



“Varför ska jag banta honom?”

En kvalitativ intervjustudie om vårdnadshavares
upplevelser kring sina barns övervikt.

Camilla Rinman och Sandra Tindefors Berg

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Självständigt arbete grundnivå 1:2021

Hälsopedagogprogrammet 2018-2021

Handledare: Sara Hoy

Examinator: Maria Ekblom

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att undersöka upplevelser hos vårdnadshavare som har barn i åldrarna 2-17 år med övervikt eller fetma som i övrigt är friska. Frågeställningarna var följande: 1) Vilka strategier har vårdnadshavarna för att jobba med sitt/sina barns vikt? 2) Hur upplever vårdnadshavarna sitt/sina barns psykiska mående kopplat till dess vikt? 3) På vilka sätt kan politiker och barnhälsovården/skolhälsovården hjälpa familjer att främja hälsa? 4) Hur upplever vårdnadshavarna att familj och vänner ser på barnets/barnens vikt?

Metod

Studien genomfördes i form av kvalitativa semi-strukturerade intervjuer. En intervjuguide arbetades fram och fyra pilotintervjuer genomfördes. Deltagare rekryterades via sociala medier, internetforum och uppsatta lappar på barnavårdscentraler och överviktsenheter. Intervjuerna transkriberades och bearbetades i en induktiv manifest innehållsanalys där meningsbärande enheter plockades ut och sedan kondenserades, kodades och delades in i subkategorier och kategorier.

Resultat

Totalt genomfördes intervjuer med fem deltagare. Analysen resulterade i sju subkategorier som grupperades in i de två kategorierna *Nationellt och regionalt ansvar för hälsa* och *Individens tankar och förutsättningar för en hälsosam livsstil*. Vårdnadshavarna hade strategier gällande kost och fysisk aktivitet för att hantera barnens övervikt. Samhällets förbättringsmöjligheter sågs i form av utökad information från barnavårdscentraler, fler gratisaktiviteter och bättre utbud av hälsosam mat. Vikten verkade inte påverka barnens allmänna mående, men snäva kroppsideal sågs som problematiskt och flera barn eftersträvade en muskulös kropp. Flera vårdnadshavare upplevde bristfälligt stöd från släktingar kring förhållningsregler gällande sötsaker.

Slutsats

Denna studie lyfter vårdnadshavarnas perspektiv för att belysa upplevda utmaningar och utvecklingsområden. De önskade framförallt bättre strukturer i samhället för att underlätta för en hälsosam livsstil samt stöd och förståelse från vänner och familj. Kommande studier bör undersöka familjer till barn med fetma och låg socioekonomisk status.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Existerande forskning	1
1.3 Syfte och frågeställningar	3
1.3.1 Syfte	3
1.3.2 Frågeställningar	3
2. Metod	3
2.1 Metodval	4
2.1.1 COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research)	4
2.2 Urval	4
2.3 Tillvägagångssätt	6
2.4 Reliabilitet, validitet och trovärdighet	7
2.5 Forskningsetik	9
3. Resultat	10
3.1 Barnhälsovårdens ansvar	12
3.2 Samhällets ansvar för fysisk aktivitet	13
3.3 Samhällets ansvar för goda kostvanor	14
3.4 Kroppsideal	15
3.5 Stöd från vänner och familj	17
3.6 Vårdnadshavarnas strategier	18
3.7 Vårdnadshavarnas egna funderingar kring övervikt	20
4. Diskussion	21
4.1 Resultatdiskussion	21
4.1.1 Samhällets hälsofrämjande arbete	21
4.1.2 Stöd och förståelse från familjen	22
4.1.3 Psykisk och social hälsa	23
4.1.4 Flera perspektiv på hälsa	24
4.2 Metoddiskussion	25
4.2.1 Deltagarnas bakgrundsinformation	25
4.2.2 Att skapa en trygg intervjusituation	26
4.2.3 Reliabilitet, validitet och trovärdighet	26
4.2.4 BMI (Body Mass Index)	27

4.2.5 Styrkor och svagheter	28
4.3 Slutsats	28
4.3.1 Framtida forskning	28
4.3.2 Omnämmanden.....	29
5. Käll- och litteraturförteckning	29
6. Bilagor	35
Bilaga 1 - Litteratursökning	35
Bilaga 2 – Informationsutskick vid rekrytering av till deltagare	37
Bilaga 3 – Informationsbrev till deltagare.....	38
Bilaga 4 - Samtyckesblankett	39
Bilaga 5 - Intervjuguiden.....	40
Bilaga 6 - Respondentvalidering	43

1. Introduktion

1.1 Bakgrund

Övervikt och fetma är ett stort folkhälsoproblem och den ledande orsaken till förtida död globalt (World Health Organization [WHO], 2020). Det är en riskfaktor för följsjukdomar såsom diabetes och kardiovaskulära sjukdomar där ökning av högt blodtryck, nedsatt glukostolerans och rubbade blodfettsvärden är exempel på detta (Crowley et al., 2011; WHO, 2020). Övervikt följer vanligtvis med från barndom till vuxenlivet (Simmonds et al., 2015). En befolkningsbaserad studie visade att 70 % av överviktiga barn och ungdomar (5-17 år) var i riskzonen för minst en kardiovaskulär sjukdom (Umer et al., 2017). Fetma och övervikt hos barn i Sverige har ökat de senaste 30 åren, hos 11-åriga pojkar har det stigit från 5 % till 19 % och hos 11-åriga flickor från 8 % till 12 %, även hos 6-9 åringar sågs en stegring med 3 procentenheter från läsåret 2015/16 till 2018/19. Hos barn i 4-årsåldern uppmättes övervikt eller fetma till cirka 11 % under år 2018 (Folkhälsomyndigheten, 2020). Förekomsten av övervikt och fetma är större hos socioekonomiskt utsatta grupper (Moraeus, 2014) och Graham (2007) skriver att utbildningsnivå är det främsta mätinstrumentet för socioekonomisk status i Europa och USA. Stora samhällsinterventioner genomförs av högt uppsatta forskare och politiker, dock verkar det föreligga en diskrepans mellan makthavarnas uppfattning och de berörda personernas upplevelse av vilka behov som finns. Detta är något som lyfts i ramverket Agile Global Health som utvecklats då man sett ett gap mellan forskningen och vad som faktiskt fungerar ute i verkligheten (Flood et al., 2016). I framtida studier som behandlar övervikt och fetma hos barn bör forskare fokusera på ett nära samarbete med berörda föräldrar och barn då deras perspektiv är essentiellt för att utveckla interventioner och metoder mot barnfetma (Norman et al., 2015; Norman et al., 2019; Lachal et al., 2013).

1.2 Existerande forskning

En stor studie om övervikt och fetma hos barn pågår i Sverige och andra europeiska länder där den centrala delen är en intervention i form av föräldragrupper, där diskuteras hälsofrämjande strategier för familjer tillsammans med utbildade ledare (Karolinska Institutet, 2020; Ek et al., 2019). I studien har forskare efter interventionen genomfört en kvalitativ intervjustudie med deltagande föräldrar, de beskriver bland annat den emotionella

bördan i form av frustration och skam över att ha ett barn med övervikt (Ek et al., 2020). En annan svensk studie vid namn "En frisk skolstart" har genomfört interventioner i skolor i socioekonomiskt utsatta områden och även engagerat föräldrar (Folkhälsoguiden, 2019; Norman et al., 2019). Studien drar slutsatsen att ett dos-responsförhållande föreligger i hur engagerade familjerna varit i interventionen, där familjer med högre engagemang fick tydligare hälsomässiga förbättringar (Norman et al., 2019). I samband med studien genomfördes motiverande samtal med föräldrarna och inspelningar från de sessionerna resulterade i en kvalitativ studie om föräldrarnas upplevelser. Stress och dåligt samspel i form av konflikter i familjen och oenighet kring regler gällande exempelvis tv-tittande uppgavs leda till att bra kost och fysisk aktivitet inte prioriterades (Norman et al., 2015). Luybli et al. (2019) belyser vikten av engagerade vårdnadshavare som förebilder och ledare för att uppnå hälsosamma beteenden. Barn med övervikt och fetma ses främst i socioekonomiskt utsatta grupper och en svensk studie som tittade på förekomst av övervikt och fetma hos skolbarn i olika områden fann att risken var lägre i områden med högre utbildningsnivå (Sjöberg et al., 2011).

I en australiensisk studie intervjuades mammor till barn med högt BMI (Body Mass Index), forskarna studerade mammornas upplevelser av barnhälsovårdens vägledning och mammorna uttryckte att detta saknades (Hardy et al., 2019). Även sjukvårdspersonal har vittnat om att övervikt och fetma är svårt att ta upp med föräldrar. Att ställa diagnosen är enkelt men att tala om problematiken upplever sig sjukvårdspersonalen inte ha kompetens till (Lachal et al., 2013). Föräldrar uttrycker ambivalens inför att jobba med sitt barns vikt, man vill hjälpa men är samtidigt rädd för att sänka barnets självkänsla och skapa en ätstörning. Flertalet föräldrar upplever inte att sjukvården ger dem stöd och vägledning, i vissa fall upplevs snarare ett skuldbeläggande från vården och föräldrar önskar ett bättre bemötande (Hardy et al., 2019; Lachal et al., 2013; Pocock et al., 2010).

Pocock et al. (2010) har tittat på en mängd kvalitativa intervjustudier där föräldrar till barn med övervikt identifierade mor- och farföräldrar som en riskfaktor då de ofta tillåter barnen att äta vad de vill. Föräldrarna uttryckte vidare att information och utbildning gällande barnfetma borde inkludera mor- och farföräldrar eller andra viktiga vuxna i barnets liv. Avsaknad av möjligheter till fysisk aktivitet i närområdet sågs som en bidragande faktor till stillasittande, man önskade exempelvis bättre cykelvägar och lekplatser (Pocock et al., 2010).

Vissa barn med fetma tycks drabbas av psykisk ohälsa orsakat av exempelvis stigmatisering, Sagar och Gupta (2018) föreslår därför att samtliga barn med fetma borde screenas för psykisk ohälsa. Tatangelo et al. (2017) beskriver i sin översiktsartikel teorin om social jämförelse och menar att man jämför sig själv med andra baserat på den sociala information man har framför sig, detta ligger till grund för barns sociala och emotionella utveckling. De belyser problematiken av hur idealiserade kroppar framställs på sociala medier, den alltmer utsatta positionen barnen hamnar i och hur kända profilers utseendeideal kan påverka barnens kroppsuppfattning negativt (Tatangelo et al., 2017). I en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie hade 30 % av pojkarna och flickorna i åldrarna 8-11 år en låg självkänsla och uttryckte negativa tankar angående sin kroppsbild. Flertalet av flickorna strävade efter en smal kropp och majoriteten av pojkarna belyste vikten av en muskulös kropp (Ricciardelli et al., 2003)

Med bakgrund till forskningsläget syftar denna studie till att undersöka upplevelser hos vårdnadshavare i relation till deras barns övervikt.

1.3 Syfte och frågeställningar

1.3.1 Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka upplevelser hos vårdnadshavare som har barn i åldrarna 2-17 år med övervikt eller fetma som i övrigt är friska. Det som avsågs undersökas var framförallt upplevelser som berör strategier för att hantera barnets vikt, psykiskt mående och stigma, familj och vänners påverkan samt samhällets roll att främja hälsa.

1.3.2 Frågeställningar

- Vilka strategier har vårdnadshavarna för att jobba med sitt/sina barns vikt?
- Hur upplever vårdnadshavarna sitt/sina barns psykiska mående kopplat till dess vikt?
- På vilka sätt anser vårdnadshavarna att politiker och barnhälsovården/skolhälsovården kan hjälpa familjer att främja hälsa?
- Hur upplever vårdnadshavarna att familj och vänner ser på barnets/barnens vikt?

2. Metod

2.1 Metodval

Avsikten med denna studie var att få fördjupad förståelse för ämnet. Kvale och Brinkmann (2017, s. 142) skriver att den kvalitativa forskningsintervjun lämpar sig som metod om man vill undersöka aspekter av mänsklig erfarenhet. Kvalitativa intervjuer är flexibla och kan ta olika riktning beroende på vad den intervjuade personen lägger vikt vid (Bryman, 2016, s. 561). Det ger möjlighet till djupare förståelse för människors tankar och upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 148; O’Leary, 2017, s. 272). Denna studie har genomförts i form av semistrukturerade intervjuer som tillåter spontana frågor när tillfälle ges (Bryman, 2016, s. 563). Intervjuguiden har tagits fram specifikt för denna studie (se bilaga 5). Kvale och Brinkmann (2017, s. 173-174) skriver att frågorna i en intervjuguide bör vara korta, anpassade till målgruppen och inte innehålla ett akademiskt språk. Detta har funnits i åtanke under utformandet av intervjuguiden. Studien utfördes genom en induktiv analys där studieledarna efter intervjuerna dragit slutsatser om det studerade fenomenet (Fejes & Thornberg, 2019, s. 24).

“Styrkan i en intervju är dess privilegierade tillträde till intervjupersonens vardagsvärld.” (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 213)

2.1.1 COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research)

Equator-network är en paraplyorganisation som arbetar för ökad kvalitet och transparens i forskningen, de har samlat olika rapporteringsverktyg för forskning som berör hälsa (Equator network, u.å.). Standardiserade kontrollprocedurer för ökad reliabilitet och validitet är vanligt i kvantitativa studier i form av exempelvis verktyget CONSORT för randomiserade studier (Tong et al., 2007). Tong et al. (2007) ville överföra denna utvärderingsform till kvalitativa studier och utformade därför en checklista med 32 punkter kallad COREQ. Checklistan delas in i de tre domänerna: forskargrupp och reflexivitet, studiedesign, dataanalys och rapportering (Tong et al., 2007). Alla punkter har tagits i beaktande i denna studie, de har diskuterats och uppfyllts i den mån de gagnar studiens syfte.

2.2 Urval

Kvale och Brinkmann (2017, s. 156) skriver att en intervjustudie brukar inkludera omkring 15 +/- 10 personer, beroende på resurser och tid. Den primära rekryteringen ämnade innefatta åtta till tio vårdnadshavare då detta ansågs som ett realistiskt mål för studiens tidsram. I kvalitativa studier eftersträvar man en mättnad av information, det vill säga den punkt då ingen ny information framkommer (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 156).

BMI-riktlinjer för barn står i relation till ålder och kön, riktlinjerna för denna studie är att isoBMI över 25 innebär övervikt och isoBMI över 30 innebär fetma (Elvasjuttiosju Vårdguiden, 2020). Barnhälsovården remitterar barn från 4-års ålder med fetma vidare inom sjukvården, men man skriver att det i vissa fall även kan göras från 2-års ålder (Rikshandboken barnhälsovård för professionen, 2019).

Rekryteringen skedde via annonsering i sociala medier (Facebook och Instagram), HOBS (Hälsa Oberoende Av Storlek) föräldraforum, Familjeliv föräldraforum och informationsutskick till barnavårdscentraler och överviktsenheter som satte upp lappar i väntrum, på anslagstavlor och i barnvagnsrum (se bilaga 2). Studier visar att mammor är aktivare än pappor i interventioner mot barnfetma som inkluderar föräldrar (Morgan et al., 2017). I denna studie togs dock ingen hänsyn till faktorer såsom ålder och kön hos vårdnadshavarna, då det bedömdes medföra att urvalskriterierna skulle blivit mycket snäva och därmed minskat möjligheten att rekrytera deltagare. Tong et al. (2007) skriver att forskare bör klargöra eventuella kopplingar till deltagarna. Då rekryteringen till viss del skedde via sociala medier var några deltagare bekanta till en av studieledarna. För att öka trovärdigheten i resultaten intervjuades dessa deltagare av den andra studieledaren och därmed hade ingen deltagare på förhand koppling till intervjuaren. Varken intervjuare eller deltagare hade kännedom om varandra utöver det som framkom via information om studien. Något som även bör nämnas är att en av studieledarna har personliga erfarenheter av att ha barn med övervikt, den andra studieledaren har ingen tidigare personlig erfarenhet av ämnet.

I den primära rekryteringen eftersöktes vårdnadshavare med gymnasium som högsta utbildningsnivå och barn i åldrarna 4-12 år. Då endast ett fåtal vårdnadshavare lyckades rekryteras ändrades åldersspannet till 2-17 år, kriteriet om utbildningsnivå togs bort och en ny minimumgräns på fyra deltagare sattes. En fråga om högst avslutad utbildning lades istället till i intervjuguiden för att i efterhand kunna använda den informationen.

2.3 Tillvägagångssätt

Deltagarna kontaktades via mail och bokades in för intervjun som genomfördes online via zoom. Alla deltagare satt ostört under intervjun och endast intervjuare och deltagare var närvarande. De fick själva välja om de ville ha webbkameran på eller ej, alla valde att ha den påslagen. Innan start av intervjun mailades både ett informationsbrev (se bilaga 3) och en samtyckesblankett (se bilaga 4) ut till deltagarna. Samtyckesblanketten signerades digitalt och mailades tillbaka.

Graneheim och Lundman (2004) skriver att kvalitativa studier kräver förståelse och samarbete mellan intervjuaren och deltagaren. När intervjuerna startade strävade studieledarna efter att skapa god kontakt genom att visa engagemang, empati och respekt (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 170). Intervjuerna spelades in via röstmemo på intervjuarens mobiltelefon. En studieledare utförde tre intervjuer och den andra utförde två intervjuer. Direkt efter intervjun skrev studieledaren ner övergripande intryck av mötet då detta kan ge värdefull information som inte framkommer av ljudinspelningarna (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 145). Detta material användes dock inte då studieledarna bedömde att informationen var av latent karaktär och därmed irrelevant i en manifest analys. Inspelningarna transkriberades sedan ordagrant till skrift. För att inte gå miste om värdefull information har intervjuerna i denna studie transkriberats med tecken för pauser, betonade ord, egna noteringar som skratt och suckar, ord som uttalas ihop och ord som ej gick att uppfatta. Kvale och Brinkmann (2017, s. 221) skriver att man vid transkribering behöver avgöra utifrån studiens syfte hur noggrann översättningen ska bli. Intervjusamtalet består av flera dimensioner och man bör diskutera fram den lämpligaste formen för transkribering (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 221). Det transkriberade materialet bearbetades sedan av båda studieledarna i en innehållsanalys och intervjuerna utgjorde analysenheten. Fokus för analysen var det manifesta innehållet i texten som inbegriper det som sägs rent konkret (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim och Lundman (2004) beskriver processen där text analyseras och delas in i kategorier, det är den processen som beskrivs i följande text. Texten lästes flera gånger för att ge en bild av helheten. I analysen plockades meningar ut till så kallade meningsbärande enheter, de bröts därefter ned och förkortades vilket skapade kondenserade meningsbärande enheter där kärnan och kvaliteten på innehållet fanns kvar men i en kortare version. De kondenserade meningsbärande enheterna delades sedan upp beroende på textens innebörd och sammanfattades i kortare koder. Koderna jämfördes baserat

på skillnader och likheter och dessa delades upp i subkategorier. Slutligen delades subkategorierna in i mer övergripande kategorier då Graneheim och Lundman (2004) beskriver kategorier som en metod för uppdelning av manifest innehåll. Kategorierna diskuterades fram och tog olika riktningar, det finns dock utrymme för andra tolkningar och uppdelningar. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör en kategori täcka ett område och en kod bör inte passa in under flera kategorier. När man behandlar människors upplevelser kan det dock vara svårt att skapa kategorier som är helt uteslutande gentemot varandra (Graneheim & Lundman, 2004).

2.4 Reliabilitet, validitet och trovärdighet

Inom kvalitativ forskning används ofta begreppet trovärdighet (*trustworthiness*) istället för reliabilitet och validitet men forskare väljer själva vilka begrepp de vill använda (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie har både aspekter av reliabilitet, validitet och trovärdighet inkluderats för att bredda transparensen i genomförandet av studien.

En del av konceptet trovärdighet är tillförlitlighet (*credibility*) som syftar till att verifiera om metod och analys är i linje med forskningens fokus. I denna studie har val av datainsamlingsmetod, urval, hur meningsenheter plockats ut och hur väl kategorier täcker data diskuterats och arbetats fram noggrant (Graneheim & Lundman, 2004). En annan del i konceptet trovärdighet är begreppet pålitlighet (*dependability*). Det syftar till att belysa hur ramarna för en studie ändras under studiens gång, studieledarna har under intervjuprocessen fått nya insikter men pålitligheten har stärkts av att man hela tiden fört en öppen dialog om funderingar som uppstått (Graneheim & Lundman, 2004). Ytterligare en aspekt av konceptet trovärdighet är överförbarhet (*transferability*), det vill säga hur väl resultaten kan överföras på andra grupper än den studerade. Tillämpning av denna egenskap beskrivs vara upp till varje forskare att bedöma men för att underlätta bedömningen har det i denna studie presenterats en utförlig beskrivning av datainsamling, urval, analys och resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Studien har även ställts i relation till tidigare forskning för att jämföra hur väl resultaten stämmer överens. Graneheim och Lundman (2004) skriver att det i kvalitativa studier alltid finns möjlighet till flera tolkningar av texten och därmed blir en viss subjektivitet ofrånkomlig. Studieledarna beskriver i denna studie noggrant tillvägagångssättet och materialet från resultatet för att göra studien transparent samt ge läsaren möjlighet att dels

förstå hur tolkningen tagits fram och dels ge möjlighet till läsaren att hitta alternativa tolkningar, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar trovärdigheten.

Fyra pilotintervjuer genomfördes för att säkerställa att intervjufrågorna uppfattats korrekt, varje studieledare höll i två intervjuer och den andra studieledaren var med och lyssnade (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 160). Deltagarna i pilotintervjuerna uppfyllde inte kraven för deltagande i studien men var alla föräldrar och fick sätta sig in i situationen med ett överviktigt barn. Pilotintervjuerna är ej inkluderade i analysen. Efter tre pilotintervjuer gjordes ändringar i intervjuguiden, nya frågor tillkom och vissa frågor delades upp i två.

Merparten av frågorna i intervjuguiden var öppna frågor. Intervjuguiden var semistrukturerad och intervjuaren hade full rätt att använda sig av följdfrågor, dessa följdfrågor kunde ibland vara slutna och uppfattas som ledande frågor. Att verifiera sin tolkning och pröva den intervjuades svar med en ledande fråga är dock något som uppmuntras av Kvale och Brinkmann (2017, s. 214) och kan enligt dem öka reliabiliteten. De menar samtidigt att intervjuarens möjlighet till utrymme och kreativitet bör väga tyngre än strävan att komma bort från subjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 296).

Efter den första intervjun lyssnade båda studieledarna på det inspelade materialet och kom överens om att följdfrågor främst bör ställas i syfte att verifiera sin tolkning och att tömma ut vaga yttranden på värdefullt innehåll. Detta för att förbättra interbedömarreliabiliteten som syftar till att studieledarna bör arbeta så lika som möjligt (Bryman, 2016, s. 208). En intervju transkriberades av båda studieledarna och jämfördes sedan för att utveckla samstämmighet i arbetsprocessen. Detta förbättrar interbedömarreliabiliteten och är även ett tillvägagångssätt som Kvale och Brinkmann (2017, s. 225) föreslår då det är ett relativt enkelt sätt att göra en reliabilitetskontroll. Efter varje intervju tillfrågades deltagarna om de ville ha det skriftligt transkriberade materialet skickat till sig för en bedömning av innehållet. Detta benämns som respondentvalidering och är ett vanligt sätt att bekräfta det insamlade materialet inom kvalitativ forskning (Bryman, 2016, s. 466; Graneheim & Lundman, 2004; Tong et al., 2007). Skillnaden mellan skriftspråk och talspråk är stor och en text som är skriven i talspråk kan uppfattas svårbegripligt och den citerade som ointelligent (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 228). Därför skickades en förklaring om den språkliga skillnaden till deltagarna med det transkriberade materialet (se bilaga 6).

Studien står i kontext till att studieledarna läser Hälso pedagogprogrammet på Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm där en stor del av utbildningen inriktar sig på fysiologiska aspekter av hälsa som exempelvis kardiovaskulär hälsa. Att egna erfarenheter och förförståelser spelar in på resultatet är ofrånkomligt, studieledarna har därför diskuterat och reflekterat över dessa aspekter för att ta konceptet kring reflexivitet i beaktande (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 292; Tong et al., 2007; Fejes & Thornberg, 2019, s. 20).

2.5 Forskningsetik

Kontaktuppgifter till deltagarna samlades in i form av mailadresser. Skriftliga samtycken samlades in digitalt via den elektroniska signeringstjänsten Scrive och förvarades på ett USB-minne. Intervjumaterialet hanterades anonymt genom att varje deltagare tilldelades ett enskilt ID-nummer. Barnens namn samlades ej in, under intervjun tillfrågades vårdnadshavarna om barnens ålder. Intervjuerna spelades in på studieledarnas mobiltelefoner och sparades på ett USB-minne. Efter studiens slut raderades alla samtycken, ljudfiler och mailkonversationer.

Deltagandet i denna studie var frivilligt och studieledarna följde krav om anonymitet (Vetenskapsrådet, u.å.). Denna information framfördes tydligt till deltagarna i alla studiens faser, det vill säga vid rekrytering, informationsbrev, skriftlig samtyckesblankett och intervju. Ur forskningsetiskt perspektiv bör alltid en övervägning av forskningens nytta och påverkan på deltagare göras (Vetenskapsrådet, u.å.). En studie ska göra gott och fylla kunskapsluckor men samtidigt ta hänsyn till deltagarnas integritet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 297-298). Efter granskning av tidigare forskning gjorde studieledarna bedömningen att forskningskravet är övervägande då forskningen kan komma till nytta för ytterligare förståelse och utveckling inom det berörda området.

Barn med övervikt och fetma kan vara ett känsligt ämne att tala om och under intervjuerna var studieledarna förberedda på att känslreaktioner kunde uppstå hos deltagarna. Kvale och Brinkmann (2017, s. 208-209) listar viktiga kvaliteter hos intervjuaren såsom vänlig, sensitiv och öppen. Intervjuaren bör exempelvis lyssna uppmärksamt, visa empati, låta deltagaren tala till punkt och avgöra när ett ämne blir för känsligt (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 208-209). Detta återspeglades i denna studie genom att studieledarna följde ovanstående rekommendationer, nickade bekräftande under deltagarnas berättelser och vid behov tog en stund efter intervjun för en gemensam diskussion kring svåra delar av ämnet.

3. Resultat

Fem vårdnadshavare anmälde sig till studien, en genom ett delat utskick på Instagram, tre via utskick på Facebook och en via mail. Vårdnadshavarna bestod av fyra kvinnor och en man. Alla som anmälde sig genomförde intervjun, inget bortfall förekom. Varje deltagare var med på en intervju var, inga upprepade intervjuer genomfördes. Åldersspannet på vårdnadshavarnas barn var 2-10 år. Tidsmässigt blev den kortaste intervjun 16 minuter och den längsta blev 33 minuter. I intervjun tillfrågades deltagarna om utbildningsnivå, två deltagare hade gymnasium som högst avslutad utbildningsnivå och tre deltagare hade högskola. I övrigt var bakgrundsfrågorna kopplade till barnen, en deltagare hade två barn varav båda hade övervikt och resterande deltagare hade ett barn var, varav samtliga hade övervikt. Inget barn hade fetma. Utöver det framkom vissa detaljer under intervjuerna, en deltagare bodde på en mindre ort och resterande i storstadsområden, tre deltagare nämnde att de var separerade från barnets andra vårdnadshavare. Under intervjuerna ställdes en fråga om hur övervikten upptäckts och tre deltagare hade fått höra det från barnavårdscentralen medans två deltagare upptäckt det själva genom att räkna ut barnens BMI. Analysen resulterade i sju subkategorier och två kategorier. Subkategorierna blev följande: *Barnhälsovårdens ansvar, samhällets ansvar för fysisk aktivitet, samhällets ansvar för goda kostvanor, kroppsideal, stöd från vänner och familj, vårdnadshavarnas strategier samt vårdnadshavarnas egna funderingar kring övervikt*. De fyra första subkategorierna berör fenomen på samhällsnivå, där beslutsfattare inom politik och sjukvård är centralt. Uttalanden som föll under dessa subkategorier behandlar ämnen där enskilda individer har svårt att påverka en förändring och möjligheten att förändra ligger hos samhällets makthavare. De delades in under den övergripande kategorin *Nationellt och regionalt ansvar för hälsa*. De följande tre kategorierna berör fenomen på ett individuellt plan där deltagarnas personliga livssituation blir mer central. Här finns mer utrymme för individen att göra aktiva val i vardagen och påverka det närmaste sociala nätverket. De delades in under den övergripande kategorin *Individens tankar och förutsättningar för en hälsosam livsstil*. I transkriberingarna har tecken använts för att beskriva detaljer från ljudinspelningarna som inte framkommer i skriftspråk (se teckenförklaring under Tabell 1). Nedan presenteras ett utdrag ur innehållsanalysen.

Tabell 1. Utdrag ur innehållsanalysen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Sub-kategori	Kategori
ja tror att man måste va bra på att prata om övervikt hur man pratar om det eh (.) måste ha bra material att visa jag kände mig nog kanske lite mer (.) påhoppad	Kände mig påhoppad av BVC, dom borde bli bättre på att prata om övervikt	Problematiskt bemötande från vården	Barnhälsovårdens ansvar	Nationellt och regionalt ansvar för hälsa
erbjuda <u>billiga</u> eller gratis aktiviteter och gärna såhär gratis prova på kanske inom olika sporter eller aktiviteter	Vore bra med billiga eller gratis aktiviteter, även prova på	Kostnadsfria aktiviteter för barn	Samhällets ansvar för fysisk aktivitet	
ja skulle ju vilja att dom ähm satte hög sockerskatt så att de blev dyrt att äh köpa skräpmat	Hög sockerskatt så att det blev dyrt med skräpmat	Samhällets ansvar att minska konsumtionen av ohälsosam mat	Samhällets ansvar för goda kostvanor	
jag tycker de känns jättejobbigt speciellt eftersom han själv-han själv börjar bli medveten om sin kropp äh (.) och att tycker att han e tjock	Jättejobbigt med övervikten eftersom han är medveten om sin kropp och har sagt att han är tjock	Barnets upplevelse av kroppen	Kroppsideal	
men när de gäller barnbarn ((skratt)) tycks de liksom finnas måndag tisdag onsdags godis liksom de då är de inga regler	Mor- och farföräldrar har inga regler gällande när man får äta godis	Avsaknad av stöd från familjen	Stöd från vänner och familj	
vi pratar mycke om vad som e nyttigt å sådär å vad kroppen behöver så på ett liksom positivt sätt	Vi pratar på ett positivt sätt om vad kroppen behöver	Strategier för bättre kosthållning	Vårdnadshavarnas strategier	Individens tankar och förutsättningar för en hälsosam livsstil
då känner man ju en skuld skulle då () barn bli mobbat för de äh så skulle ja ju känna skuld för att ja inte hade bantat ner dom	Skuldkänslor för att man inte bantat ner sitt barn om dom skulle bli mobbade	Jobbiga tankar kring barnets övervikt	Vårdnadshavarnas egna funderingar kring övervikt	

Tabell 1. Teckenförklaring: (.) = paus, (()) = egna noteringar, () = ord som ej går att uppfatta, - = ord som uttalas ihop, Ord = betonade ord.

3.1 Barnhälsovårdens ansvar

I de fall sjukvården påtalat övervikten kom informationen från barnavårdscentraler. En deltagare förklarade att det lyfts fram då familjen fick en ny sköterska, deltagaren berättade om upplevelsen och förklarade att beskedet kom som en chock. Hen nämnde orden "skuld" och "skam" då det kändes hemskt om barnen gått med övervikt länge och det var så hälsofarligt som sköterskan sa. Hen ifrågasatte sköterskans bedömning av helhetsperspektivet kring barnens hälsa och bemötandet upplevdes skuldbeläggande. Sköterskan påtalade att övervikten kunde ha negativa konsekvenser i form av sociala problem med mobbning och stigmatisering, inga hälsoargument kring övervikten togs upp utan istället lades fokus på att passa in i samhället:

"a hon sa nånting me att de viktiga å tänka på så att inte barnen äh får kommentarer om de senare lixom från klasskamrater eller så å ja vems syn e de på de hela äre våra vuxnas vuxnas värderingar eller är de barnens"

Sköterskan fortsatte med att säga att synen på övervikt förändrats med tiden, hon menade att det förr i tiden var ett friskhetstecken att revbenen syntes men att vi nu har glömt bort det och normaliserat att barn har lite hull. Det gjorde deltagaren fundersam och kritisk till sköterskans perspektiv på problemet.

Sammanlagt var det två deltagare som upplevde att man endast fått höra från barnhälsovården att barnen var överviktiga men saknade vägledning i hur man skulle ta tag i problemet. Inga konkreta eller praktiska råd förmedlades från vården och deltagarna upplevde en frustration över att själva inte besitta tillräckligt med kunskap i ämnet. Funderingar kring vårdens syn på barnet beskrevs exempelvis i meningen:

"nu va de som att han inte passade in i hennes bvc mall äh så dra ner på vikten ((skratt)) till nästa mätning så så kanske de ser bättre ut som att hon om hon inte förstod helheten då kan då förstår ju inte ja heller varför lixom å då tar ja inte de här på allvar kanske"

Majoriteten av deltagarna önskade att barnhälsovården skulle hålla i kurser och prata om kost och rörelse på ett informativt sätt utan dömande värderingar, en deltagare menade att det är omöjligt att som förälder ha fullständig kunskap om hälsomässiga risker och hur det påverkar framtiden. Fokus för småbarnsföräldrar ligger ofta på att få barnen att äta mer men en deltagare menade att det skulle vara bra att höra att utmaningen kan vara den motsatta i vissa fall, att det finns barn som inte känner ett stopp och att man som förälder då kan behöva gå in och begränsa matintaget. En deltagare fick bra stöd och vägledning från barnhälsovården, sköterskan erbjöd vidare information i form av en kurs och boktips. Denne deltagare var själv påläst och intresserad av kost och tog upp att alla säkert inte får den information de skulle behöva.

Sammantaget blev det tydligt att övervikt var ett svårt ämne att tala om och att den uteblivna vägledningen lämnar ett tomrum hos vårdnadshavaren av tvivel och funderingar. När praktiska och konkreta råd ges utan några negativa värderingar om övervikt upplevs det som positivt och stärker vårdnadshavaren i att finna strategier. Ett framträdande förslag i flera intervjuer var att alla föräldrar borde ges mer kunskap i hälsosamma kostvanor genom barnvårdscentralen.

3.2 Samhällets ansvar för fysisk aktivitet

Alla deltagare nämnde rörelse som en strategi för att hantera sina barns vikt. På frågan "Hur skulle samhället kunna göra det lättare för barn att vara fysiskt aktiva?" var det dock många som hade idéer om hur det skulle kunna bli lättare för deras egen familj och för barn generellt att ha ett aktivare liv. Majoriteten av deltagarna nämnde gratis aktiviteter för barn som ett sätt att öka tillgängligheten till fysisk aktivitet. En deltagare tillade att det bör finnas aktiviteter som man inte behöver köa för och att barn med exempelvis fysiska eller sociala behov skulle få frikort till fysisk aktivitet. Ett annat förslag var att man borde utöka möjligheten att prova på olika aktiviteter för att alla barn ska få utforska sina preferenser. Att förbättra det lokala utbudet av fritidsaktiviteter diskuterades mest, men två deltagare såg skolan som den centrala arenan för utökad fysisk aktivitet för barn. Barnen spenderar mycket tid i skolan under vardagarna och är trötta när de kommer hem till föräldrarna, därför hade det varit gynnsammare att barnen fick mer rörelse i skolan. En annan deltagare förklarade att det inte behöver innebära fler idrottslektioner utan istället kan handla om att utöka mängden rörelse i skolan på olika sätt varje dag:

“att reglera de i skol-lik som planeringen att kanske ha fyrtio minuter varje dag att inte ha tre timmar på en fredag när barn är trötta utan äh lägga in ett mindre pass det behöver ju inte heller va regelrätt gymnastik i gymnastikhall utan man kan ju ha mer rörelse”

De flesta deltagare tog upp potentiella områden som kunde förbättras men några nämnde även befintliga rörelsemöjligheter som upplevdes positivt. Deltagaren som bodde på en mindre ort berättade att det fanns gott om isrinkar och möjligheter till att åka skridskor vilket hen var väldigt tacksam för. Även lekparker togs upp som ett bra hjälpmedel till att få barnen i rörelse och att det i dagsläget finns många bra lekparker.

Denna subkategori utvecklades till två fokusområden där möjligheter till fysisk aktivitet på fritiden var det ena och möjligheter till fysisk aktivitet i förskola/skola var det andra. Alla vårdnadshavare hade strategier för att vara fysiskt aktiva med sina barn (se rubrik 3.6 Vårdnadshavarnas strategier) men flera såg samhällets ansvar i att bygga förutsättningarna för det genom exempelvis ett förändrat upplägg kring daglig rörelse i skolan och fler gratis fritidsaktiviteter.

3.3 Samhällets ansvar för goda kostvanor

Samtliga vårdnadshavare gjorde aktiva val för en sund kosthållning och satte regler för sötsaker (se rubrik 3.6 Vårdnadshavarnas strategier). Att upprätthålla en god kosthållning i hemmet var en sak men om inte samhället uppmuntrar till hälsosamma kostval är det svårt att vara konsekvent. Detta påpekades av en deltagare som menade att det är svårt att få tag på nyttig mat på exempelvis simhallar och sportevenemang, när familjen ska iväg på aktiviteter krävs det därför mycket förberedelser för att ha med en bra matsäck och undvika det stora utbudet av skräpmat. Möjligheten till att välja hälsosammare kost är begränsat och uppfattades som märkligt då evenemang som bidrar till fysisk aktivitet även bör främja goda kostvanor. Hen fortsatte att beskriva extra arbetet det innebär om man som förälder vill bibehålla de goda kostvanorna när man gör utflykter med familjen:

“ähm för de e ju också som förälder ja jag släpar med mig raw bites å ekologiska saker men de-de e ju inte barn asså ens barn vill ju såklart hellre ha när liksom hela

så att de-de blir ju en tråkig grej att man som förälder måste va den som släpar med istället för att det finns på plats äh och att man hela tiden måste man blir så extrem som förälder man måste hela tiden förbereda”

Alla deltagarna pratade om att tillgången på skräpmat och godis är stor och att det är billigt. Sötsaker är en central komponent i sociala sammanhang och det finns en förväntan om att sötsaker ska finnas med vid alla tillfällen då man vill förhöja vardagen eller fira något. En deltagare menade att tillgången på godis har ökat enormt mycket sedan hen var barn och att det råder hysteri kring godis:

“hade socker blivit upptäckt idag så hade de vart en drog”

Ändrade regler för marknadsföring av produkter innehållande socker togs upp som ett förslag och de tre deltagare som hade högskola som högst avslutad utbildning föreslog sockerskatt. Några nämnde Norge som ett positivt exempel där godis och läsk nu är mycket dyrare att köpa efter införandet av sockerskatt. Majoriteten av deltagarna i denna studie är därmed positiva till att man på en nationell nivå styr marknaden genom att uppmuntra hälsosamma kostval.

Då barnen spenderar mycket av sin vakna tid i skolan och på förskolan lyfte en deltagare skolans ansvar för hälsosammare mat, dels att barnen ska serveras bra mat men även att de utbildas i att själva göra informerade val gällande kost. Hen menade på att detta bör implementeras i skolplanen så att kunskap kring hälsosamma kostvanor erhålls tidigt i livet. Flera deltagare sa att maten i förskola och skola redan var bra, en deltagare berättade att familjen förde en kontinuerlig dialog med förskolan för att barnet på grund av övervikten skulle få en specifik kost utan socker och tillsatser.

3.4 Kroppsideal

Kroppsideal var något som ansågs problematiskt ur flera synvinklar och var något som alla deltagare hade funderat över. Ordet “tjock” beskrevs som negativt laddat till skillnad från “smal” och de äldre barnen i studien tycktes alla vara medvetna om hur de själva såg ut och

hur man bör se ut. Två av deltagarna hade hört sina barn säga att de inte vill vara tjocka och att de själva är tjocka:

“han säger att han tycker att han e tjock”

Att få kommentarer på sitt utseende är något en deltagare tror förekommer bland barn. Hen misstänkte vid ett tillfälle att någon kommenterat barnets vikt då barnet yttrat en fundering kring att äta mindre och att banta. Det uttrycktes dock endast en gång och barnet kom snabbt på andra tankar. Vidare hade ett annat barn uttryckt oro över skolgymnastiken, att byta om inför klasskamraterna var något hen helst ville slippa och vårdnadshavaren förklarade att det ofta blev väldigt krav och ångestfyllt när hen ställdes inför sådana situationer. En deltagare vars barn gick på dans såg hur barnet påverkades positivt då kroppen blev ett verktyg till dansen och bidrog till en förbättrad kroppsbild.

Flera deltagare berättade att deras barn uttryckt tankar om ett muskulöst kroppsideal och sagt att de vill ha stora muskler. En deltagare berättade om en situation där hen varit ute med sitt barn, de hade gått förbi en reklamskylt med en kroppsbyggare och barnet hade blivit imponerad av musklerna och uttryckt att det var något hen själv ville ha i framtiden. Hen fortsatte förklara att barnet vid flera tillfällen uttryckt att stora, väldefinierade muskler är något som eftersträvas i framtiden. Deltagaren lyfte problematiken av att muskulösa, vältränade kroppar blir som en förebild för barn och förklarade att synen på kroppsideal är lika problematisk för pojkar som för flickor. Ytterligare en deltagare som hade en yngre son berättade att barnet uttryckt liknande tankar:

“jaa de e väl kanske mer ((skratt)) liksom att känn på mina muskler haru sett vilka stora muskler ((skratt)) ja har”

En deltagare funderade mycket över vad kroppsideal innebär och vad övervikt har för påverkan på hälsan. Hen pendlade mellan att kroppspositivism är någonting bra för det lyfter att alla kroppar är fina men att det å andra sidan är problematiskt då man bör ha en normalvikt för att kroppen ska fungera bra:

“kroppspositivism är väl bra för att den neutraliserar ändå synen på tjocka människor å man inte ser just bara en tjock person men man behöver också kunna se de rent krasst att (.) man ska ha no-normalvikt för att fungera normalt”

Funderingar kring kroppsideal genomsyrade flera av frågorna under intervjuerna och både vårdnadshavare och barn var väl medvetna om normerna kring utseende. Barnen uttryckte generellt mest tankar om muskulösa kroppsideal och en önskan om att ha en vältränad kropp i framtiden. Samtliga deltagare upplevde att deras barn mådde bra och inte funderade över sin vikt mer än vid enstaka tillfällen. Två av deltagarna hade så pass små barn att frågorna om kroppsideal blev irrelevanta.

3.5 Stöd från vänner och familj

Att samhället underlättar för en hälsosam livsstil upplevdes viktigt av deltagarna i denna studie, på samma sätt kan stöd från vänner och familj vara högst relevant. Familjemedlemmar hade inte kommenterat vikten men deltagarna som separerat från barnets andra vårdnadshavare upplevde sig ofta motarbetade av den andre vårdnadshavaren. De beskrev att de satt ramar för kost och sötsaker som sen inte efterlevs hos den andra vårdnadshavaren:

“hos pappa får man äta hur mycket godis man vill man får köpa ett kilos godis och trycka i sig det på den helgen och hos farmor ska man alltid äta sig proppmätt säger han ((barnet))”

Mor- och farföräldrar satte inte heller regler för sötsaker vilket en deltagare uttryckte som märkligt då hens egen barndom präglats av strikta regler kring godis. Det gjorde dessutom att deltagaren själv inte kände att det fanns tillfälle att fika med barnen då antalet fikor under veckan behövde begränsas. Möjligheten till att själv få umgås och “lyxa till det” med barnen togs ifrån vårdnadshavaren och detta uttrycktes som frustrerande. En annan deltagare beskrev svårigheten med att vara ensam om att sätta restriktioner för sötsaker:

“då blir jag den dumma mamman som ska sätta gränser”

Att prata om övervikt menade en deltagare kan vara känsligt, men hen önskade ändå att vänner och familj skulle våga ställa frågor på ett icke dömande sätt om de funderade över

något. En deltagare hade tagit upp problematiken med barnets mormor som utan problem gått med på att köpa en smoothie istället för bulle till barnet då de fikade. Det kan i vissa fall dock vara svårt att påtala detta för mor- och farföräldrar menade en annan deltagare som förklarade att hen snarare tror att det grundar sig i att de vill känna att de själva kan passa barnbarnen, utan förmaningar och regler att behöva förhålla sig till.

Familjens vänner verkade inte ha så stor inverkan på barnets vikt men bland de äldre barnen var det en deltagare som tog upp svårigheten med när barnet befinner sig hos sina egna vänner. Vårdnadshavaren menade att det är svårt att ta upp regler kring sötsaker med vännernas föräldrar och att de har svårt att sätta sig in i situationen:

“dom flesta föräldrar som har normalviktiga barn tänker inte särskilt mycket äh kring (.) kring vikt eller hälsa å mat å sådär så att äh e han hos kompisar så är de ju (.) har de ju ofta varit att de blir mycket godis å kakor”

Vårdnadshavaren uttryckte vidare att hen önskade att det fanns en djupare förståelse för att den personen som har en övervikt också blir den som får hantera de hälsomässiga och sociala konsekvenserna. Att få förståelse var något som alla deltagare lyfte när de fick frågan “Hur skulle du önska att vänner och familj i er närhet agerade?”. Praktiskt stöd var också viktigt men då deltagarna redan hade strategier för att hantera övervikten kunde det handla om att bara anamma dem, att respektera och acceptera de regler och förhållningssätt vårdnadshavarna satt för sina barn.

Vårdnadshavarna i denna studie var väl medvetna om faktorer som bidrar till en förbättrad hälsa för hela familjen men precis som att samhället kan bidra till att främja dessa faktorer så kan även familjens sociala nätverk vara med och påverka. Sammanfattningsvis finns ett behov av att minska okunskap genom exempelvis stöd och utbildning från barnhälsovården men likväl behövs stöd och uppmuntran från familj och vänner när vårdnadshavaren funnit de strategier som familjen vill anamma för ett hälsosamt liv.

3.6 Vårdnadshavarnas strategier

Samtliga deltagare hade strategier gällande kost och rörelse för att hantera sina barns vikt. Koststrategierna handlade om att begränsa sötsaker och försöka få en bättre struktur i

vardagen kring hållbara kostvanor och måltider generellt, det uttrycktes av flera deltagare som väldigt viktigt. En deltagare upplevde att det är svårt att bedöma huruvida man ska prata med barnet om övervikten eller inte, men de tre deltagare som hade äldre barn förklarade att de försökte samtala med sina barn på ett positivt sätt om vad kroppen behöver och om vad en god kosthållning innebär. Då det är svårt att komma undan marknadsföringen av onyttiga produkter på exempelvis sociala medier där barnen befinner sig, tillade en deltagare att hen snarare tror på att lära sitt barn att orientera sig bland all reklam. En deltagare hade tydliga riktlinjer kring kosten för sitt barn för att minska intaget av tillsatser och socker, även förskolan var involverad i kostschemat.

Alla deltagare jobbade medvetet för en aktiv fritid med barnen, att minska stillasittande och skapa rörelseglädje. En deltagare lyfte även vikten av att vara en god förebild och hade själv gjort en livsstilsförändring för ökad fysisk aktivitet:

“strategier så tänker jag väl just långsiktigt också att de handlar om att lära honom att äta måttligt äh att jag ger honom äh portioner så att han lär sig hur mycket en normal portion är äh (.) ett att man har ett aktivt liv att man e ute och rör på sig att äh fritid innebär rörelse äh att jag e en förebild å rör mig mycket”

De deltagare som levde separat från barnets andra vårdnadshavare förklarade att det var svårt att hålla sig konsekvent i de strategier de har hemma då barnet bor på två ställen. Att ha olika synsätt på barnets övervikt samt hur man ska hantera det vårdnadshavarna emellan verkade vara svårt att få till i praktiken. En deltagare försökte uppmana till mer rörelse då hen var medveten om att det var mycket stillasittande skärmtid när barnet var hos den andra vårdnadshavaren. En annan deltagare menade att det var svårt att få den andra vårdnadshavaren att inse allvaret och ta ansvar för barnets hälsa, trots upprepade försök att kommunicera med både barnets mor- och farföräldrar samt den andra vårdnadshavaren.

Alla deltagare hade funderat kring levnadsvanor och hade strategier för att leva hälsosamt. Utmaningarna var att få till rutinen i en stressfull vardag och att strategierna fångas upp av den andra vårdnadshavaren i de fall barnen bor växelvis.

3.7 Vårdnadshavarnas egna funderingar kring övervikt

I vissa fall fanns en distinktion mellan den medicinska klassificeringen av barnet som överviktig och deltagarnas upplevelse av om barnet faktiskt har en övervikt. En deltagare uttryckte att hen inte ser sitt barn som överviktigt och förstod efter samtal med barnhälsovården inte varför man skulle banta barnet. Flera deltagare poängterade att barnen duger som de är samtidigt som det finns en hälsomässig aspekt av vikten som inte går att förneka:

“men den ((barnets kropp)) är de fakto överviktig och äh det är en riskfaktor så att de e ju liksom de som jag som förälder funderar kring”

Övervikt beskrevs som känsligt att prata om och det låg mycket värdering kopplat till utseende. Majoriteten lyfte stigmatiseringen av att ha ett barn med övervikt, men en deltagare upplevde att stigmat främst hamnar på föräldrarna och att man dömer föräldrarnas underlåtenhet att låta sina barn bli feta. Det kan samtidigt vara svårt att som förälder se sitt barns vikt objektivt:

“som förälder så e de väl e man ju blind man kan ju älska en klumpfisk om det är ens egen klumpfisk”

Tankar på att barnet skulle bibehålla övervikten till vuxen ålder togs upp och det var något man ville undvika:

“ja har ju tankar om att eh ja helst inte vill att han ska va överviktig eh man man de e nån sorts själv eh förebråelser inblandat med att man inte vill att han ska lida av sitt utseende i framtiden”

Framförallt kopplades oron för framtiden ihop med sociala svårigheter i och med stigmatiseringen av övervikt:

“de finns ju ändå nån sorts värdering i de alltså de finns ju nån sorts förhoppning om att slippa va fet i framtiden”

En deltagare menade att man som förälder skulle känna skuld känslor om man inte försökt få ner vikten och barnet sen hade blivit mobbat, samtidigt som det var svårt att veta hur man skulle gå tillväga för att banta ett barn.

Sammantaget hade alla deltagare funderingar kring sina barns vikt och många pendlade mellan att problematisera vikten och att avdramatisera betydelsen av ett högt BMI. I vissa fall berodde detta på upplevelsen av barnhälsovårdens sätt att belysa övervikten med en negativ värdering frångått ett helhetsperspektiv på hälsa.

4. Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka upplevelser hos vårdnadshavare som har barn i åldrarna 2-17 år med övervikt eller fetma som i övrigt är friska. Det som avsågs undersökas var framförallt upplevelser som berör strategier för att hantera barnets vikt, psykiskt mående och stigma, familj och vänners påverkan samt samhällets roll att främja hälsa.

4.1 Resultatdiskussion

Resultaten från denna studie bekräftar tidigare forskning (Ek et al., 2020; Hardy et al., 2019; Lachal et al., 2013; Pocock et al., 2010; Norman et al., 2015; Norman et al., 2019; Tatangelo et al., 2017; Ricciardelli et al., 2003; Sagar & Gupta, 2018; Luybli et al., 2019). Att vårdnadshavarna inte alltid höll med om barnhälsovårdens bedömning av barnet som överviktigt framkom under intervjuerna men fanns inte med i frågeställningarna, även det går dock att återfinna i tidigare forskning (Chen et al., 2014). Den övergripande bilden av intervjuerna var att vårdnadshavarna hade både funderingar och strategier för hanteringen av övervikt. Det som saknades var information från barnhälsovården, samhällets utbud av hälsosam kost och fysisk aktivitet och stöd från det sociala nätverket. Det var även problematiskt med snäva utseendeideal.

4.1.1 Samhällets hälsofrämjande arbete

I likhet med tidigare forskning beskriver vårdnadshavarna i denna studie en emotionell börda, framförallt kopplad till att barnhälsovården i flera fall bara förmedlat att barnen var

överviktiga och sedan inte gett någon vägledning gällande hur man som förälder bör agera (Ek et al., 2020; Hardy et al., 2019; Lachal et al., 2013; Pocock et al., 2010). Även en norsk studie tar upp detta fenomen och där kom de fram till att föräldrarna ville att barnhälsovården skulle diskutera övervikten med dem på ett sensitivt och inkännande sätt (Toftemo et al., 2013). Ett förslag som kom upp under flera intervjuer var att barnhälsovården borde hålla i kurser om kost och rörelse. Om detta dessutom gjordes för alla föräldrar skulle det innebära att specifika föräldrar inte blev utpekade för att ha orsakat övervikten utan att goda kostvanor och rörelse är något alla kan förhålla sig till. Ett annat förslag var ändrade regler för marknadsföring av sötsaker och onyttig mat, tidigare forskning stödjer det faktum att barn äter mer om de exponeras för den typen av reklam (Boyland et al., 2016). Pocock et al. (2010) konkluderar i sin översiktsartikel att föräldrar efterfrågade bättre möjligheter till fysisk aktivitet i närområdet, även detta sågs i denna studie där deltagarna nämnde gratis fritidsaktiviteter som förslag. Den deltagaren som bodde på en mindre ort framhävde mer än de andra redan existerande möjligheter till fysisk aktivitet i närområdet, där fanns isrinkar och gratis utlåning av skridskor vilket uppskattades enormt. Ett par deltagare såg skolan som det viktigaste utvecklingsområdet för utökad fysisk aktivitet för barn, man föreslog fler, kortare rörelsepass snarare än regelrätta idrottslektioner. Detta förslag går i linje med en av interventionerna i studien "En frisk skolstart" som innebar 30-minuters rörelsepass i klassrummet för att öka barnens dagliga motion (Norman et al., 2019).

Deltagarna fick svara på vad de hade för högst avslutad utbildningsnivå och utifrån den informationen har deltagarna delats upp i två grupper. Två deltagare hade gymnasium som högst avslutad utbildningsnivå och tre hade högskoleutbildning. Överlag upptäcktes inga större skillnader mellan grupperna, men alla deltagare med högre utbildning föreslog sockerskatt som ett sätt för samhället att påverka en hälsosam kosthållning. De gjorde inte de andra två deltagarna. Då urvalet blev mindre än planerat blev det svårt att dra fler slutsatser om skillnader mellan grupperna.

4.1.2 Stöd och förståelse från familjen

Samtliga deltagare valde kost de ansåg vara hälsosam och hade ramar för sötsaker. Mor- och farföräldrar har vanligtvis ett synsätt på kostvanor och fysisk aktivitet som skiljer sig från föräldrarnas (Ek et al., 2020; Pocock et al., 2010). En svårighet med att hålla en sund

kosthållning kan kopplas till att mor- och farföräldrar ofta tillåter barnen att äta vad de vill, Pocock et al. (2010) lyfter problematiken kring att de gärna förser barnen med godis och det var även något som togs upp av deltagarna i denna studie. I de fall barnen bodde växelvis hos båda vårdnadshavarna sågs även den andre vårdnadshavarens förhållningssätt till övervikten som problematiskt, vilket kan ses som ett fynd i denna studie. Hur man valde att hantera situationen skilde sig mellan vårdnadshavarna och bristande samarbete, gällande bland annat oenigheter kring hur mycket sötsaker barnet bör få, försvårade situationen och skapade stress. Norman et al. (2015) nämner att konflikter i familjen och en stressig vardag kan resultera i att goda kostvanor och fysisk aktivitet bortprioriteras. De beskriver vidare att föräldrar upplevde det stressande att själva behöva aktivera barnen på fritiden då vardagen består av många praktiska moment och alla familjemedlemmar behöver samverka. Vårdnadshavarna i denna studie kände ett behov av ökad förståelse från vänner och familj, man önskade att de skulle respektera de förhållningsregler man satt för barnet. I Ek et al. (2020) tog föräldrar upp samma önskan då man upplevt ett förminskande av överviktsproblematiken från släktingar och vänner och behövt argumentera för de strategier man valt för att hantera övervikten.

4.1.3 Psykisk och social hälsa

Sagar och Gupta (2018) menar att alla barn med fetma borde screenas för psykisk ohälsa på grund av deras utsatthet och stigmatisering, de pekar även ut särskilt utsatta grupper som tonårsflickor och barn med svår fetma. Studien är dock gjord i Indien vilket innebär att den kulturella kontexten skiljer sig, i Sverige skulle screening av barn med fetma eventuellt kunna tolkas som stigmatiserande. Samtliga deltagare i denna studie svarade att deras barn mår bra på frågan "Hur upplever du ditt barns mående i allmänhet?", ingen upplevde att vikten påverkade barnets mående. Detta skulle kunna förklaras genom att inget barn i denna studie hade fetma, samtliga hade övervikt. Många oroade sig dock för framtiden och flera sa explicit att man önskar att barnet slipper bära med sig övervikten in i vuxenlivet. Anledningen till detta var främst sociala faktorer som stigmatisering och det faktum att övervikt värderas som något negativt. Detta relaterar till Tatangelo et al. (2017) vars studie behandlar hur barn jämför sig med varandra och vilken negativ påverkan framhävdandet av idealiserade kroppar i media har på barnens självkänsla. Det fanns ingen fråga i intervjuguiden om barnets kön men i de fall deltagarna nämnde barnets kön var samtliga pojkar. Under frågorna om kroppsideal var det flera vårdnadshavare som berättade att deras barn eftersträvade ett muskulöst

kroppsideal. Detta stämmer överens med Ricciardelli et al. (2003) som skriver att flickor eftersträvar en smal kropp medan pojkar eftersträvar en muskulös kropp. Flera av de äldre barnen i denna studie var medvetna om sin övervikt och hade använt ordet "tjock" om sig själva. Då ordet "tjock" värderades negativt går även detta fynd i likhet med Ricciardelli et al. (2003) som såg att många barn i åldrarna 8-11 år uttryckte negativa tankar om sin kropp.

Föräldrar i tidigare forskning uttrycker ambivalens inför att jobba med sitt barns vikt, man vill hjälpa men är samtidigt rädd för att sänka barnets självkänsla och skapa en ätstörning (Lachal et al., 2013). I denna studie var en deltagare fundersam till hur och om man borde diskutera övervikten med barnet. Deltagarna med äldre barn menade att de diskuterade hälsa genom att prata om vad kroppen behöver, detta skulle kunna ses som ett sätt att jobba med vikten genom att flytta fokus från utseende till ett bredare helhetsperspektiv på hälsa. De uttryckte även vikten av att vara en god förebild för sina barn och Luybli et al. (2019) lyfter just det, att man som förälder behöver visa engagemang och stöd för att familjen ska nå hälsosammare beteenden.

4.1.4 Flera perspektiv på hälsa

I tidigare studier har man sett att föräldrar kan ha svårt att identifiera när deras barn har övervikt eller fetma (Chen et al., 2014). Även i denna studie fanns det vårdnadshavare som inte såg sitt barn som överviktigt. Det kan dock förklaras genom att flera av barnen låg precis över isoBMI 25, alltså strax över gränsen för övervikt. Barnavårdscentralernas sätt att bemöta några av deltagarna kan även ha spelat in, barnen mådde ur ett helhetsperspektiv bra och hade inga problem med vänner men trots det varnade en sköterska för framtida mobbning. Informationen om att ett barn är överviktigt kan bli svår att ta till sig om man problematiserar något som inte upplevs som ett problem av vårdnadshavaren. Två deltagare hade inte reflekterat kring övervikten förrän de såg annonsen för studien och då räknade ut sina barns isoBMI, det kan eventuellt även förklara varför vänner och familj inte nämnt övervikten.

Övervikt och fetma är en indikator på ohälsa men många forskare menar att man bör se till fler aspekter än så. Ortega et al. (2016) och Henriksson et al. (2020) talar om "fat but fit" paradigmen som visar på att framförallt kondition är en starkare indikator på hälsa än övervikt och fetma. En god kondition skulle eventuellt kunna dämpa den förhöjda risken för

kardiovaskulära sjukdomar som övervikt och fetma innebär. Man menar även att övervikt och fetma inte automatiskt kan klassas som ohälsa utan att man bör se till individens specifika hälsoprofil där stora variationer förekommer (Ortega et al., 2016; Henriksson et al., 2020). Andra forskare menar dock att en god kondition inte kan väga upp för övervikt och fetma och att kroppssammansättningen trots allt är en starkare indikator för kardiovaskulär hälsa (Valenzuela et al., 2021). Sammantaget behövs mer forskning på ämnet, men resultaten från den här studien pekar på att oavsett vilken riskfaktor för ohälsa som är den största så finns stora möjligheter för samhället att öka hälsan hos hela populationen genom hälsofrämjande strukturer såsom sockerskatt och ökade möjligheter till fysisk aktivitet. Detta är i linje med vad flera svenska forskare har uttryckt, de vill komma bort från att skuldbelägga individer med övervikt och fetma och istället se ett politiskt ansvar med flertalet åtgärder för att underlätta för människor att göra hälsosamma val (Fetmainitiativet, u.å.).

4.2 Metoddiskussion

Varje steg i studien har beskrivits utförligt och detaljerat för att öka transparensen genom hela processen. Här har checklistan COREQ (Tong et al., 2007) fungerat som ett rapporteringsverktyg för att viktiga kriterier för trovärdighet uppfyllts.

4.2.1 Deltagarnas bakgrundsinformation

För att värna deltagarnas anonymitet ställdes få frågor om bakgrundsinformation. Under intervjuernas gång framkom vissa fenomen som dock verkade vara av vikt. Tre deltagare nämnde svårigheterna med att ha barn som bor växelvis hos den andre vårdnadshavaren och hur vårdnadshavarnas olika synsätt påverkar möjligheten att vara konsekvent i exempelvis regler för sötsaker och rutiner kring fysisk aktivitet. Av intervjuerna framkom att fyra deltagare bodde i en större stad och en deltagare bodde på en mindre ort. Andra faktorer som inte inkluderades i denna studie men som skulle kunna vara av vikt är dels boendeform, skillnaden på att bo i villa eller i lägenhet kan påverka hur lättillgängligt det är för barnen att komma ut och röra på sig. Även antal barn i hushållet kan påverka föräldrarnas möjlighet att ha en aktiv fritid med barnen.

4.2.2 Att skapa en trygg intervjusituation

Kvale och Brinkmann (2017, s. 123, 213) menar att kvalitativa forskningsintervjuer ger en unik inblick i en människas värld samtidigt som det i intervjusituationen skapas ett sammanhang mellan deltagaren och intervjuaren. Här blir intervjuarens skicklighet avgörande och studieledarna har därför tillämpat sina kunskaper i Motiverande samtal (Miller & Rose, 2009) som går i linje med Kvale och Brinkmanns (2017, s. 208-209) beskrivningar av hur intervjuaren bör agera för att skapa en trygg och öppen miljö för intervjun. Målet var att få deltagarna att prata så mycket som möjligt och att genom följdfrågor få dem att utveckla sina resonemang. Studieledarna har även diskuterat detaljer kring bemötandet som exempelvis att nicka bekräftande till deltagaren, detta för att utföra intervjuerna så lika som möjligt (Bryman, 2016, s. 208). Samtliga deltagare talade mycket och frispråkigt, det var ingen intervju som krävde att intervjuaren behövde anstränga sig för att få fram information och inget ämne uppfattades som för känsligt eller tabubelagt. Om tidsmarginalen funnits hade eventuellt upprepade intervjuer genomförts för att få fram mer material om delar som under analysen visat sig vara av vikt.

4.2.3 Reliabilitet, validitet och trovärdighet

Under analysen togs kategorier fram för att skapa en överblick av studiens resultat, kategorierna bör enligt Graneheim och Lundman (2004) vara uteslutande gentemot varandra. De skriver dock att detta är svårt när man behandlar människors upplevelser men att trovärdigheten ökar om forskaren argumenterar för den mest övertygande tolkningen (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie blev det tydligt att deltagarnas upplevelser var svåra att separera från varandra och varje intervju bildade på sätt och vis en helhet. Utifrån frågeställningarna och intervjuguiden blev det ändå möjligt att separera fragment och dela in dem i kategorier, men många fenomen var återkommande. Studieledarna har hela tiden fört en öppen dialog om studiens ramar för att stärka pålitligheten, frågor i intervjuguiden har diskuterats under processen men inte ändrats efter studiens start (Graneheim & Lundman, 2004).

Materialet i denna studie har samlats in genom intervjuer och intervjuguiden har utformats efter databassökningar på tidigare forskning. Därför är resultaten i viss mån kopplade till den

tidigare forskningen och det kan inte uteslutas att utfallet blivit annorlunda om andra studier plockats ut som bakgrundsmaterial.

Flertalet forskare nämner respondentvalidering som en metod för att få datainsamlingen bekräftad av deltagarna (Bryman, 2016, s. 466; Graneheim & Lundman, 2004; Tong et al., 2007). Av denna studies fem deltagare var det två som avböjde förslaget om att läsa igenom den transkriberade intervjun. Tre deltagare fick intervjun skickad till sig men ingen kommentar lämnades på materialet vilket kan tolkas antingen som att inga invändningar fanns eller att materialet inte lästes igenom.

På frågan hur många deltagare man bör inkludera i en intervjustudie finns inget självklart svar, Kvale och Brinkmann (2017, s. 156) menar att man bör intervjua tills dess att man fått svar på sina frågor. Flera av frågorna i denna studie genererade liknande svar från flera deltagare, då populationen var liten är det dock svårt att tala om en övergripande mättnad av information. Det är även svårt att bedöma överförbarheten med ett litet antal deltagare (Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom resultaten överensstämmer med tidigare forskning finns ändå en antydning om att de kan vara överförbara. Tong et al. (2007) menar att forskare vid användandet av citat bör referera till respektive deltagare med exempelvis ID-nummer. Då rekryteringen genererade få deltagare står deras ID-nummer inte utskrivet i citaten och vissa citat har översatts till svenska, detta för att bevara anonymiteten (Eldh et al., 2020). Citat från samtliga deltagare förekommer i resultatet.

4.2.4 BMI (Body Mass Index)

BMI är ett omdiskuterat mått, det är enkelt att mäta och ger en överblick av övervikt och fetma hos en större befolkning men är inte nödvändigtvis det bästa måttet att använda när man studerar enskilda individer. Det som egentligen är riskfaktorn med övervikt och fetma är om kroppen består av en hög andel fettmassa, men eftersom BMI bara mäter förhållandet mellan längd och vikt kommer exempelvis individer med mycket muskelmassa klassificeras med ett högt BMI trots att de inte har några hälsomässiga riskfaktorer (Ellis et al., 1999; Blundell et al., 2014). Barnhälsovården i Sverige använder sig dock av BMI som mått för övervikt och fetma och då studieledarna i denna studie anser att det inte vore etiskt

försvarbart att be vårdnadshavarna mäta exempelvis midjemått på barnen har BMI valts ut som mått i denna studie.

4.2.5 Styrkor och svagheter

En styrka med studien är att den studerade gruppen var homogen och inget resultat sticker ut. Detta talar för resultatens överförbarhet. Svagheter med studien som bör nämnas är att deltagarna endast bestod av vårdnadshavare till barn med övervikt, ingen hade fetma. Urvalet blev mindre än planerat och åldersspannet på barnen var tänkt att sträcka sig mellan 2-17 år men blev 2-10 år.

4.3 Slutsats

Tidigare forskning har visat vikten av att ha med engagerade föräldrar i interventioner riktade mot barn med övervikt och fetma. Denna studie lyfter vårdnadshavarnas perspektiv för att belysa vilka utmaningar och utvecklingsområden de upplever, det ger en bild av vilka behov som bör bemötas. Vårdnadshavarna hade strategier gällande kost och fysisk aktivitet för att hantera barnens övervikt. Ingen av dem upplevde att vikten påverkade barnets allmänna mående, men samhällets snäva kroppsideal sågs som problematiskt och flertalet barn eftersträvade en muskulös kropp. Vårdnadshavarna tyckte att samhället hade stora utvecklingsmöjligheter för att förbättra en hälsofrämjande miljö gällande exempelvis utökad information och stöd från barnavårdscentraler, fler gratisaktiviteter för barn och bättre utbud av hälsosam mat. Flera av vårdnadshavarna upplevde bristfälligt stöd från mor- och farföräldrar och barnets andra vårdnadshavare kring förhållningsregler gällande sötsaker, även de bör inkluderas i diskussioner och utbildning gällande strategier och hantering av överviktsproblematiken.

4.3.1 Framtida forskning

Framtida studier med liknande syfte bör undersöka en större population av föräldrar till barn med fetma och låg socioekonomisk status. Separerade föräldrars olika synsätt och möjligheter att samarbeta kring hälsofrämjande strategier bör också lyftas. Av vikt, utifrån denna studies

resultat, ligger i att undersöka hur barnhälsovården mer specifikt kan utveckla sin kompetens för att ge alla familjer mer kunskap och verktyg för en hälsosam livsstil. I framtida forskning föreslås även begreppet hälsa undersökas ur ett bredare perspektiv och inkludera fler parametrar som exempelvis kondition och sociala relationer för att flytta fokus från övervikt och fetma som enskilda faktorer för ohälsa.

4.3.2 Omnämningen

Studieledarna vill slutligen rikta ett stort tack till handledare Sara Hoy som genom tydlig och konstruktiv återkoppling fört arbetet framåt, samt tacka de fem deltagarna som bidrog med sina personliga erfarenheter, funderingar och tankar.

5. Käll- och litteraturförteckning

Blundell, J. E., Dulloo, A. G., Salvador, J., Frühbeck, G., & EASO SAB Working Group on BMI. (2014). Beyond BMI--phenotyping the obesities. *Obesity facts*, 7(5), 322–328.

<https://doi.org/10.1159/000368783>

Boyland, E. J., Nolan, S., Kelly, B., Tudur-Smith, C., Jones, A., Halford, J. C., & Robinson, E. (2016). Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults. *The American journal of clinical nutrition*, 103(2), 519–533.

<https://doi.org/10.3945/ajcn.115.120022>

Bryman, A. (2016). *Samhällsvetenskapliga metoder* (3 uppl.). Liber.

Chen, S., Binns, C. W., Maycock, B., Zhao, Y., & Liu, Y. (2014). Chinese mothers' perceptions of their child's weight and obesity status. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 23(3), 452–458. <https://doi.org/10.6133/apjcn.2014.23.3.14>

Crowley, D. I., Khoury, P. R., Urbina, E. M., Ippisch, H. M., & Kimball, T. R. (2011). Cardiovascular impact of the pediatric obesity epidemic: higher left ventricular mass is

related to higher body mass index. *The Journal of pediatrics*, 158(5), 709–714.e1.

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.10.016>

Ek, A., Delisle Nyström, C., Chirita-Emandi, A., Tur, J. A., Nordin, K., Bouzas, C., Argelich, E., Martínez, J. A., Frost, G., Garcia-Perez, I., Saez, M., Paul, C., Löf, M., & Nowicka, P. (2019) A randomized controlled trial for overweight and obesity in preschoolers: the More and Less Europe study - an intervention within the STOP project. *BMC Public Health* 19, 945 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7161-y>

Ek, A., Nordin, K., Delisle Nyström, C., Sandvik, P., Eli, K., & Nowicka, P. (2020). Responding positively to “children who like to eat”: Parents’ experiences of skills-based treatment for childhood obesity. *Karolinska Institutet, Division of Pediatrics, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, NOVUM*.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104488>

Eldh, A. C., Årestedt, L., & Berterö, C. (2020). Quotations in Qualitative Studies: Reflections on Constituents, Custom, and Purpose. *International Journal of Qualitative Methods*.

<https://doi.org/10.1177/1609406920969268>

Ellis, K. J., Abrams, S. A., & Wong, W. W. (1999). Monitoring childhood obesity: assessment of the weight/height index. *American journal of epidemiology*, 150(9), 939–946.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a010102>

Elvasjuttiosju Vårdguiden. (27 oktober 2020). *Övervikt och fetma hos barn*.

<https://www.1177.se/Stockholm/sjukdomar--besvar/mage-och-tarm/fetma/overvikt-och-fetma-hos-barn/>

Equator network. (u.å.). *Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*.

<https://www.equator-network.org/>

Fejes, A., & Thornberg, R. (Red.). (2019). *Handbok i kvalitativ analys* (3 uppl.). Liber.

Fetmainitiativet. (u.å.). *Fetmainitiativet ett upprop för att stävja fetmaepidemin*.

<https://fetmainitiativet.wordpress.com/about/bakgrundsdokument/>

Flood, D., Chary, A., Austad, K., Kraemer Diaz, A., García, P., Martínez, B., López Canu, W., & Rohloff, P. (2016) Insights into Global Health Practice from the Agile Software Development Movement. *Global Health Action*, 9:1, DOI: [10.3402/gha.v9.29836](https://doi.org/10.3402/gha.v9.29836)

Folkhälsoguiden. (12 juli 2019). *En frisk skolstart – föräldrastöd för bra mat- och rörelsevanor*. <https://www.folkhalsoguiden.se/amnesomraden1/levnadsvanor/en-frisk-skolstart/>

Folkhälsomyndigheten. (27 oktober 2020). *Förekomst av övervikt och fetma*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/forekomst-av-overvikt-och-fetma/>

Folkhälsomyndigheten. (27 maj 2020). *Övervikt och fetma bland skolbarn 11–15 år fortsätter öka*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/f140506da2394022aa07c11e5234df03/20020overvikt-fetma-barn-forts-oka.pdf>

Graham, H. (2007). EBOOK: *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*. ProQuest Ebook Central. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ki/detail.action?docID=332663>.

Graneheim, U. H. Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Department of Nursing, Umeå University, 24, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hardy, K., Hooker, L., Ridgway, L., & Edvardsson K. (2019). Australian parents' experiences when discussing their child's overweight and obesity with the Maternal and Child Health nurse: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 28(19-20), 3610-3617. DOI: 10.1111/jocn.14956

Henriksson, H., Henriksson, P., Tynelius, P., Ekstedt, M., Berglind, D., Labayen, I., Ruiz, J. R., Lavie, C. J., & Ortega, F. B. (2020). Cardiorespiratory fitness, muscular strength, and obesity in adolescence and later chronic disability due to cardiovascular disease: a cohort

study of 1 million men. *European heart journal*, 41(15), 1503–1510.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz774>

Karolinska Institutet. (29 maj 2020). *Mer och Mindre-studien*. <https://ki.se/clintec/mer-och-mindre-studien>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2 uppl.). Studentlitteratur AB.

Lachal, J., Orri, M., Speranza, M., Falissard, B., Lefevre, H., Moro, M. R., & Revah-Levy, A. (2013). Qualitative studies among obese children and adolescents: a systematic review of the literature. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 14(5), 351–368. <https://doi.org/10.1111/obr.12010>

Luybli, M., Schmillen, H., & Sotos-Prieto, M. (2019). School-Based Interventions in Low Socioeconomic Settings to Reduce Obesity Outcomes among Preschoolers: A Scoping Review. *Nutrients*, 11(7), 1518. <https://doi.org/10.3390/nu11071518>

Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *The American psychologist*, 64(6), 527–537. <https://doi.org/10.1037/a0016830>

Moraes, L. (2014). *Surveillance of childhood obesity in Sweden. Focus on lifestyles and socioeconomic conditions*. [Doktorsavhandling, Göteborgs universitet].

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/35946/2/gupea_2077_35946_2.pdf

Morgan, P. J., Young, M. D., Lloyd, A. B., Wang, M. L., Eather, N., Miller, A., Murtagh, E. M., Barnes, A. T., & Pagoto, S. L. (2017). Involvement of Fathers in Pediatric Obesity Treatment and Prevention Trials: A Systematic Review. *Pediatrics*, 139(2), e20162635. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2635>

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. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.208>

Norman, Å., Zeebari, Z., Nyberg, G., & Elinder, L. S. (2019). Parental support in promoting children's health behaviours and preventing overweight and obesity - a long-term follow-up of the cluster-randomised healthy school start study II trial. *BMC pediatrics*, 19(1), 104.

<https://doi.org/10.1186/s12887-019-1467-x>

O'Leary, Z. (2017). *The Essential Guide to Doing Research* (3 uppl.). Investigating Complexities of the Social World. Sage: London. http://www.ru.ac.bd/wp-content/uploads/sites/25/2019/03/402_06_00_O%E2%80%99Leary-The-Essential-Guide-to-Doing-Your-Research-Project-2017.pdf

Ortega, F. B., Lavie, C. J., & Blair, S. N. (2016). Obesity and Cardiovascular Disease. *Circulation research*, 118(11), 1752–1770.

<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.115.306883>

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: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 11(5), 338–353.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00648.x>

Ricciardelli, L., McCabe, M., Holt, K., Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, Volume (24), 475-495. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(03\)00070-4](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(03)00070-4)

Rikshandboken barnhälsovård för professionen. (10 oktober 2019). *Åtgärder vid övervikt och fetma*. <https://www.rikshandboken-bhv.se/halsa-och-utveckling/tillvaxt/atgarder-vid-overvikt-och-fetma/>

Sagar, R., & Gupta, T. (2018). Psychological Aspects of Obesity in Children and Adolescents. *Indian journal of pediatrics*, 85(7), 554–559. <https://doi.org/10.1007/s12098-017-2539-2>

Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2015). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*. pp. 95-107. ISSN 1467-7881 <https://doi.org/10.1111/obr.12334>

Sjöberg, A., Moraesus, L., Yngve, A., Poortvliet, E., Al-Ansari, U., & Lissner, L. (2011). Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren - exploring the urban-rural gradient in Sweden. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(5), 305–314. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00838.x>

Tatangelo, G. L., & Ricciardelli, L. A. (2017). Children's body image and social comparisons with peers and the media. *Journal of health psychology*, 22(6), 776–787. <https://doi.org/10.1177/1359105315615409>

Toftemo, I., Glavin, K., & Lagerløv, P. (2013). Parents' views and experiences when their preschool child is identified as overweight: a qualitative study in primary care. *Family practice*, 30(6), 719–723. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt056>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Umer, A., Kelley, G. A., Cottrell, L. E., Giacobbi, P., Jr, Innes, K. E., & Lilly, C. L. (2017). Childhood obesity and adult cardiovascular disease risk factors: a systematic review with meta-analysis. *BMC public health*, 17(1), 683. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4691-z>

Valenzuela, P. L., Santos-Lozano, A., Barrán, A. T., Fernández-Navarro, P., Castillo-García, A., Ruilope, L. M., Ríos Insua, D., Ordovas, J. M., Ley, V., & Lucia, A. (2021). Joint association of physical activity and body mass index with cardiovascular risk: a nationwide population-based cross-sectional study. *European journal of preventive cardiology*, zwaa151. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaa151>

Vetenskapsrådet (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

World Health Organization. (1 april 2020). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

6. Bilagor

Bilaga 1 - Litteratursökning

Syfte och frågeställningar:

Syftet med denna studie var att undersöka upplevelser hos vårdnadshavare som har barn i åldrarna 2-17 år med övervikt eller fetma. Barnen ska i övrigt vara friska. Upplevelserna

berör strategier för att hantera barnets vikt, psykiskt mående och stigma, familj och vännerns påverkan samt samhällets roll att främja hälsa.

Vilka sökord har du använt?

Ämnesord och synonymer svenska	Ämnesord och synonymer engelska
Övervikt Barn Låg utbildningsnivå Fetma	Overweight CVD diseases Children Obesity Preschoolers Socioeconomics Psychological aspects Parent experience Father involvement Qualitative study Parent perception Social Media Body image Sugar tax

Var och hur har du sökt?

Databaser och andra källor	Sökkombination
PubMed PubMed PubMed PubMed PubMed, systematic review ifyllt PubMed, meta-analys, randomized controlled trial, review ifyllt PubMed, meta-analys, randomized controlled trial, review ifyllt Google Scholar Folkhälsomyndigheten 1177 Vårdguiden	Obesity children Overweight CVD diseases Obesity AND preschoolers AND socioeconomics Psychological aspects obesity Child* obesity AND parent perception AND qualitative Children social media Children social media body image Låg utbildningsnivå övervikt Övervikt barn Övervikt och fetma barn

<p>EBSCO, peer reviewed ifyllt</p> <p>EBSCO, peer reviewed ifyllt</p> <p>EBSCO, peer reviewed ifyllt</p>	<p>Child obesity AND parent experience AND qualitative study</p> <p>Child obesity AND father involvement</p> <p>Sugar tax AND overweight or obesity or obese AND society impact or influence</p>
--	--

Kommentarer

Vi har hittat många artiklar genom andra artiklars referenslistor
 Några källor har vår handledare skickat till oss
 Denna studentuppsats hittade vi via Google Scholar, vi har tittat på flera av deras referenser och även vidare referenser från studier därifrån: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1450557/FULLTEXT01.pdf>
 Vi hörde om Mer och Mindre studien i Sverigesradio och googlade därefter på “mer och mindre studien”, hamnade då på ki.se.

Bilaga 2 – Informationsutskick vid rekrytering av till deltagare

Deltagare till studie sökes!

Hej! Vi är två studenter på Gymnastik- och idrottshögskolan som går sista året på Hälsovetenskapprogrammet och ska skriva en kandidatuppsats om barn med övervikt och fetma. Nu söker vi föräldrar/vårdnadshavare som har ett eller flera barn i åldrarna 2-17 år med övervikt eller fetma (som i övrigt är friska).

Studien sker i form av en intervju där du som vårdnadshavare får berätta om dina upplevelser, det finns inga rätta svar utan vi undrar vad just DU funderar över! Vi vill öka kunskapen kring vad vårdnadshavare har för strategier, vad för eventuell stöttning som skulle behövas av samhället och det sociala nätverkets påverkan.

Intervjun kommer att ske vid ett tillfälle, den beräknas ta ca 30 minuter och sker digitalt. Du behöver ha tillgång till dator och internet på en plats där du kan prata ostört. Alla dina uppgifter behandlas konfidentiellt och du kommer vara anonym i det färdiga materialet.

Är du intresserad?

Kontakta oss:

Camilla Rinman, camilla.rinman@student.gih.se

Sandra Tindfors Berg, sandra.tindfors-berg@student.gih.se



Bilaga 3 – Informationsbrev till deltagare

Hej!

Vad kul att du vill vara med i vår studie, det betyder jättemycket för oss! Vi heter Sandra och Camilla och går sista året på Hälsovetenskapliga programmet på Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm. Vi har valt att skriva vår kandidatuppsats om barn med övervikt och fetma då vi tycker att det är ett intressant ämne som behöver belysas mer. Det är en kvalitativ intervjustudie där vi vill få fram vad vårdnadshavare som har barn med övervikt/fetma tänker om sin situation. Vi hoppas med detta öka kunskapen om vad familjer har för behov och hur omgivningen bör agera. Intervjun beräknas ta ca 30 minuter. Du deltar anonymt, inga personuppgifter kommer finnas med i uppsatsen. Efter intervjuerna analyseras all text och sammanfattas i olika teman, detta gör att din historia inte går att identifiera. Citat från intervjuer kommer att användas, självklart utan namn.

Vi kommer genomföra intervjun via zoom, studieledaren kommer ha kameran påslagen men du får välja om du vill synas i bild eller inte. Ett separat mail kommer med en inbjudan till zoom-mötet.

Ditt deltagande är helt frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta intervjun och avböja frågor du inte vill svara på.

Alla uppgifter du lämnar kommer endast att användas till denna studie. Efter att studien är helt avslutad kommer inspelningarna att raderas. Meddela oss om du vill läsa den färdiga uppsatsen så mailar vi den till dig.

Med vänlig hälsning,

Sandra Tindefors Berg, sandra.tindefors-berg@student.gih.se

Camilla Rinman, camilla.rinman@student.gih.se

Uppsatshandledare: Sara Hoy, sara.hoy@gih.se

Bilaga 4 - Samtyckesblankett

Samtycke till att delta i studien:

”Fetma och övervikt hos barn, en kvalitativ intervjustudie med vårdnadshavare”

Jag har skriftligen informerats om studien och samtycker till att delta.

Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag kan avbryta mitt deltagande i studien utan att ange något skäl.

Min underskrift nedan betyder att jag väljer att delta i studien och godkänner att Gymnastik- och idrottshögskolan, GIH behandlar mina personuppgifter i enlighet med gällande dataskyddslagstiftning och lämnad information.

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Ort och datum

Vid frågor kontakta:

Sandra Tindefors Berg, sandra.tindefors-berg@student.gih.se

Camilla Rinman, camilla.rinman@student.gih.se

Uppsatshandledare: Sara Hoy, sara.hoy@gih.se

Bilaga 5 - Intervjuguiden

Intervjuguiden

Muntligt samtycke: Intervjun kommer att spelas in och citat från intervjun kommer att användas men utan namn. Godkänner du detta?

Inledande information

Välkommen till intervjun! Tack för att du delar med dig av dina erfarenheter! Det är väldigt värdefullt för oss. Du har rätt att närsomhelst avbryta intervjun och avböja frågor du inte vill svara på. Intervjun väntas ta ca 30 minuter. Ljudet kommer att spelas in och du kommer att vara anonym. Efter intervjuerna analyseras all text och sammanfattas i olika teman, det gör att din historia inte går att identifiera. Citat från intervjuer kommer att användas, självklart utan namn. Har du några frågor innan vi börjar?

Jag kommer börja med några inledande frågor.

- Hör du mig bra?
- Sitter du så att du kan prata ostört?
- Vad har du för högst avslutad utbildning?
- Hur gammalt är ditt/dina barn?
- Är det ett eller flera barn med övervikt eller fetma du har?
- Är det övervikt eller fetma ditt/dina barn har?
- Hur upptäcktes det att barnet/barnen har övervikt eller fetma?

Nu kommer jag ställa några frågor om hur du hanterar ditt barns vikt och om du har några strategier för det.

- Vilka tankar har du kring ditt/dina barns vikt?
- Har du några strategier för att hantera ditt/dina barns vikt? (Om ja, vilka?)
- Har du fått några kommentarer på ditt/dina barns vikt från utomstående? (Om ja, vilka? Hur tänker du kring det?)

Nu kommer jag ställa några frågor kring vad du tänker att samhället kan hjälpa till med.

- Har BVC eller Skolhälsovården pratat med dig om ditt/dina barns vikt? (Om ja, hur har du upplevt den vården?)
- Hur skulle du vilja att BVC eller Skolhälsovården hanterade ditt/dina barns vikt?
- Hur skulle politiker och beslutsfattare kunna underlätta för dig att hantera ditt/dina barns vikt?
- Hur skulle samhället kunna göra det lättare för barn att vara fysiskt aktiva?
- Hur skulle samhället kunna hjälpa barn att äta hälsosammare mat?

Nu kommer jag ställa några frågor om er familj eller vänner har någon inverkan på ditt/dina barns vikt.

- Hur ser familj i er närhet på ditt/dina barns vikt?
- Hur ser vänner i er närhet på ditt/dina barns vikt?
- Hur skulle du önska att vänner/familj i er närhet agerade?
- Har du någon gång känt dig motarbetad av din familj gällande ditt/dina barns vikt? (Om ja, hur då?)

Nu kommer jag ställa några frågor om ditt barns mående.

- Hur upplever du att ditt/dina barn mår i allmänhet?
- Tror du att ditt/dina barns vikt påverkar hans/hennes mående? (-Om ja, på vilket sätt?)
- Har ditt/dina barn uttryckt tankar angående sin vikt? (-Om ja, berätta gärna om dom.)
- Har ditt barn uttryckt tankar om kroppsideal?
- Har ditt/dina barn tillgång till sociala medier? (-Frågas om barnet är över 6 år)
- Har ditt barn uttryckt tankar om utseende kopplat till sociala medier? (tex tiktok, instagram, facebook, youtube, snapchat)
- Jag har inga fler frågor nu, är det något du vill tillägga?

Tack för att vi fick intervju dig! Det har hjälpt oss i vårt arbete. När vi har skrivit ner hela intervjun i skrift skickar vi den gärna till dig så att du kan läsa igenom och se att allt stämmer. Skulle du vara intresserad av det?

Stort tack för din medverkan!

Bilaga 6 - Respondentvalidering

Hej!

Här kommer den transkriberade versionen av intervjun vi gjorde med dig till studien "*Fetma och övervikt hos barn, en kvalitativ intervjustudie med vårdnadshavare*". Om du vill får du gärna läsa igenom intervjun och se att du tycker allt stämmer.

OBS! Intervjun är transkriberad i talspråk ordagrant efter den inspelade versionen. Det kan se konstigt ut i skrift när man upprepar meningar och använder uttryck som "äh" och "ähm", men det är helt enkelt så vi alla pratar!

När hela uppsatsen är klar skickar vi den till dig. Återigen, tusen tack för din medverkan!

Vänliga hälsningar,

Camilla Rinman och Sandra Tindefors Berg