



UPPSALA  
UNIVERSITET

Examensarbete

D-uppsats, avancerad nivå  
15hp ht 2013

# Vikten av samhörighet för ett lättare liv

En kvalitativ undersökning om barns upplevelse av  
överviktsbehandling i kombinerad familje- och  
gruppterapi

ANNA MALVINA SVENNUNG

Institutionen för  
kostvetenskap  
Box 560  
Besöksadress: BMC,  
Husargatan 3  
751 22 Uppsala



UPPSALA UNIVERSITET

Institutionen för kostvetenskap

Examensarbete D 15 ECTS, 2013

Titel: Vikten av samhörighet för ett lättare liv - En kvalitativ undersökning om barns upplevelse av överviktsbehandling i kombinerad familje- och gruppterapi

Författare: Anna Malvina Svennung

Handledare: Agneta Andersson

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Forskning visar att både familje- och gruppbaserad behandling kan ge bra resultat vid överviktsbehandling för barn. Dessutom kan båda dessa behandlingstyper upplevas positivt av barnen. En behandlingsform som gett goda resultat är en kombinerad familje- och gruppbehandling mot övervikt för barn.

**Syfte:** Att ta reda på hur barn som genomgått kombinerad familje- och gruppbehandling mot övervikt upplever behandlingsformen.

**Metod:** Kvalitativ metod användes med enskilda halvstrukturerade intervjuer.

Deltagarna i undersökningen var sex barn i åldrarna 10 till 17 år som samtliga deltagit i en kombinerad familje- och gruppbehandling vid ett svenskt sjukhus. Intervjuerna spelades in och transkriberades. De tolkades enligt hermeneutisk forskningsansats.

**Resultat:** Föräldrarnas deltagande var avgörande för att påbörja behandlingen och var viktig för att genomföra beteendeförändringar. Deras närvaro ledde till bättre familjerelationer. Att behandlas i grupp ledde till nya vänskapsrelationer och bidrog till ökad följsamhet och högre motivation. Det upplevdes som svårt att prata öppet om egna matvanor. Barnen var nöjda med gruppens storlek och hade inga synpunkter på könsfördelningen. Behandlingen ledde till att barnen fick större självförtroende i gruppssammanhang och vid utövande av idrotter. Barnen uppskattade vårdgivarnas uppmuntran och deras konkreta tips men uttryckte en önskan om fler behandlingsträffar. Övervikten resulterar i en känsla av skam hos barnen och känslan förändrades inte under eller efter behandlingen.

**Slutsats:** Resultaten visar att samhörigheten med de andra barnen i behandlingsgruppen stärkt barnens självförtroende i sociala sammanhang utanför gruppen. Även samspelet mellan barnen och föräldrarna har förbättrats genom att de under behandlingen blivit säkrare i sina roller. Behandlingsformen har sin styrka i att dels låta barnen behandlas med andra barn dels behandlas med föräldrarna.

Nyckelord: föräldrastöd, gruppsamhörighet, nutritionsbehandling, stigmatisering, skam, självförtroende

UPPSALA UNIVERSITY  
Department of Food, Nutrition and Dietetics

Master Thesis 15 ECTS credit points, 2013

Title: Heavy reasons for better relations – a qualitative study about children's experiences in the treatment of their obesity through combined family and group therapy.

Author: Anna Malvina Svennung

Supervisor: Agneta Andersson

## ABSTRACT

**Background:** Research shows that both family-based and group-based therapy can provide good results in obesity treatment for children. Moreover, research shows that both types of treatment are perceived positively by the children. In a combined treatment for obesity both family therapy and group therapy are combined. This approach has shown positive results in treating childhood obesity.

**Objective:** To find out how children who have participated in this combined treatment perceive it.

**Method:** Qualitative methods were used with individual semi-structured interviews. Participants in the study were six children in ages between 10 and 17, who all have participated in a combined family and group treatment in a Swedish hospital. The interviews were recorded and transcribed. They were interpreted according to hermeneutic research approach.

**Results:** Parental involvement was crucial to start treatment and it was the most important factor to implement behavioral changes. The treatment led to better family relationships. The group therapy contributed to increased compliance and led to new friendships. Despite the confidence that the children felt in the group, they had difficulty talking about their own eating habits. The children were satisfied with the group's gender composition and size. They reported that they through group therapy gained greater self-confidence. The children appreciated the encouragement and practical advice they received from health professionals, but asked for a few more meetings. The obesity resulted in a sense of guilt and this feeling did neither change during nor after treatment.

**Conclusion:** The results show that the connectedness to the other children in the therapy group has strengthened the children's confidence in interacting with others. Also, the interaction between the children and their parents improved due to more defined roles in their relationship. The strength in this treatment is that it allows children to be treated both together with other children and their parents.

Key words: parenting support, social connectedness, nutritional treatment, stigma, guilt, self-confidence

## FÖRORD

Vår omgivning och familj påverkar vår syn på både oss själva och på vårt ätande. Det kan handla om allt möjligt, exempelvis hur vi klär oss eller vad vi äter och många gånger reflekterar vi inte ens över valen. Dessa normer kan skapa en samhörighet och ge en känsla av att vi passar in i en grupp. För individer som inte passar in i normen, kan den istället ge upphov till en känsla av utanförskap.

Individer med övervikt kan uppleva detta utanförskap särskilt svårt då övervikten förutom att gå emot normen att vara normalviktig, dessutom är drabbat av samhällets stigmatisering. Kampen mot övervikt kan därför bli en kamp för att passa in. Att övervikten dessutom är ohälsosam ur ett fysiologiskt perspektiv gör den än mindre önskvärd.

Genom denna uppsats ville jag undersöka hur barn upplevde en kombinerad form av familje- och gruppbehandling mot övervikt. Som dietist var jag även intresserad av hur barnen anammade de kostråd de fick och vilka råd de upplevde enklast att följa. Under forskningsprocessen fick jag insyn i behandlingens olika moment, där den tydligaste förändringen hos de deltagande barnen inte handlade om hantering och följsamhet avseende kostråden, utan snarare om barnens relation till dels föräldrarna, dels till andra barn. Det gav mig en större insikt i vikten av gemenskap och samhörighet med andra för att lyckas med behandlingen. Vid överviktsbehandling kan just samhörigheten leda till ett lättare liv.

Jag vill rikta ett stort tack till alla Er som har hjälpt mig i arbetets gång! Särskilda tack vill jag ge min man Petter Ljungström för stöd under arbetets gång och min handledare Agneta Andersson som gett många bra tips och hjälpt mig att hålla rätt kurs. Jag vill också tacka leg. dietisten och behandlingsteamet där undersökningen tagit plats för all hjälp och att jag fick göra undersökningen hos Er. Ett stort tack vill jag också rikta till de barn och föräldrar som ställt upp vid intervjuerna.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION .....	7
1.1 Behandling av övervikt .....	7
1.2 Behandling med familjen .....	8
1.3 Behandling i grupp .....	9
1.4 Hur behandling upplevs .....	10
1.4.1 Upplevelsen av att behandlas med familj .....	10
1.4.2 Upplevelsen av att behandlas i grupp .....	11
1.4.3 Vårdpersonalens inverkan på behandlingens upplevelse .....	11
1.5 Behandlingen .....	11
1.5.1 Behandlingens upplägg .....	12
1.5.1.1 Första mötet .....	12
1.5.1.2 Andra mötet .....	12
1.5.1.3 Tredje mötet .....	13
1.5.1.4 Fjärde mötet .....	13
1.6 Ett tomrum i forskningen .....	13
2. SYFTE .....	13
2.1 Mer specifika frågeställningar .....	13
3. METOD .....	14
3.1 Steg 1. Tematisering .....	14
3.2 Steg 2. Planering .....	14
3.2.1 Informanter .....	15
3.3 Steg 3. Intervjuandet .....	15
3.3.1 Att intervjua barn .....	16
3.4 Steg 4. Utskrift .....	16
3.5 Steg 5. Analys .....	17
3.6 Steg 6. Verifiering .....	18
3.7 Steg 7. Rapportering .....	18
3.7.1 Arbetet i relation till de forskningsetiska principerna .....	18
3.7.2 Redovisning av resurser .....	18
4. RESULTAT .....	19
4.1 Hur de upplever behandling med föräldrarnas deltagande .....	19
4.1.1 Föräldrarna ger trygghet och stöd .....	19
4.1.2 Bättre familjerelationer .....	20
4.2 Hur de upplever behandling i grupp .....	20
4.2.1 I gruppen är man inte ensam .....	20
4.2.2 Större självförtroende .....	22
4.2.3 En känsla av skam .....	22
4.3 Hur de upplever behandlingens innehåll och struktur .....	23
4.3.1 Konkreta tips underlättar .....	23
4.3.2 Större kunskap om mat och motion .....	24
5. DISKUSSION .....	26
5.1 Resultatsammanfattning .....	26
5.2 Resultatdiskussion .....	26
5.2.1 Hur de upplever behandling med föräldrarnas deltagande .....	26
5.2.2 Hur de upplever behandling i grupp .....	28
5.2.3 Hur de upplever behandlingens innehåll och struktur .....	31
5.2.4 Resultatets teoretiska och praktiska betydelse .....	33

5.2.5 Resultatets tillgång för arbetet inom nutritionsbehandlingsprocessen.....	33
5.3 Metoddiskussion .....	34
5.3.1 Urval och antal informanter .....	34
5.3.2 Intervjuandet .....	34
5.3.3 Verifiering .....	35
5.3.3.1 Reliabilitet.....	35
5.3.3.2 Validitet och trovärdighet .....	36
5.3.3.3 Generaliserbarhet .....	37
5.3.4 Reflektion om kvalitativ forskning .....	37
5.4 Framtida studier .....	37
5.5 Slutsats .....	38
6. AVSLUTNING.....	38
7. REFERENSER .....	39

BILAGA 1 Följebrev

BILAGA 2 Målsmans tillstånd

BILAGA 3 Informerat samtycke

BILAGA 4 Standardiserad presentation

BILAGA 5 Intervjuguide

# 1. INTRODUKTION

Antalet individer med övervikt har nästan fördubblats sedan 1980 runt om i världen (1). Även hos barn har fetman ökat och drabbar framförallt länder där det skett stora livsstilsförändringar på kort tid. Hur ökningen sett ut i Sverige finns inga exakta sifferuppgifter på då det tidigare inte gjorts någon nationell sammanställning av barns vikt. Enskilda studier pekar dock på att förekomsten av övervikt och fetma har ökat även i Sverige (2). En senare nationell studie som gjorde år 2011 visar förekomsten av övervikt och fetma hos svenska skolbarn. Av de 4 600 barn som deltog i åldrarna sju till nio år hade 17 % övervikt och 3 % fetma (3).

Det debatteras i vetenskapliga tidskrifter om huruvida hög övervikt skall betraktas som en sjukdom eller inte (4). Enligt *World Health Organisation*, definieras hög övervikt som en sjukdom (1). Övervikten i sig innebär dessutom förhöjda risker att drabbas av följsjukdomar. Av denna anledning finns det ett stort behov av att utveckla behandlingsformer för dessa patientgrupper (5).

För att mäta om en individ är i riskzonen för övervikt och fetma tittar man på individens *Body Mass Index* (BMI) där kroppsvikten ses i relation till kroppslängden. För vuxna dras gränsen för övervikt vid ett BMI över 25 och gränsen för fetma dras vid ett BMI över 30. För barn används internationellt andra gränsvärden där man anpassat BMI utifrån barnens ålder. Det kallas *iso-BMI* och även här är 25 ett gränsvärde för övervikt och 30 ett gränsvärde för fetma. I forskningen används ofta begreppet *övervikt* som ett samlingsbegrepp för både *övervikt* och *fetma* (2). Här används endast begreppet *övervikt* och det inkluderar båda begreppen.

## 1.1 Behandling av övervikt

Eftersom det är svårt att lyckas med viktminskning på egen hand kan individer med övervikt behöva hjälp för att minska i vikt (6). Enligt dietistens etiska kod har dietisten kunskap om både prevention och behandling vid nutritionsrelaterade sjukdomar. Vid övervikt kan dietisten utföra *kostbehandling* (7). Det innebär att patienten får energirestriktion för att minska i vikt. Behandlingen kombineras ofta med ökad *fysisk aktivitet*. Den behandlingsform som ger det bästa långsiktiga resultatet, är magsäckskirurgi. Det är en behandling som först används när andra behandlingar inte gett resultat. Dessutom krävs också att individen har hög övervikt eller lider av allvarlig följsjukdom för att få genomgå kirurgisk behandling (4). Den vanligaste metoden vid kirurgi är i dag *Gastric Bypass*. Det innebär att matstrupen sys ihop med tunntarmen, dit även magsäcken kopplas. Detta resulterar i att individen endast kan äta små portioner vilket resulterar i ett minskat matintag och viktminskning (2). Ingreppen kan resultera i vitaminbrister och det finns även risk för undernäring (4, 2). Här kan dietistens kompetens i både prevention och behandling vara viktig (7). Även *läkemedelsbehandling* är behandling som endast sätts in i särskilda fall. De läkemedel som används i dag är dels de som hämmar absorptionen i tarmen dels de som hämmar aptiten och ökar energiförbrukningen (8). Även *samtalsbehandling* används för att kunna minska i vikt. En variant som använts länge är *beteendeterapi* där fokus ligger på patientens beteende vid ätande (2). Denna behandlingsform ges oftast i kombination med kostbehandling (9). Även *kognitiv*

*beteendeterapi* används idag där fokus ligger på patientens tankar och förhållningssätt till ätandet (2).

För bara 15 år sedan behandlades inte barn med övervikt före 10 års ålder, i stället fick övervikten växa bort (10). Idag vet vi att barn med övervikt ofta även har detta upp i tonåren och även upp i vuxen ålder (11). Av denna anledning finns skäl att behandla övervikt redan hos barn och ungdomar. Detta eftersträvas och i dag sätts behandlingar in allt längre ned i åldrarna (10). En svårighet att behandla barn med övervikt är att det finns färre behandlingsmetoder för dem än för vuxna. I Europa finns exempelvis inte några godkända mediciner att använda vid överviktsbehandling för barn (2, 12). Barn får inte heller genomgå magsäckskirurgi, såvida de inte har extrem övervikt eller ingår i ett forskningsprojekt (12, 13). Därför är beteendeförändring en av de vanligaste metoderna, vilket visat sig vara en bra behandlingsform för barn (6).

## 1.2 Behandling med familjen

En form av beteendebehandling är familjebehandling där hela familjen deltar för att ändra ett beteende (5). Behandlingsformen har använts vid många kroniska sjukdomar och är vid vissa diagnoser den mest framgångsrika behandlingen (12, 14). Familjebehandlingar kan se olika ut, men de flesta bygger på beteendeterapi eller kognitiv beteendeterapi (8, 5). I många behandlingar får familjen utöver familjeterapi även utbildning i kost, fysisk aktivitet och problemlösning (5). Under behandlingarna måste inte fokus ligga på beteendeförändringar för just kost- och motionsvanor. Även de behandlingar, som enbart fokuserat på familjestöd och problemlösning, har visat sig ge resultat utan att ens ta upp kost (10, 16). En annan typ av behandlingsmetod som gett resultat är de som endast arbetat med föräldrarna och deras beteende mot barnen. Beteendeförändringar i familjen kan alltså vara lika viktigt som beteendeförändringar i kost- och motionsvanor (5). Exempelvis kan det vara viktigt att familjen har strukturerade vanor och att de är villiga att göra förändringar i vardagen (16). En anledning till detta är att föräldrarnas beteende mot barnen kan påverka barnens vikt. Exempelvis kan föräldrarnas förmåga att sätta gränser för barnen påverka barnens vikt. En viss grad av gränssättning korrelerar alltså med lägre vikt hos barnen. Andra beteenden som korrelerar med lägre vikt hos barn är att föräldrarna och barnen hittar på aktiviteter tillsammans, som exempelvis museibesök och liknande. Barnets vikt påverkas helt enkelt av relationen mellan barnet och föräldern (17). Föräldrar som deltagit i familjebehandlingar vid övervikt vittnar om att de har fått en bättre relation med barnen. Genom behandlingen känner föräldrarna sig säkrare i hur de skall förhålla sig till barnen vilket även gjort dem säkrare i sin föräldraroll. Även barnen känner sig tryggare i sina matval och det återspeglas genom att de får större förtroende av föräldrarna. Detta har lett till att det finns en tydligare rollfördelning dem emellan (18). Vid behandlingen kan det vara en god idé att medvetengöra föräldrarna om samhällets stigmatiserade bild av övervikt (19). Stigmatisering innebär att en individ eller en grupp tillskrivs negativa egenskaper (20). Studier visar att föräldrar kan utsätta sina barn för sin stigmatiserade syn på övervikt. Det kan leda till negativa konsekvenser för barnet i problem som yttrar sig både psykologiskt i form av isolering och fysiologiskt i form av stress (19).



I litteraturöversikten *Family-Based Interventions for Pediatric Obesity: Methodological and Conceptual Challenges From Family Psychology* (Kitzmann & Beech, 2006) sammanfattas 31 familjebehandlingar av övervikt (5). Framförallt skiljer sig behandlingar åt i hur mycket föräldrarna förväntas delta. Vid några av behandlingarna räckte föräldrarnas närvaro vid utbildning av mat- och motionsvanor. Andra behandlingar kräver mer av föräldrarna, som vid de behandlingar där fokus ligger på familjesituationen och på familjemedlemmarnas beteende mot varandra. Studier har visat goda resultat för familjebehandlingar, men föräldrarnas deltagande behöver inte vara positivt (5). Framförallt hos yngre barn finns goda skäl till att föräldrarna deltar i behandlingen (9). Oavsett ålder är föräldrarnas stöttning viktig för att behandlingen skall ge resultat (21). Föräldrarnas närvaro är särskilt viktig i de fall barnet behöver göra beteendeförändringar. Där ökar deras chans att lyckas eftersom att även föräldrarna ändrar sina beteenden (22, 23). Det leder ofta till att både barnets och föräldrarnas vikt påverkas (5). Förutom deltagande är motivationen viktig för att behandlingen skall lyckas (16).

I litteraturöversikten *Family in pediatric obesity management: A literature review* (Nowicka & Flodmark, 2008) jämförs åtta olika familjebehandlingars upplägg och innehåll (15). Hur många träffar som är lämpligt vid familjebehandling av övervikt diskuteras och i genomsnitt hade behandlingarna 3,8 träffar. Slutsatsen var att redan ett fåtal träffar ger signifikant resultat i viktminskning (15). Samtidigt visar andra studier att barns viktminskning korrelerar med antal träffar som behandlingen ger (5). Även längden på behandlingarna varierar och ju längre behandlingen sträcker sig, desto större andel av deltagarna hoppar av. Att hålla behandlingen kort kan därför vara bra för att inte riskera ett stort avhopp under behandlingstiden. Vid familjebehandlingar är deltagarnas ålder och vardagsschema faktorer som ökar risken för avhopp visar studien *Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment* (Epstein, Paluch, Roemmich & Beecher 2007) (24). Visserligen har denna studie en svaghet att man inte tar hänsyn till deltagarnas ekonomi. I välbärgade familjer finns större möjligheter att barnen engageras i många fritidsaktiviteter, vilket kan försvåra ett deltagande i behandling (24). I andra studier diskuteras barnens ålder och hur den påverkar behandlingseffekten. Resultaten visar att det bästa åldersspannet att sätta in behandling hos barn är i åldrarna 5 till 12 år (15).

### **1.3 Behandling i grupp**

Det förekommer även gruppbehandlingar för barn med övervikt, både med och utan föräldrar (25). Vid gruppbehandling kan typ av behandlingsmetod variera och ofta kan metoden vara diffus, eftersom ett stort fokus ligger på att behandlingen sker i grupp (2). Även antalet individer som deltar varierar, men överviktsbehandling i grupp med beteendeförändring har oftast åtta till tolv deltagare (26).

Att behandla i grupp kan både vara praktiskt och kostnadseffektivt då flera individer samlas för att få standardråd och information (2, 26). För deltagarna finns många fördelar med gruppbehandling. Förutom ökad fysisk aktivitet och viktminskning kan deltagarna även få ett starkt socialt stöd av varandra och dessutom känna samhörighet (18). Många barn med övervikt upplever ett utanförskap och en anledning till det kan vara att övervikt är stigmatiserat i vårt samhälle. Den allmänna uppfattningen är att

övervikten är ett resultat av individens livsstil och därmed självförvållat. Stigmatiseringen kan leda till fysisk och psykisk mobbing vilket kan resultera i utanförskap och social isolering. Även barnen själva kan vara färgade av denna stigmatisering och själva se ner på både sig själv, och andra, med övervikt. Det är dessvärre svårt att reducera denna stigmatisering av övervikt hos barn, även om försök har gjorts genom att undervisa om överviktens orsaker i skolor (19). Det vara bra att belysa för barnen i behandlingsgruppen att övervikt både är arvs- och miljörelaterad (9, 19). Det skulle kunna ge dem en större förståelse för känslan av ett eventuellt utanförskap (19). Utöver gemenskap med övriga i gruppen kan gruppbehandling ge barnen ett ökat självförtroende. Exempelvis har gruppbehandling lett till att barn vågar prova på aktiviteter som de tidigare inte vågat, som till exempel att prova på olika idrotter och smaka på nya maträtter (18).

För barn har gruppbehandling visat sig vara lika bra eller bättre än individuell behandling (27, 28). En fördel med gruppbehandling jämfört med individuell behandling är att viktminskningen varar längre efter avslutad behandling (26). Det är viktig hur gruppen ser ut och hur den sätts samman för att behandlingen skall fungera. Om hänsyn tas till kön, ålder och social bakgrund ger behandlingen bättre resultat (2). Nackdelar med gruppbehandling är att det är svårt att ge patienterna individuella råd (26). Dessutom fungerar behandlingsformen inte för alla. Exempelvis är det mindre sannolikt att individer med extrem övervikt får hjälp med denna behandlingsform (2).

#### **1.4 Hur behandling upplevs**

Genom upplevelser kommer individer i kontakt med omgivningen vilket ger kunskap om omvärlden. Upplevelser värderas på ett känslomässigt plan utan att individen reflekterar över det. Tack vare upplevelser kan individen förstå omgivningen (29). Vid behandlingar påverkas därför upplevelsen av individens tidigare erfarenheter från vården. Även hur individens omgivning ser på behandlingen påverkar individens upplevelse av den (30). Hur de nära relationerna ser ut kan påverka upplevelsen. Forskning visar att människor som är ensamma kan uppleva en behandling positivt tack vare den sociala funktion som vårdpersonalen fyller (31). Individens inställning till sin diagnos påverkar också upplevelsen. Tas diagnosen på allvar kan motivationen att påbörja en behandling öka. Samtidigt kan kostrelaterade sjukdomar resultera i en känsla av skuld över diagnosen. Det kan resultera i att individen inte vågar söka hjälp för att få behandling, eller att påbörjad behandlingen inte fullföljs. Vid dessa kostrelaterade sjukdomar blir det lättare att fullfölja ett behandlingsprogram om individen själv är redo att göra förändringar (32). Antal behandlingstillfällen under behandlingen verkar inte påverka upplevelsen (31). När behandlingen är färdig och avslutats kan individen uppleva ett tomrum (30).

##### **1.4.1 Upplevelsen av att behandlas med familj**

Studier av hur föräldrar och barn upplever genomförd familjebehandling visar att det dels finns de som upplever föräldrarnas deltagande positivt dels de som upplever det negativt (18, 21). Föräldrar och barns upplevelse av samma behandling skiljer sig åt. De har ofta olika förväntningar på behandlingen där föräldrarna tenderar att fokusera mer på beteende och mental hälsa medan barnen fokuserar på sin vikt (21).

Familjebehandling kan leda till att familjerelationerna påverkas positivt (30). Relationerna spelar också in i barnens motivation där barnen oftare är motiverade om föräldrar och dessutom vårdpersonal också är det (21). En fungerande behandling kan i sin tur leda till ökad självkänsla hos de deltagande barnen (15).

#### **1.4.2 Upplevelsen av att behandlas i grupp**

En positiv faktor vid behandling i grupp är att barnen kan umgås med andra barn utan att sticka ut på grund av övervikten (21, 33). Individerna kan även känna en lättnad när de inser att de inte är ensamma om att ha övervikt och känna samhörighet med andra i samma situation (18). Det kan vara roligt att utföra fysisk aktivitet med andra som har samma diagnos. Dessutom kan de få uppleva lagsammanhållning (34). Genom att göra övningar de inte vågat i andra sammanhang kan barnen få bättre kroppsuppfattning (33). Stärkt självkänsla är något annat som barn uppvisat efter deltagande i gruppbehandling (18). Det finns dock fall där gruppbehandling upplevs negativt, till exempel om känslan av samhörighet saknas (2).

#### **1.4.3 Vårdpersonalens inverkan på behandlingens upplevelse**

Dietistens kompetens om kostbehandling kan vara värdefull vid behandling av övervikt (7). Om det dessutom finns vårdpersonal från olika yrkeskategorier kan patienten erbjudas hjälp i olika områden (34). Det är viktigt med en bra relation mellan vårdpersonal och patient för att behandlingen skall lyckas (21). Framförallt är det viktigt att vårdpersonalen tror på patienten (2). Vårdpersonal utgör också en del i det totala familjestödet som familjen får under hela behandlingens gång, vilket ger bättre chanser att minska i vikt (5). Individier med övervikt kan ha negativa erfarenheter från vården. De kan ha fått erfara dåligt bemötande och diskriminering vilket resulterat i att de har negativa förväntningar på behandlingen. Som vårdpersonal kan det vara bra att vara medveten om detta (35).

### **1.5 Behandlingen**

En överviktsbehandling med kombinerad familje- och gruppbehandling mot övervikt för barn är framtagen vid en barnöverviktsenhet i södra Sverige. Istället för att behandla enskilda familjer vid övervikt hos barn behandlades flera familjer samtidigt. Det ger dem en möjlighet att byta erfarenheter med varandra. Först var behandlingen en randomiserad kontrollerad studie och då den fungerade bra fortsatte den som behandlingsmetod. Målet med behandlingen är att deltagarna skall lära sig att hålla en hälsosam livsstil och själva öka inflytandet över sin vikt. Dessutom kan denna kombinerade behandlingsform bidra till att ge förbättrad livskvalitet, sunda kostvanor och ökad fysisk aktivitet (2).

Behandlingen är utvecklad och anpassad för barn i åldrarna 12 till 19 år och deras föräldrar. Kriterier för att delta i behandlingen är att barnen utöver sin övervikt skall vara friska, kunna svenska och ha minst en närvarande förälder vid behandlingen. Det är också en fördel om barnen känner sig bekväma att prata i grupp. För att få en lämplig gruppstorlek rekommenderas att åtta till tio familjer deltar vid samma tillfälle.

Grupperna delas inte in efter barnens kön för att få en blandad fördelning av pojkar och flickor. Däremot rekommenderas att dela in barnen efter ålder för att de skall få ut så mycket som möjligt av varandra i diskussioner. Totalt träffas deltagarna vid fyra träffar under ett år med tre till fyra månader mellan varje träff (2).

Behandlingen är en kombination av familjeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi, där fokus ligger på lösningar och målsättningar. Deltagarna får teoretisk undervisning i bland annat kost och fysisk aktivitet. I undervisningen ingår även gruppdiskussioner, hemuppgifter och föräldrasamtal. De lär sig även förändringsarbete i familjen och diskuterar familjemedlemmarnas roller (2, 5). De pratar om vad som är fungerande i vardagen, hur de skall hantera semestertider och hur de skall gå vidare utan stödet från behandlingsgruppen. Även praktiska moment ingår med exempelvis provsmakning av mat och fysiska övningar (2).

Under behandlingen utvärderas barnens vikt, mat- och fysiska aktivitetsvanor. De får svara på enkäter om sin upplevda självkänsla och på hur de upplevde behandlingen (2).

Behandlingen är utformad för att kunna användas i olika sammanhang. Totalt behövs tre personal för att kunna genomföra behandlingen då gruppen skall kunna delas in i tre mindre grupper vid träffarna. Här har dietisten en viktig roll med sin kunskap om kost och behandling vid nutritionsrelaterade sjukdomar (7).

Den totala kompetensen bör omfatta barnmedicin, psykologi, kost, fysisk aktivitet och kunskap om behandling av fetma (2). Exempelvis kan behandlingsteamet bestå av barnläkare, undersköterska, dietist, barnsjukgymnast och psykolog (36).

## **1.5.1 Behandlingens upplägg**

### *1.5.1.1 Första mötet*

Vid det första mötet får deltagarna träffa personalen som de kommer att vara i kontakt med under behandlingen. De får information om hur behandlingen går till och de diskuterar övervikt. Familjerna delas in i två grupper, där den första gruppen får information om fysisk aktivitet och provsmaka mineralvatten med olika smaker. I den andra gruppen tas barnens vikt och längd och de får svara på en enkät om sin självuppfattning (2).

### *1.5.1.2 Andra mötet*

Vid nästa möte pratar de om kost, fysisk aktivitet och om hur det har gått sedan det senaste mötet. De delas in i grupper med barnen i en grupp och föräldrarna i en annan grupp. Barnen får vara med i en frågesport om kost och fysisk aktivitet och provsmaka ost och bröd. I föräldragruppen diskuteras förväntningar på behandlingen och de får vara med i en frågesport om kost och fysisk aktivitet. Även denna gång mäts och vägs barnen och de får dessutom göra en kostregistrering (2).

### *1.5.1.3 Tredje mötet*

Under detta möte pratar personalen med familjerna om vad som hänt sedan de träffades senast och de pratar om den kommande sommaren. I en barngrupp diskuteras sund kost samt olika val av glass och pålägg. I föräldragruppen pratar de om relationer och om hur de kan stötta barnen. Barnen vägs och mäts och de får delta i en frågesport om mat och motion (2).

### *1.5.1.4 Fjärde mötet*

Under detta sista möte pratar de om hur de skall gå vidare utan behandlingen. Deltagarna sammanfattar de goda förändringarna de upplever och de får information om hur de skall hitta nya idéer till kost och fysisk aktivitet. Vid gruppindelning får ena gruppen delta i ett grupparbete om sund kost och de pratar även om fysisk aktivitet. I den andra gruppen vägs och mäts barnen och de får svara på enkäter om självuppfattning (2).

## **1.6 Ett tomrum i forskningen**

Forskning visar att både familje- och gruppbaserad behandling kan ge bra behandlingsresultat vid överviktsbehandling för barn (24, 33). Dessutom visar forskning att båda dessa behandlingstyper kan upplevas positivt av barnen (15, 33). Det finns en behandlingsmodell som kombinerat familje- och gruppbehandling. Den har gett goda resultat vid överviktsbehandling hos barn (2). Det saknas studier på hur barn upplever denna behandlingsmodell. Inför framtida behandlingar av barn med övervikt och i utvecklingen av denna kombinerade familje- och gruppbehandling mot övervikt för barn vore det intressant att ta reda på det.

## **2. SYFTE**

Syftet är att ta reda på hur barn som genomgått denna kombinerade familje- och gruppbehandling mot övervikt upplever behandlingsformen.

### **2.1 Mer specifika frågeställningar**

- Hur de upplever behandling med föräldrarnas deltagande?
- Hur de upplever behandling i grupp?
- Hur de upplever behandlingens innehåll och struktur?

### 3. METOD

Eftersom denna undersökning syftar till att få information relaterad till känslor och upplevelse har kvalitativ forskningsmetod använts (37). För att ta reda på informanternas upplevelse har hermeneutisk tolkning använts, då det är en metod som används i sökande på förståelse. Hermeneutisk tolkning användes ursprungligen vid tolkning av texter men kan också användas vid tolkning av både tal och handlande och lämpar sig därför vid intervjuer. Genom att höra efter hur barnen upplevde behandlingen och följa deras resonemang söktes svar på undersökningens syfte och frågeställningar (38).

Arbetet har följt den arbetsgång som *Steinar Kvale* tar upp i sin bok *Den kvalitativa forskningsintervjun* från 1997 (38). Han delar in intervjuundersökningen i sju steg, från det att arbetet påbörjas till att det rapporteras. Nedan presenteras hur dessa sju steg tillämpats i detta arbete.

#### 3.1 Steg 1. Tematisering

Det första steget är *tematisering* där undersökningens syfte och innehåll klargörs genom att läsa in sig på ämnet och den valda forskningsprocessen (38). Här inleddes arbetet med en litteraturstudie. Litteratur lånades om den kvalitativa forskningsprocessen och övrigt användes litteratur som rekommenderas på dietistprogrammet vid Uppsala universitet. Vetenskapliga artiklar söktes på *PubMed* och *PsycArticles*. De sökord som användes var *obesity, overweight, family, group, pediatric, behavior, treatment, children, therapy, satisfaction, perception, experience, qualitative, stigma, parenting* och *norm*.

Litteratursökningen med följande instudering gav kunskap i ämnet och efter det formulerades 1. *Introduktion* och 2. *Syfte*.

#### 3.2 Steg 2. Planering

Detta steg handlar om undersökningens planering och Kvale nämner att det är en fördel att förbereda forskningsprocessens senare stadier tidigt, vilket eftersträvades i denna undersökning.

Kontakt togs med ett sjukhus i mellersta Sverige som använder behandling efter denna kombinerade modell. Dietisten vid behandlingsteamet kontaktades och efter telefonsamtal och möte beslutades att undersökningen skulle genomföras. Dessutom beslutades att låta intervjuerna äga rum i sjukhusets lokaler.

Efter inläsning i litteraturen utformades informationsmaterial. Extra hänsyn till etik togs vid utformning av *följebrev* (se bilaga 1), *målsmans tillstånd* (se bilaga 2) och *informerat samtycke* (se bilaga 3). Till *intervjuguiden* (se bilaga 5) utformades frågor utifrån undersökningens syfte och de mer specifika frågeställningarna *att behandlas i efter denna behandlingsform, att behandlas med familjen* och *att behandlas i grupp*.

### 3.2.1 Informanter

Informanterna hade samtliga erfarenhet av kombinerad familje- och gruppbehandling mot övervikt vid det sjukhus där undersökningen gjordes. De var totalt sex stycken i åldrarna 10 till 17 år. Under den tid de gick i behandlingen var de mellan 9 och 14 år. Av informanterna var fyra flickor och två pojkar. Urvalet av informanter gjordes av undersköterskorna och dietisten vid behandlingsteamet för behandlingen. De gav vid 4 tillfällen totalt 15 kontaktuppgifter till barn som deltagit i deras behandling. Samtliga kontaktuppgifter var till barn som ansågs lämpliga att delta och som inte hade valts bort av medicinska skäl.

Samtliga 15 informanter fick följebrev (se bilaga 1) hemskickat med posten. En vecka efter att följebreven skickats, hade 1 anmält intresse för att delta i en intervju. Övriga informanter blev uppringda och tillfrågade om de var intresserade av att delta, där 2 inte gick att nå. Av barnen avböjde 3 deltagande direkt. Totalt anmälde 10 intresse att delta varav 4 ångrade sig och totalt genomfördes 6 intervjuer. *Jan Hartman*, doktor i filosofi, skriver att tillförandet av nya intervjudeltagare först skall upphöra när en mättnad uppnåtts och ytterligare intervjuer inte tillför något till nytt till resultatet (39). Vid den sjätte intervjun togs inga nya ämnen upp. Då undersökningens syfte dessutom hade besvarats gjordes inga fler intervjuer.

För att kunna jämföra olika platser där en kombinerad familje- och gruppbehandling genomförts, kontaktades två vårdinrättningar till som använt sig av detta koncept. Den ena avböjde deltagande på grund av att deras behandling lagts ner. De var således inte intresserade av att vara med i undersökningen. Det andra stället hade också använt sig av ett liknande koncept med överviktsbehandling i grupp och med familjen. De valdes bort från undersökningen då analysarbetet redan var färdigt när kontakt togs.

### 3.3 Steg 3. Intervjuandet

För att testa intervjusituationen gjordes två pilotintervjuer. De gav chans att utvärdera intervjuguiden (se bilaga 5) och de bilder som relaterade till behandlingen och var tänkta att ha med under intervjuerna. Den första intervjun gjordes med en vuxen individ som fiktivt svarade på frågorna. Efter den utvärderades bilderna och intervjuguiden där en fråga justerades. Den andra pilotintervjun gjordes under samma förutsättningar som vid de tänkta intervjuerna med en informant, som deltagit i den kombinerade familje- och gruppbehandling vid sjukhuset och i lokalen som intervjuerna skulle ta plats. Efter en utvärdering av pilotintervjun justerades ett ord i intervjuguiden, då informanten inte kände till ordets innebörd. Inga frågor behövde tas bort eller läggas till då samtalet flöt på bra med intervjuguiden som stöd. Då samtalet flöt på utan bilderna beslöts att de inte skulle vara med under intervjuerna. Pilotintervjun tog 45 minuter och då tiden var uppskattad till en timme i följebrevet (se bilaga 1) justerades det inför utskick som gjordes efter pilotintervjun. Då pilotintervjun gav värdefull information beslöts att ha den med i undersökningen.

Den svenske professorn i sociologi, *Jan Trost*, avråder från att intervjua flera individer samtidigt. Grupprocesser kan leda till att endast några få ur gruppen pratar och därför beslutades att göra enskilda intervjuer (40). Av intervjuerna ägde tre rum i sjukhusets lokaler. Intervjuaren träffade informanterna i ett väntrum och intervjuerna

hölls i ett konferensrum intill sjukhusets bibliotek. Då inte samtliga informanter inte kunde ta sig till sjukhuset lokaler genomfördes två intervjuer med videosamtal över *Skype*, som är en IP-telefonitjänst, och en intervju över telefon. Intervjuerna inleddes med att intervjuare läste upp en standardiserad presentation av undersökningens syfte samt de forskningsetiska grundprinciperna (se bilaga 4). Enligt Kvale skall intervjuer utföras enligt en plan. Här fanns en intervjuguide (se bilaga 5) med vid intervjun som stöd då samtalet tystnade och intervjuerna var således halvstrukturerade. Kvale nämner att halvstrukturerade intervjuer är ett bra sätt för att både komma närmare och förstå individers *livsvärld*. I denna undersökning var det ett bra sätt för att få information om hur informanterna upplevde behandlingen (38). Intervjun följde principen *omvänd tratteknik* och samtalet inleddes med konkret fråga. När samtalet kommit igång ställdes mer generella frågor. Att använda omvänd tratteknik var bra för att snabbt inleda samtalet och därefter få ett bra samtalsflyt. Efter varje intervju utvärderades de teoretiska idéer som kommit upp. Beslut togs om idéerna skulle tas upp i kommande intervju för att pröva dess relevans och eventuellt vidareutveckla. Detta är i enlighet med så kallad *interaktiv induktion* där analysarbetet effektiviseras genom att styra datainsamlandet (39). Samtidigt läts informanterna i möjligaste mån styra samtalet.

När intervjuaren slog på bandspelaren började intervjun. Bandspelaren användes för att antecknande inte skulle störa intervjus flöde och samspelet mellan intervjuare och informant (40, 38). Vid de tillfällen där intervjuaren var osäker på om svaren uppfattats rätt bads om ett förtydligande. Varje intervju tog ca 45 minuter och innan bandspelaren slogs av, blev informanterna tillfrågade om de ville tillägga något. För att komma ihåg sådant som inte kommer med på band, exempelvis helhetsintryck, blickar och gester skrevs minnesanteckningar ned direkt efter intervjun (40). Detta var inte möjligt att göra för den intervju som skett över telefon. Även de tolkningar av intervjun som gjordes under intervjutillfället noterades (38).

### **3.3.1 Att intervju barn**

Uppsatsförfattaren gjorde sin verksamhetsförlagda utbildning på Uppsala Akademiska Barnsjukhus. Denna erfarenhet av att prata med barn bidrog till att intervjuförfarande i denna undersökning kändes avslappnat. Detta bidrog till att även känsliga ämnen kunde beröras under intervjuerna.

Enligt vetenskapsrådets CODEX med regler och riktlinjer vid forskning rekommenderas att särskilt hänsyn tas när undersökningar involverar barn. Av denna anledning gjordes utformningen av intervjuguiden (se bilaga 5) med försiktighet för att frågorna inte skulle påverka barnet negativt. Intervjuare var även noggrann med att få barnens godkännande före intervjuernas start (41). Under intervjuerna var intervjuare försiktig för att frågor inte skulle leda till negativa tankar och insikter (40).

### **3.4 Steg 4. Utskrift**

Detta steg handlar om det arbetet som görs för att få ned det talade ordet i skrift och kunna göra en analys (38). För intervjuer sker det genom transkribering och här togs både det som spelats in på band och egna noteringar från intervjutillfällena med (37).



För att återge alla aspekter av intervjun skrevs även betoningar, röststyrka, pauser och skratt ned. Även de anteckningar som intervjuaren gjorde direkt efter intervjun med beskrivningar om helhetsintryck, blickar och gester skrev ned (40). Enligt Kvale är intervjun ett samspel mellan två individer och därför beskrevs hur samspelet mellan intervjuare och informant gått (38). Detta resulterade i manus om drygt tio sidor från varje intervjutillfälle som sparades på ett USB och hölls åtkomligt endast för intervjuaren.

### 3.5 Steg 5. Analys

Vid analys av intervju kan hermeneutisk tolkning användas, även om denna tolkningsmetod är vanligare att använda vid tolkning av texter. Här gjordes tolkningen både under intervjutillfället, som ju är skapandet av texten, och vid texttolkningen. Kvale refererar till den tyske professorn i vetenskapsfilosofi *Gerard Radnitzky* som förklarar hur hermeneutisk tolkning kan genomföras. Det finns enligt honom sju olika principer att använda där den första principen är den *hermeneutiska cirkeln*. Det innebär att tolkningen går fram och tillbaka mellan helheten till helhetens delar. Arbetet går på detta vis runt som i en cirkel (38). Så gjordes även i denna undersökning. Redan under intervjuandet utkristalliserades kategorier som skrevs ner efter intervjun. Dessa skrevs sedan ihop med den transkriberade intervjun till ett manus. Detta manus lästes igenom för att få en allmän förståelse. Vid en andra genomläsning framträdde textstycken som delade in intervjun i olika övergripande kategorier. Varje kategori tilldelades en färg och med hjälp av överstrykningspennor sorterades textstycken in olika kategorier. Dessa textstycken koncentrerades ytterligare ner och totalt kunde sju underkategorier urskiljas från de sex intervjuerna (37). Enligt Radnitzkys princip fanns dessa underkategorier i åtanke när intervjutexterna lästes om på nytt vilket gav en ny förståelse för textens helhet (38). I enlighet med Radnitzkys andra princip avslutades genomläsningarna när en rimlig slutsats av analysarbetet gjorts och inga fler kategorier, underkategorier eller logiska motsägelser kunde hittas (38, 37). Den tredje principen handlar om att de olika underkategorierna skall vara relevanta i det stora sammanhanget. Därför jämfördes dem med hela intervjutexten. Enligt Kvale skall underkategorierna även vara relevanta för undersökningens syfte, vilket fanns i åtanke under analysarbetet (38). Radnitzkys fjärde princip handlar om att tolkningen skall hållas till informanternas uttalanden och en förståelse för individen skall hittas genom dessa. Det uppnåddes genom att läsa igenom texterna många gånger. En femte princip berör intervjuarens kunskap om ämnet vilket grundlades genom en omfattande instudering av ämnet innan undersökningen började. Radnitzkys sjätte princip handlar om att som intervjuare vara medveten om sin påverkan i tolkningen (38). Denna syn delar han med den tyske professorn i filosofi *Hans-Georg Gadamer* som menar att en individs, i detta fall intervjuarens, förkunskap och fördomar påverkar tolkningen av både språk och texter (42). I denna undersökning eftersträvade intervjuaren att vara objektiv för att minimera att påverka informanterna vid intervjutillfället. Den sista principen som Radnitzky tar upp är hur intervjun är en källa till ny information och större förståelse (38). Intervjuaren kan under analysarbetet få insikt som kan leda till en större förståelse för både sig själv och för informanterna (37).

### 3.6 Steg 6. Verifiering

I detta steg diskuteras huruvida resultat samt analys och tolkning håller för kritisk granskning (40). Under samtliga sju steg av arbetsprocessen har hänsyn tagits till reliabilitet, validitet, trovärdighet och generaliserbarhet. Se 6.3 *Metoddiskussion*.

### 3.7 Steg 7. Rapportering

Detta steg handlar om hur resultatet av undersökningen rapporteras. Under analysen av intervjuerna framträdde sju olika underkategorier och dessa presenteras i text, se 4. *Resultat* och 5. *Diskussion*. I rapporten har även etiska aspekter tagits i beaktning (38).

#### 3.7.1 Arbetet i relation till de forskningsetiska principerna

Kvale tar upp etiska aspekter under samtliga steg av forskningsprocessen. Vid det första steget, *tematiseringen*, ställdes frågan om den mänskliga situationen förbättras genom syftet med undersökningen. Här kommer arbetets resultat att delges den behandlingsplats där intervjuundersökningarna tog plats (38). Detta för att eventuellt ligga till grund för en utvärdering och utveckling av behandlingsmodellen. I det andra steget, *planeringen*, togs hänsyn till de fyra forskningsetiska grundprinciperna med *informationskrav, nyttjandekrav, samtyckeskrav och konfidentialitetskrav* (41). Vid utskick av följebrevet (se bilaga 1) till informanterna fick de information om intervjuerna och syftet med undersökningen. De fick även informationen att deltagandet var frivilligt, att samtliga uppgifter skulle behandlas konfidentiellt och att data som identifierar deltagaren inte skulle redovisas. De fick även veta att insamlad data endast skulle användas till denna undersökning samt att intervjuaren hade tystnadsplikt. För individer under 15 år behövs målsmans tillstånd för att de skall kunna delta (41). Av denna anledning blev föräldrar först tillfrågade och efter deras medgivande tillfrågades barnen. Genom att skriva under målsmans tillstånd (se bilaga 2) eller ge det muntligen gav föräldrarna samtycke till barnens deltagande. Vid det tredje steget, *intervjun*, fick informanterna höra den informationen som stod i följebrevet muntligt. Därefter fick de antingen muntligen eller skriftligen ge informerat samtycke (se bilaga 3) (40, 38). Vid det fjärde steget *utskrift* har citat redigeras med anledning av *konfidentialitetskravet*, för att informanterna inte skall kunna identifieras, se 5. *Resultat* (41, 38). Under det femte steget *analysen* har informanterna inte kunnat påverka tolkningen av sina uttalanden, vilket är en svaghet i detta arbete. En annan svaghet ur etisk aspekt gentemot behandlingsplatsen är det sjunde stadiet *rapportering*, då behandlingsplatsens namn uppgetts och inte behandlats konfidentiellt (38).

#### 3.7.2 Redovisning av resurser

Kostnaden för undersökningen var de följebrev (se bilaga 1) med porto som skickades ut och de biobiljetter som informanterna erhöll som tack för deltagandet i intervjuerna. Det uppgick i en kostnad av totalt SEK 800.

## 4. RESULTAT

De underkategorier som kom fram under intervjuerna och analysen var *"föräldrarna ger trygghet och stöd"*, *"bättre familjerelationer"*, *"i gruppen är man inte ensam"*, *"större självförtroende"*, *"en känsla av skam"*, *"konkreta tips underlättar"* och *"större kunskap om mat- och motion"*.

### 4.1 Hur de upplever behandling med föräldrarnas deltagande

#### 4.1.1 Föräldrarna ger trygghet och stöd

Av samtliga sex informanter hade tre båda föräldrarna med vid behandlingen. I dessa familjer fanns engagemang även vid de tillfällen då endast en av föräldrarna kunde delta. Den förälder som kunde gå på träffen fick i efterhand hemma återberätta vad de hade gått igenom under träffen. Övriga tre informanter hade enbart mamman med. Just mammans närvaro uttryckte två av informanterna var viktigt. Att ha minst en förälder närvarande vid behandling uttryckte samtliga informanter var av stor vikt. Även om föräldrarnas närvaro under behandlingen upplevdes som viktigt, verkade det inte som att de umgicks med dem under träffarna. Snarare var det en trygghet att de var med för att inte behöva gå på behandlingen ensam.

*"Så att det var för familjen liksom för att kunna stödja varandra och hjälpa till. [paus] Jag skulle inte vilja gå själv" (Informant 2)*

Fyra av informanterna nämnde att denna yttre påverkan var viktig och att den inre motivationen infann sig först efter att behandlingen påbörjats. Det var också denna inre motivation som var viktigast för att genomföra beteendeförändringar.

Föräldrarnas deltagande var avgörande för att informanterna skulle våga börja med behandlingen. Deras stöd var viktigt för att kunna genomföra beteendeändringar och för att hålla motivationen uppe. Fyra av informanterna verkade uppleva att föräldrarnas stöd var viktigare än gruppstödet

*"Det var roligt för då lär ju sig familjen och alla familjemedlemmar hur de ska göra och så och på vad man ska tänka på och så. Det gör nog att vi barn också ska bli motiverade och vilja" (Informant 1)*

Informanterna berättar att de tillsammans med föräldrarna aktivt arbetade för att ändra sina vanor. Samtidigt verkade det som att varken informanter eller föräldrar läste de informationspapper som de fick vid behandlingen. Endast en av informanterna berättade att de tillsammans med föräldrarna läste igenom dessa mellan träffarna.

Övriga familjemedlemmar verkade inte visa samma stöd som föräldrarna. Syskon verkade varken stötta eller bry sig om informanternas problematik eller behandling. Detta verkar inte störa informanterna som inte uttryckte något missnöje över det.

### 4.1.2 Bättre familjerelationer

Informanterna uttryckte att de fått bättre familjerelationer efter att de börjat i den kombinerad familje- och gruppbehandlingen. De pratar mer med varandra och har en bättre kommunikation. De hittar även på mer saker tillsammans, både vardagar och lediga dagar. Två av informanterna formulerade själva ordet *familjerelation* och övriga uttryckte det på annat sätt. Det framkom tydligt att familjen inte enbart ändrat sitt förhållningssätt till mat och motion utan även till varandra.

*”Säger man familjerelation?” (Informant 1).*

*”Ja” (Intervjuare).*

*”Den har typ så här blivit bättre. Vi hittar på mer saker tillsammans” (Informant 1).*

Informant 1 berättade vidare att familjen hittade på olika sorters aktiviteter med bland annat båtturer, biobesök och sällskapsspel. Informant 4 berättade att familjen om kvällarna nuförtiden tog kvällspromenader vilket var en förändring från tidigare.

Att relationen blivit bättre vittnade även föräldrarna om vid de tillfällen som intervjuaren pratade med dem inför intervjuerna. De berättade att de kommunicerar mer med barnen och att stämningen hemma blivit mer positiv.

## 4.2 Hur de upplever behandling i grupp

Hur gruppen såg ut kommenterade samtliga informanter och de uttryckte att gruppens storlek var bra med ca tio deltagande barn. Informant 4 tyckte att storleken var bra och att de helst inte borde vara större grupper då det kunde resultera i att fokus gick från behandlingen till att titta runt på de andra.

Informanterna berättade att könsfördelningen inte spelar någon roll i en grupp. Informant 3 nämnde att det skulle vara att föredra att inte vara helt ensamma av sitt kön, men att det inte var viktigt.

### 4.2.1 I gruppen är man inte ensam

Informanterna uttryckte en lättnad över att inte vara ensamma med övervikt. Vid behandlingens träffar kunde de vara som vilka barn och ungdomar som helst och slappna av. De kunde också utbyta erfarenheter och känna samhörighet i den problematik som de tampas med i vardagen. Gruppen var av denna anledning en stor orsak till att de ville fortsätta med behandlingen.

*”Det har känts skönt att inte jag är den enda liksom” (Informant 2).*

Informant 2 nämnde att det vid slutet av behandlingen anordnats ett gympapass för barnen som deltagit i behandlingen. Detta pass upplevdes som behandlingens höjdpunkt där behandlingsdeltagarna tillsammans utövade fysisk aktivitet. I detta sammanhang upplevdes det positivt att inte vara ensam om övervikten och att tillsammans med andra bara fokusera på aktiviteten och att ha roligt.

Det ointresse som fyra av informanterna uttryckte att de kände vid behandlingens början försvann allteftersom behandlingen fortskred. Gruppens samvaro bidrog till att de ville fortsätta med behandlingen vilket framkommer i citatet nedan.

*”/.../först så ville jag inte för att jag tyckte att det var jobbigt, men sen så när jag väl fick alla tips och sånt där och så träffade jag lite nya vänner, sådant där så tyckte jag att det var kul, då ville jag fortsätta liksom” (Informant 4).*

Informanterna 3 och 5 uttryckte en särskilt stor gruppsamhörighet och riktigt sken upp när de pratade om ämnet. För dem var det av stor vikt att behandlingen fortsätter med konceptet att vara i grupp. Det var den största anledningen till att de gick på behandlingen eftersom de hade så roligt under träffarna. De berättade att de lärde känna varandra bra i gruppen, trots att de endast var fyra träffar. Informant 3 berättade att alla i gruppen var intressanta och att alla bidrog till en god stämning. Inte alla upplevde denna gemenskap. Informant 2 berättade att det i dennes fall främst berodde på den egna blygheten och inte på gruppen. Trots denna avsaknad av gemenskap uppskattade informant 2 gruppen och upplevde inte något utanförskap. Informant 6 berättade att ålderskillnaden i gruppen var stor och att detta var anledningen till att ingen kontakt hållits efter behandlingen. Vid frågan om informanten hade sett en annan åldersfördelning i gruppen var svaret klart nej då det skulle upplevas pinsamt om någon som kunde kännas igen var där.

Av informanterna berättade fyra att de har hållit kontakt med andra deltagare efter genomförd behandling och numera umgås på fritiden. Samvaron med de andra var viktig för informanterna och detta poängterades av samtliga informanter många gånger under intervjuerna. Informant 4 efterlyste av denna anledning fler träffar med gruppen, för att i förlängningen träffa de andra i gruppen på fritiden. Det illustreras av informant 3 i citatet nedan.

*”Ja, man lär känna varandra och man kanske kan träffas i privatlivet också såhär och göra saker” (Informant 3).*

Denna längtan efter kontakt med andra barn och ungdomar framkom hos fem av informanterna. De uttryckte en längtan efter sällskap på fritiden.

#### 4.2.2 Större självförtroende

Av informanterna nämnde fem att de under behandlingens gång fått förändrad syn på den egna förmågan att påverka sitt beteende. Med de redskap de har fått genom behandlingen kan de hantera situationer där mat är iblandad och äta lagom mycket.

Genomgående uttryckte informanterna att de fått större självförtroende i att uttrycka sig i gruppsammanhang, såväl inom behandlingsgruppen som i andra grupsituationer. Av informanterna berättade två att de var blyga och att de tidigare inte var bekväma att vara i grupp. Även informant 5, som gav intryck av att vara självsäker vid intervju tillfället, berättade om ett ökat självförtroende.

*”Alltså, jag har blivit mer så här att jag pratar i en grupp och är mer så här självsäker, det var jag inte förut. Nu har jag blivit så här, när jag lär känna nya personer så är jag mer självsäker”*  
(Informant 5).

Självsäkerheten har bidragit till att samtliga informanter efter behandlingen känt sig redo att börja på fysiska aktiviteter på fritiden, i såväl gruppidrotter som individuella idrotter. Tre av informanterna berättade att de numera vågar vara med på aktiviteter på rasten i skolan.

#### 4.2.3 En känsla av skam

Även om fem av informanterna berättade att de var bekväma i att vara i gruppen, uttryckte fyra att det kunde vara pinsamt att prata om sina matvanor med de andra i gruppen. De verkade skämmas över hur de åt och uttryckte en önskan om att det skulle vara frivilligt att under behandlingen delge detta till de övriga i gruppen. Denna känsla av skam framkommer i citatet nedan.

*”Det var en gång man skulle skriva på tavlan vad man åt till lunch och frukost, det var pinsamt, jag tycker att om man vill säga, så får man det men om man inte vill så behöver man inte göra det”*  
(Informant 1).

Av senare intervju framkom att detta moment tagits bort från behandlingens träffar. Istället fick de diskutera huruvida angivna exempel var lämpliga eller inte.

Övervikten i sig skapade en känsla av skam hos informanterna och fem berättade att de ogärna pratar om övervikten utanför det närmaste nätverket. Att behöva behandlas mot övervikten framkom som en ännu större skam. Detta resulterade i att de inte berättade om sitt deltagande i behandlingen för vänner. Hos tre av informanterna hade de närmaste vännerna fått reda på behandlingen och informant 4 berättade att det var bra för att få stöttning.

*”Alltså mina närmaste vänner vet om det, men inte så många eftersom att jag tycker att det är ganska pinsamt att prata om, det är lite jobbigt, men vissa vet om det, de kan jag ändå lita på och de stöttar mig också” (Informant 4).*

I citatet nedan berättar informant 6 om att det är jobbigt att prata om behandlingen och ingen utanför familjen hade fått reda på behandlingen.

- *”Så du har inte berättat för andra att du gått” (Intervjuare).*
- *”Nej, det har jag inte gjort faktiskt, men alltså, jag vet inte, jag brukar inte berätta så mycket [skratt]. Det är ju bara pinsamt att snacka om sådant” (Informant 6).*
- *”Ah, vad är pinsamt?” (Intervjuare).*
- *”Jag vet inte, jag tycker bara det, det är såhär att jag går där, det är såhär som att det är något som var fel [tystnad]” (Informant 6).*

Informanten ville inte berätta för andra om behandlingen i rädsla av att andra ska tro att något var fel. Denna känsla av skam över att behöva behandlas gav fem av informanterna intryck av att bära på.

Eftersom behandlingen delvis skedde under skoltid behövde de vara frånvarande från skolan några timmar. Det verkar ha varit föräldrarna som berättade om barnens deltagande för läraren och övriga i klassen fick inte veta något.

### **4.3 Hur de upplever behandlingens innehåll och struktur**

Informanterna var nöjda med behandlingens antal träffar, samtidigt som de kunde se ett behov av ett par fler. Tiden mellan träffarna verkade bra, men två av informanterna uttryckte att tiden mellan träffarna var i längsta laget. Informanterna tyckte att åldern då de påbörjade behandlingen var bra och att det var bra att påbörja en överviktsbehandling före puberteten. Även om de inte verkar vilja prata öppet om att de deltagit i en behandling för just övervikt, skulle de rekommendera andra i samma situation att börja. Detta berättade två informanter att de gjort.

#### **4.3.1 Konkreta tips underlättar**

Informanterna uppskattade de konkreta tips de fick, som de enkelt kunde anamma till såväl vardag, helg som lov. Även powerpointpresentationer och de tillfällen när de fick testa olika livsmedel och aktiviteter, upplevdes som givande. Tre av informanterna tog upp att de under behandlingen fått lära sig om *kesella* och att de även fått provsmaka olika brödsorter. Nedan visas ett citat från informant 3 som uppskattade de konkreta tipsen.

*”Och jag tyckte de pratade bra för dom lade upp verkligen så här, ja den här tiden kan du äta det, ät kanske ett äpple liksom och den här ät inte för mycket den här tiden liksom. Lägg upp det. De verkligen lärde ut hur, eller inte hur, men vad och när och hur mycket liksom man ska äta. Jag tyckte de gjorde väldigt bra med det” (Informant 3).*

Den genomgången där barnen fick se exempel på lämpliga portionsstorlekar uppskattades och det var något som informanterna pratade varmt om. Informant 5 nämnde en hemläxa där barnen tilldelades en världsdel var för att på hemmaplan laga en måltid från samma världsdel. Både att laga maten och att senare ta del av vad de andra i gruppen hade lagat upplevdes som en rolig och inspirerande uppgift. Ett par av informanterna efterfrågade fler tips på bra mellanmål och snacks.

Två av informanterna pratade även varmt om det veckolånga sommarläger som anordnades vid Färsna 4H-gård. De uppskattade att vara ute och leka i skogen, laga mat på öppen eld och även att få bjuda in personalen från behandlingen på egenlagad måltid. Även fyra av de 13 kontaktade föräldrarna pratade varmt om detta läger. De uppskattade denna aktivitet tillsammans med det egna barnet och andra familjer.

Av informanterna uttryckte fem att det var tråkigt när genomgångarna var teoretiska och när de tog lång tid. En av informanterna beklagade sig över det långa häfte de fick fylla i vid första träffen där de skulle uppge information om den egna vardagen. Informanterna verkade ha svårt att sitta stilla länge och efterlyste fler praktiska moment vilket framkommer av citatet från informant 2 nedan.

*”Jag trodde att det inte skulle vara så kul och ibland var det rätt så tråkigt när de bara gick igenom hela tiden, men sen på slutet, eller sen blev det bättre, det blev roligare när det var så här, när det inte var teoretiskt, utan när vi gjorde saker” (Informant 2).*

Även behandlingspersonalens uppmuntran och stöd under behandlingen var av stor betydelse. Fem av informanterna nämnde personalen och att de gjorde behandlingen till något positivt. Informant 4 uttryckte också att det var positivt att ha personal från många olika yrkeskategorier.

*”/.../liksom läkaren, eller sjukgymnasten kan ju liksom varsin grej så då får man allt i ett och det är ganska bra faktiskt” (Informant 4).*

#### **4.3.2 Större kunskap om mat och motion**

Informanterna uttryckte att de inte hade några förväntningar före behandlingens början och tre uttryckte snarare en olust att gå. Trots detta fanns en medvetenhet om att en förändring behövdes för att stoppa en uppåtgående vikt. Ett scenario som både informant 1 och 3 nämnde var hur vikten förmodligen skulle fortsätta att vandra uppåt utan denna kombinerade behandling eller annan behandling. Först efter att de påbörjat



behandlingen hade motivationen infunnit sig. Samtliga intygade att behandlingen hjälpt dem till ett hälsosammare liv. De var nöjda med att behandlingens resultat och framförallt var de nöjda över att ha minskat i vikt, vilket informant 4 beskriver i citatet nedan.

*”/.../vi [kompisen och jag] har gått ner i vikt och det har blivit bättre liksom eftersom att vi liksom lever mer hälsosamt och vi har fått mer motion och sådant där och vi har gått ner i vikt så det är ganska skönt [skratt]” (Informant 4).*

Informanterna vittnar om hälsosammare vanor efter sitt deltagande i behandlingen. Samtliga nämnde att de förändrat sitt matbeteende och att de äter bättre nu än före behandlingen. Bland annat nämnde de att de har bättre matordning, att de äter mindre portioner, mer fullkorn och mer frukt. De nämnde även att de mer sällan dricker läsk, äter godis och andra söta produkter. Av de livsmedel de nämnde verkar det som att de i dagsläget väljer livsmedel med mindre fett och med bättre fettsammansättning än förr. Medvetenheten om maten gör att de både vet vilka val som är lämpligast och hur de ska hantera situationer där det blir svårt att följa rekommendationerna.

*”/.../jag äter mindre och så här mer bättre mat liksom. Att inte vara den där schnitzeln med potatis och sås för ofta liksom. Nu kanske man har så här någon enkel soppa liksom. Grovt bröd istället för vitt liksom, lite mer sådant har det varit” (Informant 3).*

Just kunskapen om att all mat går att äta, men inte alltid, upplevde informant 3 som bra ledord. Maträtten i citaten ovan åts till exempel på helger och då var även läsk tillåtet. En ny vana som informant 3 börjat med för att minska läskdrickandet var att vid törst alltid dricka vatten. När läsk dracks var det ur små glas för att minska det totala intaget. Tre av informanterna nämnde att de fortfarande äter som de gjorde innan, men att de har gjort små förändringar. Informant 3 nämner att denna kombinerade behandlingsmodell har bidragit till en nyfikenhet i att våga prova på nya maträtter, som innan skulle ha varit omöjliga att äta. Samtidigt som informanterna nämner att de ändrat sitt matbeteende poängterade fyra att det var lätt att falla tillbaka till gamla vanor ibland. Trots att de var motiverade och medvetna var det ibland svårt att följa råden.

- *”Menar du att du har hållit i det [matvanorna] då?” (Intervjuare).*
- *”Alltså vissa månader har jag väl det, men sen så, alltså inte så att jag går och äter hela tiden, men alltså ibland är det typ att man tar, äter godis och så där fast jag vet att jag inte ska det liksom så, alltså, jag vet inte, det är egentligen mer träning som jag tycker är jobbigt” (Informant 6).*

Informanterna nämner att de även fått större medvetenhet om motionens betydelse. Av informanterna höll fyra på med regelbunden fysisk aktivitet, där idrotterna var

fotboll, simning, karate och judo. Endast två uttryckte att de gjort en förändring i sina motionsvanor sedan behandlingen. Dock uppgav samtliga att de sedan behandlingens slut börjat röra på sig mer. Informant 1 nämner att vardagsmotionen är större och valet mellan buss och promenad oftare blir promenad nuförtiden. Dessutom uppgav fyra av informanterna att de numera kände sig piggare och att de orkar mer, vilket illustreras i citatet nedan.

*”Man orkar mer, man har mycket bättre, eh, man kan såhär springa och hålla på mer än vad man kunde förr. Jag brukar springa massor på rasterna för att jag kan det” (Informant 5).*

Detta citat visar även att tilltron på den egna förmågan ökat sedan behandlingen.

## **5. DISKUSSION**

### **5.1 Resultatsammanfattning**

Resultaten från undersökningen visar att föräldrarnas deltagande var avgörande för att påbörja behandlingen och var viktigt för att genomföra beteendeförändringar. Deras närvaro ledde till bättre familjerelationer. Att behandlas i grupp ledde till nya vänskapsrelationer och bidrog till ökad följsamhet och högre motivation. Trots tryggheten i gruppen upplevdes det jobbigt att prata öppet om egna matvanor i gruppen. Informanterna var nöjda med gruppens storlek och hade inga synpunkter på könsfördelningen. Behandlingen ledde till att barnen fick större självförtroende i gruppssammanhang och vid utövande av idrotter. Vårdgivarnas uppmuntran uppskattades och även behandlingens praktiska moment och konkreta tips, men informanterna uttryckte en önskan om fler träffar. Behandlingen gav större kunskap om hälsosamma mat- och motionsvanor. Övervikten i sig resulterar i en känsla av skam hos informanterna och denna känsla förändrades inte under eller efter behandlingen.

### **5.2 Resultatdiskussion**

#### **5.2.1 Hur de upplever behandling med föräldrarnas deltagande**

Informanterna upplevde att det var positivt med föräldrarnas stöd för att de skulle kunna genomföra beteendeförändringar. Det stämmer överens med studier som visar att det är positivt att föräldrarna är med vid behandlingen. Chanserna till att barnet gör beteendeförändringar ökar om även föräldrarna gör det (22, 23). Samtliga informanter i detta arbete hade mamman med och tre hade båda föräldrarna med vid behandlingen. Forskning visar att barnets viktnedgång korrelerar med antal gånger som mamman är med vid behandlingens träffar. Eftersom samtliga informanter uttryckte att behandlingen gett resultat kan mammans deltagande bidra till detta. Då samtliga

informanter hade sina mammor med kan ingen sådan slutsats dras, även om det är en intressant infallsvinkel (5). Informanterna gav inte intryck av att de frånvarande föräldrarna varit engagerade på hemmaplan. Det vore intressant att ta reda på varför inte samtliga informanter hade båda föräldrarna med vid behandlingen. Vid liknande studier har föräldrarna gett önskemål om att få ett större deltagande i behandlingen (18). Det verkar inte stämma överens med situationen i detta arbete då bara hälften av barnen hade båda föräldrarna med sig vid träffarna. Resultatet visar att föräldrarnas deltagande och stöd var en av anledningarna till att informanterna trivdes med behandlingen. De uttryckte dessutom att det var viktigare än gruppstödet. Föräldrarnas deltagande kan ha bidragit till att informanterna vill fullfölja behandlingen och att den gett resultat. Detta är i linje med vad tidigare studier kommit fram till vid andra viktrelaterade sjukdomar, som anorexia nervosa, där familjeterapi kombinerat med kostterapi visat bättre behandlingsresultat än gruppterapi (14).

Tidigare studier visar att föräldrarnas stöd är viktigt oavsett barnens ålder och det stämmer överens med resultaten i detta arbete (21). Informanterna uttryckte att föräldrarnas stöd var viktigt, både när de var 9 år (som vissa var under behandlingstillfället) och 17 år (som en av informanterna var vid intervjutillfället). Däremot verkade syskonens inställning till behandlingen inte påverka informanterna. Detta skiljer sig från tidigare studieresultat där syskonstödet pekades ut att vara viktigt för att fullfölja en behandling mot övervikt (18).

Informanterna berättar att föräldrarnas deltagande och stöd var viktigt för att kunna genomföra beteendeförändringar. Föräldrarnas beteende kan ha påverkat informanterna till att ändra sitt eget. När det gäller matvanor visar studier att föräldrars beteende avspeglas i barnens (22). Det kan vara så att föräldrarnas ändrade vanor var en förutsättning för att barnen skulle kunna ändra sina. Informanterna berättade även att föräldrarnas deltagande var viktigt för att hitta motivation att påbörja behandlingen, men att den egna motivationen var viktigast för att ändra vanorna. Det stämmer överens med tidigare studier som pekar på att en individ måste själv vara redo för att fullfölja ett behandlingsprogram (32). Den inre motivationen kan påverkas av fyra olika teman, vilket utvärderades i studien *Interpersonal Learning Is Associated With Improved Self-Esteem in Group Psychotherapy for Women With Binge Eating Disorder* (Gallagher, Tasca, Ritchie, Balfour, Maxwell & Bissada, 2013) (43). Deltagarna i studien behandlades för viktrelaterade problem, precis som i detta arbete. I den nämnda studien framkom att det är viktigt att deltagaren själv tog beslut om att genomföra en beteendeförändring. Vikten av den egna viljan för att genomföra förändringar berättar även informanterna i detta arbete om. Vidare visade studien att deltagaren måste lita på sin förmåga för att kunna genomföra en förändring. Det stämmer överens med informanternas upplevelse i detta arbete. De berättade om det ökade självförtroende de fått och att det resulterat i att de både rör på sig mer och äter sundare. Omgivningens stöd och motstånd var övriga punkter som togs upp i ovan nämnda studie och där spelar familjestödet en stor roll (43). Detta tar denna kombinerade behandlingsmodell hänsyn till och föräldrarna utbildas i hur de skall stötta sina barn (2).

I likhet med tidigare studier uttryckte informanterna att behandlingen lett till bättre familjerelationer (2, 30). Informanterna berättar att de umgås mer med föräldrarna sedan behandlingen, till exempel nämner de att de går på bio tillsammans eller går på kvällspromenader. Just att hitta på aktiviteter korrelerar enligt studier med en lägre

vikt hos barn (17). I denna undersökning gjordes inga intervjuer med föräldrarna. Det var i telefonsamtal inför eventuell intervju eller vid intervjutillfället med barnet som föräldrarna berättade om sin erfarenhet för intervjuaren. Liksom informanterna berättade de om förbättrade familjerelationer med bättre kommunikation hemma. I studien *Parental Perspectives of a 4-Week Family-Based Lifestyle Intervention for Children with Obesity* (Pearson, Irwin, Burke & Shapiro, 2012) intervjuades föräldrar till barn som deltagit i en behandling liknande den kombinerade familje- och gruppbehandling som undersökts här. Där framkommer att föräldrarna upplever en förbättrad familjerelation efter behandlingen. Dessutom känner de större förtroende i barnets förmåga att göra bra matval efter utbildningen i kost som de fick under behandlingen. De känner sig också säkrare själva i vilken mat som var lämplig att ge barnen (18). I behandlingen får föräldrarna dessutom utbildning i hur de skall stötta sina barn vid viktminskning (2). En fundering är om detta kan ha fått föräldrarna att reflektera över sitt föräldraskap och sitt beteende mot barnet. Studier visar att barn vars föräldrar sätter gränser har större chans att lyckas med överviktsbehandlingar (16). Dessutom korrelerar föräldrars gränssättning med lägre vikt hos barn (17). Kanske kan detta vara en bidragande orsak till att relationen mellan informanterna och deras föräldrar förbättrats. Dessutom kan familjebehandlingar bidra till att föräldrarna känner sig säkrare i sin föräldraroll genom att de vet hur de skall förhålla sig till barnet (18). Det kan vara viktigt att ha tydliga roller för att en relation skall fungera bra. Rollfördelningen kan ge en trygghet för individen och underlätta i samarbete med andra. Ofta är roller underförstådda regler för hur individer skall bete sig i vissa specifika sammanhang. Till exempel inom en familj där individerna förväntas bete sig på ett visst sätt. Diffusa roller kan vara svåra att hantera och det kan upplevas positivt att ha tydliga roller (20). Av den anledningen kan en tydlig rollfördelning mellan föräldrar och barn vara positiv för deras relation. Det kan vara också en anledning till att både informanterna och föräldrarna upplever att de numera har en bättre familjerelation.

Vidare kan det vara viktigt att medvetengöra för både föräldrar och barn om samhällets stigmatiserade bild av övervikt (19). Stigmatiseringen beror på att något går emot de *normer*, underförstådda regler, som individer i ett samhälle följer. Om någon handlar mot normen kan det leda till en form av sanktionering, exempelvis stigmatisering (20). Studier visar att föräldrar kan utsätta sina barn för sin egen stigmatiserade syn på övervikt, vilket kan leda till många negativa konsekvenser för barnen (19). Inom socialpsykologin används perspektivet *symbolisk interaktionism*. Enligt detta perspektiv skapar människan sin bild av omvärlden genom samspel med andra människor. Även självbilden skapas genom en tolkning av det som omgivningen förmedlar (20). Detta betyder att föräldrarnas syn på barnet påverkar hur barnet ser på sig självt. Om föräldrarna inte lär sig att hantera stigmatiseringen av övervikt kan det leda till att de för över det på barnet.

### **5.2.2 Hur de upplever behandling i grupp**

Informanterna var nöjda med gruppens storlek, som var runt tio personer. Detta är i enlighet med rekommendation vid denna typ av behandling där åtta till tolv individer rekommenderas (26). Till skillnad från studier som visar att behandlingen ger bättre resultat om hänsyn tas även till kön verkade könsfördelning inte ha någon betydelse för informanterna (2).

Informanterna uttryckte att de kände en lättnad över att träffa andra, som också tampades med övervikt och se att de inte var ensamma om det. Denna lättnad illustreras även i tidigare studier (18). En av informanterna uttryckte att denna lättnad var speciellt stark när barnen tillsammans deltog i ett gympapass, vilket upplevdes som behandlingens höjdpunkt. Att barn med övervikt uppskattar att inte behöva sticka ut på grund av övervikten när de umgås med andra barn visar tidigare forskning (33). Informanterna berättade att en känsla av samhörighet med de andra barnen under behandlingen och att det var en bidragande orsak till att de ville fortsätta. Till och med den informant som inte upplevde någon stark samhörighet med övriga i gruppen uttryckte att det var roligt att vara tillsammans med de andra. Känslan av avsaknad av samhörighet upplevdes inte som något negativt, vilket annars kan vara en risk (2). Forskning visar att behandling i grupp ger starkt socialt stöd hos deltagarna och det överensstämmer alltså med resultaten från denna undersökning. Studierna visar att det finns andra fördelar med gruppbehandling, som exempelvis ökad fysisk aktivitet och viktminskning (18). I denna undersökning bidrog gruppstödet till att de fortsatte med behandlingen och det i sin tur ledde till större kunskap om att både kosten och fysisk aktivitet är viktiga faktorer för en hälsosammare livsstil. Att även fyra av informanterna håller kontakt med andra deltagare efter behandlingen kan vara viktigt för att hålla de beteendeförändringar de har gjort. Stödet från vänner är viktigt vid viktminskning och en förhoppning kan vara att de får hjälp av varandra att hålla kvar vid de nya vanorna (18). För barn är vänners inflytande viktigt och ett umgänge efter avslutad behandling kan kanske också hjälpa till att hålla de nya vanorna (30).

Fem av informanterna hade svårt att prata om själva övervikten utanför det närmaste nätverket. Forskning visar att matrelaterade diagnoser kan vara svåra att prata om med utomstående. För många upplevs de som en familjeangelägenhet, vilket kan vara en anledning även här (32). Tre av informanterna berättade att kan prata öppet om överviktsbehandlingen med familjen och de närmaste vännerna. Intrycket var att vännernas stöd var viktigt för dessa tre för att kunna genomföra beteendeförändringar. Att vännernas stöd är viktigt pekar även forskning på, dels för att kunna göra beteendeförändringar dels för att behandlingen skall vara framgångsrik (44, 5). Alla utom en informant uttryckte att det utanför denna närmaste krets var obekvämt att prata om behandlingen, vilket tyder på att de känner skam över att behöva delta i en överviktsbehandling. Studier visar att upplevelsen av en behandling påverkas av hur omgivningen ser på behandlingen (30). Att de närmaste vännerna stöttade kan vara en bidragande faktor till att informanterna initialt kunde acceptera deltagandet i överviktsbehandlingen.

Även om de närmaste stöttar finns överviktsproblematiken kvar. Informanterna berättar om att det är pinsamt att prata om deras matvanor i gruppen. Trots att de är i en grupp där samtliga är diagnostiserats med övervikt var det ändå svårt att öppet prata om de egna matvanorna inför andra. Att barnen inte heller vill berätta om behandlingen för någon utanför det närmaste nätverket vittnar om att det är ett tungt ämne att prata om. De verkar känna skam över att tampas med övervikt. Intrycket blir nästan till och med att de känner skuld för sin övervikt. Forskning visar att barn med övervikt ofta lider av samhällets och omgivningens stigmatisering av övervikt. Studier visar att barn med övervikt även själva stigmatiserar den (19). Som nämnt ovan kan det förklaras av symbolisk interaktionism, det vill säga att barnen formats av den negativa bild av som omgivningen förmedlat (20). Stigmatiseringen kan minska om

ansvaret för övervikten kan förklaras av faktorer som ligger utanför barnets makt att påverka (19). Eftersom övervikt både är arvs- och miljörelaterad kan det vara bra att utbilda i detta (9). Dessvärre visar studier att det är svårt att arbeta bort stigmatisering genom utbildning. Trots utbildning verkar det som att negativa attribut ändå kopplas till övervikt. Därför kan det vara bra att belysa överviktens orsaker för barnen i behandlingsgruppen för att de skall få en större förståelse för ett eventuellt utanförskap, vilket de riskerar att erfara (19). Utanförskap beror på att de på grund av övervikten är annorlunda och inte följer den givna sociala normen i samhället. I synnerhet hos barn och ungdomar är det viktigt att känna att de följer en social norm och att de är *normala*. Det ger en känsla av samhörighet med de andra i gruppen och att de platsar in. För barn är denna känsla av gruppssamhörighet så viktig att de påverkas mer av andra barn än av sina föräldrar (45). Stigmatiseringen av övervikt är särskilt vanlig i skolan där övervikt ofta resulterar i mobbing och utanförskap. Ofta längtar barnen efter gemenskap och tror att en eventuell viktminskning skulle resultera i fler vänner (19). Detta kan vara en anledning till att informanterna i denna undersökning snarare uttrycker en önskan om att vara smala än om att vara hälsosamma. De vill passa in. Dessvärre är en låg självkänsla och utanförskap ett problem bortom viktproblematiken och är kvar även efter en viktminskning (19). Att informanterna uttryckte att det inom gruppen var pinsamt att prata om sina matvanor visar att även de bär på denna stigmatisering. Trots att det fanns en trygghet inom gruppen skämdes de över sina matvanor och ville inte dela med sig av dem till andra.

Stigmatiseringen kan leda till ohälsa hos barn (19). Studier visar att barn med övervikt kan drabbas av depression, skev kroppsuppfattning och social isolering (46, 5). Det råder delade meningar huruvida övervikt kan bidra till låg självkänsla hos barn, men intrycket från denna undersökning är att övervikten påverkade informanternas självkänsla negativt (5, 47). Att övervikt är ett tungt ämne vittnar även den stora oviljan av att delta i intervju om. Det var svårt att få barn att ställa upp i intervju. Dessutom ställdes fyra intervjuer in vilket visar att benägenheten att ställa in intervjuer var hög. Social isolering uttryckte inte barnen, men då fyra av informanterna knutit vänskapsrelationer med andra barn från gruppen kan det ha funnits behov av fler vänskapsrelationer; kanske i brist på vänner sedan tidigare.

Precis som studier visar verkar det som att deltagandet i gruppbehandlingen gett informanterna ett ökat självförtroende (18). Det intryck de gav var att deltagandet i denna kombinerade familje- och gruppbehandling gett dem en större tro på sig själva. Till exempel nämnde informant 2 ett gympapass som arrangerats vid behandlingens slut. Informanten uppskattade att träna med de andra och uppskattade lagsammanhållningen som aktiviteten tillsammans med de andra resulterade i (2). Dessutom verkade informanten stolt över att över huvud taget ha deltagit. Det kan vara så att informanten blivit säkrare i sin roll i gruppssammanhang genom sitt deltagande i behandlingen. Gruppbehandling också leda till att barn provar på aktiviteter som de tidigare inte vågat (18). Informanterna berättar att de sedan deltagandet i behandlingen deltar i fler aktiviteter på rasten i skolan. Behandlingen har alltså lett till att de inte räds att ta plats och de gav intryck att detta gällde inte bara gällde vid idrott utan olika former av gruppssammanhang.

### 5.2.3 Hur de upplever behandlingens innehåll och struktur

Upplevelsen av en behandling kan påverkas av hur patienten ser på sin diagnos och om diagnosen tas på allvar (32). Resultatet från denna undersökning visar att informanterna redan före behandlingens var medvetna om att de behövde göra livsstilsförändringar för att häva en uppåtgående vikt. Trots denna medvetenhet verkade de inte intresserade av att delta i behandlingen. Under behandlingen fick de kunskaper om både kost och motion och resultaten visar att de har lyckats göra många förändringar i sina kostvanor, men de berättade att de hade lätt för att falla in i gamla vanor. Även motionsvanorna har informanterna ändrat sedan behandlingen. Fyra berättade att de tränar regelbundet, men endast två av informanterna har börjat nya idrottsaktiviteter sedan de började behandlingen. Samtidigt gav de intryck av att inte riktigt förstå sambandet mellan en hälsosam vikt och goda mat- och motionsvanor. Deras största mål med behandlingen verkar vara viktminskning. I likhet med tidigare studier grundar sig önskan om viktminskning inte i de fördelar det kan ha med hälsan utan i en önskan om att vara smal (21). Forskning visar att barn med övervikt ofta uttrycker en önskan om att vara smala för att bättre passa in i grupsammanhang. Det finns också en tro på att en viktminskning skulle kunna resultera i fler vänskapsrelationer (19). Det kanske är en önskan om att följa normen och få känna samhörighet med andra.

I litteraturöversikten *Family in pediatric obesity management: A literature review* (Nowicka & Flodmark, 2008) där åtta olika familjebehandlingars upplägg och innehåll jämfördes hade behandlingarna i genomsnitt 3,8 träffar (15). I denna kombinerade familje- och gruppbehandlings upplägg rekommenderas att ha fyra träffar, vilket stämmer överens med antalet familjebehandlingar i litteraturöversikten. Fyra träffar tyckte informanterna i denna undersökning var bra men de kunde även se ett behov av fler träffar. Studier visar att deltagare i en behandling kan uppleva ett tomrum efter att en behandling avslutats (30). Samtliga informanter hade avslutat behandlingen och här kan frågan ställas om önskemålet med fler träffar snarare handlar om att fylla ett tomrum som behandlingen lämnade efter sig, eller om det faktiskt är så att de upplever att fler träffar skulle vara bra för att nå målet med behandlingen. Fler träffar kunde kanske hjälpa till att hålla de nya vanorna, vilket ibland kunde vara svårt. Fyra av informanterna nämnde att det kunde vara lätt att falla tillbaka till gamla vanor. För att få redskap att hantera det kunde eventuellt några återträffar vara bra. I litteraturöversikten ovan av Nowicka och Flodmark var slutsatsen att redan ett fåtal träffar gav signifikant resultat i viktminskning (15). Huruvida informanterna nått en signifikant viktminskning vet vi inte, men då samtliga var nöjda med behandlingen är det troligt att den bidragit till positiva förändringar. Andra studier visar att barns viktminskning korrelerar med behandlingens antal träffar (5). Även uppföljning efter en behandling är viktig för att hålla vikten låg. Det finns till och med en risk att vikten går tillbaka till utgångsvikten om uppföljningsträffar uteblir (6, 12). Samtidigt kan långa behandlingar innebära en risk för avhopp, eftersom att ju längre behandlingen sträcker sig, desto större andel av deltagarna hoppar av. Ett förslag för den undersökta behandlingen är att öka med ett par träffar för att tillgodose den önskan om fler träffar som informanterna uttryckte. Dessutom kunde det öka sannolikheten att de håller vikten låg. Ett par träffar till borde inte ge någon särskilt stor risk för avhopp.

Vidare berördes vilken ålder som är lämpligast att påbörja en behandling. Här tyckte informanterna att åldern då de påbörjade behandlingen var bra och att det var bra att börja en överviktsbehandling före puberteten. Att sätta in behandling före puberteten rekommenderas även i studier för att nå en bra behandlingseffekt. En mer specifik rekommendation är att gå in i åldrarna 5 till 12 år (15). Detta kan även vara bra då övervikt hos barn ofta är kvar upp i tonåren (1).

Informanterna uppskattade behandlingens praktiska moment och tyckte att det var roligt att testa olika livsmedel och aktiviteter. Samtliga informanter uttryckte att de särskilt uppskattade de konkreta tipsen de fick, vilket underlättade införlivandet av de nya vanorna i deras liv. På samma sätt uppskattade de alla praktiska moment som de fick ta del av. Exempelvis tyckte de hemuppgiften där de ombads laga mat från andra länder var rolig och inspirerande. Besöket på Färsna 4H-gård var också rolig och inspirerade till både matlagning och lek utomhus. Även de praktiska moment de fick ta del av under träffarna uppskattades och var till stor hjälp. Till exempel när de fick träna sig på att bedöma lämpliga portionsstorlekar. Tre av informanterna nämnde att de uppskattade att få se och smaka på *kesella*, som är ett energisnålt livsmedel som exempelvis kan vara ett bra mellanmålsalternativ. Tidigare studier visar att just praktiska moment kan uppskattas vid behandling av övervikt. I studien *Parental Perspectives of a 4-Week Family-Based Lifestyle Intervention for Children with Obesity* (Pearson, Irwin, Burke & Shapiro, 2012) intervjuades föräldrar till barn som deltagit i en gruppbehandling mot övervikt. Det framkom att de uppskattade att få ta del av hur rekommendationerna såg ut upplagda på tallriken. Precis som informanterna fick deltagarna i studien se exempel på lämpliga portionsstorlekar för barn (18). Informanterna uttryckte att de hade svårt för de teoretiska momenten. De tyckte att det kunde vara tråkigt med teori och dessutom var genomgångarna för långa.

Informanterna berättade att de gjort en del matförändringar och en orsak till att de lyckats med detta kan vara att behandlingen skedde i grupp. Studier visar att gruppterapi, till skillnad från individuell behandling, kan ge bättre kontroll av matintag och ett minskat energiintag (44). De har numera en bättre matordning, äter mindre portioner, mer fullkorn och mer frukt. De verkar mer sällan dricka läsk, äta godis och andra söta produkter. Dessutom verkar det som att de väljer livsmedel med mindre fett och med bättre fettsammansättning än förr. Då just läsk och godis är relaterade med övervikt kan denna medvetenhet öka chanserna att minska i vikt. Forskning visar att det kan vara viktigare att introducera frukt och lätta mejeriprodukter än att minska intaget av energität mat vilket informanterna här lyckats med (12). Precis enligt rekommendation i nämnda forskning har även informanterna valt att äta mer frukt och lättare mejeriprodukter. Informanternas förändrade matbeteende sedan behandlingens början visar att behandlingen bidragit till större matmedvetenhet. Där har dietisten en viktig roll med sin kompetens inom kost och kostbehandling (7). Trots detta nyttigare förhållningssätt till mat verkar det inte som att barnen såg något samband mellan mat och hälsa. Som nämnt ovan verkade det snarare som att de gjort matförändringarna för att minska i vikt.

Informanterna nämner att det var roligt att utföra fysiska aktiviteter tillsammans med de andra barnen under behandlingen. Samtidigt verkar de som att endast två har gjort någon större förändring i sina motionsvanor vilket visar att det kan vara svårt att implementera nya rörelsevanor i vardagen. Ett förslag för att främja deras fysiska



aktivitet vore att anordna gympass som riktar sig mot barn med övervikt. Där kunde de delta utan att behöva tänka på vikten. I studien *Family, community and clinic collaboration to treat overweight and obese children: Stanford GOALS - A randomized controlled trial of a three-year, multi-component, multi-level, multi-setting intervention* (Robinson, Matheson, Desai, Wilson, Weintraub, Haskell et al. 2012) finner författarna att barnen som deltog i studien uppskattade att utöva fysisk aktivitet tillsammans med andra barn med samma förutsättningar, precis som resultatet i denna undersökning visar. I den nämnda studien ovan fick barnen begränsad tid framför TV och datorn för att lättare kunna införliva nya motionsvanor i vardagen. Detta medförde ett förändrat ätbeteende och rörelsebeteende med ett lägre energiintag och en större daglig aktivitet (34). Kanske kunde en begränsad tid framför TV och dator vara ett förslag på vidareutveckling av den undersökta behandlingen. En annan aspekt att ta hänsyn till vid barns motionsvanor är föräldrarnas vanor vid fysisk aktivitet. Forskning visar att föräldrarnas motionsvanor avspeglar sig på barnens. Ett sätt att förändra barnens motionsvanor kunde kanske vara att arbeta med föräldrarnas motionsvanor, vilket senare kanske kan påverka barnen till att också röra på sig mer (49).

Personalen har stor betydelse för behandlingen och studier pekar på att det vid behandling av övervikt hos barn är viktigt med en bra relation, där behandlaren tror på patienten (21, 2). I denna undersökning uttryckte fem informanter att vårdgivarna påverkat behandlingen positivt och uppmuntrat dem under behandlingsträffarna. Informant 4 uttryckte att det var positivt att ha personal från många olika yrkeskategorier. Att det vid behandling upplevs positivt att ha personal från många olika yrkeskategorier pekar även studier på (34). Om personalen är motiverad verkar det smitta av sig på patienten. Det kan vara bra att personalen visar engagemang och motivation, vilket personalen i den undersökta behandlingen verkar ha gjort (21).

#### **5.2.4 Resultatets teoretiska och praktiska betydelse**

Då detta arbete gjorts på dietistprogrammet är en relevant fråga hur arbetet kan användas inom dietistyrket. Enligt dietistens etiska kod har dietisten kunskap om både prevention och behandling vid nutritionsrelaterade sjukdomar (7). Undersökningen visar att dietistens roll vid behandling av barn med övervikt är viktig. Resultaten visar vilka delar av behandlingen som barnen upplevde som särskilt positiva, exempelvis att barnen uppskattar konkreta kostråd och praktiska övningar. Genom att förstärka dessa moment i behandlingen kan kostutbildningen i den undersökta behandlingen anpassas för att bli mer tillgänglig för barnen och därmed öka chanserna till en förändring i deras livsstil. Andra delar som framkommit i undersökningen är den viktiga roll föräldrarna har för barnens viktminskning. Praktiskt kan det användas genom att medvetandegöra föräldrarna om de har en avgörande roll för utfallet av behandlingen. Särskilt intressant kan det vara att påvisa för föräldrarna att familjer som genomgått behandlingen verkar ha fått en förbättrad familjesituation.

#### **5.2.5 Resultatets tillgång för arbetet inom nutritionsbehandlingsprocessen**

Denna behandling sker en bit in i nutritionsbehandlingsprocessen. Barnen och ungdomarna har redan utretts och diagnostiserats med övervikt och nutritionsåtgärd

vidtagits genom behandling (50). Behandlingen är utformad för barn med övervikt. Behandlingen är en kombination av familjeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi för barn i grupp. Eftersom modellen är anpassad för gruppbehandling tas inte individuella råd upp. Detta var något som patienter efterfrågade vid en utvärdering av behandlingsmodellen (2). Detta arbete har som målsättning att utvärdera hur barnen och ungdomarna upplever behandlingen, vilket kanske kan användas som en del i utvärdering av behandlingsmodellen.

### 5.3 Metoddiskussion

Kvalitativ forskningsmetod passade bra till denna undersökning då syftet med undersökningen var att få veta informanternas *upplevelse* om överviktsbehandling med familjen och i grupp. Det är information relaterad till känslor och upplevelser, vilket kvalitativa forskningsmetoder undersöker (37).

#### 5.3.1 Urval och antal informanter

I ett urvalsförfarande är det önskvärt att få en stor bredd vilket eftersträvades i denna undersökning (40). Av samtliga 15 tillfrågade deltog 6 barn. Av de kontaktuppgifter som erhöles var 4 av 15 pojkar och av informanterna i undersökningen var 4 flickor och 2 pojkar. Detta representerar könsfördelningen vid behandlingen där den största andelen av deltagarna var flickor. Eftersom samtliga barn hade ungefär samma ålder var det svårt att få en stor bredd här. Informanterna var vid tiden för behandling mellan 9 och 14 år och vid tiden för intervjuerna mellan 10 och 17 år. Det var svårt att nå informanterna och många lät intresserade vid första kontakt men valde sedan att inte svara på telefon eller på annat sätt återkoppla. En anledning till ovilja att ställa upp i intervju kan vara att individer med övervikt kan ha negativ kroppsuppfattning och låg självkänsla (51).

I litteraturen diskuteras hur många individer som är lämpligt att ha med i en studie med enskilda intervjuer. Kvale nämner att det viktigaste är att studiens antal intervjuer blir så många som det behövs för att uppnå studiens syfte (38). Dessa sex intervjuer gav information till att svara på syftet och undersökningens mer specifika frågeställningar. Hartman nämner att tillförandet av nya intervjudeltagare först skall upphöra när en mättnad uppnåtts och ytterligare intervjuer inte tillför något till nytt till resultatet. Allteftersom intervjuerna fortskred i denna undersökning hittades allt färre nya infallsvinklar. De sex intervjuerna verkade ge en bra bild av hur barnen upplevde behandlingen (39).

#### 5.3.2 Intervjuandet

Valet av att vara i sjukhusets lokaler var praktiskt då samtliga informanter kände till platsen och intervjuerna kunde ske ostört i konferensrummet. En risk med att ha intervjuerna på samma plats som behandlingen ägde rum är att det kan ha påverkat informanternas känslor (40). Förvissningen om av lokalen för intervjuerna var på samma plats som behandlingen ägt rum kan ha gett informanterna en trygghet. Av intervjuerna gjordes två med videosamtal över Skype där en av informanterna var hos

bekanta och en var hemma. En av intervjuerna gjordes över telefon hemifrån. Detta kan ha påverkat informanterna till att antingen vara mer eller mindre bekväma i situationen. Trost nämner att det är det kan vara positivt att vara på en neutral plats och att intervjun skall ske ostört. Intrycket var att samtliga informanter vid intervjutillfällena var avslappnade och med den bakgrunden kan sjukhusets lokaler, en bekants hus och hemmet ses som neutrala platser. Dessutom kunde samtliga intervjuer ske ostört.

Att inleda intervjun med en standardiserad presentation (se bilaga 4) gav en bra start på samtalet. Intervjuguiden (se bilaga 5) garanterade att samtalet hölls inom ämnet och intervjuerna gav tillräckligt material att basera en tolkning på (38). Syftet med studien var att ta reda på hur informanterna upplevde behandlingen. Då ordet *att uppleva* kan vara svårt att tolka användes istället andra verb, bland annat *att göra* (40). På samma sätt undveks analytiska frågor under intervjun utan frågor om handlingar, beteenden och händelser föredrogs då de ger svar om känslor (40). Under intervjuerna togs försiktighet till ämnen som kunde vara obehagliga att prata om, som till exempel utanförskap (5). Bandspelaren som var med vid intervjuerna verkade inte påverka samtalets flöde och gav större frihet att lyssna aktivt då anteckningar inte behövde föras under intervjun (38). Efter intervjuerna gjordes anteckningar för att få med informanternas gester och annat som inte kommer med på bandspelare (40). Vid den intervju som skett över telefon var detta en svaghet att inte kunna se varandra och det hade varit önskvärt att samtliga intervjuer varit öga mot öga. Även samspelet mellan intervjuare och informant skrevs ned för att inkludera i tolkningsarbetet. Genomgående verkade informanterna uppleva intervjun som något positivt. En anledning till det kan vara att de fick odelad uppmärksamhet och någon som lyssnade aktivt (38). Intervjuernas tid om ca 45 minuter var tillräckligt lång för att få värdefull kunskap och prata igenom många ämnen. Dessutom fanns tid för intervjuaren att säkerställa att svaren uppfattats rätt (40).

### 5.3.3 Verifiering

#### 5.3.3.1 Reliabilitet

Enligt Kvale kan reliabilitetsaspekter tas hänsyn till under samtliga stadier av forskningsprocessen, men att reliabilitet främst handlar om resultatets konsistens. Nedan beskrivs hur reliabiliteten har behandlats under olika stadier och där har Trosts utvärderingsmodell använts. Enligt honom finns fyra delkomponenter att ta hänsyn till för att utvärdera reliabilitet. De är *kongruens*, *precision*, *objektivitet* och *konstans* och i denna undersökning har det tre första tagits hänsyn till under intervju, utskrift och analysarbetet. *Kongruens* innebär att med hjälp av liknande frågor försäkra sig att samma sak mäts vid olika tillfällen (40). För att uppnå detta vid de olika intervjutillfällena följde intervjuaren en intervjuguide (se bilaga 5). Eftersom syftet med undersökningen var att få informanternas upplevelser fick de styra samtalets riktning. Intervjuguiden följdes inte kronologiskt utan användes som ett stöd för att hålla sig inom ämnesområdet. I fråga om *precision* tog intervjuaren anteckningar om intervjutillfället direkt efter varje intervju. Vid transkriberingen angavs intervjuerna så precist som möjligt (40). Angående *objektivitet* var det samma intervjuare vid samtliga intervjutillfällen och utgångspunkten är att vara objektiv i den utsträckning

det var möjligt (40). I enlighet med vad Gadamer och Radnitzky säger påverkas intervjuaren av sina fördomar och tidigare erfarenheter och det går därför inte att vara objektiv (42, 37, 38). Trost menar däremot att det inte finns något samspel, utan att det vid en intervju endast är den intervjuade delar med sig av sitt resonemang och att intervjuarens roll endast är att ställa frågor (40). Kvale refererar till den amerikanske professorn *Richard J. Bernstein*, som även han menar att intervjuares påverkan inte spelar någon roll för intervjusituationen (38). Han menar att det endast finns en objektiv verklighet och den förkunskap som intervjuaren har inte påverkar de svar som informanten ger (52). Enligt Kvale däremot handlar en intervju om utbyten av åsikter mellan två individer och med den inställningen blir objektivitet en omöjlighet. Här eftersträvades ett samspel där intervjuaren i minsta möjliga mån påverkade intervjusvaren genom sina förkunskaper och fördomar (38). Som ett led i detta nämndes inte intervjuarens kompetens som dietist för att informanterna inte skulle justera sina svar till något de trodde var mer önskvärt. En faktor som inte går att påverka är intervjuarens kön och det kan ha påverkat informanterna till att antingen känna sig mer eller mindre bekväma att vara ärliga i sina svar (40). För att minska påverkan från intervjuaren undveks ledande frågor i både intervjuguiden (se bilaga 5) och vid intervjutillfället (38). För intervjuaren gav de två pilotintervjuerna övning i att intervju och erfarenhet om hur ett intervjuförfarande går till. Detta bidrog till intervjuaren kände trygghet i sin roll till kommande intervjutillfällen. *Konstans* berör tidsaspekten och huruvida det som studeras inte ändras med tiden. Syftet här var att ta reda på upplevelsen hos några individer. Då en upplevelse kan förändras med tiden är konstansens inverkan på resultatet svår att fastslå i denna undersökning.

### 5.3.3.2 Validitet och trovärdighet

Enligt Kvale skall frågan vilken metod som är lämplig för att svara på studiens syfte ställas för att bedöma en kvalitativ studies validitet (38). Det är i likhet med det begrepp som Trost benämner som *trovärdighet*, vilket också används vid diskussion av kvalitativa studier. Det handlar om att det som studeras även är det som utgetts vara undersökningens syfte (40). Här har syftet varit tydligt under hela arbetsprocessen. Vidare presenterar Kvale punkter att ta hänsyn till under forskningsprocessens samtliga sju stadier. Vid första steget, tematiseringen, studerades ämnet in ordentligt innan syfte och specifika frågeställningar formulerades. Vid planeringsstadiet valdes metod med eftertänksamhet. Enskilda intervjuer ansågs passande för att ta reda på hur informanterna upplevde behandlingsmetoden. Att hålla intervjuerna enskilt var bra för att inte riskera att grupprocesser störde vid intervjutillfället, varken från övriga familjemedlemmar eller från andra individer från gruppen (40). Under intervjun försökte intervjuaren samla in såväl verbal som annan information från informanterna för att försäkra att informationen som insamlats så gott det gick att förstå stämde överens med det som informanten verkligen kände. Under utskriften valdes att transkribera så noggrant som möjligt där både verbala och känslomässiga intryck noterades. Under analysen eftersträvades en hållbar logik i tolkningen. Verifiering har gjorts efter tips från Kvale och Trosts litteratur. Vid det sista steget, rapportering, har hänsyn tagits till att korrekt redovisa de resultat som framställdes under analysarbetet (38).

### 5.3.3.3 Generaliserbarhet

Kvale nämner de tre mål för generalisering som den amerikanske professorn i psykologi *Janet Ward Schofield* sammanställt (38). Det första målet är att undersökningen skall *studera det som är* (53). I denna undersökning intervjuades deltagare i en kombinerad familje- och gruppbehandling för övervikt vid ett specifikt sjukhus. En fråga är om informanterna var representativa för alla som deltagit i behandlingen. Denna undersökning var frivillig och de barn som ställde upp valde det själva. Huruvida resultaten går att generalisera till samtliga som genomgått behandlingen kan ifrågasättas då en risk är att de som ställde upp i intervju också är de som upplevde behandlingen positivt. Detta är viktigt att ha i åtanke vid tolkningen av undersökningens resultat. En annan fråga att ta upp är huruvida tolkningen stämmer överens med det som barnen verkligen kände. Intervjuaren försökte få en intervjusituation där barnen kunde slappna av och berätta hur de upplevde det. Intervjuarens intryck under intervjuerna var att barnen också kunde slappna av. Frågan är också om resultatet kan generaliseras till andra behandlingsställen. Det hade varit önskvärt att undersökningen kunde omfatta fler platser där behandlingsmodellen genomförts, vilket eftersträvades men inte uppnåddes. Nästa mål för generalisering är att *undersöka det som kanske kommer att finnas* (53). Antal barn som drabbas av övervikt ökar i Sverige med det även behovet av behandling (2). Där kan denna behandlingsform utifrån denna undersökning ge många positiva resultat. Schofield nämner att ett tredje mål för generalisering är *det som kan finnas* (53). Denna undersökning visar på möjligheter till att utveckla behandlingsformen vilket skulle kunna resultera i fler behandlingar av denna typ i framtiden.

### 5.3.4 Reflektion om kvalitativ forskning

I litteraturen diskuteras att den kvalitativa forskningen inte har ansetts vara vetenskaplig och det har ifrågasatts huruvida den är lämplig att basera vetenskapliga teorier på (38). Från början i detta arbete har alla moment kritiskt granskats för att eftersträva att följa de riktlinjer och de rutiner som rekommenderas vid kvalitativa studier.

### 5.4 Framtida studier

Det vore intressant att ta del av hur behandlingen fungerar i ett längre perspektiv och se det går för barnen att hålla vid beteendeförändringarna upp i senare tonåren och vuxenlivet. En annan intressant fråga att ta reda på är hur föräldrarna upplever sitt egna och andras deltagande vid behandling av deras barns övervikt. Vid de samtal som författaren hade med föräldrarna gav de intryck av att vara positivt inställda till behandlingen, men en strukturerad och djupare intervju kunde leda till mer information om deras upplevelse av behandlingen.

## 5.5 Slutsats

Att behandla barn med övervikt i grupp ger dem ett tillfälle att känna samhörighet med andra barn vilket de i andra sammanhang kan hindras från på grund av det utanförskap som överviktens stigmatisering resulterat i. Det är viktigt att ge föräldrarna kunskap om hur de skall stötta sina barn under behandlingen samt att ge både föräldrar och barn kunskap om hur de skall göra lämpliga matval. Det kan leda till att både föräldrarna och barnen känner sig säkrare i sina roller och kan leda till bättre familjerelationer. I framtiden kan det vara bra att under behandlingen belysa den stigmatisering som finns av övervikt i vårt samhälle för att barnen skall bli mindre fördömande mot sig själva.

Syftet med denna undersökning var att ta reda på barns upplevelse av överviktsbehandling tillsammans med både familj och andra barn med samma diagnos. Till skillnad från tidigare studier verkar syskonstödet inte upplevas som viktigt för att fullfölja behandlingen. Kön fördelningen i gruppen upplevdes inte heller spela någon roll, vilket avviker något från tidigare studier.

## 6. AVSLUTNING

I sökandet efter svaret om hur barn upplever överviktsbehandling med familj och i grupp har jag lärt mig mycket. Jag hoppas att resultatet av denna undersökning kan ligga till grund vid både utvärdering och utveckling av denna kombinerade familje- och gruppbehandlingsmodell, samt att resultatet kan ge motivation till dem som funderar på att starta en behandling tar steget ut och gör det.

## 7. REFERENSER

1. WHO. 131107 www.who.int
2. Nowicka P, Flodmark C-E. Barnövervikt och fetma i praktiken. 1:a uppl. Danmark: Studentlitteratur; 2006.
3. Sjöberg A, Moraesus L, Yngve A, Poortvliet E, Al-Ansari U, Lissner L. Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren - exploring the urban-rural gradient in Sweden. *Obes Rev.* 2011 May;12(5):305-314.
4. SBU-rapport 160. Fetma- Problem och åtgärder. Stockholm: SBU; 2002 [läst 2013-11-15].
5. Kitzmann KM, Beech BM. Family-Based Interventions for Pediatric Obesity: Methodological and Conceptual Challenges From Family Psychology. *J Fam Psychol.* 2006;20(2):175-189.
6. Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J. Ten-Year Outcomes of Behavioral Family-Based Treatment for Childhood Obesity. *Health Psychol.* 1994;13(5):373-383.
7. Etiskt kod. Dietisternas riksförbund. 3:e uppl. Nacka: DRF; 2009.
8. Yanovski SZ, Yanovski JA, Editor Wood JJ. Drug Therapy. *The New Engl J Med.* 346(8):591-602.
9. Lindroos A-K, Rössner S. Fetma. Pozkal: Studentlitteratur; 2007.
10. Lindeberg G. Runda Barn. Stockholm: Albert Bonniers Förlag; 2006.
11. Rooney BL, Mathiason MA, Schauburger CW. Predictors of Obesity in Childhood, Adolescence and Adulthood in a Birth Cohort. *Matern Child Health J.* 2011; 15(8):1166-1175.
12. Flodmark C-E, Ohlsson T. Symposium on 'Behavioural nutrition and energy balance in the young', Childhood obesity: from nutrition to behavior. *P Nutr Soc.* 2008;67:356-362.
13. Järholm K, Olbers T, Marcus C, Mårild S, Gronowitz E, Friberg P, Johnsson P, Flodmark C-E. Short-Term Psychological Outcomes in Severely Obese Adolescents After Bariatric Surgery. *Obesity.* 2011;20:318-323.
14. Rosling A. Eating Disorders - Aspects of Treatment and Outcome. Uppsala: Agneta Rosling; 2013.
15. Nowicka P, Flodmark C-E. Family in pediatric obesity management: A literature review. *Pediatr. Obes.* 2008;3:44-50.
16. Dalton WT, Kitzmann KM, Burghen GA, Mallare JT, Stender SS. Family Functioning and Children's Response to Primary Care Treatment for Overweight: A Preliminary Study. *J Pediatr Nurs.* 2010;25(4):282-288.
17. Avula R, Gonzalez W, Shapiro CJ, Fram MS, Beets MW, Jones SJ, et al. Positive Parenting Practices Associated with Subsequent Childhood Weight Change. *J Prim Prev.* 2011 Dec 1;32(5-6):271-81.
18. Pearson ES, Irwin JD, Burke SM, Shapiro S. Parental perspectives of a 4-week family-based lifestyle intervention for children with obesity. *GJHS.* 2012;5(2):111-22.
19. Puhl RM, Latner JD. Stigma, Obesity, and the Health of the Nation's Children. *Psychol Bull.* 2007;133(4):557-580.
20. Repstad P. Sociologiska perspektiv I vård, omsorg och socialt arbete. (övers Lindqvist B). 2: uppl. Lund: Studentlitteratur; 1998.

21. Twiddy M, Wilson I, Bryant M, Rudolf M. Lessons learned from a family-focused weight management intervention for obese and overweight children. *Publ Health Nutr.* 2012;15(7):1310-7.
22. Fisher JO, Birch LL. Fat preferences and fat consumption of 3- to 5-year-old children are related to parental adiposity. *J Am Diet Assoc.* 1995;7:759-764.
23. Cutting TM, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Birch LL. Like mother, like daughter: Familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *Am J Clin Nutr.* 1999;69:608-613.
24. Epstein LH, Paluch RA, Roemmich JN, Beecher MD. Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment. *Health Psychol.* 2007;26:381-391.
25. Nowicka P, Höglund P, Pietrobelli A, Lissau I, Flodmark C-E. Family Weight School treatment: 1-year results in obese adolescents. *Pediatr. Obes.* 2008;3:141-147.
26. Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Anton SD. Individual Versus Group Therapy for Obesity: Effects of Matching Participants to Their Treatment Preferences. *J Consult Clin Psych.* 2001;69(4):717-721.
27. Zakus G, Chin ML, Keown M, Hebert F, Held M. A group behavior modification approach to adolescent obesity. *Adolescents.* 1979;14(55):481-90.
28. De Mello E, Luft VC, Meyer F. Individual outpatient care versus group education programs. Which leads to greater change in dietary and physical activity habits for obese children. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80:468-474.
29. Bäckström K, Johannesson A. Upplevelsen av livsvärlden under en förlossningsdepression – en litteraturstudie ur kvinnans perspektiv. Karlskrona: Blekinge tekniska högskola, sektionen för hälsa, 2007.
30. Tighe A, Pistrang N, Casdagli L, Baruch G, Butler S. Multisystemic Therapy for Young Offenders: Families' Experiences of Therapeutic Processes and Outcomes. *J Fam Psychol.* 2012;26(2):187-197.
31. Bachelor A, Laverdière O, Gamache D, Bordeleau V. Clients' collaboration in therapy: Self-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychother Theor Res Pract Train.* 2007;44(2):175-192.
32. Reyes-Rodríguez ML, Ramírez J, Davis K, Patrice K, Bulik C. Exploring Barriers and Facilitators in Eating Disorders Treatment Among Latinas in the United States. *J Lat Psychol.* 2013;1(2):112-131.
33. Wong WW, Abrams SH, Mikhail C, Terrazas NL, Wilson TA, Arceo D et al. An Innovative Summer Camp Program Improves Weight and Self-esteem in Obese Children. *J Pediatr Gastr Nutr.* 2009;49:493-497.
34. Robinson TN, Matheson D, Desai M, Wilson DM, Weintraub DL, Haskell WL et al. Family, community and clinic collaboration to treat overweight and obese children: Stanford GOALS - A randomized controlled trial of a three-year, multi-component, multi-level, multi-setting intervention. *Contemp Clin Trials.* 2013;36:421-435.
35. Ekman A. Ett fett liv, en artikulering av viktordningen på bas av överviktiga människors erfarenheter. 1.a uppl. Linköping: LiU-Tryck;2012
36. Tiohundra. 131110. [www.tiohundra.se/familjeviktsskolan](http://www.tiohundra.se/familjeviktsskolan)
37. Olsson H, Sörensen S. Forskningsprocessen- kvalitativa och kvantitativa perspektiv. 2:a uppl. Nacka: Liber AB; 2007.



38. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Danmark: Steinar Kvale och Studentlitteratur; 1997.
39. Hartman J. Vetenskapligt tänkande, från kunskapsteori till metodteori. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 1998.
40. Trost J. Kvalitativa intervjuer. 3:e upplagan. Lund: Jan Trost och Studentlitteratur; 2005.
41. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Elanders Gotab.
42. Gadamer HG. Sanning och metod i urval. (Melberg A övers.) Göteborg: Daidalos AB; 1997.
43. Gallagher ME, Tasca G, Ritchie K, Balfour L, Maxwell H, Bissada H. Interpersonal Learning Is Associated With Improved Self-Esteem in Group Psychotherapy for Women With Binge Eating Disorder. Online First Publication. 2013. DOI: 10.1037/a0031098 [epubl. före tryckning]
44. Kiernan M, Moore SD, Schoffman DE, Lee K., King AC, Taylor CB, Kiernan NE, Perri MG. Social support for healthy behaviors: scale psychometrics and prediction of weight loss among women in a behavioral program. *Obes.* 2012;4:756-764.
45. Myers DG. Exploring psychology. 6:e uppl. New York: Worth Publishers; 2004.
46. Erickson SJ, Robinson TN, Haydel KF, Killen JD. Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Arch Pediat Adol Med.* 2000;154(9):931-935.
47. Nowicka P, Pietrobelli A, Flodmark C-E. Low-intensity family therapy intervention is useful in a clinical setting to treat obese and extremely obese children. *Pediatr Obes.* 2007; 2: 211-217.
48. Perri MG, Martin D, Leermakers EA, Sears SF, Notelovitz M. Effects of Group- Versus Home-Based Exercise in the Treatment of Obesity. *J Consult Clinl Psych.* 1997;65(2):278-285.
49. Brug J, Lien N, Klepp K-I, van Lenthe FJ. Exploring overweight, obesity and their behavioural correlates among children and adolescents: results from the Health promotion through Obesity Prevention across Europe project. *Publ Health Nutr.* 2010;13(10A):1676–1679.
50. Terminologi nutrition DRF. 140107. <http://drf.nu/filer/terminologi.pdf>.
51. Ogden, J. Health Psychology, a textbook. 4:e uppl. Maidenhead: Open University Press; 2007.
52. Bernstein RJ. Bortom Objektivism och Relativism: Vetenskap, Hermeneutik och Praxis. (Sandin G övers.) Göteborg: Röda bokförlaget (daidalos); 1991.
53. Schofield, JW. Increasing the generalizability of qualitative research. In: Hammersley M, editor. Educational research and evidence-based practice Wiltshire: Cromwell press; 2007.



UPPSALA  
UNIVERSITET

BILAGA 1 Följebrev

Månad År

## Din upplevelse av [REDACTED]

Till Er som har deltagit i [REDACTED]

[REDACTED] är en behandlingsform av övervikt som till stor del grundar sig i familjeterapi och gruppterapi. Flera studier pekar på att detta är en framgångsrik behandlingsform, men det är inte känt hur Ni som deltagit i behandlingen upplevde den.

Genom enskilda intervjuer med barn och ungdomar som deltagit i [REDACTED] kommer denna fråga att utredas. Intervjuerna är en del av en magisteruppsats som skrivs av Anna Malvina Svennung för Uppsala universitet vid institutionen för kostvetenskap.

Syftet är att utröna hur barn och ungdomar som har erfarenhet av [REDACTED] upplever denna behandlingsform. Intervjuerna kommer att hållas på [REDACTED] sjukhus och bestå av enskilda intervjuer om 30 minuter med barn och ungdomar som deltagit i behandlingen. Deltagandet är frivilligt vilket innebär att Du har rätt att avbryta när Du vill utan att ange orsak. Intervjuaren har tystnadsplikt och samtliga uppgifter behandlas konfidentiellt. Ingen data som identifierar Dig kommer att redovisas. Insamlad data kommer endast att användas till denna uppsats.

Genomförandet av uppsatsen kommer att ge värdefull information om hur Ni upplevde behandlingen. Den kunskapen kan även komma till nytta för behandlingsmodellens utveckling vilket kan ge framtida deltagare en ännu bättre hjälp.

Som tack för hjälpen erhåller Du en biobiljett och får om Du önskar även ta del av resultatet.

Anmäl intresse genom att ringa Anna Malvina på telefonnummer [REDACTED] eller skicka ett e-postmeddelande till [REDACTED].

Om Du har några frågor eller synpunkter om studien, tveka inte att kontakta mig!

Varmt tack på förhand!

Anna Malvina Svennung

Handledare: Agneta Andersson, institutionen för kostvetenskap, tel. [REDACTED].



UPPSALA  
UNIVERSITET

Månad År

**Målsmans tillstånd för barnets deltagande i studie om  
barns och ungdomars upplevelse av [REDACTED]**

[REDACTED] är en behandlingsform av övervikt som till stor del grundar sig i familjeterapi och gruppterapi. Flera studier pekar på att detta är en framgångsrik behandlingsform, men det är inte känt hur Ni som deltagit i behandlingen upplevde den.

Genom enskilda intervjuer med barn och ungdomar som deltagit i behandlingen kommer den frågan att utredas. Intervjuerna är en del av en magisteruppsats som skrivs av Anna Malvina Svennung för Uppsala universitet vid institutionen för kostvetenskap. Syftet är att utröna hur barn som genomgått eller genomgår [REDACTED] upplever denna behandlingsform.

- Intervjun tar ca 60 minuter.
- Intervjun kommer att spelas in på band för att underlätta dokumentation. Banden kommer inte att vara tillgängliga för någon annan än intervjuaren och banden kommer att förstöras efter avslutad uppsats.
- Deltagandet är frivilligt vilket innebär att deltagare har rätt att avbryta när de vill utan att ange orsak.
- Förutom för intervjuaren är studien anonym.
- Samtliga uppgifter behandlas konfidentiellt och data som identifierar deltagaren kommer inte att redovisas.
- Insamlad data kommer endast att användas till denna studie.
- Intervjuaren har tystnadsplikt.

Jag har tagit del av ovanstående och ger mitt tillstånd till intervjun,

Målsman

för.....

Ort ..... Datum ..... Underskrift

.....

Tack för Ditt medgivande!

Om Du har några frågor eller synpunkter om studien, tveka inte att kontakta:

Anna Malvina Svennung

E-postadress: [REDACTED].

Telefonnummer: [REDACTED].

Handledare: Agneta Andersson, institutionen för kostvetenskap, tel. [REDACTED].



**Informerat samtycke av studie om  
Din upplevelse av [REDACTED]**

[REDACTED] är en behandlingsform av övervikt som till stor del grundar sig i familjeterapi och gruppterapi. Flera studier pekar på att detta är en framgångsrik behandlingsform, men det är inte känt hur Ni som deltagit i behandlingen upplevde den.

Genom enskilda intervjuer med barn och ungdomar som deltagit i behandlingen kommer den frågan att utredas. Intervjuerna är en del av en magisteruppsats som skrivs av Anna Malvina Svennung för Uppsala universitet vid institutionen för kostvetenskap. Syftet är att utröna hur barn som genomgått eller genomgår [REDACTED] upplever denna behandlingsform.

- Intervjun tar ca 60 minuter.
- Intervjun kommer att spelas in på band för att underlätta dokumentation. Banden kommer inte att vara tillgängliga för någon annan än intervjuaren och banden kommer att förstöras efter avslutad uppsats.
- Deltagandet är frivilligt vilket innebär att Du har rätt att avbryta när Du vill utan att ange orsak.
- Samtliga uppgifter behandlas konfidentiellt och data som identifierar Dig kommer inte att redovisas.
- Insamlad data kommer endast att användas till denna studie.
- Intervjuaren har tystnadsplikt.

Jag har tagit del av ovanstående och ger mitt godkännande till intervjun,

Namn.....

Ort ..... Datum ..... Underskrift

Tack för Ditt deltagande!

Om Du har några frågor eller synpunkter om studien, tveka inte att kontakta:  
Anna Malvina Svennung

E-postadress: [REDACTED].

Telefonnummer: [REDACTED].

Handledare: Agneta Andersson, institutionen för kostvetenskap, tel. [REDACTED].

## **Standardiserad presentation**

### **Varje intervju inleds med följande:**

Hej!

Mitt namn är Anna Malvina Svennung och jag gör mitt examensarbete på Uppsala universitet. Jag gör intervjuer för att ta reda på hur barn som genomgått eller genomgår [REDACTED] upplever denna behandlingsform.

Innan vi börjar vill jag berätta för Dig att deltagandet är frivilligt vilket innebär att Du har rätt att avbryta när Du vill utan att ange orsak. Samtliga uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och ingen data som identifierar Dig kommer att redovisas. Insamlad data kommer endast att användas till denna uppsats. Jag har tystnadsplikt.

Under intervjun kommer denna bandspelare spela in det vi säger. Det är för att jag vill vara säker på att jag får med rätt uppgifter i uppsatsen. Det är endast jag som kommer att ha tillgång till detta band och banden kommer att förstöras efter avslutad uppsats.

Då börjar vi intervjun!



## Intervjuguide

### Din upplevelse av [REDACTED]

**Syfte:** Att ta reda på hur barn som genomgått eller genomgår denna kombinerade behandlingsform upplever den.

#### **Bildmaterial**

Till intervjun kommer det att finnas bildmaterial.

#### **Frågor om behandlingen**

1. Innan träffarna började, vad trodde Du att [REDACTED] var?
2. Vad trodde Du att Du skulle lära Dig?
3. Vad är [REDACTED]?
4. Vad gjorde Ni på er första träff?
5. Vad gjorde Ni på följande träffar?
6. Hur många träffar tror Du skulle vara lagom?
7. Vad var det sämsta under träffarna?
8. Vad var det bästa under träffarna?
9. Hur var personalen?
10. Hur var det att få hjälp från olika yrkeskategorier?
11. Vad är Din bästa erfarenhet av behandlingen?
12. Vad är Din sämsta erfarenhet av behandlingen?
13. Om Du fick ändra något behandlingen, vad skulle det vara?
14. Vilka är de största förändringarna Du har gjort sedan behandlingen?
15. Finns det något beteende som är svårt att hålla kvar utan stöd från behandlingen?
16. Har Du ändrat Dina motionsvanor sedan Du började behandlingen?
17. Vad är den största matförändringen Du har gjort?
18. Vad är den största kunskapen om mat Du tar med Dig?
19. Hur kommer Du att hantera lov i fortsättningen?
20. Hur har Dina vänner reagerat på behandlingen?
21. Har Din kroppsvikt ändrats under behandlingen?
22. Skulle Du rekommendera behandlingsmodellen till andra?

#### **Familjefrågor**

1. Vilka från Din familj var med vid träffarna?
2. Det kan vara ovant att vara med föräldrar på möten, vad tycker Du?
3. Om Du fick välja, hade Du hellre varit med fler eller färre från Din familj?
4. Tror Du att Dina föräldrars deltagande påverkade hur behandlingen gick?
5. Vad var det sämsta med att ha med familjen?
6. Vad var det bästa med att ha med familjen?
7. Ur Din familj, vem tror Du lärde sig mest under träffarna?

8. Hade Ni samma förväntningar på behandlingen innan Ni började?
9. Har Ni samma åsikt om behandlingen nu?
10. För att behandla övervikt, är det viktigast att utbilda föräldrar eller barn?
11. Har behandlingen påverkat hur Du ser på Dig och Din familj?

### **Gruppfrågor**

1. Kan Du beskriva gruppen?
2. Alla har olika känslor av att vara i grupp, vad tycker Du?
3. Var denna grupp annorlunda från andra gruppsituationer som Du har varit i?
4. Om Du fick påverka gruppens storlek, hur hade den sett ut?
5. Vad var det sämsta med att vara i grupp?
6. Vad var det bästa med att vara i grupp?
7. Har behandlingen påverkat Din känsla av att vara i grupp?
8. Håller Du kontakt med någon från gruppen?
9. Om Du har provat behandling där du var ensam deltagare, vad är bättre eller sämre med att vara i grupp?