

Heilsuhópur

– undirbúningur og framkvæmd



■ Ósk Sigurðardóttir
yfiriðjupjálfi

Barna- og unglingsgeðdeild Landspítala
Háskólasjúkrahúss (BUGL)

Meðferðarúræði ætlað unglingsum í ofþyngd á aldrinum 13-17 ára og aðstandendum þeirra. Áhersla er á sjálfstyrkingu og félagsfærni unglingsanna, einnig að koma jafnvægi á mataræði og virkni. Foreldrar fá fræðslu og stuðning við að takast á við breytingar hjá unglingsnum. Í unglingshópnum eru notaðar aðferðir ævintýramedferðar og hugrænnar atferlismedferðar (HAM). Í aðstandendahópnum er byggt á Calgary-fjölskylduhjúkrunarlíkaninu. Hópurinn hittist vikulega, unglingar í átta skipti og aðstandendur í sex skipti. Námskeiðinu lýkur með lokakvöldi fyrir alla fjölskylduna.

Hópúræðið Heilsuhópurinn

Í lok síðasta árs, vegna mikillar eftirspurnar, var hafist handa við að koma á laggirnar nýju hópúræði fyrir unglinga í yfirþyngd á Barna- og unglingsgeðdeild Landspítala Háskólasjúkrahúss (BUGL). Undirrituð byrjaði ásamt Jóhönnu Kristínu Jónsdóttur sálfræðingi að setja saman efni og það kom fljótt í ljós að til að árangur yrði enn betri væri nauðsynlegt að fá foreldrana með í hópinn. Við fengum

þá til liðs við okkur tvo hjúkrunarfræðinga, þær Margréti Gísladóttur og Áslaugu Kristjánsdóttur, sem sáu um að búa til efni fyrir foreldrahópinn sem myndi keyra samhliða unglingshópnum.

Fræðileg samantekt

Unglingar eru næmir fyrir áhrifum félaga og staðalmynda í samfélagi og sjálfsmynd þeirra er samofin því hvernig þeim finnst þeir líta út (Fox, Page, Peters, Armstrong og Kirby, 1994; Sigrún Daníelsdóttir, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jakob Smári, 2007). Í rannsókn Odgen árið 2006 kom fram að yfirþyngd meðal barna og unglinga er orðin að heilsufarsvanda í vestrænum ríkjum. Um 33% bandarískra ungmenna ná greiningarskilmerkjum yfirþyngdar (líkamsþyngdarstuðull ≥ 95 hundraðsröð miðað við kyn og aldur) (Eddy o.fl., 2007). Með aukinni þyngd í æsku aukast líkur á heilsufarsvanda síðar meir, svo sem sykursýki II, háum blóðþrýstingi, aukinni blóðfitu og aukinni hættu á hjartasjúkdómum (Eddy o.fl., 2007; Jelalian, Mehlenbeck, Lloyd-Richardson, Birmaher og Wing, 2006). Unglingar í yfirþyngd eiga á hættu að þróa með sér átraskanir og oft glíma þessi ungmenni við ýmsa sálfélagslega erfiðleika sem auka á vanlíðan og skerða lífsgæði þeirra (Eddy o.fl., 2007; Stice, Presnell og Spangler, 2002). Nýleg rannsókn sýndi að hjá 122 ungmönnum sem sóttu meðferð vegna ofþyngdar náðu tæp 10% skilmerkjum átröskunar og rúmur þriðjungur skýrði frá nýlegu átkasti (binge eating). Tengsl voru milli óæskilegra matarvenja og kvíða/depurðar ($P \leq 0.001$). Rannsóknir hafa ekki gefið ótvírætt til kynna hvaða áhættuþættir og hvað í fari mann-

eskjunnar stuðli að óæskilegum matarvenjum og auki líkur á að ungmenni þróa með sér átraskanir (Stice, Presnell og Spangler, 2002). Rannsókn Eddy o.fl. (2007) sýndi að áhættuþættir voru meðal annars: Óánægja með eigin líkama, ofuráhersla á útlit/þyngd, neikvæð skilaboð (stríðni) og þrýstingur til að grennast sem ýmist kom frá félögum, foreldrum eða vegna staðalmynda í samfélaginu. Önnur rannsókn sýndi að óánægja ungmenna með eigin líkama, óháð því hversu þungur hann var, stuðlaði að minni hreyfingu, óheilbrigðari aðferðum við þyngdarstjórnun og auknum líkum á átköstum fimm árum síðar en hjá ungmönnum sem voru ánægð með líkama sinn (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines og Story, 2006).

Hefðbundnar atferlismíðaðar nálganir þar sem reynt er að aðstoða ungmenni við að ná æskilegri þyngd hafa snúið að því að láta þau fylgjast grannt með eigin mataræði með dagbókarskráningu og að takmarka fæðuinntöku um leið og þau eru hvött til aukinnar hreyfingar. Vandinn við þessa nálgun er að rannsóknir hafa ekki sýnt fram á langtímaárangur (Bacon, Stern, Van Loan og Keim, 2005; Miller, 1999). Í grein Cogan og Ernsberger frá árinu 1999 kemur fram að gagnrýnendur þeirrar leiðar, þar sem einblínt er á þyngdarstjórnun sem leið til bættrar heilsu, benda á að frekar ætti að líta á lífsstíl manneskjunnar í heild sinni og að auka megi heilbrigði hennar með bættum venjum, jafnvel þótt hún tapi ekki mörgum kílóum (Bacon o.fl., 2005). Linda Craighead hefur á síðustu 10 árum þróað meðferðarúræði sem nefnist „Appetite Awareness Training“ og sneri það í fyrstu að konum sem stunduðu ofát. Hugmyndafræðin kemur frá „Mindfulness“ geira hug-



rænnar atferlismeðferðar og „Intuitive eating“. Þar er áherslan lögð á að kenna konum að hlusta á skilaboð líkamans og bregðast við innri merkjum um svengd og mettun, í stað þess að láta þætti, svo sem líðan, félagslegar aðstæður eða megrunarráð, vera ráðandi um hvort og hversu mikið þær borðuðu. Þessi meðferðarnálgun er líka talin henta ungmennum vel þar sem mataræði er mjög óreglulegt og rannsóknir hafa sýnt fram á ágætan árangur við að bæta matarhegðun og líðan (Craighead og Allen, 1995, 1999; Craighead, 2006). Þessi meðferðarnálgun hefur verið til prófunar í doktorsverkefni Þrúðar Gunnarsdóttur á Barnaspítala Hringingsins undir leiðsögn Ragnars Bjarnasonar sérfræðings frá árinu 2006. Meðferðin nær til barna á aldrinum 8-13 ára og fjölskyldna þeirra og hefur árangur fram til þessa lofað góðu (Ragnar Bjarnason, munnleg heimild, 2009).

Ævintýrameðferð hefur verið notuð í mörg ár sem verkfæri í hinum ýmsu meðferðum innan geðheilbrigðisþjónustunnar. Það sem er sérstakt við ævintýranálgunina er að öll meðferð fer fram utan dyra (Schoel, Prouty og Radcliff, 1989). Grunnhugmyndafræði ævintýrameðferðarinnar er upplifunarnám (Experiential Learning) sem byggir á „að fólk lærir mest af að gera“ og „að breytingar í hegðun og hugsun eigi sér stað þegar fólk finnur fyrir ójafnvægi og

finnur sig utan marka þess sem telst þægilegt og öruggt“ (Schoel og Maizell, 2002). Verkefnið reyna á tilfinningalega, líkamlega og vitræna getu og hafa það markmið að bæta upplifun þátttakenda á sjálfum sér. Ævintýri er notað sem félagslegur og tilfinningalegur lærdómur þar sem nemendur upplifa og prófa sig meðal annars áfram í forystuhlutverki, að vinna úr ágreiningi, samvinnu og viðeigandi áhættutöku auk þess að vinna úr ögrandi verkefnum og samskiptum. Jákvæð reynsla sem þátttakendur öðlast er yfirfærð á daglegt líf og skilar sér í bættri líðan og hegðun (Schoel og Maizell, 2002). Nýleg rannsókn sýnir fram á að bresk börn og unglingar leika sér í ríkari mæli innandyra og leiðir það til kyrrsetu, óheilbrigðs lífsstíls og stuðlar að offitu (Dobson, 2003). Ein íslensk rannsókn hefur sýnt fram á tengsl ofþyngdar, vanlíðunar og námserfiðleika í skóla (Magnús Ólafsson, Kjartan Ólafsson, Kristján M. Magnússon og Rósa Eggertsdóttir, 2003). Ein rannsókn á unglungum í yfirþyngd hefur sýnt fram á betri langtímaárangur ævintýrameðferðar og HAM samanborið við líkamsrækt og HAM (Jelalian o.fl., 2006). Ævintýrameðferð hefur verið virk á BUGL frá árinu 2000 og hafa um 500 börn og unglingar verið þátttakendur í slíkum hópum með góðum árangri.

Aukin áhersla hefur verið á stuðning

og fræðslu fyrir aðstandendur einstaklinga með geðsjúkdóma á undanförunum árum (Anderson, Hogarty og Reiss, 1980) og í meira mæli farið að bjóða upp á aðstandendahópa vegna veikinda eða hegðunarvanda barna (Lewis og MacGuire, 1985). Nauðsyn fræðslu og stuðningsmeðferðar er viðurkennd fyrir fjölskyldur þar sem einhver í fjölskyldunni er með átröskun (Crisp o.fl., 1991) og slík meðferð hefur orðið fastur liður á mörgum deildum (Garner og Garfinkel, 1997). Aðstandendur eru yfirleitt þakklátir að fá að taka þátt í stuðningi við ættingja í vanda og fá síður þá tilfinningu að vera hjálparvana og áttavilltir (Wright og Leahey, 2005).

Ýmsar leiðir hafa verið reyndar til að hjálpa fjölskyldum þar sem er einstaklingur í yfirþyngd. Á Íslandi hefur þjónusta verið í boði fyrir unglunga sem þurfa að létta sig en lítið hefur verið í boði fyrir foreldra þessara skjólstæðinga. Sýnt hefur verið fram á að meiri árangur næst þegar unnið er með fjölskylduna í heild eða í hóp heldur en þegar eingöngu er unnið með börnunum/unglingunum þar sem einblínt er á mataræði, hreyfingu og hegðun (Parizkova, 2008). Golley, Magarey, Baur, Steinbeck og Daniels (2007) báru saman foreldrahópa þar sem annars vegar var foreldraþjálfun með markvissri lífsstílsfræðslu og hins vegar var foreldraþjálfun eingöngu, en fyrri hópurinn sýndi 10% lækkun á líkamsþyngdarstuðli og seinni hópurinn 5% lækkun á líkamsþyngdarstuðli. Rannsókn Shelton o.fl. (2007) í Ástralíu sýndi marktækan árangur í lækkun á líkamsþyngdarstuðli barna 3-10 ára í yfirþyngd eftir foreldrahópfræðslu en þjónustan samanstóð af vikulegri fræðslu í tvo tíma í fjögur skipti þar sem unnið var með lífsstíl, mataræði, hreyfingu, hvatningu og hegðunarmótun.

Fyrsti hópurinn

Eftir mikla upplýsingasöfnun og undirbúningsvinnu var keyrður fyrsti hópur sem gekk nokkuð vel, en jafnframt komu í ljós nokkrir vankantar sem þurfti að slípa til. Foreldrar óskuðu meðal annars eftir meiri fræðslu og

stuðningi og var þá skiptum fyrir foreldra fjölgað úr fjórum í sex. Einnig tók unglíngahópurinn nokkrum breytingum, handbókinni var breytt örlítið og matardagbókin minnkuð úr A4 í A5, en sú stærð hentaði unglíngunum betur.

Annar hópur fór af stað í mars á þessu ári og bárust tilvísanir í hann frá BUGL og Barnaspítala Hringins. Rannsókn mun hefjast sem fyrst og er ráðgert að opna fyrir tilvísanir úr heilsugæslu eftir að rannsókn hefur verið gerð. Einnig verður möguleiki á að bjóða þetta úrræði áfram til fyrstu og annarrar línu þjónustuaðila, en það er stefna BUGL að þróa gagnreynd meðferðarúrræði til að geta boðið þau áfram til þessara þjónustuaðila.

Uppbygging námskeiðs

Tekin eru forviðtöl við barn/ungling/fjölskyldu þar sem farið er yfir stöðu mála, markmið sett og matslistar lagðir fyrir. Matslistarnir eru síðan lagðir fyrir aftur í lok þjónustunnar. Þeir eru annars vegar notaðir til að meta hegðun og líðan unglingsins og hins vegar til að meta hvernig foreldrar takast á við vanda barns/unglings. Þetta er meðal annars gert svo hægt sé að meta árangur meðferðarinnar. Eftirfylgni er þremur og sex mánuðum eftir að námskeiði lýkur, og haft er samband við hverja fjölskyldu þar sem farið er yfir stöðuna. Einnig er þyngd unglíngna mæld og blóðþrýstingur mældur.

Unglíngahópur

Í fræðsluþætti hvers tíma er tekið mið af ákveðnu viðfangsefni. Unglíngarnir fá veglegt verkefnahefti sem sérstaklega hefur verið samið með starf Heilsuhópsins í huga. Farið er yfir samspil unglingsins, iðju og umhverfis, farið yfir daglega virkni og venjur og skoðað hvort breytinga er þörf. Unnið er með matardagbók og nýja tegund skráningar í takmarkaðan tíma, í því skyni að kenna heilbrigða umgengni við mat og næringu. Unglíngunum er kennt að setja sér markmið og fylgjast með árangri. Síðan er farið í grunnþætti hugrænnar atferlismeðferðar og ýmsar aðferðir innan þeirrar meðferðaralgunar

eru kynntar. Útgangspunkturinn er að kenna tengsl hugsana, tilfinninga og hegðunar og að hvaða leyti hugsanir og viðhorf eiga þátt í að móta sjálfsmynd, líðan og hegðun unglínganna. Eftir að fræðsluþætti námskeiðs lýkur tekur við upplifunarþáttur námskeiðs eða ævin-týrameðferð. Þar gefst unglíngunum kostur á að styrkja sjálfsmynd sína og auka sjálfsstyrk í öruggum aðstæðum þar sem tekist er á við hin ýmsu samvinnu- og samskiptaverkefni utan dyra. Áhersla er á hrós, jákvæð samskipti og ekki síst að hafa það skemmtilegt saman.

Aðstandendahópur

Foreldrum er veittur stuðningur í sínu hlutverki, boðið upp á umræður og veitt fræðsla um eðli og vítahring næringarvanda, ráðgjöf í samskiptum og að takast á við vandann. Unnið er með verkefni í tímum og lögð fyrir verkefni á milli tíma, til dæmis: virk hlustun, hvatningarsamtöl og að takast á við hindranir og hvernig vandinn hefur áhrif á daglegt líf. Skoðuð eru áhrif vanda á fjölskylduna og áhrif fjölskyldunnar á vandann. Foreldrum er hjálpað við að vera styðjandi við barn/ungling og kennt hvernig þeir geta verið hvatning fyrir barn/ungling í að gera breytingu á lífsstíl. Miðað er við að foreldrar hafi bjargráð og styrk til að takast á við vandann, en með stuðningi fagaðila, og að samvinna foreldra og barns/unglings komi til með að skila góðum árangri.

Markmið að námskeiði loknu er að þátttakendur sjái sig í jákvæðu ljósi og beini eigin hugsunum að sínum sterku hliðum og eflir þær. Gott sjálfstraust og trú á eigin getu eru nauðsynlegir kostir til að barn/unglingur eflist í samskiptum við jafnaldra sína og fari að njóta sín á eigin forsendum. Einnig er markmiðið að foreldrar fái innsýn í mikilvægi þess að koma reglu á máltíðir og alla næringarinntöku unglingsins ásamt því að huga að almennri virkni og hreyfingu.

Rannsókn

Áætlað er að hefja rannsókn sem fyrst til að meta árangur úrræðisins og fékkst

til þess styrkur frá Vísindasjóði Landspítala – háskólasjúkrahúss á þessu ári. Hefur rannsóknin hlotið nafnið:

Unglíngar í yfirþyngd og fjölskyldur þeirra: Leið til betra lífs og bættrar heilsu.

Meðal annars verður lagt mat á hvort líðan, virkni, félagsleg færni, mataræði og daglegar venjur unglingsins breytist og lífsgæði batni. Tilgangur úrræðisins er ekki að unglíngarnir léttist, en rannsakendur álykta að með auknu jafnvægi í daglegu lífi, munu langtímaáhrif verða þau að þyngd þeirra taki breytingum í átt að kjörþyngd. Er það von rannsakennda að rannsóknin sýni fram á árangur og bætt lífsgæði fyrir unglíngana og fjölskyldur þeirra til lengri tíma lítið.

Heimildaskrá

- Anderson, C. M., Hogarty, G. og Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients; a psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D. og Keim, N. L. (2005). Size acceptance and intuitive eating improves health for obese, female chronic dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 929-936.
- Craighead, L. W. og Allen, H. N. (1995). Appetite awareness training: A cognitive behavioral intervention for binge eating. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2 (2), 249-270.
- Craighead, L. W. og Allen, H. N. (1999). Appetite monitoring in the treatment of binge eating disorder. *Behavior Therapy*, 30 (2), 253-272.
- Craighead, L. W. (2006). *The appetite awareness workbook: How to listen to your body & overcome bingeing, overeating & obsession with food*. New Harbinger Publications: Oakland, CA.
- Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C., Yeldham, D., Levett, G. og Bhat, A. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 325-333
- Dobson, R. (2003). Children growing up as inside people. *The New Zealand Herald*. 9. 2. <http://www.guardian.co.uk/medicine/story/0,11381,1011492,00.html>
- Eddy, K. T., Tanofsky-Kraff, M., Thompson-Brenner, H., Herzog, D. B., Brown, T. A. og Ludwig, D. S. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2360-2371.
- Fox, K. R., Page, A., Peters, D. M., Armstrong, N. og Kirby, B. (1994). Dietary restraint and self perceptions in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 17, 87-96.
- Garner, D. M. og Garfinkel, P. E. (1997).

Handbook of treatment for eating disorders (2. útgáfa). New York: Guilford.

Golley, R. K., Magarey, A. M., Baur, L. A., Steinbeck, K. S. og Daniels, L. A. (2007). Twelve-month effectiveness of a parent-led, family-focused weight-management program for prepubertal children: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 119, 517.

Jelalian, E., Mehlenbeck, R., Lloyd-Richardson, E. E., Birmaher, V. og Wing, R. R. (2006). Adventure therapy combined with cognitive behavioral treatment for overweight adolescents. *International Journal of Obesity* 30, 31–39.

Lewis, H. L., og MacGuire, M. P. (1985). Review of a group for parents of anorexics. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 453-458.

Magnús Ólafsson, Kjartan Ólafsson, Kristján M. Magnússon og Rósa Eggertsdóttir (2003): Þyngd skólabbarna og tengsl hennar við líðan og námsárangur [Vefútgáfa]. *Læknablaðið*, 89, 767-775.

Miller, W. C. (1999). How effective are traditional dietary and exercise interventions for weight loss? *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31, 1129-1134

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan P. J., Haines, J. og Story, M. (2006) Does body

satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244-251.

Parizkova, J. (2008). Impact of education on food behaviour, body composition and physical fitness i children. *British Journal of Nutrition*, 99, 26-32.

Schoel, J., Prouty, D. og Radcliff, P. (1989): *Island of healing, a guide to adventure based counseling*. Beverly, MA: Project Adventure.

Schoel, J. og Maizell, R.S. (2002). *Exploring islands of healing, new perspectives on adventure based counseling*. Beverly, MA: Project Adventure.

Shelton, D., LeGros, K., Norton, L., Stanton-Cook, S., Morgan, J. og Masterman, P. (2007). Randomised controlled trial: A parent-based group education programme for overweight children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43, 799-805.

Sigrún Dantelsdóttir, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jakob Smári (2007). Megrun meðal íslenskra unglunga og tengsl við líkamsmýnd, sjálfsvirðingu og átröskunareinkenni. *Sálfræðiritið*, 12, 85-100.

Stice, E., Presnell, K. og Spangler, D. (2002).

Risk factor for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.

Wright, M. og Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (4. útgáfa). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Meðferðaraðilar hópsins og höfundar að þessu úrræði eru eftirtaldir starfsmenn á BUGL:

Áslaug Kristjánsdóttir
hjúkrunarfræðingur

Jóhanna Kristín Jónsdóttir
sálfræðingur

Margrét Gísladóttir
hjúkrunarfræðingur

Ósk Sigurðardóttir
yfiriðjuþjálfari

