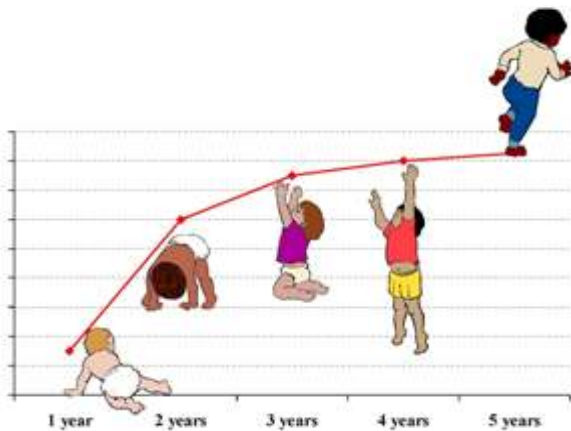




LUNDS UNIVERSITET
Samhällsvetenskapliga fakulteten

Barnövervikt, föräldraskap, prevention och intervention

Uppsats; psykoterapiprogrammet med inriktning familjeterapi; 2012



Christina Helgason

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Björn Karlson

Barnövervikt, föräldraskap, prevention och intervention.

Sammanfattning

Föräldraskap, intervention och prevention vid barnövervikt/fetma hos förskolebarn med utgångspunkt ifrån ett barn- och familjepsykologiskt perspektiv är ämnet för denna uppsats. Psykologiska faktorer av betydelse för barns ätande, matens betydelse i familjen, föräldrastress kopplad till barns ätande, liksom tidpunkt och inriktning ifråga om intervention och prevention är ämnen som belyses och diskuteras. En undersökning presenteras som belyser hur en grupp föräldrar skattat upplevd föräldrapåfrestning, kontroll i föräldraskapet och tilltro till sin egen förmåga, före och efter att de medverkat i en föräldrabaserad intervention med målsättningen att förebygga övervikt hos barn i 4-6 årsåldern. Den undersökta gruppen bestod av 22 föräldrar, 13 mödrar och 9 fäder som erbjöds medverkan pga att de hade ett barn vars isoBMI låg över gränsen för fetma i samband med längd- och viktkontroll på en barnavårdscentral. Föräldrarna besvarade före och efter medverkan i en intervention i grupp frågor som avseende upplevd stress i föräldraskapet (SPSQ; Östberg et al., 1997), duglighet (PLOC; Campis, 1986) i föräldraskapet och tilltro till sin egen förmåga att påverka sitt liv (Mastery; Pearlin & Schooler, 1978). Upplevelsen av duglighet/ kontroll i föräldraskapet och tilltron till den egna förmågan skilde sig inte åt före- och efter medverkan medan föräldrarnas upplevda stress kopplad till föräldraskapet visade en ökning i hela gruppen. Mödrars och fäders upplevelser skilde sig också åt.

Nyckelord: Barn, mat, hälsa, övervikt, familj, föräldrastress, intervention/prevention

Christina Hardardottir Helgason

Handledare: Per Johnsson

Psykoteraiprogrammet med inriktning familjeterapi; 2012

Vetenskapligt arbete, nivå A, 15hp.

Institutionen för psykologi, Lunds Universitet

Childoverweight; parenting, prevention and intervention

Christina Hardardottir Helgason
Department of Psychology, Lund University
Scientific paper, level A. Psychotherapist program; Family therapy.

Abstract/summary in English

Parenting, intervention and prevention of pediatric overweight/obesity in preschool children from a psychological, child-and family oriented perspective is the subject in this paper. Psychological factors of importance for children's eating, the importance of food in the family, parental stress related to children's eating, timing and focus in intervention and prevention are subjects, highlighted and discussed.

A study is presented illustrating how a group of parents estimated perceived parental stress, locus of control in parenting and self-efficacy, before and after participation in a parental-based intervention. The parents who attended the intervention had an obese child, 4-6 years old. The aim of the intervention was to prevent further obesity. The study group consisted of 22 parents, 13 mothers and 9 fathers. Before and after participation in the intervention group the parents answered questions measuring parental stress (SPSQ; Östberg et al., 1997), parental control and competence (PLOC; Campis, 1986) and questions designed to measure the ability and confidence in their own ability to influence their lives (Mastery; Pearlin & Schooler, 1978). The results were analyzed by median values and a non-parametric test for two dependent measurements. The results are presented for the whole group, and divided into two sub-groups: mothers and fathers. The parents perceived parental locus of control did not differ before and after participation, neither did their perceived self-efficacy. The parents perceived parental stress, stress associated with parenting, showed an increase in the whole group. The overall experience of stress in parenting had increased in the whole group. A breakdown of the group into mothers and fathers also showed an increase in parental stress but showed some differences according to subscales.

Keywords: Children, food, health, parental stress, family-based intervention

Barnövervikt, föräldraskap, prevention och intervention.	
Bild; www.who.int.; Nutrition; Child growth and development	1
Sammanfattning/Abstract	2
Abstract in English	3
Innehållsförteckning	4
Inledning	5
Bakgrund	6
Övervikt, fetma. BMI och isoBMI; definition och prevalens	8
Pediatrik övervikt/fetma	12
Perspektiv på familj och barn	13
Interventionsarbete för familjer och barn	17
Föräldrastress	19
Psykologiska perspektiv på barn, mat och föräldraskap; gränssättning, risk- och skyddsfaktorer	
Barnvårdscentraler, föräldrar, barn och mat	22
Föräldrastil och gränssättning	25
Risk-, skyddsfaktorer och hälsa	26
Familjen när det uppstår sjukdom	28
Familjebaserade interventioner vid övervikt och fetma	29
Den intervention som avses här	30
Metod	33
Frågeställningar	33
Statistisk analys	33
Mätinstrument; SPSQ, PLOC och Mastery	34
Deltagare och rekrytering	36
Procedur	36
Resultat	37
Likheter och skillnader före och efter intervention	39
Diskussion	40
Metodologiska för- och nackdelar	42
Tankar inför framtida studier	47
Referenser	48

Föräldraskap, barnhälsa, övervikt/fetma hos förskolebarn i åldern 4-6 år, familjebaserad prevention och intervention är de ämnen som belyses i denna uppsats som är skriven inom ramen för psykoterapiutbildningen med inriktning familjeterapi. Föräldrarna har medverkat i ett forskningsprojekt med målsättningen att förebygga bestående övervikt/fetma hos barnen. De föräldrar som medverkat har besvarat frågor om upplevd stress och kontroll i föräldraskapet och deras upplevelse av att kunna påverka sina liv, före och efter det att de medverkat i en föräldrabaserad intervention med målsättningen att förebygga övervikt/fetma på sikt.

Barnövervikt/fetma, intervention och prevention är begrepp som berör ett flertal andra, i sammanhanget viktiga aspekter. De begrepp som utifrån ett barn- och familjepsykologiskt orienterat perspektiv belyses i denna uppsats är; barn, familj, matens, måltidens och ätandets betydelse, begreppet hälsa, risk- och skyddsfaktorer, föräldraskap, föräldrastress, intervention och prevention. Under samma tidsperiod som barnövervikt ökat har också ett flertal andra faktorer som påverkar livet för många familjer förändrats. Barnövervikt/fetma är starkt kopplat till befintliga levnadsomständigheter. Stress anses kopplat till övervikt/fetma hos såväl barn som vuxna men stress är ett begrepp som behöver belysas med utgångspunkt ifrån i vilken kontext det används. En önskan är att belysa stressfaktorer av betydelse för barn- och familj. En intention är också att lyfta fram vad som är speciellt med barnövervikt, sk. pediatrik obesity, och på vad sätt övervikt/fetma skiljer sig åt mellan vuxna och barn. Barnövervikt/fetma betraktas här som en av flera riskfaktorer för ohälsa som hänger ihop med den tid vi lever i.

Efter en genomgång av de teoretiska begreppen beskrivs den intervention som de medverkande föräldrarna deltagit i och de resultat som visar hur deras upplevelse av stress relaterad till föräldraskapet förändrats efter medverkan i interventionen..

Studien är en pilotstudie. Den intervention som presenteras i denna uppsats är en del i ett större projekt; The Lund Overweight and Obesity Preschool Prevention Study, LOOPS (Thorngren-Jerneck, 2007). Projektet har som målsättning att undersöka hur barnens BMI på sikt påverkas av medverkan i två olika föräldrabaserade interventioner. Den huvudsakliga målsättningen för projektet är att förhindra bestående övervikt/fetma på lång sikt, dvs minska fortsatt viktökning. Målsättningen är att balansen mellan vikt och längdtillväxt ska planas ut på

sikt. Två olika typer av föräldraberade interventioner i grupp har erbjudits barnens föräldrar, den intervention som beskrivs och undersöks här är en begränsad del av en av de två interventionerna. Barnen ifråga har medverkat vid mätningstillfällena såsom vikt-, längd och provtagning men inte i någon av interventionerna.

Bakgrund

Under tidsperioden 1980-2008 har övervikt och fetma ökat i stora delar av världen och blivit ett omfattande folkhälsoproblem. Ökningen omfattar både vuxna och barn. 2007 var 24% av barn i åldern 6-9 år överviktiga (WHO, 2012). Under de senaste 10 åren har problematiken uppmärksamats i ökande omfattning inom hälso-, sjukvård och media vilket bidragit till att denna problematik idag är välkänd för många i Sverige". Ökningen av ökningen" av övervikt/fetma har tillfälligtvis stannat upp i Sverige, något som troligtvis beror på att man på olika sätt uppmärksammat problematiken och medvetandegjort föräldrar (SBU 2010; Sjöberg m fl., 2007). WHO betraktar utbredningen av övervikt och fetma som lika viktig att åtgärda som undernäring (FHI, 2009; WHO, 2012).

Ett flertal levnadsbetingelser har förändrats under samma tidsperiod. Tillgång, utbud och efterfrågan av mat och livsmedel har ökat och aktivitetsmönster har förändrats. Livet före och efter familjebildande skiljer sig åt på ett annat sätt än tidigare, synsätt på familjeliv och föräldraskap har förändrats och de stressfaktorer som familjer har att ta itu med har förändrats, några har försvunnit medan andra har tillkommit. Föräldrar har i alla tider kämpat med att förhindra sjukdom hos sina barn och sig själva. Sjukdomar och syn på hälsa förändras utifrån hur levnadsvillkor förändras, vilka botemedel som finns tillgängliga mm. Synsätt på hälsa är avhängigt såväl levnadsvillkor som kulturella värderingar, inom familjen och mellan familjen och omvärlden.

Efterhand som övervikt/fetma ökat har också förklaringsmodellerna reviderats. Problematiken har tilltagit i en omfattning som gör att tidigare förklaringsmodeller anses otillräckliga. Faktorer som ärftlighet, dåliga matvanor, minskad fysisk aktivitet och socioekonomiska faktorer, förklarar en stor del av problematiken men behöver beaktas utifrån olika perspektiv och i kombination med andra faktorer, såsom stressfaktorer, individuella förutsättningar, psykologiska, fysiologiska och utvecklingsmässiga aspekter och en utvidgad kunskap om hur genetiska faktorer påverkas över tid. För att prevention och behandling ska

kunna vara verksam är det särskilt viktigt att problematiken belyses utifrån olika perspektiv. Mycket talar för att det finns ett flertal goda skäl att förebygga viktökning hos redan överviktiga barn. Fetma under barndom betraktas som en riskfaktor för ohälsa även om vikten inte nödvändigtvis som enskild faktor leder till problem (Flodmark, 2012). Att övervikt/fetma kan leda till ett flertal komplikationer för vuxna anses väl belagt men vilka konsekvenser övervikt/fetma får när den kvarstår från barndom till vuxenliv är fortfarande delvis okänt men känt är att det är en riskfaktor för såväl fysiologisk som psykologisk ohälsa.

Behovet av förebyggande insatser och behandlingar som fungerar har ökat i takt med att problematiken blivit allt vanligare också hos barn. Övervikt/fetma som kvarstår efter puberteten har visat sig vara motståndskraftig mot behandling (Danielsson, 2011). Behovet av tidiga preventiva insatser och familjebaserade interventioner har därför blivit allt mer framträdande. Med "tidiga" familjebaserade interventioner avses här interventioner som påbörjas då barnen är i 5-9 års ålder (Oude-Luttikhuis, 2009, Danielsson, 2011). När det gäller barn är det viktigt att inte börja för tidigt men inte heller för sent. Tidpunkten för intervention kan vara en svår avvägningsfråga. Det är därför av flera skäl angeläget att ytterligare belysa och försöka förstå hur och på vad sätt interventioner fungerar och/eller inte fungerar.

Familjebaserad prevention och behandling fyller en viktig funktion när det gäller att förebygga övervikt, framför allt hos yngre barn (Oude-Luttikhuis, 2009, Danielsson, 2011). Familjebaserade interventioner har under ett trettioårigt år använts för att förebygga fortsatt viktökning hos barn. De har visat sig vara av värde när det gäller att förebygga och minska fortsatt övervikt hos många av dem som medverkat medan de för andra inte haft avsedd effekt. Att problematiken ökat i omfattning har också lett till att många av dem som medverkat i behandling under senare år haft större problem med övervikt än de som tidigare medverkat i behandling, något som gjort att övervikten kvarstått efter behandlingen även om viktminskningen har varit den samma som i studier som presenterats tidigare (Epstein, 2007; Kitzmann, 2006). De som arbetat med interventioner under de senaste 25 åren har beskrivit förändringar dels avseende att ingångsvikten har ökat men också avseende i vilken omfattning föräldrar medverkar. Fäders medverkan i interventioner har minskat, tidigare medverkade båda

föräldrarna tillsammans i större utsträckning än i de interventioner som utvärderats under senare tid (Epstein, 2007).

De teoretiska utgångspunkter som här berörs utgår ifrån att hälsa och sjukdom påverkas av tidsanda, kultur, levnadsförhållanden och vilka sjukdomsrisker som råder (Kallenberg & Larsson, 2004). Att belysa faktorer av betydelse för hälsa är av central betydelse för att bättre kunna förstå problematiken med övervikt. Hälsa är liksom stress ett multifaktoriellt begrepp. En intention i detta arbete är att belysa faktorer som kan anses vara av betydelse för såväl hälsa som ohälsa för barn och familjer i den utvecklingsfas som här avses. Faktorer som också kan vara av betydelse i de interventioner som erbjuds och kan tänkas påverka andra faktorer av betydelse än de som avses.

En annan intention är att belysa interventionsarbete, hur befintliga interventioner påverkas och förändras utifrån tidsandan. De behandlingar och interventioner som finns att tillgå speglar tidsandans synsätt på sjukdom och hälsa. En önskan är därför att belysa förändringar av betydelse för barnfamiljer som skett under samma tidsperiod som övervikt/fetma blivit allt mer omfattande, omständigheter som kan betraktas som viktiga utifrån ett familjeinterventionsperspektiv. Några av de förändringar som kan kopplas till tidsandan är stressfaktorer som i sin tur kan kopplas till problematiken barnövervikt/fetma och förändringar som påverkar barn och familj över tid.

Ytterligare en intention är att belysa några av de svårigheter som uppmärksammats i behandling och förebyggande arbete med övervikt och fetma. Svårigheter som kan tänkas vara av vikt vid tidiga interventioner som har att göra med motivation och engagemang hos de familjer som erbjuds deltagande och svårighet att bibehålla viktnedgång över tid, något som också hör ihop med vilka interventioner som finns att tillgå och synsätt på hälsa.

Övervikt, fetma, BMI och isoBMI

Övervikt och fetma kan mätas på olika sätt men pga att det är svårt att mäta kroppsfett används numera oftast måttet BMI; body mass index. BMI utarbetades vid 1800-talets mitt av en belgisk läkare som mått för beräkning av kroppsstorlek. Måttet började användas på 20-, 30-talet i USA i samband med att livförsäkringar lyfte fram kroppsvikt som riskfaktor för sjukdom. BMI är en beskrivning av kroppsstorlek, BMI anger inte orsak. Internationella krafter har arbetat fram

gemensamma riktlinjer för att mäta kroppsstorlek både hos barn och vuxna. Övervikt och fetma definieras som ett överskott av kroppens fett i förhållande till vikt och längd. För att det ska finnas ett gemensamt internationellt mått framförde WHO 1985 ett önskemål om att BMI skulle användas som gemensamt riktmått för kroppsstorlek. I äldre studier anges ibland övervikt/fetma i procent fett, ibland BMI.

BMI är ett mått på kroppens vikt i förhållande till längden; kg/meter². BMI varierar med ålder och kön och anses mest lämpat för vuxna. Måttet säger ingenting om det är muskelmassa eller kroppsfett som väger. BMI anses av många vara ett trubbigt men enkelt, ofarligt, inte i sig värderande och bra som populationsmått (Rössner, 2012). För att mäta övervikt på barn används en särskilt anpassad BMI skala där BMI sätts i relation till barnets ålder; isoBMI. BMI sätts då i relation till förändringar utifrån ålder och kön och används i kombination med percentilangivelser. IsoBMI har tagits fram av IOTF (International Obesity Taskforce) för att viktklassificering och gränser för övervikt och fetma skiljer sig åt mellan barn- och ungdom 2-18 år och vuxna (IOFT, 2012).

Barn vars BMI hamnar över den 85:e men under den 95:e percentilen klassificeras som överviktiga medan de med BMI över den 95:e percentilen klassificeras som ”feta”. Terminologin har nyligen ändrats från ”i riskzonen för övervikt” till ”övervikt”. Fetma klassificeras som sjukdom vilket inte övervikt gör (Barlow, 2007; Flegal Tabak & Ogden, 2006; Jelalian & Hart 2009).

I Sverige är 15-30% av alla barn överviktiga, 2-6% har diagnosen fetma (SBU, 2004). 80% av dem som är överviktiga/feta vid 7 års ålder riskerar att vara fortsatt överviktiga/feta som tonåringar (SBU, 2004). Under åren 2003-2004 ökade övervikten hos barn och ungdom i Sverige med 4.9% /år. 2005-2006 avtog ökningen något, till 3.6% /år. Ökningen fortsätter men hastigheten antas ha avtagit något (SBU, 2010; Sjöberg mfl. 2007).

Övervikt och fetma anses bero på en individs genetiska förutsättningar i interaktion med de omgivningsmässiga förutsättningar som finns för att de genetiska ska utvecklas. Även om den enskildes genetiska förutsättningar har betydelse är det huvudsakligen levnadsvillkoren som avgör hur utfallet blir. De genetiska förutsättningarna anses ha funnits långt innan övervikt blivit ett problem, även, om också gener förändras. Att just denna typ av problematik har ökat så påtagligt under de senaste 30 åren anses till stor del bero på att levnadsvillkoren förändrats mer

än någonsin tidigare på så kort tid för oss människor, något som också föranlett efterfrågan på förklaringsmodeller om hur genetiska förutsättningar påverkas av miljön. Västvärldens nuvarande kamp mot övervikt/fetma beskrivs bland annat som en kamp mellan evolutionen och nya, snabbt förändrade levnadsomständigheter. En teori som utgår ifrån att människokroppen under miljoner år utvecklats för att stå emot svält vilket gör att kroppen gör vad den kan för att behålla sin max vikt och förhindra viktminskning (Rössner; 2012).

Studier som gjordes på 1970-talet fann att 14% av normalviktiga barn och 36% av överviktiga barn blev överviktiga som vuxna. Under samma tidsperiod fann man att spädbarn som gick upp snabbt i vikt 4 ggr oftare blev överviktiga som 8-åringar än de som gick upp i normal hastighet (Woolstone, 1991). I en svensk studie publicerad 2010 undersöktes snabb viktuppgång i kombination med andra riskfaktorer och man fann att denna kombination till viss del ökar barnets utsatthet för senare övervikt men det förklarar bara en liten del (Thorn et al., 2010). Man har annars sett att kroppsstorlek före 2 års ålder inte är särskilt prediktiv för senare övervikt, medan risken för att förbli överviktig är ca 2,5 ggr större om barnet vid 5 års ålder är överviktigt (Sjöberg m fl., 2007). Liknande resultat har också presenterats i tidigare studier. En studie publicerad 1984 hade följt 450 barn under 8 år. Barnens vikt vid 6 månaders ålder visade sig ha svaga samband med senare övervikt (1 av 9) medan barn som inte var överviktiga som 6 månaders barn men blev det vid 4-8 års ålder, fortsatte att vara det vid 9 års ålder (Woolstone, 1991).

Socioekonomiska faktorer har tidigare antagits spela stor roll, något som reviderats under det senaste decenniet. Ifråga om riskfaktorer när det gäller barnövervikt tycks de socioekonomiska faktorerna endast utgöra en del av de kumulativa risk- och stress faktorer som är av betydelse (Woolstone, 1991; Koch, 2009; Thorn et al.,2010). Socioekonomiska förhållanden kan inbegripa varierande faktorer av betydelse och betraktas som medierande, snarare än orsak/verkan faktorer, dvs faktorer som påverkar vanor.

När det gäller prevention och behandling av övervikt och fetma har insatser som sätts in i förskoleåldern visat sig vara av stort värde. Ju äldre barnen blir ju svårare är det att minska övervikten. Behandling av barn i 6-9 års ålder har gett betydligt bättre resultat än behandling som sätts in i 9-12 års ålder (Danielsson, 2011). Barn som fortfarande växer på längden behöver inte minska vikten i sig, att begränsa viktökningen räcker.

Dieter och kostrekommendationer av olika slag har ökat i tillgänglighet lika länge som överviktsproblematiken vuxit fram men har inte bidragit till att minska den (Ogden, 2010). Denna typ av svårigheter beror på flera olika faktorer och behöver angripas på flera nivåer (SBU, 2004). Vem som drabbas och varför kan inte förklaras av enstaka, enskilda faktorer utan beror på biologiska/ genetiska, sociala och psykologiska orsaker i samverkan. Hur exponerad en individ är för olika riskfaktorer, såsom stress, ärftlighet och faktorer i närmiljön, spelar stor roll. Problematiken får karaktären av en ond cirkel, överviktiga barn blir oftare överviktiga som vuxna, vuxna överviktiga får oftare överviktiga barn. De som redan är tunga blir tyngre. I USA är problemen med övervikt stor. Ca 16% av barn och ungdomar mellan 2 och 16 år feta. Variationer i ålder, kön och etnicitet finns men blir mer markanta hos tonåringar än hos yngre barn (Tjepkema, 2005; U.S. Department of Health and Human science, 2009 i Berk, 2010).

Fetma klassificeras som "sjukdom", svår övervikt/fetma under barndom anses vara en riskfaktor för senare ohälsa men leder inte som enskild faktor nödvändigtvis till problem. Det råder delade meningar om vilka medicinska komplikationer som övervikt/fetma anses leda till för barn på sikt. Övervikt/fetma som håller i sig från barndom till vuxenliv anses inte alltid vara knuten till samma typ av riskfaktorer som övervikt/fetma som drabbar vuxna men pga att problematiken inte tidigare varit lika omfattande har följsjukdomar och långtidseffekter ännu inte blivit kända. Det som är mest välbelagt är att övervikt/fetma hos barn tenderar att föranleda problem med svårare övervikt/fetma i vuxen ålder (Jelalian & Hart, 2009; Thorngren-Jerneck, 2007; Flodmark, föreläsning Lund 2011).

För vuxna anses övervikt/fetma vara en allvarlig hälsorisk och en stark riskfaktor för andra hälso- och sjukdomstillstånd, såsom hjärt- kärl- och endokrina sjukdomar (Thorngren-Jerneck, 2007).

Övervikt/fetma medför inte som enskild faktor negativa konsekvenser. Väl känt är ju fler riskfaktorer som finns i den närmaste omgivningen, ju större risk är det för ett barn att drabbas av ohälsa. Övervikt och fetma hos barn och ungdom anses vara en viktig riskfaktor som tillsammans med andra riskfaktorer utsätter barnet för fara vara en kumulation av risk- och stressfaktorer. Risk- och stressfaktorer kan delas in i undergrupper och varierar från familj till familj. En svensk studie av övervikt hos förskole- och skolbarn har visat att det finns påtagliga samband mellan å ena sidan föräldrars psykologiska stressnivå och å andra sidan lågt självförtroende, negativ kroppsuppfattning, och förhöjda kortisolvärden hos barn med övervikt

och fetma. I samma studier påvisas samband mellan kumulativ psykologisk stress hos föräldrar och ökad risk för övervikt och fetma hos barn (Koch, 2009). Dessa resultat överrensstämmer med internationella studier (Jelalian & Saelens, 1999). I en undersökning av tonåringar med fetma har man sett att de uppfattar sig själva som mer deprimerade, har högre ångest och lägre självkänsla än jämnåriga utan viktproblem. Problemen kan inte direkt kopplas till vikten i sig men vikten uppfattas som en bidragande faktor. Kort tid efter operation minskar dessa symptom även om de fortfarande har problem som kvarstår och behöver psykologiskt stöd (Järvholm et al., 2011).

Pediatrik övervikt/fetma

Barnövervikt drabbar ca 5-10% av svenska barn i förskoleåldern (Sjöberg m fl.,2007). Problematiken har ökat i hela samhället, oavsett inkomst och utbildningsnivå. Socioekonomiska skillnader som tidigare antogs spela stor roll för denna problematik betraktas idag mer som riskfaktorer. Socioekonomiska skillnader förefaller numera vara relativt konstanta medan andra skillnader, såsom kön och etnicitet behöver undersökas mer. Barnfetma kopplas till kön, etnicitet, klass och plats (Hörnfeldt, 2009; Koch, 2009; Thorn et al., 2010).

Barnövervikt har studerats mer systematiskt under de senaste 30 åren. Tidigare har tillfälliga epidemier av övervikt/fetma hos barn som orsakats av tidsbegränsade, kulturellt bestämda missuppfattningar eller trender rörande uppfödning av barn observerats och beskrivits vid olika tidpunkter. Barnmat har förtätats under olika tidsperioder pga att undernäring varit (och är) en fara under större delen av människans historia (Garbarino, 1992; Woolstone, 1991).

Kulturellt förekommande matvanor och missuppfattningar rörande dieter har i perioder kopplats till övervikt hos barn (Woolstone, 1991). Exempelvis uppmanades föräldrar i England 1960-1975 att förtäta innehållet i spädbarnens mjölk med fett och socker och att ge dem fast föda tidigt. 1973 upptäckte man att många barn till följd av detta drabbades av övervikt och fetma. Kostråden ändrades och antalet spädbarn med övervikt minskade snabbt från 79 till 43% .

Ett flertal studier har gjorts för att kartlägga eventuella samband mellan övervikt under spädbarnsåldern och övervikt/fetma senare i livet. Det som återkommande tycks spela stor roll för hur det går är trender ifråga om kostintag, familjens/föräldrarnas vikt och stressfaktorer i

familjen och i den närmaste omgivningen. Snabb viktökning under spädbarnsåldern tycks spela viss roll men annars ser inte spädbarns vikt ut att spela stor roll för senare viktökning (Thorn et al., 2010; Woolstone, 1991).

För barn är näringsintag och omhändertagande särskilt viktigt i tidig ålder. En god balans mellan näringsintag, omsorg och rörelse är viktigt för alla men framför allt för barn. Vikten i sig (eller barnets BMI) kan inte betraktas enskilt. Under senare år, parallellt med att övervikt i ökat i omfattning, har hälsoundersökningar av barn visat att också barn som är normalviktiga befinner sig i riskzonen för ohälsa på grund av ohälsosamma levnadsvanor.

Undernäring och undervikt har alltid varit, och är fortfarande en riskfaktor av särskild betydelse för barn pga att konsekvenserna av näringsbrist är allvarligare ju yngre barnet är (Woolstone, 1991, Garbarino, 1992). Tillväxt, såväl fysiologisk som emotionell och beteendemässig, sker stegvis utifrån ett förutsägbart, sekventiellt mönster. Ätande och tillväxt sker i samspel med de förutsättningar som finns. Fysisk tillväxt är beroende av neuroendokrinologisk reglering och näringskällor. Också den psykologiska och emotionella utvecklingen sker i en viss ordning och är beroende av särskilda förutsättningar för att barnet ska kunna växa. Väl belagt är att barn utöver fysiologiska, hormonella och näringsmässiga förutsättningar, behöver en hygglig ("good enough") psykologisk omgivning som gör att barnet kan tillgodogöra sig den näring det får (Woolstone, 1991; Garbarino, 1992).

Perspektiv på familj och barn

Levnadsvillkoren har genomgått stora förändringar på kort tid under samma tidsperiod som övervikt och fetma blivit ett allt större folkhälsoproblem. Några av dessa förändringar är av central betydelse för familjers och därmed också barns levnadsvillkor, bland annat sammanhållande faktorer av betydelse för vardagslivet.

Evolutionär psykologi belyser att förändrade levnadsförhållanden ofta föranleder konfliktsituationer. Individens och familjers förmåga att anpassa sig till förändringar är av särskild betydelse i en tid som vår då levnadsförhållanden förändras snabbt (Efran & Greene, 2000).

Familj kan betyda olika saker i olika sammanhang. Familj avser här barnets omvårdnadssystem. Ordet familj kommer ifrån latinets "familia" som betyder hushåll

(Nationalencyklopedin, 2012; Wikipedia 2012). Ordet familj kom till svenskan under 1700-1800-tal och började användas i dagligt tal i mitten av 1800-talet. I äldre svenska användes benämningarna hus och hushåll. Betydelsen av orden familj och hushåll skilde sig åt bland annat utifrån social bakgrund. "Hus" och "hushåll" användes om bonde-, hantverkshushåll, gods och herrgårdar, medan begreppet "familj" främst användes inom städernas medelklass; ämbetsmän och tjänstemän inom olika typer av förvaltningar. De utgjorde då endast ca 2% i antal, men det var de som syntes och hördes i offentligheten. Äktenskapets betydelse betonades mer för familjen än för hushåll. Ordet hade en mer borgerlig betydelse som representerade en form av gemensamt hem mer än arbetsgemenskap. "Familj" betecknade en hushållningsform där mannen arbetade utanför hemmet medan kvinnan skötte om det gemensamma hemmet och de omvårdande uppgifterna. Uppfostran i mer moralisk bemärkelse ingick också i de omvårdande uppgifterna. Ytterligare lite senare kom familjen för många att bli den samlevnadsform som var möjlig. Omhändertagande, fostran och kärlek framstod som begrepp som kopplades till familjen (Ambjörnsson, 2012).

Systemteori definierar idag familj som en enhet bestående av delar som är nära relaterade till varandra på ett sådant sätt att en förändring i en del av systemet påverkar de andra delarna. Positioner och roller är relaterade till varandra, avhängiga ålder och position vars gränser är rörliga under utvecklingen (Efran & Green, 2000).

Familjens form definieras av kulturen. Den definieras utifrån blod, juridik och konstruktion utifrån sociala, genetiska och ekonomiska faktorer. Släktskap definieras olika i olika kulturer. Gemensamma ingredienser brukar vara; äktenskap, barnafödande och blodsband. Familjer skiljer sig åt avseende storlek men oavsett hur många personer som inkluderas måste den klara av att förändras och anpassa sig till nya levnadsvillkor (Garbarino, 1992; Bäck-Wiklund, 2003).

Familjen kan beskrivas som en psykologisk, snarare än en fysisk plats och den viktigaste platsen för mänsklig utveckling. Familjen är den största skydds- och riskfaktor vi har att göra med. En del av familjens funktion är att vara närande, skyddande och socialiserande. Om närandet och skyddandet underordnas kontroll, hot, repression och våld blir familjen destruktiv istället för närande (Garbarino, 1992).

Familjen är en central aspekt av människans ekosystem. Familjen är en grupp människor som delar kärlek, intimitet och omsorg om barnen, samtidigt som den kan betraktas som en

social institution som reflekterar och tjänar ett större system, makrosystemet. Familjen håller ihop människan som ras och utgör ett band mellan det förflutna och framtiden (Garbarino, 1992).

För barn är det särskilt viktigt att familjen kan utgöra en plats där den individuella utvecklingen samverkar med den kollektiva. Familjen behöver klara mycket. Utrymme behövs för olika behov och för förhandling dem emellan. Familjen ska vara vårdande, samhällsanpassad, ekonomiskt- och juridiskt funktionell. Den ska rymma egna och andras drömmar och ideal, varierande känslomässiga behov, anpassa sig efter tidens förändrade krav. Föräldraskapet måste klara av besvikelser och drömmar.

"Förhandlande" och avsaknad av förebilder anses karakterisera den nutida familjen. Krav på förhandling i kombination med tidsbrist riskerar att skapa en situation där framtiden åter upptas (Bäck-Wiklund, 2003).

Också sociologisk teori belyser förändringar som påverkat familjelivet under de senaste årtiondena. Bland annat anses brist på tillit vara ett av vår tidsepoks största folkhälsoproblem (Beck-Gernsheim, 2002; Kallenberg & Larsson 2004). De påtalar att framtiden är närvarande i nuet mer påtagligt än tidigare, särskilt ifråga om ekonomi och hälsa/ohälsa. Den enskilda individen har tillgång till kunskap och information som möjliggör att ohälsa kan förebyggas om hon agerar "rätt". Familjelivet betraktas också som mer riskabelt på så sätt att var och en måste vara beredd på att klara sig själv, också inom familjen. De förändringar som avses gäller bl a att antalet äktenskap har minskat och antalet skilsmässor har fördubblats efter 1970-talet. Äktenskapet har för många förändrat innebörd. Omgiften och styvfamiljer har alltid funnits men har tidigare ofta skett pga mortalitet. Reglerna för giftermål och separation har förändrats och livet styrs av en annan typ av osäkerhet än tidigare. Såväl män som kvinnor har en annan frihet än tidigare och relationer är mer utsatta för förändring. Vägledning som tidigare kom ifrån kyrka, klass och traditioner, styrs nu mer av arbetsmarknad, välfärdsområde, utbildningssystem och det juridiska systemet. Individen måste producera egna regler, något som skapar behov av vägledning och experthjälp. Offentliga institutioner förväntas skydda individen genom tjänster, regler och förhållningssätt. Planerandet får också en annan innebörd när vardagen måste ta hänsyn till framtiden. Synsättet på framtiden har förändrats från mer deterministisk och "ödesbestämd" till att obegränsade möjligheter står tillbuds för den som kan utnyttja dem. Den ökade individualisering av livet både livet utanför och inom familjelivet ställer nya krav på

individer som måste säkra sig själva. Att planera inför framtiden blir nödvändigt och för många en påtaglig stressfaktor. (Beck-Gernsheim, 2002).

Förändringar som sker för familjer påverkar barnen. Barn är avhängiga hur föräldrar hanterar omställningar. Familjer utvecklas utifrån summan av tidigare utveckling, en del av utvecklingen beror på kulturen andra på mer individuella faktorer (Efran & Green 2000).

Utifrån ett livscykelperspektiv befinner sig familjer med förskolebarn i den del av utvecklingen som benämns som "childbirth and dealing with the young" (Nichols & Pace-Nichols, 2000 s. 16). Denna del av familjens livscykel karakteriseras av att familjemedlemmar är på väg mot individuation samtidigt som föräldrarollen utvecklas och måste utveckla acceptans för olika personligheter. Hur familjer löser övergångar mellan olika utvecklingsstadier anses av ett flertal familjeforskare vara särskilt viktigt för hur familjen utvecklas. Barns förändring och utveckling ställer ständiga krav på anpassning. Om denna anpassning sker fortlöpande, och/eller om den stagnerar och stannar upp, betraktas som viktigt för familjens fortsatta utveckling. Samma sak gäller hur mindre och vanligt förekommande små förhandlingar hanteras (Nichols & Pace-Nichols, 2000).

Barn kan betraktas utifrån ålder, utveckling och juridisk status. Ju yngre barnet är ju mindre bestämmer det själv. Juridiskt och kunskapsmässigt är barnet utelämnat till andra. Barnet växer och utvecklas oavbrutet; biologiskt, socialt och kulturellt. De blir större, tyngre, längre och få fler celler. Foster- och spädbarnstid karakteriseras av livets högsta tillväxthastighet. Tillväxten planar sedan ut något under förskoleåldern från ca 3/4-5/6 års ålder och tar sedan fart igen i samband med skolstart, och sedan en gång till i början av puberteten. Under barn- och ungdomstiden spelar det stor roll hur åldersbundna och miljömässiga förändringar sammanfaller. Under de första levnadsåren sker utvecklingen ofta utifrån en given ordningsföljd även om vissa delar ibland kan ta plats på bekostnad av andra. God omvårdnad är en förutsättning för optimal utveckling. Barn är särskilt känsliga för riskfaktorer. Nya utvecklingssteg möjliggör ytterligare andra. Biologiska egenskaper tar stor plats och individuella variationer syns mindre tydligt under tidig barndom än senare i livet. Under optimala omständigheter följer tillväxten en förhållandevis förutsägbar ordning. Barnens egenskaper och förhållandet till miljön förändras under

utvecklingens gång. De formas av sina erfarenheter och anpassar sig efter omgivningen (Garbarino, 1992; Rutter, 2000).

Det sker också en ömsesidig påverkan mellan föräldrar och barn, föräldrar formas också efter sina barn. Utveckling avser att någonting sker i en viss ordning och oftast har en biologisk komponent. Ett litet barn växer till ett större utifrån vissa givna tidsbundna förändring men all förändring är inte liktydigt med utveckling. En ständig anpassning sker utifrån ett samspel mellan individuella och omgivningsmässiga förutsättningar. Vissa aspekter är kvantifierbara såsom längd och vikt, medan andra är kvalitativa och kan vara svåra att mäta. Att barn växer behöver inte vara liktydigt med att de utvecklas väl. Förändring behöver inte heller vara liktydig med utveckling (Garbarino, 1992).

Interventionsarbete för familjer och barn

Intervention inom medicinen är enligt nationalencyklopedin ett vetenskapligt samlingsbegrepp som omfattar förebyggande eller behandlande åtgärder. Wikipedia förklarar intervention som en sorts ingripande eller medling, och avser en situation där tredje part ingriper för att värna sina intressen (www.nationalencyklopedin.se, www.wikipedia.com) .

Interventioner skiljer sig åt avseende nivå, fokus och innehåll. Nivåmässigt kan de vara universella, samhällreliga, indikerade eller riktade. Fokus kan vara riktat gentemot familjen som helhet, samspelet mellan familjemedlemmarna och deras känsla av sammanhang. Andra fokuserar mer på sociokulturella faktorer eller har ett mer ekokulturellt fokus (familjens göromål inom familjen). Interventioner skiljer sig också åt beroende på om familjen huvudsakligen är en miljö för åtgärder avsedda att hjälpa en identifierad person/familjemedlem eller om familjen som helhet är fokus för interventionen (Granlund, föreläsning Lund 110404; Sameroff & Fiese, 2000; Ferrer-Wreder & Stattin, 2005).

När det gäller interventioner för att förhindra viktökning hos förskolebarn behöver en intervention riktas till familjen. Familjebaserade interventioner har visat goda resultat ifråga om ett flertal problemområden såsom regleringssvårigheter avseende mat, sömn, anknytningssvårigheter, misshandel, uppförande problem, emotionella problem, mat- ät problematik (fetma och anorexi) och somatiska problem (Carr, 2009). I samband med att barn drabbas av diabetes har familjebaserade interventioner påvisat positiva resultat ifråga om

förbättrat familjeklimat och påverkat regleringen av sjukdomen på lång sikt (Forsander et al., 2000; Cederblad M föreläsning Lund, 2010 10 28).

Problematik som orsakas av beteende- och utvecklingsmässiga faktorer är ett resultat av en kombination av faktorer som mer har att göra med omgivningsmässiga faktorer än individens inre faktorer (Sameroff & Fiese, 2000). Tidiga interventionsprogram för barn har traditionellt grundat sig på utvecklingsmässiga antaganden om att barn som drabbas av svårigheter tidigt i livet ofta också får svårigheter senare i livet, ett antagande som reviderats efterhand som longitudinella studier visat att så inte behöver vara fallet. Barns kompetensnivå tidigt i livet predicerar inte linjärt kompetensnivån senare i livet. För att en intervention ska kunna predicera effekter måste effekter av faktorer som familj och social omgivning tas med i beräkningen. Interventionsprogram har inte förutsättningar att lyckas om de endast riktas mot det individuella barnet. Det är viktigt att det också sker förändringar i omgivningen som utgör någon form av buffert som kan ”buffra” stressfulla livshändelser framåt i tiden (Sameroff & Fiese, 2000).

Nivåmässigt kan interventionsarbete enligt Sameroff & Feise (2000) kategoriseras som primärt, sekundärt och tertiärt (Sameroff & Fiese, 2000). Primär prevention sker innan sjukdomen brutit ut, sekundärt interventionsarbete utförs efter att sjukdomen identifierats men innan den orsakat skada, och tertiär prevention sker efter att sjukdomen orsakat skada med avsikten att förhindra ytterligare skada. Denna uppdelning fungerar bäst ifråga om biologiskt förankrade sjukdomar men kan vara svår att renodla ifråga om problematik med psykologisk grund där den biologiska delen endast svarar för en liten del.

I en svensk kunskapsöversikt, skriven på uppdrag åt Socialstyrelsen, beskriver ett annat klassificeringssystem för prevention, promotion och behandling. Nya tankar kring preventionsterminologin belyses med utgångspunkt ifrån tankar framförda av amerikansk vetenskapsakademi för att förebygga mental hälsa (Stattin & Ferrer-Wreder, 2005). Begreppen primär-, sekundär- och tertiärpreventionsnivå som använts i folkhälsosammanhang utvidgas och man talar om universell, selektiv och indikerad prevention. Universell prevention är en typ av intervention som inte tar hänsyn till graden av riskfaktorer. Den riktas inte till enskilda individer utan ska kunna vara till nytta för alla genom att främja skyddsfaktorer. Den skiljs ifrån promotion, vars syfte är att befrämja hälsa och välmående genom att främja tex skyddsfaktorer såsom anknytning och annan motståndskraft. Selektiv prevention riktar sig sedan till undergrupper som exponeras för särskilda riskfaktorer. Den riktar sig till en grupp individer som

betraktas som utsatta för risk. Indikerad prevention identifierar individer i riskzonen. Den indikerade preventionen skiljer mellan undergrupper men är intresserad av de faktiska individerna.

Interventionsprogram har gått ifrån att tidigare huvudsakligen vara expertorienterade, så kallat "top-down" orienterade, till att ta större hänsyn till deltagarnas önskemål, mer så kallat "bottom-up" orienterade, något som kan betyda av att man öppnar programmen för fler individer. Det finns risker och fördelar med båda typerna av uppbyggnad, beroende på vad syftet är. Trender inom det ena eller andra området är alltid förenat med fara och man lyfter fram vikten av att kombinera dessa förhållningssätt (Stattin & Ferrer-Wreder, 2005).

När det gäller hur, var och när interventioner ska ges, utgår man ofta ifrån socioekologisk teori; där en viktig utgångspunkt är att närsamhället är av stor vikt för familjens utveckling (Sameroff & Fiese, 2000; Stattin & Ferrer-Wreder, 2005).

Många befintliga preventionsprogram tar sin utgångspunkt i kunskap om risk- och skyddsfaktorer och behöver också kunskap om hur sådana faktorer förändras över tid. En ekologisk interventionsmodell tar hänsyn till inflytandet av omgivningsmässiga faktorer. Bortsett från enskilda extrema dysfunktionella faktorer, är det antalet snarare än riskfaktorernas natur som huvudsakligen determinerar utfallet (Sameroff & Fiese, 2000; Werner & Smith, 2010; Rutter, 2000).

Det finns också risker med prevention och behandling som kan kopplas till den informationsrika tidsanda som nu råder. Mindre familjer, brist på nätverk och de många möjligheter som nu finns för den enskilde individen att förebygga sjukdom, kan för många utgöra stressfaktorer. Föräldrar är mer utelämnade till "experter" samtidigt som antalet experter växer och rådgivning riskerar att förvirra och motverka sitt syfte istället för att hjälpa (Beck-Gernsheim, 2002).

Föräldrastress

Föräldrastress avser en förälders upplevelse av stress i relation till föräldraskapet.

Stress beskrivs som ett fysiologiskt tillstånd som uppstår när individen själv eller närstående utsätts för hot. Individens sårbarhet och tillgängliga sk."coping" strategier i

kombination med tidigare erfarenhet anses avgörande för hur vi som individer hanterar stressfulla situationer (Lazarus, 2006; Koch, 2009).

Med utgångspunkt ifrån att föräldrar, särskilt till småbarn, i kliniska sammanhang ofta uttryckt upplevelser av stress har olika sätt att mäta upplevelser av stress relaterat till föräldraskap gjorts (Abidin, 1990; Östberg, Hagekull & Wettergren, 1997).

Faktorer som antas ha ökat föräldrars upplevelse av stress under de senaste årtiondena är en ökning av rollkonflikter i föräldraskapet, samtidigt som det sociala nätverket för många familjer minskat. Ökad föräldrastress har särskilt uppmärksammats i samband med sjukdom och/eller annat som ökar belastningen i familjen. Det har i olika sammanhang uppmärksammats att föräldrastress kan leda till negativa konsekvenser i relationen mellan förälder och barn. Föräldrastress anses viktigt att beakta bland annat utifrån ett anknytningsperspektiv och utifrån föräldrarnas svarsbenägenhet gentemot barnet (Östberg, 1997).

Föräldrastress har särskilt studerats i samband med ospecifika regleringssvårigheter, ofta gällande sömn och mat, under småbarnstiden (Östberg & Hagekull, 2000). Faktorer som oftast kopplas till föräldrastress är tidiga upplevelser och livshändelser i föräldraskapet såsom dagliga föräldragöromål, depression post-partum, ekonomisk stress och/eller upplevelser av brist på socialt stöd. Föräldrars upplevelser av stress tycks återverka på hur de upplever barnet (Östberg & Hagekull 2000). Ett flertal studier har visat att stress hos föräldrar ökar i situationer då barnen drabbas av sjukdom. Negativa erfarenheter, hög arbetsbörda, bristande socialt stöd, barn som upplevs som svårreglerade, flera barn i familjen, upplevelser av svårigheter med omhändertagande och hög ålder hos modern är faktorer som i en svensk studie bidrog till en ökad upplevelse av stress hos småbarnsföräldrar (Östberg & Hagekull, 2000).

Att stress ofta upplevs i samband med livsovergångar av olika slag och i situationer då nya krav upplevs anses idag välkänt (Westerlund, 2012). Sjukdomstillstånd hos barn ökar upplevelsen av stress i föräldraskapet, vid osäkerhet fortsätter upplevelsen av stress att öka medan den tenderar att sjunka om sjukdomen stabiliserats, till exempel hos föräldrar till barn med diabetes (Östberg, 2007).

En svensk studie har följt föräldrar till små barn med mat och sömnsvårigheter och sedan jämfört dessa föräldrar med föräldrar till barn i motsvarande ålder som inte haft svårigheter tidigt i livet. Mödrarna till barnen med de tidiga regleringssvårigheterna upplevde fler problem med sin egen hälsa, fler psykosociala problem och var mindre nöjda med sitt sociala stöd än mödrarna i

jämförelsegruppen. Detta trots att de aktuella hälsoproblemen vid det senare mättillfället var samma i de båda grupperna (Östberg & Hagelin, 2010).

Barnfetma är i sig inte ett allvarligt sjukdomstillstånd men tenderat att vara ett långvarigt tillstånd som för många föräldrar upplevs som stressande. Stress hos föräldrar har visat sig ha samband med övervikt hos barn även om sambanden inte är av orsak/verkan karaktär. Hur och på vad sätt stress samverkar med barnövervikt och behandling behöver belysas ytterligare, men känt är att stress bland annat har inflytande över psykofysiologiska tillstånd på så sätt att det påverkar ämnesomsättning, upplevelse av hunger, mättnad mm (Koch, 2009; Stenhammar et al., 2010). Stress i familjen påverkar barn negativt på många olika sätt, psykofysiologiskt, beteendemässigt och när det gäller mat och ätande. I en svensk studie fann man samband mellan föräldrars psykologiska stress, lägre självförtroende och höjda kortisolnivåer hos barnen och man såg också att kumulativ psykologisk stress ökade risken för barnövervikt/fetma. I samma studie fann man också att barn i skolåldern med övervikt hade sämre kroppsuppfattning och lägre självförtroende än de normalviktiga barnen (Koch, 2009).

Stress anses vara en riskfaktor för övervikt också för föräldrar. Det idag väl känt att många kvinnor påverkas emotionellt under graviditeten, och både moder och barn är då känsliga för hög stress (Glover, 2009; Berk, 2010). Stress under graviditet anses utgöra en av många riskfaktorer för senare övervikt för barnet. Stress under graviditet kan förorsaka lägre födelsevikt hos barnet vilket sedan ökar risken för snabb viktökning då barnet efter födelsen exponeras för en näringsrik miljö (Thorn et al., 2010).

Att bli förälder anses vara en särskilt känslig period i livet då tillfredsställelsen i parrelationen minskar till förmån för en investering i barnet (Möller, Hwang & Wickberg, 2007). Socialt stöd anses minska risken för stressrelaterade komplikationer, något som anses särskilt viktigt för mödrar med låg inkomst (Hoffman & Hatch, 1996).

Oxytocin är ett hormon som är viktigt i kontakten mellan föräldrar och barn. Hormonet oxytocin har funnits ha en skyddande funktion för små barn och anses särskilt känsligt för stress. Utifrån kommande signaler som skapar ökar stresshormon riskerar att minska hormonet oxytocin (Uvnäs-Moberg, 2007). Begreppen, "food-hunger", behovet av mat, och "skin-hunger", behovet av närhet, är båda grundläggande behov för att människor ska kunna känna lugn och trygghet. Närhet anses också viktigt för mag- tarmkanalens funktion. De båda systemen överlappar, för

små barn kan närhet inte ersättas av mat utan att konsekvenserna blir ödesdiga. Mat och ätande är annars också för de flesta förknippat med andra associationer, att dela en måltid anses ofta som en fredlig gest som skapar tillit (Uvnäs-Moberg, 2007).

Psykologiska perspektiv på barn, mat, föräldraskap och hälsa.

Barnavårdscentraler, föräldrar, barn och mat

I Sverige har nästan alla barn som föds kontakt med en barnavårdscentral. De barn som medverkat i den studie som här redovisas har remitterats till behandling på grund av övervikt/fetma i samband med 4- eller 5-årskontrollen på barnavårdscentralen, en besöksform som infördes i slutet av 60-talet (Hörnfeldt, 2009).

Barnavårdscentraler har funnits i Sverige sedan 1920-talet. Från början var de så kallade "mjölkdroppe" verksamheter som utifrån franska och tyska förebilder under 1900-talets början riktade sig till mindre bemedlade mödrar för att förhindra den spädbarnsdödlighet som var hög i slutet av 1800-talet. Spädbarnsdödligheten förknippades då med ökad flaskuppfödning och man ville nå mödrar med rådgivning för att förebygga spädbarnsdödligheten. Folktribaserade föreställningar om mjölköverförda sjukdomar gjorde då att mödrar ersatte amning med flaskuppfödning (Hörnfeldt, 2009). Läkare kom sedan att spela en allt större roll inom barnvården. Under 1900-talet, det sk. barnets århundrade, förändrades synen på barn på många olika sätt. Likaså kom ett intresse för hälsa och välfärd som breddade ut sig över västvärlden (Ambjörnsson, 2012; Hörnfeldt, 2009). En viktig uppgift på barnavårdscentralerna har varit, och är fortfarande att främja barns viktuppgång och förebygga sjukdom. 4-årskontrollen har under de senaste årtiondena blivit ett forum bland annat för kostråd, vilka förändrats mycket på kort tid. På 1960- och -70-talet rekommenderades mjölk- och mjölprodukter men inte grönsaker. Under de senaste årtiondena, innan övervikt problematiserats hos barn, har barnen inte varit undernärda men på grund av en ökande problematik med karies kom 4-årskontrollen att bli ett forum för mat och kostråd även om tanken vid införandet var att den också skulle fylla en psykosocial funktion (Hörnfeldt, 2009).

I relationen mellan föräldrar och barn har mat och ätande särskilt stor betydelse. Föräldrar har med sig olika föreställningar och erfarenheter kring vad, när och hur man äter.

Föreställningar och erfarenheter som för många är starkt förankrade i myter och attityder som vuxit fram under generationer. För späda och små barn är mat och ätande starkt knutet till överlevnad såväl fysiologiskt som psykologiskt (Hoffman, 2002).

Under de senaste årtiondena då tillgången på mat varit god i Sverige har måltiden och ätandet fått ett pedagogiskt värde. Expertutövning ifråga om mat och ätande har i olika sammanhang ersatt måltiden med "matsituationen" något som ibland förknippas med en framväxande marknad av experter på området (Juul, 2008). De psykologiska delarna i måltiden/mat och ätande, är faktorer som berör förhandling, förening, den gemensamma dialogen och ibland maktutövning. Återkommande teman i familjers måltider i familjer med förskolebarn är att föräldrarna ofta måste hantera en kommande separation eller en återförening efter en dags separation där barnen också behöver psykologisk näring (Uvnäs-Moberg, 2007). Förhållandet till mat och ätande har under senare årtionden både förenklats då såväl andra levnadsförhållanden som kunskap, tillgång till och utbud av mat förändrats mycket på kort tid.

Att äta är en social, interaktiv och kulturell handling. Mat och ätande spelar också central roll relationellt och psykologiskt. Svårigheter med mat och ätande hos barn kan se ut på många olika sätt. Barn kan ha svårt att suga, tugga, gå över från en konsistens till en annan. Viktminskning hos barn har setts bero på oförmåga att be om, ta emot, ta in, processa och behålla tillräckligt med mat för att kroppen ska växa (Maldonado-Duran & Barriguete, 2002). Barn har också olika intresse för att äta. Vissa barn vill äta mindre, andra mer än vad som anses berättigat. De kan ha svårigheter att känna hunger eller mättnad, något som ofta kan föranleda konflikt. I situationer som berör mat och ätande inryms mycket av det som finns i den totala relationen mellan barnet och föräldern/vårdaren. Faktorer av vikt finns hos föräldern, hos barnet och i omgivningen. Interaktionen mellan barn och vårdgivare är viktig när det gäller mat- och ätande oavsett vilka faktorer som stör. Den omgivande miljön i sin helhet är också betydelsefull. Vid sjukdom eller obalans av något slag kan ett annars gott och ömsesidigt utbyte lätt förändras till en olyckligt, smärtsamt, frustrerande, konfliktfyllt samspel. Måltiden kan snabbt bli ett slagfält för olika viljor. Hur det sedan utvecklas anses bero på de olika individerna, vilket psykologiskt utrymme som finns i interaktionen mellan dem, den sociala och den kulturella kontexten (Hoffman, 2002).

Hoffman (2002) som studerat föräldraskap genom historien betonar vikten av olika kulturella teman som viktiga determinanter när det gäller hur familjer förhåller sig till sina barn;

hur man ska uppfostra dem, vilka drag som ska främjas och vilka som ska avvärjas. Sådana teman kan få stor betydelse för samhällen, familjer och enskilda barn. En blandning av myter och föreställningar som representerar föräldrars vägledning genom flera generationer, guidar vuxnas och föräldrars beteenden. Myterna upprätthålls genom de former de får, de kan överföras genom berättelser, sånger och traditioner (Hoffman, 2002).

Hur småbarnsföräldrar idag förhåller sig till måltider, familjens och barnens mat är ett teman som undersökts i en avhandling (Anving, 2012). Studien är baserad på 30 intervjuer som representerar; stad och landsbygd, olika familjekonstellationer, klass och kön. Ett tema som var genomgående var att de deltagande föräldrarna uttryckte att de upplevde en otillfredsställelse i skillnaden mellan hur det egentligen var och hur de tyckte att det borde vara. Maten och ätandet upplevdes ibland som lustfyllt men mer vanligt förekommande var att det upplevdes som präglad av normer och krav på vad man borde/inte borde äta. För flertalet intervjuade representerade maten och måltiden en skarp skiljelinje mellan livet före och efter första barnets födelse. Skillnaderna avsåg hur föräldrarna ägnat sig åt mat och ätande både ifråga om tanke och handling före och efter barnets födelse. I samband med första barnets födelse hade det för samtliga skett en stor förändring i förhållningssättet till mat. Att inte äta tillsammans sågs negativt. Måltiden sågs också som en träffpunkt och som en symbol för att de skulle betrakta sig som respektabla familjer. Närstående personer hade också stor betydelse för måltiden, ibland positiv, ibland negativ. De kämpade alla med att förhålla sig till alla råd om vad som är bra mat (Anving, 2012).

Tid, kunskap och ekonomiska förutsättningar fanns med i tankarna på mat. Maten sågs av många som viktig kommunikation till omvärlden och var stark kopplad till barnuppfostran. Att barnen åt var viktig bekräftelse för föräldrarna, särskilt mödrarna.. Släktingars normer och önsknings sågs av många som komplicerande. Relationerna beskrevs som förstärkta efter barnens födelse.

Skillnader sågs mellan mödrar och fäder. Mödrarna tänkte ständigt på måltiden som skulle planeras, organiseras och synkroniseras med övriga aktiviteter. Mödrarna värderade sin egen upplevelse av sig själv som förälder utifrån om barnen åt eller inte betydligt mer än fäderna (Anving, 2012).

Föräldrastil och gränssättning

Föräldrastil och kontroll i föräldraskapet har varit av särskilt intresse i samband med föräldraberade interventioner för att behandla barnövervikt. Ett flertal studier har funnit att interventionens sammanhang varit till fördel om klimatet i familjen varit stödjande och föräldrarna varit ansvarstagande och reglerande utan att vara kontrollerande. Såväl hög kontroll som släpphänthet har visat sig vara negativt (Rhee, 2006; Kitzmann, 2008).

Myter och attityder är viktiga när det gäller föräldrastil och gränssättning i förhållande till mat och ätande. Det finns ett flertal studier som också i andra sammanhang har undersökt föräldrastilar, bland annat utifrån begreppen "locus of control" i föräldraskapet. Auktoritära, släpphäntha och så kallat auktoritativa föräldrastilar har jämförts. Man har funnit att en auktoritativ föräldrastil som karakteriseras av att föräldern tar ansvar och bestämmer samtidigt som de respekterar barnet, är mest gynnsam för barn (Gottman, 1997). "Facilitators" och "regulators" är begrepp med motsvarande innebörd som har använts i andra studier. Med "regulators" menas föräldrar som vill att barnet ska följa dem, medan "facilitators" avser föräldrar som underlättar för barnet. Både och behövs men det kan vara svårt för en förälder att ställa om efter vad som behövs utifrån ålder och utveckling om föräldrarnas egen regleringsförmåga är för mycket eller för lite av något (Raphael-Leff, 2009). Hur föräldrars så kallade "locus of control" präglar barn har också undersökts och det har i en svensk studie visat sig att båda föräldrarnas "locus of control" präglar barnet förhållningssätt redan under det första levnadsåret något som sedan ökar efterhand som barnet blir äldre (Hagekull et al., 2001).

När det gäller mat och ätande har studier gjorts där föräldrars förhållningssätt/svar gentemot sina barn kategoriserats i önskvärda, restriktiva och avvärjande. Resultaten visade att restriktiva och avvärjande svar från föräldern väldigt tidigt i barnens liv kunde kopplas till att barnen svarade tillbaks avvärjande vilket ökade antalet konflikter, något som de kopplade till att barn tidigt i livet kämpar för att få vara sig själva (Hoffman, 2002).

Begreppet gränssättning används ofta när det handlar om barn och föräldraskap. Gränssättning kopplas till hur föräldrar hanterar önskvärda och icke önskvärda beteenden hos barn. Föräldrars förhållningssätt till gränssättning påverkas av attityder och förhållningssätt som förmedlats genom viktiga personer och modifieras sedan utifrån egna erfarenheter och kunskap som förmedlas av "experter".

Begreppet gräns kan vara svårt att koppla till förhållningssätt. Ordet gräns betyder att två områden skiljs från varandra, abstrakta eller konkreta (www.wikipedia.org 2012). På engelska används två olika begrepp, "border" och "boundary". Boundary är ett mer flexibelt begrepp som används i psykologiska sammanhang. En funktionell beskrivning av vad som avses här är att psykologiska (relationella) gränser är semipermeabla och tillåter informations- och meningsutbyte från båda sidor. De behöver också vara dynamiska så att de ständigt kan omförhandlas utifrån situation och tidpunkt (Schwarz, 2002). Gränser kan i denna bemärkelse vara fullt funktionella eller dysfunktionella. Dysfunktionella är de om flödet bara fungerar åt ett håll så att för mycket information flödar igenom och de är osynliga eller inte finns, eller om de är ogenomträngliga, slutna och/eller hotfulla (Schwarz, 2002).

Gränser kan också delas upp mer strukturellt i generella och personliga. Under tidig barndom är det de personliga gränserna som viktiga för barnet. Barnet lär genom dem känna sin förälder. Dessa personliga gränser måste sedan sättas i relation till, och förhandlas i förhållande till de mer generella gränserna som finns i miljön utanför familjen (Juul, 2011).

Risk- och skyddsfaktorer och hälsa

Resiliens ("resiliency") är ett begrepp som avser återhämtningsförmåga, en teoretisk konstruktion som belyser risk- och skyddsfaktorer viktiga för hälsa. Faktorer såsom härdighet, adaptation, anpassning, bemästrande, att passa in mm, är faktorer som minskar sårbarhet och utgör buffertar mellan individen och omgivningen. De är viktiga för både barn och vuxna. Risk och skyddsfaktorer belyser faktorer av vikt för att mental hälsa ska kunna uppnås och används bland annat för att göra riskbedömningar.

Barn ses som delaktiga och aktiva i organiserandet av sin omvärld. Människans drivkraft att välja ses delvis som genetisk men också som meningsskapande och organiserande, man utgår ifrån att människan behöver "anledningar" till varför hon handlar som hon gör. Anledningarna och förevändningarna modifieras efter vilka svar de får och den närmaste omgivningen är viktig när det gäller att guida framtida beteende (Sameroff, 1994). En utgångspunkt är att barn dras mot homeostas, något som gör att enskilda trauman sällan leder till stora problem. Fara föreligger då antalet riskfaktorer hopar sig. Om de blir för många kan de inte "buffras" med hjälp av skyddsfaktorer. Sårbarhet är isig inte kopplad till någon särskild tidpunkt i livet men för små barn är utvecklingen särskilt sårbar om de utsätts för vissa typer av brister eller faror..

Risk beskrivs inom 3 dimensioner; yttre risk/skydd; sårbarhet/osårbarhet; brist på motståndskraft/motståndskraft. Grundantagandena är att adekvat ”näring” tidigt i livet tillsammans med åldersanpassad stimulans utgör skydd. Risk- och skydds faktorer betraktas som interaktiva, dvs de finns inom barnet och i interaktionen med omgivningen. Att lägga till skyddande faktorer kan öka skydd. Risk och skydd kan interagera på olika vis såsom genom tid och varaktighet. Begränsad utsatthet kan minska risker men inte med säkerhet (Rutter, 2000).

En viktig utgångspunkt är att man måste se till fler faktorer än symptom, särskilt när det gäller barn. Man belyser vikten av att se till hur den tidsanda vi lever i påverkar oss. Den stress som människor exponeras för får inte vara för hög om mental hälsa ska kunna uppnås. Man påtalar inom resiliensteori vikten av att försöka förstå de faktorer, såväl inom individen som inom den omedelbara och den utvidgade omgivningen, vilka skyddar och förebygger emotionella- och beteende problem från att bli för omfattande. Att förstå dessa faktorer anses lika viktigt som att förstå andra mer etiologiska faktorer som bidrar till störningar och sjukdom. Kunskap om risk- och skyddsfaktorer anses särskilt viktigt i interventionssammanhang. Metaanalytiska studier har visat att det är möjligt att bekämpa dåliga odds och reducera emotionella problem om man använder sig av denna typ av kunskap (Sheridan, Eagle & Dowd 2005).

Kunskap om interaktionen mellan risk- och skyddsfaktorer anses särskilt viktig. Att kunna hantera omställningar i omgivningen och att kunna hantera relationer på ett hyggligt sätt påverkar individens motståndskraft på ett flertal nivåer. Anpassning och sammanhållning anses som särskilt viktigt, båda utifrån ett kontinuum (Sheridan, Eagle & Dowd, 2005). Anpassning avser flexibilitet/rigiditet. Ett hälsosamt system antas vara adaptivt och stabilt; strukturerat och flexibelt. Viktigt är att kunna ställa om efter rådande omständigheter. Sammanhållning bör ses utifrån ett kontinuum som varierar mellan överinvolvering, för lite distans, i kontrast till för mycket distans, där känsla av enhet och respekt för den egna personen anses som mest verksamt för att bygga motståndskraft.

Familjer har alltid behövt stöd av omgivningen/samhället i sin utveckling. Som livet ser ut behöver samhället kunna erbjuda stöd till familjer. Enligt Dunst (1994 i Sheridan, Eagle & Dowd, 2005) bör sådana servicefunktioner bygga på att stärka individen, inte fungera utifrån expertperspektiv. Att identifiera familjers behov och låta behoven utgöra bas för interventionen anses viktigt. Familjen anses själv bäst kunna identifiera sina behov. Viktigt är att använda

befintliga styrkor och förmågor till att kunna mobilisera familjens resurser. Att identifiera tillgångar och mobilisera styrkor för att uppnå självvalda mål, maximera de sociala nätverkens stöd, intra- och intersystemiskt samarbete och partnerskap är väsentliga faktorer för att underlätta familjers utveckling, likaså att använda hjälpbeteende som tillgängliggör egen kompetens och ser till både process och utfall (Dunst, 1994; i Sheridan, Eagle and Dowd, 2005).

Familjen när det uppstår sjukdom

Hur familjen betraktas i samband med att någon drabbas av sjukdom har varierat beroende på tidsanda och kunskap. Med utgångspunkt ifrån att terapeutiska skolor tenderat att klassificera och patologisera förhållningssätt som kanske uppstått under stress och rädsla har J. S. Rolland (1994) skapat en struktur för en mer integrativ behandlingsmodell för familjer som drabbas av sjukdom. Han lyfter fram vikten av att sjukdom ges en psykosocial mening som kan ge familjen kraft och fungera som vägvisare i livet (Rolland, 1994). Att det skulle finnas ”normala familjer” som inte har problem ses som en myt (Walsh, 2006). Olika relationsstilar och personlighets drag existerar längs ett kontinuum och förstärks ofta vid sjukdom och hög stress. Drag som i andra sammanhang kan betraktas som negativa kan då fylla en positiv funktion, t ex stark sammanhållning och närhet. Viktigt är enligt Rolland att skapa en bild av hur sjukdomen kan komma att utvecklas och påverka systemet. Det är därför viktigt att skapa en uppfattning om systemet, hur individen och systemet hänger ihop och hur familjens värdesystem ser på sjukdomen (Rolland, 1994). För behandlaren är det viktigt att kartlägga i vilken utvecklingsfas familjen befinner sig då de drabbas och hur sjukdomsförloppet ser ut. Om det kommer akut eller utvecklas gradvis, om förloppet är progressivt, konstant eller sker i skov, om utfallet är fatalt eller inte och om sjukdomen medför begränsningar avseende rörlighet, synlighet eller något annat (Rolland, 1994).

När det gäller barnövervikt kan det vara en stor fördel att undersöka hur familjen ser på problematiken. Interventioner som prövats beskriver ofta svårigheter när det gäller att motivera föräldrar att delta. Föräldrar förefaller ha svårt att prioritera medverkan. Till viss del troligtvis pga att det kan vara svårt för föräldrarna att uppfatta att barnets övervikt problematisk. I USA har studier beräknat att endast ¼ del av föräldrar till överviktiga barn ser att de är överviktiga och färre än 20% får behandling (Berk, 2010). Också i Sverige tycker föräldrar att det är svårt att se

att deras barn är överviktiga (Marken, 2006). Att se och uppfatta övervikt hos ett förskolebarn kan vara svårt och hur man uppmärksammar denna typ av problematik är viktigt när det gäller att motivera föräldrar. I andra familjer är det ett prioriterat tillstånd för att det orsakat någon eller båda föräldrarna stort lidande, i ytterligare andra familjer finns det andra sjukdomar som måste prioriteras.

Själva uppmärksammandet av denna typ av problematik och svårigheten att åtgärda den kan tänkas bidra till en ökad upplevelse av stress i föräldraskapet.

Familjebaserade interventioner vid barnövervikt/fetma

De begrepp och tankegångar som ovan diskuterats och illustrerats är viktiga ifråga om interventioner som berör föräldraskap och barn i förskoleåldern. De berör begrepp och områden som anses som inflytelserika inom fältet pediatrik psykologi. Begrepp som anses viktiga ifråga om interventioner är; tydligt fokus, utvecklingsmässiga aspekter, förhållningssätt och begränsningar.

Familjebaserade interventioner är av stor betydelse särskilt när det gäller behandling och prevention av övervikt hos förskolebarn men trots att interventioner ger goda resultat för flertalet som medverkar kvarstår problematiken för många efter medverkan. Att motivera föräldrar att medverka har också visat sig vara svårt. Många föräldrar har avböjt medverkan. En annan svårighet som visat sig efter interventionerna är att viktnedgångens varaktighet visat sig vara begränsad (Kitzmann, 2008; Epstein, 2007; Oude-Luttikhuis, 2009).

De interventioner som prövats beskriver ofta svårigheter när det gäller att motivera föräldrar att delta. Föräldrar förefaller ha svårt att prioritera medverkan.

De interventioner som beskrivits har haft samma målsättning men skiljer sig åt ifråga om innehåll. Interventionerna skiljer sig åt ifråga om vägen till målet. Vissa interventioner fokuserar beteendeförändringar när det gäller rörelse och mat medan andra har fokuserat mer på föräldrastil. Det som framkommit är bl a att föräldrars förhållningssätt till barnets mat och ätande är viktigt. Studier som utvärderat föräldrastilar har påvisat att såväl över- som underkontroll fungerar dåligt (Moens, Braet & Saelnes, 2007, Young et al., 2007). I interventioner där både föräldrar och barn varit föremål för viktnedgång och förändrade matvanor, har barnens matvanor förbättrats och gett varaktigare resultat ifråga om förändrade och förbättrade matvanor

än vad de gjort för de vuxna. Bäst resultat ger förändringar som genomförs för hela familjen (Epstein, 2006).

Problematiskt med de interventions studier som finns att tillgå, är att problematiken med övervikt/fetma beskrivs som homogen, något som gör att det är svårt att utläsa hur, och för vem interventionerna är bra och för vilka de inte har önskad effekt. Detta är ett problem som uppmärksammas i ett flertal studier som utvärdera och försökt kartlägga för vem interventionerna haft effekt och för vilka de inte haft avsedd effekt (Kitzmann, 2008; Rhee, 2006; Moens, 2009).

Sammanfattningsvis kan sägas att interventioner som involverar föräldrar fungerar bra för familjer som är motiverade att delta. Familjeterapeutiska interventioner har förutsättningar att hjälpa familjer såväl med viktminskning som med förbättrade relationer.

Den intervention som avses här

Den intervention som avses här bygger på principer som finns beskrivna i det avsnitt som behandlar interventioner som ansetts fördelaktiga när det gäller att behandla och förebygga övervikt hos förskolebarn

Interventionen är att betrakta som indikerad och ges på en sekundär nivå. Den kan betraktas som en blandning av "top-down" och "bottom-up" struktur vilket innebär att den delvis bygger på expertorienterad kunskap avseende teman av vikt som ska avhandlas, samtidigt som mycket utrymme lämnas till de medverkande föräldrarna att påverka vad de önskar belysa.

Den genomförda interventionen är en del av ett större projekt för att förebygga övervikt/fetma hos förskolebarn i Mellersta Skåne (Thorngren-Jerneck 2007).

Det är en psykologledd intervention, utarbetad av Malin Broberg, leg. psykolog och docent vid institutionen för psykologi i Göteborg. Därefter är den modifierad av mig själv utifrån gruppernas storlek och deltagarnas behov. Det är också jag själv som varit gruppleddare i samtliga grupper. Interventionen har getts till en randomiserad klinisk grupp. Den har riktats uteslutande till föräldrar och är utformad utifrån ett gruppformat. Interventionen är utarbetad utifrån ovan beskrivna erfarenheter av familjeinriktade interventioner riktade till förskolebarn med övervikt/fetma.

Målsättningen har varit att införa stegvisa förändringar med fokus på hela familjen och att hitta en bra balans mellan värme och kontroll i föräldraskapet. Målsättningen har varit att förebygga viktökning på sikt.

Liknande tankegångar finns i andra föräldrastödsprogram som publicerats under den tid som projektet varit pågående (West et al. 2010).

De familjer som deltagit i vår intervention har inte efterfrågat utan erbjudits medverkan som del av ett deltagande i hela projektet. Medverkan i projektet i sin helhet har för föräldrarna inneburit ett flertal träffar utöver interventionsträffarna. Några av familjerna har upplevt barnets vikt som problem och efterfrågat någon form av hjälp medan andra har uppmärksammats på att det är ett problem. Upptagningsområdet har utgjorts av ett stort sjukvårdsdistrikt vilket gjort att restid och resekostnad varit olika från familj till familj.

Interventionen var från början avsedd att omfatta föräldrar till ca 8 barn/grupp men pga väntetiden har grupperna startas upp när det funnits 6-8 barn randomiserade till denna intervention, Väntetiden har varierat beroende på att minst 6 familjer behövdes för att en ny grupp skulle startas upp. Då många haft svårt att komma varje gång har antalet som kommit till varje grupptillfälle varierat mellan 10 och 1. Interventionen har pågått mellan hösten 2008 och sommaren 2011 och uppföljning pågår tom hösten 2013. Föräldrar till ca 6 barn har erbjudits delta i varje grupp. Grupperna har letts av mig, författare till denna uppsats, som är legitimerad psykolog med barn- och familjeterapeutisk inriktning. Grupperna har träffats tillsammans med endast mig vid 5 tillfällen, och vid 2 matlagningstillfällen tillsammans med mig och Lill Spennige som för Svenska hushållningssällskapets räkning har ansvarat för matlagningen.

De 4 gruppträffarna och de 2 matlagningstillfällen har ägt rum inom 6-12 månader. En träff har planerats in som uppföljningsträff ca 6 månader efter den senaste av de 6 träffarna. Den totala tidsomfattningen har varierat något beroende på när under året grupperna startas upp, beroende på hur sommar- och juluppehåll infallit.

De 5 grupptillfällena har följt följande teman

- Hälsa: Vad är hälsa? Varför lever vi inte alltid som vi önskar?
- ”Gränssättning, vanor och förändring: Hur ska jag/vi kunna förändra familjens vanor på ett sätt som förebygger ohälsa? Diskussion om vanor, förebilder, belöningar och behovet(och vinsten) av att hålla ut trots motgångar, protester och tjat.

- ”Gränssättning” och barns behov: Hur säger man nej till sitt barn? Vad behöver barnet och vad är svårt för mig som förälder?
- Framtiden: Hur kan man bibehålla en mer hälsosam livsstil? – diskussion om rimliga målsättningar, motivation och vilka situationer som försvårar/underlättar.
- 2 matlagningstillfällen avsedda att utvidga vardagsrepertoaren av god och nyttig mat som inte tar tid och passar in i vardagen.

De 4 psykologledda grupptillfällena har omfattat 90 minuter och följt följande mönster:

- Allmän diskussion om familjens aktuella situation och familjens erfarenheter av de ”hemuppgifter” vi talade om vid föregående grupptillfälle
- Temat för dagens gruppträff, kort introducerat av gruppledaren
- Diskussion kring temat, illustrerat och exemplifierat av gruppledaren och föräldrarna
- Sammanfattning och diskussion om en rimlig uppgift till nästa gång.

Innehållet har byggts på principer avseende hur livet ser ut rent faktiskt och vad man önskar uppnå. Rimliga förändringar som måste anpassas till den egna familjens kultur, föräldraskapets dilemman, att hitta strategier som inbegriper adekvat gränssättning dvs inte vara för eftergiven och inte heller vara för rigid i sin gränssättning, att stå ut med motgångar och orka ta tag i ordningen igen. Viss rådgivning har ingått avseende förändringar som ofta ger effekt medan andra, såsom restriktivitet och dieter bör undvikas.

Diskussionerna kring de teman som ovan presenterats har sett olika ut mellan grupperna och inom grupperna. Deltagarnas upplevda problem har varierat mycket och antalet deltagare har varierat ifrån gång till gång. Några familjer har varit regelbundet närvarande medan andra medverkat endast vid ett par tillfällen. Några deltagare har haft svårt att prioritera gruppträffarna, några pga oregelbundna arbetstider, andra pga svårigheter med barnvakt och konkurrerande aktiviteter. Några av de familjer som randomiserades har inte önskat medverka alls i interventionen.

Metod

Frågeställningar

De psykologiska frågeställningar som här undersöks avser att belysa:

Har de föräldrar som medverkat i en föräldrabaserad intervention i grupp, med målsättningen att förebygga fortsatt viktökning hos deras barn, genom att de besvarat samma frågor, före och efter medverkan i den interventionen, upplevt någon skillnad avseende något av följande:

- Upplevd föräldrastress (33 frågor)?
- Upplevd kontroll i föräldraskapet (10 frågor)?
- Upplevelse av att själv kunna påverka sitt liv; "self-efficacy/locus of control" (6 frågor)?

Det som inte kan besvaras här är om eventuellt förekommande förändringar i upplevelse på något av dessa områden har att göra med om barnens BMI förändrats positivt eller negativt. Det går inte heller att koppla resultaten till i vilken omfattning föräldrarna medverkat i interventionen och/eller i projektet i sin helhet.

Statistisk analys

De analyser som presenteras har gjorts med hjälp av SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 19. Analyserna är deskriptiva och icke-parametriska.

Då normalfördelningen i populationen inte är känd men två beroende mätningar finns från samma person före och efter intervention, används medianvärden och Wilcoxon's icke-parametriska test för två relaterade mätningar. Sambandet mellan mätning A och B har jämförts utifrån en rangordning av deltagarnas resultat. Medianvärden och rang vidd presenteras.

De resultat som presenteras är således medianvärden ifrån en och samma grupp vid två tillfällen, före och efter en intervention. Resultaten illustreras med medianvärden på gruppnivå, rangvidd och p-värde ("probability"-värde) med signifikansnivå på $p > 0.05$ (Aron, Aron & Coups 2008; Brace, Kemp & Snelgar, 2006).

Mätinstrument; SPSQ, PLOC och Mastery

SPSQ; Swedish Parenthood Stress Questionnaire (Östberg et al.,1997), är ett självskattningsformulär som avser mäta stress i relation till föräldraskapet. Instrumentet är en svensk variant av testet PSI, parent stress index, konstruerat av Abidin (1990). Abidin med kollegor utarbetade detta instrument i syfte att mäta stress som är särskilt relaterad till föräldraskap som uppstår mellan barn, förälder och/eller situationen runt omkring (Abidin 1990). Skalan är organiserad utifrån barnkarakteristika och föräldrakarakteristika. Barndelen har temperamentsinslag och föräldradelen är tänkt att spegla de krav som ställs på föräldern utifrån anpassningsförmåga, kravfyllda situationer, sinnestillstånd, distraherbarhet, acceptans och förstärkningar. PSI finns översatt till ett flertal språk. Modellen utgår ifrån att en förälder har en så kallad inre arbetsmodell av sig själv och upplevelsen av stress kan ses som ett resultat av hur denna går ihop med dagliga krav, livshändelser, omgivningsmässiga variabler, föräldrakarakteristika, yttre resurser, socialt stöd, copingstrategier och annan upplevd kompetens. Monika Östberg med kollegor har omarbetat skalan och anpassat den efter svenska förhållanden till instrumentet SPSQ (Östberg et al.,1997).

Den version av SPSQ som används här består av 33 frågor som mäts på en 5-gradig skala från "stämmer inte alls, stämmer dåligt, stämmer någorlunda, stämmer bra, stämmer mycket bra". 11 av frågorna är positivt formulerade i frågeformuläret. Poängen på de positivt formulerade frågorna vänds när resultatet räknas ut. Höga redovisade poäng representerar upplevelser av hög stress, det vill säga negativa resultat.

Frågorna är genom faktoranalys fördelade på 5 delskalor; inkompetens, rollbegränsning, social isolering, upplevda problem i relationen med make/maka/sambo, och hälsoproblem (Östberg, Hagekull & Wettergren,1997). De olika delskalorna avser mäta olika men relaterade aspekter som är relevanta när det gäller stress kopplad till föräldraskapet.

Delskalan inkompetens, (här 11 frågor), antas mäta centrala och generella aspekter avseende omsorg. Hög poäng betyder lägre eller bristande upplevelse av kompetens i föräldraskapet.

Delskalan rollbegränsning, (här 7 frågor), är frågor som avser mäta begränsningar i livet som är avhängiga föräldraskapet. Hög poäng avser att föräldern upplever sig mer begränsad ifråga om vad hon/han kan göra pga sitt föräldraskap/sina barn.

Delskalan social isolering, (här 7 frågor), avser mäta sociala svårigheter avhängiga föräldraskapet i situationer som ligger utanför familjen.

Delskalan avseende problem i relationen mellan maka/make (här 5 frågor), avser mäta sociala problem och svårigheter som uppstår i relationen mellan maka och make avhängiga föräldraskapet.

Delskalan hälsoproblem,(här 3 frågor), avser föräldrarnas egna fysiska hälsa.

Det totala resultatet uträknas som medelvärden av svaren (1-5) för respektive skala och avser ge en bild av den totalt upplevda stressnivån utan att motsäga någon av delskalorna (Östberg,1999).

PLOC; Parental Locus Of Control (Campis, Lyman & Prentice-Dunn,1986), är ett ofta använt instrument som avser att mäta föräldrars upplevda kontroll i föräldraskapet och duglighet i föräldrarollen. Den version som använts här består av 10 frågor och är inte uppdelad i delskalor. Instrumentet finns i en ursprunglig version som består av 25 frågor som kompletteras med en intervju. Frågorna besvaras på en femgradig skala. 1=stämmer inte alls, 2=stämmer dåligt, 3=stämmer någorlunda, 4=stämmer bra, 5=stämmer mycket bra.

Mastery (Pearlin & Schooler,1978), är ett självskattnings formulär som består av 7 frågor som avser att mäta tilltron till den egna förmågan hos den vuxne att påverka sitt liv. Detta formulär är inte relaterat till föräldraskapet utan den vuxnes bedömning av sig själv. Hög poäng betyder god tilltro till den egna förmågan. Instrumentet är översatt till svenska och frågorna besvaras på en skala med 4 värderingsalternativ. Varje alternativ skattas från ”stämmer helt, stämmer bra, stämmer dåligt, stämmer inte alls”. En psykometrisk utvärdering av det översatta instrumentet har funnit det valit och reliabelt men författarna rekommenderar att item 6 analyseras separat i studier där grupper jämförs varför endast 6 frågor finns med i denna analys (Eklund, Erlandsson, Hagell P., Rasch; personlig kommunikation med Erlandsson, L.K., 2012).

Deltagare och rekrytering

Familjerna rekryterades till projektet i samband med att barnen vid 4 eller 5-årskontrollen på barnvårdscentralen hade BMI som visade fetma.

Den intervention som avses här har totalt erbjudits familjer till 46 barn, varav 12 föräldrar eller föräldrapar avböjde deltagande i intervention.

Barnen var de som randomiserades. Föräldrar till 34 barn deltog i interventionen. Dock var det endast 22 av föräldrarna till 14 av barnen som fyllde i formulären före och efter medverkan i interventionen. Det är dessa föräldrar som inkluderas i den statistiska analysen.

För 8 (6 flickor, 2 pojkar) av de 14 barnen fyllde båda föräldrarna i frågeformulären både före och efter intervention, dvs 8 föräldrapar vilket motsvarar 16 föräldrar.

För 5 barn (4 flickor, 1 pojke) fyllde bara modern i formulären före och efter.

För 1 barn (pojke) fyllde bara fadern i formulären före och efter interventionen.

Av dessa har 3-4 barns föräldrar (ibland föräldrapar) per grupp varit aktiva vid 4-6 gruppstillfällen, och endast varit frånvarande vid 1-2 tillfällen, 2-3 barns föräldrar har varit närvarande vid 2-3 tillfällen, 2 barns föräldrar per grupp har endast deltagit vid något tillfälle.

Procedur

Antalet föräldrar som medverkat i gruppsammankomsterna har varierat. I några av familjerna har två föräldrar till samma barn medverkat vid ett flertal tillfällen, i andra familjer har en förälder representerat familjen och i några har föräldrarna turats om att medverka.

Tillsammans med sina barn träffade föräldrarna läkare, dietist och sjuksköterska, därefter randomiserades föräldrarna via barnen till 1 av 2 möjliga interventioner. Denna uppsats berör endast den ena av dessa.

Före interventionens början erbjöds också samtliga föräldrar att delta i en temakväll med föreläsningar av läkare, dietist, arbetsterapeut och psykolog, men inga barn var med vid detta tillfälle.

Före och efter medverkan i intervention ombads föräldrarna att fylla i frågeformulär avseende allmänna vanor, upplevda styrkor och svårigheter hos barnet, upplevd föräldrastress (SPSQ), upplevd kontroll i föräldraskapet (PLOC) och frågor om tilltron till den egna förmågan (Mastery).

De berörda barnen har inte alls medverkat i den intervention som avses här. Deras medverkan i projektet i sin helhet har bestått i att de före intervention träffat läkare, sjuksköterska och dietist. De har lämnat blodprov och använt aktivitetsarmband före påbörjad intervention. De har också vid dessa tillfällen mätts och vägts, vilket upprepas 6, 12 och 24 månader efter påbörjad intervention.

Resultat

De resultat som redovisas här är resultat ifrån 22 föräldrar till 14 barn (4 pojkar/10 flickor) barn som deltog i interventionen. Av dessa personer var 13 mödrar och 9 fäder.

De resultat som analyserats här visar dels hur det såg ut i hela denna grupp bestående av 22 föräldrar, dels då gruppen delades upp i mödrar och fäder.

De visar upplevelse av stress och kontroll i föräldraskapet och eventuell förändring av sådan inom gruppen föräldrar före och efter deltagande i en intervention.

Generellt för hela gruppen var att den totala upplevelsen av föräldrastress tenderade att öka något efter medverkan i interventionen. Fördelat på delskalor visade två delskalor signifikant förändring, delskalorna; inkompetens och social isolering hade förändrats i negativ riktning. Resultaten på SPSQ före och efter intervention för hela gruppen (Tabell 1; 12 mödrar och 9 fäder) talar alltså för att föräldrarnas upplevelse av stress i föräldraskapet och upplevelsen av ensamhet och isolering hade ökat något och upplevelsen av kompetens hade minskat något.

Fördelat i undergrupper fördelade efter mödrar och fäder såg resultaten lite annorlunda ut. Gruppen bestående av kvinnor/mödrar (tab. 2) var den totala summan på SPSQ inte längre signifikant förändrad vilket däremot upplevelsen av kompetens var i riktning mot en minskad upplevelse av kompetens.

Tabell 1: Resultat på SPSQ och PLOC före och efter intervention för samtliga deltagare:

	N	median		range		N-ties	Z	p
		a	b	a	b			
Alla								
SPSQ summa	20	71.00	84.00	81	70	19	3.069 _b	0.002
Inkompetens:	21	20.00	25.50	26	23	20	3.577 _b	0.000
Rollbegränsning;	20	20.00	17.00	25	24	20	0.918 _a	0.359
Social isolering:	21	16.00	20.00	24	11	20	2.394 _b	0.017
Relation maka/make:	21	11.50	13.00	15	10	17	1.947 _b	0.051
Hälsa	22	6.00	7.00	8	47	18	1.600 _b	0.110
PLOC	21	21.00	21.00	12	13	19	0.506 _a	0.613
Mastery	22	20.00	22.00	7	16	16	0.447 _b	0.655

a=based on pos. ranks b=based on neg. ranks, SPSQ=Swedish Parenthood Stress Questionnaire; PLOC=Parental Locus of Control, Mastery=Tilltro till egen förmåga

Tabell 2: Resultat på SPSQ, PLOC och Mastery före och efter intervention, endast mödrar:

	N	median		range		N-ties	Z	p
		a	b	a	b			
Mödrar								
SPSQ summa	12	74.50	85.00	81	70	11	1.824 _b	0.068
Inkompetens:	12	21.00	26.00	23	23	11	2.364 _b	0.018
Rollbegränsning;	13	21.00	17.00	25	24	11	0.945 _a	0.345
Social isolering:	13	17.00	19.00	14	9	12	1.754 _b	0.079
Relation maka/make:	13	11.00	13.00	15	10	10	0.870 _b	0.384
Hälsa	13	6.00	7.00	8	47	12	1.342 _b	0.180
PLOC	13	21.00	20.00	12	13	12	1.624 _a	0.104
Mastery	13	21.00	22.00	7	16	11	0.227 _b	0.821

a=based on pos. ranks b=based on neg. ranks, SPSQ=Swedish Parenthood Stress Questionnaire; PLOC=Parental Locus of Control, Mastery=Tilltro till egen förmåga

I gruppen bestående av män/fäder (tab. 3) var det totala SPSQ-resultatet försämrat. Upplevelsen av kompetens hade försämrats liksom relationen till maken.

Tabell3 Resultat på SPSQ, PLOCoCh Mastery före och efter intervention, endast fäder:

Fäder	N	median		range		N-ties	Z	p
		a	b	a	b			
SPSQ								
Summa	8	67.50	82.50	43	33	8	2.380 _a	0.017
Inkompetens:	9	20.00	25.00	13	11	9	2.673 _a	0.008
Rollbegränsning;	9	17.00	15.50	16	15	8	0.281 _b	0.779
Social isolering:	8	16.00	20.00	9	11	7	1.866 _a	0.062
Relation maka/make:	9	12.00	14.00	9	5	7	2.063 _a	0.042
Hälsa	9	7.00	7.00	6	4	6	0.843 _a	0.399
PLOC								
PLOC	9	22.00	23.50	12	10	7	0.931 _a	0.352
Mastery	9	19.00	22.00	7	7	5	0.542 _a	0.588

a=based on pos. ranks b=based on neg. ranks SPSQ=Swedish Parenthood Stress Questionnaire; PLOC=Parental Locus of Control, Mastery=Tilltro till egen förmåga

Likheter och skillnader före och efter intervention

Det som förändrats i båda grupperna är en minskad upplevelse av kompetens. För fäderna hade också relationen till maka/make påverkats negativt. För mödrarnas del hade upplevelsen av kompetens och social isolering (ensamhet) påverkats negativt. Kvinnorna och männen skilde sig åt ifråga om att kvinnorna upplever sig som mer isolerade medan männen upplevde att relationen till maken försämrats.

Det fanns således i dessa resultat såväl likheter som skillnader som kan kopplas till mödrar och fäder.

Diskussion

Intervention och prevention vid barnövervikt/fetma hos förskolebarn, faktorer som ses som betydelsefulla utifrån ett psykologiskt perspektiv med barnet och familjen i fokus har belysts, en undersökning har presenterats av hur föräldrar besvarat frågor som avser att mäta upplevd stress och kontroll i föräldraskapet samt hur de ser på sin egen förmåga att påverka sina liv.

Det som framkommer är att ett flertal av de medverkande föräldrarna skattat en ökad upplevelse av stress relaterad till föräldraskapet efter medverkan i en intervention. De resultat som visar en statistiskt signifikant förändring är de resultat som avser mäta föräldrarnas totala upplevelse av stress, social isolering och minskad upplevelse av kompetens relaterat till föräldraskapet. Inom gruppen fäder som medverkat uttrycktes dessutom en minskad tillfredsställelse i relationen till maken.

Föräldrarnas skattning av upplevelse av kontroll i föräldraskapet påverkades inte negativt, inte heller tilltron till den egna förmågan att påverka det egna livet.

Även om resultaten avser ett begränsat antal deltagare och inte kan generaliseras uppstår frågor om hur och på vad sätt stress, isolering och kompetens/inkompetens kan tänkas vara av betydelse i fråga om det som berörs här, prevention och intervention avseende barnövervikt.

Resultaten kan vara kopplade till specifika omständigheter som har att göra med den intervention de medverkat i. Tänkbart är också att de kan vara kopplade till särskilda omständigheter av vikt som berör föräldraskap, barn och mat. Aspekter som kan vara av vikt i samband med intervention och prevention som berör barn, mat och föräldraskap. Vad och hur barn äter eller inte äter anses vara av särskild betydelse för föräldrar, något som framkommit i ett flertal studier där man undersökt hur föräldrar värderar sig själva som föräldrar (Östberg, 1997; Anving, 2012).

Prevention och behandling av barnövervikt/fetma har belysts ifrån olika perspektiv, de resultat som presenteras här kan användas till att ytterligare belysa några av de aspekter som är av vikt i när det gäller prevention och intervention i detta sammanhang.

Tidiga preventiva insatser och behandling av övervikt/fetma har visat sig vara viktigt för behandlingsframgång. Ett flertal studier (internationella som svenska) påtalar vikten av prevention och behandling från 4-5 års ålder om behandlingen ska ge resultat. Övervikt/fetma

som kvarstår eller uppstår efter puberteten har visat sig vara svårt att behandla (Oude-Luttikhuis, 2009, Danielsson, 2011).

Familjebaserad behandling har setts fylla en viktig funktion när det gäller att förebygga övervikt, framför allt hos yngre barn men har också visat sig ha begränsningar. De begränsningar som framkommit ifråga om familjebaserad prevention och intervention avser dels bortfall, som i ett flertal studier varit problematiskt, dels resultatens hållbarhet som på sikt har avsetts ovisst (Oude-Luttikhuis, 2009).

Ett dilemma i interventionssammanhang som bland annat kan kopplas till tidpunkt för prevention och behandling kan tänkas ha att göra med att förebyggande arbete avseende övervikt/fetma i förskoleåldern tycks innebära att något som inte problematiserats ska förebyggas eller behandlas. Studier har visat sig att många föräldrar har svårt att se att deras barn är överviktiga (Marken, 2007, Berk, 2010), något som kan tänkas ha att göra med att föräldrar under småbarnsåren är mer fokuserade på att det är viktigt att barnen äter.

Ett flertal studier har visat att det ofta leder till hög stress relaterad till föräldraskapet, när något inte är bra med ens barn, något som för de flesta också kan antas gälla när en förälder får veta att barnet har problem med övervikt/fetma. Undersökningar om hur föräldrar hanterar barn och mat visar att föräldrar (särskilt mödrar) värderar sig själva utifrån hur och vad barnet äter och problem som berör barn och mat leder ofta till att föräldrar upplever stress (Östberg 2010, Anving 2012).

De kan således finnas ett flertal olika förklaringar till de resultat som presenterats.

Dels kan det finnas förklaringar som endast berör den aktuella gruppen deltagare. En förklaring kan ha att göra med att barnets BMI inte förändrats i önskad riktning, något som inte undersöks här. En annan kan ha att göra med den intervention som föräldrarna medverkat i. Intervention har getts i grupp och kan betraktas som indikerad medan innehållet och interventionens karaktär kan betraktas som selektiv och till viss del universell (Stattin & Ferrer-Wreder, 2005). Deltagarna har rekryterats utifrån att deras barn vid inklusion haft så mycket övervikt att deras BMI (bodymassindex) legat över gränsen för fetma. Innehållet i interventionen har dock inte riktas till varje enskild deltagare utan har getts i gruppformat och berört aspekter i föräldraskapet och för familjer som anses vara av vikt ifråga om barn och mat. Det kan således tänkas finnas en diskrepans mellan anledning till medverkan och interventionens fokus. Denna

aspekt har också belysts när det gällt andra interventioner som getts i grupp (Riley et al., 2008; West et al., 2010).

Andra förklaringar kan vara mer kopplade till att det är viktigt att familjebaserade interventioner vid barnövervikt/fetma tar särskild hänsyn till att interventionsarbete gällande barn och mat är ett känsligt område. Mat- och ätande under spä- och småbarnstid ses som starkt kopplat till överlevnad. Hur och vad man äter påverkas av känslotillstånd såsom ledsnad, oro och spänning (Canetti, 2002). Att barn under småbarnstiden är glada för att äta kan tänkas avlasta föräldrarna ifrån stress som berör mat, att problematisera övervikt kan då tänkas innebära att ett stressmoment som tidigare inte upplevts introduceras förhållandevis tidigt i barnets liv.

Upplevelser av avvisande ses också som en viktig aspekt som har att göra med barn och mat. När barnet inte äter upplevs det av många föräldrar som avvisande från barnet sida (Maldonado-Duran, 2002; Hoffman, 2002). När det gäller övervikt hos barn kan föräldrar tänkas uppleva att de måste avvisa sina barn, något som kan vara en av många faktorer som bidrar till påfrestningar kopplade till föräldraskap.

Tidsandans betydelse när det gäller barnövervikt och prevention/intervention kan också vara av betydelse. Alla tidsepoker har sina sjukdomar och de behandlingar och interventioner som finns att tillgå påverkas av hur man ser på sjukdom och hälsa (Hörnfeldt, 2009). Att belysa några av de förändringar som skett för barnfamiljer under samma tidsperiod som övervikt/fetma blivit allt mer omfattande har därför känts viktigt, särskilt omständigheter som kan betraktas som viktiga utifrån ett familjeperspektiv. Ett flertal levnadsomständigheter har förändrats under samma tidsperiod som övervikt kommit att öka som problematik. En del av dessa omständigheter är att betrakta som stressfaktorer som på olika sätt kopplats till problematiken med barnövervikt. Hög stress har negativ effekt när det gäller prevention av barnövervikt (Koch, 2009). Stress kan anses bland annat vara en faktor som motverkar motivation. I situationer av otrygghet ökar upplevelsen av sk "skin-hunger" som i brist på yttre trygghet omständigheter istället tillfredsställa från insidan (Uvnäs-Moberg, 2007).

Metodologiska för- och nackdelar

Det som undersökts här är om det finns någon skillnad i hur föräldrar upplever stress relaterad till föräldraskapet, kontroll i föräldraskapet och hur samma föräldrar bedömer att de kan påverka sina liv, före och efter medverkan i en intervention. Målsättningen med interventionen

har varit att förebygga fortsatt viktökning hos barnen genom att förändra hela familjens levnadsvanor.

De instrument som använts är; Mastery (Pearlin & Schooler, 1996) PLOC; Parental Locus of Control (Campis, Lyman & Prentice-Dunn, 1986) och SPSQ; Swedish Parental Stress Questionnaire (Östberg et al, 1997). Endast ett instrument visade signifikanta skillnader före och efter medverkan i interventionen; SPSQ. SPSQ har tidigare använts i sammanhang där mödrar som sökt hjälp pga att de upplevt problem med sina barn jämförts med föräldrar som inte upplevt svårigheter/problem. Jämförelser har också gjorts mellan mödrar och fäder som sökt hjälp för sina barn. Det som visat sig då har varit att mödrarna i de kliniska grupperna skattat signifikant högre upplevd stress än mödrarna i den så kallade normalgruppen, totalt och fördelat på alla delskalor utom den delskala som berör parrelationen. De jämförelser som gjorts mellan mödrar och fäder har visat att mödrarna upplevt högre stress på samtliga delskalor jämfört med fäderna förutom på delskalan social isolering. Den studie som här presenteras här är ”omvänd”. Föräldrarna har inte själva sökt hjälp, de har gått ifrån att tillhöra en normalgrupp till att höra till en klinisk grupp. Resultaten i denna studie talar för att det instrument som gett utslag, SPSQ, fångar upp om föräldrar upplever svårigheter/oro för sina barn och att det är en upplevelse som inte fångas upp av de andra instrumenten.

Resultatens generaliserbarhet måste ses i ljuset av att antalet deltagare är begränsat och att det inte finns någon kontrollgrupp att jämföra dem med.

En annan begränsning är att alla som medverkat inte fyllt i frågeformulären. Om tillfredsställelsen i relationen påverkats av om en förälder deltagit enskilt för sin familjs räkning än om båda deltagit kan inte göras pga att inte båda föräldrarna fyllt i frågeformulären. Att göra det hade annars varit intressant utifrån att man sett att föräldrars medverkan i interventioner i överviktssammanhang förändrats ifrån att båda medverkade till att endast en medverkar (Epstein, 2007).

Två frågor som inte kunnat analyseras inom ramen för detta arbete hade kunnat belysa dessa resultat ytterligare. Den ena är om barnets BMI påverkats och/eller hur föräldrarna upplever barnets övervikt/fetma, den andra i vilken utsträckning båda föräldrarna medverkat i interventionen.

Köns- och kulturskillnader ifråga om vad som är verksamt vid förebyggandearbete och behandling av övervikt/fetma hos barn är faktorer som framförs som viktiga att belysa. Att det

kan finnas skillnader mellan mödrar och fäder bekräftas i denna studie. Skillnader hos barnen som kan relateras till kön har inte undersökts här på grund av för få deltagare (10 flickor och 5 pojkar). Att undersöka eventuella skillnader mellan föräldrar till flickor och pojkar kan vara intressant i en framtida analys.

Sammanfattningsvis kan sägas att det som framkommit i denna studie bekräftar att övervikt som problematik är komplex, något som ställer höga krav i interventionsommanhang. Föräldrar påverkas olika av medverkan i intervention och har olika behov.

Lika viktigt som det är att det finns interventioner att tillgå, är det att belysa hur och på vad sätt de påverkar dem som deltar. Om de också har oönskade effekter på andra områden än det som avses. Motivation och engagemang är viktigt. Vad det är som motiverar/inte motiverar familjer att delta i familjebaserade interventioner behöver undersökas närmare. Viktiga aspekter i interventionsommanhang tycks vara hur väl interventionen passar in i vardagen, intresse för den, om den upplevda problematiken står i proportion till interventionen mm (Granlund, 2011).

När det gäller barnövervikt är motivation också kopplad till i vilken utsträckning föräldrarna uppfattar övervikten som ett problem, något som också behöver undersökas ytterligare. Föräldrars engagemang är den viktigaste faktorn oavsett vilka byggstenar som interventionen innehåller (Riley et al., 2008; West et al., 2010).

En omständighet som kan tänkas vara försvårande är att det är svårt att skilja mellan prevention och behandling. Innehållet riktas oavsett mot livsstilen.

Faktorer som kan tänkas påverka motivationen hos de föräldrar som medverkat i den intervention som avses här är (bortsett från praktiska hinder) kan ha att göra med om föräldrarna upplevt sig stärkta i sitt föräldraskap och/eller om de under samma tidsperiod haft andra stressfaktorer att hantera som gjort att överviktsproblematiken upplevts som underordnad. Motivationen kan också ha påverkats av om interventionen upplevts som önskvärd av föräldrarna själva och om de känt sig bekväma med behandling i grupp. Om föräldrarna/föräldern varit intresserad av att åtgärda sin egen och familjens hälsa eller om de endast upplevt behov av förändring för det överviktiga barnet kan också spela roll.

I fråga om vilka faktorer som motiverar vuxna till livsstilsförändringar har vägledning och hjälp, samt att individen själv problematiserat det som ska behandlas setts som viktigt (Wadman, 2007). Faktorer som överensstämmer med tankegångar som framförts avseende

vikten av att beakta familjers egen uppfattning av vad som betraktas som problem (Lundqvist, 2011; Rolland, 1994).

Tankar inför framtida studier

Det finns ett flertal psykologiska förklaringar till att barnövervikt är svårt att hantera. Problematik kopplad till barn och mat kan antas beröra faktorer som är centrala och inte sällan känsliga i familjer. Föräldrar har olika kulturella värderingar kring vad och hur barn ska äta, vad som är bra förhållningssätt. Värderingar som inte alltid stämmer överens med hur och vad de själva äter. Värderingar, myter och attityder etableras under lång tid och kan skilja sig åt såväl inom som utanför familjen. Att förhandla kring detta är ofta svårt och talar för att det är viktigt att båda föräldrarna på något sätt är delaktiga i interventioner som avser att åtgärda problematik som berör mat och vikt.

Aspekter som behöver belysas ytterligare är faktorer som berör föräldrars förhållningssätt till barns ätande. Det kan röra sig om faktorer som är kopplade till att det är djupt rotat i en förälder att det är viktigt att barn äter. Hur föräldrar påverkas av råd och uppfattningar ifrån personer runt omkring dem och hur de uppfattar barnens vikt, huruvida de själva uppfattar barnens övervikt mm. Kopplingen mellan stress och barnövervikt behöver belysas ytterligare. Förändringar som kan kopplas till stress berör bland annat familjers trygghet och oro inför framtiden, faktorer som inte kan ses som orsak/verkan faktorer men vars effekt behöver undersökas ytterligare.

Efterhand som övervikt/fetma behöver förebyggas i allt lägre åldrar är det viktigt att belysa faktorer, som med utgångspunkt ifrån barnets ålder och utvecklingsnivå, är viktiga i relationen mellan förälder och barn. När det gäller barn i förskoleåldern kan det anses särskilt viktigt att vara observant på faktorer som kan vara förbundna med föräldrars omsorgssystem och barns nyfikenhet. Faktorer av vikt ifråga om mat- och ätande under småbarnsåren finns välbeskrivna. Handlingar som berör barns mat och ätande har beskrivits som starkt förknippade med överlevnad och gott föräldraskap (Maldonado-Duran, 2002).

Då vissa tillstånd/företeelser såsom övervikt gagnas av att intervention och prevention sker under förskoleåldern kan det anses särskilt viktigt att undersöka möjligheter att inkludera denna typ av preventiva insatser i annan preventiv verksamhet. Att lyfta fram övervikt/fetma som riskfaktor utan att det upplevs som hotfullt på ett sätt som skapar stress som i sammanhanget kan

ge icke-önskvärd effekt kan ses som en utmaning. Att ta problematiken på allvar utan att skapa för mycket oro kan vara viktigt. Att framställa övervikt/fetma som livslång sjukdom kan motverka sitt syfte om prevention ska ske tidigt. Att undersöka föräldrars upplevelser av kompetens ytterligare kopplat till ålder och utvecklingsnivå kan vara ett steg i riktning mot det. Det är viktigt att problematiken belyses utifrån olika perspektiv. Ett problem med barnövervikt/fetma som berör stress är att det finns en risk att föräldraskapet problematiseras i preventions- och behandlingssammanhang samtidigt som föräldraskapet är hårt exponerat från många andra håll.

Att inte börja för sent men inte heller för tidigt ses som en utmaning i interventionssammanhang. Interventioners utformning en annan. I Sverige har nästan alla föräldrar till förskolebarn kontakt med barnhälsovården. Inom barnhälsovården är en del av basprogrammet ämnat åt arbete med barn och mat men denna del av arbetet har utvecklats under en tid då syftet huvudsakligen var att få barnet att äta och förhindra viktnedgång (Hörnfeldt, 2009). Barnhälsovårdens uppdrag är att arbeta förebyggande och barnsjukvårdens att behandla. Prevention och behandling av övervikt/fetma har inte någon självklar plats inom någon av dessa verksamheter. Inom barnsjukvården problematiseras övervikt/fetma ofta i samband med annan sjukdom eller sjukdomsrisk. Fokus riktas mot något som föräldrarna kanske inte ser som ett problem i sig. Synsätt på övervikt/fetma och tillgång till behandling skiljer sig också mycket åt mellan olika sjukvårdsdistrikt.

Det som framkommit i detta arbete kan också kopplas till tankegångar som berör vikten av att prevention och behandling står i proportion till hur de svårigheter som är aktuella upplevs av föräldrarna (Rolland, 1994; Rutter, 2000). Något som förefaller viktigt är att respektera och hantera att familjen inte behöver uppfatta problematiken på samma sätt som dem som arbetar med den. Hur personal förhåller sig till problematiken är viktigt i mötet med föräldrar och barn inom barnhälsovård och barnsjukvård. Om det uppstår för stor diskrepans dem emellan riskerar arbetet att inte nå fram till barnet. Något som framträder här och som stöds av befintlig kunskap är vikten av att undersöka familjens och föräldrarnas syn på barnets överviktsproblematik för att interventionsarbete inom detta område ska kunna vidareutvecklas (Rolland, 1994).

Att undersöka olika utbildningsinsatser till dem som ska arbeta preventivt och behandlande vore också av värde i framtida studier. Om förebyggande och behandlande arbete

med barnövervikt ska kunna inrymmas på ett bra sätt inom de verksamheter som finns och lämpar sig för denna typ av arbete, är det viktigt att hitta bra utgångspunkter för att hantera problematiken som berörd personal kan ha nytta av. Att personal får utbildning ifråga om aspekter som kan överlappa annat pågående arbete om barn och mat skulle kunna hjälpa dem att integrera detta i det redan pågående utan att detta upplevs som ett arbete som inte riktigt har ett utrymme. Om det inte kan integreras och hanteras på ett bra sätt riskerar man att det förebyggande arbetet som sker inte kommer barnen till godo.

Aspekter som inte berörts i någon större utsträckning här men som påverkar familjen är omständigheter som finns på samhällsnivå såsom t ex myter och attityder av olika slag som berör överviktsproblematik. Begreppen övervikt/fetma är begrepp som associeras till många olika känslor och tankar om karaktärsdrag, livsstilar, hälsa, ohälsa, välstånd och sjukdom beroende på våra kulturella värderingar (Reynirsdottir, 2012). Maten, vad familjer äter och vad som finns på bordet, har i undersökningar visat sig vara likt, men hur föräldrar relaterar till det har visat sig vara olik (Anving, 2012).

Aspekter som berör förändrade levnadsmönster, rörelsemönster, matvanor, utbud och efterfrågan är också viktiga men ryms inte här. Att människan äter av många olika anledningar är väl känt. Det finns starka krafter som använder sig av denna kunskap, bl a inom livsmedelsindustrin. Marknadsföringsstrategierna gynnas av ny teknik, blir allt mer finurliga och riktar sig också direkt till barn (Regber, 2012). Att ständigt påminnas om att äta är särskilt svårt för många av dem som kämpar med övervikt medan det inte alls är ett lika stort problem för dem som inte är lagda åt att äta. Det kan snarare ses som svårt att inte drabbas av övervikt eller fetma (Bråbäck, 2008).

Referenser

- Abidin R., R. (1990). *Parenting stress index (PSI)-manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ambjörnsson, R. (2012) *Ellen Key; en europeisk intellektuell*. Bonniers Förlag, Stockholm
- Anving, T.(2012) "*Måltidens Paradoxer. Om klass och kön i vardagens familjepraktiker*". Akademisk avhandling, Sociologiska institutionen Lunds Universitet
- Becvar D. (2000) Human Development as a Process of Meaning Making and Reality Construction. Kap 4, in; Nichols W.C., Pace-Nichols M. A., Becvar D.S., Napier A.Y.; *Handbook of Family Development and Intervention*. Wiley&sons, N.Y.
- Beck-Gernsheim E. (2002). *Reinventing the Family. In Search of New Lifestyles*. Polity Press: Blackwell publishers Ltd. Great Britain
- Berk, L., E. (2010) *Development Trough the Lifespan*. Fifth Edition. Pearsons
- Broberg M.2011; personlig kommunikation och föreläsningsmaterial
- Bäck-Wiklund, M., och Johansson, T. (2003) *Nätverksfamiljen*. Natur och Kultur, Stockholm
- Campis, L.K., Lyman, R.D.& Prentice-Dunn, S. (1986) The parental locus of control scale: Development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 260-267.
- Canetti, L., Bachar, E. & Berry, E., M. (2002)Food and emotion. *Behavioral Processes*, 60, 167-164

Carr, A. (2009) The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child focused problems. *Journal of family therapy* 31; 3-45.

Danielsson P. (2011). Severe Childhood Obesity: *Behavioral and Pharmacological Treatment*. Doctoral Thesis. Karolinska Institutet.

Davison K.K. & Birch L.L (2001); Childhood overweight:a contextual model and recommendations for future research. *Human Development*, pp 159-171

Efran J.S. & Green M. A. (2000); The Limits of Change: Heredity, Temperament, and Family Influence. Kap. 3; in Nichols W.C., Pace-Nichols M. A., Becvar D.S., Napier A.Y.; *Handbook of Family Development and Intervention*. Wiley&sons, N.Y. 2000.

Epstein L.H.; Paluch R.A.; Roemmich J.N. and Beecher M.D. (2007): Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment. *Health Psychology* 2007, vol 26, no 4, 381-391

Ferrer-Wreder, L., Stattin, H. (2005) *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. Gothia, Stockholm

Folkhälsoinstitutet; www.fhi.se

Fonagy P. (2002) Understanding of Mental States, Mother-Infant Interaction, and the Development of the Self in Maldonado-Duran Ed; *Infant and Toddler Mental Health*, London.

Forsander G.A., Sundelin J. and Persson B. Influence of the initial management regimen and family social situation on glycemic control and medical care in children with typ 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica* 2000; 89:1462-8 Stockholm. ISSN 0803-5253

Garbarino, J.(1992) *Children and Families in the Social Environment*. New Brunswick N.Y.

Glover, Vivette, Phd, Med dr. Imperial College London. *Föreläsning i Kalmar* 2009.

Gottman, J.(1997) *Raising an Emotionally Intelligent Child. The Heart of Parenting*. Simon & Schuster, N.Y.

Granlund M. Föreläsning Lund 110404

Hagekull D. & Bohlin G. (2000) *SPSQ; Swedish Parental Stress Questionnaire, svensk normering av Parental Stress Questionnaire*.

Hoffman M.J. (2002). The Place for Infancy. In Maldonado-Duran Ed; *Infant and Toddler Mental Health*, London 2002.

Hårtveit H. & Jensen P. (2004) *Familjen plus en. En resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Mareld, Falun 2007.

Hörnfeldt, H.,(2009) *Prima Barn, Helt U.A. Normalisering och utvecklingstänkande i svensk barnhälsovård 1923-2007*.Akademisk avhandling i Etnologi, Stockholm, Makadams Förlag, Kristianstad 2009

Jelalian, E & Saelens, B.E.(1999). Interventions for pediatric obesity. Treatments that work. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 223-248.

Juul, J. (2011) *Här är jag, vem är du?: om närvaro respekt och gränser mellan vuxna och barn*. Bonnier Fakta, Sverige

Juul, J. (2008) *Nu skall vi äta: barnfamiljens måltider*. Bonnier Pocket, Stockholm.

Järholm, K. et al. (2011) Short-Term Psychological Outcomes in Severely Obese Adolescents After Bariatric Surgery. : *Obesityjournal*, doi 10 1038

Kallenberg, K., & Larsson, G.(2004)*Människans hälsa, livsåskådning och personlighet*. Natur och kultur, Stockholm

Kazdin A. E. (2010) *Research Design in Clinical Psychology*. Allyn&Bacon, Pearson

Kitzmann K.M., et al.; Beyond Parenting Practices: Family Context and the Treatment of Pediatric Obesity. *Family Relations*, 57, Jan 2008, pp 13-23.

Kitzmann K.M. and Beech B. M (2006) Family-Based Intervention for Pediatric Obesity: Methodological and Conceptual Challenges From Family Psychology. *Journal of Family Psychology*, Vol 20, No.2, 175-189

Koch F-S.(2009); *Stress and Obesity in Childhood, Division of Pediatrics*, Department of Clinical and Experimental Medicine, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Sweden.

Körner, S. och Wahlgren, S.(2005) *Statistiska metoder*. Studentlitteratur, Lund.

Lazarus, R., S.(2006) *Stress and Emotion: A new Synthesis*. Springer N.Y.

Leff-Raphael, J. (2009) *The Psychological Processes of Childbearing*: Fourth Edition. Anna Freud Center, London.

Lundkvist G. (2011) *Tobaksvanor i medelåldern. Riskfaktormönster, rökstoppssätt och erfarenheter av att sluta röka*. Medical Dissertation, Department of Public Health and Clinical Medicin, Umeå Universitet

Marken M.; *Psykologiska försvarsmekanismer hos föräldrar till förskolebarn med övervikt/fetma*. Vetenskapligt arbete i Specialistutbildningen i klinisk psykologi Vt 2006, FOUU-staben Västerbottens läns landsting.

Maldonado-Duran M. J., Barriguete A. J.(2002) Evaluation and Treatment of Eating and Feeding Disturbances of Infancy. In Maldonado-Duran Ed; *Infant and Toddler Mental Health*, London 2002.

Minuchin S. Reflections of A Family Therapist. Evolution of Psychotherapy Conference, 12/09

Moens E. et al.; Unfavorable Family Characteristics and Their Association with Childhood Obesity: A Cross-Sectional Study; *European Eating Disorders Review* 17 (2009) 315-323.

Moller K., Hwang C.P., Wickberg B. Couple Relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 26, No 1, February 2008, 57-68.

Mörck W. T. Föreläsning Lund 110914

Nichols W.C. & Pace-Nichols M.A. Family Development and Family Therapy. Kap 1; In; Nichols W.C., Pace-Nichols M. A., Becvar D.S., Napier A.Y.; *Handbook of Family Development and Intervention*. Wiley&sons, N.Y. 2000.

Ogden J. (2010) *The Psychology of Eating*. From healthy to disorderd behaviour. Wiley-Blackwell, Malaysia.

Oude Luttikhuis H., Baur L., Jansen H., Shrewsbury VA, O`Malley., Stolk R.P., Sumerbell CD.(2009) Interventions for treating obesity in children (Review)*The Cochrane Collaboration*

Pearlin L., & Schooler C.(1978) The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behaviour* 1978:19(1); 2-21.

Regber Susanne; Kropp och själ 20111018: Hur ska jag tala med mitt barn om övervikt; www.sr.se/kroppochsjal

Rhee, K.(2008) Childhood Overweight and the Relationship between Parent Behaviours, Parenting Style, and Family Functioning. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 2008; 615; 11

Riley, A.W., Valdez. C. R., Barrueco, S., Mills, C., Beardslee, W., Sandler, I., Rawal, P. (2008) Development of a Family-based Program to Reduce Risk and Promote Resilience Among Families Affected by Maternal Depression: Theoretical Basis and Program Description. *Clinical Child and Family Psychological Review* 11: 12-29

Rolland J.S. (1994) *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. New York. Basic Books

Rutter, M.(2000) Resilience Reconsidered: Conceptual Considerations, Empirical Findings, and Policy Implications.Kap. 28. In Shonkoff J. P., Meisels S. M. Ed, *Handbook of Early Childhood Interventions*, N. Y.

Rössner Stefan; Kropp och själ 20120228 Bantarens svåraste match; www.sr.se/kroppochsjal

Sameroff A.J. & Fiese B.H.(2000) Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Interventions. Kap.7 In Shonkoff J. P., Meisels S. M. Ed. *Handbook of Early Childhood Interventions*,Cambridge Press, N. Y.

Sheridan, S., M., Eagle, J.W., Dowd, S.E. (2005) Kap.11. In Goldstein, S.; and Brooks, R., B., Ed. *Handbook of Resilience and Children*, Kluwer, N.Y.

Shonkoff J. P., Meisels S. (2000) Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution.Kap 1, In; . Shonkoff J. P., Meisels S. M. Ed. *Handbook of Early Childhood Interventions*, N. Y. 2000

Schulz, M.S., Cowan, C.P., & Cowan. P.A. (2006) Promoting Healthy Beginnings: A Randomized Controlled Trial of a Preventive Intervention to Preserve Marital Quality During the

Translation to Parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006. Vol 74, No 1,20-31.

Sjöberg, A.,Lissner, L., Albertsson-Wikland, K., Mårild, S. (2007) Recent Anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatrica* 2008 97 pp118-123

Socialstyrelsen, www.sos.se, Barn och familj, 091124.

Stattin H. Föreläsning Lund 110914

Stenhammar et al., (2010) Family Stress and BMI in young Children. *Acta Paediatrica Vol 99, nr 88, 105-112*

Statens Beredning för medicinsk utvärdering; SBU. (2004 rev 2010) *Förebyggande åtgärder mot fetma. En systematisk litteraturöversikt. Rapport nr 173*

Sundelin C., Hagenäs, L., Hjern, A., Blennow, M., Bergström, M.,Parkstam, M., Renman, C., Karlsson, K. och Malm, B. (2009). Att följa barns tillväxt i Sverige. Rekommendationer avseende referenskurvor och verktyg. *Slutrapport från NEXT; Nationella expert gruppen för frågor om barns tillväxt. SKL; Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.*

Thorngren-Jerneck, K. (2007) Prevention och behandling av övervikt och fetma hos barn. Interventionsprogram. *Projektbeskrivning*

Thorn, J., Waller, M., Johansson, M., and Mårild, S. (2010) *Journal of Obesity, Volume 2010, Article ID 580642*

Uvnäs-Moberg, K.(2009) *Närhetens hormon, oxytocinets roll i relationer. Natur och Kultur, Stockholm*

Wadman, Boström, Karlsson; Health On Equal Terms? Results from the 2006 Swedish National Public Health Study. *Statens Folkhälsoinstitut A 2008:1*

Wahlberg, S. (2008) *SPSS steg för steg*. Studentlitteratur, Lund

Walsh, F., (2000) *Strengthening Family Resilience*. N. Y. Guilford Press

Werner, E., & Smith, R. (2001) *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience, and Recovery*. Cornell University Press, NY.

West, F., Sanders, M. R., Cleghorn, G. P., Davies, P.S.W.; A Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research and Therapy* 48 (2010) 1170-1179.

Westerlund, Hugo; Stress syns mer i ett välmående samhälle. 120424, *Godmorgon Världen*;
www.sr.se/godmorgonvarlden

Wikipedia den fria encyklopedin; 110822 www.wikipedia.com

Woolstone, J., L. (1991) *Eating and Growth Disorders in Infants and Children. Vol 24 Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*. Sage

Young, K. M., Northern, J.J., Lister, K.M., Drummond, J.A., O'Brien, W. H. A meta-analysis of family-behavioural weight-loss treatments for children (2006) *Clinical Psychology Review* 27 (2007) 240-249

Östberg M. (1999) *Parenting Stress. Conceptual and Methodological Issues*. Acta Universitatis Upsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences* 83. 53pp

Östberg, M. and Hagekull, B.(2000) A Structural Modeling Approach to the Understanding of Parenting Stress. *Journal of Clinical Child Psychology* 2000, vol., 29, No.4 615-625

Östberg, M.; Hagekull, B. and Hagelin, E. (2007) Stability and Prediction of Parenting Stress. *Infant and Child Development* 16: 207-223

Östberg, M., Hagekull, B., Wettergren, S. (1997). A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 199-208.