



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete

C-uppsats, grundnivå
15hp, ht 2013

Föräldrars upplevelser och självförtroende kring beteenden kopplade till mat och stillasittande hos barn

EVA PETTERSSON
LISA LUNDBERG

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



UPPSALA UNIVERSITET
Institutionen för kostvetenskap
Examensarbete C 15 hp, ht 2013

Titel: Föräldrars upplevelser och självförtroende kring beteenden kopplade mat och stillasittande hos barn

Författare: Eva Pettersson och Lisa Lundberg

Handledare: Helena Elmståhl

Sammanfattning

Bakgrund Barnfetma är ett växande problem i världen och behandlas på olika sätt. Studier har visat att ju yngre barnet är när behandling sätts in, desto bättre blir resultatet. En allt vanligare behandling är beteendetterapi som involverar föräldrar i större utsträckning. Barns viktutveckling påverkas till stor del av hur föräldrarna möter olika utmaningar kopplade till livsstilsrelaterade beteenden i sin uppfostran av barnet.

Syfte Syftet med studien var att undersöka hur föräldrar till normalviktiga respektive överviktiga barn upplever olika beteenden hos barnet kopplat till mat och stillasittande samt hur självsäkra de är på att hantera dessa. Syftet var även att jämföra svenska föräldrars upplevelser och självförtroende med resultaten från motsvarande studier som tidigare gjorts i Nederländerna och Australien.

Metod En enkätundersökning gjordes bland föräldrar (n=196) till fyra och femåriga barn i Stockholmsområdet efter ett icke slumpmässigt urval.

Resultat Svenska föräldrar i den undersökta gruppen upplevde generellt få problem med barns beteenden kring mat och stillasittande. Mammor till överviktiga barn upplevde minst problem och högst självförtroende medan pappor till överviktiga barn upplevde mest problem och lägst självförtroende. ”Vägrar äta viss mat” är beteendet som svenska föräldrar till normalviktiga och överviktiga barn upplevde som mest problematiskt. Svenska föräldrar till överviktiga barn upplevde att de hade mindre problem med sina barns beteenden samt bättre självförtroende än föräldrar till överviktiga och feta barn i Nederländerna och Australien. Föräldrar till feta barn i Australien upplevde mest problem och lägst självförtroende av alla föräldrar.

Slutsats På grund av begränsningar i studien bör resultaten tolkas med försiktighet. Generellt upplevde svenska föräldrar få problem. Mer forskning behövs för att kunna dra slutsatsen om mer resurser bör läggas på svenska pappor till överviktiga barn för att de ska bli mer involverade och känna sig självsäkra i behandlingen av sitt barns fetma.

UPPSALA UNIVERSITY

Department of Food, Nutrition and Dietetics

Bachelor thesis, 15 ECTS credit points, fall 2013

Title: Parents' experiences and confidence in children's behaviour regarding food and sedentary lifestyle.

Authors: Eva Pettersson and Lisa Lundberg

Supervisor: Helena Elmståhl

Abstract

Background Childhood obesity is globally a growing problem with several treatment options. Modern treatment includes behavioral therapy which involves parents. Child's weight development is influenced largely by how parents face challenges related to lifestyle-related behaviors during the child's upbringing. Studies show that younger children respond better to treatment than older children do.

Aim The aim of the current study was to examine how parents of normal weight and overweight children experience different behaviors in the child related to food and sedentary lifestyle and how confident they are in dealing with these problems. The aim was also to compare Swedish parents' experiences and self-confidence with parents in the Netherlands and Australia.

Method A quantitative crossover study was made in the Stockholm area. Questionnaires were filled out by parents (n=196) of four- and five year old children. The respondents were chosen by a nonprobability sample.

Results Swedish parents in the studied group generally experienced few problems with children's behavior regarding food and sedentariness. Mothers of overweight children experienced the least problems and the highest self-confidence of all parents, while fathers of overweight children experienced the most problems and the lowest confidence among all parents. "*Refuse to eat certain foods*" was the behavior that Swedish parents of normal weight and overweight children experienced as most problematic. Swedish parents of overweight children experienced less problems and higher self-confidence in comparison to parents of overweight and obese children in the Netherlands and Australia. Parents of children with obesity in Australia experienced the most problems and the lowest confidence.

Conclusion The results should be interpreted with caution due to some limitations in the study. Swedish parents generally experienced few problems with the children's behavior. More research is needed to be able to tell if more resources should be put on Swedish fathers of overweight children to help them become more involved and confident in the treatment of childhood obesity.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	5
2. Syfte	8
2.1. Frågeställning.....	8
3. Metod och material	9
3.1. The Lifestyle Behaviour Checklist (LBC)	9
3.2. Översättning av enkäten	10
3.3. Urval.....	10
3.4. Bakgrundsenkät.....	11
3.5. Reliabilitet och validitet	11
3.6. Definitioner och avgränsningar	11
3.7. Litteratursökning.....	11
3.8. Datainsamling	12
3.9. Databehandling	12
3.10. Bortfall.....	12
3.11. Forskningsetiska grundprinciper.....	12
4. Resultat	14
4.1. Totalpoäng och gruppskillnader i the Lifestyle Behaviour Checklist (LBC)	14
4.2. Övergripande resultat hos föräldrar till normalviktiga och överviktiga barn.....	14
4.3. Beteende kring mat och måltider	17
4.4. Stillasittande skärmtid	20
4.5. Internationell jämförelse med Nederländerna och Australien	21
5. Diskussion	23
5.1. Metoddiskussion	23
5.2. Resultatdiskussion.....	25
5.3. Ur dietistens perspektiv	28
5.4. Förslag till framtida studier	28
5.5. Slutsats.....	29
Referenser	30

Bilaga 1. Arbetsfördelning

Bilaga 2. Bakgrundsenkät

Bilaga 3. Tabell 3

Bilaga 4. Tabell 4

1. Introduktion

Prevalensen av övervikt och fetma hos barn ökar snabbt i världen. Enligt World Health Organization (WHO) är 20 % av barn och ungdomar i Europa överviktiga och en tredjedel av dessa lider av fetma (WHO, 2007). En snabb viktuppgång i åldern noll till sex år ökar risken för fetma i vuxen ålder (Socialstyrelsen, 2009). Barnfetma ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, cancer, typ 2 diabetes och ortopediska problem senare i livet (Kitzmann et al., 2010; Socialstyrelsen 2009; WHO 2007). Dessutom påverkar fetma barnets fysiska och psykiska hälsa samt kan leda till en lägre livskvalitet (Pierce & Wardle 1997; WHO 2007).

Ett för högt energiintag relaterat till en låg energiförbrukning leder slutligen till övervikt och fetma (Larsson, 2007). I dagens samhälle tycks det bli allt svårare att hålla en god balans mellan dessa två. Både energiintaget och energiförbrukningen påverkas av en rad olika faktorer. De senaste decennierna har utbudet av energitäta livsmedel ökat och dessa är ofta lättillgängliga, billiga och välsmakande (Larsson, 2007). Barn ägnar alltmer tid åt så kallad skärmtid, vilket inkluderar TV-tittande, TV- och dataspel och spel på mobiltelefoner/surfplattor (Berg et al., 2012). Det finns olika faktorer som påverkar hur mycket barn rör på sig. Barn till fysiskt aktiva föräldrar tenderar att själva vara mer fysiskt aktiva och barn som spenderar mer tid utomhus är mer aktiva än barn som är mer inomhus. (Hinkley et al., 2008). Enligt Hinkley et al (2008) är pojkar dessutom mer aktiva än flickor.

För att definiera övervikt och fetma används Body Mass Index (BMI), ett sätt att räkna ut kroppsmassa utifrån relationen mellan längd och vikt. BMI räknas ut genom att dividera kroppsvikt i kilogram (kg) med kroppslängd i meter (m) i kvadrat (kg/m^2) (Cole et al., 2000). WHO har delat in viktstatus enligt följande kategorier; undervikt ($\text{BMI} < 18,5$), normalvikt ($\text{BMI} < 25$), övervikt ($\text{BMI} < 30$) och fetma ($\text{BMI} \geq 30$). Barn har en annan kroppssammansättning än vuxna så hänsyn behöver tas till barnets ålder och kön genom en omräkning av BMI till ett så kallat isoBMI. Med hjälp av isoBMI-tabeller kan man se vilket BMI hos barnet som motsvarar övervikt (isoBMI 25) och fetma (isoBMI 30) (Cole et al., 2000).

I Sverige har andelen överviktiga barn fördubblats under de senaste två decennierna och andelen feta barn har blivit fyra-fem gånger så hög (Petersen et al., 2003; Socialstyrelsen, 2009). De senaste åren har rapporter dock visat att ökningen av andelen barn med övervikt och fetma i Sverige har avstannat (Lissner et al., 2010). Enligt Barnhälsovårdsrapporten från 2012 har andelen fyraåringar med övervikt och fetma i Stockholms län minskat sedan 2001 (Stockholm Läns Landsting, 2012). Även i Västerbotten ses en liknande trend bland 4-åringar (Bergström & Blomquist, 2009). Samtidigt ser man på nationell nivå att andelen överviktiga och feta barn fortfarande är hög; 15-20 % av barn är överviktiga och 3-5% lider av fetma (Socialstyrelsen, 2009).

Trots att barnfetmautvecklingen i Sverige har avtagit är det viktigt att fortsätta utveckla och förbättra behandlingen med tanke på risken för allvarliga konsekvenser. Olika behandlingsalternativ används i nuläget och allt fler involverar föräldrarna (Gerards et al., 2011; Golley et al., 2011; Kitzmann et al., 2010). Barns livsstilsrelaterade beteenden, matvanor och viktutveckling bestäms till största del av deras hemmiljö och föräldrarnas beteenden (Johannsen et al., 2006; Krahnstoever Davison et al., 2005; Moens et al., 2007). Det finns också samhällsfaktorer som påverkar risken för att utveckla övervikt och fetma. Övervikt är t.ex. vanligare på landsbygden än i tätorter (Socialstyrelsen, 2009) och bland socioekonomiskt svaga grupper, så som lågutbildade och låginkomsttagare (Blomquist & Bergström, 2007; Socialstyrelsen, 2009). Enligt Stockholm Läns Landsting (SLL) och

Socialstyrelsen har dock prevalensen av övervikt ökat de senaste 20 åren i alla socioekonomiska grupper tills för några år sedan då en avstannande trend började synas (Stockholm Läns Landsting 2011; Socialstyrelsen 2009).

Tidigare svenska studier visar att beteendeterapi med fokus på förbättrade matvanor, ökad fysisk aktivitet samt mindre stillasittande resulterar i signifikant större viktminskning än ingen behandling (Danielsson et al., 2012a). När beteendeterapi jämfördes med råd om kost och fysisk aktivitet visade beteendeterapi på större viktreduktion. Barn är inga små vuxna, barndomen präglas av dynamiska utvecklingsstadier (Nowicka & Marcus 2011). Man bör därför ta i beaktande de yttre faktorer som påverkar barnet då det växer och utvecklas. De har inte längre endast sina föräldrar som förgrundsgestalter utan de kommer även i kontakt med t.ex. förskolepedagoger, kompisar och grannar.

Förskoleåldern är intressant att studera då barnet fortfarande är beroende av föräldern för planering av matintag och fritidsaktiviteter samtidigt som barnet utvecklar sin autonomi genom mer tid utanför hemmet och utan ständigt närvarande föräldrar. Förskoleåldern är en viktig tid att fokusera på när det gäller behandling av barnfetma då både internationell och svensk forskning visar att det är i denna ålder som livsstilsbehandling är mest effektiv. Yngre barn svarar bättre på behandlingen än äldre ungdomar (Danielsson et al., 2012a; Reinehr et al., 2010). Beteendebehandling på ungdomar ger på lång sikt inga resultat. Oftast har dessa ungdomar haft fetma sedan förskoleåldern. Detta tyder på att ju tidigare en behandling sätts in desto större blir chansen att fetman inte blir livslång och ju allvarigare fetma det unga barnet har desto bättre behandlingsresultat (Danielsson et al., 2012a, 2012b).

Föräldrar kan ha olika beteenden, värderingar och sätt att hantera situationer kring barnet. När man diskuterar föräldrars engagemang i barnfetmabehandling bör man först definiera vad som menas med föräldrafärdigheter. I denna uppsats definieras föräldrafärdigheter som graden av självförtroende föräldrar har på sin egen förmåga i föräldrarollen. Ämnet uppfostran är känsligt för många föräldrar inte minst för dem med överviktiga barn (Pierce & Wardle, 1997). Forskningen visar även att överviktiga föräldrar oftare får överviktiga barn än normalviktiga föräldrar (Lönqvist, 2007). Som förälder kan det vara svårt att få ihop pusslet med familj, jobb och ekonomi. Många föräldrar vet troligen vad som är hälsosamma vanor men inte hur de ska implementera dem hos sina barn. I en internationell studie framgår det att föräldrar till barn med övervikt eller fetma blir kritiserade på grund av deras barns viktproblem, vilket leder till skuld och skamkänslor hos föräldrarna (Pierce & Wardle, 1997). I samma studie ser man att en del föräldrar har svårt att acceptera sitt barns övervikt och flera föräldrar känner att de inte kan lösa detta överviktsproblem. Enligt andra internationella studier kan ett lågt självförtroende hos föräldrar vara en barriär till att försöka förändra barns beteenden kopplat till nutrition och fysisk aktivitet (Smith et al., 2010; West & Sanders, 2009). I en australiensisk studie såg man ett samband mellan självförtroende hos föräldrar och hur de begränsade sitt barns TV-tittande och även till huruvida barnet uppnådde rekommendationerna angående fysisk aktivitet (Smith et al., 2010).

Många föräldrar upplever det svårt att begränsa sina barns skärmtid. Vad som räknas som för mycket skärmtid kan vara individuellt, dock finns det rekommendationer gällande TV-tittande. The American Academy of Pediatrics (AAP, 2001) har följande rekommendationer angående skärmtid; barn bör inte ha TV i sitt rum, barn under två år bör inte se på TV och man bör begränsa skärmtiden till en till två timmar om dagen för barn över två år. Detta är en rekommendation som troligtvis överskrids av många barn i Sverige. I studien "Identification and prevention of Dietary- and lifestyle- induced health Effects In Children and infants" (IDEFICS) jämförde man TV-vanorna i åtta europeiska länder, varav en av dem var Sverige. I

genomsnitt tittade svenska barn lika mycket på TV som barnen i de andra länderna, men i Sverige var det mindre vanligt att äta framför TV:n, vilket skulle kunna vara en del av förklaringen till att andelen överviktiga barn var lägre i Sverige. På individnivå sågs det att barn som åt framför TV:n i högre grad var överviktiga än barn som inte åt framför TV:n (Lissner et al., 2012).

Genom att öka förståelsen för föräldrars medvetenhet om barns beteenden kan råden och vilket sätt råden förmedlas på, förbättras och på så sätt ge en mer individanpassad behandling. För att utvärdera effekten av föräldrainterventioner och för att kunna utveckla barnfetmabehandlingen behövs evidensbaserade validerade instrument. Vid utveckling av dessa instrument är det viktigt att identifiera vilka utmaningar föräldrar möter gällande barns livsstilsrelaterade beteenden samt hur föräldrar upplever att de kan hantera dessa utmaningar. Som tidigare nämnts är barnfetma ett problem i hela världen och Australien är ett land med hög prevalens. Enligt Australian Government National Health and Medical Research Council (NHMRC) var 25 % av barnen överviktiga och 6 % led av fetma år 2007. I Australien tog en forskargrupp fram ett instrument för att utveckla behandlingen av barnfetma. Instrumentet kallas the Lifestyle Behaviour Checklist (LBC), det är ett instrument som avser att mäta barns beteenden och föräldrafärdigheter av betydelse för främjandet av en hälsosam livsstil (West & Sanders, 2009). West's forskargrupp utförde två studier i Australien för att testa instrumentets validitet (West et al., 2009; West et al., 2010). Resultaten visade att enkäten hade en god validitet med hög intern reliabilitet samt god samstämmighet med andra instrument. I den första studien undersöktes det huruvida instrumentet kunde skilja på föräldrar till barn med fetma och föräldrar till barn utan fetma (West & Sanders, 2009). Föräldrar till obesa barn rapporterade mer livsstilsrelaterade beteendeproblem och lägre självförtroendenivåer än familjer med normalviktiga barn.

Nederländerna var det första land som validerade enkäten utanför Australien (Gerards et al., 2013). Resultatet av denna studie var att man ansåg att instrumentet var ett lämpligt verktyg för att mäta föräldrars upplevelser av barnets viktrelaterade beteendeproblem och graden av självförtroende i att möta problemet. I en undersökning som pågick år 2007-2010 i Nederländerna såg man att 12-17 % av barnen var överviktiga och 3-5 % led av fetma (National Institute for Public Health and the Environment, 2011).

Syn på föräldraskap är starkt kulturellt präglad (Power et al., 2013). Sättet att uppfostra barn på varierar mellan olika kulturer och det finns många stilar, värderingar och attityder som påverkar barns livsstilsrelaterade beteenden (LeCuyer et al., 2011; Moens et al., 2007). Därför behövs det studier i Sverige som undersöker vilka beteenden som specifikt svenska föräldrar till barn med övervikt eller fetma upplever som mest besvärliga i sin uppfostran samt hur de hanterar dessa beteenden.

2. Syfte

Syftet är att undersöka i vilken utsträckning föräldrar till överviktiga respektive normalviktiga barn upplever olika beteenden kopplade till mat och måltider, stillasittande och fysisk inaktivitet som problematiska, samt hur självsäkra de känner sig på att hantera dessa problem. Våra resultat jämförs dessutom med tidigare liknande studier i Nederländerna och Australien där man har använt sig av LBC.

2.1. Frågeställningar

- Upplever föräldrar till överviktiga barn mer problem relaterat till måltidsituationer jämfört med föräldrar till normalviktiga barn?
- Upplever föräldrar till överviktiga barn mer problem med barnets stillasittande framför TV:n än föräldrar till normalviktiga barn?
- Har föräldrar till överviktiga barn lägre självförtroende att hantera dessa problem än föräldrar till normalviktiga barn?
- Finns det någon skillnad i upplevda beteendeproblem hos barn och graden av självförtroende hos föräldrar i Sverige, Nederländerna och Australien?

3. Material och metod

Den kvantitativa tvärsnittsstudien var ett uppdrag från Karolinska Institutet (KI), i Huddinge, som ingår i det pågående forskningsprojektet Mer och Mindre (MoM) som drivs vid KI. Ansvarig forskare är Paulina Nowicka. MoM startade i början av 2013 och det övergripande syftet är att utveckla och utvärdera nya effektiva metoder för behandling av övervikt och fetma hos barn. MoM är en randomiserad kontrollerad studie som genomförs i samarbete med barnhälsovården och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) i Stockholm. I studien deltar familjer med barn i fyra till sex årsåldern (n=120). Deltagande barn har fetma och remitterats från barnhälsovården i Stockholm. Familjerna randomiseras antingen till standardbehandling vid BUMM (n=60) eller till att få genomgå ett särskilt föräldrastödsprogram (n= 60). Behandlingarna syftar till att erbjuda föräldrar stöd i att hjälpa sina barn till en hälsosam vikt. MoM-studien pågår under ett år och barnet mäts och vägs vid behandlingsstart, efter tre månader och sex månader samt efter ett år (läs mer om studien på www.ki.se/merochmindre).

Forskargruppen vid KI bestämde urvalet för denna uppsats i förväg och har tagit fram bakgrundsenkäten (för bakgrundsenkät se bilaga 2). Även följebrev med information till studiens deltagare har skrivits av forskargruppen. LBC har översatts från engelska till svenska och en mindre pilotstudie har gjorts på den översatta versionen innan denna studie startade. Valideringsstudien är godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, diarienummer: 2013/1628-31/2.

3.1. The Lifestyle Behaviour Checklist (LBC)

LBC avser att mäta i vilken grad föräldrar upplever olika beteenden hos barn med övervikt och fetma som ett problem samt hur säkra de känner sig på att hantera dessa beteenden. LBC består av 25 frågor med ett horisontellt format. Frågorna tar upp fyra olika problemområden; 1) Problem med ätbeteende, 2) Överätande, 3) Känsloproblem och problem med jämnåriga, 4) Fysisk aktivitet. Frågorna är uppdelade i två skalor: problemskalan och självförtroendeskalan. På problemskalan uppger föräldrarna i vilken utsträckning ett beteende hos barnet (t.ex. äter i smyg) är ett problem för dem på en skala från 1 (inte alls) till 7 (väldigt stort problem). På självförtroendeskalan anger föräldrarna hur stort självförtroende de har i att hantera det efterfrågade beteendet på en skala från 1 (säker på att jag inte kan hantera det) till 10 (säker att jag kan hantera det). Poängen från de 25 frågorna adderas för att skapa ett mått på frekvensen av de livsstilsrelaterade beteendeproblemen hos barnet samt för att erhålla en nivå av självförtroende hos föräldern i livsstilsrelaterade situationer. En hög poäng på problemskalan indikerar att beteendet uppfattas som väldigt problematiskt av den svarande föräldern och en låg poäng på problemskalan indikerar att beteendet inte upplevs som något stort problem. En hög poäng på självförtroendeskalan indikerar att föräldern känner sig säker på att kunna hantera beteendet och en låg poäng på samma skala indikerar att föräldern känner sig osäker på att kunna hantera beteendet.

På problemskalan går poängen från 25 till 175, och en rekommenderad klinisk cutoff är >50 poäng (West et al., 2009). På självförtroendeskalan går poängen från 25 till 250, och en rekommenderad klinisk cutoff är <204 poäng (West et al., 2009). Med cutoff menas att man kan bestämma sig för att utesluta vissa individers värden om de ligger under ett visst värde (Abrahamsson, 2006). En klinisk cutoff är sålunda en gräns för att identifiera vilka patienter som kan vara i behov av behandling.

3.2. Översättning av enkäten

För att kunna använda LBC på en svensk population har den översatts enligt vedertagna rekommendationer (Aaronson et al., 2002; Hagell et al., 2010; Streiner & Norman 2008). Först översattes originalversionen av två av varandra oberoende översättare vars modersmål var svenska. De svenska versionerna översattes sedan tillbaka till engelska av två andra av varandra oberoende översättare vars modersmål var engelska och dessa versioner jämfördes med originalet. Skillnad mellan versionerna diskuterades innan en slutgiltig version av enkäten sammanställdes. För att undersöka enkätens innehållsvaliditet utförde forskargruppen vid KI kognitiva intervjuer med fem föräldrar till barn i fyra till sexårsåldern som deltar i MoM-studien. Efter intervjuerna justerades frågorna ytterligare till en slutversion av enkäten. Förändringarna gjordes i överenskommelse med enkätens australiensiska grundare.

3.3. Urval

Urvalet var ett icke slumpmässigt urval, vilket innebär att det troligtvis inte går att generalisera resultaten till hela Sverige. Förväntad svarsfrekvens var <50%, vilket överensstämmer med liknande studier (Svensson et al., 2011). Forskargruppen på KI motiverade urvalet med att det skulle vara lättillgängliga områden samt minska risken för språkliga missförstånd och låg svarsfrekvens eftersom enkäterna var på svenska. Förskolor i andra områden blev tillfrågade men tackade nej med olika motiveringar så som tidsbrist och att barnfetma kunde vara ett känsligt ämne. I tabell 1 visas demografisk data över de områden i Stockholm där de deltagande förskolorna var belägna. Statistik hämtades från Statistiska Centralbyrån (SCB) (SCB; 2012), Barnhälsovårdsrapporten 2012 (SLL), Folkhälsorapport 2009 (Socialstyrelsen), Nutid & framtid- om Stockholmsregionens utveckling 2012 (Länsstyrelsen i Stockholms län) samt webbsidorna www.migrationsinfo.se och www.statistikomstockholm.se

Tabell 1. Demografiska variabler över utvalda områden i Stockholm i procent (%)

Område	Prevalens av övervikt hos 4 – åriga barn	Prevalens av fetma hos 4-åriga barn	Prevalens av övervikt och (fetma) hos kvinnor	Prevalens av övervikt och (fetma) hos vuxna män	Andel med eftergymnasial utbildning	Andel invånare med utländsk bakgrund
Sverige	15-20*	3-5*	28 (10)	41 (10)	32	15
Stockholm	9	2	25 (11)	41 (12)	48	35
Bromma	9	1	20 (5)	38 (8)	62	24
Ekerö	9	1	24 (6-7)	41 (8-9)	38	10
Huddinge	10	2	24 (12)	45 (15)	34	26
Tullinge (Botkyrka)	13	4	28 (17)	45 (18)	26	37
Södermalm (Hammarby Sjöstad)	7	0,4	20 (9)	38 (4)	64	21
Årsta (Årstaberget)	9	2	25 (10)	35 (15)	47	37

*Dessa siffror gäller barn i alla åldrar, ej endast fyraåringar.

3.4. Bakgrundsenkät

I bakgrundsenkäten ingick frågor om dagens datum, relation till barnet (mor, far, annan), om deltagaren fyllde i enkäten själv eller fick hjälp, antal barn deltagaren hade och barnens åldrar. Vidare efterfrågades vilket kön det deltagande barnet hade, födelsedatum för barnet, födelseland samt datum för senaste besöket vid Barnavårdscentralen (BVC) och längd och vikt vid detta tillfälle. Måtten från BVC användes för att minska risken för felrapportering, då deras vågar var kalibrerade. Dessutom ställdes frågor om barnet hade någon kronisk sjukdom. Födelsedatum och födelseland för föräldern samt dennes vikt och längd ingick även. Respondenten fick fylla i sin högsta utbildningsnivå samt vilket språk som i första hand talades i hemmet. För att se bakgrundsenkät, se bilaga 2.

3.5. Reliabilitet och validitet

Reliabilitet handlar om huruvida undersökningen är tillförlitlig, om den går att upprepa och då ger samma resultat (Eliasson, 2010). Flera olika frågor i enkäten undersökte liknande problem t.ex. frågan 16 *”Tittar för mycket på TV”* och 17 *”Spenderar för mycket tid på att spela TV- eller dataspel”*, vilket på så vis kunde öka studiens reliabilitet. Stickproven som gjordes vid datainmatningen bidrog till en högre reliabilitet, då de minskade risken för felinmatning och felkodning.

Validitet handlar om huruvida undersökningen faktiskt mäter det som man avser att mäta (Eliasson, 2010). I denna studie innebar validitet att problemskalan mäter i vilken grad olika beteenden hos barnet upplevdes som problematiska för föräldrarna och att självförtroendeskalan mätte föräldrarnas nivå av självförtroende att hantera dessa beteenden.

3.6. Definitioner och avgränsningar

I denna studie har vi valt att fokusera på de frågor i LBC som fokuserar på ämnena; ”beteende kring mat och måltider” samt ”stillasittande skärmtid”, sammanlagt fyra av enkätens 25 frågor. Dessa fyra frågor är fråga 2 *”Äter för mycket”*, 3 *”Äter onyttiga mellanmål”*, 7 *”Vägrar att äta viss mat”* samt 16 *”Tittar för mycket på TV”*. Jämförelsen mellan hur svenska föräldrar svarat relaterat till australiensiska och nederländska föräldrar kom att göras på enbart dessa fyra frågor.

Då inga av de deltagande barnen led av fetma delades barnen in i två kategorier; normalvikt (även underviktiga barn ingick i denna grupp) och övervikt. Uppdelningen i normalvikt och övervikt gjordes med hjälp av Cole’s isoBMI tabell (Cole et al., 2000).

När högutbildade föräldrar nämns i denna studie, menas de personer som har universitets- högskoleexamen eller motsvarande.

3.7. Litteratursökning

Litteratursökningen genomfördes med hjälp av databasen PubMed via Uppsala Universitetsbibliotek. Utifrån detta har även ett flertal vetenskapliga artiklar erhållits av forskare inom MoM-studien. Inklusionskriterierna för användning av artiklar var tillgång till full text och publicering på engelska eller svenska. Sökord som användes var: parenting, severely, obese, children, behavioural, treatment. Dessutom har referenser i bok och webbform nyttjats.

3.8. Datainsamling

Totalt delades 595 enkäter ut på förskolor (n=20) i Stockholmsområdet, där Huddinge, Tullinge, Bromma, Södermalm (Hammarby Sjöstad), Årsta (Årstaberget) och Ekerö ingick. Kollektivtrafik användes som transportmedel vid utdelning av enkäterna. Kuverten med enkäten delades ut till ansvariga förskolepedagoger som blev ombudade att lämna ett kuvert till varje barn född 2008/2009. Ifyllda enkäter skickades sedan tillbaka till forskningsgruppen i bifogat frankerat svarskuvert. Kuvertet innehöll ett följebrev med information om studien, kontaktuppgifter till studieansvariga, en bakgrundsenkät, LBC-enkäten samt tre andra enkäter som ingår i valideringsstudien inom MoM-projektet. Deltagarna fick ingen ersättning för sin medverkan. Efter ca en och en halv vecka lämnades en muntlig och en skriftlig påminnelse ut till förskolorna, då endast 160 enkäter lämnats in. En vecka efter påminnelsen anlände de sista enkäterna och databasen stängdes med det totala antalet 196 enkäter, vilket gav en svarsfrekvens på 33 %.

3.9. Databehandling

Resultatdata matades in i programvaran Microsoft Office Excel 2010. Inmatningen skedde fortlöpande. Oklarheter kring vissa svar och uteblivna svar antecknades i ett dokument i Microsoft Office Word 2010 för att senare underlätta analysen. Databehandlingen utfördes tillsammans med två andra dietiststudenter då de deltog i en annan del av valideringsprojektet inom MoM. Flera stickprov gjordes dagligen för att minska risken för felkodning. SPSS Statistics version 22 (2013) användes för analyserna. Deskriptiv statistik användes för att presentera medelvärde och standardavvikelse av de kvantitativa kontinuerliga variablerna men även för att räkna ut antal och procent.

För att kunna validera LBC för en svensk population planerar forskargruppen i MoM-studien vid KI att göra ytterligare statistiska tester för att se om den översatta enkäten överensstämmer med West's originalenkät.

3.10. Bortfall

I analysen varierade antalet respondenter mellan problemskalan och självförtroendeskalan. Antalet svarande varierade även mellan de olika frågorna inom skalorna. Med hänsyn till studiens syfte analyserades inte fråga 20-25 då de ansågs mindre relevanta för den valda åldersgruppen. Dock ingick de i uträkningen av frågornas totalpoäng i tabell 2. Externt bortfall uppgick till 67 % (n=399), dessa valde att ej svara på enkäten inom angiven tidsram. Inget barn exkluderas på grund av kronisk sjukdom. Det finns olika sätt att hantera internt bortfall. I databehandlingen användes metoden Exclude cases pairwise i SPSS. Metoden innebär att deltagaren endast räknas bort i den fråga där personen har missat att svara. Deltagaren är fortfarande kvar i analysen av övriga frågor där svar har lämnats (Pallant, 2010). Denna metod valdes av KI för att inte exkludera allt för många från stickprovet vilket metoden Exclude cases listwise hade gjort. Risken för ett missvisande resultat minskades genom att undvika metoden Replace with mean (Pallant, 2010).

3.11. Forskningsetiska grundprinciper

De etiska aspekterna är viktiga att begrunda i all forskning, särskilt då barn är involverade. Det finns fyra grundprinciper inom forskningsetik (Bryman, 2011):

- Informationskravet innebär att de tillfrågade ska veta att det är frivilligt att delta, att de har rätt att hoppa av när de vill och att de vet vad studien handlar om.
- Samtyckeskravet innebär att deltagarna själva har rätt att bestämma över sin medverkan.
- Konfidentialitetskravet innebär att uppgifterna om deltagarna inte ska nås av obehöriga.
- Nyttjandekravet innebär att uppgifterna som samlas in om deltagarna endast får användas för studiens ändamål.

I denna studie samlades data in anonymt och deltagandet var frivilligt. Tydlig information om studien samt kontaktuppgifter till studieansvariga medföljde kuverten. Vid rekrytering av deltagare godkände förskolepersonalen om deras förskola skulle delta i studien. Föräldrarna till barn i åldrarna fyra till fem år fick i sin tur sedan välja om de ville delta genom att fylla i enkäten eller låta bli. I enkätkuvertet följde förutom enkäterna även ett informationsbrev med information angående studien och vad enkäterna skulle användas till. Förskolepersonalen hade även på förhand fått information kring studien. För att informera föräldrarna ytterligare användes samma informationsbrev som följde med enkätkuvertet, i kapprummet på förskolorna. Det framgick i informationsbrevet att insamlade uppgifter från deltagarna endast skulle komma att användas i denna uppsats och i valideringsstudien för MoM. De kommer således inte att utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften. Deltagarna var redan från början anonyma i och med att föräldrarna kunde skicka in svarskuverten själv och då helt utan information varifrån de skickats. I denna studie framkom inga uppgifter om deltagarna som skulle kunna identifiera dem. Detta innebär att det skall vara praktiskt omöjligt för utomstående att komma åt personuppgifterna. Denna studie uppfyllde därför de forskningsetiska grundprinciperna.

4. Resultat

Det totala antalet respondenter i analysen uppgick till 196 personer (n=196). Av dessa saknade 22 stycken barn vikt- och längduppgifter. Könsfördelningen mellan respondenternas barn var 53 % flickor och 47 % pojkar. Enligt Cole (2000) klassificerades 8 % (n=16) av barnen som överviktiga. Av dessa var 62,5 % (n=10) flickor och 37,5 % (n=6) pojkar. Andelen svarande mammor var 81,5 % (n=160) och andelen pappor var 18 % (n=35). Det förekom även att föräldrar inom en familj fyllde i enkäten tillsammans (0,5 % (n=1) av respondenterna). Av de mammor som besvarat enkäterna var 72 % högutbildade och av papporna var andelen 71 %. Andelen föräldrar med övervikt eller fetma var 25 % av mammorna och 43 % av papporna. I 14 % av familjerna hade den responderande föräldern utländsk bakgrund och i 98 % av familjerna talades i första hand svenska i hemmet.

4.1. Totalpoäng och gruppskillnader i the Lifestyle Behaviour Checklist (LBC)

Som framgår av tabell 2 sågs det ingen större skillnad i genomsnittlig totalpoäng mellan föräldrar till normalviktiga och överviktiga barn på någon av skalorna. Vid jämförelse av de genomsnittliga totalpoängen mellan mammor och pappor sågs större skillnader. Mammor till överviktiga upplevde minst problem och högst självförtroende av alla föräldrar medan pappor till överviktiga upplevde mest problem samt lägst självsäkerhet i att hantera dessa beteenden.

Tabell 2. Den genomsnittliga totalpoängen för föräldrar till normalviktiga respektive överviktiga barn samt utifrån om det är en mamma eller pappa som har svarat

Grupper	LBC problem Totalpoäng (25-175)	Klinisk cutoff	LBC självförtroende Totalpoäng (25-250)	Klinisk cutoff
Föräldrar till normalviktiga barn (n=180)	39	>50	210	<204
Föräldrar till överviktiga barn (n=16)	38		213	
Pappor till normalviktiga barn (n= 33)	43		208	
Pappor till överviktiga barn (n=3)	46		173	
Mammor till normalviktiga barn (n=147)	39		210	
Mammor till överviktiga barn (n=13)	36		225	

4.2. Övergripande resultat hos föräldrar till normalviktiga och överviktiga barn

Vid redovisning och analys av resultaten från de två föräldragrupperna användes främst andelar (%). Detta för att på ett bra sätt kunna jämföra mellan grupperna. Gruppstorlekarna varierade och därför redovisas även, inom parentes, antalet respondenter för varje fråga. Antalet respondenter i normalviktsgruppen och överviktsgruppen varierade på problemskalan mellan 162-164 respektive 14-15. Antalet respondenter i normal- och överviktsgruppen på självförtroendeskalan varierade mellan 146-154 respektive 14-15. Nedan redovisas studiens övergripande resultat, för samtliga resultat i sin helhet se bilaga 3 och 4.

Majoriteten av föräldrar till både normalviktiga och överviktiga barn upplevde att beteenden beskrivna i tabell 3 och tabell 4 inte sågs som problematiska och att de upplevde en hög självsäkerhet i att hantera dessa.

Tabell 3. Andel (%) (antal=n) föräldrar som svarat svarsalternativ 1 (inte alls) på problemskalan

Påstående	Föräldrar till normalviktiga barn % (n)	Föräldrar till överviktiga barn % (n)
1A. Äter för snabbt	80,5 (132)	80,0 (12)
5A. Skriker om mat	70,1 (115)	80,0 (12)
6A. Får raseriutbrott över mat	82,7 (134)	93,1 (14)
8A. Bråkar om mat	73,2 (120)	60,0 (9)
9A. Vill ha extra portioner vid måltider	65,9 (108)	57,1 (8)
11A. Vill ha mat när ni handlar eller gör annat utanför hemmet	56,1 (92)	73,3 (11)
12A. Smyger till sig mat fastan barnet vet att det inte borde	93,3 (153)	93,3 (14)
13A. Gömmer undan mat	98,8 (161)	100 (15)
14A. Tar mat från andra	96,9 (158)	100 (15)
15A. Äter för att trösta sig när det är besviket eller deprimerat	99,4 (162)	100 (15)
19A. Vill inte vara fysiskt aktiv	72,4 (118)	64,3 (9)

Tabell 4. Andel (%) (antal=n) föräldrar som har svarat svarsalternativ 10 (säker på att hantera det) på självförtroendeskalen

Påstående	Föräldrar till normalviktiga barn % (n)	Föräldrar till överviktiga barn % (n)
1B. Äter för snabbt	57,8 (89)	53,3 (8)
5B. Skriker om mat	57,2 (87)	57,1 (8)
6B. Får raseriutbrott över mat	56,3 (85)	53,3 (8)
8B. Bråkar om mat	52,9 (82)	40,0 (6)
9B. Vill ha extra portioner vid måltider	61,0 (94)	53,3 (8)
11B. Vill ha mat när ni handlar eller gör annat utanför hemmet	53,6 (82)	53,3 (8)
12B. Smyger till sig mat	59,9 (91)	66,7 (10)
13B. Gömmer undan mat	61,8 (94)	66,7 (10)
14B. Tar mat från andra	61,6 (93)	60,0 (9)
15B. Äter för att trösta sig när det är besviket eller deprimerat	58,0 (87)	60,0 (9)
19B. Vill inte vara fysiskt aktiv	49,0 (73)	42,9 (6)

I följande frågor sågs en större spridning i svaren, därför redovisas de i text.

De flesta föräldrar i båda grupper ansåg att ”*Klagar över att behöva vara fysiskt aktiv*” inte vara ett problematiskt beteende. På problemskalan hade svarsalternativ 1 besvarats av 56,4 % (n=92) i normalviktsgruppen och 53,3 % (n=8) i överviktsgruppen. Även gällande hur säkra

föräldrarna kände sig på att hantera situationen valde 57,7% (n=86) i normalviktsgruppen och 50 % (n= 7) i överviktsgruppen svarsalternativ 9 och 10, alltså att de upplevde sig vara säkra.

Vid jämförelse mellan normalvikts- och överviktsgruppen angående "*Klagar på maten*" skattade en högre andel av föräldrarna i normalviktsgruppen detta beteende som mer problematiskt än vad föräldrarna i överviktsgruppen gjorde. I den normalviktiga gruppen hade 12,9% (n=21) svarat alternativ 6 och 7 (våldigt mycket) på problemskalan till skillnad från 0 % i den överviktiga gruppen. Andelen föräldrar som ansåg att problemet inte alls fanns (alternativ 1) var 18,4% (n=30) av den normalviktiga gruppen och 46,7 % (n=7) i överviktsgruppen. På självförtroendeskalen svarade många föräldrar till överviktiga barn att de var säkra på att hantera beteendet (alternativ 10), 60 % (n=9) i jämförelse med föräldrar till normalviktiga barn där samma alternativ fyllts i av 37,7% (n=58).

Majoriteten av föräldrar till normalviktiga barn (63,2 %, n=103) och även föräldrar till överviktiga (80 %, n=12) upplevde inget alls eller ett mycket litet problem (alternativ 1 & 2) kring påståendet "*Spenderar för mycket tid på att spela TV- eller dataspel*". Flertalet i båda grupperna ansåg sig vara säkra på att kunna hantera detta (alternativ 9 & 10); i överviktsgruppen 71,4 % (n=10) och i normalviktsgruppen 52,9 % (n=80). Dock skattade 6,6 % (n=10) av föräldrarna i normalviktsgruppen svarsalternativ 1-4 på självförtroendeskalen, alltså en osäkerhet att hantera situationen. Ingen förälder i överviktsgruppen hade fyllt i varken alternativ 1, 2, 3 eller 4.

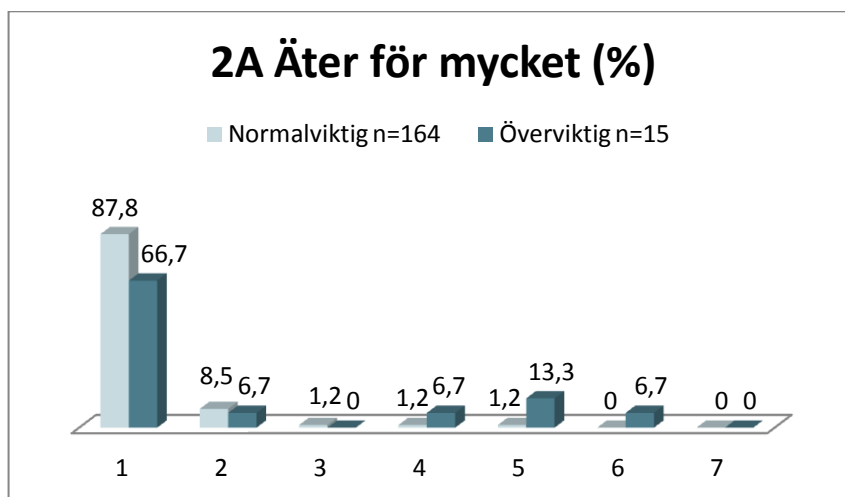
I påståendet "*Ber ständigt om mat mellan måltiderna*" hade 84,6 % (n=138) av föräldrarna till normalviktiga svarat att de inte alls eller i liten grad (alternativ 1 & 2) upplevde beteendet som problematiskt, motsvarande i överviktsgruppen var 90 % (n=12). Att beteendet var ett väldigt stort problem ansåg 6,7 % (n=1) av föräldrarna till överviktiga samt 2,5 % (n=4) av föräldrar till normalviktiga. Angående självsäkerheten kring hanterandet av detta beteende upplevde 78,4 % (n=120) av normalviktsgruppen och 73,4 % (n=11) av överviktsgruppen att självförtroendet var relativt högt (alternativ 8,9 & 10). Andelen föräldrar som upplevde att de inte alls var säkra på hur de skulle handskas med situationen var 6,7 % (n=1) i överviktsgruppen och 2 % (n=3) i normalviktsgruppen.

Sammanfattningsvis sågs inga större problem med vare sig beteende hos barnet eller självförtroende hos föräldrar till normalviktiga och överviktiga barn. Däremot upplevde föräldrar till överviktiga barn "*Klagar på maten*" och "*Spenderar för mycket tid på att spela TV- eller dataspel*" som ett något mindre problem än vad föräldrar till normalviktiga upplevde det som. Dessutom var självförtroendet högre hos föräldrar i överviktsgruppen i dessa två frågor.

Då denna uppsats fokuserar på barns beteenden kring mat och måltid samt stillasittande skärmtid redovisas fyra utvalda frågor inom områdena i följande avsnitt.

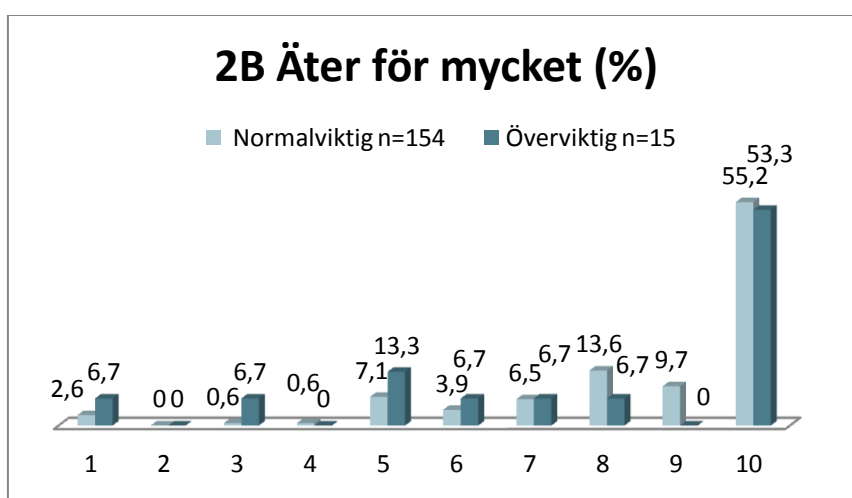
4.3. Beteende kring mat och måltider

Figur 1 visar att barnet "Äter för mycket" inte upplevdes som något problem (alternativ 1) av majoriteten i normalviktsgruppen samt hos de flesta i överviktsgruppen. Dock sågs beteendet som mer vanligt förekommande hos överviktsgruppen när man tittar på samtliga staplar i figuren.



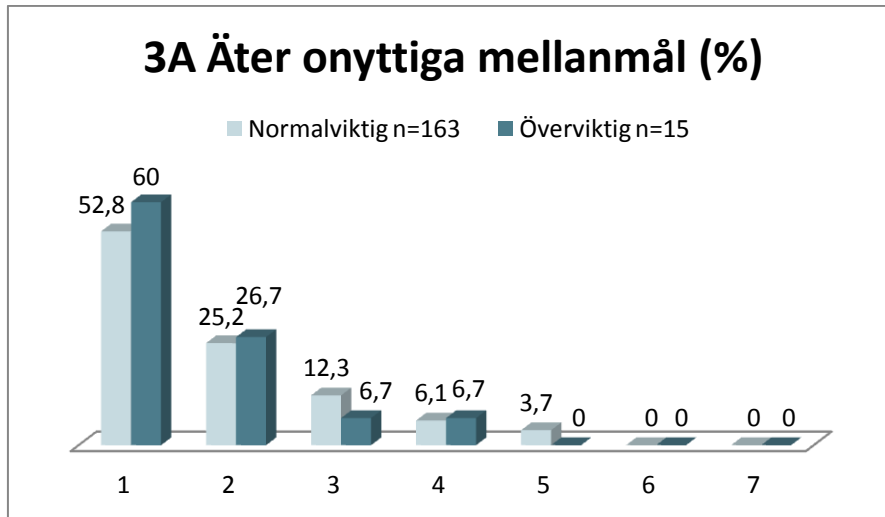
Figur 1. LBC problemskala fråga 2A. Andelen respondenter från normalvikts- och överviktsgruppen. Skalan går från 1 (Inte alls) till 7 (Väldigt mycket).

Angående hur föräldrarna uppskattat sitt självförtroende i att hantera samma beteende ansåg större delen av båda grupperna att de med stor säkerhet skulle kunna handskas med situationen. En större andel föräldrar till överviktiga barn upplevde lägre självförtroende inför situationen, se figur 2.



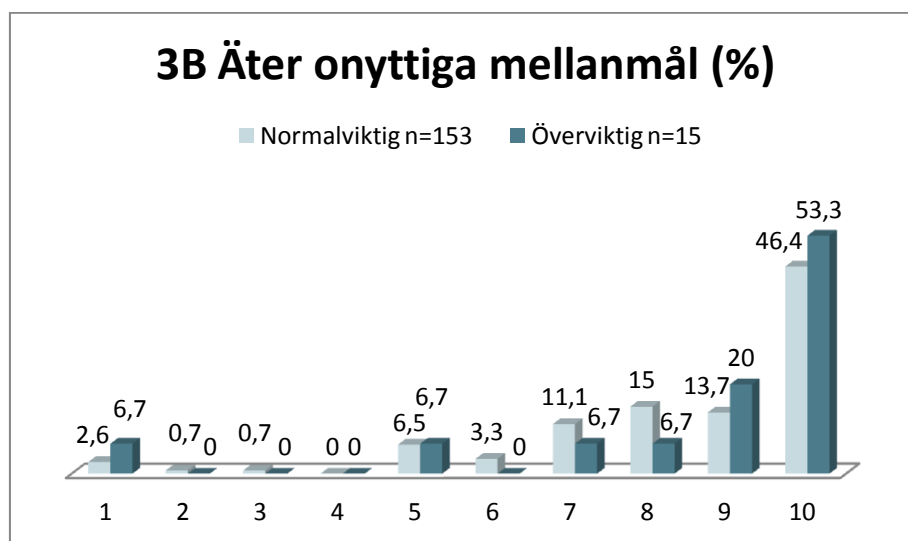
Figur 2. LBC självförtroendeskala fråga 2B. Andelen respondenter från normalvikts- och överviktsgruppen. Skalan går från 1 (Säker på att jag inte kan hantera det) till 10 (Säker på att jag kan hantera det).

Som figur 3 visar angående huruvida barnet ”Äter onyttiga mellanmål” upplevde merparten av föräldrarna i båda grupper att problemet inte fanns. Ingen av grupperna ansåg att det var ett stort eller väldigt stort problem (alternativ 6 & 7).



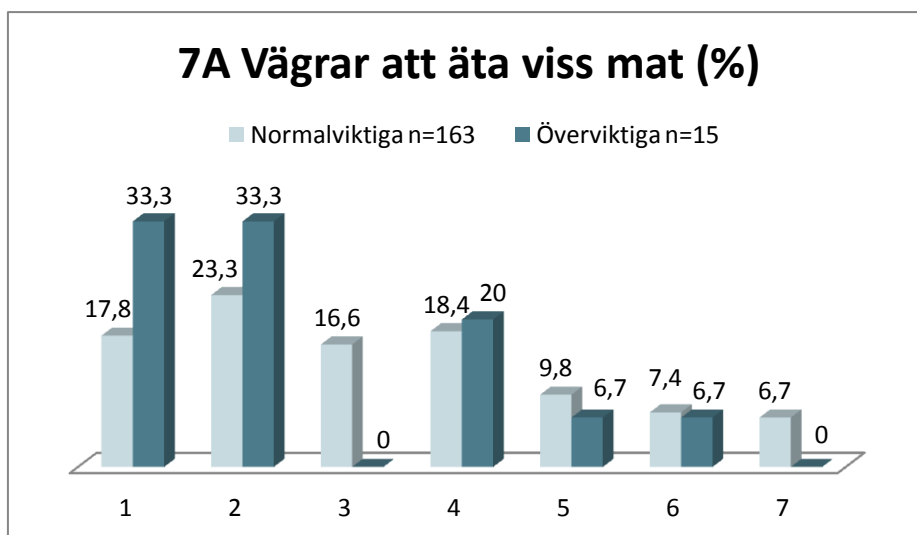
Figur 3. LBC problemskala fråga 3A. Andelen respondenter från normalvikts- och överviktsgruppen. Skalan går från 1 (Inte alls) till 7 (Väldigt mycket).

Som framgår av figur 4 upplevde de flesta föräldrar i både normalvikts- och överviktsgruppen att de kände sig säkra på att hantera beteendet ”Äter onyttiga mellanmål”. Dock var gruppen med föräldrar till överviktiga barn något säkrare på att hantera problemet.



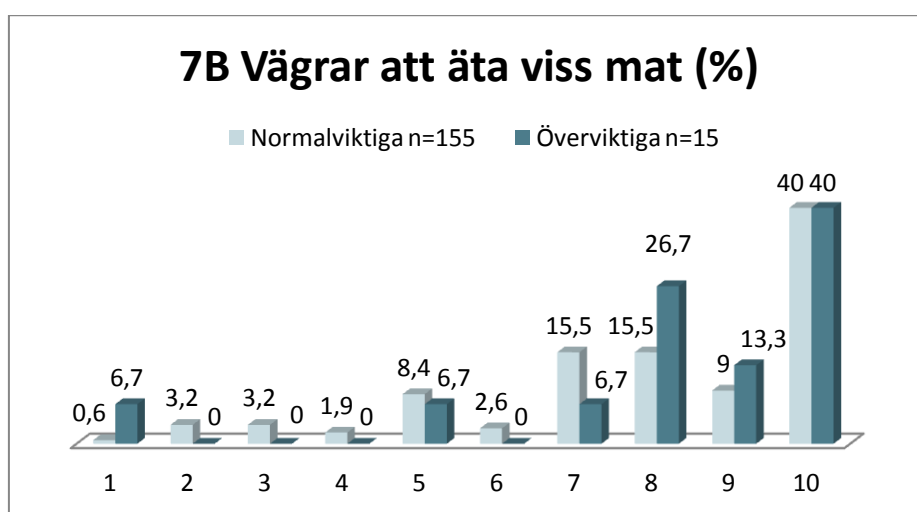
Figur 4. LBC självförtroendskala fråga 3B. Andelen respondenter från normalvikts- och överviktsgruppen. Skalan går från 1 (Säker på att jag inte kan hantera det) till 10 (Säker på att jag kan hantera det).

Vilket visas av figur 5 upplevdes "Vägrar att äta viss mat" som ett relativt litet problem. En hög andel av föräldrar i överviktsgruppen (66,6 % (n=10)) hade svarat inte alls, lite eller en del problem (svarsalternativ 1, 2 & 3) kring beteendet. Motsvarande i normalviktsgruppen var 57,7 % (n=94). Några få i normalviktsgruppen ansåg att det fanns stora problem kring matvägran, dock var det ingen i överviktsgruppen som upplevde dessa problem.



Figur 5. LBC problemskala fråga 7A. Andelen respondenter från normalvikts- och överviktsgruppen. Skalan går från 1 (Inte alls) till 7 (Väldigt mycket).

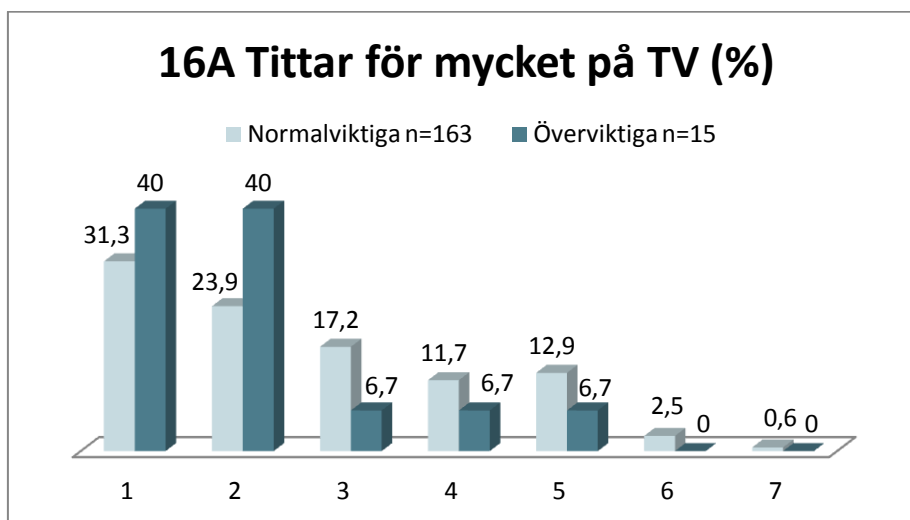
Resultatet för "Vägrar att äta viss mat" (se figur 6) var att normalviktsgruppen upplevde ett något lägre självförtroende i att hantera beteendet jämfört med överviktsgruppen. Som figur 6 visar hade totalt 64,5 % (n=100) i normalviktsgruppen och 80 % (n=12) i överviktsgruppen angivit antingen 8,9 eller 10 på självförtroendeskalan.



Figur 6. LBC självförtroendeskala fråga 7B. Andelen respondenter från normalvikts- och överviktsgruppen. Skalan går från 1 (Säker på att jag inte kan hantera det) till 10 (Säker på att jag kan hantera det).

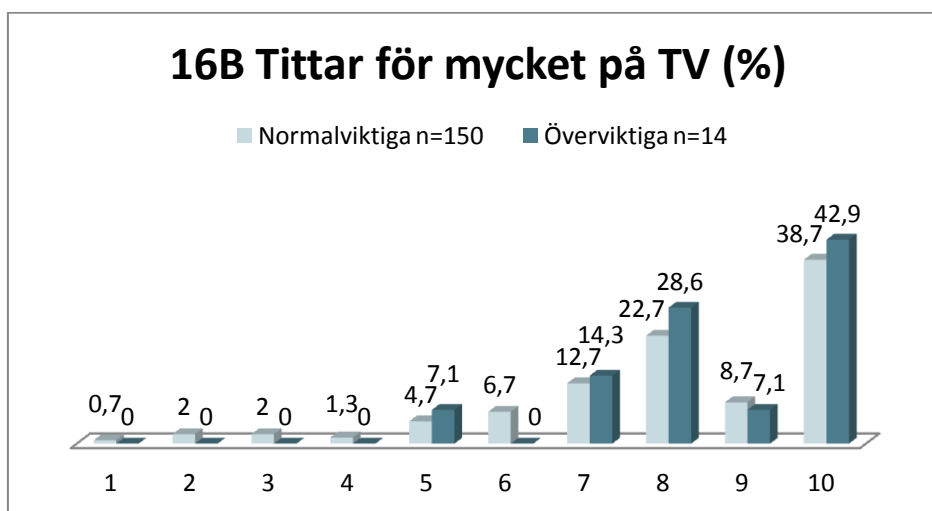
4.4. Stillasittande skärmtid

Som framgår av figur 7 upplevde merparten av föräldrarna till överviktiga barn att barnets TV-tittande var ett litet problem eller att det överhuvudtaget inte var problematiskt. I normalviktsgruppen sågs en större spridning bland svarsalternativen.



Figur 7. LBC problemskala fråga 16A. Andelen respondenter från normalvikts- och överviktsgruppen. Skalan går från 1 (Inte alls) till 7 (Väldigt mycket).

Som framgår av figur 8 ansåg sig föräldrar till överviktiga barn i något högre grad vara säkra på hur de skulle hantera om barnet tittar för mycket på TV i jämförelse med föräldrar till normalviktiga. Få föräldrar kände osäkerhet inför situationen.



Figur 8. LBC självförtroendskala fråga 16B. Andelen respondenter från normalvikts- och överviktsgruppen. Skalan går från 1 (Säker på att jag inte kan hantera det) till 10 (Säker på att jag kan hantera det).

4.5. Internationell jämförelse med Nederländerna och Australien

Barnens ålder varierade i de tre länderna. I Sverige var barnen fyra till fem år, i Nederländerna var barnen tre till tretton år samt i Australien låg åldersspannet mellan fyra och elva år.

Som framgår av tabell 5 varierade även gruppstorlekarna mellan länderna. I Sverige var antalet föräldrar till normalviktiga och överviktiga 180 respektive 16 stycken. Antalet nederländska föräldrar till normalviktiga barn var 242 stycken och föräldrar till överviktiga och feta var 31 stycken. Vidare i Australiens studie var föräldrarna till både normalviktiga och feta barn 62 stycken i vardera gruppen.

Då data insamlad till denna studie jämfördes med valideringsstudien av LBC i Nederländerna (Gerards et al., 2013) och LBC-studien i Australien (West & Sanders, 2009) gick det att se inom överviktsgrupperna att svenska föräldrar fick lägre poäng på problemskalan för de fyra utvalda frågorna, alltså upplevde de dessa problem i mindre utsträckning, se tabell 5. Detta kunde även ses gällande självförtroendet förutom i "*Äter för mycket*" där de nederländska föräldrarna kände sig mest säkra. Mest problem och lägst självförtroende sågs hos australiensiska föräldrar.

Bland föräldrar till normalviktiga barn upplevdes "*Äter för mycket*" mer problematiskt i Nederländerna och i Australien. Däremot upplevde nederländska och svenska föräldrar lägst självförtroende i att hantera detta. Bland föräldrar till normalviktiga var "*Äter onyttiga mellanmål*" ett större problem i Australien medan lägst självförtroende i att hantera det sågs i Nederländerna. "*Vägrar att äta viss mat*" upplevdes som mest problematiskt bland föräldrarna till normalviktiga i Sverige och möttes med lägst självförtroende i Sverige och Nederländerna.

Bland föräldrar till normalviktiga ansåg svenska föräldrar att "*Tittar för mycket på TV*" var ett större problem och lägst självförtroende angående detta sågs i Nederländerna. Vid jämförelse av de fyra frågorna sågs föräldrarna i Australien ha högst självförtroende i att hantera samtliga beteenden.

Sammanfattningsvis upplevdes totalt sett mest problem bland föräldrarna till obesa barn i Australien. Problemen sågs som mindre och uppfattades likartat bland föräldrarna till överviktiga barn i Sverige och föräldrar till normalviktiga barn i Nederländerna och Australien. Högst självförtroende av samtliga föräldrar i alla viktgrupper hade föräldrarna till normalviktiga barn i Australien och det lägsta självförtroendet fanns hos australiensiska föräldrar till obesa barn.

Tabell 5. Medelvärde i fettext och standardavvikelse inom parentes i LBC för studiens, Nederländernas samt Australiens LBC-populationer. A=problemskala och B=självförtroendeskala

Land	Sverige	Sverige	Nederländerna	Nederländerna	Australien	Australien
Viktstatus	Normalviktiga n= 180	Överviktiga n= 16	Normalviktiga n= 242	Överviktiga + obesa n= 31	Normalviktiga n= 62	Obesa n= 62
2A. Äter för mycket	1,2 (0,6)	2,1 (1,9)	1,3 (0,8)	2,5 (1,6)	1,3 (0,9)	5,3 (1,4)
2B.	8,6 (2,1)	7,7 (3,0)	8,6 (1,5)	8,0 (1,7)	9,6 (1,0)	4,5 (2,3)
3A. Äter onyttiga mellanmål ¹	1,8 (1,1)	1,6 (0,9)	1,9 (1,0)	2,7 (1,6)	2,2 (1,1)	3,9 (1,7)
3B.	8,4 (2,1)	8,5 (2,5)	8,3 (1,5)	7,5 (1,8)	9,0 (1,5)	6,0 (2,4)
7A. Vägrar att äta viss mat	3,3 (1,8)	2,5 (1,6)	2,6 (1,5)	2,6 (1,7)	2,2 (1,3)	3,0 (1,8)
7B.	8,0 (2,3)	8,2 (2,5)	8,0 (1,8)	7,8 (1,7)	8,8 (1,5)	7,1 (2,8)
16A. Tittar mycket på TV ²	2,6 (1,5)	2,0 (1,0)	2,4 (1,1)	3,2 (1,6)	2,5 (1,5)	4,2 (1,7)
16B.	8,1 (2,1)	8,6 (1,6)	8,0 (1,5)	7,4 (1,7)	8,9 (1,5)	6,8 (2,0)

¹ Motsvarar fråga 13A i West & Sanders studie (2009)

² Motsvarar fråga 17A i West & Sanders studie (2009)

5. Diskussion

5.1. Metoddiskussion

Den aktuella studien är en kvantitativ studie. Kvantitativ metod innebär metoder som behandlar sådant som går att beskriva med siffror, till skillnad från kvalitativa metoder som behandlar sådant som kan beskrivas med ord (Eliasson, 2010). Kvantitativa metoder är lämpliga för att uppskatta hur utbredda olika beskrivna företeelser och attityder är inom den undersökta gruppen (Eliasson, 2010). Därför är den valda metoden lämplig för denna studie.

Det finns både för- och nackdelar med enkätundersökningar. En nackdel är att risken för missförstånd är större jämfört med intervjuundersökningar. Det är svårt att hjälpa och instruera respondenten i samband med deltagandet eftersom enkäten ofta besvaras i hemmet. Ytterligare nackdelar med enkätundersökningar är att samtliga frågor inte alltid passar in en enkät, att det inte går att ställa följdfrågor och att det är svårt att veta vem som faktiskt har besvarat enkäten (Bryman, 2011). LBC innehåller endast slutna frågor. Detta har flera fördelar; slutna frågor kan upplevas lättare att svara på, de är dessutom lättare att administrera och ökar jämförbarheten mellan svaren (Bryman, 2011). Nackdelen med slutna frågor är dock att en del frågor som man kanske skulle vilja ha svar på inte kan tas med. Dessutom kan respondenten tycka att det saknas ett bra svarsalternativ. Vid utformning av svarsalternativ i en enkät är det viktigt att tänka på vilken variabeltyp en variabel tillhör. LBC består av ordinalvariabler, det betyder att de går att rangordna utifrån siffror. Däremot säger inte siffrorna något om avstånden mellan svarsalternativen. Något som skulle kunna ses som en svaghet i denna studie är valet av centralmått; att tolka vissa resultat i medelvärden istället för median. Median anses nämligen mer lämpligt när det handlar om ordinalvariabler (Eliasson, 2010). Beslutet att istället använda medelvärde togs med hänsyn till att ett av studiens syften var att jämföra med två tidigare LBC-studier utförda i Nederländerna och Australien. Dessa studier redovisade sina resultat med medelvärde som centralmått, och för att kunna göra en korrekt jämförelse var det nödvändigt att redovisa medelvärden även för den svenska populationen i denna studie.

Angående reliabilitet i studien är en styrka att regelbundna stickprov utfördes vid datainsamlingen. Något som skulle kunna öka reliabiliteten ytterligare är att genomföra ett test- retest. Ett test- retest innebär att en grupp deltagare får fylla i en och samma enkät vid två tillfällen (Bryman, 2011). Detta gjordes inte i denna studie på grund av begränsade resurser.

En nackdel med enkäten är att problemskalan går från 1 (inte alls) till 7 (väldigt mycket) och att självförtroendskalan går från 1 (säker på att jag inte kan hantera det) till 10 (säker på att jag kan hantera det). Detta kan leda till förvirring hos respondenterna när 1 på ena skalan innebär att det inte finns något problem och att 1 på den andra skalan innebär en väldigt låg säkerhet i att hantera problemet. Ytterligare en nackdel med enkäten var att flera deltagare missade att fylla i självförtroendskalan, detta kan bero på att den inte syntes lika tydligt som problemskalan. En annan faktor som kan ses som en nackdel med enkäten är att den endast är på svenska. Detta kan ha lett till att föräldrar som inte fullt behärskar språket undviker att delta. Resurserna var begränsade gällande ekonomi och tid vilket medförde att enkäten endast översattes till svenska. I MoM-studien har man sett att en begränsning till enbart det svenska språket inte behöver vara en barriär för att få fram olika kulturella skillnader.

Angående urvalet i denna studie är den, som tidigare nämnts, redan bestämd före uppsatsen påbörjades. Det var ett obundet slumpmässigt urval där alla föräldrar med barn i fyra till fem

årsåldern inom de deltagande förskolorna hade samma förutsättning att vara med i studien. Stickprovet i denna studie visar en relativt god representativitet med samtliga sex kommuner och stadsdelar angående överviktsprevalensen hos fyraåringar. Även prevalensen i Stockholm presenteras i urvalet. Vad gäller prevalensen av övervikt och fetma hos föräldrarna är stickprovet endast representativt för Bromma och Södermalm (Hammarby Sjöstad). I övriga områden samt även för Stockholm och Sverige har föräldrarna i stickprovet lägre prevalens av övervikt och fetma. Andelen utrikesfödda invånare är 15 % i Sverige och 10 % i Ekerö vilket innebär att endast Ekerö och Sverige som nation överensstämmer med studiens andel utlandsfödda föräldrar som uppgick till 14 %. De enda bakgrundsfaktorerna som inte kan ses som representativt för varken de utvalda Stockholmsområdena eller Sverige, är prevalensen av fetma hos fyraåriga barn som inte förekommer alls i studien, samt utbildningsnivån hos föräldrarna som i studien är högre än genomsnittet.

Då denna studie riktade in sig på fyra- och femåriga barn, oavsett vikt, blev gruppen med föräldrar till normalviktiga barn mycket större än gruppen med föräldrar till överviktiga barn, och ingen grupp med föräldrar till barn med fetma fanns. Detta tyder på att studien inte nådde ut till alla. Beslutet att delta låg hos föräldrarna och anledningarna till att de valde att inte delta kan vara många. Till exempel kan skuld känslor över barnets viktsituation medföra en olust inför att delta, vilket är en förklaring till att vi inte fick en representativ andel barn med fetma i datan.

En svaghet med studien är att samtliga 196 deltagare inkluderades i analysen, vilket innebär att de 22 barn, som saknade längd- och viktuppgifter och således inte hade något BMI, var med i analysen. Dessa 22 blev placerade i normalviktsgruppen automatiskt vid databehandlingen i SPSS då de två viktkategorierna skapades. Detta är enligt uppsatsens författare studiens största begränsning då vikt- och längduppgifter krävs för att kunna identifiera till vilken grupp det deltagande barnet hör. Samtidigt när man tittar på prevalensen av övervikt och fetma i de utvalda Stockholmsområdena är sannolikheten att flera av dessa 22 barn skulle vara överviktiga eller feta väldigt låg. Därför bör resultaten tolkas med försiktighet med hänsyn till dessa begränsningar.

Då enkäterna delats ut hade föräldrarna knappt tre veckor på sig att fylla i enkäterna. Efter två veckor hade endast 160 enkäter kommit in. Orsaker till att svarsfrekvensen var så låg (27 %) kan vara flera; t.ex. delades förutom LBC även, som tidigare nämnts, tre andra enkäter ut samtidigt. Det externa bortfallet minskades genom utskicket av påminnelser, vilket höjde den slutliga svarsfrekvensen. Buntens med enkäter som förväntades fyllas i var stor, det i sin tur kan ha påverkat det interna bortfallet genom att föräldrarna undvek att fylla i någon sida, alternativt att de missade att fylla i vissa frågor.

I bakgrundsenkäten ombads föräldrarna att fylla i barnets vikt- och längduppgifter från senaste BVC-besök. Även datum från det senaste BVC-besöket efterfrågades. Anledningen till varför det specifikt bads om vikt- och längduppgifter från senaste BVC-besöket var för att få exakta värden av utbildad vårdpersonal med kalibrerade instrument. Dessutom går fyra- och femåriga barn på årliga BVC-kontroller och därmed bör dessa uppgifter vara mer korrekta och lättillgängliga. Dock sågs en del svårigheter kring detta vid analysen av resultatet. En del lämnade blankt på antingen BVC-datum eller på raden där vikt och längd skulle fyllas i. Troligtvis skedde detta på grund av att föräldern inte mindes när det senaste besöket ägde rum eller vad barnets vikt och längd var vid detta tillfälle. Några föräldrar kan ha missförstått frågan och istället fyllt i dagens vikt- och längduppgifter. Detta verkade troligt i några av fallen då vikten för en fyraåring var rimlig men datumet för BVC-besöket var flera år gammalt.

Ytterligare svårigheter var att några få uppgav treårskontrollen för det senaste BVC-besöket, det innebar att vikten inte var representativ för fyra- och femåriga barn. Vikten kunde dock användas för att klassificera det treåriga barnet som normal- eller överviktigt enligt Cole (2000). För att minska denna felrapportering skulle man kunna skapa en subpopulation utefter BVC-besöksdatum. En gräns skulle då kunna dras så att barn som haft sitt senaste BVC-besök någon gång under de senaste tre månaderna inkluderas i subpopulationen. I den aktuella studien hade subpopulationen blivit för liten och därför har den metoden inte använts.

Något som saknades i bakgrundsenkäten var frågor om föräldrars fysiska aktivitet. Med tanke på att föräldrar påverkar sina barns fysiska aktivitet och stillasittande (Hinkley et al., 2008), skulle det ha varit intressant att i bakgrundsenkäten undersökt föräldrarnas grad av fysisk aktivitet. Det är möjligt att en korrelation mellan föräldrars fysiska aktivitet och barns fysiska aktivitet hade hittats. Till exempel skulle en fysiskt aktiv förälder kunna tänkas ha en lägre tröskel inför vad som anses vara för mycket TV-tittande jämfört med en stillasittande förälder.

5.2. Resultatdiskussion

Livsstilsrelaterade beteenden som tas upp i studien kan vara både beteenden som föregår fetma eller beteenden som uppstår som en konsekvens av fetma. Som West & Sander (2009) diskuterar så kan problematiska beteenden relaterade till ätande *"Äter för mycket"* och stillasittande *"Tittar för mycket på TV"* predisponera barn till utvecklande av fetma, medan andra viktrelaterade problem som *"Klagar på att kläderna är för små"* med större sannolikhet inträffar när barnet redan har utvecklat övervikt eller fetma.

Resultaten i denna studie pekar på att svenska föräldrar i den undersökta gruppen generellt upplevde få problem med barns beteenden kring mat och måltider samt stillasittande skärmtid. Utan hänsyn till föräldrarnas kön sågs ingen större skillnad i upplevda problematiska beteenden och självförtroende mellan föräldrar till normalviktiga och överviktiga barn. *"Vägrar att äta viss mat"* var det beteende som svenska föräldrar till normalviktiga och överviktiga barn upplevde som mest problematiskt. Föräldrar till normalviktiga barn var mest osäkra i att hantera *"Vägrar att äta viss mat"* och föräldrar till överviktiga barn var sin tur mest osäkra i att hantera att barnet *"Äter för mycket"*. En liten skillnad som syntes var att föräldrar till överviktiga barn upplevde något mindre problem med *"Tittar för mycket på TV"* samt något mer problem med *"Äter för mycket"* jämfört med föräldrar till normalviktiga barn.

Större skillnader sågs först när man tittade på vem av föräldrarna som hade fyllt i enkäten. Överraskande var att mammorna till överviktiga barn upplevde minst problem och högst självförtroende av alla föräldrar. Att mammorna till överviktiga barn fick lägre poäng än mammorna till normalviktiga barn kan förklaras på flera sätt. Man skulle kunna tänka sig att de överviktiga mammorna kan ha en högre tröskel inför vad som räknas som problematiska beteenden. Överviktiga mammor kan uppleva att sitt överviktiga barn t.ex. inte har så mycket problem med att äta för mycket då hela familjen äter stora mängder, medan en normalviktig mamma till ett normalviktigt barn upplever att det är problematiskt om barnet äter mer än vad som anses normalt. Vidare kan man fundera på om mammor till överviktiga barn upplever dåligt samvete och därför inte svarat sanningsenligt, att problemen är större än vad hon har angett i enkäten. Motsatt upplevde papporna till överviktiga barn mest problem och lägst självförtroende av alla föräldrar. Papporna till överviktiga barn fick så pass låga poäng på självförtroendeskalen att de föll under gränsen för klinisk cutoff. Detta kan alltså tolkas som att dessa pappor skulle kunna gynnas av att få hjälp i att stärka sitt självförtroende i hanterandet av barnets beteendeproblematik. Hur kommer det sig att föräldrar till överviktiga

barn upplever situationerna så olika, beroende på om det är en mamma eller pappa som har svarat? Har skillnaden föräldrarna emellan något att göra med att en större andel av papporna själva var överviktiga? Eller är det så att papporna kan ha svarat mer ärligt?

Det framkom intressanta skillnader mellan hur föräldrar i Sverige, Nederländerna och Australien upplevde beteenden hos barn och föräldrarnas självförtroende i att hantera dessa. Vid jämförelsen mellan länderna och mellan hur föräldrar till överviktiga och normalviktiga barn inom varje land hade svarat sågs den minsta skillnaden inom den svenska populationen. I Sverige sågs föräldrarna till de överviktiga ha liknande poäng på både problem- och självförtroendeskalan som normalviktsgrupperna i de två andra länderna. Föräldrarna till feta barn i Australien upplevde mest problem och lägst självförtroende av de tre länderna, samtidigt sågs australiensiska föräldrarna till normalviktiga barn uppleva högst självförtroende av alla. Det finns flera tänkbara anledningar till skillnader i svaren mellan denna studie och de två andra studierna. En orsak skulle kunna vara skillnaden i antalet deltagare. En annan orsak är antagligen att barnens ålder och vikt varierade mellan de tre populationerna, i vår studie deltog inga obesa barn, i Nederländerna slogs obesa och överviktiga ihop till en grupp och i gruppen med överviktiga i Australien ingick endast obesa barn och inga överviktiga. Skillnader i svar skulle även kunna bero på skillnader i prevalens av övervikt och fetma i de olika länderna. Sverige och Nederländerna fick liknande poäng på flera frågor i LBC medan föräldrarna i Australien ofta svarade annorlunda (Gerards et al., 2013; West & Sanders, 2009). Detta speglar likheter och skillnader i utbreddheten av övervikt och fetma i dessa länder. En anledning till att de flesta föräldrar i båda viktgrupper i Sverige fick låga totalpoäng skulle kunna vara en vilja att lämna socialt önskvärda svar, svar som inte riktigt stämmer överens med verkligheten men som framhäver deltagaren i ett bättre ljus, medvetet såväl som omedvetet (Streiner & Norman, 2008). Enligt Streiner & Norman (2008) finns det några områden som är extra utsatta för överrapportering av socialt önskvärda svar och dessa områden innefattar bland annat att vara en god medborgare och ansvarsfull person. Omvänt sker underrapportering av socialt icke önskvärda ämnen som sjukdomar, illegal verksamhet och andra icke socialt accepterade beteenden (Streiner & Norman, 2008). Med detta i åtanke kan man fundera över hur mycket de deltagande föräldrarna påverkats i sina svar utifrån hur de ser på sig själva som föräldrar.

I fråga 2 "*Äter för mycket*" upplevde fler föräldrar till överviktiga barn att det var ett problematiskt beteende, något som kanske inte var helt oväntat. Mer än hälften av föräldrarna, både i gruppen med överviktiga barn och i gruppen med normalviktiga barn ansåg ändå att de kunde hantera detta beteende. Kan det bero på att beteendet "*Äter för mycket*" är vanligt förekommande i båda grupper och att föräldrarna då har lärt sig att hantera beteendet? Eller är det så att problemet aldrig uppstår så att de inte vet hur de skulle reagera, men de antar att beteendet är hanterbart?

Man kan tänka sig att fråga 10 "*Ber ständigt om mat mellan måltiderna*" hör ihop med "*Äter för mycket*". I fråga 10 sågs föräldrarna till överviktiga ha minst problem med beteendet. En koppling mellan att äta för mycket och att småäta mellan måltiderna skulle då inte kunna dras utifrån denna studies resultat eftersom resultaten från dessa frågor inte överensstämde med varandra. Vid en jämförelse av "*Äter för mycket*" med Nederländerna och Australien sågs de australiensiska föräldrarna till obesa barn skatta beteendet som mest problematiskt samt minst hanterbart av samtliga länder. Återigen kan detta säkerligen kopplas till att den australiensiska gruppen bestod av obesa barn, vilka rimligtvis har ett större problem med att äta för mycket. I normalviktsgruppen i de tre länderna hade föräldrarna skattat väldigt lika angående att beteendet såg som icke problematiskt.

Vidare ses intressanta resultat i fråga 3 "*Åter onyttiga mellanmål*". De flesta i båda grupper i Sverige ansåg att detta beteende inte var speciellt problematiskt. Intressant var dock att föräldrar till överviktiga barn upplevde mindre problem med beteendet och högre självförtroende än föräldrar i den normalviktiga gruppen. Hur kommer det sig? Med tanke på barnens ålder har de inte särskilt stor makt att bestämma över vad de ska äta till mellanmål. De äter det som serveras på dagis, förskola eller i hemmet. Barnets unga ålder kan också vara orsaken till att föräldrar upplever att de kan hantera situationen just på grund av att de i hög grad avgör vad barnet ska äta. Hade studien inkluderat äldre barn skulle resultatet eventuellt sett annorlunda ut. Vid jämförelsen med Australien och Nederländerna ser man också mycket riktigt annorlunda svar för andra åldrar. Ju äldre barnet blir desto mer kan det troligtvis påverka sina matval. Australien och Nederländerna hade populationer med äldre barn i sitt material och hade således i båda sina grupper fått en högre poäng på problemskalan i denna fråga (Gerards et al., 2013; West & Sanders, 2009). Viktskillnaden mellan länderna kan också vara en del i förklaringen till varför den obesa gruppen i Australien upplevde mest problem med onyttiga mellanmål. Båda viktgrupper i Sverige upplevde i sin tur minst problem. Ytterligare en orsak till svarsskillnader kan ligga i översättning och personliga tolkningar av specifika ord. I den australiensiska enkäten användes ordet "snacks". I den svenska enkäten har detta ord översatts till "mellanmål". För svenskar kan orden "snacks" och "mellanmål" upplevas som två skilda saker, där ett typiskt mellanmål kan bestå av en smörgås och ett glas mjölk medan snacks är chips som hör till fredagsmyset. Enligt Svenska Akademiens Ordbok (SAOB) definieras mellanmål som: "mindre måltid mellan huvudmåltiderna" och snacks definieras bland annat som: "(vanligen industriellt) tillverkade matvaror i form av flingor, pinnar, små bitar, kakor, jordnötter, tilltugg till drinkar, lätt enkel måltid". Detta är även hur vi tror att svenska folket tänker kring orden mellanmål och snacks. Hur australiensare tolkar ordet "snacks" är svårare att veta, men det skulle kunna vara en chipspåse som hör till deras motsvarande vardagliga mellanmål. I Nederländerna används, likt svenskan, olika ord för mellanmål och snacks. I den nederländska LBC-enkäten användes ordet "tussendoortje" som motsvarar det svenska ordet för mellanmål (S. Gerards, personlig kommunikation, 8 januari, 2014). Trots det fick även Nederländerna en högre medelpoäng än Sverige i frågan.

I fråga 7 "*Vägrar att äta viss mat*" ansåg sig föräldrar i överviktsgruppen att problemet var mindre och självsäkerheten var högre. Att föräldrar till överviktiga ansåg detta beteende som mindre problematiskt kan bero på att det kanske inte existerar hos deras barn, i jämförelse med normalviktsgruppen, där beteendet möjligen förekommer mer. När barn är kräsna och inte vill äta är det naturligt för föräldrar att bli oroliga över barnets ensidiga näringsintag som skulle kunna leda till näringsbrist. Det finns dock naturliga förklaringar som kan förklara petighet kring mat i denna ålder. I fyra- och femårsåldern kan en eventuell trotsåldersperiod närvara med tecken som t.ex. petighet och matvägran. Människor föds med neofobi, dvs. en rädsla för att äta mat som de tidigare inte smakat. Detta är också något som kan förekomma vid denna ålder. För att komma över denna rädsla kan barnet behöva smaka på nya saker flertalet gånger innan det accepteras (Abrahamsson, 2006). Även fråga 4 "*Klagar på maten*" sågs som mer problematiskt hos normalviktiga barn. Detta är kanske inte helt oväntat då "*Vägrar att äta viss mat*" och "*Klagar på maten*" är påståenden som liknar varandra. Om man jämför det svenska resultatet för denna fråga med australiensiska och nederländska föräldrar, ser man att svenska föräldrar till normalviktiga barn upplevde frågan om matvägran som mest problematiskt av de tre länderna. Däremot hade svenska föräldrar till överviktiga barn minst problem med matvägran samt det högsta självförtroendet bland de tre ländernas överviktsgrupper. Anledningen till detta är svår att veta. På självförtroendeskalan fick australiensiska föräldrar till normalviktiga barn högre poäng. Skillnader i svaren hos samtliga övervikts- och obesa grupper upplevde svenska och nederländska föräldrar ett högre

självförtroende i att hantera situationen. Att australiensiska föräldrar till barn med fetma skattade ett lägre självförtroende kan ha att göra med att de dessutom upplevde detta beteende som mer problematiskt jämfört med svenska och nederländska föräldrar till överviktiga. Man kan spekulera i hur stor autonomi barnen har i dessa länder. Är det mer socialt accepterat att protestera och neka till vissa maträtter och livsmedel i Sverige och Nederländerna än i Australien?

Gällande stillasittande skärmtid i Sverige är fråga 16 *”Tittar för mycket på TV”* intressant att diskutera då flera föräldrar i båda grupper ansåg att problemet existerade men inte i hög grad. Skillnaden mellan föräldrar till överviktiga barn och föräldrar till normalviktiga barn var väldigt liten, men lutade svagt åt att problemet upplevdes som större i den normalviktiga gruppen, något som inte var väntat. Föräldrarna till överviktiga barn tyckte dessutom att fråga 17 *”Spenderar för mycket tid på att spela TV eller datorspel”* upplevdes som ett ännu mindre problem än TV-tittandet. Det är svårt att veta orsaken till dessa skillnader. I denna studie föreslogs ingen tidsgräns om vad som innebär för mycket TV-tittande. En del föräldrar kan tycka att två timmar per dag är för mycket, medan andra föräldrar accepterar mycket mer skärmtid. Något som dock inte får glömmas bort är att mycket stillasittande är negativt för alla barn, oavsett vikt. I Nederländernas och i Australiens populationer upplevde däremot föräldrar till överviktiga barn större problem än föräldrar i Sverige (Gerards et al., 2013; West & Sanders, 2009). Detta beror troligtvis på åldersskillnaderna. Äldre barn, särskilt de som börjar närma sig tonåren, spenderar troligtvis mer tid framför TV, dator och liknande än vad fyra- och femåriga barn gör.

5.3. Ur dietistens perspektiv

Vid barnfetmabehandling bör man som dietist tänka på att inte enbart begränsa sig till den traditionella behandlingen med störst fokus på barnets matintag, utan att även inkludera föräldrarna och särskilt deras upplevelser av livsstilsrelaterade beteenden hos barnet och sina färdigheter vad gäller att hantera dem. Ett instrument som LBC skulle då kunna användas som ett verktyg av dietisten för att identifiera vilka vardagliga situationer som upplevs som mest problematiska och därmed kunna effektivisera behandlingen genom att fördela resurserna till där de behövs mest. Academy of Nutrition and Dietetics (ADA) har tagit fram en beskrivande modell för dietistens arbete för att öka samstämmighet och kvalitetssäkring av nutritionsbehandling. I Sverige har modellen översatts till nutritionsbehandlingsprocessen (NCP) och den består av fyra steg; nutritionsutredning, nutritionsdiagnos, nutritionsåtgärd och nutritionsuppföljning och - utvärdering (Dietisternas riksförbund, 2013). LBC skulle kunna användas i nutritionsbehandlingen på olika sätt. Enkäten skulle kunna användas som ett steg i nutritionsuppföljning och nutritionsutvärdering för att se om föräldrars självförtroende har ökat eller om det problematiska beteendet hos barnet har minskat. Mål bör vara mätbara vilket innebär att även symtom och kliniska tecken som identifierats i nutritionsdiagnosen ska kunna mätas. I praktiken skulle det innebära att barnets vikt och totalpoäng på LBC vid ett återbesök skulle kunna jämföras med vikten och poängen från nybesöket och på sått utvärdera om åtgärden haft någon verkan. Dock ska LBC- instrumentet användas med stor försiktighet, då det kan vara svårt att sätta siffror på beteenden och självförtroende. Detta kan även resultera i att man missar att se helheten.

5.4. Förslag till framtida studier

Som nämnts i uppsatsen behövs det mer forskning kring att involvera föräldrar i behandling av barnfetma. Det skulle vara intressant att undersöka föräldrars grad av fysisk aktivitet i

samband med barns inaktivitet och fetma. Trots att resultatet i denna studie visade att föräldrar inte upplevde stillasittande aktiviteter som TV-tittande som problematiskt, säger det ingenting om den faktiska tiden barnen ägnar sig åt stillasittande skärmtid. Detta är en viktig aspekt att fortsätta fokusera på i behandling av barnfetma, då det får allt större roll i vårt samhälle i och med den teknologiska utvecklingen. Det skulle även vara intressant att undersöka om det finns några skillnader i relationen av beteendeproblematik kring mat och fysisk inaktivitet hos barnet och föräldrarnas självförtroende, utifrån föräldrarnas BMI, vilket man skulle kunna undersöka med hjälp av det redan insamlade materialet från denna studie.

5.5. Slutsats

På grund av begränsningar i studien bör resultaten tolkas med försiktighet. I studien sågs inga stora problem angående stillasittande skärmtid. Beteenden kring mat och måltider, särskilt petighet och matvägran upplevdes som något större problem även om de inte var alarmerande. Undersökningen visade att svenska föräldrar både till normalviktiga och överviktiga barn i den undersökta gruppen upplevde få problem och högt självförtroende kring barns beteenden angående mat och stillasittande. Något som inte var väntat var att mammor till överviktiga barn upplevde minst problem och högst självförtroende av alla föräldrar medan pappor till överviktiga barn upplevde mest problem och lägst självförtroende av alla föräldrar. I den internationella jämförelsen mellan Sverige, Nederländerna och Australien, framkom det att föräldrar till barn med fetma i Australien upplevde mest problem och lägst självförtroende. Med hänsyn till att antalet pappor till överviktiga barn var så få i studien kan ingen slutsats om att mer resurser bör läggas på pappor till överviktiga barn göras, för det krävs mer forskning på ett större urval.

REFERENSER

- Aaronson, N., Alonso, J., Burnam, A., Lohr, K.N., Patrick, D.L., Perrin, E., Stein, R.E., (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* 11, 193–205.
- Abrahamson, L. (2006). *Matvanor, planering och värdering*. Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W., & Nilsson, G (red). Näringslära för Högskolan. (5 uppl.)Stockholm: Liber.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education, (2001). American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. *Pediatrics* 107, 423–426.
- Berg, C., Eiben, G., Johansson, B., Lissner, L., Magnusson, M., Mårild, S., Ossiansson, E., Prell, H., Sjöberg, A., (2012). *Forskning för en friskare generation: Levnadsförhållanden, vanor och hälsosam vikt*. Göteborgs universitet.
- Bergström, E., Blomquist, H.K.S., (2009). Is the prevalence of overweight and obesity declining among 4-year-old Swedish children? *Acta Paediatrica. (Oslo, Norway: 1992 98)*, 1956–1958.
- Blomquist, H.K., Bergström, E., (2007). Obesity in 4-year-old children more prevalent in girls and in municipalities with a low socioeconomic level. *Acta Paediatrica. (Oslo, Norway: 1992 96)*, 113–116.
- Bryman, A., (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2 uppl.). Malmö: Liber.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H., (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320, 1240–1243.
- Danielsson, P., Kowalski, J., Ekblom, Ö., Marcus, C., (2012a). Response of severely obese children and adolescents to behavioral treatment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 166, 1103–1108.
- Danielsson, P., Svensson, V., Kowalski, J., Nyberg, G., Ekblom, O., Marcus, C., (2012b). Importance of age for 3-year continuous behavioral obesity treatment success and dropout rate. *Obesity Facts* 5, 34–44.
- Dietisternas riksförbund, (2013). *Internationell dietetik & nutritionsterminologi version 4: svensk översättning av IDNT: introduktion, termer och definitioner samt Pocket guide for international dietetics & nutrition terminology (IDNT) reference manual: standardized language for the nutrition care process*. (4 uppl.). Göteborg: Dietisternas riksförbund (DRF).
- Eliasson, A., (2010). *Kvantitativ metod från början*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Gerards, S.M.P.L., Hummel, K., Dagnelie, P.C., de Vries, N.K., Kremers, S.P.J., (2013). Parental self-efficacy in childhood overweight: validation of the Lifestyle Behavior Checklist in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 10, 7.
- Gerards, S.M.P.L., Sleddens, E.F.C., Dagnelie, P.C., de Vries, N.K., Kremers, S.P.J., (2011). Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *International journal of pediatric obesity: IJPO: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 6, e28-45.

- Golley, R.K., Hendrie, G.A., Slater, A., Corsini, N., (2011). Interventions that involve parents to improve children's weight-related nutrition intake and activity patterns - what nutrition and activity targets and behaviour change techniques are associated with intervention effectiveness? *Obesity review: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 12, 114–130.
- Hagell, P., Hedin, P.-J., Meads, D.M., Nyberg, L., McKenna, S.P., (2010). Effects of method of translation of patient-reported health outcome questionnaires: a randomized study of the translation of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) Instrument for Sweden. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 13, 424–430.
- Hinkley, T., Crawford, D., Salmon, J., Okely, A.D., Hesketh, K., (2008). Preschool children and physical activity: a review of correlates. *American journal of preventive medicine* 34, 435–441.
- Johannsen, D.L., Johannsen, N.M., Specker, B.L., (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 14, 431–439.
- Kitzmann, K.M., Dalton, W.T., 3rd, Stanley, C.M., Beech, B.M., Reeves, T.P., Buscemi, J., Egli, C.J., Gamble, H.L., Midgett, E.L., (2010). Lifestyle interventions for youth who are overweight: a meta-analytic review. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 29, 91–101.
- Krahnstoever Davison, K., Francis, L.A., Birch, L.L., (2005). Reexamining obesigenic families: parents' obesity-related behaviors predict girls' change in BMI. *Obesity research* 13, 1980–1990.
- Larsson I. (2007). *Energibalans*. Lindroos, A-K., Rössner, S (red). *Fetma. Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- LeCuyer, E.A., Swanson, D.P., Cole, R., Kitzman, H., (2011). Effect of African- and European-American maternal attitudes and limit-setting strategies on children's self-regulation. *Research in nursing & health* 34, 468–482.
- Lissner, L., Lanfer, A., Gwozdz, W., Olafsdottir, S., Eiben, G., Moreno, L.A., Santaliestra-Pasías, A.M., Kovács, E., Barba, G., Loit, H.-M., Kourides, Y., Pala, V., Pohlabein, H., De Henauw, S., Buchecker, K., Ahrens, W., Reisch, L., (2012). Television habits in relation to overweight, diet and taste preferences in European children: the IDEFICS study. *European journal of epidemiology* 27, 705–715.
- Lissner, L., Sohlström, A., Sundblom, E., Sjöberg, A., (2010). Trends in overweight and obesity in Swedish schoolchildren 1999-2005: has the epidemic reached a plateau? *Obesity review: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 11, 553–559.
- Länsstyrelsen i Stockholms län. (2012). *Nutid & framtid- om Stockholmsregionens utveckling*. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholms län. Hämtad 2013-12-18, från <http://www.lansstyrelsen.se/stockholm/SiteCollectionDocuments/Sv/publikationer/2012/nutid-o-framtid-2012/nutid-och-framtid-utbildningsniva-2011.pdf>
- Lönnqvist Fredrik. (2007). *Fettceller, fettväv och kroppssammansättning*. Lindroos, A-K., Rössner, S(red). *Fetma. Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.

- Migrationsinfo. Hämtad 2013-12-19 från <http://www.migrationsinfo.se/regional-statistik/stockholms-ln/>
Senast uppdaterad 2012-11-15.
- Moens, E., Braet, C., Soetens, B., (2007). Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *Journal of pediatric psychology* 32, 52–63.
- National Institute for Public Health and the Environment. (2011). *Dutch National Food Consumption Survey 2007-2010*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment. Hämtad 2014-01-03, från <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/350050006.html>
- Nowicka, P., Marcus, C., (2011). *Beteendemodifikation – enda rimliga terapin vid fetma hos barn och vuxna*. *Läkartidningen*, 108,(49), 2581-2585.
- Pallant, J., (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS, 4. ed. ed.* Open University Press/McGrawHill, Maidenhead.
- Petersen, S., Brulin, C., Bergström, E., (2003). Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umeå, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatrica. (Oslo, Norway: 1992 92)*, 848–853.
- Pierce, J.W., Wardle, J., (1997). Cause and effect beliefs and self-esteem of overweight children. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 38, 645–650.
- Power, T.G., Sleddens, E.F.C., Berge, J., Connell, L., Govig, B., Hennessy, E., Liggett, L., Mallan, K., Santa Maria, D., Odoms-Young, A., St George, S.M., (2013). Contemporary research on parenting: conceptual, methodological, and translational issues. *Childhood Obesity (Print 9) Suppl*, S87–94.
- Reinehr, T., Kleber, M., Lass, N., Toschke, A.M., (2010). Body mass index patterns over 5 y in obese children motivated to participate in a 1-y lifestyle intervention: age as a predictor of long-term success. *The American journal of clinical nutrition* 91, 1165–1171.
- Smith, B.J., Grunseit, A., Hardy, L.L., King, L., Wolfenden, L., Milat, A., (2010). Parental influences on child physical activity and screen viewing time: a population based study. *BMC public health* 10, 593.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Stockholms stad. (2013). Statistik om Stockholm. Områdesfakta. Högsta utbildningsnivå 25-64 år 2012. Hämtad 2013-12-19, från <http://www.statistikomstockholm.se/index.php/omradesfaktax>
Senast uppdaterad (u.å.)
- Statistiska Centralbyrån. (2012). *Utbildningsnivå efter kommun 2012*. Hämtad 2013-12-18 från <http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Utbildning-och-forskning/Befolkningens-utbildning/Befolkningens-utbildning/9568/9575/>
- Stockholm Läns Landsting. (2012). *Barnhälsovård Årsrapport 2012 (årg29)*. Stockholm: Stockholm Läns Landsting. Hämtad 2013-11-06, från www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/BHV_SLL_2012_Rapport.pdf

- Stockholm Läns Landsting & Karolinska Institutet. (2011). *Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv*. Stockholm: Stockholm Läns Landsting och Karolinska Institutet. Hämtad 2013-11-06, från http://www.folkhalsoguiden.se/upload/folkh%C3%A4lsoarbete/fhr2011/FHr2011del6_Overvikt_web.pdf
- Streiner, D.L., Norman, G.R., (2008). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. (4 uppl.) New York: Oxford University Press, Oxford.
- Svenska Akademiens ordbok. Hämtad 2014-01-03, från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> Senast uppdaterad 2010-01-31.
- Svensson, V., Lundborg, L., Cao, Y., Nowicka, P., Marcus, C., Sobko, T., (2011). Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight--factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 8,134.
- West, F., Morawska, A., Joughin, K., (2010). The Lifestyle Behaviour Checklist: evaluation of the factor structure. *Child: care, health and development* 36, 508–515.
- West, F., Sanders, M.R., (2009). The Lifestyle Behaviour Checklist: a measure of weight-related problem behaviour in obese children. *International journal of pediatric obesity: IJPO: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 4, 266–273.
- World Health Organization. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen. Hämtad 2013-11-14, från http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf

Bilaga 1. Arbetsfördelning mellan Eva och Lisa

Planering av studien och uppsatsarbetet	50/50
Litteratursökning	50/50
Datainsamling	50/50
Analys	50/50
Skrivandet av uppsatsen	50/50

Bilaga 2. Bakgrundsenkät

För bakgrundsenkät kontakta forskargruppen inom Mer och Mindre-studien vid Karolinska Institutet.

Paulina Nowicka: paulina.nowicka@ki.se

Anna Ek: anna.ek@ki.se

Bilaga 3.

Tabell 3. Svarande för varje påstående på LBC problemskala (% och antal)

	Föräldrar till normalviktiga barn (svarande i % och antal)							Föräldrar till överviktiga barn (svarande i % och antal)						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1A. Äter för snabbt	80,5 (132)	14,0 (23)	1,2 (2)	2,4 (4)	1,2 (2)	-	0,6 (1)	80,0 (12)	-	6,7 (1)	6,7 (1)	6,7 (1)	-	-
2A. Äter för mycket	87,8 (144)	8,5 (14)	1,2 (2)	1,2 (2)	1,2 (1)	-	-	66,7 (10)	6,7 (1)	-	6,7 (1)	13,3 (2)	6,7 (1)	-
3A. Äter onyttiga mellanmål	52,8 (86)	25,2 (41)	12,3 (20)	6,1 (10)	3,7 (6)	-	-	60,0 (9)	26,7 (4)	6,7 (1)	6,7 (1)	-	-	-
4A. Klagar på maten	18,4 (30)	23,3 (38)	17,2 (28)	19 (31)	9,2 (15)	10,4 (17)	2,5 (4)	46,7 (7)	26,7 (4)	13,3 (2)	6,7 (1)	6,7 (1)	-	-
5A. Skriker om mat	70,1 (115)	18,3 (30)	6,7 (11)	3,7 (6)	1,2 (2)	-	-	80 (12)	20,0 (3)	-	-	-	-	-
6A. Får raseriutbrott över mat	82,7 (134)	10,5 (17)	2,5 (4)	3,1 (5)	1,2 (2)	-	-	93,1 (14)	6,7 (1)	-	-	-	-	-
7A. Väger att äta viss mat	17,8 (29)	23,3 (38)	16,6 (27)	18,4 (30)	9,8 (16)	7,4 (12)	6,7 (11)	33,3 (5)	33,3 (5)	-	20,0 (3)	6,7 (1)	6,7 (1)	-
8A. Bråkar om mat	73,2 (120)	16,5 (27)	4,9 (8)	4,3 (7)	-	0,6 (1)	0,6 (1)	60 (9)	26,7 (4)	13,3 (2)	-	-	-	-
9A. Vill ha extra portioner vid måltider	65,9 (108)	18,3 (30)	4,9 (8)	7,9 (13)	1,8 (3)	1,2 (2)	-	57,1 (8)	14,3 (2)	7,1 (1)	7,1 (1)	7,1 (1)	7,1 (1)	-
10A. Ber ständigt om mat mellan måltiderna	60,7 (99)	23,9 (39)	7,4 (12)	5,5 (9)	2,5 (4)	-	-	40,0 (6)	50,0 (6)	13,3 (2)	-	6,7 (1)	-	-
11A. Vill ha mat när ni handlar eller gör annat utanför hemmet	56,1 (92)	25,0 (41)	11,6 (19)	4,3 (7)	2,4 (4)	-	0,6 (1)	73,3 (11)	6,7 (1)	6,7 (1)	6,7 (1)	6,7 (1)	-	-
12A. Smyger till sig mat fastän barnet vet att det inte borde	93,3 (153)	4,9 (8)	1,8 (3)	-	-	-	-	93,3 (14)	6,7 (1)	-	-	-	-	-
13A. Gömmer undan mat	98,8 (161)	1,2 (2)	-	-	-	-	-	100 (15)	-	-	-	-	-	-
14A. Tar mat från andra	96,9 (158)	2,5 (4)	-	0,6 (1)	-	-	-	100 (15)	-	-	-	-	-	-
15A. Äter för att trösta sig när det är besviket eller deprimerat	99,4 (162)	-	-	0,6 (1)	-	-	-	100 (15)	-	-	-	-	-	-
16A. Tittar för mycket på TV	31,3 (51)	23,9 (39)	17,2 (28)	11,7 (19)	12,9 (21)	2,5 (4)	0,6 (1)	40,0 (6)	40,0 (6)	6,7 (1)	6,7 (1)	6,7 (1)	-	-
17A. Spenderar för mycket tid på att spela TV-	40,5 (66)	22,7 (37)	16,6 (27)	11 (18)	5,5 (9)	3,1 (5)	0,6 (1)	53,3 (8)	26,7 (4)	6,7 (1)	-	6,7 (1)	6,7 (1)	-

eller dataspel														
18A. Klagar över att behöva vara fysiskt aktiv	56,4 (92)	22,1 (36)	12,9 (21)	6,7 (11)	1,2 (2)	0,6 (1)	-	53,3 (8)	13,3 (2)	13,3 (2)	20,0 (3)	-	-	-
19A. Vill inte vara fysiskt aktiv	72,4 (118)	16,0 (26)	7,4 (12)	3,1 (5)	0,6 (1)	0,6 (1)	-	64,3 (9)	21,4 (3)	14,3 (2)	-	-	-	-
20A. Klagar på att inte orka	51,9 (84)	28,4 (46)	11,1 (18)	6,2 (10)	2,5 (4)	-	-	46,7 (7)	40,0 (6)	6,7 (1)	-	-	6,7 (1)	-
21A. Klagar på att vara överviktig	99,4 (162)	0,6 (1)	-	-	-	-	-	100 (15)	-	-	-	-	-	-
22A. Klagar på att bli retad	93,3 (152)	6,1 (10)	-	0,6 (1)	-	-	-	93,3 (14)	-	-	6,7 (1)	-	-	-
23A. Klagar på att inte ha tillräckligt många vänner	92,0 (150)	4,3 (7)	3,1 (5)	-	-	0,6 (1)	-	93,3 (14)	6,7 (1)	-	-	-	-	-
24A. Klagar på att inte se bra ut	98,2 (160)	1,8 (3)	-	-	-	-	-	86,7 (13)	-	13,3 (2)	-	-	-	-
25A. Klagar på att kläder är för små	95,1 (154)	3,7 (6)	1,2 (2)	-	-	-	-	93,3 (14)	6,7 (1)	-	-	-	-	-

Bilaga 4.

Tabell 4. Svarande för varje påstående på LBC självförtroendeskala (% och antal)

	Föräldrar till normalviktiga barn (svarande i % och antal)										Föräldrar till överviktiga barn (svarande i % och antal)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1B	2,6 (4)	-	1,3 (2)	-	5,2 (8)	1,3 (2)	7,1 (11)	15,6 (24)	9,1 (14)	57,8 (89)	6,7 (1)	-	-	-	13,3 (2)	-	13,9 (2)	13,3 (2)	-	53,3 (8)
2B	2,6 (4)	-	0,6 (1)	0,6 (1)	7,1 (11)	3,9 (6)	6,5 (10)	13,6 (21)	9,7 (15)	55,2 (85)	6,7 (1)	-	6,7 (1)	-	13,3 (2)	6,7 (1)	6,7 (1)	6,7 (1)	-	53,3 (8)
3B	2,6 (4)	0,7 (1)	0,7 (1)	-	6,5 (10)	3,3 (5)	11,1 (17)	15,0 (23)	13,7 (21)	46,4 (71)	6,7 (1)	-	-	-	6,7 (1)	-	6,7 (1)	6,7 (1)	20,0 (3)	53,3 (8)
4B	1,3 (2)	1,9 (3)	3,2 (5)	2,6 (4)	6,5 (10)	3,2 (5)	10,4 (16)	19,5 (30)	13,6 (21)	37,7 (58)	6,7 (1)	-	-	-	-	-	6,7 (1)	20,0 (3)	6,7 (1)	60,0 (9)
5B	2,6 (4)	-	0,7 (1)	1,3 (2)	5,3 (8)	2,6 (4)	9,2 (14)	11,2 (17)	9,9 (15)	57,2 (87)	7,1 (1)	-	-	-	-	-	14,3 (2)	14,3 (2)	7,1 (1)	57,1 (8)
6B	2,6 (4)	-	2,0 (3)	1,3 (2)	6,0 (9)	4,6 (7)	7,3 (11)	11,9 (18)	7,9 (12)	56,3 (85)	6,7 (1)	-	-	-	-	-	6,7 (1)	20,0 (3)	13,3 (2)	53,3 (8)
7B	0,6 (1)	3,2 (5)	3,2 (5)	1,9 (3)	8,4 (13)	2,6 (4)	15,5 (24)	15,5 (24)	9,0 (14)	40,0 (62)	6,7 (1)	-	-	-	6,7 (1)	-	6,7 (1)	26,7 (4)	13,3 (2)	40,0 (6)
8B	1,9 (3)	-	1,3 (2)	1,3 (2)	7,7 (12)	1,3 (2)	12,3 (19)	11,6 (18)	9,7 (15)	52,9 (82)	6,7 (1)	-	-	-	6,7 (1)	-	20,0 (3)	26,7 (4)	-	40,0 (6)
9B	1,9 (3)	0,6 (1)	1,3 (2)	1,3 (2)	3,9 (6)	3,9 (6)	7,1 (11)	11,0 (17)	7,8 (12)	61,0 (94)	6,7 (1)	-	-	-	13,3 (2)	6,7 (1)	13,3 (2)	-	6,7 (1)	53,3 (8)
10B	2,0 (3)	0,7 (1)	1,3 (2)	0,7 (1)	3,3 (5)	2,6 (4)	11,1 (17)	15,0 (23)	9,8 (15)	53,6 (82)	6,7 (1)	-	-	-	-	-	20,0 (3)	26,7 (4)	6,7 (1)	40,0 (6)
11B	2,0 (3)	0,7 (1)	0,7 (1)	2,0 (3)	1,3 (2)	3,3 (5)	11,8 (18)	13,1 (20)	11,8 (18)	53,6 (82)	6,7 (1)	-	-	-	20,0 (3)	-	13,3 (2)	6,7 (1)	-	53,3 (8)
12B	3,9 (6)	0,7 (1)	-	2,0 (3)	5,9 (9)	2,0 (3)	8,6 (13)	9,9 (15)	7,2 (11)	59,9 (91)	6,7 (1)	-	6,7 (1)	-	13,3 (2)	-	-	6,7 (1)	-	66,7 (10)
13B	2,6 (4)	1,3 (2)	2,0 (3)	0,7 (1)	4,6 (7)	3,3 (5)	9,9 (15)	8,6 (13)	5,3 (8)	61,8 (94)	6,7 (1)	-	6,7 (1)	-	6,7 (1)	-	-	13,3 (2)	-	66,7 (10)
14B	3,3 (5)	1,3 (2)	0,7 (1)	1,3 (2)	6,0 (9)	2,0 (3)	7,3 (11)	9,9 (15)	6,6 (10)	61,6 (93)	6,7 (1)	-	-	-	13,3 (2)	-	-	13,3 (2)	6,7 (1)	60,0 (9)
15B	3,3 (5)	0,7 (1)	3,3 (5)	2,7 (4)	6,7 (10)	6,0 (9)	2,7 (4)	10,7 (16)	5,3 (8)	58,0 (87)	6,7 (1)	-	-	6,7 (1)	6,7 (1)	6,7 (1)	-	13,3 (2)	-	60,0 (9)
16B	0,7 (1)	2,0 (3)	2,0 (3)	1,3 (2)	4,7 (7)	6,7 (10)	12,7 (19)	22,7 (34)	8,7 (13)	38,7 (58)	-	-	-	-	7,1 (1)	-	14,3 (2)	28,6 (4)	7,1 (1)	42,9 (6)
17B	1,3 (2)	1,3 (2)	2,0 (3)	2,0 (3)	5,3 (8)	7,9 (12)	9,9 (15)	7,2 (11)	9,9 (15)	43,0 (65)	-	-	-	-	7,1 (1)	-	7,1 (1)	14,3 (2)	21,4 (3)	50,0 (7)
18B	2,0 (3)	0,7 (1)	0,7 (1)	2,7 (4)	4,0 (6)	6,0 (9)	10,1 (15)	16,1 (24)	11,4 (17)	46,3 (69)	-	-	-	-	7,1 (1)	7,1 (1)	7,1 (1)	28,6 (4)	14,3 (2)	35,7 (5)
19B	2,0 (3)	1,3 (2)	-	2,0 (3)	4,7 (7)	8,1 (12)	10,7 (16)	14,1 (21)	8,1 (12)	49,0 (73)	-	-	-	-	14,3 (2)	7,1 (1)	14,3 (2)	14,3 (2)	7,1 (1)	42,9 (6)
20B	1,3 (2)	0,7 (1)	-	2,7 (4)	8,1 (12)	5,4 (8)	11,4 (17)	18,1 (27)	6,7 (10)	45,6 (68)	-	-	-	-	14,3 (2)	-	28,6 (4)	14,3 (2)	-	42,9 (6)
21B	2,7 (4)	2,1 (3)	3,4 (5)	0,7 (1)	11 (16)	6,8 (10)	6,8 (10)	8,9 (13)	3,4 (5)	54,1 (79)	-	-	-	-	21,4 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)	-	-	57,1 (8)
22B	2,7 (4)	4,7 (7)	2,0 (3)	2,7 (4)	10,1 (15)	4,1 (6)	9,5 (14)	13,5 (20)	2,0 (3)	48,6 (72)	-	-	-	-	28,6 (4)	28,6 (4)	-	7,1 (1)	-	35,7 (5)
23B	3,4 (5)	4,7 (7)	2,7 (4)	4,1 (6)	9,5 (14)	5,4 (8)	6,8 (10)	14,2 (21)	2,7 (4)	46,6 (69)	-	-	7,1 (1)	7,1 (1)	28,6 (4)	7,1 (1)	7,1 (1)	14,3 (2)	-	28,6 (4)
24B	3,4 (5)	3,4 (5)	1,4 (2)	2,0 (3)	9,5 (14)	4,7 (7)	8,1 (12)	12,8 (19)	4,1 (6)	50,7 (75)	-	-	7,1 (1)	14,3 (2)	21,4 (3)	7,1 (1)	-	14,3 (2)	-	35,7 (5)
25B	2,8 (4)	2,1 (3)	2,1 (3)	1,4 (2)	5,5 (8)	3,4 (5)	3,4 (5)	17,2 (25)	4,8 (7)	57,2 (83)	-	-	-	14,3 (2)	14,3 (2)	7,1 (1)	7,1 (1)	-	-	57,1 (8)