



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete C, 15hp

Grundnivå
ht 2015

Föräldrars upplevelse av familjebaserad gruppbehandling vid barnobesitas hos förskolebarn

En kvalitativ studie

Hörman, Sofia; Ito, Sayaka

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



Tack!

Vi skulle vilja börja med att tacka Paulina Nowicka, vår handledare och tillika projektansvarig för Mer och Mindre-studien. Tack för att du har stöttat oss, gett oss värdefulla råd och konkret återkoppling under arbetets gång. Vi har låtit oss imponeras av och fått mycket inspiration av ditt engagemang i detta aktuella och viktiga ämne.

Ett tack även till Anna Ek och de i studien deltagande föräldrarna för att vi fick tillfälle att delta i en av behandlingssessionerna.

Slutligen skulle vi vilja passa på att tacka alla som har arbetat med MoM-studien, såväl projekts styrgruppsmedlemmar som deltagande familjer, för att vi fick möjligheten att skriva om det här projektet.

Uppsala, Januari 2016
Sayaka och Sofia

Titel: Föräldrars upplevelse av familjebaserad gruppbehandling vid barnobesitas hos förskolebarn: En kvalitativ studie

Författare: Hörman, Sofia; Ito, Sayaka

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Familjebaserad gruppbehandling har visat sig vara effektiv för barn med obesitas. Det finns dock få kvalitativa studier om denna behandlingsform vilket begränsar evidensläget. Framför allt är forskningen på förskolebarn otillräcklig. Vid Karolinska Institutet pågår en omfattande randomiserad kontrollerad studie, Mer och Mindre-studien (MoM). Det är den första longitudinella studie som på ett strukturerat sätt utvärderar familjebaserad gruppbehandling jämfört med standardbehandling av obesitas hos barn i 4-6 års ålder. Det finns följaktligen ett behov av att utvärdera hur föräldrar har upplevt den familjebaserade gruppbehandlingen.

Syfte: Det huvudsakliga syftet är att studera föräldrars upplevelse av behandlingen.

Metod: 21 föräldrar (62 % kvinnor, medelålder 40,6 år, 52 % med högskoleutbildning, 57 % av utländsk härkomst) till barn (43 % flickor) har intervjuats på telefon sex månader efter behandlingen. De transkriberade intervjuerna har kodats och delats in i olika teman enligt metoden tematisk analys.

Resultat: Fem teman har identifierats: *ögonöppnare*, *påminnelse*, *förändring*, *obekväm* och *förbättring*. Behandlingen har av föräldrarna i allmänhet upplevts som positiv och användbar. Många har sett livsstilsförändringar hos både sina barn och sig själva. De har även fått ökad förståelse för föräldraskapets betydelse. Det har emellertid visat sig tydligt att föräldrarna har olika, ibland motsatta upplevelser av samma moment i behandlingen.

Slutsats: Alla lär sig och värderar information på olika sätt, varför familjebaserad gruppbehandling är svår att anpassa till den enskilda individen. Behandlingsformen har dock konstaterats kunna leda till förändringar hos familjen.

Title: Parents' experience of family-based group treatment on childhood obesity among preschoolers: A qualitative study

Authors: Hörman, Sofia; Ito, Sayaka

ABSTRACT

Background: While family-based group treatment has been shown effective on childhood obesity, few qualitative treatment evaluations exist limiting the strength of evidence. Above all, research on preschoolers is insufficient. At the Karolinska Institute, an extensive randomized controlled trial; the More and Less study (MoM) is ongoing. This first longitudinal study evaluates in a structured way family-based group treatment compared to standard treatment of obesity in the ages of 4-6. It is thus necessary to evaluate how parents experienced this family-based group treatment.

Aim: The main aim is to study parents' experience of the treatment.

Method: 21 parents (62 % women, mean age 40,6 years, 52 % with university education, 57 % of foreign background) to children (43 % girls) were interviewed over telephone six months after the treatment. According to thematic analysis, the transcribed interviews were coded and divided into different themes.

Results: Five themes were identified: *eye-opener*, *reminder*, *change*, *uncomfortable* and *improvement*. In general, the treatment was perceived as positive and useful. Parents reported a lifestyle change in their children and in themselves, as well as an increased understanding for the importance of parenthood. However, the parents had clearly differing, in some cases even opposite experiences of the same treatment component.

Conclusion: Everyone learns and adapt information in different way, which is why family-based group treatment is hard to adjust to all individuals. The treatment has, however, had a significant impact on family lifestyle.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INTRODUKTION	5
1.1 Behandling	5
1.2 Föräldraskapets betydelse för förskolebarn.....	5
1.2.1 Föräldraskapsstilar och föräldratekniker	6
1.2.2 Barriärer för förändring av barnets livsstil	7
1.2.3 Ett delat ansvar	8
1.2.4 Behov av insatser hos förskolebarn	8
1.3 Mer och Mindre-studien.....	9
1.4 Kvalitetssäkring av behandlingen	11
2 SYFTE	12
3 METOD	12
3.1 Material	12
3.2 Analysprocess.....	12
3.3 Etiska överväganden	13
4 RESULTAT	13
4.1 Ögonöppnare	14
4.2 Påminnelse	15
4.3 Förändring	16
4.4 Obekvämlig	17
4.5 Förbättring.....	18
5 DISKUSSION	19
5.1 Resultatdiskussion	19
5.2 Förhoppningar om framtida forskningsrön	21
5.2.1 Förskolebaserade interventionsformer	21
5.2.2 Studier om bakomliggande mekanismer för beteendeförändring.....	22
5.3 Metoddiskussion	22
5.3.1 Styrkor och begränsningar.....	23
6 UPPSATSENS YRKESRELEVANS	24
7 SLUTSATS	24
8 REFERENSER	25
9 BILAGA	31
Arbetsfördelning.....	31

1 INTRODUKTION

1.1 Behandling

Den familjebaserade gruppbehandlingen av obesitas hos barn skapades för över 30 år sedan och har sedan dess utvecklats. Behandlingen syftar till att åstadkomma livsstilsförändring gällande kost och fysisk aktivitet i familjen genom att öka föräldrarnas kunskap inom dessa områden (Epstein, Paluch, Roemmich & Beecher, 2007). Medverkan från familjen är avgörande för ett barns behandling och det är viktigt att föräldrarna får alla verktyg de behöver för att kunna ge sina barn den bästa starten i livet (Hoelscher, Kirk, Ritchie & Cunningham-Sabo, 2013, Luttikhuis, Baur, Jansen, Shrewsbury, O'Malley, Stolk & Summerbell, 2009, Nowicka & Flodmark, 2008). Det är föräldrarna som bestämmer vad som ska ätas, när man ska äta samt hur mycket barnet ska äta (Ventura & Birch, 2009). Vad som inhandlas och finns hemma är också föräldrarna som bestämmer över (Birch & Davison, 2001, Mitchell, Farrow, Haycraft & Meyer, 2013). I behandling där familjen är inblandad är det inte bara viktstatus som visat på förbättring, utan även exempelvis familjens engagemang i behandlingen och kostnadseffektiviteten (Golan, Weizman, Apter & Fainaru, 1998).

En fungerande behandling bör anpassas utifrån barnets ålder och mognad för att den ska vara så effektiv som möjligt. Dock är vården i Sverige ännu inte tillräckligt utvecklad för att kunna erbjuda patientcenterad vård till alla (Docteur & Coulter, 2012). Det utbud som finns för behandling av barn med obesitas är i dagsläget otillräckligt och ojämnt spritt i Sverige vilket ytterligare försvårar en individanpassad vård, menar flera barnobesitasforskare i en debattartikel i Dagens Nyheter (2013, 13 september).

Fokus för obesitasbehandling av barn är uppdelat på fem områden avseende näringsintag: mindre portionsstorlekar, en regelbunden måltidsordning, bra val när det gäller dryck, begränsat intag av utrymmesmat och småätande mellan måltider samt ökat intag av grönsaker och frukt (Dietisternas Riksförbund, 2009, Gidding et al., 2006). Små förändringar i taget rekommenderas. En livsstilsförändring ska vara genomförbar och möjlig att fortsätta med livet ut. Genom att ta hänsyn till hur kosten ser ut i dagsläget kan de små förändringar man bör fokusera på identifieras. Ett sätt att göra detta kan vara att föra matdagbok under ett par dagar där föräldrarna skriver upp allt barnet äter och dricker (Dietisternas Riksförbund, 2009).

1.2 Föräldraskapets betydelse för förskolebarn

Enligt den senaste Cochraneöversikten (2009) av randomiserade kontrollerade behandlingsstudier har familjebaserade livsstilsinterventioner lett till signifikant och kliniskt betydande viktminskning hos barn och ungdomar med obesitas. Det går i dagsläget inte att fastställa vilken behandlingsmetod som är den mest effektiva. Flera studier har emellertid lyft fram att en kombination av kost, fysisk aktivitet och beteendefokus utgör en viktig komponent i de framgångsrika resultaten (Barlow & the Expert Committee, 2007, Kitzmann et al., 2010, Luttikhuis et al., 2009).

Ju yngre ett barn är, desto mindre etablerade och formade är dess matvanor (Gibson et al., 2012). Föräldrarnas inflytande över barnet är ännu stort i förskoleåldern (Nyberg, Sundblom, Norman, Bohman, Hagberg & Elinder, 2015, Ventura et al., 2008). Eftersom familjen är den första sociala

struktur barnet är en del av, är det även här de första riskfaktorerna för att utveckla en överviktsproblematik finns (Ventura et al., 2008). Exempelvis har grönsaksintaget hos förskolebarn i allmänhet, och aktivitetsgraden hos flickor i denna ålder, visat sig öka genom föräldrainervention, om än kortsiktigt (Nyberg et al., 2015). Många föräldrar är också själva av uppfattningen att behandling av barns hälsorelaterade beteenden bör befrämjas i tidig ålder (Pocock, Trivedi, Wills, Bunn & Magnusson, 2010).

1.2.1 Föräldraskapsstilar och föräldratekniker

Inom utvecklingspsykologin hävdar man att barns personlighet och beteenden utvecklas bland annat som en följd av föräldrars föräldraskapsstil. Baserat på två dimensioner, responsivitet-försummande respektive gränssättande - tillåtande, kan de olika föräldraskapsstilarna klassificeras i fyra kategorier: auktoritativ, auktoritär, tillåtande och försummande (Holt & Passer, 2012, Maccoby & Martin, 1983) (Figur 1). Inom detta ramverk har Sleddens, Gerards, Thijs, De Vries och Kremers (2011) undersökt hur de olika stilarna påverkar barns viktstatus. Auktoritativa föräldrar kännetecknas av att vara responsiva och gränssättande. Barn uppfostrade enligt denna stil förefaller äta hälsosammare, vara mer aktiva och har i allmänhet ett lägre body mass index (BMI) än de barn vars föräldrar har andra föräldraskapsstilar.

	Gränssättning	Tillåtande
Responsivitet / Värme	Auktoritativ Responsiv och kontrollerande	Tillåtande Responsiv men gränslöst
Negligerande	Auktoritär Oresponsiv men kontrollerande	Försummande Oresponsiv och gränslöst

Figur 1. Två generella dimensioner av föräldraskapsstilar enligt Holt et al. (2012).

Utöver föräldraskapsstilar är även föräldratekniker av stor betydelse. Enligt Ventura et al. (2008) är föräldraskapsstilar inte en faktor som direkt påverkar barnets sociala utveckling, men som styr den indirekt genom att modifiera föräldrateknikers effektivitet. Föräldratekniker är alltså specifika förhållningssätt som föräldrar kan använda sig av för socialisering av sina barn. De föräldratekniker som kan vara av betydelse är uppmuntran, engagemang, problemlösning, emotionell reglering, tillsyn och gränssättning (Ek, Chamberlain, Ejderhamn, Fisher, Marcus, Chamberlain & Nowicka, 2015). När det handlar om mat kan dessa föräldratekniker vara till hjälp för att reglera vad, hur mycket och när barnen ska äta. Matrelaterade föräldratekniker kan således innebära bland annat att tvinga barnet att äta, att begränsa tillgängligheten till vissa

livsmedel, att använda mat som belöning, att exponera barn för nya livsmedel samt att erbjuda sociala förebilder vid måltid (Ventura et al., 2008). Ventura et al. (2008) sammanställer de studier som har undersökt hur dessa tekniker modifierar barnets kostvanor, i synnerhet gällande matpreferens och intag. Sammanställningen ger starkt stöd åt att de matrelaterade föräldrateknikerna kan påverka barnets ätbeteende. Därmed finns även goda möjligheter att påverka barnets vikt. Exempelvis kan både tvingande, restriktiva och belönande tekniker leda till ett negativt utfall, som aversion och lägre intag av berörda livsmedel. Om föräldrarna använder sig av en restriktiv teknik och begränsar barnets intag av ett särskilt livsmedel, oftast kaloririkt, ökar risken för att barnet istället överkonsumerar det aktuella livsmedlet med viktuppgång som följd. Exponering för nya livsmedel och närvaro av vuxna- eller kamratförebilder vid måltiden kan däremot resultera i att barnet får en ökad acceptans för dessa livsmedel. Exponering och sociala förebilder kan följaktligen vara effektiva när det gäller att öka ett barns acceptans för hälsosamma livsmedel (Gibson et al., 2012). Sleddens et al. (2011) beskriver också att användningen av föräldratekniker i tidiga åldrar har påverkan på viktstatus längre fram i barnets liv. Ökad kunskap om och skicklighet i utövandet av de här teknikerna hos föräldrar har konstaterats få positiva resultat på barnets beteendeproblematik (Chamberlain, Price, Leve, Laurent, Landsverk & Reid, 2008).

1.2.2 Barriärer för förändring av barnets livsstil

En rad olika studier har undersökt de faktorer som hindrar barn från att ändra sina kost- och aktivitetsvanor. I en översiktsartikel av de barriärer som identifierats har barnets matpreferenser, neofobi mot nya livsmedel samt ett allmänt selektivt ätbeteende föreslagits som faktorer som försvårar övergången till mer hälsosamma kostvanor (Pocock et al., 2010). Föräldrar kan också sakna kunskap om matkvalitet och portionsstorlek, vilket då kan avspeglas i deras egna kostvanor (Norman, Berlin, Sundblom, Elinder & Nyberg, 2015). Även inverkan av media, marknadsföring och/eller människor i deras omgivning, såsom mor- och farföräldrar och kompisar spelar roll (Pocock et al., 2010).

En del föräldrar har goda kunskaper om vikten av hälsosam kost och fysisk aktivitet, men har svårt att omsätta denna kunskap i praktiken (Pocock et al., 2010). Orsaken till detta är främst den vardagsstress många upplever (Norman et al., 2015, Pocock et al., 2010). Det kan vara svårt för föräldrar att se till att barnet äter regelbundna måltider samt att ta ansvar för måltidsplanering (Norman et al., 2015). Tidsbrist är ett annat skäl till att föräldrar sällan hinner tillreda hälsosamma maträtter (Norman et al., 2015, Pocock et al., 2010). Hos många familjer där vuxna familjemedlemmar är stressade och trötta används TV:n som barnvakt. Barns stillasittande vanor anses vara det största hindret för fysisk aktivitet (Pocock et al., 2010). När trötta föräldrar bemöter sina barn med irritation blir måltidsstunden lätt konfliktfylld. Detta kan förvärras ytterligare om föräldrarna inte lyckas samarbeta för att hantera situationen, just för att de är oeniga gällande måltids- och aktivitetsregler eller att de helt enkelt reagerar på olika sätt (Norman et al., 2015). Stress hos föräldrarna, särskilt hos modern, har visat ett samband till ett högre BMI hos yngre barn än hos de familjer där stress inte är lika framträdande (Stenhammar, Olsson, Bahmanyar, Hulting, Wettergren, Edlund & Montgomery, 2010). Även vid en depression hos modern har man sett ett samband med ett överkontrollerande av mat, vilket riskerar att få motsatt effekt och bidra till utveckling av obesitas hos barn (Francis, Hofer & Birch, 2001). Föräldrarnas utbildningsnivå är dessutom en viktig faktor för barnets utveckling av övervikt eller obesitas (Shrewsbury & Wardle, 2008). Graden av moderns utbildning påverkar

barnets kostvanor mer än vad faderns gör. Detta kan bero på att modern har jämförelsevis större inflytande på barnens beteende (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers & Whitaker, 2000, Boyle et al., 2006, Shrewsbury et al., 2008, Wachs, Creed-Kanashiro, Cueto & Jacoby, 2005).

En god förebild är av stor betydelse för barnets utveckling mot en hälsosam livsstil (Norman et al., 2015). Pocock et al. (2010) menar att barnet får svårare att finna en sådan förebild när vuxna familjemedlemmar inte stödjer varandra i insatsen. Detta gäller inte bara i en kärnfamilj utan också i storfamiljer, med vilket man ofta avser familjer där även far- och morföräldrar ingår. I modern tid tar far- och morföräldrar ofta hand om sina barnbarn. De tenderar då att ge barnbarnen den mat de vill äta, ofta i stor mängd. Det leder till svårigheter för föräldrar att konsekvent behålla hälsosamma kostvanor. Antalet barn i familjen avgör också hur svårt det är att genomgå en livsstilsförändring. Exempelvis kan föräldrar anse det vara orättvist att begränsa endast det aktuella barnets matintag när syskon utan viktproblem får äta mer.

Samspel inom både kärnfamiljer och storfamiljer, mellan vuxna och i relationen barn-vuxna har betydande påverkan på barnets förändring mot en hälsosammare livsstil. Ur det hänseendet är det extra viktigt att framtidens behandlingsformer inom barnobesitas blir familjecentrerade (Norman et al., 2015, Pocock et al., 2010).

1.2.3 Ett delat ansvar

Det primära ansvaret för att ett barn utvecklar en hälsosam livsstil ligger hos föräldrarna. Eftersom den stora merparten av barn i förskoleåldern tillbringar det mesta av sin tid utanför hemmet har emellertid även andra aktörer ett stort ansvar. Foster, Farragher, Parker och Sosa (2015) poängterar att just ett angreppssätt där fler än föräldrarna involveras bidrar till att förbättra förskolebarns hälsostatus. I första hand är det då förskolan som kommer in i bilden. Dålig skolmat kan försvåra för barn att tillägna sig goda kostvanor. Föräldrars insatser kan då bli mindre verkningsfulla (Pocock et al., 2010). Att äta med förskollärare och andra barn innebär en mer lärofull måltidssituation och kan få positiv inverkan på barnets kostvanor (Livsmedelsverket, 2007, Ventura et al., 2008). När det gäller fysisk aktivitet skulle samarbete mellan förskolan och föräldrar kunna leda till minskat stillasittande hos barn i hemmet. Att förskolan delar med sig till föräldrar av sina idéer, ger uppslag om aktiviteter eller organiserar tillfällen där barn tillsammans med sina föräldrar får tillfälle att röra på sig har föreslagits (De Craemer et al., 2013, De Decker et al., 2013). Enligt förskolans läroplan ska förskolan bland annat sträva efter att varje barn utvecklar sin kroppsuppfattning och får förståelse för vikten av hälsa och välbefinnande. Förskolan har alltså stora möjligheter att främja en hälsosam livsstil hos barnen, med goda matvanor och fysisk aktivitet. Det kan i förlängningen bidra till att barnen blir piggare och får lättare att lära (Livsmedelsverket, 2007). Engagemang på politisk nivå är likaså eftersträvansvärt. I Sverige fattar kommunerna enskilda beslut om styrdokument för mat och hälsa, där maten i förskolan ingår. Kommunen utser också den nämnd, oftast bestående av livsmedelsföretagare, som har ansvar för livsmedelshantering, mat och måltider i förskolan (Livsmedelsverket, 2007). Barnobesitasintervention bör alltså involvera pedagogiska aktörer, men kräver också intresse från andra sektorer (Summerbell et al., 2012).

1.2.4 Behov av insatser hos förskolebarn

Enligt barnhälsovårdens senaste sammanställning var prevalensen för barn med övervikt och obesitas vid fyra års ålder i Stockholms län 11.2 %. I områden med fler socioekonomiskt utsatta

familjer var andelen barn med övervikt och obesitas markant högre än i mer välbeställda områden både i Sverige och internationellt sett (Rietmeijer-Mentink, Paulis, Middelkoop, Bindels & Wouden, 2013, Sjöberg, Lissner, Albertsson-Wikland & Mårild, 2008, Stockholms läns landsting, 2014).

Allt fler studier visar att ju tidigare barn får behandling, desto bättre blir resultaten (Danielsson, Svensson, Kowalski, Nyberg, Ekblom & Marcus, 2012, Reinehr, Kleber, Lass & Toschke, 2010). Trots detta finns det få studier som har undersökt effekten av obesitasbehandling hos just förskolebarn (Luttikhuis et al., 2009). När det gäller föräldratekniker nämner Ek et al. (2015) också att få studier noggrant har undersökt sambandet mellan dessa och utfallet av intervention hos just förskolebarn. Övervikt och obesitas förknippas ofta med i första hand äldre barn och ungdomar och en vanlig uppfattning bland föräldrar är att problemet främst drabbar andra barn än deras egna (Pocock et al., 2010). Forskning har även visat att föräldrar ofta har andra prioriteringar vad gäller barnuppfostran än kostvanor och fysisk aktivitet (Norman et al., 2015). Det finns många föräldrar som väljer att inte se barnets övervikt/obesitas som ett problem eller har svårt att bedöma om barnet har utvecklat övervikt och obesitas (Regber et al., 2012, Rietmeijer-Mentink et al., 2013). Föräldrar är också oroliga för hur barnets självkänsla kan påverkas när barnet blir medvetet om sitt viktproblem eller utsatt p.g.a. sin vikt. Till följd av denna oro är vissa föräldrar motvilliga till att prata om viktproblem (Andreassen, Grøn & Roessler, 2013). Detta slags omedvetenhet och försiktighet hos föräldrar kan vara en bidragande orsak till att obesitasbehandling i tidiga åldrar sällan blir föremål för studier. Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholm (2014) menar att just föräldrars obekymrade inställning till barnets vikt gör det känsligt och etiskt besvärligt för vårdpersonal att ta upp ämnet för diskussion. Samtidigt som det finns vårdpersonal som tar övervikt och obesitas allvarligt, finns det också de som inte anser detta vara en angelägenhet för vården. Föräldrar kan bli anklagade för att skapa ett problem som inte finns. Barn med obesitas riskerar att på så sätt bli stigmatiserade och diskriminerade (Edmunds, 2015). Den här svårigheten att kunna diskutera öppet blir ett hinder för att rekrytera deltagare till studier (Ek et al., 2015). Eftersom forskningen tydligt visar att barnobesitas bör behandlas redan i tidig ålder bör behovet av optimal behandling hos förskolebarn, i synnerhet i kombination med föräldrastöd, vara stort.

1.3 Mer och Mindre-studien

År 2012 påbörjades en omfattande randomiserad kontrollerad studie, den så kallade Mer och Mindre-studien (MoM), vid Karolinska Institutet och finns beskriven i detalj i en metodartikel (Ek et al., 2015). Det är den första longitudinella studien i Sverige som på ett strukturerat sätt utvärderar olika behandlingstyper för barnobesitas i förskoleåldern. MoM är baserad på ett amerikanskt program, KEEP (Keeping Foster and Kin Parents Supported and Trained), som är ett av de mest effektiva föräldrastödsprogrammen och som tidigare har använts på fosterfamiljer i Sverige. KEEP bygger på fem föräldratekniker såsom uppmuntran, gränssättning, tillsyn, problemlösning och positivt engagemang. MoM tar avstamp i samma tekniker men lägger till emotionell reglering i sitt fokus. Syftet med MoM är att jämföra två olika typer av behandlingar: standardbehandling med fokus på livsstil och föräldragrupsbehandling med fokus på föräldraskap. Studien pågår ännu och kommer att avslutas 2017.

MoM riktar sig till familjer med barn i 4-6 års ålder med obesitasproblematik ($BMI \geq 19,2$ kg/m^2) och som bor i Stockholms län ($n=180$). Inga kroniska sjukdomar ska ligga bakom barnets

tillväxtproblem, och föräldrar ska, av kommunikativa skäl, ha goda kunskaper i svenska. Huvudsakligen rekryteras barn till studien via barnvårdscentraler i Stockholms län, men också via skolhälsovården. Man annonserar även i Stockholms lokaltidningar och på anslagstavlor.

Familjer som rekryterats till studien grupperas sedan slumpmässigt. De som lottas till standardbehandling får behandling vid barn- och ungdomsmedicinska mottagningar i Stockholm (n=90). De som lottas till familjebaserad gruppbehandling randomiseras sedan i två olika grupper: en med 10 veckors behandling (n=45) och den andra med uppföljningar var 4:e - 6:e vecka till dess att studien avslutas, utöver 10 veckors-behandlingen (n=45). Behandlingseffektiviteten bedöms med primära och sekundära utfallsmått.

Primärt utfallsmått är viktstatus. Sekundära utfallsmått är barnets midjemått, metaboliska laborievärden, matbeteende (med Child Eating Behaviour Questionnaire), psykosociala hälsa (med Child Behaviour Checklist), kostvanor (med Food Frequency Questionnaire) samt rörelsevanor (med Child Background Questionnaire). Föräldratekniker i måltidssituationer (med Child Feeding Questionnaire) utvärderas också som ett sekundärt utfallsmått. Dessa utfallsmått kontrolleras vid behandlingsstart, samt efter tre, sex och 12 månader för alla behandlingsformer (tabell 1).

Tabell 1. Primära och sekundära utfallsmått. Utvärderas vid olika tidpunkter.

	Mått	Start	3 mån.	6 mån.	12 mån.
Barn					
Viktstatus	Mäts av vårdpersonal	x	x	x	x
Midjemått		x	x	x	x
Metaboliska laborievärden		x			x
Matbeteende	Child Eating Behaviour Questionnaire	x	x	x	x
Psykosociala hälsa	Child Behaviour Checklist	x			x
Kostvanor	Food Frequency Questionnaire	x	x	x	x
Rörelsevanor	Child Background Questionnaire	x	x	x	x
Föräldrar					
Föräldratekniker i måltidssituationer	Child Feeding Questionnaire	x	x	x	x

Den familjebaserade gruppbehandlingens består av 6-10 föräldrar som träffas vid 10 tillfällen, en kväll i veckan under 90 minuter. Plats och tid bestäms utifrån föräldrarnas önskemål så att de ska kunna delta så många gånger som möjligt. Båda föräldrarna är inbjudna. Däremot får inga barn vara med under sessionerna och barnpassning erbjuds till de familjer som behöver. Behandlingen leds av två utbildade gruppleddare. Vid varje tillfälle diskuterar gruppen veckans tema med fokus

på föräldraskap i relation till en hälsosam livsstil. En översikt av behandlingsprogrammet ges i tabell 2.

Tabell 2. Temat för varje session

Vecka	Veckans tema
1.	<i>Välkomna!</i> Om programmet och om föräldrars olika nyckelroller
2.	<i>Mat och lek: När mer, när mindre?</i> Om smarta genvägar till hälsosammare livsstil
3.	<i>Samarbete mellan föräldrar och barn.</i> Varför är det viktigt och hur kan den uppmuntras?
4.	<i>Föräldrar som lärare – att lära barn nya saker.</i> Hur lär vi barnen nya vanor?
5.	<i>Scheman och belöningar.</i> Ett sätt att introducera ett nytt beteende.
6.	<i>Förbereda och planera.</i> Om hur man kan undvika konflikter med barnet.
7.	<i>Gränssättning.</i> Varför och hur sätter vi gränser?
8.	<i>Maktkamper.</i> Hur dessa kan undvikas och hanteras.
9.	<i>Mer stöd – mindre stress.</i> Hur kan andra engageras samt hur hanterar man stress.
10.	<i>Sammanfattning – mat och lek.</i> Om användbara tekniker och tips för framtiden.

Föräldrarna får varje gång i hemuppgift att prova på det som diskuterats, vilket sedan återkopplas vid nästa träff. Samtliga sessioner spelas in via både webbkamera och bandspelare för att senare kunna analyseras (Ek et al., 2015, Karolinska Institutet, 2015).

1.4 Kvalitetssäkring av behandlingen

Genom att utvärdera en pågående behandling ges möjlighet till förbättring och åtgärder av de brister deltagarna upplever. För att utvärderingen ska bli så givande och representativ som möjligt bör både kvalitativ och kvantitativ metod användas. Som det ser ut idag är de flesta utvärderingarna av obesitasbehandling kvantitativa vilket kan leda till begränsad förståelse för de individuella synpunkterna på olika delar av behandlingen. Idag finns fler familjebaserade behandlingar än för ett par år sedan, men på grund av bristen på kvalitativa studier är evidensen låg (Lachal et al., 2013). Ett problem som ofta uppstår vid utvärdering är bortfall under eller i slutet av behandlingen. Åsikter från deltagare om innehållet och momenten, samt orsaker till att de inte fullföljer behandlingen inkluderas sällan i utvärderingar. Detta gör det svårt att veta vad som upplevs ha brustit. Utvärderingar baseras oftast på åsikter från deltagare som fullföljt behandlingen och kan därmed ha varit mer motiverande än andra, vilket riskerar att ge en skev eller rentav missvisande bild.

Eftersom den här familjebaserade gruppbehandlingen har tagits fram specifikt för MoM är det viktigt att den kvantitativa utvärderingen kompletteras med en kvalitativ undersökning av föräldrars upplevelse av behandlingen.

2. SYFTE

Det huvudsakliga syftet är att studera föräldrars upplevelse av familjebaserad gruppbehandling.

De frågeställningar som granskas närmare är:

- Hur upplever föräldrarna behandlingen?
- Vilka har varit de största utmaningarna i förändringsarbetet i familjens livsstil?
- Vad har varit lättast att förändra?
- Vilka förändringar i föräldraskap har haft störst betydelse för livsstilsförändringar?

3 METOD

3.1 Material

Föräldrar från fem grupper intervjuades under perioden juni 2013 - juli 2015. Totalt 21 föräldrar, varav 13 mödrar och 8 fäder, deltog i intervjuerna. Enligt projektansvarig Paulina Nowicka (personlig kommunikation, 3 november 2015) användes s.k. maximal variation som urvalsmetod. Dessa föräldrar hade alltså valts ut med hänsyn till deras olika bakgrund i syfte att ge en varierad bild av behandlingsupplevelsen (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2010). Enligt Louise Lindberg, den forskningsassistent som var i kontakt med familjerna (personlig kommunikation, 27 november 2015), finns däremot ingen medveten tanke bakom könsfördelningen. De föräldrar som deltog i flest sessioner ansågs bäst kunna ge synpunkter på hela behandlingsprogrammet.

Bland de som kontaktades var 12 föräldrar till pojkar och nio föräldrar till flickor med obesitas. Barnens medelålder var 5,3 år (4,1 år - 6,7 år). Barnets medel BMI var 21,1 (18,3 - 25,7) och BMI SDS 3,04 (1,9 - 5,0). Minst en förälder hade universitetsutbildning i 11 av 21 familjer. I 12 av 21 familjer var minst en förälder utlandsfödd. Föräldrarnas medelålder var 40,6 år (28 år - 67 år). De intervjuade föräldrarna deltog i genomsnitt i 81 % av alla sessioner (42 % - 100 %).

3.2 Analysprocess

Att beskriva och analysera text som kommer från samtal eller observationer är ett kvalitativt arbete (Malterud, 2014). Denna uppsats bygger därmed på en kvalitativ metod. Data samlades in via strukturerade intervjuer, med syfte att sammanställa föräldrarnas svar på ett jämförbart sätt (Bryman, 2008). Intervjuerna gjordes sex månader efter behandlingen av L. Lindberg, som är utbildad inom folkhälsovetenskap, och P. Nowicka, familjeterapeut och docent i pediatrik vetenskap, över telefon. Exempel på de frågor som ställdes var: *1. Hur har deltagandet i programmet påverkat din upplevelse av din kompetens som förälder? 2. Hur var din kommunikation med föreskolan innan programmet? Vad tycker du om de tips ni fick kring denna bit? och 3. Vilka förändringar i livsstilen, både när det gäller fysisk aktivitet och mat, har du och familjen gjort under programmets gång? Vad var lättast? Vad var svårast?* Intervjuerna varade i genomsnitt 30 minuter. De spelades in och transkriberades sedan av intervjuarna vilket resulterade i cirka 60 sidor material. Vid transkriptionen fick varje deltagare en kod, detta för oidentifiering. Författarna till uppsatsen fick tillgång till det redan transkriberade intervjumaterialet och den första delen i arbetet var således att analysera detta material. För att identifiera och analysera huruvida det fanns några deskriptiva mönster eller teman i intervjudatan

användes tematisk analys. Analysmetoden är känd för sin flexibilitet och för att vara relativt lätt att lära sig och utföra, vilket är en fördel för dem som ännu inte har bredare erfarenheter av kvalitativ forskning. Det finns två olika förhållningssätt inom denna analysmetod: induktivt och deduktivt. Induktiv analys innebär att teman genereras utifrån de koder som återfinns i materialet. Deduktiv analys innebär däremot att koder plockas ut utifrån förutbestämda teman (Braun & Clarke, 2006). I denna uppsats valdes induktiv analys. Båda författarna kodade oberoende av varandra samtliga intervjuer och analyserade huruvida dessa kunde grupperas i vissa gemensamma teman. Detta arbete utfördes via upprepad genomläsning av materialet. Författarna diskuterade därefter tillsammans vilka koder och teman de identifierat och fann en relativ stor överlappning. Svårigheten var inte att urskilja teman, utan att finna rätt benämning på dessa. Författarna enades till slut om följande titlar till respektive tema: *ögonöppnare*, *påminnelse*, *förändring*, *obekvämt* samt *förbättring*. När den processen var färdig identifierade författarna ett flertal citat som bäst bedömdes representera de aktuella temana.

3.3 Etiska överväganden

Denna uppsats ingår i MoM. Det innebär att de etiska överväganden som berör den aktuella studien gäller även för denna uppsats. Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns det fyra forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet: Deltagare har fått information om studien genom hälso- och sjukvården samt annonser. Studien är frivillig att delta i och deltagare har rätt att när som helst avbryta studien.

Samtyckeskravet: Eftersom deltagarna själva har anmält sig till studien har detta krav uppfyllts.

Konfidentialitetskravet: Deltagare i telefonintervjuer har kodats för aidentifiering. I uppsatsen användes dessa koder.

Nyttjandekravet: Intervjudata som har samlats in kommer att användas enbart till studien.

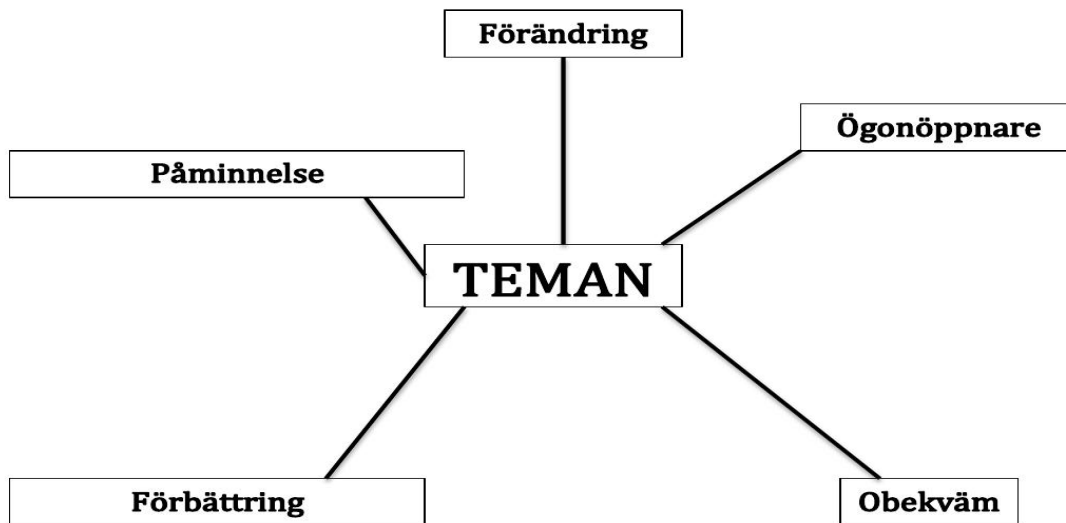
MoM har godkänts av Etikprövningsnämnderna i Stockholm (ID: 2011/1329-31/4) den 16 november 2011 med komplettering (2012/1104-32; 2012/2005-32; 2013/486-32). Studien är även registrerad i clinicaltrials.gov (ID: NCT01792531) (Ek et al, 2015).

4 RESULTAT

Analys av intervjuerna visade att föräldrarna var nöjda med den familjebaserade gruppbehandlingen i dess helhet. Även om interventionen upplevdes ta tid och energi betraktades den som en långsiktig vinst: ”Det är definitivt en livsinvestering och då krävs det att man satsar den tiden för att kunna få till det.” (Kod 58). Vissa föräldrar uttryckte en särskild nöjdhet över att deras barn fick möjlighet att delta i studien när de fortfarande var så unga. Bland annat kommenterades att det skulle ha varit svårare några år senare, när viktproblemet gått för långt och barnet fått en större egen auktoritet/självständighet.

Av de fem teman som identifierats innehöll tre positiva upplevelser och kommentarer som föräldrar anser har gjort dem till mer kompetenta eller stärkta i sin roll som förälder, nämligen *ögonöppnare*, *påminnelse* och *förändring*. Ett tema handlade bland annat om moment och

tillfällen som vissa upplevde som obekväma och lite besvärliga, exempelvis rollspel. Det sista temat handlade om vad deltagare ansåg kunde ha gjorts annorlunda och borde förbättras till framtida behandlingar.



Figur 2. Teman

4.1 Ögonöppnare

För majoriteten av deltagarna blev mycket av informationen och delmomenten en ”ögonöppnare”. Det var saker de tidigare inte tänkt på som framgick under behandlingens gång på ett sådant sätt att de lättare kunde ta till sig det och förstå. Det blev en viktig del att både höra och se hur mycket mat och rörelse som behövs för ett barn i denna ålder. En förälder sa så här i intervjuerna: ”... det har varit väldigt mycket insikt i vad, vad ett barn faktiskt behöver i mat och hur viktigt det är med aktivitet ...” (Kod 78). Sen genom att praktiskt visa hur mycket olika livsmedel innehåller energimässigt samt lära sig att läsa en innehållsförteckning gjorde en stor inverkan enligt deltagarna: ”... på de träffar när vi tog upp hur mycket kalorier eller hur mycket energi det är i en godisskål och hur mycket han faktiskt får i sig på en vecka av sådana där onyttiga, onödiga saker typ bullar, kakor och saft och sånt då insåg jag.. då tyckte jag att det gick upp ett ljus för mig att det här.. han får i sig för mycket!” (Kod 73).

Att delta i en familjebaserad gruppbehandling där flera personer i samma situation får samtala och delge de problem som finns hemma var väldigt lärorikt: ”Bara att få se att andra människor har också problem, har svårt, gjorde att man själv inte kände att det var så jobbigt.” (Kod 10). Tillsammans kunde deltagarna dela med sig av de lösningar de själva hade hittat på vissa problem och prata om vad som var effektivt för dem. Med hjälp av de andra föräldrarna och ledarna under behandlingen kunde man därmed få hjälp med de olika problem som fanns i de olika hemmen. Ett flertal föräldrar tyckte att det var väldigt nyttigt hur de fick lära sig att sätta gränser, hur man ska gå tillväga med att hantera både sina egna känslor och även barnens:

”Jättebra med hur man kunde hantera sina känslor när barnen tjatade om att de ska få någonting äta, hur man kunde sätta gränser, i stort sett alltid var jättebra, jag var jättenöjd.” (Kod 13).

För att kunna nå ut till så många som möjligt blandade man tillvägagångssätt för hur man gav ut informationen. Muntligt presentation och gemensamma diskussioner blandades med en del rollspel där deltagarna själva fick var mycket aktiva. Åsikter om rollspel var blandade (se även temat *obekväm*), en av föräldrarna tyckte att det var givande att delta: ”Det tydliggör hur det faktiskt kan se ut i en situation att man rollspelar. Ibland blir det ju också ganska dråpligt om man tänker så, nej men gud är det faktiskt såhär det är, men ja det är ju så och då blir det lite ögonöppnare.” (Kod 84).

Hur maten ska presenteras var också en ny insikt som många föräldrar refererar till under intervjun: ”Det är alltid det här tipsen som var att lägga upp en liten portion och vill de ha en till får de en liten portion till om man vet att de alltid frågar, eller ställ inte fram kastrullerna på bordet utan ha bara portionen de ska äta, alla den typen av tips och trix...” (Kod 60).

Många föräldrar upplevde att det var nytt och intressant att lära sig om föräldratekniker. De ansåg att i synnerhet uppmuntran och gränssättning var användbara tekniker: ”I början tänkte jag att det kändes tufft men sen tyckte jag att det funkade bra. X hade lite svårt att acceptera grejer i början men sen har han accepterat dem också. Nu känns det naturligt med de här gränserna vi har satt.” (Kod 96).

4.2 Påminnelse

Att få höra igen den information man hört tidigare kan leda till att kunskapen blir tydligare: ”Jag tror att jag var ganska konsekvent redan innan, men man har förstått det ännu mera hur viktigt det är.” berättade en förälder (Kod 13). Att bli mer medveten om vad man redan gör för bra saker är något som kom fram i intervjuerna. Till skillnad från *ögonöppnare*, där föräldrarna upplevde något nytt och insåg hur bra en viss föräldrateknik eller information var, är *påminnelse* något de redan visste om och gjorde. Några av föräldrarna fick en inblick i sitt eget beteende och att de gjort ett bra jobb även innan behandlingen: ”Det är mycket som man vet men det är bra att bli påmind om. Det märker man när man provar att man behöver inte gå i klinch med barnet bara för att man säger nej.” (Kod 29). Vissa föräldrar kände lättnad över att det de hade gjort var rätt och att få uppbackning på detta. En förälder förklarade: ”Det har både stärkt mig i mina argumentationer gentemot X, att det här, jag vet att jag har någonting bakom mig när jag vill att vi ska hålla igen på det här eller vi ska ha de här reglerna eller så. Så där har jag stärkts. Sen har jag bekräftat det som jag själv hade tänkt mig, att så här vill jag att vi ska förhålla oss till saker och ting och så har de här diskussionerna och inputen stärkt, bekräftat att jag ändå var på rätt spår. Det var skönt.” (Kod 85). Då många av föräldrarna redan hade kunskap i föräldratekniker innan behandlingen fick de hjälp i att hitta sätt att nå hela vägen som en förälder uttryckte: ”Vi är ju inte gränslösa föräldrar utan vi är ju från början rätt så gränssättande. Vi fick väl hjälp att hitta genvägar och kanske få hjälp att, på ett bra sätt” (Kod 56). De flesta visste vad som är bra och dåligt, det svåra är ibland att leva så som man vet är bra. För att få lite hjälp på traven kan man få verktyg av olika slag. Exempel på verktyg kan vara skriftligt material som recept och tips, uppmuntran och förslag på hur man ska tänka i olika situationer eller kanske olika typer av motivationsscheman eller liknande. Flera föräldrar ansåg att dessa olika verktyg hjälpte dem med att göra förändringar hemma som en förälder förklarade: ”Det är snarare så att jag har fått en

bättre insikt om hur det är att vara förälder och verktyg att behålla de bra matvanor som nu vi har skaffat oss.” (Kod 10).

4.3 Förändring

Efter att den familjebaserade gruppbehandlingen ägt rum rapporterade många föräldrar förändringar i hemmet utifrån den information och de verktyg som lärdes ut. Det var splittrade meningar om genomförandet av en förändring, huruvida enkel respektive utmanande de var. Exempel på förändringar gällande kosten var minskade antal portioner, bättre livsmedelsval och förbättrade kostvanor. Även den fysiska aktiviteten och föräldratekniker, så som sätta gränser och vara konsekvent, ansågs förbättrats.

Som nämnts tidigare fick flera en ”ögonöppnare” av att vara med i den familjebaserade gruppbehandlingen och förstärktes i det bra beteende de hade innan. Till följd av detta har många gjort både stora och små förändringar hemma som även har gått att behålla under en längre tid. Insikten att göra förändringar hos barn som inte är äldre än sex år tar inte lika stor tid som förändringar för vuxna: ”Vi har ju ändrat X livsstil definitivt, det var också en sån grej som var väldigt enkel, bara byta ut de här sakerna liksom, som, han vänjer sig snabbt, barn vänjer sig snabbt. Jag tycker själv att man vänjer sig hyfsat snabbt från att dricka mjölk till att dricka vatten, från att äta vitt bröd till mörkt bröd eller vad det nu kan vara, från vanligt till fullkorn och för barn går det ju ännu snabbare.” (Kod 68). Att få verktyg och tips om hur man ska sätta gränser så underlättade man både för föräldrarna och barnen med konsekvent beteende: ”Ja, för jag har blivit hårdare med honom, vad som gäller och vad som inte gäller. Och han har själv sett förändringen och han kan själv säga nu; men det är inte lördag idag. Vi får inte äta godis idag.” (Kod 7).

Barn lär sig snabbt, men att ändra en livsstil och kostvanor i familjen kan ta tid då det är flera som måste acceptera en förändring och ställa om sig. Att ändra familjens gamla vanor upplevdes som svårt då många involveras i förändringen: ”Det tog en hel sommar för oss att lägga om våra kostvanor, för man var så inrotat i sitt eget tänk liksom.” (Kod 43). Föräldrar upplevde att betydelsen av att vara konsekvent och ha gränser under en längre period för att kunna göra en större förändring som går att hålla, dock tog denna typ av omläggning olika lång tid för alla. Många förändringar behövde inte ta en lång tid för att genomföras, genom att testa nya sätt att bete sig i jobbiga situationer kunde man ganska snabbt inse och hitta nya lösningar. En förälder berättade: ”Jag blev chockad att det funkade, det var ju att, när man gick och handlade och sen, förut när man var ute med barnen och de skrek och bråkade då ville man att dom skulle va lugna och man var själv helt upp stressad, men sen börja man lära sig att nu ska jag vara lugn och bara låta dem va, låta dem skrika hur mycket de vill och skita i vad andra tycker och tänker. Det har faktiskt funkad och det är jag lite små chockad över att det funkar.” (Kod 54).

Något många föräldrar upplevde som en särskild utmaning att tillämpa, gällde att vara konsekvent i det som de bestämt sig för, exempelvis att kunna sätta gränser vid vissa tillfällen. När de var trötta och stressade var det lätt att ge med sig. Det sociala sammanhanget kring maten, i synnerhet vid kalas eller när kompisar bjuder in familjen, uppfattades många gånger av föräldrar som svåra situationer att hantera. När man har ett barn som har svårigheter att begränsa sitt ätande kan man behöva bestämma tillsammans i förväg hur mycket som är lämpligt att äta och vara överens så en viss mängd inte kommer som en chock för barnet. En förälder berättade:

”Det svåraste har varit det sociala, det här med att liksom försöka..., att det cirkulerar så mycket godis och glass kring andra ungar som inte har något problem med vikten, och försöka att få x att inte äta så mycket. Försöka undvika de här situationerna.” (Kod 68).

Fysisk aktivitet var något många föräldrar ansåg var ganska enkelt att påverka hos barn. En förälder rapporterade: ”Jag har avsatt mer tid på morgonen så att hon kan cykla till och från skolan varje dag istället för att sitta i bilen till exempel, det är väl de första förändringar vi har gjort” (Kod 67). En förälder uppgav dock att det är svårt att hitta tid till något annat än vardagsmotion när dagarna är stressiga.

Många föräldrar uttryckte att de nu hade bättre kommunikation med barnets förskola. Genom att förklara att familjen genomgår en familjebaserad gruppbehandling hade det blivit lättare för dem att berätta om barnets vikt för förskollärare och be dem fästa särskild vikt vid barnets kostvanor. Till följd av detta hade fler barn börjat äta mindre och röra sig mer. Även förskollärare hade märkt denna skillnad hos barnen som en förälder berättade: ”Och jag tror att X fröken själv är lite förvånad över resultatet, [skrattar], hon sa på utvecklingssamtalet nu att, oj det har ju hänt jättejättemycket, att han är en helt annan, inte bara, det är ju klart att det är mycket psykiskt, men hon har ju sett rent fysiskt har det hänt jättemycket för honom också. ... Ja jag vet inte hur mycket hon har sagt till X men på utvecklingssamtalet så sa hon ju det, det märks ju att han rör sig mycket mer och han har blivit lång och smidigare i kroppen.”(Kod 70).

Kommunikationen runt barnets vikt upplevdes i allmänhet förbättrad, inte bara med förskolan utan även inom familjen. Fler föräldrar nämnde just att samarbetet mellan föräldrar hade ökat och att de insett att barnets obesitasproblem berör hela familjen: ”Det är viktigt att båda föräldrar engagerar sig lika mycket så att de förstår, att jag inte hittar på. Och att hela familjen engagerar sig, det handlar inte bara om det lilla barnet som har just det här problemet.” (Kod 25). Å andra sidan var det fortfarande svårt för vissa föräldrar att övertyga far-/morföräldrar om barnets problem.

4.4 Obekväm

Föräldrarna fick testa att spela upp olika situationer de varit med om genom rollspel. Detta lärosätt passade inte alla som en förälder förklarade: ”Det är inte min grej kan jag säga, jag tycker inte att jag går på kurs för att sitta och leka så utan för att man ska lära sig saker och ting. Jag sitter hellre och tittar på en filmsnutt och diskuterar sedan kring det, kan jag tycka.” (Kod 15). En annan förälder kände sig obekväm att testa på rollspel med personer hen inte känner: ”Det kan vara nyttigt men det är svårt om man har en hög tröskel att komma över för att det ska kännas avslappnat.”(Kod 70).

Några föräldrar uttryckte även en obekväm känsla när det gällde motivationsscheman och belöningssystem. Att man ska ge en belöning varje gång barn gör någonting bra, det leder till att barnen inte gör något endast för att det är det rätta utan för att de vill få ut någonting av det tyckte vissa föräldrar. En förälder berättade: ”För att vi tyckte det var lite läskigt också för att barnen lärde sig att de skulle ha en belöning så fort de gjorde någonting, (...) så fort vi bad honom göra någonting så kom han tillbaka och frågade, vad får jag för belöning?” (Kod 70).

Föräldrarna anammade den information som förmedlades under sessionerna i olika stor utsträckning. En förälder upplevde andra föräldrar som överentusiastiska: ”Jag vet inte om jag är inne på de här stenhårda linjerna att ”nu är det bara morötter som gäller” oavsett liksom och det kändes som att vissa föräldrar tog den vägen och det känns lite knasigt på något sätt för jag tycker fortfarande att visst barnen har problem men dom är också fortfarande barn så vi måste vara lite försiktiga hur vi lägger upp och hur vi pratar med dom.” (Kod 43).

En förälder reflekterar över sina egna erfarenheter av att ha varit överviktig sedan barndomen och kopplar sin oro för att barnet ska utveckla en negativ inställning till sin vikt utifrån dessa: ”Jag var överviktig hela mitt liv och mina föräldrar som hade sådana perioder så att säga när de såg att jag gick upp för mycket så var de ganska stränga mot mig. Och de här momenten har fastnat mycket negativt i mitt liv, hela barndomen, ungdomen och nu som vuxen. Jag hade massa fördomar att man inte ska äta inför andra, ja, jag hade massa ångestgrejer, inte bara utseendemässigt, men hur jag betar mig. Så det ville jag inte skaffa hos min lilla son som är fyra år.” (Kod 25).

En viss oro innan den familjebaserade gruppbehandlingen fanns för att det endast skulle vara fokus på vikten. Att man mest skulle prata om den och inte uppmärksamma de många andra aspekter som finns på obesitas. En förälder berättade: “Jag var nog orolig, eller lite orolig i början, att det var fokus, att det kändes som att man fokuserade på barnets vikt.” (Kod 73). Dock var det många som var positivt överraskade över att man knappt pratade om vikt utan fokuserade på hur man ska göra för att erhålla och behålla en hållbar förändring av livsstilen.

Några föräldrar kände att de inte passade som deltagare i studien. Anledning till detta var att de redan kände till den information som gavs under sessionerna. Särskilt för de föräldrar som har äldre barn än det aktuella barnet, eller de som inte har samma problem som andra familjer angav att de inte fick någon ny information. Det upplevdes som att man befann sig på olika nivå i föräldraskapet.

4.5 Förbättring

Föräldrar önskade att behandlingen skulle ge mer handfasta råd, exempelvis vad som är bra och dålig mat (konkreta recept), hur många kalorier maten innehåller eller vilka råvaror som bör användas vid matlagning. En förälder förklarade: ”Man vill ju ha allt på så svart och vitt hela tiden men man vet ju att det inte är svart och vitt. Egentligen skulle jag ju velat att ha en klocka att det ska äta på den här tiden, de ska äta det här ...” (Kod 67). Materialet var även endast riktat till de föräldrar som varit på behandlingen. Flera efterfrågade material som kunde ges till förskolan där barnen tillbringar större delen av dagen och äter åtminstone en av dagens måltider: ”Kanske att man fick ett informationsblad att ge till förskolan att; det här sysslar jag med ...” (Kod 7).

Något som föräldrarna till de äldsta barnen betonade var att de saknade råd om hur man skulle hjälpa barnen själva att hantera medvetenheten om sin viktproblematik: ”Det är hur man bemöter det här med när de själva börjar komma upp, (...) så mer psykologiska delarna för barnets del eller om de får höra från andra att dom är tjocka och hur man kan bemöta andra barn som säger saker som inte är okej och sådär.” (kod 60).

Föräldrar har kommit till behandling på vardagskvällar efter sin sysselsättning, upp till en gång i veckan. Programmets intensiva upplägg har kommenterats av vissa föräldrar. De önskade korta ner innehållet eller minska antalet träffar till förmån för något längre sessioner: ”Försök dra ner på antalet gånger och komprimera det lite istället. Då kanske man locka in lite fler också.” (Kod 60).

5 DISKUSSION

5.1 Resultatdiskussion

Föräldrar upplevde behandlingen som klart positiv. Även om några föräldrar kände obehag i vissa moment eller hade önskemål om andra fokusområden lärde sig de flesta nya föräldratekniker och blev påmind om vikten av ett gott föräldraskap. De upplevde också att den nya kunskapen kunde omsättas i förändringar i det vardagliga livet.

Analysen visade tydligt att föräldrarna hade olika, ibland motsatta upplevelser av samma moment. Bilden av huruvida ett moment var lärorikt eller inte, utmanande eller ej, gick alltså isär mellan olika individer. Som möjlig orsak till dessa skillnader kan i första hand barnens olika personligheter nämnas. Enligt Ventura et al. (2009) är föräldraskapsstilar konsekventa inom en förälder. Användandet av föräldratekniker kan däremot variera, även mellan barn i samma familj, beroende på barnens ålder, kön, ätbeteende och viktstatus. Föräldrar påverkar barns kostvanor genom att forma deras måltidsmiljö, men i utbyte påverkas alltså föräldraskapet av barnets personlighet. Barnets påverkan på föräldrar har bland annat undersökts i en observationsstudie som utfördes i svenska livsmedelsbutiker (Pettersson, Olsson & Fjellström, 2004). Ett annat tänkbart skäl till föräldrarnas olika upplevelser är deras syn på vad som är en hälsosam livsstil. Pocock et al. (2010) beskriver att föräldrars uppfattning om vad som är en sund livsstil för barn styrs av olika faktorer: individuella faktorer såsom barnets mat- och aktivitetspreferenser, interaktion mellan människor i barnets närhet, sociala faktorer och miljöfaktorer (t.ex. media och marknadsföring) samt organisatoriska faktorer såsom förskola. Att de deltagande familjerna hade olika bakgrund kan ha inneburit att föräldrarna fick varierande uppfattningar om vilka råd som var tillämpliga utifrån just deras livsstil. Att föräldrarnas åsikter gick isär om vad som borde ha varit fokus för behandlingen understryker också deras olika föreställningar och behov av information.

De här skilda upplevelserna hos föräldrar kan också diskuteras utifrån en pedagogisk synvinkel, nämligen de olika lärostilar individer har. Det finns idag flera teorier som beskriver hur lärostilar varierar mellan individer. Elmgren och Henriksson (2010) tar exempelvis upp Kolbs teorier. Enligt dessa påverkar den lärostilsprofil man har hur effektivt man förmår ta in och bearbeta information. Lärostilprofiler skiljer sig åt beroende på om man inhämtar information genom konkreta upplevelser eller genom abstrakta tankegångar, samt beroende på om man får djupare förståelse genom aktivt experimenterade eller genom reflekterande observation. Det skiljer sig även åt beroende på om man föredrar vara ensam eller arbeta i grupp. Ett bra exempel på detta är det moment där föräldrarna fick agera rollspel. Intervjuanalysen visar att en del av föräldrarna förmedlade positiva upplevelser av rollspelet medan andra kände motvilja. De förstnämnda kan alltså ha haft en lärostil där de lärde sig bäst genom att prova saker och trivdes i ett gruppformat. Den senare gruppen kan antas ha haft en lärostil där de lärde sig bäst genom att utforska sig själva medelst ett mer individuellt arbetsätt (Elmgren & Henriksson, 2010).

Variationen i lärostilar utgör en stor utmaning när innehållet i föräldraprogrammet ska anpassas till den individuella deltagaren. Det är alltid önskvärt att behandlingen gör anspråk på att vara individanpassad, men vid en sådan behandling som MoM blir det svårt att följa det konceptet. Även om gruppledare är utbildade och medvetna om vikten av patientcentrerad vård är det svårt att i alla lägen beakta de individuella behoven. Trots denna svårighet upptäcktes ett positivt mönster även när det gäller familjebaserad gruppbehandling. Många föräldrar ansåg det vara värdefullt att få träffa andra familjer med liknande problem. Genom att dela med sig av tankar och gemensamma bekymmer blev det lättare att förstå varandra och sätta sig in i andras situation. Möjligheten att stötta och behandla varandra respektfullt ledde till att deltagarna utvecklade en typ av kamratskap under behandlingen. Denna effekt verkar förekomma i liknande behandlingsprogram för barnobesitas (Edmunds, Rennie, King, & Mayhew, 2014, Kitzmann et al., 2010, Nowicka et al., 2008).

Hos barn i unga åldrar har föräldrarna en särskilt viktig roll att stötta vid behandling. Här är det ett känsligt läge för hur man ska lyfta fram en förändring för att gynna viktning. Som Andreassen et al. (2013) beskriver vill föräldrar gärna dölja att det är en viktning som sker, detta för att barnen inte ska se sig själva som obesa eller på något sätt annorlunda. Istället försöker föräldrar få till en förändring som resulterar i att barnen tar ett eget ansvar för att bli mer aktiva utan tankar på kroppsideal. Man har som vuxen ett stort inflytande över barn och bör därmed tänka efter hur man formulerar och tar upp viktproblematik i samtal med barnet. Man bör tillsammans komma fram till en förändring utan att påverka barnets självkänsla negativt (Haugstvedt, Graff-Iversen, Bechensteen & Hallberg, 2011).

Föräldrar har två stora utmaningar att tacklas med, de kunskapsmässiga (fakta och information) samt de kontextuella faktorerna som påverkar livet så som sociala sammanhang, stress, utbildning och ekonomi. De flesta föräldrar uppgav att de redan kände till den information de fick under behandlingen, d.v.s. vad som är bra eller dåliga vanor beträffande kost och fysisk aktivitet. Vissa kommenterade att de redan hade använt sig av de föräldratekniker studien lade tonvikt på. De upplevde dock att de hade saknat verktyg att tillämpa kunskapen i verkliga livet. Tidigare studier belyser också denna svårighet hos föräldrar (Andreassen et al., 2013, Pocock et al., 2010). Efter gruppbehandlingen upplevde en stor andel av föräldrarna emellertid att de lärt sig att använda sin kunskap och sina föräldratekniker. De rapporterade också positiva skillnader i sitt föräldraskap efter studien jämfört med före. I en annan studie av familjebaserad intervention sågs liknande resultat (Edmunds et al., 2014). Där beskrev föräldrarna också livsstilsförändringar och bättre förståelse för föräldraskapets betydelse.

Alla föräldrar var i stort nöjda med gruppbehandlingen i sin helhet och tacksamma över att ha fått delta. Vissa var också särskilt tillfreds med att deras barn kunnat få behandlingen i just denna ålder. Barnobesitas är något som sällan prioriteras i dagens hälso- och sjukvård (DN, 2013, 13 september, Ljungkrona-Falk et al., 2014). Edmunds (2005) hävdar att vårdpersonal kan ha olika kunskap om och inställning till överviktsproblematik. När familjer väl söker sig till vården i barnobesitasärenden blir de därför inte alltid tagna på allvar. Om barnobesitas inte får ett erkännande som en kronisk sjukdom, utan även fortsättningsvis har en vag definition, kommer behandlingar och riktlinjer inte att kunna utvecklas optimalt (Farpour-Lambert, Baker, Hassapidou, Holm, Nowicka, O'Malley & Weiss, 2015). Därför är det av särskilt stor vikt att

föräldrar inser betydelsen av tidiga insatser mot barnobesitas. Om efterfrågan på sådana insatser ökar i befolkningen kan trenden inom vården förhoppningsvis vända.

5.2 Förhoppningar om framtida forskningsrön

5.2.1 Förskolebaserade interventionsformer

En rad studier har poängterat vikten av föräldraintervention, men också betydelsen av andra former av social påverkan utanför hemmet. Ju äldre barnet blir, desto mer av ansvaret för dess socialisering flyttas till andra aktörer än föräldrar, såsom förskolan, skolan och kamratkretsen (Nowicka & Marcus, 2011). Barn tillbringar en stor del av sin dag på förskola/skola, varför det är viktigt att här finns kunskap om vikten av en hälsosam livsstil (Pocock et al., 2010). En skolbaserad intervention för äldre barn har visat sig kunna minska förekomsten av viktproblematik hos barn och även setts kunna påverka kostvanorna i hemmet (Marcus, Nyberg, Nordenfelt, Karpmyr, Kowalski & Ekelund, 2009). Utbildning för föräldrar och barn om värdet av en hälsosam livsstil har visat sig vara mest effektiv i förskolemiljö (Nixon et al., 2012). Det verkar emellertid finnas vissa utmaningar vid förskolebaserade interventionsformer. Både De Craemer et al. (2013) och De Decker et al. (2013) visar exempelvis en diskrepans mellan förskollärarnas uppskattning av barnens aktivitetsgrad och resultaten från tidigare kvantitativa studier. De Craemer et al. (2013) illustrerar att denna diskrepans också syns gällande barnens konsumtion av söta drycker. Enligt De Craemer et al. ser förskollärare dessutom mjölkbaserad dryck och juice som vitamin- och mineraltillförsel och därmed något nyttigt. Så länge förskollärare inte blir uppmärksamma på dessa diskrepanser kommer de inte att kunna förstå meningen med beteendeförändring hos barn. De Decker et al. (2013) betonar just värdet av att först utbilda förskollärare. De mer detaljerade teknikerna för livsstilsförändring på förskolan kan sedan introduceras. Därefter kommer insatser i samarbete med föräldrar för att förändring ska kunna ske även i hemmet.

I MoM önskade många föräldrar mer inblandning av förskolan. En del föräldrar kommenterade att det skulle ha varit bra om förskolan också fått det material föräldrarna hade under behandlingen. Enligt De Craemer et al. (2013) önskar även förskollärare kunna ta del av sådant material som lätt kan implementeras i klassrummet. Föräldrar upplevde att kommunikationen med förskollärare förbättrades något under behandlingens gång. Ett gott stöd från förskolan ansågs av föräldrarna också har lett till att barnen börjat äta mindre, röra sig mer och blivit gladare. Enligt Livsmedelsverket (2007) är öppet samtal mellan föräldrar och förskola väsentligt, och alla aspekter av maten i förskolan bör då diskuteras. Förskolan ska även vara tydlig med ansvarsfördelningen med föräldrar så att det inte uppstår missförstånd och konflikter. En av författarna till uppsatsen har erfarenheter av att arbeta på förskola och anser att dialog mellan förskolepersonal och föräldrar är väsentlig. Det är där barn äter minst en av sina huvudmåltider under dagen. Den sociala samverkan med andra barn och vuxna under måltidssituationen ser också olik ut jämfört med hemma. Vissa barn kan uppföra sig, till och med äta annorlunda beroende på var de är och vilka som är sällskap.

Det pågår idag en multinationell studie mellan europeiska länder, det s.k. ToyBox (European Commission Seventh Framework Programme, u.å.). Målet är att utveckla ett obesitasbehandlingsprogram hos förskolebarn genom att åstadkomma förändringar i förskolemiljön. När en mindre insats i förskolan har lett till förbättrade behandlingsresultat kan

man dra slutsatsen att det finns potential att utvidga samarbetet med denna aktör via fortsatta samarbetsprojekt.

5.2.2 Studier om bakomliggande mekanismer för beteendeförändring

Frågeställningen om vilka förändringar i föräldraskap som haft störst betydelse för livsstilsförändringar tycks vara svår att besvara med den tillgängliga datan. Som tidigare nämnts hade föräldrar olika upplevelser av olika moment. Vissa föräldratekniker fungerade bra för en del föräldrar men sämre för andra. Cochraneöversikten från 2009 belyser också just svårigheten att påvisa vilka mekanismer som ligger till grund för livstilsförändringar. Det är därför angeläget att undersöka de underliggande processerna i detta avseende för att på ett mer optimalt sätt kunna stödja familjer till barn med obesitas (Nowicka et al., 2011). Shrewsbury, Steinbeck, Torvaldsen & Baur (2011) understryker också en annan brist som finns i dagens obesitasbehandling: trots att föräldrar idag uppmuntras att delta aktivt i barnobesitasbehandling fortsätter de kliniska riktlinjerna att bygga på mer generella än specifika rekommendationer om föräldrars roll. Det finns således ett stort behov av att framtidens rekommendationer blir skarpare i just detta avseende.

5.3 Metoddiskussion

Det finns ingen konsensus om hur många intervjuer som krävs för att utföra en kvalitativ studie. Ett förslag som nämns i Bryman (2008) är minst 20 – 30 deltagare, ett annat i Malterud (2014) är 10 – 25. Materialets omfattning kan variera mycket, beroende bland annat på hur stor studien är, vilken metod som används, vilka personer som intervjuas och hur väl intervjuinnehållet besvarar de aktuella frågeställningarna. Det avgörande är huruvida den teoretiska mättnaden har uppnåtts. Under intervjuanalysen märktes det att fler föräldrar hade nämnt liknande upplevelser och idéer. På vissa frågor tycktes ingen ytterligare data ha kunnat tillföra ny information i analysen. Ett exempel på en sådan fråga var, *”Jag har blivit mer konsekvent mot mitt barn när jag vill lära barnet något.”*, där de skulle välja mellan fyra svarsalternativ: stämmer inte alls, stämmer ibland, stämmer för det mesta, stämmer helt. Mättnadspunkten bedömdes ha nåtts. Intervjuer med 21 föräldrar var således ett lagom underlag för denna studie. Mängden data har varit tillräcklig som underlag för en tematisk analys och har möjliggjort att uppfylla uppsatsens syfte.

Intervjuer gjordes med de föräldrar som forskarna ansåg vara engagerade och ha åsikter om behandlingen. När urvalet inte görs slumpmässigt ökar risken för bias (Bryman, 2008). Personer som är mer benägna att förändra ett beteende deltar i högre utsträckning i forskningsstudier, vilket också är ett bias (Luttikhuis et al., 2009). Det blir då svårt att fånga helhetsupplevelsen och generaliserbarheten minskar.

MoM är en pågående studie. Programmet utvecklas kontinuerligt för att deltagarna ska få så optimala behandlingssessioner som möjligt. Edmunds et al. (2014) anger att just den kontinuerliga utvecklingen av interventionen kan bidra till ett lyckat resultat.

Den här processen kan dock påverka vilka erfarenheter föräldrar får och hur de upplever behandlingen. Intervjuerna genomfördes under perioden juni 2013 - juli 2015. Under det tidsspannet utvecklades frågorna fortlöpande till följd av återkoppling från deltagarna. Vissa frågor ställdes således endast till vissa deltagare, ett antal frågor omformulerades och några nya frågor dök upp under processen. Det innebär att alla upplevelser inte kunnat fångas upp med

samma precision. Enligt P. Nowicka (personlig kommunikation, 24 november 2015) har antalet sessioner dessutom reducerats från 12 till 10 från och med grupp 4, detta på grund av starkt önskemål från föräldrarna. Själva innehållet har inte modifierats, d.v.s. alla grupper fick samma behandlingsteman men i de senare i en effektivare takt (personlig kommunikation, P. Nowicka, 4 december 2015). Det minskade antalet tillfällen kan emellertid ha lett till att föräldrars upplevelser påverkats.

Författarna hade inga svårigheter att urskilja fem teman i den tematiska analysen då båda sett liknande mönster i det transkriberade materialet av intervjuerna. Det blev emellertid ett dilemma att namnge teman och finna titlar som tydligt beskriver innehållet i intervjuerna. Detta problem uppstod i synnerhet med temat *obekvämt*. I detta beskrevs föräldrarnas åsikter, inte bara med avseende på behandlingsinnehållet utan även om deras egna erfarenheter och om andra föräldrar i gruppen. Beroende på hur olika forskare tolkar dessa upplevelser skulle de kunna kodas inom ett annat tema än *obekvämt*. Detta tolkningsutrymme innebär ytterligare en svårighet. När författarna valde ut sina teman klassades *påminnelse* som ett positivt tema. Alla negativa upplevelser placerades då under temat *obekvämt*. Författarna upptäckte under analysprocessen att temat *påminnelse* inte nödvändigtvis enbart handlade om positiva upplevelser. Ett exempel på detta var den upplevelsen hos de föräldrar som på förhand kände till det mesta av informationen de delgavs under sessionerna. I uppsatsen beskrevs denna upplevelse under temat *obekvämt*. Den skulle dock även kunna placeras i temat *påminnelse*, men ur negativ synvinkel. Tematisk analys är en flexibel metod vilket ofta betraktas som en fördel. Den egenskapen kan däremot leda till att resultatet blir relativt subjektivt, vilket Braun et al. (2006) hävdar är en nackdel med metoden.

5.3.1 Styrkor och begränsningar

Då författarna till denna uppsats inte var med i urvalsprocessen, saknas mycket av inblicken i arbetet med behandling, intervjuer och transkribering. Författarna fick dock observera ett behandlingstillfälle i studiesyfte (en grupp från vilken föräldrar ej inkluderats i analysen). En positiv aspekt är att resultatet inte påverkas av yttre faktorer, vilket ger objektivitet i analysen. Dessutom hade författarna själva inga barn och kunde därför på ett mer objektivt sätt studera föräldrarnas upplevelse.

Vilka frågor som väljs ut vid en strukturerad intervju påverkar utvärderingen. Även vem som ställer frågorna och hur man formulerar dessa påverkar vilket svar man får. Variationen som uppstår när man har två eller fler intervjuare kallas för interindividuell variation. Det innebär att sättet på vilket svaren registreras och resultatet av de frågor som ställs kan skilja sig åt beroende på vem som intervjuar, detta trots att det finns en utarbetad frågeguide (Bryman, 2008). Vid urval av frågor till en strukturerad intervju standardiserar man och väljer ut relativt specifika frågor för att få fram det man vill ha ut av deltagaren; i detta fall frågor om innehållet i gruppbehandlingen. Som ett sätt att avsluta intervjun på och för att försäkra sig om att man inte missat något av tyngd, kan en avslutande öppen fråga ställas. Där har deltagarna möjlighet att lägga till sådant som inte framkommit av tidigare frågor, vilket ger en mer rättvis bild av det man utvärderar. Det är viktigt att forskarna är ärliga och lojala mot deltagarna i behandlingen och inte påverkar deras ursprungliga åsikter och tankar (Malterud, 2014).

6 UPPSATSENS YRKESRELEVANS

Att kombinera kostrådgivning med fysisk aktivitet och psykologiska aspekter bidrar till att viktproblemet belyses från flera olika håll (Barlow et al., 2007, Luttikhuis et al., 2009) och behandlingen blir mer effektiv. Analysen visar dock att föräldrar nämner kosten oftare än den fysiska aktiviteten vilket visar att det är den livsstilsförändring som föräldrar uppfattar som viktigare och/eller möjligare lättare att börja med. Således har dietister inom vården en särskild viktig roll i barnobesitasbehandling (Luttikhuis et al., 2009).

7 SLUTSATS

Behandlingen upplevdes som positiv och användbar av föräldrarna. Många såg förändringar i livsstil hos både barnen och familjen till följd av de lärorika upplevelser de fick med sig. Även förståelsen för föräldraskapets betydelse ökade. Det visade sig dock att alla lärde sig och tog in information på olika sätt, varför den familjebaserade gruppbehandlingen var svår att anpassa optimalt till alla individer. Förändringsarbetet skedde således mycket individuellt. Deltagarnas upplevelser gick isär om vad som var enkelt och vad som var som en utmaning. Vilka förändringar i föräldraskapet som hade störst betydelse för förändring i livsstilen går inte att identifiera endast utifrån denna analys. Det finns ett behov av att fördjupa kunskapen av de faktorer som ligger till grund för livsstilsförändring.

8 REFERENSER

Andreassen, P., Grøn, L. & Roessler, K. K. (2013). Hiding the plot: Parents' moral dilemmas and strategies when helping their overweight children lose weight. *Qualitative Health Research*, 23(10), 1333-1343.

Barlow, S. E. & the Expert Committee. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: Summary report. *Pediatrics*, 120(Supplement), S164-192. doi:10.1542/peds.2007-2329C

Baughcum, A. E., Chamberlin, L. A., Deeks, C. M., Powers, S. W. & Whitaker, R. C., (2000). Maternal perceptions of overweight preschool children. *PEDIATRICS*, 106(6), 1380-1306

Birch, L. & Davison, K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 893-907.

Boyle, M. H., Racine, Y., Georgiades, K., Snelling, D., Hong, S., Omariba, W., ... Rao-Melacini, P., (2006). The influence of economic development level, household wealth and maternal education on child health in the developing world. *Social Science & Medicine*, 63. 2242-2254

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder, uppl. 2*, Malmö: Liber.

Chamberlain, P., Price, J., Leve, L. D., Laurent, H., Landsverk, J. A. & Reid, J. B. (2008). Prevention of behavior problems for children in foster care: Outcomes and mediation effects. *Prevention Science*, 9(1), 17-27. doi:10.1007/s11121-007-0080-7

Dagens Nyheter, (2013, 13 september). "Sjukhus stänger dörren för barn med fetma". Hämtad 2015-12-08, från <http://www.dn.se/debatt/sjukhus-stanger-dorren-for-barn-med-fetma/>

Danielsson, P., Svensson, V., Kowalski, J., Nyberg, G., Ekblom, Ö. & Marcus, C. (2012). Importance of age for 3-year continuous behavioral obesity treatment success and dropout rate. *Obesity Facts*, 5(1), 34-44. doi:10.1159/000336060

De Craemer, M., De Decker, E., De Bourdeaudhuij, I., Deforche, B., Vereecken, C., Duvinage, K., ... Cardon, G. (2013). Physical activity and beverage consumption in preschoolers: Focus groups with parents and teachers. *BMC Public Health*, 13(1), 278-278. doi:10.1186/1471-2458-13-278

De Decker, E., De Craemer, M., De Bourdeaudhuij, I., Wijndaele, K., Duvinage, K., Androustos, O. . Cardon, G. (2013). Influencing factors of sedentary behavior in european preschool settings: An exploration through focus groups with teachers. *Journal of School Health*, 83(9), 654-661. doi:10.1111/josh.12078

Docteur, A. & Coulter, A. (2012). Patientcentrering i svensk hälso-och sjukvård - En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. *Vårdanalys*, 2012:5.

Dietisternas Riksförbund (u.å.). *Riktlinjer vid kostbehandling av övervikt och fetma hos barn och ungdomar*, DRF

Edmunds, L. D. (2005). Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Family Practice*, 22(3), 287-292. doi:10.1093/fampra/cmh729

Edmunds, L. D., Rennie, K. L., King, S., & Mayhew, H. (2014). Experiences of those taking part in the BeeZee Bodies family-based weight management intervention: A qualitative evaluation. *International Journal of Child Health and Nutrition*, 3(4). 163-169. doi: http://dx.doi.org/10.6000/1929-4247.2014.03.04.2

Ek, A., Chamberlain, K. L., Ejderhamn, J., Fisher, P. A., Marcus, C., Chamberlain, P. & Nowicka, P. (2015). The More and Less study: A randomized controlled trial testing different approaches to treat obesity in preschoolers. *BMC Public Health*, 15(1), 735. doi:10.1186/s12889-015-1912-1

Elmgren, M., & Henriksson, A. (2010). *Universitetspedagogik*. Stockholm: Norstedts.

Epstein, L. H., Paluch, R. A., Roemmich, J. N. & Beecher, M. D. (2007). Family-based obesity treatment, then and now: twenty-five years of pediatric obesity treatment. *Health Psychology* 26(4): 381-91.

European Commission Seventh Framework Programme (u.å.) *ToyBox*. Hämtad 2015-12-14, från <http://www.toybox-study.eu/?q=en/node/127>

Farpour-Lambert, N. J., Baker, J. L., Hassapidou, M., Holm, J. C., Nowicka, P., O'Malley, G. & Weiss, R. (2015). Childhood obesity is a chronic disease demanding specific health care - a position statement from the childhood obesity task force (COTF) of the European association for the study of obesity (EASO). *Obesity Facts*, 8(5), 342-349. doi:10.1159/000441483

Foster, B., Farragher, J., Parker, P. & Sosa, E. (2015). Treatment interventions for early childhood obesity: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 15(4), 353-361. doi:10.1016/j.acap.2015.04.037

Francis, L. A., Hofer, S. M. & Birch, L. L., (2001). Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. *Appetite* 37, 231-243.

Gibson, E. L., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Vögele, C., Summerbell, C. D., Nixon, C. . . ToyBox-Study Group. (2012). A narrative review of psychological and educational strategies applied to young children's eating behaviours aimed at reducing obesity risk. *Obesity Reviews*, 13(s1), 85-95. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00939.x

Gidding, S. S., Dennison, B. A., Birch, L. L., Daniels, S. R., Gilman, M. W., Lichtenstein, A. H., ... Van Horn, L., (2006). Dietary recommendations for children and 17 adolescents: a guide for practitioners. *Pediatrics* 117(2): 544-59.

Golan, M., Weizman, A., Apter, A. & Fainaru, M. (1998). Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 67(6), 1130-5.

Haugstvedt, K. T. S., Graff-Iversen, S., Bechensteen, B. & Hallberg, U. (2011). Parenting of overweight or obese child: A process of ambivalence. *Journal of Child Health Care*, 15(1). 71-80. doi: 10.1177/1367493510396262

Hoelscher, D. M., Kirk, S., Ritchie, L. & Cunningham-Sabo, L. (2013). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the prevention and treatment of pediatric overweight and obesity. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(10). 1375-1394. doi:10.1016/j.jand.2013.08.004

Holt, N., & Passer, M. W. (2012). *Psychology: The science of mind and behaviour* (2., [rev., European] ed.). Maidenhead: McGraw-Hill Higher Education.

Karolinska Institutet. (2015). *Jerringfonden 2015. Forskningsprogram - Mer och Mindre: En randomiserad kontrollerad studie som utvärderar olika behandlingsinsatser med fokus på föräldrastöd*. Stockholm: Karolinska Institutet

Kitzmann, K. M., Dalton, W. T., Stanley, C. M., Beech, B. M., Reeves, T. P., Buscemi, J., ... Midgett, E. L. (2010). Lifestyle interventions for youth who are overweight: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 29(1), 91-101. doi:10.1037/a0017437

Lachal, J., Orri, M., Speranza, M., Falissard, B., Lefevre, H., Qualigrah, ... Revah-Levy, A., (2013). Qualitative studies among obese children and adolescents: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 14(5). 351-68. doi:10.1111/obr.12010

Livsmedelsverket. (2007). *Bra mat i förskolan: Råd för förskola och familjedaghem*. Uppsala: Livsmedelsverket.

Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H. & Nyholm, M. (2014). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*, 29(4), 730-738. doi:10.1093/heapro/dat023

Luttikhuis, H. O., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P. & Summerbell, C. D. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(1). doi: 10.1002/14651858.CD001872.pub2

Maccoby, E. E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (s. 1-101). New York: Wiley.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa Metoder i Medicinsk Forskning: En introduktion* (3., [uppdaterade] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur

Marcus, C., Nyberg, G., Nordenfelt, A., Karpmyr, M., Kowalski, J. & Ekelund, U. (2009). A 4-year, cluster-randomized, controlled childhood obesity prevention study: STOPP. *International Journal of Obesity*, 33(4), 408-417. doi:10.1038/ijo.2009.38

Mitchell, G.L., Farrow, C., Haycraft, E. & Meyer, C., (2013) Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite* 60, 85–94.

Nixon, C. A., Moore, H. J., Douthwaite, W., Gibson, E. L., Vogeleson, C., Kreichauf, S... ToyBox-study group. (2012). Identifying effective behavioural models and behaviour change strategies underpinning preschool - and school - based obesity prevention interventions aimed at 4–6 - year - olds: A systematic review. *Obesity Reviews*, 13(s1), 106-117. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00962.x

Norman, Å., Berlin, A., Sundblom, E., Elinder, L. S. & Nyberg, G. (2015). Stuck in a vicious circle of stress. Parental concerns and barriers to changing children's dietary and physical activity habits. *Appetite*, 87, 137-142. doi:10.1016/j.appet.2014.12.208

Nowicka, P. & Flodmark, C. E., (2008). Family in pediatric obesity management: A literature review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 3(1), 44-50. doi: 10.1080/17477160801896994

Nowicka, P. & Marcus, C. (2011). Beteendemodifikation-enda rimliga terapin vid fetma hos barn och vuxna. *Lakartidningen*, 108(49), 2581-2585.

Nyberg, G., Sundblom, E., Norman, Å., Bohman, B., Hagberg, J. & Elinder, L. S. (2015). Effectiveness of a universal parental support programme to promote healthy dietary habits and physical activity and to prevent overweight and obesity in 6-year-old children: The healthy school start study, a cluster-randomised controlled trial: E0116876. *PLoS One*, 10(2) doi:10.1371/journal.pone.0116876

Pettersson, A., Olsson, U., & Fjellström, C. (2004). Family life in grocery stores - a study of interaction between adults and children. *International Journal of Consumer Studies*, 28(4), 317. doi:10.1111/j.1470-6431.2004.00389.x

Pocock, M., Trivedi, D., Wills, W., Bunn, F. & Magnusson, J. (2010). Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: A systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews*, *11*(5), 338-353. doi:10.1111/j.1467-789X.2009.00648.x

Regber, S., Novak, M., Eiben, G., Bammann, K., De Henauw, S., Fernández-Alvira, J. M., Mårild, S. (2013). Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries--the IDEFICS study. *Pediatric Obesity*, *8*(2), 118. doi:10.1111/j.2047-6310.2012.00093.x

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*(5), 1165-1171. doi:10.3945/ajcn.2009.28705

Rietmeijer-Mentink, M., Paulis, W. D., Middelkoop, M., Bindels, P. J. E. & Wouden, J. C. (2013). Difference between parental perception and actual weight status of children: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, *9*(1), 3-22. doi:10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x

Shrewsbury, V. & Wardle, J., (2008). Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obesity*, *16*. 275-284. doi: 10.1038/oby.2007.35

Shrewsbury, V. A., Steinbeck, K. S., Torvaldsen, S. & Baur, L. A. (2011). The role of parents in pre-adolescent and adolescent overweight and obesity treatment: A systematic review of clinical recommendations. *Obesity Reviews*, *12*(10), 759-769. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00882.x

Sjöberg, A., Lissner, L., Albertsson-Wikland, K. & Mårild, S. (2008). Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatrica*, *97*, 118-123. Doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00613.x

Sleddens, E. F. C., Gerards, S. M. P. L., Thijs, C., De Vries, N. K. & Kremers S. P. J. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *International Journal of Pediatric Obesity*, *11*(6), 12-27. doi: 10.3109/17477166.2011.566339

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2010). *Inte bara räkna, utan också förstå*. Hämtad 2016-01-20, från <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/Inte-bara-rakna-utan-ocksa-forsta/>

Stenhammar, C., Olsson, G. M., Bahmanyar, S., Hulting, A-L., Wettergren, B., Edlund, B. & Montgomery, S. M., (2010). Family stress and BMI in young children. *Acta Paediatrica*, *99*. 1205-1212. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01776.x

Stockholms läns landsting, (2014). *Barnhälsovård, årsrapport 2013*. Stockholm

Summerbell, C. D., Moore, H. J., Vögele, C., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Manios, Y... ToyBox-study group. (2012). Evidence - based recommendations for the development of obesity prevention programs targeted at preschool children. *Obesity Reviews*, 13(s1), 129-132. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00940.x

Ventura, A. K. & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 15-15. doi:10.1186/1479-5868-5-15

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

Wachs, T. D., Creed-Kanashiro, H., Cueto, S. & Jacoby, E., (2005). Maternal education and intelligence predict offspring diet and nutritional status. *The journal of nutrition*, 135. 2179-2186

9 BILAGA

Arbetsfördelning

Planering av studien och uppsatsarbetet 50/50

Litteratursökning 50/50

Datainsamling 0/0

Analys 50/50

Skrivandet av uppsatsen 50/50