Avsikten av den valda metoden var att öka kunskaperna inom tillämpning av motiverande samtal i arbete med barn och ungdomar som har övervikt och fetma. Databasmetoden som byggdes på det så kallade PICO säkerställde det systematiska arbetet med litteratursökningen och stärkte arbetets reliabilitet.

För att arbeta systematiskt bestämdes även inklusions- och exklusionskriterier som skulle vara vägledande vid arbetet med att välja relevanta artiklar. För att genomföra den systematiska litteraturstudien hämtades material från två databaser: CINAHL och PubMed. Användning av fler databaser skulle kunna bidra till ytterligare underlag till studien men tiden som författarna hade tillgodo var begränsad. Sökorden som valdes för litteratursökningen anses vara lämpliga för att ge ett tillräckligt brett resultat. Sökningen i båda databaserna resulterade i många dubletter vilket medförde ett lägre antal relevanta träffar. Litteratursökningen försvårades genom att åldersgruppen som den aktuella studien fokuserade på, ofta ingick i större sammanhang där även andra åldersgrupper analyserades. I resultatet användes elva studier där alla fanns att tillgå i fulltext (PDF-filer). Fler studier skulle kunna bidra till högre giltighet, men vissa slutsatser kan ändå dras utifrån de inkluderade studierna. Två studier (Flattum et al., 2011; Neumark-Sztainer et al., 2010) grundar sina undersökningar på samma material men fokuserar sig på olika utfall. Kvalitetsbedömning av studierna visade att de båda var lämpliga för att ingå i den systematiska litteraturstudien.

Fem studier gjordes i USA. Det finns både kulturell skillnad och skillnad i hälso- och sjukvården mellan Sverige och USA vilket kan leda till vissa svårigheter gällande överföringen av resultaten i dessa studier till det arbete med barn och ungdomar som har övervikt eller fetma som finns i Sverige. Samtidigt fanns mycket likheter i resultaten av studierna som gjordes i USA med resultaten av studierna som gjordes i Frankrike, Mexiko och Iran. Detta kan tyda på att resultaten av dessa studier ändå kan ses som en vägledning och underlag för arbete med barn och ungdomar som har övervikt eller fetma i Sverige samt för fortsatta studier.

Tidsavgränsning som innebär att studier äldre än tio år inte skulle ingå i den systematiska litteraturstudien påverkade antalet inkluderade studier. Det lägre antalet studier kan ses som en brist, men även som en styrka då litteraturstudien endast presenterar den senaste kunskapen inom området. Författarna hade inte några andra förbestämda utfallsmått (outcome) som skulle kunna vara lämpliga för att bedöma effekten av motiverande samtal annat än att effekterna skulle vara relaterade till barn och ungdomar. Detta kan ses som en brist i studiemetoden eftersom det inkluderades studier med heterogena utfallsmått som försvårade sammanställningen av resultaten. Å andra sidan skulle denna öppenhet leda till bredare svar på studiens syfte och större förståelse av ämnet eftersom det inkluderades studier som avspeglar olika effekter. Den systematiska litteraturstudiens reliabilitet grundas på presentation av litteratursökningen som redovisas med hjälp av bilagor 1 och 2.

För att vara så objektiv som möjligt i val och bedömning av studier granskades alla artiklar som lästes i sin helhet först individuellt och sen diskuterades mellan författarna för att jämföra bedömningar. Båda författarna använde samma bedömningsmallar för att lättare sammanfatta

kvaliteten på de granskade studierna. På detta sätt kunde författarna öka den gemensamma förståelsen för kvalitetsgranskning samt säkerställa att studiernas kvalitet bedömdes korrekt. Utöver de granskningsmallar som rekommenderas av (SBU, 2014b) lade författarna särskild vikt på studiens interna validitet som innebär att i vilken utsträckning studien mäter vad den är avsedd att mäta. Jämförelse mellan författarnas bedömningar visade god överensstämmelse i samtliga fall som kan stärka trovärdigheten av dataanalys. Dataanalys gjordes av båda författarna tillsammans. Detta säkerställde studiens validitet och ökade båda författarnas förståelse för metoden. Granskning och analys av de insamlade data kunde ha påverkats av båda författarnas begränsade tidigare erfarenhet då det var första gången när författarna genomförde den systematiska litteraturstudien (Henrikson, 2012).

Det är problematiskt att forska på barn ur ett etiskt perspektiv då det kan vara svårt att erhålla ett adekvat informerat samtycke från barn. De har nedsatt förmåga att bedöma risker och se konsekvenser (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009). Det kan vara lätt att påverka barnens ställningstagande, men det finns även risker om forskare avstår från studier på barn, då barnen kan utsättas för andra risker. Därför är det av största vikten att forskning på barn utgår från forskningsetiska principer såsom informationskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet och samtyckeskravet (CODEX, 2015; Vetenskapsrådet, 2002)

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva effekter av motiverande samtal i arbetet med barn och ungdomar som har övervikt och fetma. Studien utgick från barnens och ungdomarnas perspektiv som innebär att den inte belyser hur vårdgivare eller föräldrar påverkades vid tillämpning av motiverande samtal vid arbete med barn och ungdomar som har övervikt och fetma.

Studiens resultat diskuteras utefter vad som framkommit i resultatdelen, det vill säga kroppsförändringar, förändringar i ätbeteende, förändringar i fysisk aktivitet, förändringar i motivation och förändringar i självuppfattning. Slutligen diskuteras föräldrarnas stöd i arbete med barn och ungdomar med övervikt och fetma.

Kroppsförändringar

Resultat av den systematiska litteraturstudien var inte likvärdigt gällande förändringar i BMI och kroppsfett.

Tre av fem studier som påvisade minskning av BMI genomfördes på barn och ungdomar med bara fetma (Gourlan et al., 2013; Pakpour et al., 2015; Wong & Cheng, 2013) av vårdpersonal eller personer som hade kompetens i kost och motion. Detta faktum skulle kunna förklara den goda påverkan på barns och ungdomars BMI jämfört med de fyra studier som inte påvisade signifikanta skillnader i förändringar av BMI (Love-Osborne et al., 2014; Macdonell et al., 2012; Neumark-Sztainer et al., 2010; Nyberg et al., 2015) där interventionen tillämpades på barn och ungdomar med både övervikt och fetma samt genomfördes av lärare, personer som var utbildade i motiverande samtal samt en dietist.

Studiens resultat bekräftar studien av Barlow (2007) som visar att personcentrerad vård och motiverande samtal ger positiva effekter på barns och ungdomars BMI. Motiverande samtal kan främja barns och ungdomars empowerment vilket även stärker deras egna styrkor och kapaciteter (J. M. Anderson, 1996). Detta i sin tur kan leda till reduktion av BMI som bekräftas även av studien av Melnyk et al. (2007) som påvisade att tillämpning av empowerment som interventionsmetod kan leda till signifikanta effekter på barns och ungdomars vikt.

Resultat av studien av Gourlan et al. (2013) visade att även om ungdomar i interventionsgrupp uppnådde signifikant minskning av BMI vid kontrollmätning, fanns det inga signifikanta skillnader i denna variabel vid uppföljning i slutet av interventionen. Samtidigt visade studien signifikant ökning av självrapporterad fysisk aktivitet och minskning av bristen på motivation både vid kontrollmätning och vid uppföljning. Detta faktum väcker ett intresse avseende eventuella orsaker till försämring av effekten av motiverande samtal gällande ungdomarnas BMI. Det kan diskuteras utifrån egenvårdsteori av Dorothea Orem (2001) som anser att människans utveckling påverkas av hennes inlärd och målinriktade handlingar. Denna utveckling kan bero på tillgängliga resurser och delaktighet i beslutsfattande (Roos, 2009). Genom att ge en personcentrerad vård kan sjuksköterskan skapa förutsättningar för samarbete med familjemedlemmar och få barn och ungdomar att ta eget ansvar för sin hälsa (Gluyas, 2015).

Slutsatser som skulle kunna dras från den systematiska litteraturstudien är att motiverande samtal ger bättre effekt på minskning av BMI i arbete med barn och ungdomar med fetma

jämfört med barn och ungdomar med övervikt. Samtidigt kan resultatet ge utrymme att diskutera om hälso- och sjukvårdspersonal har bättre förutsättningar för att lyckas i arbete med barn och ungdomar med övervikt och fetma jämfört med icke-legitimerad personal. Detta kan resoneras utifrån tidigare forskning som berör vikten att ha en tydlig definition av fetma och svår fetma samt att området är i behov av fortsatt forskning (Kelly et al., 2013; Tyler & Horner, 2008). Ökning av BMI trots den självrapporterade ökning av fysisk aktivitet och minskning av brist på motivation står framtida forskning inför en utmaning att utveckla validerade instrument som skulle kunna användas i sådana undersökningar.

Förändringar i ätbeteende

Samtliga åtta studier som hade förändringar i ätbeteende i sina utfall visar att tillämpning av motiverande samtal i arbete med barn och ungdomar som har övervikt och fetma kan förbättra deras ätbeteende. Detta resultat bekräftar tidigare forskning som visar att barn och ungdomar som tar ett större ansvar för sitt beteende har större sannolikhet att förändra sina ätbeteende i den hälsosamma riktningen (Luzier et al., 2010) samt att barns och ungdomars medvetenhet om hälsosam kost kan ökas genom kombination av motiverande samtal med andra interventioner (Weaver et al., 2014). De barn som redan i tidig ålder börjar ta ansvar för sin egenvård blir mer självständiga i tonårsåldern (Kerrebrock & Lewit, 1999).

Detta kan förklaras av Orem's egenvårdsteori som betonar att människan har förmåga att vara självständig (Orem, 1991) vilket främjas av individens möjlighet till medinflytande och möjlighet att fatta självständiga beslut (Roos, 2009). Eldh (2006) anser att individens delaktighet kan främjas om han eller hon förstår och har kontroll över sin situation. Tillämpning av motiverande samtal kan då öka barns och ungdomars känsla av att ha kontroll samt varför de lyckats förändra sitt ätbeteende.

Den systematiska litteraturstudien visar att förändringar i ätbeteende sker bland både barn i yngre ålder och bland äldre barn och ungdomar. Det kan förklaras med avsikten av motiverande samtal som bland annat innebär att vårdgivare ska utgå från barnets eller ungdomens perspektiv (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007).

En av studierna (Nyberg et al., 2015) kom fram till att barn i interventionsgrupp åt mer grönsaker vid kontrollmätning men det fanns inga signifikanta skillnader i denna variabel mellan interventions- och kontrollgrupp vid uppföljning. Detta faktum väcker intresse och kräver mer omfattande forskning om effekter av motiverande samtal på ätbeteende och förutsättningar för livsstilsförändringar i yngre åldersgrupp.

Resultat kunde inte visa några skillnader mellan olika länder eller olika sammanhang som kan tyda på att positiva effekter av motiverande samtal på förändringar i ätbeteende skulle kunna generaliseras.

Förändringar i fysisk aktivitet

Resultat av den systematiska litteraturöversikten visade att fem studier kom fram till ökning av den fysiska aktiviteten bland barn och ungdomar med övervikt och fetma i samband med tillämpning av motiverande samtal (Black et al., 2010; Gourlan et al., 2013; Kong et al., 2013; Neumark-Sztainer et al., 2010; Wong & Cheng, 2013). Däremot visade en av studierna inte några signifikanta skillnader i fysisk aktivitet, motionsvanor och stillasittandebeteende mellan grupperna (Nyberg et al., 2015) och en av studierna visade att fysisk aktivitet ökade i båda

grupper, men i kontrollgrupp var ökning av fysisk aktivitet signifikant högre än i interventionsgrupp (Love-Osborne et al., 2014).

Det kunde inte identifieras några andra skillnader i dessa fem studier än skillnad i barnens ålder där studien av Nyberg et al. (2015) genomfördes på förskolebarn i 6-års ålder. Vid denna ålder börjar barnen sträva efter kontroll över sina egna handlingar (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009). Barnen i denna utvecklingsfas utvecklar ett relativt oberoende av sina föräldrar och skapar istället relationer med jämnåriga där de motiverar varandra (Wong, Sit, Tarrant, & Cheng, 2012). Detta ställer vårdgivare inför utmaningen att anpassa sina insatser efter barnens syn på sig själva och omvärlden (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009; Lassi et al., 2015). Detta faktum skulle kunna förklara varför det motiverande samtalet inte gav lika goda effekter på barn i 6-års ålder.

Författarna till studien av Love-Osborne et al. (2014) tar upp i sin diskussion att resultatet skulle kunna påverkas bland annat av personal som tillämpade motiverande samtal och som var okänd för både lärare och elever. De ansåg att resultaten skulle kunna vara bättre om interventionen istället genomfördes av personal som hade haft ett etablerat förtroende. Det stämmer överens med studierna som kunde påvisa ökning av fysisk aktivitet där interventionen genomfördes av legitimerad vårdpersonal (Black et al., 2010; Gourlan et al., 2013; Kong et al., 2013; Wong & Cheng, 2013).

Detta resultat skulle kunna förklaras av Peplaus omvårdnadsteori som fokuserar på relationen mellan patient och sjuksköterska. Genom att utveckla detta förhållande kan sjuksköterskan främja barnets eller ungdomens självständighet och mognad (Peplau, 1988). Det motiverande samtalet kan ses som ett redskap för att utveckla vårdrelationen.

Förändringar i motivation

Tre studier visade signifikant ökning av motivation i interventionsgrupper eller signifikant minskning av brist på motivation (Gourlan et al., 2013; Macdonell et al., 2012), även om en av dessa studier visade motivationsökning i både interventions- och kontrollgrupper där det inte fanns några signifikanta skillnader i graden av denna variabel (Gourlan et al., 2013).

Det begränsade antal deltagarna i båda studier (54 respektive 44 ungdomar) ger inte utrymme att dra några generella slutsatser för att generalisera studiernas resultat, men studiens resultat bekräftar forskning av Melnyk et al. (2007) som kom fram till att stärkt självkänsla och empowerment underlättar livsstilsförändringar.

Studierna beskriver inte om barn och ungdomar erhöll stöd från omgivningen som spelar en stor roll för barnens och ungdomars empowerment (Green & Tones, 2010). Dessa två studier belyser inte eventuell påverkan av föräldrarnas engagemang som kanske skulle kunna öka ungdomarnas motivation för livsstilsförändringar och förbättra fysisk aktivitet (Mikhailovich & Morrison, 2007).

Faktumet att ungdomarna i interventionsgruppen i studien av Gourlan et al. (2013) visade en signifikant ökning av fysisk aktivitet och minskning av BMI jämfört med kontrollgruppen som också visade motivationsökning men inte signifikanta förändringar i andra variabler väcker ett intresse. Detta kan leda till ett behov av ytterligare forskning med djupare förståelse för fenomenet. Det motiverande samtalet kan vara en användbar metod för att främja livsstilsförändringar genom att sätta mål inom fysisk aktivitet och kost (Flattum, Friend,

Neumark-Sztainer, & Story, 2009). En djupare analys av studien av Gourlan et al. (2013) visade att det till barn och ungdomar i interventionsgrupp tillämpades motiverande samtal som genomfördes av legitimerad personal på sjukhus. Vårdrelationen mellan vårdpersonal och patienter beskrivs som en terapeutisk och mellanmännisklig process där målet är att främja hälsa och utveckla personligheten (Peplau, 1988). Genom att främja barns och ungdomars delaktighet kan sjuksköterskan öka deras tillit och känsla av kontroll (Eldh, 2006). Vårdrelation och en upplevelse av delaktighet skulle kunna förklara en bättre effekt gällande även fysisk aktivitet och BMI i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp där det inte redovisades vilken personal som genomförde standardviktminskningsprogrammet.

Förändringar i självuppfattning

Studierna visade att ungdomar upplevde att de blev mer kompetenta och självständiga (Flattum et al., 2011; Gourlan et al., 2013), deras tilltro till den egna förmågan ökade (Walpole et al., 2013), deras kroppsuppfattning och självbild förbättrades (Flattum et al., 2011; Neumark-Sztainer et al., 2010) samt att de blev mer tillfredsställda med sin kropp (Flattum et al., 2011). Dessa resultat kan dock inte jämföras med varandra på grund av olika utfall.

Studier av Gourlan et al. (2013) och Walpole et al. (2013) inkluderade 54 respektive 40 ungdomar vilket bedöms inte kan leda till generalisering utan bara ge underlag för fortsatta studier som belyser påverkan av motiverande samtal på barns och ungdomars självständighet och tilltro till den egna förmågan. Däremot kan studierna av Flattum et al. (2011) och Neumark-Sztainer et al. (2010) ge utrymme för att dra vissa slutsatser gällande ungdomars självbild och kroppsuppfattning. Båda studier inkluderade ett stort antal deltagare och hade entydigt resultat som kan innebära att det kan generaliseras på hela populationen.

Dessa slutsatser bekräftar tidigare forskning som visat att personcentrerad vård kan öka barnens och ungdomarnas välbefinnande och tillfredsställelse (Ekman et al., 2011; Gluyas, 2015). Motiverande samtal kan ses som en del av personcentrerad vård och därför anses vara en bra metod för att arbeta med barn och ungdomar med övervikt och fetma i syfte att förbättra deras kroppsuppfattning och självbild (Resnicow et al., 2006).

Studiens resultat kan även förklaras utifrån betydelsen av empowerment. Genom en process där ungdomar med övervikt och fetma utvecklar sina styrkor och sin inre kapacitet kan de känna större makt över sin situation som i sin tur kan leda till ett ökat välbefinnande (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000; Lofgren et al., 2015). När barn och ungdomar får en känsla av att själva ta ansvar för sina liv kan de i sin tur ställa krav på sina föräldrar att skaffa möjligheter för en mer hälsosam livsstil (Phaitrakoon, Powwattana, Lagampan, & Klaewkla, 2014).

Föräldrarnas stöd

Studierna visade att föräldrarnas engagemang ökade effekten av motiverande samtal på barnens och ungdomarnas ätbeteende, BMI och kroppsfettprocent (Pakpour et al., 2015; Wong & Cheng, 2013). Det kan förklaras av den stora påverkan som föräldrarna har på barnens ätbeteende (Kirkevold, 2003) samt effekten som berodde på kommunikationen mellan föräldrarna och vårdgivaren (Mikhailovich & Morrison, 2007). Även ökning av motion och den ökade genomsnittliga kaloriförbrukningen, detta på grund ökad fysisk träning,

bland barn och ungdomar i interventionsgrupper jämfört med kontrollgrupper förstärktes ytterligare av föräldrarnas inflytande (Wong & Cheng, 2013).

Studiens resultat bekräftas av andra studier som visade att föräldrarnas närvaro och medverkan i vården samt deras stöd till sina barn leder till bättre behandlingsresultat. Livsstilsvanor anses vara inlärd och förstärks inom familjen. Detta innebär att förändringar i barnens och ungdomars hälsa kräver familjens inblandning (Bonde, Bentsen, & Hindhede, 2014; Michelson & Rothschild, 2015). Interventioner som engagerar föräldrar och ger stöd i relationer mellan föräldrar och barn kan stärka deras motivation och förmåga att förändra barnens beteende (Tyler & Horner, 2008).

Skolhälsovård ska utgå från en helhetssyn där föräldrarna ska ses som en oskiljbar del av barnets och ungdomens tillvaro. Detta innebär att distriktssköterskans hälsofrämjande arbete ska utgå från både barnens, ungdomarnas och föräldrarnas behov (Shields et al., 2006; Socialstyrelsen, 2005).

Slutsatser

Tillämpning av motiverande samtal i arbete med barn och ungdomar har visat sig vara en effektiv metod för att förbättra ätbeteende och fysisk aktivitet samt minska BMI och förbättra barns och ungdomars kroppsuppfattning och självbild. Det kan ses som ett effektivt verktyg för att hjälpa barn och ungdomar att hantera sin situation, vara självständiga och handlingskraftiga individer. I arbete med barn och ungdomar bör vårdgivare vara medveten om vilka effekter som förväntas uppstå i samband med tillämpningen av motiverande samtal. Effekterna kan bero på barnens och ungdomarnas ålder och graden av övervikt och fetma samt kompetensen hos den personal som tillämpar det motiverande samtalet.

Fortsatt forskning

Mer forskning behövs kring arbetet med barn och ungdomar med övervikt och fetma där motiverande samtal tillämpas som interventionsmetod. Här behövs fler randomiserade kontrollerade studier med större antal barn och ungdomar där undersökningen är inriktad på deras ålder, BMI och genus. Studierna som fokuserade på förändringar i fysisk aktivitet, motivation och självuppfattning baserade sina resultat på barns och ungdomars självrapporterade uppgifter och subjektiva upplevelser. Utveckling av fler validerade instrument som skulle kunna ge möjlighet att mäta dem på ett objektivt sätt skulle kunna bidra till en ökad förståelse av fenomenet. I Sverige forskas det inte på barn och ungdomar i lika stor utsträckning som i USA och andra länder. Detta innebär att det finns behov av liknande forskning i Sverige. Den aktuella litteraturstudien visar att det finns ett stort behov av mer omfattande och grundliga undersökningar gällande kompetent personal som tillämpar det motiverande samtalet i arbete med barn och ungdomar som har övervikt och fetma. Dagens barn och ungdomar använder teknik i allt större utsträckning vilket innebär att det finns behov av forskning om hur det motiverande samtalet kan fungera i kombination med ny teknik, till exempel Skype och internetforum.

Kliniska implikationer

- Motiverande samtal kan användas för att förebygga och behandla övervikt och fetma bland barn och ungdomar som en strukturerad behandlingsåtgärd, men metoden ska vara anpassad efter ålder och graden av BMI för att uppnå bästa effekt
- Distriktssköterskans samarbete med föräldrarna är viktigt i samband med tillämpning av MI
- Legitimerad vårdpersonal med utbildning i MI kan uppnå bättre effekter vid tillämpning av motiverande samtal i arbetet med barn och ungdomar som har övervikt eller fetma jämfört med andra personalkategorier.

Referenslista

- Anderson, B., & Funnell, M. M. (2000). *The art of empowerment : stories and strategies for diabetes educators*. Alexandria, Va: American Diabetes Association.
- Anderson, J. M. (1996). Empowering patients: issues and strategies. *Soc Sci Med*, 43(5), 697-705.
- Andersson, D., & Fransson, A. (2011). *Kalorier kostar: en ESO-rapport om vikten av vikt*. Stockholm: Finansdepartementet, Regeringskansliet.
- Barlow, S. E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120(4), 164-192. doi:10.1542/peds.2007-2329C
- BarnObesitasRegister i Sverige. (2006). Barnfetma. Hämtad 2015-09-14 from <http://www.e-boris.se/barnfetma.html>
- Black, M. M., Hager, E. R., Le, K., Anliker, J., Arteaga, S. S., Diclemente, C., . . . Wang, Y. (2010). Challenge! Health promotion/obesity prevention mentorship model among urban, black adolescents. *Pediatrics*, 126(2), 280-288. doi:10.1542/peds.2009-1832
- Bonde, A. H., Bentsen, P., & Hindhede, A. L. (2014). School nurses' experiences with motivational interviewing for preventing childhood obesity. *J Sch Nurs*, 30(6), 448-455. doi:10.1177/1059840514521240
- Britton, M. (2005). *Förebyggande åtgärder mot fetma: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- CODEX. (2015). Forskning som involverar barn. Hämtad 2015-11-03 from <http://www.codex.vr.se/manniska1.shtml>
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj*, 320(7244), 1240-1243.
- Cole, T. J., Freeman, J. V., & Preece, M. A. (1995). Body mass index reference curves for the UK, 1990. *Arch Dis Child*, 73(1), 25-29.
- Dalle Grave, R., Centis, E., Marzocchi, R., El Ghoch, M., & Marchesini, G. (2013). Major factors for facilitating change in behavioral strategies to reduce obesity. *Psychol Res Behav Manag*, 6(1), 101-110. doi:10.2147/prbm.s40460
- Dennison, B. A., Erb, T. A., & Jenkins, P. L. (2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*, 109(6), 1028-1035.
- Distriktssköterskeförening i Sverige. (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Stockholm: Distriktssköterskeförening.

- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, *10*(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Eldh, A. C. (2006). *Patient participation [Elektronisk resurs]: what it is and what it is not*. Örebro: Örebro universitetsbibliotek.
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nurs Ethics*, *13*(5), 503-514.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Aust J Adv Nurs*, *20*(2), 22-26.
- Farbring, C. Å. (2010). *Handbok i motiverande samtal - MI: teori, praktik och implementering: samtalsguider, övningar, coachningsprotokoll*. Stockholm: Natur & kultur.
- Flattum, C., Friend, S., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2009). Motivational interviewing as a component of a school-based obesity prevention program for adolescent girls. *J Am Diet Assoc*, *109*(1), 91-94. doi:10.1016/j.jada.2008.10.003
- Flattum, C., Friend, S., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Evaluation of an individualized counseling approach as part of a multicomponent school-based program to prevent weight-related problems among adolescent girls. *J Am Diet Assoc*, *111*(8), 1218-1223. doi:10.1016/j.jada.2011.05.008
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gellar, L., Druker, S., Osganian, S. K., Gapinski, M. A., Lapelle, N., & Pbert, L. (2012). Exploratory research to design a school nurse-delivered intervention to treat adolescent overweight and obesity. *J Nutr Educ Behav*, *44*(1), 46-54. doi:10.1016/j.jneb.2011.02.009
- Gluyas, H. (2015). Patient-centred care: improving healthcare outcomes. *Nurs Stand*, *30*(4), 50-59. doi:10.7748/ns.30.4.50.e10186
- Gourlan, M., Sarrazin, P., & Trouilloud, D. (2013). Motivational interviewing as a way to promote physical activity in obese adolescents: a randomised-controlled trial using self-determination theory as an explanatory framework. *Psychol Health*, *28*(11), 1265-1286. doi:10.1080/08870446.2013.800518
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion : planning and strategies*. London: SAGE.
- Hammarberg, L. (2014). *Skolhälsovården i backspegeln*. Stockholm: Skolverket.
- Havnesköld, L., & Risholm Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber.
- Henderson, S. (2000). Patient participation determined by nurses' attitudes toward caring. *International Journal for Human Caring*, *4*(1), 30-35.
- Henrikson, M. (2012). Diskussion. In M. Henrikson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 471-496). Lund: Studentlitteratur.

- Holm Ivarsson, B., & Pantzar, M. (2007). *Introduktion till motiverande samtal: en handledning för skolhälsovården*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Horodynski, M. A., & Stommel, M. (2005). Nutrition education aimed at toddlers: an intervention study. *Pediatr Nurs*, 31(5), 364, 367-372.
- Javanainen-Levonen, T., Poskiparta, M., Rintala, P., & Satomaa, P. (2009). Public health nurses' approaches to early childhood physical activity in Finland. *J Child Health Care*, 13(1), 30-45. doi:10.1177/1367493508098379
- Kelly, A. S., Barlow, S. E., Rao, G., Inge, T. H., Hayman, L. L., Steinberger, J., . . . Daniels, S. R. (2013). Severe obesity in children and adolescents: identification, associated health risks, and treatment approaches: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 128(15), 1689-1712. doi:10.1161/CIR.0b013e3182a5cfb3
- Kerrebrock, N., & Lewit, E. M. (1999). Children in Self-Care. *The future of children*, 9(2), 151-160.
- Kirkevold, M. (2003). Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. In E. Karen Strømsnes (Ed.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv* (ss. 19-48). Göteborg: Liber AB.
- Kirkevold, M., & Larsson-Wentz, K. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kong, A. S., Sussman, A. L., Yahne, C., Skipper, B. J., Burge, M. R., & Davis, S. M. (2013). School-based health center intervention improves body mass index in overweight and obese adolescents. *J Obes*, 2013(1), 575016, 10 sidor. doi:10.1155/2013/575016
- Kreps, G. J. (2003). The impact of communication on cancer risk, incidence, morbidity, mortality, and quality of life. *Health Commun*, 15(2), 161-169. doi:10.1207/s15327027hc1502_4
- Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *J Adv Nurs*, 31(1), 235-241.
- Kvale, S., & Torhell, S.-E. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lassi, Z. S., Salam, R. A., Das, J. K., Wazny, K., & Bhutta, Z. A. (2015). An unfinished agenda on adolescent health: Opportunities for interventions. *Semin Perinatol*, 39(5), 353-360. doi:10.1053/j.semperi.2015.06.005
- Lofgren, S., Hedstrom, M., Ekstrom, W., Lindberg, L., Flodin, L., & Ryd, L. (2015). Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients. *Scand J Caring Sci*, 29(3), 462-469. doi:10.1111/scs.12157
- Love-Osborne, K., Fortune, R., Sheeder, J., Federico, S., & Haemer, M. A. (2014). School-based health center-based treatment for obese adolescents: feasibility and body mass index effects. *Child Obes*, 10(5), 424-431. doi:10.1089/chi.2013.0165

- Luzier, J. L., Berlin, K. S., & Weeks, J. W. (2010). Behavioral Treatment of Pediatric Obesity: Review and Future Directions. *Children's Health Care*, 39(4), 312-334. doi:10.1080/02739615.2010.516202
- Macdonell, K., Brogan, K., Naar-King, S., Ellis, D., & Marshall, S. (2012). A pilot study of motivational interviewing targeting weight-related behaviors in overweight or obese African American adolescents. *J Adolesc Health*, 50(2), 201-203. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.04.018
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*, 56(5), 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Melnyk, B. M., Small, L., Morrison-Beedy, D., Strasser, A., Spath, L., Kreipe, R., . . . O'Haver, J. (2007). The COPE Healthy Lifestyles TEEN program: feasibility, preliminary efficacy, & lessons learned from an after school group intervention with overweight adolescents. *J Pediatr Health Care*, 21(5), 315-322. doi:10.1016/j.pedhc.2007.02.009
- Michelson, K., & Rothschild, C. B. (2015). Family-Centered Care in the PICU: Where Do We Go From Here? *Pediatr Crit Care Med*, 16(8), 781-782. doi:10.1097/pcc.0000000000000522
- Mikhailovich, K., & Morrison, P. (2007). Discussing childhood overweight and obesity with parents: a health communication dilemma. *J Child Health Care*, 11(4), 311-322. doi:10.1177/1367493507082757
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *J Adv Nurs*, 67(5), 1152-1162. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing : preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Navidian, A., Rostami, Z., & Rozbehani, N. (2015). Effect of motivational group interviewing-based safety education on Workers' safety behaviors in glass manufacturing. *BMC Public Health*, 15(1), 929. doi:10.1186/s12889-015-2246-8
- Neovius, M., Janson, A., & Rossner, S. (2006). Prevalence of obesity in Sweden. *Obes Rev*, 7(1), 1-3. doi:10.1111/j.1467-789x.2006.00190.x
- Neumark-Sztainer, D. R., Friend, S. E., Flattum, C. F., Hannan, P. J., Story, M. T., Bauer, K. W., . . . Petrich, C. A. (2010). New moves-preventing weight-related problems in adolescent girls a group-randomized study. *Am J Prev Med*, 39(5), 421-432. doi:10.1016/j.amepre.2010.07.017
- Nilsson, A. (2014). *Elevhälsans uppdrag - främja, förebygga och stödja elevens utveckling mot målen*. Stockholm: Skolverket.
- Nyberg, G., Sundblom, E., Norman, A., Bohman, B., Hagberg, J., & Elinder, L. S. (2015). Effectiveness of a universal parental support programme to promote healthy dietary habits and physical activity and to prevent overweight and obesity in 6-year-old children: the Healthy School Start Study, a cluster-randomised controlled trial. *PLoS One*, 10(2), e0116876. doi:10.1371/journal.pone.0116876

- Orem, D. E. (1991). *Nursing : concepts of practice*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Pakpour, A. H., Gellert, P., Dombrowski, S. U., & Fridlund, B. (2015). Motivational Interviewing With Parents for Obesity: An RCT. *Pediatrics*, *135*(3), 644-652
doi:10.1542/peds.2014-1987
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Basingstoke: Macmillan Education.
- Phaitrakoon, J., Powwattana, A., Lagampan, S., & Klaewkla, J. (2014). The diamond level health promoting schools (DLHPS) program for reduced child obesity in Thailand: lessons learned from interviews and focus groups. *Asia Pac J Clin Nutr*, *23*(2), 293-300.
doi:10.6133/apjcn.2014.23.2.17
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Quesenberry, C. P., Jr., Caan, B., & Jacobson, A. (1998). Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization. *Arch Intern Med*, *158*(5), 466-472.
- Rasmussen, F., Johansson, M., & Hansen, H. O. (1999). Trends in overweight and obesity among 18-year-old males in Sweden between 1971 and 1995. *Acta Paediatr*, *88*(4), 431-437.
- Resnicow, K., Davis, R., & Rollnick, S. (2006). Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. *J Am Diet Assoc*, *106*(12), 2024-2033.
doi:10.1016/j.jada.2006.09.015
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *J Adv Nurs*, *23*(2), 305-313.
- Roos, C. (2009). *Delaktighet inom äldreomsorgen: om att låta de äldre få behålla makten över sina liv*. Lund: Vårdförlaget.
- Rosengren, D. B. (2012). *Motiverande samtal - MI: en praktisk handledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlsten, M. (2007). *Ömsesidighet i förhandling: sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet*. Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård: ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.
- SBU. (2013). Patienter måste få delta. Hämtad 2015-09-13 from <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/Patienter-maste-fa-delta/>
- SBU. (2014a). Motiverande samtal för personer med missbruksproblem. Hämtad 2015-09-09 from från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Motiverande-samtal-for-personer-med-missbruksproblem/#FR1>
- SBU. (2014b). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs*, 15(10), 1317-1323. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x

Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012). Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige. Hämtad 2015-09-29 from <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18884/2012-11-10.pdf>

Sveriges riksdag. (2013). *Forskning och framtid*. Stockholm: Utvärderings- och forskningssekretariatet.

Sveriges riksdag. (2015a). Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Hämtad 2015-09-13 from https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Sveriges riksdag. (2015b). Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad 2015-11-03 from https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Tripp, S. B., Perry, J. T., Romney, S., & Blood-Siegfried, J. (2011). Providers as weight coaches: using practice guides and motivational interview to treat obesity in the pediatric office. *J Pediatr Nurs*, 26(5), 474-479. doi:10.1016/j.pedn.2011.07.009

Tyler, D. O., & Horner, S. D. (2008). Family-centered collaborative negotiation: a model for facilitating behavior change in primary care. *J Am Acad Nurse Pract*, 20(4), 194-203. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00298.x

UNICEF. (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.

Walpole, B., Dettmer, E., Morrongiello, B. A., McCrindle, B. W., & Hamilton, J. (2013). Motivational interviewing to enhance self-efficacy and promote weight loss in overweight and obese adolescents: a randomized controlled trial. *J Pediatr Psychol*, 38(9), 944-953. doi:10.1093/jpepsy/jst023

Walsh, S. M., Palmer, W., Welsh, J. A., & Vos, M. B. (2014). Challenges and successes of a multidisciplinary pediatric obesity treatment program. *Nutr Clin Pract*, 29(6), 780-785. doi:10.1177/0884533614551839

Weaver, S. P., Kelley, L., Griggs, J., Weems, S., & Umstatted Meyer, M. R. (2014). Fit and healthy family cAMP for engaging families in a child obesity intervention: a community health center pilot project. *Fam Community Health*, 37(1), 31-44. doi:10.1097/fch.0000000000000013

Vesely, J. M., & DeMattia, L. G. (2014). Obesity: dietary and lifestyle management. *FP Essent*, 425, 11-15.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Västra Götalandsregionen. (2009). Lokal handlingsplan för att motverka övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Dalsland + Faktadokument. Hämtad 2015-09-13 from <http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/2/Lokal%20Handlingsplan%20f%C3%B6r%20att%20motverka%20%C3%B6vervikt%20och%20fetma%20bland%20barn%20och%20unga%20Dalsland.pdf>

WHO. (2012). *Obesity and overweight. Fact sheet N°311*. Worlds Health Organization, Geneva.

Wong, E. M., & Cheng, M. M. (2013). Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. *J Clin Nurs*, 22(17-18), 2519-2530. doi:10.1111/jocn.12098

Wong, E. M., Sit, J. W., Tarrant, M. A., & Cheng, M. M. (2012). The perceptions of obese school children in Hong Kong toward their weight-loss experience. *J Sch Nurs*, 28(5), 370-378. doi:10.1177/1059840512440176

Bilagor

Bilaga 1: Redovisning av inkluderade och exkluderade studier

CINAHL i åldersgrupp 6-12 år med sökord ”Motivational Interview* OR MI AND Overweight”

Författare	Inkluderades	Exkluderades	Exkluderingsorsak
Taylor, R. W., et al. (2015)		x	Studien inkluderar deltagarna yngre än 6 år
Söderlund, L.L., et al. (2010)		x	Studien utgår från sjuksköterskornas perspektiv
Aldrich, H., et al. (2014)		x	Studien handlar om metoder för att ställa diagnos övervikt och fetma, inte om MI som interventionsmetod
Tucker, S.J., et al. (2013)		x	Studien inkluderar deltagarna yngre än 6 år
Aldrich, H., et al. (2014)		x	Dublett.
Cygan, H.R., et al. (2014)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien

CINAHL i åldersgrupp 6-12 år med sökord ”Motivational Interview* OR MI AND obesit*”

Författare	Inkluderades	Exkluderades	Exkluderingsorsak
Wong, E.M., et al. (2013)	x		
Weaver, S.P., et al. (2014)		x	Studien beskriver olika interventionsmetoder
Aldrich, H., et al. (2014)		x	Studien handlar om metoder för att ställa diagnos övervikt och fetma, inte om MI som interventionsmetod
Gourlan, M., et al. (2013)	x		

Gance-Cleveland, B., et al. (2013)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Tripp, S.B., et al. (2011)		x	Studien inkluderar deltagarna yngre än 6 år
Aldrich, H., et al. (2014)			Dubblett.
Cygan, H.R., et al. (2014)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Hinebaugh, A., et al. (2011)		x	Studien utgår från sjuksköterskornas perspektiv
Day, P., et al. (2013)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien

CINAHL i åldersgrupp 13-18 år med sökord ”Motivational Interview* OR MI AND Overweight”

Författare	Inkluderades	Exkluderades	Exkluderingsorsak
MacDonell, K., et al. (2012)	x		
Black, M.M., et al. (2010)	x		
Aldrich, H., et al. (2014)		x	Studien handlar om metoder för att ställa diagnos övervikt och fetma, inte om MI som interventionsmetod
Bravender, T., et al. (2013)		x	Studien utgår från läkarnas perspektiv
Hinebaugh, A., et al. (2011)		x	Studien utgår från sjuksköterskornas perspektiv

CINAHL i åldersgrupp 13-18 år med sökord ”Motivational Interview* OR MI AND obesit*”

Författare	Inkluderades	Exkluderades	Exkluderingsorsak
-------------------	---------------------	---------------------	--------------------------

Gottschalk, L., et al. (2015)		x	Studien beskriver olika metoder i behandling av övervikt och fetma, är inte fokuserad på MI som interventionsmetod
MacDonell, K., et al. (2012)	x		
Black, M.M., et al. (2010)	x		
Flattum, C., et al. (2011)	x		
Gourlan, M., et al. (2013)	x		
Gance-Cleveland, B., et al. (2013)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Gruhl, E., et al. (2014)		x	Studien innebär en beskrivning av MI som metod, är inte randomiserad kontrollerad studie
Irby, M., et al. (2010)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Richard Smith, M.D. (2012)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Pakpour, A.H., et al. (2015)	x		
Aldrich, H., et al. (2014)		x	Studien handlar om metoder för att ställa diagnos på övervikt och fetma, inte om MI som interventionsmetod
Hinebaugh, A., et al. (2011)		x	Studien utgår från sjuksköterskornas perspektiv

PubMed i åldersgrupp 6-18 år med sökord "Motivational Interview AND Overweight"

Författare	Inkluderades	Exkluderades	Exkluderingsorsak
Pakpour, A.H., et al. (2015)	x		

Love-Osborne, K., et al. (2014)	x		
Cygan, H.R., et al. (2014)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Bean, M.K., et al. (2014)		x	Studien innehåller inte resultat, utan bara metod och design
Bravender, T., et al. (2013)		x	Studien utgår från läkarnas perspektiv
Moore, S.M., et al. (2013)		x	Studien inkluderar deltagarna yngre än 6 år
Walpole, B., et al. (2013)	x		
Wong, E.M., et al. (2013)	x		
Gance-Cleveland, B., et al. (2013)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Macdonell, K., et al. (2012)	x		
Tripp, S.B., et al. (2011)		x	Studien inkluderar deltagarna yngre än 6 år
Flattum, C., et al. (2011)	x		
Walpole, B., et al. (2011)		x	Studien innehåller inte resultat, utan bara metod och design
Neumark-Sztainer ,D.R., et al. (2010)	x		
Irby, M., et al. (2010)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Black, M.M., et al. (2010)	x		

PubMed i åldersgrupp 6-18 år med sökord ”Motivational Interview AND Obesity”

Författare	Inkluderades	Exkluderades	Exkluderingsorsak
Pollak, K.I., et al. (2015)		x	Studien utgår från personalens perspektiv
Resnicow, K., et al. (2015)		x	Studien inkluderar deltagarna yngre än 6 år
Nyberg, G., et al. (2015)	x		
Pakpour, A.H., et al. (2015)	x		
Gourlan, M., et al. (2014)		x	Studien bygger inte på MI som interventionsmetod
Love-Osborne, K., et al. (2013)	x		
Cygan, H.R., et al. (2014)			Är inte randomiserad kontrollerad studien
Bonde, A.H., et al. (2014)		x	Studien utgår från sjuksköterskornas perspektiv
Bravender, T., et al. (2013)		x	Studien utgår från läkarnas perspektiv
Gourlan, M., et al. (2013)	x		
Walpole, B., et al. (2013)	x		
Hardcastle, S.J., et al. (2013)		x	Studien inkluderar deltagarna äldre än 18 år
Small, L., et al. (2014)			Studien inkluderar deltagarna yngre än 6 år
Wong, E.M., et al. (2013)	x		
Gance-Cleveland, B., et al. (2013)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Gudzune, K.A., et al. (2012)		x	Studien bygger inte på MI som interventionsmetod
Macdonell, K., et al. (2012)	x		

Tripp, S.B., et al. (2011)		x	Studien inkluderar deltagarna yngre än 6 år
Kong, A.S., et al. (2013)	x		
Walpole, B. (2011)		x	Studien innehåller inte resultat, utan bara metod och design
Bean, M.K., et al. (2011)			Studien innehåller inte resultat, utan bara beskrivning om metoden
Neumark-Sztainer, D.R., et al. (2010)	x		
Irby, M., et al. (2010)		x	Är inte randomiserad kontrollerad studien
Black, M.M., et al. (2010)	x		

Bilaga 2: Artikelmatris

Författare Land År	Titel	Syfte	Metod, analys	Deltagare	Resultat	Kvalitet
1. Black, M.M., Hager, E.R., Le, K., Anliker, J., Arteaga, S.S., Diclemente, C., Gittelsohn, J., Magde, L., Papas, M., Snitker, S., Treuth, M.S. & Wang, Y. USA, 2010	Challenge! Health promotion/obesity prevention mentorship model among urban, black adolescents	Att utvärdera om en samhällsbaserade hälsofrämjande och preventionsprogram (Challenge!) kan leda till förändringar i BMI, kroppssammansättning, fysisk aktivitet och kost.	Ungdomarna randomiserades i interventionsgrupp som genomgick hälsofrämjande preventionsterapi med tillämpning av motiverande samtal (MI) och i kontrollgrupp som inte fick någon intervention. Utvärderingar genomfördes efter 10 och 24 månader Ungdomarnas vikt, längd, kroppssammansättning, fysisk aktivitet och kost registrerades i början av studien samt efter 10 och 24 månader Den insamlade data analyserades med hjälp av statistiska analysen	235 ungdomar i ålder 11-16 år 49 % flickor 51 % pojkar	Signifikant minskning av BMI i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp där BMI ökade Signifikant ökning av fysisk aktivitet i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp där fysisk aktivitet minskade Signifikant minskning av konsumtionen av snacks, desserter och läsk och stekt mat i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp både vid	Hög

					kontrollmätning och vid uppföljning efter 24 månader Signifikant minskning av den totala procenten av kroppsfett bland ungdomar i interventionsgrupp jämfört med kontrollgruppen	
2. Flattum, C., Friend, S., Story, M. & Neumark- Sztainer, D. USA, 2011	Evaluation of an individualized counseling approach as part of a multicomponent school-based program to prevent weight-related problems among adolescent girls	Att utvärdera genomförbarheten och effektiviteten av individuell rådgivning i New Moves, en skolbaserade program för att förhindra viktrelaterade problem hos tonårsflickor	Tonårsflickor randomiserades i interventionsgrupp och i kontrollgrupp. Båda grupper deltog i idrottsklass. Tonårsflickor från interventionsgrupp fick även skolbaserat program New Moves med integration av motiverande samtal (MI). Två sessioner genomfördes under första halvåret och fem sessioner under andra halvåret Förutom variabler som var direkt relaterade till livsstilsförändringar som New Moves riktade sina insatser mot (kroppsfett, BMI, fysisk aktivitet, stillasittandet, kostintag, ätmönster,	356 tonårsflickor i ålder 14-17 år 182 tonårsflickor i interventionsgrupp 174 tonårsflickor i kontrollgrupp	Inga signifikanta skillnader i kroppsfettprocent eller BMI mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp Signifikant minskning av stillasittandet, ökning av fysisk aktivitet, förbättring i ätmönster, kroppsuppfattning och självbild i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp Signifikant förbättring av ätmönster, ökning	Hög

		<p>ohälsosamma beteenden samt kroppsuppfattning och självbild) ingick även utvärdering av self-efficacy för fysisk aktivitet samt målformulering för fysisk aktivitet och ätbeteendet för att upptäcka progression i beteendeförändringar (t.ex. från förnekelse till medvetenhet). Med tanke på vikten av en stödjande miljö för att underlätta förändringar i viktrelaterade attityder och beteenden bedömdes även förändringar i uppfattad socialt stöd.</p> <p>Variablerna registrerades vid baslinjen, efter intervention, cirka om 16 veckor och vid uppföljningen på slutet av läsåret, cirka 9 månader efter studiens början.</p> <p>Den insamlade data analyserades med hjälp av statistiska analysen</p>		<p>av motivation för livsstilsförändringar, tillfredsställelse med sin kropp, upplevd kompetens och självkänsla i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp</p> <p>Vid uppföljning rapporterade tonårsflickor i interventionsgrupp betydligt mer stöd för fysisk aktivitet från vänner, lärare och familjemedlemmar än tonårsflickor i kontrollgrupp</p> <p>Tonårsflickor i interventionsgrupp rapporterade även signifikant stödökning för hälsosam kost från vänner och lärare (men inte från föräldrar) jämfört med kontrollgrupp</p>	
--	--	--	--	---	--

3. Gourlan, M., Sarrazin, P. & Trouilloud, D. Frankrike, 2013	Motivational interviewing as a way to promote physical activity in obese adolescents: a randomised- controlled trial using self- determination theory as an explanatory framework	Att undersöka om SWLP + MI-gruppen skulle rapportera en större ökning av fysisk aktivitet och en större minskning av BMI över tiden jämfört med de i SWLP gruppen Att utforska om ungdomar i SWLP + MI-gruppen skulle rapportera (1) större självständighet gällande sin autonomi, (2) större ökning av självständiga former av motivation och (3) minskade grad av bristen på motivation över tiden jämfört med ungdomar i SWLP grupp	Ungdomar randomiserades till en kontrollgrupp med standardviktmnskingsprogram (SWLP) eller till en interventionsgrupp där standardviktmnskingsinsatser kombinerades med MI (SWLP+MI). Båda grupperna fick två SWLP sessioner. SWLP+MI grupp kompletterades sex MI- sessioner. Upplevd autonomi, kompetens, motivation, fysisk aktivitet och BMI registrerades vid baslinjen, tre och sex månader (dvs. i slutet av programmet). Den insamlade data analyserades med hjälp av statistiska analysen	54 ungdomar i ålder 11-18 år 41 % flickor 59 % pojkar	Signifikant minskning av BMI i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp under första 3 månader, men inte vid uppföljning efter 6 månader Jämfört med ungdomar i kontrollgrupp rapporterade deltagare i interventionsgruppen en betydande ökning för både fysisk aktivitetens längd och energiförbrukning både efter 3 månader och vid uppföljning efter 6 månader Både intervention- och kontrollgrupp rapporterade ökning av motivation efter 3 och 6 månader, men det fanns inga signifikanta skillnader i graden av	Hög

					<p>denna variabel mellan dessa två grupper.</p> <p>Signifikant minskning av bristen på motivation i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp både efter 3 månader och efter 6 månader</p> <p>Signifikant ökning av upplevd kompetens både i interventionsgrupp och i kontrollgrupp. Men det fanns inga signifikanta skillnader i den variabel mellan grupperna varken vid 3 eller 6 månader</p> <p>Signifikant ökning av självständighet i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp</p>	
4. Kong, A.S.,	School-based health center intervention	Att undersöka om ungdomar i interventionsgrupp	Ungdomarna randomiserades till kontrollgrupp (CG) med standard vård och	41 ungdomar	Signifikant minskning av BMI i interventionsgrupp	Hög

<p>Sussman, A.L., Yahne, C., Skipper, B.J., Burge, M.R. & Davis, S.M.</p> <p>Mexiko, 2013</p>	<p>improves body mass index in overweight and obese adolescents.</p>	<p>med tillämpning av motiverande samtal skulle ha en större minskning av BMI jämfört med ungdomar i kontrollgrupp med standard behandling</p>	<p>interventionsgrupp (IG) med tillämpning av MI.</p> <p>Fysisk undersökning, blodprover, bedömning av kost och fysisk aktivitet genomfördes vid baslinje och på slutet av studien som pågick i 1 år med totalt 8 sessioner</p>	<p>62 % flickor 38 % pojkar</p>	<p>jämfört med kontrollgrupp</p> <p>Signifikant minskning av konsumtion av läsk i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp</p> <p>Signifikant ökning av fysisk aktivitet i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp</p> <p>Signifikant minskning av TV-tittande i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp</p>	
<p>5.</p> <p>Love-Osborne, K., Fortune, R., Sheeder, J., Federico, S. & Haemer, M.A.</p>	<p>School-based health center-based treatment for obese adolescents: feasibility and body mass index effects</p>	<p>Att utvärdera om personal med hjälp av motiverande samtal (MI) kan hjälpa ungdomar med övervikt och fetma för att sätta upp personliga mål i livsstilsförändringar som skulle kunna leda till förbättrade BMI</p>	<p>Ungdomar randomiserades till en kontrollgrupp (CG) eller en interventionsgrupp (IG).</p> <p>Vid första besök samlades uppgifter om kost- och motionsvanor samt om familjen har medicinska problem. BMI registrerades.</p> <p>Uppföljande besöksfrekvensen i IG berodde på elevernas önskan om de ville återvända om 2</p>	<p>72 ungdomar i ålder 14-17 år</p> <p>10 ungdomar från mellanstadium och 62 ungdomar från högstadium.</p> <p>58 % flickor i</p>	<p>Signifikant minskning av BMI i interventions- och i kontrollgrupp där större antal deltagare i kontrollgrupp minskade eller upprätthållit en stabil BMI</p> <p>Signifikant ökning av fysisk aktivitet i båda grupper, men större</p>	<p>Hög</p>

USA, 2014			<p>veckor, 1 månad eller 2 månader. Studien pågick i 2 terminer. Sista BMI registrerades vid sista besök om två terminer</p> <p>Den insamlade data analyserades med hjälp av statistiska analysen</p>	<p>interventionsgrupp</p> <p>46 % flickor i kontrollgrupp</p>	<p>ökning i kontrollgrupp jämfört med interventionsgrupp</p> <p>Ungdomarnas deltagande i sportaktiviteter i allmänhet minskade med ökande grad av fetma och var högre i kontrollgrupp</p>	
<p>6.</p> <p>Macdonell, K., Brogan, K., Naar-King, S., Ellis, D. & Marshall, S.</p> <p>USA, 2012</p>	<p>A pilot study of motivational interviewing targeting weight-related behaviors in overweight or obese African American adolescents</p>	<p>Att utvärdera om motiverande samtal (MI) skulle vara effektiv intervention för att underlätta livsstilsförändringar bland afroamerikanska ungdomar med övervikt och fetma</p> <p>Att utvärdera om ungdomar i interventionsgruppen skulle visa ökad motivation för hälsosam kost och aktivitet.</p>	<p>Ungdomar randomiserades till interventionsgrupp med motiverande samtal (MI) som intervention och kontrollgrupp som erhöll näringsrådgivning</p> <p>Sessioner genomfördes med ungdom och dennes vårdgivare tillsammans under fyra tillfällen</p> <p>Ungdomarnas längd och vikt, läskkonsumtion, portioner av frukt och grönsaker samt motivation för livsstilsförändringar bedömdes vid baslinjen och vid 3-månaders uppföljning.</p> <p>Den insamlade data analyserades med hjälp av</p>	<p>44 ungdomar i ålder 13-17 år</p> <p>79,5 % flickor</p> <p>20,5 % pojkar</p>	<p>Inga signifikanta skillnader i förändringar av BMI varken i interventions- eller kontrollgrupp</p> <p>Signifikant minskning i konsumtion av snabbmat och läsk i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp</p> <p>Signifikant ökning av motivation för fysisk aktivitet i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp</p>	Hög

			statistiska analysen			
7.	New moves-preventing weight-related problems in adolescent girls a group-randomized study	För att utvärdera New Moves, ett skolbaserat program som syftar till att förebygga viktrelaterade problem hos tonårsflickor	<p>Tonårsflickor randomiserades i interventionsgrupp och i kontrollgrupp. Båda grupper deltog i idrottsklass. Tonårsflickor från interventionsgrupp fick även skolbaserat program New Moves som syftade att öka tonårsflickornas intresse för hälsosamma livsstilsförändringar med integration av motiverande samtal (MI) under sju tillfällen</p> <p>Studien utvärderade procent av kroppsfett, BMI, fysisk aktivitet, stillasittandet, kostintag, ätmönster, ohälsosamma beteenden samt kroppsuppfattning och självbild vid baslinje, efter intervention, cirka om 16 veckor och vid uppföljningen på slutet av läsåret, cirka 9 månader efter studiens början.</p> <p>Den insamlade data analyserades med hjälp av statistiska analysen</p>	<p>356 tonårsflickor i ålder 14-17 år</p> <p>182 tonårsflickor i interventionsgrupp 174 tonårsflickor i kontrollgrupp</p>	<p>Inga signifikanta skillnader i förändringar av BMI och kroppsfettprocent i interventionsgrupp</p> <p>Signifikant minskning av stillasittande, ökning av fysisk aktivitet, förbättring av ätmönster, kroppsuppfattning och självbild i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp</p>	Hög
8.	Effectiveness of a	Att utvärdera	Fjorton förskoleklasser	241 6-års gamla	Signifikant högre antal	Medelhög

<p>Nyberg, G., Sundblom, E., Norman, Å., Bohman, B., Hagberg, J. & Elinder, L.S. Sverige, 2015</p>	<p>universal parental support programme to promote healthy dietary habits and physical activity and to prevent overweight and obesity in 6-year-old children:</p> <p>the Healthy School Start Study, a cluster-randomised controlled trial</p>	<p>effektiviteten av 6-månaders Healthy School Start - programmet som syftar till att främja barns fysiska aktivitet och hälsosamma matvanor och att förebygga övervikt och fetma hos sexårs gamla barn som går i förskoleklass.</p>	<p>randomiserades till interventionsgrupp och kontrollgrupp. Interventionen med tillämpning av hälsoinformation och motiverande samtal med föräldrar samt lärarledda klassrumsaktiviteter med barn varade i 6 månader</p> <p>Mätningar av barnens fysiska aktivitet, kost- och motionsvanor, kroppsvikt, längd, midjemått, BMI och föräldrarnas self-efficacy utfördes vid baslinjen, Data samlades in vid baslinjen mellan augusti och september 2010 (tidpunkt 1), direkt efter interventionen mellan april och maj 2011 (tidpunkt 2) och vid uppföljning sex månader efter interventionen, mellan september och oktober 2011 (tidpunkt 3)</p> <p>Den insamlade data analyserades med hjälp av statistiska analysen</p>	<p>barn och deras föräldrar</p>	<p>"portioner grönsaker som äts varje dag" i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen vid tidpunkten 2. Men vid tidpunkten 3 fanns det ingen skillnad mellan grupperna.</p> <p>Inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupper i konsumtion av frukt och energitäta produkter, motionsvanor, fysisk aktivitet och stillasittandebeteendet vid tidpunkterna 2 och 3.</p> <p>Inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupper gällande förändringar av BMI mellan tidpunkten 2 och 1 och mellan tidpunkten 3 och 1</p>	
--	--	--	---	---------------------------------	---	--

<p>9. Pakpour, A.H., Gellert, P., Dombrowski, S.U. & Fridlund, B. Iran, 2015</p>	<p>Motivational interviewing with parents for obesity: an RCT</p>	<p>Att utvärdera och jämföra vilken roll har föräldrarnas engagemang i arbete med överviktiga ungdomar där motiverande samtal (MI) tillämpades</p>	<p>Ungdomar randomiserades till en kontrollgrupp (CG), MI med föräldrarnas engagemang (MI+P), eller MI utan föräldrarnas engagemang Antropometriska, biokemiska, psykosociala och beteendemässiga aspekter kontrollerades vid baslinjen och 12 månader senare Den insamlade data analyserades med hjälp av statistiska analysen</p>	<p>357 ungdomar i ålder 13-18 år 184 flickor 173 pojkar</p>	<p>Signifikant minskning av antal kaloriintag i MI grupp jämfört med CG och i MI+P grupp jämfört med MI grupp. Signifikant ökning av frukt- och juicekonsumtion i MI grupp jämfört med CG och i MI+P grupp jämfört med MI grupp. Signifikant minskning av konsumtion av snacks, desserter, läsk och stekt mat i MI grupp jämfört med CG och i MI+P grupp jämfört med MI grupp. Signifikant minskning av BMI i MI grupp jämfört med CG och i MI+P grupp jämfört med MI grupp Signifikant ökning av portion av grönsaker i MI grupp jämfört med CG och i MI+P grupp jämfört med MI grupp</p>	<p>Hög</p>
---	---	--	--	---	--	------------

<p>10.</p> <p>Walpole, B., Dettmer, E., Morrongiello, B.A., McCrindle, B.W. & Hamilton, J.</p> <p>Kanada, 2013</p>	<p>Motivational interviewing to enhance self-efficacy and promote weight loss in overweight and obese adolescents: a randomized controlled trial</p>	<p>Att utvärdera effekten av motiverande samtal (MI) som en intervention för att främja tilltro till egen förmåga och viktminskning bland barn och ungdomar med övervikt och fetma</p>	<p>Ungdomar randomiserades i interventionsgrupp där tillämpades MI och i kontrollgrupp som erhöll utbildning i sociala färdigheter.</p> <p>Båda grupper genomförde sex sessioner.</p> <p>Före interventioner (MI eller kontroll), togs deltagarnas längd, vikt och midjemått. Varje deltagares BMI ritades med en vanlig tillväxtkurva för att spåra trender och framsteg. Alla mätningar, inklusive antropometriska, demografiska och primära utfallsmått upprepades 6 månader efter den första interventionens session.</p> <p>Self-efficacy mättes med hjälp av två instrument – CDSS och Vikt Effekt Lifestyle frågeformulär (WEL)</p> <p>Den insamlade data analyserades med hjälp av statistiska analysen</p>	<p>40 ungdomar i ålder 10-18 år</p> <p>23 flickor</p> <p>17 pojkar</p>	<p>Tillämpning av CDSS visade inga signifikanta skillnader mellan behandlings- och kontrollgrupper gällande self-efficacy. Men vid mätning av self-efficacy med hjälp av WEL påvisades en signifikant förbättring av self-efficacy både vid kontrollmätning och efter 6 månader i båda grupperna. Skillnaden i förändring av self-efficacy var inte signifikant mellan grupperna.</p> <p>Båda grupper minskade avsevärt i BMI, men skillnaden i den variabel var inte signifikant mellan grupperna.</p>	<p>Hög</p>
<p>11.</p> <p>Wong, E.M. & Cheng,</p>	<p>Effects of motivational interviewing to</p>	<p>Att undersöka effekterna av MI för att främja viktminskning</p>	<p>Barn och ungdomar randomiserades i tre grupper: två interventionsgrupper där</p>	<p>791 skolbarn och ungdomar i ålder 9-12 år</p>	<p>Både MI och MI + grupperna visade en signifikant förbättring</p>	<p>Medelhög</p>

<p>M.M.</p> <p>China, 2013</p>	<p>promote weight loss in obese children</p>	<p>hos överviktiga barn</p>	<p>den ena erhöill stöd av motiverande samtal (MI) och den andra erhöill både MI och föräldrastöd (MI+) samt en kontrollgrupp. MI + -grupp inkluderade barn som fick MI ingripande och deras föräldrar eller vårdnadshavare tog emot ytterligare råd om hur man kan underlätta sina barns viktminskning genom ett telefonsamtal.</p> <p>Studien genomfördes i fyra grundskolor under en 11-månadersperiod med 5 sessioner.</p> <p>Datansamling skedde vid baslinje, efter 4 och efter 11 månader och inkluderade registrering av vikt, viktrelaterade beteenden (kaloriintag från livsmedel och kaloriförbrukning från fysisk träning) och viktrelaterade kroppsmaått, kost- och motionsvanor, typ och mängd av motion och energiförbrukningen samt antropometriska data</p> <p>Den insamlade data</p>	<p>67,03 % flickor</p> <p>32,97 % pojkar</p>	<p>av sitt ätbeteende och motion jämfört med kontrollgrupp</p> <p>Det var en signifikant minskning av genomsnittliga kaloriintag från livsmedel i MI-gruppen och i MI + -gruppen jämfört med kontrollgrupp</p> <p>Deltagarna i MI-grupp och i MI+-grupp visade signifikant ökning av den genomsnittliga förbrukade kalorier på grund av en ökning av fysisk träning jämfört med kontrollgrupp</p> <p>Samtliga ovannämnda variabler var tydligare i MI+-gruppen jämfört med MI-gruppen</p> <p>Signifikanta skillnader konstaterades i minskning av BMI och kroppsfettprocent i MI-grupp och i MI + -</p>	
--------------------------------	--	-----------------------------	--	--	---	--

			analyserades med hjälp av statistiska analysen		grupp jämfört med kontrollgrupp.	
--	--	--	--	--	----------------------------------	--

Bilaga 3: Studiernas sammanhang

Författare, år	Land	Ålder, antal	BMI	Plats	Interventionspersonal
Black, M.M., et al., 2010	USA	11-16 år 235 deltagare	Övervikt och fetma	Vårdcentral	Vårdgivare med utbildning i MI
Flattum, C., et al., 2011	USA	14-17 år 356 deltagare	Övervikt och fetma	Skola	Lärare
Gourlan, M., et al., 2013	Frankrike	11-18 år 54 deltagare	Fetma	Sjukhus	Personal på sjukhus
Kong, A.S., et al., 2013	Mexiko	14-16 år 41 deltagare	Övervikt och fetma	Vårdcentral	Sjuksköterskor med utbildning i MI
Love-Osborne, K., et al., 2014	USA	14-17 år 72 deltagare	Övervikt och fetma	Skola	Personalen utbildade i MI
Macdonell, K., et al., 2012	USA	13-17 år 44 deltagare	Övervikt och fetma	Ungdomsmottagningen	Dietisten
Neumark-Sztainer, D.R., et al.,	USA	14-17 år 356 deltagare	Övervikt och fetma	Skola	Lärare

2010					
Nyberg, G., et al., 2015	Sverige	6-åringar 241 deltagare	Övervikt och fetma	Förskolor	Personalen utbildade i MI
Pakpour, A.H., et al., 2015	Iran	13-18 år 357 deltagare	Fetma	Ungdoms- mottagningen	Två utbildade personer med kompetens i kost och motion
Walpole, B., et al., 2013	Kanada	10-18 år 40 deltagare	Övervikt och fetma	Barnkliniken	Personal på barnkliniken
Wong, E.M., et al., 2013	China	9-12 år 791 deltagare	Fetma	Grundskolor	Legitimerade sjuksköterskor med utbildning i MI

Bilaga 4: Studiernas utfall

Författare, år	Utfall				
	Kropps- förändringar	Förändringar i ätbeteende	Förändringar i fysisk aktivitet	Förändringar i motivation	Förändringar i självuppfattning
Black, M.M., et al., 2010	BMI Kropps fett	Intaget av totala kalorier, fett och fibrer Konsumtion av snacks, desserter och läsk Konsumtion av stekt mat	Fysisk aktivitet		
Flattum, C., et al., 2011	BMI	Ätmönster	Stillasittande Fysisk aktivitet	Progressionsförändring i motivation	Kontroll över sitt ätmönster Tillfredsställelse med sin kropp Kompetens Självkänsla Upplevelse av stöd
Gourlan, M., et al., 2013	BMI		Fysisk aktivitet Energi- förbrukning	Motivation Brist på motivation	Kompetens Självständighet
Kong, A.S.,	BMI	Konsumtion av frukt	TV- tittande		

et al., 2013		och grönsaker	Fysisk aktivitet		
Love-Osborne, K., et al., 2014	BMI		Fysisk aktivitet		
Macdonell, K., et al., 2012	BMI	Konsumtion av snabbmat och läsk		Motivation	
Neumark-Sztainer, D.R., et al., 2010	BMI	Ätmönster	Stillasittande Fysisk aktivitet		Kropps- uppfattning Självbild
Nyberg, G., et al., 2015	BMI	Portioner av grönsaker Konsumtion av frukt och energitäta produkter	Fysisk aktivitet Stillasittande Sömn		
Pakpour, A.H., et al., 2015	BMI	Antal kaloriintag Frukt- och juicekonsumtion Konsumtion av snacks, desserter, läsk och stekt mat Portioner av			

		grönsaker			
Walpole, B., et al., 2013	BMI				Tilltro till egen förmåga
Wong, E.M., et al., 2013	BMI Kropps fett	Ätbeteende Antal kaloriintag	Motion		