



Lunds Universitet
Psykologiska institutionen
Psykokoterapiutbildning med Familjeinriktning
D-Uppsats, 15 Hp
Vårterminen 2009

Salutogena Faktorer hos Överviktiga Barn

En kvalitativ studie av salutogena faktorerers inverkan på
överviktiga barns möjligheter till viktnebgång eller viktstabilitet

Karin Beijer

Examinator : Ingegerd Wirtberg
Handledare : Jan Gassne

Abstract

The object of this study is to find if there are any salutogenic factors, and if so, which have an influence on over weighted children's ability to loose weight or reach weight stability. The study interviewed children registered at the Clinic for obesity as well as staff working there. The children participated in a semi structured interview and answered Antonovsky's Sense of Coherence scale (SOC-13). The children had reached weight stability 2007-2008. The results showed that the children had had access to several salutogenic factors like a supporting family, friends and hobbies. The children were aware of the significance of a healthy diet and physical activities. The SOC-form showed a degree of coherence corresponding to the mean value for children of the corresponding age. The families have participated in Standardized Obesities Therapy for Families, SOFT, at the Clinic for obesity. The results of the study are in conformity with previous research.

Key words: Salutogenetic factors, risk factors, sense of coherence (SOC), obesity, weight stability, SOFT.

Sammanfattning

Syftet med studien är att se om och i så fall vilka salutogena faktorer som har inverkan på överviktiga barns möjligheter till viktstabilitet eller viktnedgång. Studien har gjorts på barn knutna till Överviktsenheten samt personal verksam vid denna enhet. Barnen har deltagit i en semistrukturerad intervju samt svarat på Antonovskys självskattningsformulär, Känsla av sammanhang (Ka-sam-13). Barnen hade 2007-2008 nått en viktstabilisering. Resultaten visade att barnen haft tillgång till flera salutogena faktorer såsom en stöttande familj, kamrater och fritidssysselsättningar. Barnen var medvetna om betydelsen av bra matvanor och fysisk aktivitet. Självskattningsformuläret visade på en nivå på Kasam som överensstämmer med medelvärdet för barn i motsvarande ålder. Familjerna har deltagit i Standardiserad Obesitas Familjeterapi, SOFT, på Överviktsenheten. Studien visar på överensstämmelse med tidigare forskning.

Nyckelord: Salutogena faktorer, riskfaktorer, Kasam, övervikt, viktstabilisering, SOFT

Förord

Det finns hälsofaktorer som hjälper oss att bevara vår hälsa och klara av svårigheter i livet. Den som har tillgång till flera salutogena faktorer kan på ett bättre sätt hantera sina svårigheter. Ungdomar som upplever närhet och samhörighet i sina familjer rapporterar högre ”känsla av sammanhang” än de som upplever mycket kaos, isolering och konflikter.

Överviktsproblematiken hos barn och ungdomar har eskalerat under de senaste två årtionden, (Nowicka & Flodmark, 2006). I början på 1990-talet var 5 procent av barnen överviktiga. Idag är denna siffra 18 procent. En Familjeviktskola har utvecklats inom Region Skåne vid Barnöverviktsenheten i Malmö, där behandlingen grundar sig på familjeterapi. Här använder man en strukturerad modell för att behandla familjer och/eller grupper av familjer.

Studien är gjord med barn vilka, tillsammans med sina familjer, har kontakt med Överviktsenheten samt med anställda vid enheten. Både barnen och de anställda har deltagit i en intervju. Barnen har dessutom svarat på Antonovskys självskattningsformulär, Kasam-13. Studien avsåg att se om respondenternas svar överensstämde med tidigare forskning om salutogena faktorer.

Stort tack till min handledare Jan Gassne. Tack till barnen som ställt upp, tillsammans med sina mammor, och tagit sig tid att komma och delta i intervjun. Tack till Carl-Erik Flodmark som låtit mig få göra min studie på Överviktsenheten. Tack till Lena Schultz och Anna Ek som kämpat så för att hjälpa mig rekrytera barn till min studie. Tack till Paulina Nowicka och Lena Schultz för att ni låtit er intervjuas och för att ni informerat och lärt mig mycket om ert arbete med överviktiga barn.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Inledning.....	2
1.1. Frågeställning	2
1.2. Syfte	2
1.3. Disposition	3
2. Tidigare forskning	3
2.1. Teoretiskt angreppssätt.....	3
2.2. Salutogena Faktorer.....	4
2.3. Barnövervikt.....	9
3. Intervjuområden	14
4. Metod	15
4.1. Metodval.....	15
4.2. Urval av respondenter	16
4.3. Intervjuerna	18
4.4. Bearbetning av intervjusvaren.....	19
5. Etiska överväganden	19
6. Resultat.....	20
6.1. Intervjuredovisning av barnen.....	20
6.2. Intervjuredovisning av anställda	23
7. Diskussion	26
8. Slutsatser	29
9. Begränsningar.....	30
10. Förslag på vidare studier	30
11. Referenser.....	31
12. Bilagor.....	34

1. Inledning

Salutogena faktorerers inverkan på möjligheten att klara svåra situationer i livet samt orsakerna till förmågan att återhämta sig efter att ha varit utsatt för svårigheter har länge intresserat mig. Valet föll därför på att göra en studie inom detta område. Intresset för min studie är överviktiga barn.

Studien har gjorts på en grupp barn, knutna till Barnöverviktsenheten Region Skåne och anställda på enheten. Jag har valt att göra en kvalitativ studie och har använt mig av en deduktiv ansats. I intervjuerna, vilka var semistrukturerade, hade jag ett frågeformulär som följdes och som fungerade som stöd. Respondenterna gavs emellertid möjlighet att utveckla sina svar på frågorna genom att jag ställde följdfrågor. Barnen har också fått besvara Antonovskys självskattningsformulär, Kasam-13.

1.1. Frågeställning

Överviktiga barn är en utsatt och sårbar grupp. Många insatser görs idag för att hjälpa dessa barn, både inom Skolhälsovården men främst inom Region Skåne på Barnöverviktsenheten, UMAS. Inom olika forskningsområden tittar man på vilka faktorer som spelar in för att dessa barn ska klara av en viktninskning och/eller viktstabilitet. Frågeställningen i denna studie inriktar sig på vad det är som bidrar till att många av dessa barn med en överviktsproblematik klarar av att hantera sina svårigheter. Min avsikt var att se om empirin överensstämmer med teori och tidigare forskning genom att jämföra resultaten av intervjuerna från barnen och personalen på Barnöverviktsenheten med tidigare forskning

1.2. Syfte

Syftet med studien är att se om och i så fall vilka salutogena faktorer som har inverkan på överviktiga barns möjligheter till viktstabilitet och/eller vikttnedgång. Vilka olika coping-strategier har barnen för att klara av sin situation? Hur ser miljön ut omkring dem? Har barnen en familj som stöttar dem och en social gemenskap som är viktig för dem?

1.3. Disposition

Uppsatsen är upplagd på följande sätt: I kapitlet "Tidigare forskning" presenteras teorier om salutogena faktorer/skyddsfaktorer samt riskfaktorer. Därefter redogörs för teorier om övervikt samt salutogena faktorerers betydelse för barn med övervikt. Under kapitlet "Metod" beskrivs uppsatsarbetets gång samt vilka tillvägagångssätt jag använt mig av för att samla information till studien. Under rubriken "Resultat" presenteras svaren av intervjuerna både från barnen och från anställda på Överviktsenheten. I kapitlet "Diskussion" tar jag fram mina resultat och jämför med tidigare forskning. Därefter presenteras ett kapitel "Slutsats" där jag resonerar om vad mina resultat inneburit. Under kapitlet "Begränsningar" tar jag upp undersökningens metodologiska begränsningar innefattande bl.a. de svårigheter som funnits att rekrytera barn till undersökningen samt vilka konsekvenser det haft för generaliserbarheten av resultaten.

Då det visat sig vara svårt att rekrytera barn till studien och materialet därför är blygsamt har i stället avsnittet "Tidigare forskning" utökats.

2. Tidigare forskning

2.1. Teoretiskt angreppssätt

I litteraturen och från evidensbaserade studier talas om att salutogena faktorer har stor inverkan när det gäller att klara av svåra situationer (Antonovsky, 1991; Werner, 1995; Lagerberg & Sundelin, 2000; Cederblad, 2003). Det tycks finnas hälsofaktorer som hjälper oss att bevara vår hälsa och klara av svårigheter i livet. Några av dessa faktorer är samhörighet i familjen, individens nätverk, resurser, önskningar, glädjeämnen, flexibilitet, meningsfullhet, känsla av kontroll och begriplighet. Den som besitter eller har tillgång till många salutogena faktorer kan på ett bättre sätt hantera sina svårigheter.

Aaron Antonovsky skapade begreppet salutogenes (Antonovsky, 1991). Han var en av flera olika forskare som började intressera sig för hälsofaktorer (Hansson & Cederblad, 1995). Hans arbete stöds av forskning som följer stora grupper människor, över flera decennier,

något som gör resultaten mycket trovärdiga. Utifrån studier av riskgrupper för psykosomatiska reaktioner, utvecklade Antonovsky begreppet "Känsla av sammanhang", (Kasam) (Antonovsky, 1991). Det beskriver en livshållning förenad med stressmotståndskraft och uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig känsla av tillit. Antonovsky utgick från begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En person med en starkare Kasam beskrivs ha större förmåga att hantera livsomställningar genom att använda såväl egna som omgivningens resurser.

2.2. Salutogena Faktorer

Under denna rubrik presenteras litteratur och vetenskapliga studier som beskriver salutogena faktorer/skyddsfaktorer, riskfaktorer samt förmåga till återhämtning (resilience) (Antonovsky, 1991; Werner, 1995; Hansson & Cederblad, 1995; Lagerberg & Sundelin, 2000; Cederblad, 2003). Klarar man sig bättre i livet om man har tillgång till olika skyddsfaktorer? Vilka skyddsfaktorer är framför allt viktiga? Hur är det då för överviktiga barn? Ett flertal studier som gjorts visar på ett klart samband mellan salutogena faktorer och hälsa, förmåga att styra sitt liv, social talang, kompetens och tillfredsställelse med livet (Gassne, 2008). Skyddsfaktorer har stor inverkan när det gäller att klara av svåra situationer. Den som besitter många salutogena faktorer och har olika copingstrategier kan på ett bättre sätt hantera sina svårigheter.

Utifrån studier av riskgrupper för psykosomatiska reaktioner, utvecklade Antonovsky begreppet Kasam, vilket beskriver en livshållning förenad med stressmotståndskraft och uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig känsla av tillit (Antonovsky, 1991). Det teoretiska begreppet Kasam har operationaliserats i ett självskattningsformulär, Kasam-skalan, som består av 29 item Varje item besvaras på en 7-gradig skala. Antonovsky angav även en Kasamskala med 13 item. Studier visar att även denna version är användbar och att det föreligger en hög interkorrelation ($r= 0.96$, $p<0.001$) mellan skalorna (Olsson, Gassne & Hansson, 2009).

Att fokusera på att lära av dem som klarar att bemöta livets oundvikliga svårigheter och vad som bidrar till detta är att utgå från ett salutogent perspektiv (Antonovsky, 1991). Påfrestningar skiftar i livets olika skeden beroende på vad vi möter eller utsätts för. Vissa av

oss klarar dessa påfrestningar bra och kanske växer medan andra blir nedslagna. Vad bidrar till att vissa människor lyckas med att hantera de processer som för andra leder till utanförskap, sjukdom eller mental ohälsa? Enligt Antonovsky är det hur vi uppfattar och möter stressorer som är avgörande, inte stressorernas laddning i sig. Ett salutogent perspektiv fokuserar på det som främjar mognad och utveckling hos individer, familjer, grupper och nätverk (Gassne, 2008).

Man har funnit att salutogena faktorer klart samvarierar med positiv hälsa och att hälsovariablerna har direkt samvariation med Kasam (Hansson & Cederblad, 1995). Det är konstaterat att det finns ett klart samband mellan Kasam och psykisk hälsa för både vuxna och ungdomar. I en studie, (Langius & Björvell, 1993) med 254 personer fann man att de friskaste individerna i gruppen hade det högsta KASAM-medelvärde. I en finsk studie, (Kalimo & Vuori, 1990) med 706 personer fann man att KASAM visade högst medelvärde i den grupp som var både kompetent och tillfredsställd med livet.

Det finns olika faktorer som bidrar till hälsa (Hansson & Cederblad, 1995; Cederblad 2003). Man har funnit positiva samband mellan Kasam och de personliga egenskaperna optimism, förmåga att styra sitt liv och social talang när man studerat psykisk hälsa. Att uppleva närhet och samhörighet i sina familjer ger en högre Kasam än de som upplever mycket kaos, isolering och konflikter. I det salutogena perspektivet tittar man på skyddande och kompensatoriska faktorer, vilka har betydelse för alla men speciellt för högriskbarn, ”barn med återhämtningsförmåga”. Cederblad (2003) beskriver att nätverket har en stor betydelse. Varje människa befinner sig i ett sammanhang med många andra. Den kunskap vetenskapen har om nätverk pekar på att människor runt om oss har stor betydelse för vårt tillfrisknande. Framför allt gäller detta de som står oss nära, vilka kan vara ett avgörande stöd. Walch (1998) skriver att det är viktigt att känna att man är tillhörig en social gemenskap. Detta gäller även det professionella nätverket, såsom läkare, kuratorer och psykologer. Nära relationer är den viktigaste anledningen till att alkoholisten slutar dricka, ökar chansen för hjärtinfarktpatienten att ändra livsstil och leva längre samt hjälper den sjuke att kämpa och den äldre att se mening i livet och vilja fortsätta leva.

Rutter (1987) påpekar att man måste koncentrera sig på de skyddande faktorer och processer som innebär förändring i livet – från risk till anpassning. Dessa processer är verksamma för de barn som har förmågan att komma igen, ”barnen med återhämtningsförmåga”, och hos de

ungdomar som återhämtade sig efter svåra problem (Werner, 1995). Coie med medarbetare (1993) menade att skyddande faktorer kan fungera på ett eller flera av följande sätt: direkt minska dysfunktionen, interagera med riskfaktorer och därmed mildra deras effekter, positivt påverka den medierande (överbryggande) orsakskedja där risk leder till sjukdom eller förebygga uppkomsten av riskfaktorer (s 5).

Lagerberg och Sundelin (2000) beskriver riskfaktorer, motståndskraft och skyddsfaktorer. Skyddande faktorer kan minska bekymmersamma konsekvenser av att befinna sig i riskzonen. Skyddsfaktorer fungerar särskilt i högrisksituationer (Stattin & Magnusson 1996). Vissa faktorer är viktiga och gynnsamma för alla barn medan andra faktorer är särskilt betydelsefulla för barn i utsatta situationer. Barn kan visa motståndskraft i sitt beteende utan att vara välanpassade på alla områden. Stattin och Magnusson (1996) menar vidare att det är mängden skyddsfaktorer som motverkar en ogynnsam utveckling. Slutsatsen man kan dra är att barn och ungdomar bör förses med så många skyddsfaktorer som möjligt, gärna från olika system.

I ”Salutogen miljöterapi i teori och praktik” (Hult, Waad, Cederblad & Hansson, 1996) beskrivs hur man tillämpar salutogena teorier i det kliniska miljöterapeutiska arbetet på utrednings- och behandlingsavdelningen vid Barn- och ungdomspsykiatriska avdelningen, Universitetssjukhuset i Lund. Det handlade om ungdomar med grava relationsproblem, skolsvårigheter, kriminalitet och risk för missbruk. Ungdomarna hade en negativ självbild och negativa förväntningar både på sig själva och sin omgivning. Systemteoretiskt leder detta till ett negativt cirkulärt samband. Ungdomarna var inte medvetna om sina talanger och förmågor. Man letade efter små fragment av skyddande faktorer som ungdomarna uppvisade för att identifiera salutogena faktorer. Det salutogena perspektivet är ett komplement och utesluter inte andra behandlingsformer. Den salutogena modellen med det centrala begreppet känsla av sammanhang (Kasam) innehåller delkomponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Ju starkare Kasam desto bättre förmåga har man att hantera svåra situationer.

I Emmy Werners (1995) studie beskrivs både barns sårbarhet, dvs deras benägenhet för negativ utveckling till följd av att de utsatts för allvarliga riskfaktorer samt förmågan att återhämta sig, (resilience), att ”komma tillbaka” med hjälp av olika skyddsfaktorer (barn med återhämtningsförmåga). Werner har hjälpt oss att kraftigt nyansera pessimistiska och deterministiska föreställningar om att utsatta barn är dömda att få ett eländigt liv som vuxna. I ”Mot alla odds”, (1995) beskriver hon hur ett tvärvetenskapligt team gjorde en prospektiv

studie av alla de 698 barn som 1955 föddes på ön Kauai. Målen för studien var dels att naturvetenskapligt dokumentera alla graviditeter på hela ön och följa de barn som fötts tills de blivit vuxna och dels att bedöma hur ogynnsamma uppväxtförhållanden påverkar individens utveckling och anpassning till livet. Dessa individer följdes upp till 35-års åldern. Barnen hade vuxit upp under fattiga förhållanden och med lågutbildade föräldrar. Man ville undersöka barnens sårbarhet, dvs. deras benägenhet för negativ utveckling, då de utsatts för allvarliga riskfaktorer. Så småningom började man också titta på orsakerna till återhämningsförmågan hos de barn som klarat sig trots att de varit utsatta för både biologiska och psykologiska riskfaktorer. Vilka var dessa skyddsfaktorer som hjälpt barnen att komma tillbaka ”barn med återhämningsförmåga”? En tredjedel av barnen var högriskbarn, vilka hade upplevt fattigdom, stress, ständiga bråk, föräldrarnas alkoholism eller psykiska sjukdom. En av tre av dessa högriskbarn växte upp till duktiga, självständiga och omtänksamma unga vuxna. De lyckades bra både i skolan, i hemmet och i det sociala livet. Dessa barn hade fått positiv uppmärksamhet redan som spädbarn. Redan under de första uppväxtåren beskrevs de som aktiva, tillgivna, självständiga, och hade en positiv kontakt med omgivningen. De använde sina talanger och hade intressen. De hade en positiv självuppskattning, var säkra och självständiga. Dessa barn hade etablerat fast kontakt med åtminstone en vårdgivare och vuxit upp med struktur och fasta regler. ”Barnen med återhämningsförmåga” fick en tro på att deras liv hade en mening och att de i viss mån kunde påverka sin framtid. I 30-års åldern hade, med några få undantag, alla barnen utbildning och arbete. Personlig kompetens och beslutsamhet, stöd från make/maka eller god vän och en tro på något i livet var gemensamt utmärkande för barnen med återhämningsförmåga. Denna studie visar på att individer som vid tidig ålder befunnit sig i *flera* olika riskfält har svårare att ta sig ur besvärliga livsmönster än de som utsatts för endast *en* riskfaktor. Stöd från föräldrahemmet hade mindre betydelse än individuell kompetens, grad av självförtroende och självständighet. Självkänslan och förmågan att klara sig själv främjades främst av stödjande relationer.

Cederblad (2003) refererar till en analys av Elder baserad på Oakland Growth Study, Children of the Great Depression. Analysen bygger på en studie av familjer som fått en dramatisk förändring av sin ekonomi på grund av 30-tals krisen. Studiens syfte var att kartlägga vad en hastig dramatisk ekonomisk förändring fick för följder för familjelivet och därmed för de ungdomar som växte upp under de år som familjen drabbats. De hårt drabbade familjerna hade förlorat ungefär hälften av sin inkomst. Konsekvensen blev att pojkarna fick skaffa sig småjobb vid sidan av skolarbetet. Man följde upp dessa individer i medelåldern och fann att

de barn i medelklassfamiljer, vilka drabbats hårt ekonomiskt under depressionen, hade en större jag-styrka, större jag-integration, bättre förmåga att utveckla sina resurser och mera impulskontroll än de medelklassbarn som inte drabbats ekonomiskt. Elder menade att de ungdomar som under tonåren fick tackla verkliga livsproblem fick en träning av sin copingförmåga som de hade nytta av under vuxenlivet om inte påfrestningen varit alltför stor och den unge haft stöd i sin familj. Han fann också att intelligens var en skyddsfaktor.

Cederblad (2003) redogör vidare i "Från barndom till vuxenliv, en översikt av longitudinell forskning" för vad förhållandet under barndomen betyder för senare vuxenliv. Cederblad skriver; "Att systematiskt leta efter friskfaktorer som hjälper barn och ungdomar att utvecklas trots svåra uppväxtvillkor, ger en mer hoppfull inställning till bemötandet av de familjer och barn som inte har maskrosbarnens förmåga att ta för sig och själva aktivt förändra sitt öde" (Cederblad, 2003, ss. 9-10).

Begreppet Resilience, motståndskraft, används för att beskriva att en person kan ha hög funktionsnivå trots att hon eller han utsätts för stora påfrestningar (Lagerberg & Sundelin, 2000). Rutter (1987) menar att genom att förstärka de skyddande faktorerna får individen möjlighet att leva ett förhållandevis bra liv trots en svår yttre miljö. Walch (1998) skriver i "Strengthening Family Resilience" att om man har en positiv attityd, kan gripa det positiva i tillvaron, så klarar man av oöverstigliga problem och kriser. Om man kommer ut ur en sådan kris kan man t o m vara starkare än innan. Det är viktigt att känna att man är tillhörig en social gemenskap. Anknytningen med denna gemenskap är viktig för återhämtningsförmågan i tider med kris. I "The satir Model", som är en presentation av Virginia Satirs modell, har begreppen självkänsla och copingstrategier central betydelse. Satir menade att vi lär oss överleva som människor genom olika copingstrategier (Satir 1976).

Jag avslutar detta avsnitt med en metafor med hänvisning till Antonovsky som beskriver innebörden av det salutogena synsättet:

"Om man tänker sig en flod som någon fallit i, så räddar man personen från att drunkna. Detta kan man säga är analogt med hur sjukvården generellt hanterar sjuka. Nästa steg är att man sätter staket runt floden och förhindrar att någon ska falla i. Staketet kan ses som en parallell till Socialstyrelsens rekommendationer och varningstexter. Det salutogena perspektivet innebär att man i stället lär individerna att simma i livets flod." (Hult, Waad, Cederblad & Hansson, 1995, s. 49).

2.3. Barnövervikt

Under denna rubrik presenteras litteratur och vetenskapliga studier som beskriver problematiken med övervikt och fetma hos barn. Här tas även upp studier som visar på samband mellan salutogena faktorer och viktnedgång/viktstabilisering (Nowicka & Flodmark, 2006; Koch, 2009; Assarsson & Röndahl, 2005; Berg & Larsson, 2009; Mériaux, 2008, Omvårdnadsmagasinet 1/09; Sydsvenska Dagbladet 090202, SOFT-Standardiserad Obesitas Familjeterapi.

Överviktsproblematiken har ökat väsentligt de senaste årtiondena, från 5 % i början på 1900-talet till 18 % idag (Nowicka & Flodmark, 2006). Det krävs att man kombinerar olika behandlingar och behandlingen måste vara livslång. Målet för behandlingen bör vara viktstabilisering och inte viktnedgång. Fetma är genetiskt betingad men även miljön har ett starkt inflytande. Att det finns sociala problem i familjen, såsom t ex dåligt boende och dålig ekonomi samt socialgruppstillhörighet och låg utbildningsnivå hos föräldrarna är ett hinder som försvårar för familjen att åtgärda problemet men bör inte ses som en orsak till fetman. Det är viktigt att man inte skuldbelägger barnet eller föräldrarna. Att respektera och tro på patienten ger bättre behandlingsresultat än misstro och skuldbeläggande. Studier har visat att överviktiga barn inte har sämre självkänsla än normalviktiga.

Nowicka och Flodmark (2006) beskriver i "Barnövervikt i praktiken – evidensbaserad familjeviktsskola" familjens grundläggande betydelse för barnets psykologiska utveckling och livskvalitet. Det har visat sig att familjeterapi har goda resultat vid behandling av barnfetma. Familjen har stora möjligheter att förhindra utvecklingen av svår fetma hos barn. Familjens betydelse är både genetisk och social och har liksom andra miljöfaktorer stor betydelse. Även stödet från andra viktiga nära vuxna är betydelsefullt såväl som stödet från kamrater. I USA har Epstein visat att föräldrarnas medverkan hade stor betydelse. När föräldrarna inte fanns närvarande uteblev effekten (Epstein et al., 1990). Han har också visat att effekten av behandlingen hos barn varade längre än hos vuxna.

I en artikel i Omvårdnadsmagasinet 1/09 skriver doktoranden och tidigare skolsköterskan Mériaux att "Överviktiga barn vet själva vad de behöver för att gå ner i vikt". Hon har gjort en studie där hon kartlagt 10-åringar med övervikt. Barnen erbjöds information och regelbundna besök hos skolsköterska och tillsammans med sina föräldrar fick de individuella råd om

hälsosam mat, vad man ska undvika samt råd om lämplig träning. Vid en uppföljning två år senare jämfördes dessa barn med en kontrollgrupp, där barnen inte fått information och råd. Resultatet av studien visade att barnen som fått information tillsammans med sina föräldrar hade lyckats att gå ner i vikt vilket inte barnen i kontrollgruppen hade. Mériaux har i en senare intervjustudie frågat barnen själva vad de behövde för hjälp. Barnen hade en klar uppfattning om sin kropp och sin vikt men de klarade inte att själva leva så sunt som de borde. Barnen ville vara mer med i familjens gemenskap och få göra mer tillsammans med sina föräldrar. Familjen och föräldrarna var det viktigaste. I stället för att få vara med föräldrarna och ha föräldrar som engagerade sig, tröstade barnen och satt mer inne framför TV:n eller datan. Mériaux menar att det finns möjligheter att stärka barnens självförtroende och tillit genom att fokusera på det friska.

Nowicka och Flodmark (2006) menar att det finns tre centrala komponenter vid behandling av övervikt och fetma hos barn och ungdomar: fysisk aktivitet, mat och familjestöd. Kostförändringar bör kombineras med ökad fysisk aktivitet för långsiktig viktförändring. Fysisk aktivitet har förutom positiv inverkan på vikten många andra fördelar, såsom att den ökar fettfri muskelmassa, minskar faktorer för ohälsa och har positiva effekter på den mentala hälsan. Ingen behandling av fetma har ensam visat sig ge tillräcklig effekt. Därför krävs kombinationer och behandlingen måste vara länge. Den genetiska effekten har blivit allmänt accepterad av fetmaforskarna men detta utesluter inte att det även finns ett starkt miljöinflytande. Nowicka och Flodmark säger vidare att det är viktigt att man vid behandling har ett synsätt på sjukdomen som är till nytta för patienten. Inom forskningen är man på det klara med att genetiken är avgörande i många fall. Man ärver risken för att bli sjuk, om man utsätts för riskfaktorer, kalorier, inte sjukdomen. En sjukdom som så starkt påverkas av generna måste få en livslång behandling. Det är viktigt att behandlingsprogram kommer igång före puberteten då hormonställningen gör att övervikten blir mer svårbehandlad. Målet är inte viktnedgång utan viktstabilisering.

Miljön spelar en stor roll både när det gäller effekten av insatta åtgärder och risken att utveckla fetma. Sociala problem i familjen är inte en orsak till fetman utan skall i stället ses som försvårande när det gäller att åtgärda problemet. Boendet, föräldrarnas socialgruppstillhörighet och föräldrarnas utbildningsnivå kan inverka negativt och öka risken för att bli överviktig. Studier har visat att överviktiga barn inte har sämre självkänsla än

normalviktiga (Nowicka & Flodmark, 2006) förutom en liten grupp på kanske 10-15 procent som får svårigheter.

I en studie i sin avhandling undersöker Koch (2009) om det finns ett samband mellan psykisk stress i familjen och fetma hos 5-6 åringar. De områden för psykisk stress man tittade på var allvarliga livshändelser, upplevelse av stress i uppfostran hos föräldrarna, avsaknad av socialt stöd och oro hos föräldrarna. Slutsats: psykologisk stress i familjen kan vara en bidragande faktor till fetma hos barn. Resultaten understryker hur viktigt det är att ge barn med fetma och deras familjer psykologiskt och socialt stöd samt rekommendationer om livsstilsförändring. Många faktorer, både genetiska och miljöfaktorer är involverade. Riskfaktorer för barnfetma är låg eller hög födelsevikt, fetma hos föräldrarna, sömnsvårigheter, dåliga matvanor, avsaknad av fysisk aktivitet och psykisk stress. Ett tillräckligt socialt stöd kan minska föräldrarnas stress eller dess negativa effekter. Speciellt när familjen utsätts för flera olika stressfaktorer kan detta få negativa effekter på barnet.

Det är viktigt att man inte skuldbelägger barnet eller föräldrarna. För att få bättre behandlingsresultat måste förhållningssättet vara att respektera och att tro på patienten i stället för att visa misstro och vara skuldbeläggande. Det mest betydelsefulla verktyget är samtalet. Man måste kommunicera på ett nytt sätt för att kunna nå dagens föräldrar med hälsoråd inom barnhälsovården. Tidigare var kommunikationen enkelriktad i form av anvisningar men man har på senare tid förstått betydelsen av ”handledning” i den egna yrkesrollen, något som inte finns inom den somatiska vården. I USA finns allmänläkare som använder sig av ett systemiskt arbetssätt inom medicinsk familjeterapi (Nowicka & Flodmark, 2006).

Berg & Larsson, (2009) presenterade en studie med titeln ”Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete mot övervikt och fetma inom barn- och skolhälsovården”. I studien presenteras att Övervikt och fetma är ett ökande problem bland barn och ungdomar både globalt och nationellt. Stress, låg social status, föräldrarnas BMI, mindre fysisk aktivitet och alltför energirik kost är faktorer som bidrar till att utveckla övervikt och fetma. Miljöfaktorerna verkar ha en starkare påverkan på utvecklandet av övervikt och fetma än de genetiska faktorerna. Tidigt i barndomen, först inom barnhälsovården och därefter inom skolhälsovården, måste ett hälsofrämjande arbetet påbörjas. För att skapa ett hälsosamt liv måste familjen ges rätt stöd och hjälp utifrån deras förutsättningar. Det grundläggande synsättet, för ett hälsosamt liv hos sina barn, är föräldrarnas ansvar. Därför måste hela

familjen involveras. Distriktssköterskorna har ett hårt och frustrerande arbete samt ett stort ansvar. Deras arbete med att motivera familjen kräver att de har god kännedom om familjen och dess livssituation. Det svåra för distriktssköterskorna är att de har så ont om tid samt att de saknar uppdaterat arbetsmaterial. Det blir ofta också ett etiskt dilemma när distriktssköterskan har en större ambition än familjen i livsstilsförändringen.

Man har vid flera studier funnit positiva effekter av familjeterapi, t ex vid astma, diabetes, anorexia nervosa men även vid övervikt hos barn (Nowicka, & Flodmark, 2006). Vid tidigare studier (Flodmark, 1993) visades att familjeterapi hjälper vid övervikt hos barn. Vid denna familjeterapeutiska behandling var basen en kombination av Minuchins strukturella familjeterapi och de Shazers lösningsfokuserade korttidsterapi. Man har goda erfarenheter av familjeterapi med enskilda familjer. Vad som också är viktigt vid familjesamtalen är att föräldrarna kan få hjälp med att sätta rimliga gränser. För barnen handlar det mycket om att få stöd i skolmiljön.

I Sydsvenska Dagbladet den 2 februari 2009 fanns en artikel av Rojer ”När vikten blir viktigare än insidan”. Artikeln berättar om en nyligen gjord och visad film ”Jag ska tacka dig från himlen sen”. Filmen ingår i ett treårigt ungdomsprojekt kallat ”Versus”, som drivs av Överviktigas Riksförbund med pengar från Allmänna Arvsfonden. Filmen propagerar för att visa respekt för människor med övervikt. Insidan är viktigare än utsidan. Ett nationellt nätverk håller på att bildas med ungdomar som blivit mobbade i skolan därför att de är för tjocka. Filmen är gjord av Jan Linell som menar att överviktsproblematiken hos ungdomar är så sårig, skämmig och infekterad. Det var lönlöst att annonsera efter medverkande. Han fick inga svar. Man har gjort undersökningar på överviktiga barn. Där svarade åtta av tio elever att de mådde sämre av kränkningarna än av själva övervikten. För ungdomar är bemötandet det väsentliga. Filmen, som gjordes för att få slut på mobbningen, lyfter fram våldet för att skaka om åskådarna.

Nowicka (2009) beskriver i sin avhandling vikten av att utveckla evidensbaserade behandlingar, både för barnets fysiska och psykiska hälsa. Dessa måste vara anpassade till den moderna sjukvården. Vid en studie, där man använde lågintensiv familjeterapi vid behandlingen av barn och ungdomar med fetma, visades att grad av övervikten minskade samt att barnets självförtroende och familjens funktion förbättrades.

Det finns flera typer av professionella samtalsprogram som kan användas, såsom t.ex familjeterapi, kognitiv terapi och individuell terapi. Psykologiskt baserade verktyg har fått stor betydelse. Inom det systemiska arbetssättet har man börjat använda även andra terapiinriktningar, såsom bl a den psykodynamiska. Inom beteendeterapi anser man att fetma är en ”inlärdd sjukdom” som kan botas genom återinlärning (Stuart, 1967). Vid kognitiv beteendeterapi använder man sig av kognitiva verktyg för att förändra känslor och tankemönster. I de olika programmen finns många likheter såsom gemensamma beteendestrategier, pedagogiska inslag och fokus på att öka motivationen. De effektivaste behandlingsprogrammen är familjeterapi och kognitiv beteendeterapi. Dessa behandlingar har ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt och fokuserar på livsstilsförändringar (Nowicka & Flodmark, 2006). Barnen behöver emellertid förutom samtalsbehandling även ett stort socialt stöd såväl som ett pedagogiskt stöd.

Enligt en litteraturstudie (Assarsson & Røndahl, 2005) om ”Motivation vid förändringsarbete vid övervikt” är övervikten en betydande riskfaktor för dåligt allmänt hälsotillstånd, sjuklighet och dödlighet. När det gäller att påverka hälsotillståndet har motivationen stor betydelse och det är motivationen som styr beteendet. För att förändra sitt liv måste man sätta upp realistiska och uppnåbara mål. Målet är att uppnå förändringar som medför positiva hälsoeffekter. För att kunna ändra sitt beteende måste man också ändra sitt sätt att tänka. För att nå fram till en livsstilsförändring och gå ner i vikt krävs tid, kraft och tålamod. Man måste också ha ett bra stöd.

På Överviktsenheten Region Skåne har man utarbetat en familjeterapimodell ”SOFT” – Standardiserad Obesitas Familjeterapi. SOFT är en behandlingsmodell med syfte att hjälpa barn och ungdomar med fetma i åldern 4-18 år. Metoden har sin grund i familjeterapi och är lösningsfokuserad. Verktöget är det professionella samtalet med en tydligt strukturerad form. Syftet med samtalet är att leda fram till ett förändringsarbete som sker i små steg. Utgångspunkten är att fokusera på barnets och familjens egna resurser vilket leder till att barnets självkänsla stärks. Barnet kan sedan, med stöd från familjen, omgivningen och behandlarna finna sin väg till en hälsosam vikt. Det är viktigt att aldrig skuldbelägga barnet eller föräldrarna utan i stället respektera och belöna de insatser som redan görs. Ödmjukhet och uppmuntran kännetecknar SOFT. Områden som står i fokus i behandlingen är allt från fysisk aktivitet och mat till självkänsla och familjestruktur.

3. Intervjuområden

Efter genomgången av teorin har olika frågor framkommit att ställa till barn med en överviktsproblematik. Frågorna är uppdelade i 10 grupper efter olika teman. Dessa teman bygger på vad som vid teorigenomgången framkommit är viktiga skyddande faktorer. Generella resultat från återhämtningsforskning har anpassats till barn med övervikt. Den första gruppen tar upp frågor som rör viktstabilisering /viktminskning, barnens egna insatser och andras insatser, vad har varit hindrande och vad har varit bidragande för att nå resultat. Den andra gruppen tar upp frågor rörande trygghet och relationer. Vilka personer står barnet närmast; familjen, andra närstående betydelsefulla vuxna och kamrater? Därefter kommer tre grupper som tar upp frågor angående skola, fritid och hälsotillstånd. Här frågar jag om barnets prestationer i skolan, om fritidsintressen och om hälsa, koncentration och tålamod. Vidare teman som tas upp behandlar social kompetens såsom anpassningsförmåga, stöd och hjälp till andra samt sociala relationer med frågor om uppfostran, relation till föräldrarna, kamratrelationer och mobbning. Nästföljande kapitel rör självkänsla och självbild, där barnen får svara på om de ofta är rädda eller ängsliga, känner skuld känslor, känner sig ensamma och om de är rädda att göra fel. Det sista kapitlet handlar om framtiden, framtidsplaner och önskningar om förändringar i framtiden. Barnen har också fått fylla i Antonovskys självskattningsformulär, Kasam-13.

De anställda på Överviktsenheten har fått svara på frågor om hur de tror att barnens situation ser ut. Vad är det som gör att vissa barn har klarat av att gå ner i vikt och/eller hålla en viktstabilitet. Vilka salutogena faktorer hos barnen påverkar möjligheten att klara av detta? Vad är det som skiljer de barn som klarar av att gå ner i vikt eller hålla vikten och de barn som inte klarar det? Jag har också frågat de anställda om orsakerna till att det varit så svårt att rekrytera barn till studien, dels från Överviktsenheten och dels från Skolhälsovården.

4. Metod

4.1. Metodval

Jag har valt att göra en kvalitativ studie som enligt (Malterud 1998) är en metod för beskrivning och analys av karaktärsdrag och egenskaper (kvaliteter) hos de fenomen som ska studeras. Det skulle ha varit möjligt att få svar på mina frågor via en enkät men jag ville få en djupare insikt och förståelse av barnens situation och deras olika sätt att lösa sina problem. Det som eftersträvas är en beskrivning av den vardag barnen lever i. I en kvalitativ studie kan svarens betydelse förstås i ett vidare sammanhang. Validering ska klarlägga vilken giltighet vår kunskap har. Genom att ideligen upprepa barnens svar, för att förvissa mig om att jag hade förstått dem rätt, har jag regelbundet kontrollerat min egen uppfattning och metodens validitet (Malterud 1998).

Jag har använt mig av en deduktiv ansats, från det generella mot det specifika, där man använder kunskap från en allmän nivå för att förklara något i det enskilda fallet. Jag har tagit utgångspunkt i allmänna teorier och studier och går in i materialet uppifrån och neråt för att finna svar. I en deduktiv ansats används kvalitativa data, vilka ska leda fram till nya beskrivningar via en teoristyrd analys (Malterud, 1998).

Min avsikt är att se om empirin överensstämmer med teorin. Jag har naturligtvis haft en viss förförståelse gällande hur salutogena faktorer påverkar möjligheten för mina respondenter att klara av en viktstabilitet eller viktnedgång. Litteraturen och tidigare studier har gett mig en förförståelse om att olika salutogena faktorer påverkar så att man bättre kan hantera svåra situationer i livet. Malterud (1998) skriver att förförståelse, är det vi bär med oss och som under hela forskningsprocessen påverkar oss, hur vi samlar in data och vad vi gör med detta material. Förförståelsen kan vara positiv genom att uppmuntra och motivera forskaren.

Intervjuerna med barnen har gjorts med hjälp av en semistrukturerad intervju med ett frågeformulär som jag följde och hade som stöd. Respondenterna gavs emellertid möjlighet att utveckla sina svar på frågorna genom att jag ställde följdfrågor. Efter själva intervjun ombads respondenterna att även besvara Antonovskys självskattningsformulär Kasam-13.

Intervjuerna med de två anställda på Överviktsenheten gjordes också med hjälp av en semi-strukturerad intervju med ett frågeformulär som stöd. Även här gavs respondenterna möjlighet att utveckla svaren på frågorna genom att jag ställde följdfrågor.

Min upplevelse var att barnen svarade mycket rakt och ärligt på mina frågor. När de var tveksamma kunde jag få både ett eller flera olika svar på en fråga. Jag hade innan intervjuerna funderat över risken att barnen kanske skulle svara på ett sådant sätt så att de skulle framstå i god dager. Att i stället låta barnen svara på en enkät kanske hade minimerat denna risk. Men det kan också i stället ha varit så att barnen var mer uppmärksamma och bemödade sig extra mycket att besvara mina frågor korrekt när vi träffades i en intervju.

Mitt syfte med studien är att se om och i så fall vilka salutogena faktorer som har inverkan på överviktiga barns möjligheter till viktstabilitet och/eller viktnedgång. Vilka olika copingstrategier har barnen för att klara av sin situation? Frågorna är sammanställda på ett sätt som ska vara relevant för detta syfte.

Det är ifrån barnen kunskapen kommer i denna studie och i dessa intervjuer. Därmed är det barnen som bestämmer denna kunskaps räckvidd i tid och rum (Malterud, 1998).

4.2. Urval av respondenter

I detta kapitel beskrivs urvalet mer utförligt då det i sig är en indikator för att gruppen överviktiga barn befinner sig i en utsatt situation. Jag återkommer till detta nedan under rubriken ”diskussion”.

Jag sökte efter en grupp barn som befann sig i en svår situation men som ändå lyckats göra vissa framsteg. Till en början var jag intresserad av barn med en svår och/eller obotlig sjukdom. Vid närmare eftertanke kändes detta av olika anledningar svårt. Både problemet och målgruppen var diffus. Förutom alla känslomässiga hänsyn till barnen och deras föräldrar skulle det vara problematiskt att genomföra dessa intervjuer. Till slut föll mitt val på att undersöka gruppen ”överviktiga barn”. Detta var en bestämd och klar problemgrupp att studera. Framgångar kunde lätt mätas. Min uppfattning till en början var att ämnet överviktiga barn inte var så svårt och känsligt att prata om som med ett barn med en svår och/eller obotlig sjukdom. Jag blev emellertid snart varse att denna målgrupp inte heller var lätt att närma sig.

Mitt första steg var att kontakta överläkare Carl-Eric Flodmark på Överviktsenheten, Barnkliniken, UMAS. Han var i sin tur tvungen att ta upp detta ärende med sin personal på ett "veckomöte" för att få allas samtycke till min studie och mina intervjuer. Inte minst med tanke på sekretessfrågor var det viktigt att alla var informerade och samtyckte. Efter att personalen på Överviktsenheten samtyckt till min studie, blev jag kontaktad av Carl-Erik Flodmark och tilldelad en grupp barn, vilka under sommaren 2007 hade varit på ett läger tillsammans. Gruppen bestod av 23 barn. Jag vet inte vilka kriterier man hade gått efter för att sätta ihop denna grupp. Till min hjälp och assistans på Överviktsenheten hade jag en dietist och en barnsjuksköterska. Ett "Informationsbrev" och en "Intresseanmälan", sattes ihop och skickades ut till de 23 barnen. På grund av sekretessen fick jag aldrig ta del av några uppgifter angående barnen i detta skede. Frankerade kuvert med min adress lämnades till Överviktsenheten, där de ombesörjde att breven skickades ut. Efter två månaders väntan hade jag inte fått ett enda svar. Mina kontaktpersoner på Överviktsenheten var inte lika förvånade som jag att ingen hade svarat. De var vid detta laget ganska vana vid att ingen eller endast några svarade på deras utskick.

Kontakt togs åter med mina kontaktpersoner på Överviktsenheten för att få råd om vad vi kunde göra nu. Rådet jag fick var att vända mig till Skolhälsovården för att försöka rekrytera några intresserade barn via dem. Jag fick kontakt med en av skolläkarna, som lovade ta upp detta ärende med skolhälsovårdspersonal i Malmö. Efter ca ½ års kontakt, många skickade mail och många telefonsamtal hade jag fortfarande inte fått något svar eller något barn härifrån som var intresserat av att vara med i min studie.

Jag har haft fortlöpande kontakt med Överviktsenheten på Barnkliniken. Lång tid hade nu gått sedan vi startade och skickade ut breven. Då chansen att några barn skulle svara på ett andra utskick av brev var väldigt liten, bestämde vi oss för ett annat tillvägagångssätt. Dietisten och barnsjuksköterskan lovade att försöka värva intresserade barn, till min studie, när barnen var på besök på Överviktsenheten. Efter några veckor hade fyra barn svarat ja till att vara med i studien. Vid besöket fick de mitt "Informationsbrev" och fick fylla i "Intresseanmälan". Denna skickades därefter till mig och jag kunde börja ta kontakt med barnen och bestämma en tid för ett sammanträffande. Strax innan intervjun hoppade ett av barnen av.

Då jag inte fick kontakt med något barn via skolläkaren bestämde jag mig för att göra ett sista desperat försök att få tag i några ytterligare barn från Skolhälsovården, som var intresserade

av att vara med i min studie. Jag ringde runt till ett tjugotal skolsköterskor i Malmö och informerade om min studie samt skickade via mail mitt "Informationsbrev" och "Intresseanmälan" och bad dem återkomma till mig. Flera av dem var till en början intresserade och skulle försöka rekrytera något eller några överviktiga barn från respektive skola. Några av dem svarade efter några dagar, men beskedet var nedslående. Det skulle bli väldigt svårt att ställa dessa barn inför ytterligare påfrestningar. Barnen hade det jobbigt nog ändå. En del av dessa överviktiga barn träffade redan skolsköterskan och/eller skolsjukgymnasten med jämna mellanrum och ytterligare kontakter skulle bara göra situationen värre för dessa barn. Resultatet av detta försök blev 0. Ingen av skolsköterskorna kunde hjälpa mig utan gav mig i stället rådet att åter vända mig till skolläkaren.

Mycket tid och kraft har lagts ner på att försöka få tag i ytterligare respondenter till min studie, men det har varit omöjligt. Detta har varit en intressant grupp att studera och intervjua. Kanske jag ändå hade valt en annan grupp om jag innan hade vetat hur svårt det skulle bli att få tag i respondenter till studien.

Studien innefattar endast tre barn som jag träffat och intervjuat, så naturligtvis är urvalet av mina respondenter inte representativt. Något urval har inte gjorts utan jag har intervjuat de barn jag har haft tillgång till. På grund av det låga antalet respondenter ombads även två av mina tre kontaktpersoner på Överviktsenheten, Lena Schultz och Paulina Nowicka att delta i studien.

4.3. Intervjuerna

Intervjuerna med barnen genomfördes på Barnkliniken (Intervjuguide se bilaga). Vid intervjuerna var respondenternas mödrar med under samtalet, vilket från min sida endast upplevdes som positivt. Jag började alltid intervjuerna med att fråga respondenten om han eller hon ville att mamman skulle vara med vid intervjun. Varje intervju tog ca 2 timmar. Intervjuerna, som bestod av 55 frågor uppdelade i 10 olika kategorier, började med en presentation av mig och min studie samt om intervjuens upplägg. Jag hade mina frågor som stöd men barnen gavs hela tiden möjlighet att utveckla sina svar och följdfrågor ställdes hela tiden. Ibland kompletterade modern med något eller så ställde även hon en följdfråga. Barnen fick all den tid de behövde för att svara på frågorna och utveckla sina svar. Ibland kunde det vara svårt för barnen att förstå vad jag menade med en fråga. Frågan förklarades och beskrevs då på ett annat sätt.

Intervjuerna med de två anställda på Överviktsenheten genomfördes på enheten. Varje intervju tog ca 1 ½ timme och bestod av sju frågor. Samtalen spelades in på band och har därefter skrivits ner.

4.4. Bearbetning av intervjusvaren

Intervjuguiden till barnen består av 55 frågor och är grupperat i tio olika kategorier. Då jag endast har tre respondenter har det varit möjligt att få en överblick över resultatet och kunna bearbeta detta utan någon hjälp av datorer. Under rubriken "Intervjuredovisning" redovisas mer ingående för hur respondenterna svarat på de olika frågorna. Här har jag utgått från de tio olika kategorierna men i "Intervjuredovisningen" omarbetat dessa till sex kategorier. Under varje kategori/rubrik redogörs för respondenternas svar på de olika frågorna. Jag har gått igenom självskattningsformulären Kasam-13 och fått ett medelvärde på varje barn. Dessa resultat redogör också för under rubriken "Intervjuredovisning".

Intervjuguiden till de anställda består av sju frågor. Under rubriken "Intervjuredovisning" har mer ingående redovisats hur respondenterna svarat på de olika frågorna.

Under bearbetningen av materialet har litteraturen och de olika teorierna från tidigare evidensbaserade studier funnits som grund då syftet med min studie är att se om resultaten från intervjuerna, empirin, stämmer överens med teorin.

5. Etiska överväganden

Min studie följer de etiska regler som har antagits vid Lunds Universitet, psykologiska institutionen (Andershed & Andershed, 2004). Mina respondenter och deras vårdnadshavare har genom ett informationsbrev fått information om studiens innehåll och vad den ska användas till. De har informerats om att deltagandet i studien är helt frivilligt och att de när som helst kan välja att hoppa av. Genom att fylla i och skriva under "Intresseanmälan" har vårdnadshavaren och respondenten samtyckt till medverkan i studien. Allt material; band, utskrifter och formulär har under tiden förvarats på ett sådant sätt att obehöriga ej kunnat ta del av detta material. Barnen har garanterats att inte kunna bli igenkända. Respondenterna och deras vårdnadshavare har också fått information om var studien kommer att publiceras.

6. Resultat

6.1. Intervjuredovisning av barnen

Under denna rubrik presenteras resultat från intervjuer med barn från Barnöverviktsenheten. Resultaten från frågorna i intervjuguiden presenteras utifrån olika kategoriindelningar. Intervjuguiden består av 55 frågor uppdelade i 10 kategorier. Jag har här valt att presentera resultaten av intervjusvaren i sex olika kategorier. Under varje kategori redogör jag för hur barnen svarat.

Först en kort presentation av barnen: Barnen är 12, 13 och 14 år gamla. Det är två pojkar och en flicka. De har alla ett stort stöd i sina föräldrar. Föräldrarna visar ett stort engagemang i sina barn och hjälper och stöttar barnen i vardagen. En av familjerna bor i Malmö och de andra två familjerna bor i mindre samhällen, någon och några mil utanför Malmö. Alla barnen har ett eller flera syskon samt ett par eller flera kompisar. De klarar sig ganska bra i skolan och har någon eller några fritidssysselsättningar.

Viktiga faktorer för att nå målen viktninskning/viktstabilitet

Den första kategorin tar upp frågor om hur barnen klarat av att nå en viktninskning/viktstabilitet. Vilka faktorer har varit de viktigaste för att nå dessa mål. Vad har andra gjort för att hjälpa till med att nå dessa mål. Barnen svarar att de för det första har ändrat sin kost och börjat motionera mera. De är alla numera med i gymnastiken, vilket tidigare varit problematiskt för dem. Ett av barnen hade aldrig varit med på gymnastiken förrän nu för något år sedan. Orsaken till att hon nu deltog i gymnastiken var att hon hade blivit mer accepterad av sina kamrater, att de pratade mer med henne och uppmuntrade henne att vara med på gymnastiken. Ett annat av barnen bestämde sig bara för att nu skulle han vara med på gymnastiken. Han har en bra lärare och de har gemensamt bestämt att han får sätta sig ner och vila när han inte orkar mer. Vad som gör att det är så svårt för de överviktiga barnen att delta i gymnastiken är bl a att de skäms för hur de ser ut, tycker att de är tjocka och fula. En annan viktig orsak är att de är tjocka och klumpiga och både har svårt att orka och har svårt för att utföra de olika momenten på gymnastiken samt att det ibland t o m kan vara riskfyllt. Barnen har fått hjälp och stöd av familj, klasskamrater och vänner. Alla tycker att de har fått den hjälp de har behövt och att de har känt sig förstådda. Barnöverviktsenheten har varit en viktig och positiv kontakt för alla och hos två av barnen har även skolsköterskan haft

en viktig roll. Alla tre barnen tycker att det som har varit svårt har varit att inte få äta så mycket och att inte få äta godsaker. Ett av barnen svarar att det varit svårt att förändra livet, att ändra livsstil.

Trygghet och sociala relationer

Den andra kategorin behandlar frågor om trygghet och sociala relationer. Här har barnen fått svara på frågor om vilka som står dem närmast samt om det finns andra viktiga vuxna utöver föräldrarna. De har också fått svara på frågor om uppfostran, kamratrelationer och mobbning samt vem de går till när de behöver tröst och hjälp. Alla tre svarar att föräldrar, kompisar och syskon står dem närmast. Två av barnen har en mormor som står dem nära och ett av barnen har en kusin till mamman som står henne nära. När det gäller andra vuxna nära personer svarar ett av barnen att han har en tidigare lärare som betyder mycket för honom. De har fortfarande kontakt på MSN. Två av barnen har eller har haft god kontakt med skolsköterskan. Den tredje har ingen sådan kontakt. Alla tre har ett par eller flera goda kompisar och tycker att de har bra kamratrelationer. Föräldrarna lyssnar på barnen men det är lite olika om det är föräldrarnas eller barnets åsikt som gäller. De säger sig alla ha fått en bra uppfostran, inte alltför sträng. Alla tre får beröm när de gjort något som är bra. De får bra stöd och känner sig accepterade och omtänkta. Inget av barnen är idag utsatta för mobbning men två av dem har tidigare blivit retade. Alla tre går till mamma och pappa när de är ledsna och söker tröst. En kan gå till skolsköterskan och en till en lärare om det händer något i skolan. Alla tre får stöd och kraft av föräldrarna när de kämpar med övervikten. Två av dem tycker också att de får stöd och hjälp på Överviktsenheten.

Hälsa och social kompetens

Den tredje kategorin tar upp frågor om hälsa och social kompetens. Här ställs frågor om barnen oroar sig över sin hälsa, om fysisk aktivitet, om förmågan att koncentrera sig samt förmågan att anpassa sig till olika situationer. Inget av barnen oroar sig för sin hälsa. Två av barnen är inte så aktiva, den tredje svarar att han är ganska aktiv. Ett av barnen kan koncentrera sig bra, en kan inte koncentrera sig alls och den tredje kan koncentrera sig ibland. Inget av barnen har bra tålamod. Två av barnen har lätt för att anpassa sig till olika situationer. Den tredje kan ha svårt för att anpassa sig när det är helt nya situationer. På frågan om de kan vara till stöd och hjälp för andra svarar två att de kan det, den tredje svarar ibland. De som ber om hjälp är kompisar, föräldrar och syskon. Kompisar ber om hjälp med att fixa någonting eller hjälp med relationer till det motsatta könet.

Skolgång och fritidsaktiviteter

Under den fjärde kategorin behandlas frågor om barnens skolgång och fritidsaktiviteter. Här får barnen svara på hur det går i skolan och hur deras prestationer ser ut. De får också beskriva sina fritidsintressen. Ett av barnen svarar att det går bra i skolan, en att det går ganska bra och en svarar att det går så där. Ett av barnen tycker att det är roligt i skolan medan två tycker att en del är roligt och en del tråkigt. När det gäller prestationer i skolan är två av barnen inte helt nöjda. På frågan om de är speciellt duktiga i några ämnen svarar alla att de är duktiga i två eller flera ämnen. Ett av barnen behöver inte kämpa för att klara skolan, de andra två får kämpa. Alla barnen har fritidsintressen, något eller flera stycken. Två av barnen svarar att de är duktiga i åtminstone en fritidsaktivitet. Den tredje är inte duktig i något.

Självkänsla och självbild

Under den femte kategorin behandlas frågor om självkänsla och självbild. Här får barnen bl.a. svara på frågor om de känner sig rädda, har skuldkänslor och hopplöshetskänslor, om de är rädda för att göra fel, känner sig ensamma samt vad de har för bild av sig själva. Två av barnen kan ibland känna sig oroliga eller rädda. Den tredje känner sig aldrig rädd eller ängslig. Två kan känna skuldkänslor ibland, en kan känna det rätt ofta. Alla tre kan ibland känna hopplöshetskänslor. Två av barnen är för det mesta glada. Den tredje är glad ibland och ledsen ibland. Alla tre kan bli arga ibland men kan tygla sina känslor. Två svarar att de är ganska försiktiga, en kan vara lite dumdristig då och då. Två av barnen kan vara blyga ibland. Alla tre är rädda för att göra fel. Inget av barnen känner sig ensam, åtminstone inte så ofta. Alla tre beskriver sig som glada, pålitliga, omtänksamma och hjälpsamma. Ett av barnen känner sig som en lyckad person, två känner sig ibland lyckade och ibland tvärtom.

Framtiden – planer, önskningar

Den sjätte kategorin tar upp frågor om framtiden. Här har barnen fått svara på frågor om hur de ser på framtiden, framtidsplaner, önskningar och önskade förändringar. Två av barnen ser ganska ljust på framtiden, en tycker att framtiden är både ljus och mörk. Alla har olika framtidsplaner vad gäller yrkesval. Ett av barnen önskar att gå ner i vikt, en vill flytta till London och en hoppas att allt ska bli bra. Framtida förändringar är att bli bättre i skolan, att gå ner i vikt och komma i snygga kläder. En har inga önskningar om framtida förändringar. Vad som behövs för dessa förändringar är att jobba med skolarbetet, att träna och att fortsätta

kämpa. Två av barnen tycker inte att det finns något hinder. Den tredje tycker att det skulle vara ett hinder om skolarbetet gick dåligt.

Barnen har också svarat på Antonovskys självskattningsformulär, Kasam 13. Resultaten från dessa är att barnen ligger inom medelvärde för barn i motsvarande ålder (Hansson & Cederblad, 1995).

6.2. Intervjuredovisning av anställda

Under denna rubrik presenteras de anställdas perspektiv på barnens viktproblematik. De anställda har fått svara på sju olika frågor. Nedan redovisas svaren på dessa frågor.

Vad beror det på att vissa barn klarar en viktminskning/viktstabilitet och vissa inte?

Den första frågan handlar om vad det kan bero på att vissa av dessa barn klarar av att gå ner i vikt eller att hålla sin vikt, och vissa inte klarar det. Svaret är att man inte riktigt vet, man kan inte finna några signifikanta samband. Vad gäller grad av övervikt och självkänsla finns inga samband alls. I en studie med en grupp på 70 barn, där en del till en början hade högre och en del lägre självkänsla, var det ingen skillnad på resultat av vikten efter behandling. Alla barnen hade ändrat kost och aktivitet men sedan var det väldigt individuellt. Mycket handlar om ”common factors”, gemensamma faktorer hos barnen. Det gäller att hitta rätt tillfälle då de känner att ”nu vill jag göra någonting åt detta”. I mötet med enheten har kanske en del blivit lite annorlunda. Motivationen är viktig både hos barnet och familjen. På Överviktsenheten får de stöd och hjälp. Detta är livsstilsförändringar som tar tid och det måste få ta tid. Det passar inte alla. Erfarenheten visar att familjerna är glada och stolta när de går ifrån ett möte här. Det behövs mer forskning för att få veta vad det är familjen uppfattar som värdefullt på enheten, vad som har varit till nytta för dem?

Hur ser situationen ut hos de barn som inte klarar av att gå ner i vikt?

Under den andra frågan får de anställda beskriva hur de tror att situationen ser ut omkring de barn som inte klarar av att gå ner i vikt eller att hålla sin vikt. Båda menar att det viktiga är att det är ”rätt tid”, timing. Ibland har barnen mycket omkring sig och ibland spökar puberteten så mycket att det blir en sak för mycket. Om man lyckas eller ej beror på inter- och intrapersonella faktorer. Det händer mycket runt omkring barnen. Barnen måste vara i rätt fas i livet annars orkar de inte med. Det behöver inte vara stora saker som gör att de inte klarar av

sin situation. Att gå ner i vikt eller att hålla vikten stabil tar lång tid och är jobbigt. Det kan också vara så att någon annan familjemedlem inte är i rätt fas i livet. Alla måste hjälpas åt. Familjerna är duktiga på allt om diet och aktiviteter men det är den extra kraften och motivationen man behöver hitta. Barnen måste känna när det är dags, att nu vill jag. De barn som klarar detta sämre tillhör ofta en lägre socialgrupp och har det sämre ekonomiskt och socialt. I dessa familjer har man ofta svårt att hitta den extra kraften och motivationen. Dessa familjer har ett sämre utgångsläge vad gäller social standard, ekonomi och utbildning.

Vilka är de viktigaste faktorerna för att hjälpa överviktiga barn?

Den tredje frågan tar upp vilka faktorer som är viktiga för att hjälpa de överviktiga barnen i sin situation. På denna fråga svarar de anställda att det som hjälper är om barnen och föräldrarna har en dialog kring ämnet, att de samarbetar. Viktigt att också föräldrarna sinsemellan samarbetar, att alla går åt samma håll. Det är också viktigt att man stöttar varandra och tänker positivt framåt. Framför allt är det viktigt att föräldrarna stöttar barnen, hjälper barnen på barnens egna villkor. Överviktsenheten befrämjar och inspirerar till dialogen. Det är emellertid inte alla familjer som klarar av de höga kraven. Det som betyder mest är var barnen befinner sig i livet just nu och vilken kraft de har. Det är viktigt att föräldrarna är starka i sin föräldraroll och att de får stöttning i detta och att barnen får stöttning i sitt. Bemötandet är viktigt och att möta barnen där de är. På enheten stödjer man föräldrarna och tar vara på familjens resurser, bekräftar dem och avlastar dem från skuldfrågan. Man ger familjen extra kraft och energi att göra vad de redan gör. Man satsar på små förändringar och försöker vidmakthålla dessa. I relationen med enheten stärks relationen i familjen.

Har de barn som klarar en viktminskning/viktstabilitet salutogena faktorer som hjälper dem och vilka är i så fall dessa?

Under den fjärde frågan diskuteras frågan om de barn som klarar en viktminskning/viktstabilisering har salutogena faktorer som hjälper dem att klara sin situation och vilka dessa faktorer i så fall är. Svaret från de anställda är att det är en kombination av biologi och miljö. Kanske det ligger rätt i barnens utveckling. De har antagligen mycket stöd i sin omgivning, systemets betydelse, familjen och signifikanta andra, någon vuxen som ser dem. Dessa barn har nog många salutogena faktorer, man måste nog ha lite av varje för att orka. Nätverket runt omkring barnen är väldigt viktigt för att få stöttning, ett utvidgat system med nära och kära. Viktigt att man tar barnen på allvar och lyssnar på dem. Det är viktigt vad barnen känner och

tänker och att man stöttar dem i det. Alla faktorer spelar in och allt måste klaffa. Det är inte uttalat att de barn som klarar detta har ett högt Kasam. Även barn som inte klarar av sina viktproblem kan ha ett högt Kasam.

Har dessa barn med en viktproblematik stöd från sin familj?

Den femte frågan svarar på om dessa barn med en viktproblematik har stöd från sin familj. De anställdas uppfattning är att det ofta är så att familjeklimatet förbättras när de har kontakt med överviktsenheten. Dessa barn är inte annorlunda än andra barn. Här finns alla sorters familjer och de kommer från alla stadsdelar. Här finns också barn som har ett dåligt stöd i hemmet. Barnen kan inremitteras från skolhälsovården för att de inte gör någonting åt sin situation men när de kommer till överviktsenheten kan man se att de faktiskt gör väldigt mycket, men ingen har sett det på det här sättet. Fetma är genetiskt, barnen har ärvt en känslighet för kalorier. Barnen blir inte feta för att de har dåligt stöd i familjen. Denna allergi, känslighet, mot kalorier blir markant när miljön förändras. Ökade stressnivåer i familjen leder till en viss ökad fetma hos barnen. Det ger en ökad belastning. Den viktigaste orsaken till fetma är emellertid att barnen har en dålig ärftlighet. Bättre stöd från familjen ger emellertid ett bra resultat. Orsaken till fetma och diabetes är inte dåligt stöd i hemmet. Lösningen kan vara ett bra stöd hemifrån och från sitt nätverk. Familjen är viktig i behandlingen men inte för utbrottet av fetman.

Bortfall – Svårigheter att rekrytera överviktiga barn till olika studier och projekt

Den sjätte frågan belyser problemet varför det är så svårt att rekrytera överviktiga barn till en studie / intervju. Båda svarar att det alltid är svårt att få dessa barn till olika projekt, det är alltid ett stort bortfall. Fetman är en svår diagnos. Det är inget man vill skylta med, ingen statusdiagnos. En del barn tycker överviktsproblematiken är svår att tala om, andra är helt obekymrade. Det handlar också mycket om vilken socialgrupp man tillhör. Lägre socialgrupper är överrepresenterade här. De har svårare att förstå information och mindre kraft att klara av sina problem. En del är invandrarfamiljer och de har ofta svårt att förstå information. Föräldrarna kanske blev rädda för att de inte visste vad detta handlade om. Detta är ett abstrakt ämne att prata om, känsla av sammanhang. Det kan vara långt ifrån barnens och föräldrarnas verklighet. En annan orsak kan vara att barn är väldigt upptagna, att de inte ville ta sig tid till att vara med i en studie. Ytterligare en orsak till att så få barn har deltagit i studien kan vara att man på Överviktsenheten inte har kunnat hjälpa mig så mycket som man skulle ha gjort, att presentera och förbereda denna studie. Alla på enheten har varit mycket

upptagna. Det har också varit stora förändringar på enheten varför man inte har kunnat avdela någon till denna studie.

Svårigheter att rekrytera barn från Skolhälsovården – vad beror de på?

Den sjunde frågan handlar om vad det kan bero på att Skolhälsovården inte kunnat hjälpa till med att rekrytera barn till denna studie. Bådas förklaring är att skolsköterskor har en enormt hög arbetsbelastning. De har ett alldeles för stort elevunderlag och är överbelastade i sitt arbete. Skolsköterskorna får ta hand om alla slags bekymmer och frågor. Detta skulle bara bli ett merarbete. Skolsköterskorna är också väldigt ensamma i sitt arbete. Sekretessfrågorna är också ett stort problem. Överviktiga barn är alltid en svår patientgrupp. Dessutom är det så att fetma inte är någon akut eller viktig fråga. Den frågan kan vänta. Överviktsenheten har vid många tillfällen kallat till olika arrangemang och studier. Det har alltid varit så att ingen eller bara några från Skolhälsovården svarat.

7. Diskussion

Först en kommentar kring svårigheterna att rekrytera barn till studien då det i sig är en indikator för att gruppen överviktiga barn befinner sig i en utsatt situation. På Överviktsenheten säger man att det under alla år har varit svårt att rekrytera barn till deltagande i olika projekt och studier. Det har alltid varit ett stort bortfall. Det handlar bl a om vilken social-grupp familjerna tillhör. Lägre socialgrupper, vilka, enligt personalen som medverkat i studien, är överrepresenterade här, har svårare att förstå information och mindre kraft att klara av överviktsproblematiken. En del är invandrarfamiljer, vilka ofta har svårt att förstå information. En annan orsak kan vara att ”känsla av sammanhang” är ett svårbegripligt och abstrakt ämne att prata om, Det kan vara långt ifrån både barnens och de vuxnas verklighet. Ytterligare en orsak kan vara att en del barn tycker att överviktsproblematiken är svår att prata om. Fetman är en svår diagnos. Det är inget man vill skylta med, ingen statusdiagnos. Här knyter jag an till artikeln i SDS (2009), där författaren skriver att överviktsproblematiken hos ungdomar är så sårig, skämmig och infekterad.

Även från skolhälsovården har det varit svårt att rekrytera barn. Mina kontaktpersoner på Överviktsenheten fick frågan vad de tror att detta beror på. Deras svar var att det först och främst beror på att skolsköterskorna är så arbetsbelastade och inte kan eller vågar ta på sig

mer arbete. De är rädda för allt merarbete detta skulle medföra. Dessutom tillkommer alla svårigheter med sekretessfrågor. Ovanstående bekräftas i studien (2009), där Berg och Larsson beskriver ”distriktssköterskans hälsofrämjande arbete mot övervikt och fetma inom barn- och skolhälsovården”.

I skolorna har man på senare tid varit tvungna att införa ett mer salutogent tänkande i sitt arbetssätt. Man har gått ifrån misstro och skuldbeläggande för att i stället kommunicera på ett nytt sätt för att kunna nå dagens barn och föräldrar med hälsoråd. Kommunikationen var tidigare enkelriktad i form av anvisningar. Efterhand har man i stället fått upp ögonen för betydelsen av information och råd (Nowicka & Flodmark, 2006)

Barnen i min studie berättade att det som var svårast var skolsituationen och då främst gymnastiklektionerna. Ett av barnen hade aldrig varit med på gymnastiken förrän nu för något år sedan. Orsaken till att hon nu deltog i gymnastiken var att hon hade blivit mer accepterad av sina kamrater och att de nu uppmuntrade henne att vara med på gymnastiken. Ett annat av barnen bestämde sig bara för att han nu skulle vara med på gymnastiken. Vad som gör att det är så svårt för de överviktiga barnen att delta i gymnastiken är bl a att de skäms för hur de ser ut, tycker att de är tjocka och fula. En annan viktig orsak är att de är tjocka och klumpiga och har svårt för att utföra de olika momenten på gymnastiken samt att det ibland t o m kan vara riskfyllt.

De anställda på Överviktsenheten tror att bemötandet hos personalen och motivationen hos både barn och föräldrar är två viktiga faktorer för att barnen ska lyckas gå ner i vikt. För att uppnå ett lyckat resultat måste det ligga rätt i tiden för både barnet och den övriga familjen. Det är viktigt vad barnen känner och tänker och att man stöttar dem i det. Alla faktorer spelar in och allt måste klaffa. Studier har visat att ökade stressnivåer i familjen leder till en viss ökad fetma hos barnen (Koch, 2009). Det är inte uttalat att de barn som klarar viktnedskning/viktstabilisering har ett högt Kasam. Även barn som inte klarar av sina viktproblem kan ha ett högt Kasam. Barnen i denna studie beskrev också att motivationen var mycket viktig. När den ibland inte fanns så orkade de inte kämpa. I de olika behandlingsprogrammen som finns fokuserar man på att öka motivationen. Här kan man dra paralleller med en litteraturstudie (Assarsson & Røndahl, 2005) om ”Motivation vid förändringsarbete vid övervikt”. När det gäller att påverka hälsotillståndet har motivationen stor betydelse och det är motivationen som

styr beteendet. För att nå fram till en livsstilsförändring och gå ner i vikt krävs också tid, kraft och tålamod.

På Överviktsenheten på UMAS arbetar man med hela familjen. Utgångspunkten är att fokusera på barnets och familjens egna resurser vilket leder till att barnets motivation och självkänsla stärks. Man respekterar och belönar i stället för att skuldbelägga. Barnen i denna studie var mycket positiva till den hjälp de får på Överviktsenheten. Även mammorna till barnen talade mycket om hur bra det varit för dem att få stöd i att sätta gränser och hjälp med kosten. Walch (1998) skriver om social gemenskap och anknytning, hur viktigt det är för återhämtning och förmågan att hantera svåra problem och kriser. Här kan man dra paralleller med barnen från min studie, vilka alla hade en stark familjeanknytning och ett socialt nätverk omkring sig. I USA har Epstein visat att föräldrarnas medverkan har stor betydelse. När föräldrarna inte fanns närvarande uteblev effekten (Epstein, et al.1990). Barnen i denna studie berättade om hur viktigt det var att föräldrarna var med dem och stöttade dem hela tiden. Detta kan även kopplas till en artikel i Omvårdnadsmagasinet 1/09 där Mériaux (2009) skriver att ”Överviktiga barn själva vet vad de behöver för att gå ner i vikt”. Barnen ville vara mer med i familjens gemenskap och få göra mer tillsammans med sina föräldrar. Familjen och föräldrarna var det viktigaste.

Studier har visat att överviktiga barn inte har sämre självkänsla än normalviktiga (Nowicka & Flodmark, 2006). Det stämmer väl överens med mina erfarenheter. När jag intervjuat barnen har jag i stället blivit förvånad över hur vuxna och kloka de varit. De har distans till sina problem och har en hel del kunskap om vad övervikt innebär. Det verkar som om barnen vuxit med sina problem. De har varit tvungna att ta ställning till många frågor som andra barn inte behöver. Det verkade som att de, efter en svår period, hade kommit fram till ett beslut och ett mål, att de ska klara av att hålla sin vikt stabil. Detta bekräftas av Elders analys, ”Children of the Great Depression”, som Cederblad (2003) hänvisar till.

Överviktiga barn har varit en spännande grupp att undersöka. Jag hade till en början ingen uppfattning om hur utsatta och sårbara dessa barn var.

8. Slutsatser

Min avsikt med studien var att se om empirin överensstämmer med teorin. Stämmer svaren från mina intervjuer med vad tidigare studier säger om salutogena faktorerers inverkan på möjligheten att klara av svåra situationer? Jag har naturligtvis haft en viss förförståelse gällande hur salutogena faktorer påverkar möjligheten för mina respondenter att klara av en viktstabilitet / viktnedgång. I litteraturen och från tidigare evidensbaserade studier talas om att skyddsfaktorer har stor inverkan när det gäller att klara av svåra situationer. Den som har olika skyddsfaktorer och copingstrategier kan på ett bättre sätt hantera sina svårigheter.

De resultat jag fått från studien stämmer väl överens med tidigare forskning inom området. Resultaten från intervjuerna visar på att barnen har många salutogena faktorer som inverkar på deras möjligheter att klara av att hålla en viktstabilitet. Självskattningsformuläret visade också på en nivå på Kasam som överensstämmer med medelvärdet för barn i motsvarande ålder. Barnen i min studie har på många sätt visat att de har ett salutogent tänkande i sitt arbetssätt. De har alla mål som de strävar mot och använder sig av sina kunskaper och erfarenheter som befrämjar dessa mål. Till sin hjälp har de en stöttande familj, andra vuxna nära relationer, vänner, lärare, skolsköterskor etc. Skolarbetet går ganska bra för barnen och de har alla både intressen och fritidssysselsättningar.

Med det lilla antalet barn jag haft i min studie kan man naturligtvis inte dra några slutsatser. Det enda man kan säga är att barnens svar på frågorna stämmer väl överens med tidigare studier. Dessa barn klarar av att hantera problemet övervikt. De besitter alla en mångfald salutogena faktorer. Även om de tycker att övervikten är ett stort problem för dem så kan de i alla fall hantera detta.

Fetma är en svår diagnos som innehåller mycket skam. Många överviktiga barn skäms så över sin fetma att de inte vill tala med någon om det. Med tanke på detta måste jag beundra de tre barn som ställde upp, kom till min intervju och svarade på alla dessa frågor.

9. Begränsningar

Arbetets begränsningar handlar om att det varit ett litet antal barn. En anledning till detta är att barnen varit svåra att nå, vilket bl a kan ha sin förklaring i att dessa barn inte vill träda fram. Detta bortfall har gjort att materialet är svårbedömt. Det är svårt att veta om svaren från dessa barn, som varit med i studien, är representativa eller om de snarare får ses som ett nerslag med exempel på hur det kan se ut. Reliabiliteten och validiteten är därför svår att bedöma. Om resultatet ska vara representativt behöver gruppen vara större. Självskattningsformuläret visade på en nivå på Kasam som överensstämmer med medelvärdet för barn i motsvarande ålder. Jag har valt att inte närmre presentera resultatet från Kasam med anledning av det låga antalet respondenter.

10. Förslag på vidare studier

Fortsatta och större studier inom detta område hade kunnat ge oss bättre svar på uppsatsens frågeställning. Studier där man jämför en grupp barn, vilka klarar av viktninskning eller viktstabilisering, med en grupp barn, vilka inte klarar av detta. Genom intervjuer eller enkäter kunde man få svar på hur barnens situation ser ut i de två grupperna för att kartlägga de salutogena faktorer barnen besitter samt att låta barnen besvara Antonovskys självskattningsformulär, Kasam-13. Man hade då kunnat se om det fanns någon skillnad i svaren i de två grupperna vad gäller salutogena faktorer och Kasam. Ett ytterligare förslag är att göra en studie där man undersöker hur samverkan mellan Skolhälsovården och Överviktsenheten ser ut.

11. Referenser

- Andershed, H., & Andershed, A-K. (2004). *Att skriva uppsats i psykologi – vägledning för författande av C- och D-uppsats*. Örebro: Örebro Universitet, Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Assarsson, A., & Röndahl, P. (2005). *Bara de som vågar, lever livet...En litteraturstudie om motivation vid förändringsarbete vid övervikt*. Kandidatuppsats, C-uppsats. Karlskrona: Blekinge Tekniska Högskola/Sektionen för Hälsa (HAL).
- Berg, K., & Larsson, M. (2009). *Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete mot övervikt och fetma inom barn- och skolhälsovården*. Magisteruppsats, D-uppsats. Borås: Högskolan i Borås/Institutionen för Vårdvetenskap (VHB).
- Cederblad, M. (2003). *Från barndom till vuxenliv, en översikt av longitudinell forskning*. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS). Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.
- Coie, J.D., & Jacobs, M.R. (1993). The role of social context in the prevention of conduct Disorder. *Development and Psychopathology*, 5, pp. 263-275.
- Epstein, L.H., Valoski A., Wing, R.R., & Mc Curley J. (1990). Ten year follow-up of behavioural, family-based treatment for obese children. *Jama*. Nov 21;264(19):2550-1.
- Flodmark, C-E (1993). *Obesity and hyperlipoproteinaemia in children : epidemiological, biochemical and clinical studies and the effects of family therapy*. Lund: Lund University, Department of Pediatrics. (Diss.)
- Gassne, J. (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan. Akademisk avhandling.
- Hansson, K., & Cederblad, M. (1995). *Känsla av sammanhang. Studier från ett salutogent perspektiv*. Institutionen för barn – och ungdomspsykiatri. Lund: Lunds universitet.
- Hult, S., Waad, T., Cederblad, M., & Hansson, K. (1996). *Forskning om barn och familj. Salutogen miljöterapi i teori och praktik*. Arbetsrapport 1. Utredningsavdelningen, BUP-kliniken, Universitetssjukhuset i Lund. Lund: Lunds universitet, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri.
- Kalimo, R. & Vuori, J. (1990). Work and sense of coherence – resources for competence and life satisfaction. *Behavioral Medicine*, Vol. 16 No. 2, pp. 76-89.

- Koch, Felix-Sebastian. (2009). *Psychological Stress and Obesity*. Linköping: (Diss.) Linköping University. Division of Pediatrics, Department of Clinical and Experimental Medicine, Faculty of Health Sciences,
- Lagerberg, D., & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat*. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Gothia.
- Langius, A. & Björvell, H. (1993). Coping ability and functional status in a Swedish population. *Scandinavian Journal of caring Sciences sample*. Vol. 7(11), pp 3-10.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Mériaux, B. G. (2009). Överviktiga barn vet själva vad de behöver för att gå ner i vikt. *Omvårdnadsmagasinet nr 1/09*.
- Nowicka, P., & Flodmark, C.-E. (2006). *Barnövervikt i praktiken – evidensbaserad familjeviktsskola*. Lund: Studentlitteratur.
- Nowicka, P. (2009). *Childhood and adolescent obesity. Multidisciplinary approaches in a clinical setting*. Lund: (Diss.) Lund University. Faculty of medicine. Department of Clinical Sciences Malmö. Preventiv Pediatrics.
- Olsson, M., Gassne, J., & Hansson, K. (2009). Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. *Journal of epidemiology and community health*. 63(2), 166-167.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Amer J Orthopsychiat* 57(3):316-331.
- Röjer, P. (2009, 9 februari). När vikten blir viktigare än insidan. *Sydsvenska Dagbladet*, s A9.
- Satir, V. (1976). *Familjeliv - Om man vill bli en bättre förälder*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- SOFT – Standardiserad Obesitas Familjeterapi*. Informationsblad. Barnöverviktsenheten, Region Skåne.
- Stattin, H., & Magnusson, D. (1996). *Person-context interaction theories*. Stockholm: Stockholm University, Department of Psychology.
- Stuart, R. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*. 5 (4), pp 357-365.

Walch, Froma. (1998). *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Press.

Werner, E. E. (1995). Mot alla odds. *Särtryck ur Psykisk Hälsa nr 3 1995*. Stockholm: Norstedts Tryckeri. Originaltitel: *Overcoming the odds*. Emmy E. Werner, Ph.D. University of California, Davis, USA

12. Bilagor

Bil. 1

Informationsbrev samt inbjudan till deltagande i studie

Det finns idag ett stort intresse av salutogena (hälsobefrämjande) faktorer. Salutogena faktorer är det som bidrar till att förändra vår livssituation vid svårigheter och att uppnå uppsatta mål. Det finns idag en hel del kunskap om vad det är som hjälpt människor i livet att hantera svårigheter. Dessa kunskaper kan vi använda för att hjälpa andra.

Genom kontakt med dr Carl-Erik Flodmark på Barnkliniken har jag getts möjlighet att tillfråga några av Er som är/eller varit patienter på kliniken därför att Ni haft problem med vikten.

Du tillhör denna grupp ungdomar som kämpar/kämpat med sin vikt.

Jag vill gärna träffa Dig och några till för att höra om just Era erfarenheter:

t ex

- Vad gör Du och vad har Du gjort för att nå dina mål?
- Vad har andra gjort för att hjälpa Dig att nå dessa mål?
- Vad är det som gör att Du har haft framgång med detta problem eller i alla fall orkat kämpa?
- Vem får Du stöd och kraft av när Du kämpar?

Dina kunskaper och erfarenheter är till hjälp för andra som är eller har varit i liknande situation som Du.

Mitt önskemål är att få ringa upp dig för att avtala en tid för intervju efter att Du fått detta brev.

Din medverkan i undersökningen är såklart helt frivillig och Din vårdnadshavare måste ge sitt godkännande.

Om Du vill vara med så kommer vi att träffas vid ett tillfälle.

Jag som skriver heter Karin Beijer och är socionom. Resultaten från denna studie kommer att presenteras i en uppsats inom psykoterapiutbildningen vid Lunds Universitet.

Jag svarar gärna på frågor från Dig på tel : 040-154757 eller 0704-184205, eller på min e.mail adress : karin.beijer@spray.se

Jag hoppas att Du tycker att detta verkar spännande och vill vara med i undersökningen.

Med vänlig hälsning
Karin Beijer

Bil. 2

Intresseanmälan till studie om salutogena faktorer

Härmed anmäler jag mitt intresse och godkännande till att delta i ovan nämnd studie

Namn-teckning:

Namn-förtydligande:

Personnummer:

Flicka ☐ **Pojke** ☐

Adress

Postnr:

Ort:

Tfn hem:

Mobil:

Jobb:

E-post:

Jag godkänner mitt barns deltagande i studien

Namn-teckning vårdnadshavare

Namn-förtydligande

Det är bara jag, Karin Beijer, som är ansvarig för studien som har tillgång till dessa personuppgifter och behandlar dessa enligt lagen för personuppgifter.

Bil. 3

Frågeställningar till Respondenterna :

Frågor angående viktstabilisering/viktninskning

1. Vad är det som gjort att du har lyckats med att stabilisera din vikt eller att gå ner i vikt ?
2. Vilka faktorer har varit de viktigaste för att nå detta mål ?
3. Vad gör du och vad har du gjort för att nå dessa mål ?
4. Vad har andra gjort för att hjälpa dig att nå dessa mål ?
5. Vilka kontakter har du haft ?
6. Vad har varit svårt i detta ?
7. Är det något som hindrat dig att nå dit du vill ?
8. Har du haft motgångar – hur har du tacklat dem ?
9. Tycker du att du fått den hjälp du behövt ?
10. Känner du dig förstådd ?

Frågor angående trygghet och relationer

11. Vilka personer står dig närmast ?
12. Har du mormor, morfar, farmor, farfar, kusiner eller andra släktingar som står dig nära ?
13. Finns det någon annan vuxen person som står dig nära ?
14. Har du god kontakt med dina lärare, någon speciell ?
15. Finns det någon annan person som står dig nära, t ex skolsköterska eller skolkurator ?
16. Har du kompisar, många eller några få ?

Frågor angående din skolgång

17. Hur går det i skolan ?
18. Tycker du det är roligt med skolan ?
19. Är du nöjd med dina prestationer i skolan ?
20. Finns det några ämnen som du är speciellt duktig i ?
21. Har du lätt för skolarbetet eller får du kämpa mycket för att kunna hänga med ?

Frågor angående fritiden

22. Har du några fritidsintressen, många eller några få, vilka ?
23. Har du något intresse/ någon sportaktivitet som du är duktig i och kan känna dig stolt över ?

Frågor angående hälsa, koncentration och tålamod

24. Känner du dig frisk och stark eller är det något du oroar dig över avseende din hälsa ?
25. Är du en aktiv person ?
26. Kan du koncentrera dig på det du gör t ex när du läser läxor eller blir du rastlös.
27. Har du bra tålamod eller blir du lätt otålig ?

Frågor angående social kompetens

28. Har du lätt för att anpassa dig till olika situationer ?
29. Kan du ibland vara till stöd och hjälp för andra ?
30. Vilka ber dig i så fall om hjälp ?
31. Vad kan det handla om för hjälp ?

Frågor angående sociala relationer

32. Tycker du att mamma och pappa lyssnar på dig eller är det alltid deras åsikt som gäller ?
33. Får du ett positivt erkännande när du gjort något bra, t ex i skolarbetet eller vid någon idrottsprestation ?
34. Är din uppfostran sträng eller mild ?
35. Hur är dina kamratrelationer ; känner du dig omtyckt och accepterad eller känner du dig ibland avvisad ?
36. Har du varit utsatt för mobbning ?
37. Vem går du till när du är ledsen och söker tröst ?
38. Vem får du stöd och kraft av när du kämpar ?

Frågor angående din självkänsla

39. Känner du dig ofta rädd eller ängslig ?
40. Känner du ofta skuldkänslor ?
41. Känner du ofta hopplöshetskänslor ?
42. Är du en öppen och glad person eller mer instängd och ledsen ?
43. Blir du lätt arg eller kan du tygla dina känslor ?
44. Är du en försiktig person eller tvärtom lite dumdristig ?
45. Är du blyg och tillbakadragen eller mer kavat och framåt ?
46. Är du rädd för att göra fel ?
47. Känner du dig ibland eller ofta ensam ?

Frågor angående din självbild

48. Vad har du för bild av dig själv ?
49. Känner du dig som en lyckad eller misslyckad person ?

Frågor angående framtiden

50. Hur ser du på framtiden ?
51. Vad har du för framtidsplaner, t ex vad gäller yrkesval ?
52. Vad har du för önskningar ?
53. Vad har du för önskvärda framtida förändringar?
54. Vad behövs för att det ska bli så ?
55. Finns det något som hindrar detta ?

Bil. 4

Frågeformulär till anställda på Överviktsenheten

- * Varför tror du att det är så svårt att rekrytera överviktiga barn till en studie / intervju?
- * Varför tror du att Skolhälsovården inte kan hjälpa till med att rekrytera barn till studien ?
- * Vad hindrar dem ?
- * Vad tror du det är som gör att vissa av dessa barnen klarar av att gå ner i vikt eller att hålla sin vikt ?
- * Hur ser situationen ut runt omkring de barn som inte klarar av att gå ner i vikt eller att hålla sin vikt ?
- * Upplever du att de barn som klarar detta har salutogena faktorer som hjälper dem att klara sin situation ? Vilka i så fall ?
- * Upplever du att dessa barn har stöd från sin familj ?
- * Hur ser barnens situation ut ? Är det skillnad på de barn som klarar av viktminskning /stabilisering och de som inte klarar av det ?