Forebyggelse af overvægt blandt indskolingsbørn med fokus på social ulighed i børneovervægt

– en mixed methods forskning

School of Medicine and Health, Aalborg Universitet
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, 3.-4. semester, langt afgangsspeciale
Udarbejdet af: Ayse Döner & Tuba Subasi (gruppe 1065)
Dato: 1. november 2014 til 1. juni 2015
Hovedvejleder: Carsten Kronborg Bak
Konsulentvejleder: Henrik Bøggild
Antal anslag med mellemrum: 306.604

Specialet indhold er frit tilgængeligt, men offentliggørelse (med kildeangivelse) må kun ske efter aftale med forfatterne.

Forord

Dette speciale er et langt afgangsspeciale, der er udarbejdet af kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aalborg Universitet. I det lange afgangsspeciale, vil begrebet "speciale" blive anvendt som samlet term for det lange afgangsspeciale på grund af læsevenligheden. Specialet dækker for læringsmålene for 3. og 4. semester på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, hvor specialet er udarbejdet i perioden 1. november 2014 til 1. juni 2015.

Specialet er inddelt i to dele, hvor den første del indeholder en kvantitativ undersøgelse og den anden del indeholder en nærmere belysning af børneovervægtsproblematikken ud fra en kvalitativ tilgang. Til den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) er gruppen blevet vejledt af Henrik Bøggild og Carsten Kronborg Bak, hvor Carsten Kronborg Bak også har vejledt gruppen i forhold til den kvalitative undersøgelse (del 2).

Vi vil gerne takke *Carsten Kronborg Bak* for hans støtte, vejledning, faglig input og store engagement under hele forløbet. Ydermere ønsker vi at takke *Henrik Bøggild* for hans støtte og faglige input til den kvantitative hovedundersøgelse. En ekstra tak til seniorforsker, cand.scient.soc., ph.d. *Vibeke Tornhøj Christensen* fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning for hendes bidrag i forbindelse med benyttelse af data. Til sidst men ikke mindst siger vi tak til alle forældre som har været en del af undersøgelsen.

Specialet henvender sig til 1. sundhedsprofessionelle og faggrupper, som arbejder med børn og børneovervægt, og er et forslag til forandring inden for social ulighed i børneovervægt målrettet indskolingsbørn. Specialet kan ligeledes være relevant for forældre, studerende eller andre interesserede indenfor feltet.

Med venlig hilsen,
Ayse Döner og Tuba Subasi, stud. cand. scient. san. publ.
1. juni 2015

Abstract

Background: The prevalence of childhood obesity is rising significantly both internationally and nationally, which The World Health Organization (WHO) calls an epidemic where the reason for childhood obesity may - among others - be exercise habits and diets. Nationally, every eighth child is obese when starting to school, and 40% of primary schools children who is obese is at a risk of being obese as a grown up. Register study has shown that the higher level of cultural capital (resources) the parents have, the lower Body Mass Index (BMI) the children have. In addition, the study has shown that children whose parents has a low BMI are more likely to develop obesity, since the parents' lifestyle regarding exercise habits and diet is closely related to the children's.

Aim: To investigate and develop, based on evidence and experiences from primary school children's parents, so a change in social inequality in childhood obesity is achieved. Also to investigate how this information can form the basis for a decision basis on the forward-looking initiatives in Denmark.

Method: The overall design that is used is mixed method, which contains three sub studies; register study, semi-structured research interviews and literature study. Through the register study, it is examined whether there is a link between the parents' capitals and the children's BMI. Based on the register study and Pierre Bourdieu's theory, an interview guide for further investigation of the problem area is developed. Six parents have completed the semi-structured interviews, in which the parents were recruited from Jylland and Sjælland. The survey has been supplemented by a literature study where scientific and evidence-based knowledge was obtained.

Results: The semi-structured interviews show that parents with different amount of capitals have different opinions about health, diet, exercise, and experience different barriers and opportunities regarding the establishment of healthy lifestyle and prevention of childhood obesity. The majority of parents have a clear position that the school as a field has a major impact on children's health, and the interventions in schools can affect the child's approach to diet, exercise and knowledge about health. The found literature notes that the most effective approach to prevention of childhood obesity is early intervention and both among parents and children.

Conclusion: Results show that the prevalence of overweight among Danish children is not equally distributed in society and therefore the need to reduce child obesity is especially necessary among risk groups, including primary school children, as there is an increase in social inequality in childhood obesity. In order to have a positive effect of interventions in child obesity, the involvement of elements "focus", "early intervention", "school as an arena", "education in diet and exercise," "parental involvement", "follow-up" and "evaluation" are important.

Keywords: primary school, early intervention, Body Mass Index, Pierre Bourdieu, prevention, childhood obesity

Resume

Baggrund: Prævalensen af børneovervægt er markant stigende både på globalt og nationalt plan, som The World Health Organisation (WHO) benævner en epidemi, hvor årsagen til børneovervægt blandt andet kan skyldes motion- og kostvaner. På landsplan er hvert ottende barn overvægtigt, når det begynder i skolen og 40% af indskolingsbørn med overvægt har høj risiko for at blive overvægtige som voksen. Registerundersøgelsen har vist, at jo højere niveau af kulturel kapital (ressourcer i form af viden og kompetencer) forældrene besidder desto lavere Body Mass Index (BMI) har børnene. Samtidig har undersøgelsen påvist, at børn af forældre med høj BMI har en større sandsynlighed for at udvikle overvægt, idet forældrenes livstil i forhold til motions- og kostvaner er tæt forbundet med børnenes.

Formål: At undersøge og udvikle, på baggrund af et evidensbaseret grundlag og erfaringer fra forældre til børn i indskoling, således en forandring inden for social ulighed i børneovervægt opnås. Herunder undersøges hvordan denne viden kan danne grundlag for et beslutningsgrundlag i det fremadrettede indsatser i Danmark.

Metode: Som overordnede design anvendes mixed method, der indeholder tre delundersøgelser; registerundersøgelse, semistrukturerede forskningsinterviews og litteraturstudie. Gennem registerundersøgelsen undersøges om der er en sammenhæng mellem forældrenes kapitaler og børnenes BMI. På baggrund af registerundersøgelsen og Pierre Bourdieus teori, udarbejdes en interviewguide til yderligere undersøgelse af problemfeltet. Seks forældre har gennemført de semistrukturerede interviews, hvor forældrene er blevet rekrutteret fra Jylland og Sjælland. Undersøgelsen er blevet suppleret med et litteraturstudie, hvor videnskabelige og evidensbaseret viden blev indhentet.

Resultater: Gennem de semistrukturerede interviews ses, at forældre med forskellige mængde kapitaler har forskellige holdninger om sundhed, kost, motion og oplever forskellige barrierer og muligheder i forbindelse med etablering af sund livsstil samt forebyggelse af børneovervægt. Hovedparten af forældrene har en klar holdning om, at skolen som felt har stor indvirkning på barnets sundhed og rammerne på skolerne kan påvirke barnets tilgang til kost, motion og viden om sundhed. De fundne litteraturstudier påpeger, at den mest effektive tilgang til forebyggelse af børneovervægt er tidlig indgriben og adfærdsændring både hos forældre og børn.

Konklusion: Resultater viser, at forekomsten af overvægt blandt danske børn ikke er ligelig fordelt i samfundet og derfor er behovet for at reducere børneovervægt især nødvendigt blandt risikogruppen, herunder indskolingsbørn, da der ses en stigning i social ulighed i børneovervægt. For at få en positiv effekt af indsatserne indenfor børneovervægt, er inddragelse af elementer "fokus", "tidlig indsats", "skolen som arena", "undervisning indenfor kost og motion", "forældreinddragelse", "opfølgning" og "evaluering" vigtigt.

Stikord: indskoling, tidlig indsats, Body Mass Index, Pierre Bourdieu, forebyggelse, børneovervægt

Indholdsfortegnelse

Læsevejledning **7**
Den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) *8*
Den kvalitative undersøgelse (del 2) *9*

Kapitel 1. Videnskabelig artikel **10**

Kapitel 2. Initierende problem **27**

Kapitel 3. Problemanalyse **29**
3.1 Overvægt som folkesundhedsproblem *29*
3.1.1 Overvægtproblematikken og den sociale ulighed i børneovervægt 29
3.1.2 Individuelle konsekvenser af børneovervægt 30
3.1.3 Samfundsøkonomiske konsekvenser 30
3.2 Overvægt *31*
3.2.1 Definition af overvægt 31
3.3 Komplekse årsager til overvægt blandt børn *33*
3.3.1 Livsstilsfaktorer og børneovervægt 35
3.4 Hvem har ansvaret for forebyggelse af børneovervægt? *37*
3.5 Tidligere indsatser indenfor forebyggelse af børneovervægt *37*
3.5.1 Balance for livet 38

Kapitel 4. Problemformulering **40**

Kapitel 5. Teoretisk forståelsesramme **42**
5.1 Pierre Bourdieu *42*
5.1.1 Kapitaler 43
5.1.2 Habitus 45
5.1.3 Felt 47
5.1.4 Symbolsk vold og dominans 48
5.1.5 Opsamling 49

Kapitel 6. Metode **50**
6.1 Studiedesign – Mixed method *50*
6.1.1 Design- og metodeintegration i mixed methods-forskning 51
6.1.2 Sekventielt design 51
6.2 Forskningsparadigmer og forskningstyper *52*
6.2.1 Den tredje forskningsparadigme 52
6.2.2 Den kvantitative tilgang 53
6.2.3 Den kvalitative tilgang 53
6.3 Litteraturstudie *54*
6.3.1 Indledende eksplorativ litteratursøgning 54
6.3.2 Systematisk litteratursøgning 54
6.3.3 Kædesøgning 60
6.3.4 Resultater af de fundne litteratur via systematisk søgning 60
6.4 Kvalitative interviews og de syv stadier *65*
6.4.1 Forberedelsesfasen 65
6.5.1 Gennemførelsesfasen 72
6.6.1 Analysefasen *74*

Kapitel 7. Analyse og diskussion **77**
7.1 Baggrundsoplysninger og personkarakteristik *77*
7.2 Kulturel kapital *80*
7.2.1 Opsamling på kulturel kapital 83

7.3 Social kapital *84*
7.3.1 Opsamling af social kapital 87
7.4 Økonomisk kapital *88*
7.4.1 Opsamling af økonomisk kapital 90
7.5 Habitus/forældrenes rolle *91*
7.5.1 Opsamling af habitus/forældrenes rolle 97
7.6 Symbolsk vold *99*
7.6.1 Opsamling af symbolsk vold 103
7.7. Felt *104*
7.8 Barrierer *108*
7.8.1 Opsamling af barrierer 110
7.9 Forandringspotentialet *111*
7.9.1 Opsamling af forandringsperspektivet 116
7.10 Opsamling af analysen *118*

Kapitel 8. Forandringsperspektiv **119**
8.1 Fokusområder *119*
8.2 Utilsigtede konsekvenser *123*
8.2.1 Etik 123
8.3 Opsamling af forandringsperspektiver *124*

Kapitel 9. Metodekritik **126**
9.1 Validitet *126*
9.1.1 Intern validitet 126
9.1.2 Ekstern validitet 127
9.2 Reliabilitet *128*

Kapitel 10. Konklusion **130**

Kapitel 11. Perspektivering **132**
11.1 Etniske minoriteter og børneovervægt *132*

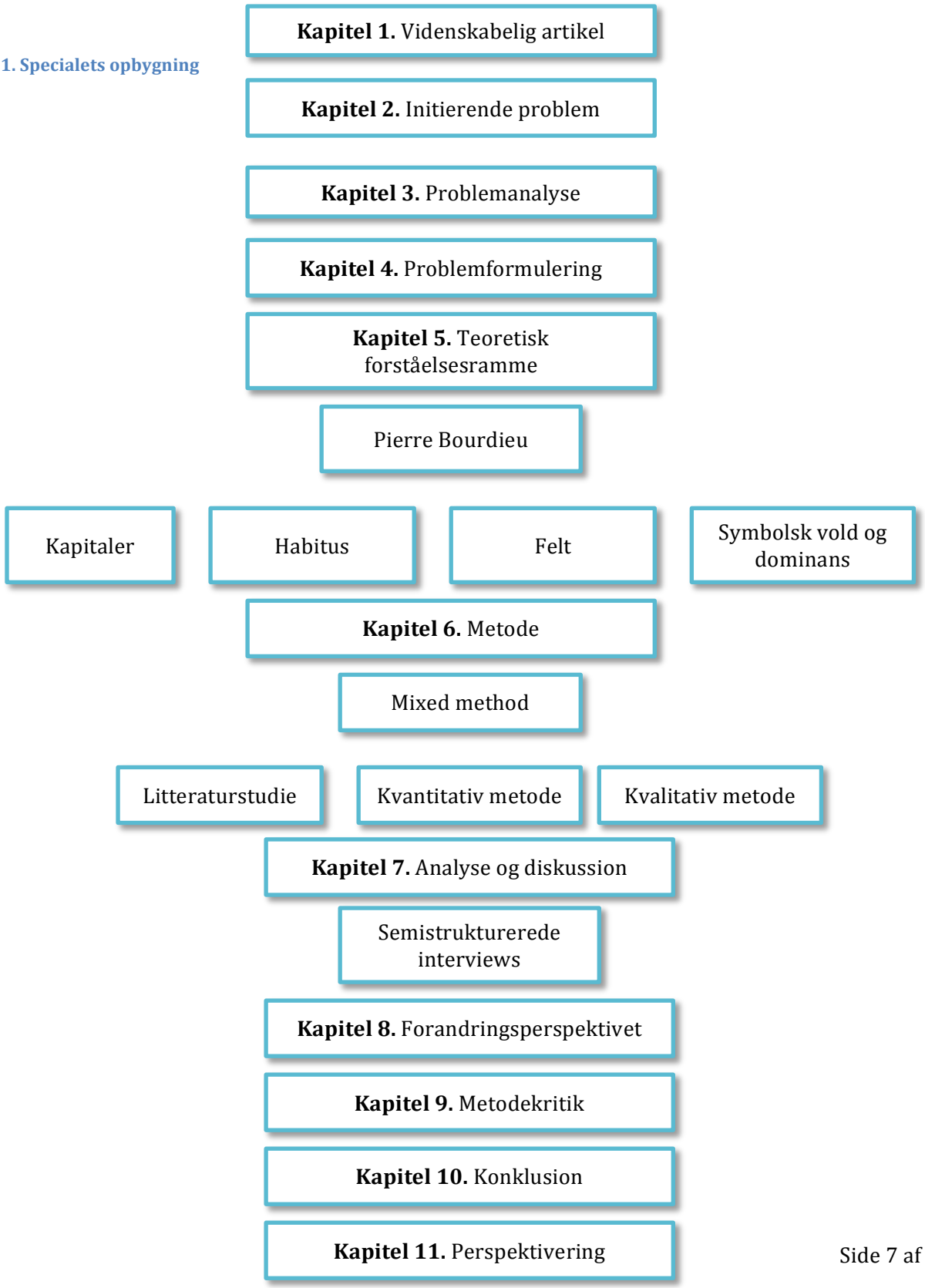
Referenceliste **134**

Bilagsliste **141**
Bilag 1. Spørgeskema fra AKF *141*
Bilag 2. Syntax fil *141*
Bilag 3. Standardbilag til beskrivelse og dokumentation af informationssøgning og- udvælgelse *141*
Bilag 4. Interviewguide *141*
Bilag 5. Liste over de skoler, som er blevet kontaktet i forhold til rekruttering af forældre til kvalitative interviews. *141*
Bilag 6. Infobrev til forældre *141*
Bilag 7. Samarbejde med Aalborg Kommunes Sundheds- og Kulturforvaltning *141*
Bilag 8. Samtykkeerklæring *141*
Bilag 9. Transskription *141*
Bilag 10. Matrice *141*

Læsevejledning

I dette kapitel introduceres til en visualisering af specialets opbygning med det formål at skabe et overblik for læseren samt øge læsevenligheden. I nedenstående figur ses de overordnede kapitler i specialet.

Figur 1. Specialets opbygning



I specialet er der anvendt Harvard-metoden til reference håndtering, hvor referencer i teksten er angivet med forfatterens efternavn og årstallet for udgivelsen. Hele referencen er opgivet i referencelisten, hvor referencerne er opstillet i alfabetisk orden efter forfatterens efternavn. Yderligere forefindes slutningen af specialet en bilagsliste, hvor tilhørende bilag er nævnt.

Som nævnt i forordet, er specialet inddelt i to dele; den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) og den kvalitative undersøgelse (del 2) suppleret med litteraturstudie. Den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) er udarbejdet i artikel form, hvor den kvalitative undersøgelse (del 2) tager udgangspunkt i resultaterne fra del 1. Det er vigtigt, at den kvantitative hovedundersøgelse, som er vedlagt under kapitel 1. Videnskabelig artikel læses før resten af specialet læses, idet de indbyrdes hænger sammen. De to hoveddele i specialet er kort præsenteret nedenunder med det formål at give et overordnede overblik af indholdet for læseren.

Den kvantitative hovedundersøgelse (del 1)

Formålet med del 1 er at anvende Pierre Bourdieus begreber om habitus og kapital til at undersøge om der er en sammenhæng mellem forældrenes kapitaler (ressourcer) og børnenes Body Mass Index (BMI). Undersøgelsens fokus er indskolingsbørn i alderen 5-9 år, da denne aldersgruppe har højere risiko for at udvikle overvægt. Teoretiske perspektiver er ofte fraværende inden for eksisterende undersøgelser af overvægt blandt børn. Undersøgelsen er baseret på data (spørgeskemaundersøgelse – ses under bilag 1) indhentet fra den danske Consumer Scan Panel, som er foretaget i 2007. Panelet består af ca. 3000 danske husholdninger, hvor der registreres deres ugentlige indkøb af husholdningsvarer og udfylder årligt et baggrundsskema vedrørende deres uddannelse, indkomst og husstandssammensætning. Udover de to spørgeskemaer, har panelet i 2007 udfyldt et spørgeskema om højde og vægt samt en række spørgsmål omhandlende deres sundhedsadfærd og livsstil for at indfange de forskellige kapitalformer defineret af Pierre Bourdieu husholdningsvarer og udfylder årligt et baggrundsskema vedrørende deres uddannelse, indkomst og husstandssammensætning. Udover de to spørgeskemaer, har panelet i 2007 udfyldt et spørgeskema om højde og vægt samt en række spørgsmål omhandlende deres sundhedsadfærd og livsstil for at indfange de forskellige kapitalformer defineret af Pierre Bourdieu (Bourdieu, Wacquant 1996).Indikatorerne for kulturel, økonomisk og social kapital er fundet gennem en eksplorativ faktoranalyse og sammenhængen mellem forældrenes kapitalniveau og børnenes BMI, er analyseret via en lineær regressionsanalyse. Undersøgelsesresultaterne indikerer, at jo højere kulturel kapital forældrene besidder, desto lavere BMI vil børnene have og dermed mindre risiko for at udvikle overvægt. Desuden har børn af forældre med høj BMI en større sandsynlighed for at udvikle overvægt, idet forældrenes livstil i forhold til

spise- og motionsvaner er tæt forbundet med børnenes. Idet der er behov for en dybdegående forståelse og tolkning med udgangspunkt i viden om forældrenes oplevelser og erfaringer af børneovervægt, suppleres undersøgelsen med seks kvalitative forskningsinterviews i del 2.

Den kvalitative undersøgelse (del 2)

På baggrund af resultaterne fra den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) og specialets overordnede teoretiske forståelsesramme vælges kvalitativ undersøgelse som metode. Den kvalitative undersøgelse er med til at give en dybdegående forståelse og indblik i de bagvedliggende årsager af børneovervægtsproblematikken. Bourdieus teori er med til at danne rammer for udarbejdelse af de semistrukturerede interviews samt analyse af resultater (Bourdieu, Wacquant 1996). Via seks semistrukturerede interviews vil forældrenes holdninger og syn på sund livsstil og børneovervægt blive belyst, samt deres forandringspotentiale. Målgruppen i undersøgelsen er stadig børn i indskoling i alderen 5-9 år. Undersøgelsen suppleres med videnskabelig og evidensbaseret viden.

Specialet samlede resultat vil danne grundlag for beslutningsgrundlaget for det fremadrettede indsatser mod forebyggelse af børneovervægt.

Specialets initierende problem, problemanalysen, problemformulering samt metodekritik dækker udelukkende over den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet. Den kvantitative hovedundersøgelsens (del 1) baggrund, metodiske fremgangsmåder, diskussion af resultater samt metodekritik er beskrevet i selve artiklen. Yderligere er der udarbejdet separate abstracts og referenceliste for både artiklen og selve specialet.

God læselyst!

Kapitel 1. Videnskabelig artikel

I dette kapitel er et udkast til artiklen inddraget. Artikel er under forberedelsesfasen, hvor artiklen i første omgang skal sendes til korrekturlæsning. Dernæst vil artiklen blive indsendt til tidsskriftet Social Science & Medicine. Syntax filen og de statistiske programmeringer i statistisk programmet SAS er vedlagt som bilag (bilag 2).

Body Mass Index among Danish children in the younger grades primary school and influence of parental capital

Tuba Subasi*, Aalborg University, Frederiks Bajers Vej nr. 7, 9220 Aalborg Ø. Denmark
Ayse Döner*, Aalborg University, Frederiks Bajers Vej nr. 7, 9220 Aalborg Ø. Denmark
Carsten Kronborg Bak, Ph.D., associate professor, Public Health and Epidemiology Group, Department of Health Science and Technology, Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg Ø, Denmark
Henrik Bøggild, Ph.D., associate professor, Public Health and Epidemiology Group, Department of Health Science and Technology, Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg Ø, Denmark

Abstract

The prevalence of childhood obesity has increased in Denmark and the rest of the world. Furthermore the prevalence of obesity is associated of the degree of relative social inequality. Bourdieu's comprehensive understanding of the theoretical and empirical aspects is highly relevant to explain and prevent childhood obesity. The aim of the study is to use Bourdieu's concepts of habitus and capital and lifestyle approach to analyze the association between parental capital and BMI among children, in order to scrutinize the potential preventive effect of early intervention taking socioeconomic status into consideration. This study is based on data retrieved from a survey conducted by the Danish Consumer Scan Panel in 2007 and 2019 households completed the questionnaire. Children between age of 5 and 9 are included. The indicators of cultural, economic and social capital were found through an exploratory factor analysis and we analyzed the association between the parents' level of capital and children's BMI by linear regression analysis. The results indicate that the higher the parental level of cultural capital for children the lower BMI, and thereby lower probability of being obese -0.24 (-0.43; -0.05). Regarding economic and social capital no association were found. Furthermore the parents cultural capital and BMI are associated with the children's' BMI 0.12 (0.03; 0.21).

Keywords

Obesity, BMI, Denmark, capital, early intervention, children, prevention, socioeconomic status,

Introduction

The prevalence of childhood obesity has increased in Denmark as well as in the rest of the world and is one of the major public health issues, defined by The World Health Organization (WHO) as epidemic (Cole et al. 2007, Li, Hooker 2010, Lien et al. 2010, Matthiessen et al. 2014). Obesity is responsible for a high proportion of the total burden of disease in the WHO European Region, which causes more than 1 million mortality and 12 million life- years with illness (Cruz et al. 2005).

The physical and psychological health and the socioeconomic status (SES) of people are significantly associated by weight level (Li, Hooker 2010, Matthiessen et al. 2014, Parsons et al. 1999). The health consequences of child obesity are related to risk factors such as heart diseases, type 2 diabetes, cancer and psychological disorders and have a tendency to result in obesity in adulthood (Li, Hooker 2010, Matthiessen et al. 2014, Parsons et al. 1999)

In most western countries prevalence of obesity is associated to major differences in the degree of relative social inequality; research has indicated that people with lower education and income are more likely to be obese (Sarlio-Lahteenkorva, Lissau & Lahelma 2006, Wang, Beydoun 2007) Therefore it is relevant to focus on obesity in a early stage in children's life. Previous research has also shown that the family's health-related behavior have a great influence on the children's lifestyle (Haapalahti et al. 2003, Fisher et al. 2002, Christensen 2011) and, the family's meal patterns have an effect on children's nutrition habits (Haapalahti et al. 2003, Fisher et al. 2002). Children living in lower SES families were associated with unhealthy nutrition habits and poor parental role model in nutrition (Haapalahti et al. 2003, Fisher et al. 2002).

Other research indicated that prevalence of high Body Mass Index (BMI) among British children into adulthood was distributed as follows: 17% at birth, 26% in the age of 1-3 years, 52% in the age of 3-5 years, and lastly 69% in the age of 6-9 years (Whitaker et al. 1997). These results indicate that school children in the younger grades might be a relevant group for prevention of obesity. There have been various efforts to prevent obesity among children but without any long-term effect (Campbell et al. 2001). Therefore, it is important to study the underlying factors of obesity among children.

Educational interventions toward healthy nutrition habits and physical activity during childhood in primary schools are essential in the prevention of obesity, because it has been shown that is a greater

challenge to prevent obesity in adult life through changes in health behavior than doing the efforts in childhood. (Verrotti et al. 2014) Recent findings from a systematic review have shown that early interventions are necessary to prevent childhood obesity (Summerbell et al. 2005). Of the 39 studies included in this review that targeted children aged 6-12 years, 18 were effective on some nutrition and physical exercise related indicators of obesity. Furthermore the review has shown that interventions to prevent obesity and social inequality in obesity in an early stage are most effective for the age group 6-12 years (Summerbell et al. 2005).

The coherence between obesity and SES is generally demonstrated through epidemiological studies but causality is unclear since research focuses more on to demonstrating associations rather than to understand why the identified associations exist in a sociological perspective (Matthiessen et al. 2014, Fisher et al. 2002, Pearson et al. 2010). Early life nutrition habits and physical exercise are significantly associated with obesity in childhood and future life (Wen et al. 2007). Few studies, however, have examined mechanisms through which class-based capitals influences child weight-levels according to Bourdieu's life style theories (Matthiessen et al. 2014, Christensen 2011). The French sociologist Pierre Bourdieu's writings of life style and his concepts of especially habitus and capital, has not been included in studies with a focus on early intervention among primary schools.

Bourdieu's comprehensive understanding of the theoretical and empirical aspects seems highly relevant to explain in that a behavioral change is necessary to prevent childhood obesity in primary schools. Bourdieu's theoretical approach links to capitals influence on health behaviors that explain the choice of nutrition habits and physical exercise.

The aim of the present study is to use Bourdieu's concepts of habitus and capital to examine the association between parental capital and children's BMI among primary schools aged 5-9 years, since this group is the most at risk for childhood obesity. Since only one study has applied this theoretical approach to investigate child obesity among Danish children we find it important to examine obesity in early stage of these children's life through Bourdieu's theory (Christensen 2011).

Teoretical background

Habitus

To analyze why there is an increased prevalence of obesity among children with parents who possesses few ressources it is essential to take into account the parents' habitus and capital possession. This can be argued from the point of view that childrens health habits will largely be influenced by the parents' lifestyle and position in the social space, since the family has a central role

in the creation of individuals habitus (Huang et al. 2009). Therefore, it is important to understand the parents habitus, since the parents acts out of habitus and thus creates meaningful practices and ways of perceiving the world.

Habitus is a concept that explains the regularities that are going on in practice, which includes the values, norms, cultural habits or attitude systems as the agent or the individual is oriented towards (Bourdieu, Wacquant 1996). The concept of habitus sets the underlying social and mental structures of interaction that act as a guide to the parents behavior and reflections. Therefore children have difficulty in changing their habitus as it is the parents who raise their children and create the structure. Habitus is among others formed from previous experience in life and it is especially this experience that is most challenged to change because of the agent is grown on with a particular taste for what the good and right is (Larsen 2010). Habitus is formed by the field's standards and requirements, in which habitus elects field for values and norms. Parents belonging to the same position in the social space tend to act in the same manner and thus have the same traits, lifestyle and access to the same goods. The greater the deviation is between the parents positions, the fewer commonalities will agents possess. Bourdieu does not focus on the individual, but considers the concept of habitus as socialized subjectivity, where the individual, personal and subjective are social and collective (Bourdieu, Wacquant 1996). Habitus gives explanation why some parents appreciate different types of food exercise habits and have different attitudes towards health and how these can lead to children becoming obese because parents have the primary role.

Capitals

According to Bourdieu, the concept of capital refers to different types of resource possession and power, where the parent's position is determined from the capitals (Bourdieu 1986). The parents have the opportunity to gain influence and power in the social space through its capital. Bourdieu distinguishes capitals in three basic forms: economic, cultural and social capital.

Economic capital is an accumulated resource in the form of money or material goods that can be converted into necessities. For example economic capital can be a resource in the form of purchases of healthy foods and participate in several sports that require material goods. Cultural capital includes knowledge, understanding and skills that you can have as a resource more or less of compared to the parents in different social spaces (Prieur et al. 2006). Training certificates, titles or authorizations also help to determine the agent's cultural capital, which Bourdieu believes help to create differences in health. Social capital refers to the resources that are embedded in a network where social relations are very important. Bourdieu considers that good contacts, trust and relationships can have an impact on access to a good education and a good job, and that way, social capital optimizes its relative position in society. Parents with different amounts of economic, social and cultural capital may tend to appreciate

different types of food, have different health habits and different views on what is healthy and unhealthy (Bourdieu, Bennett 2010).

This can be justified by the parents have different kinds of resources and different priorities based on what they would like to invest in. An investment in health requires resources, such as time, energy, money, knowledge, networking, and more. Generally seen that parents with a low level of capital prefer unhealthy eating and exercise habits, where parents with much capital prefer healthy diet and exercise (Christensen 2011). This suggests that the parent's choices of health are related to the amount of capital. It is especially cultural capital, which has a significant impact on the development of healthy lifestyles, since it is particularly those with cultural capital that prefer healthy food, play sports and have knowledge of health (Christensen 2011). This may be because individuals with a lot of cultural capital can have knowledge and skills in health and higher education. Education (cultural capital) has an important role in relation to other forms of capital, since education will lead to better employment opportunities and thus higher income (economic capital) and provides an opportunity to form a network (social capital). The different forms of capital help to explain parent's access to economic, cultural and social resources and how they are reproducing inequality in health (Prieur et al. 2006).

Materials and methods

This study was based on data retrieved from a survey conducted by the Danish Consumer Scan Panel in 2007. The sample had previously been described and analyzed (Tornhøj Christensen 2011). The panel registers weekly Danish households' purchases of household goods, and main purchaser in the household responds yearly to a background questionnaire with information on household composition, education and income for adult in the household. In addition to the background questionnaire, the panel in 2007 answered a questionnaire on height and weight for all household members. The Consumer Scan Panel consists of a representative sample of 3000 Danish households and 2019 households completed the questionnaire (69,6%), where the representative of the households were most female. This questionnaire included data assessments of child's gender, child's, age, the parents BMI, socio-demographics, lifestyle and attitudes about nutrition, physical activity, social life and health. The survey also contains questions to capture levels of capital possessions as described by Bourdieu. The 2019 households are used to conduct analysis of scale for indicators of levels of capital. In the analysis, we only included households with children between age of 5 and 9. A total of 2019, 153 children between 5-9 years were registered. We excluded records with missing values for variables child gender (n=6), height and weight of parents (n=12) and children (n=3). In all 18 5-9 years old children were excluded from the study. The final sample consisted of 135 children

aged 5-9 in 135 households in this study. The 72 (53%) of the total sample of children were girls and 63 (46%) were boys.

We analyzed questions indicating healthy nutrition, physical activity, health behavior and BMI both for parents and children. Healthy nutrition was assessed using the questions "it is important that my food is healthy", "the price is more important than quality" and "parents are responsible for children eat healthy". Five response categories were dichotomized the response alternatives into very important vs. not important, price vs. quality or yes vs. no. The duration of total time of physical activity was assessed asking for the number of minutes a week in average. Using 210 minutes physical activity in a week was categorized active and using less than 209 minutes physical activity in a week was categorized passive. Marital status was measured using with two response categories single vs. married. Questions about the family types with children or not was measured using with two response categories yes vs. no. The respondent answered questions about the child's birthday, gender, height in meters squared and kilo in kilograms to capture child's BMI. Children's weight and height changes with age and therefore we constructed a value of child BMI deviation in relation to the internationally accepted age and gender specific cut-off points for BMI for overweight (Cole et al. 2007). These international cut-off points have been used and validated in Danish studies (Matthiessen et al. 2014, Christensen 2011, Pearson et al. 2010, Nysom et al. 2001). To classify adults BMI we used a universal range for BMI weight by dividing weight in kilograms by height in meters squared (kg/m^2). The height and weight for all households members are self-reported by the respondent.

Measurement of capital

Factor analysis is a statistical approach used for analyzing the correlations among some variables in order to estimate the number of central dimensions that underlie the data and to describe and measure those dimensions. The indices of economic, cultural and social capital are generated by summing the scores of the component items chosen for identifying each capital. To measure cultural capital we used six indicators: 1) Mean of educational level of the children's parents rated by a ranked scale, 2) number of newspaper subscriptions in the household, 3) number of books in the household, 4) number of yearly visits to museums of the children's parents 5) number of yearly visits to the opera of the children's parent 6) number of yearly visits to the theatre of the children's parent. The selection of indicators are inspired by Christensen's study and similar variables have been used in the research literature in this field (Christensen 2011, Jæger, Holm 2003, Gatrell, Popay & Thomas 2004). These variables are also informed by Bourdieu`s choices associated with capitals (Bourdieu, Bennett 2010). To measure economic capital through factor analysis we used five indicators 1) gross monthly household income in Danish crowns (DKK) and in relation to double income we used the OECD-

modified equivalence scale to adjustment 2) number of cars in the household 3) washing machine in the household 4) dishwasher machine in the household 5) accommodation type (rentals, cooperative or owner) (Christensen 2011, Jæger, Holm 2003, Gatrell, Popay & Thomas 2004). Finally we identified social capital through four items that indicate to what extent do children's parent have social network to help find 1) employment, 2) an apprenticeship for a child of the respondent, 3) employment for a child of the respondent and 4) a place of accommodation (Jæger, Holm 2003). Table 1 shows the results of the exploratory factor analysis using maximum likelihood estimation and oblique rotation allowing for non-orthogonal factors. Factor analysis is conducted on the total sample 2019 households. The table is including all variables from the exploratory factor analysis with a factor loading >0.10 as other studies (Luman et al. 2012, Gustaw-Rothenberg 2009).

Statistical analysis

All statistics were calculated using SAS 9.4 version (SAS Institute, Cary, NC, USA) statistical software. To estimate the correlation between the parents' level of capital and children's BMI we used a linear regression models containing levels of parents economic capital, cultural capital or social capital and the level of the children's BMI. According to Bourdieu's theoretical perspective we assumed a linear correlation between parental capital levels and children's BMI (Bourdieu 1986). We used 3 linear regression models estimated separately for cultural, economic and social capital (table 3). Firstly we used a simple linear regression analysis to examine the correlation between parents level of social, economic and cultural capitals and children's BMI. The multiple linear regression analysis was performed to determine the potential confounders and possible interactions that can have effect on the correlation between parental capitals and children's BMI. The multiple linear regressions analyses included confounding factors: child gender, child age, parental BMI, parental gender, behavior towards healthy nutrition and parent's marital status. Unadjusted and adjusted beta $\boldsymbol{\beta}$'s, 95% confidence interval and p values were calculated.

Variables	Social capital	Cultural capital	Economics capital
Income level	0,163	0,000	**0,158**
Home	0,101	-0,105	**0,280**
Cars	0,120	-0,147	**0,223**
Dishwashers	0,122	-0,136	**0,214**
Washing machine	0,083	-0,145	**0,256**
Museum	0,067	**0,262**	0,046
Theatre	0,076	**0,240**	0,036
Books	0,072	**0,229**	0,108
Educational level	0,127	**0,170**	0,112
Opera	0,047	**0,254**	0,056
Newspaper subscription	0,078	**0,204**	0,055
Network –pub	**0,135**	0,049	-0,149
Network – job	**0,207**	-0,068	-0,171
Network – kid	**0,228**	-0,068	-0,173
Network – job and kid	**0,227**	-0,073	-0,176
Network – home	**0,146**	-0,040	-0,188
Eigenvalue	2,873	2,4360	2,435
Chronbach alpha	0,806	0,7058	0,732

Table 1. Explorative factor analysis. Factor loadings, eigenvalues and chronbach alpha. Factor loadings highlighted in bold are included. The analysis is conducted on the total sample (2019 households).

Results

Children's BMI and parental capital

Table 1 depicted the results of the exploratory factor analysis using maximum likelihood estimation and oblique rotation allowing for non-orthogonal factors. In table 1 the items load significantly on each of the three latent factors. In addition factor loadings >0.10 are included because the strength of association of each single item with the respective scale. In addition factor loadings >0.10 are included because the strength of association of each single item with the respective scale. Estimates of Cronbach alpha for each scale and eigenvalues of the factor analysis had shown that the used variables were fitted with each other (Tucker, L. R. and Lewis, C. 1973). The demographic characteristics of the study population of children and parents are given in table 2. A significant correlation is found between children's BMI and parent's demographic characteristics. According to the described internationally cut off points, 14 percent of the children in this study have a high BMI and therefore can be defined as overweight.

The result of the linear regression analysis shows the estimation results of parental capital and children's BMI in table 3. The results in this study indicate that the higher the parental level of cultural capital the lower BMI of children (p <0.010) and therefore lower probability of having high BMI as

child. Parental levels of economic and social capital have no significant impact on children's BMI.

	Child non high BMI (non overweight)	Child high BMI (overweight)	Total sample (N)
All	116 (86%)	19 (14%)	135 (100%)
Child gender			
Girl	63 (54%)	9 (47%)	72 (53%)
Boy	53 (46%)	10 (53%)	63 (47%)
Child age			
5-7 years old	75 (65%)	14 (74%)	89 (66%)
8-9 years old	41 (35%)	5 (26%)	46 (44%)
Mean of parental cultural capital	4.6	3.1	135 (100%)
Mean of parental economic capital	10.2	9.5	135 (100%)
Mean of social capital	3.3	2.7	135 (100%)
Parental BMI			
Parent not overweight	67 (58%)	5 (26%)	72 (53%)
Parent overweight	49 (42%)	14 (74%)	63 (47%)
Parental gender			
Female	99 (85%)	16 (84%)	115 (85%)
Male	17 (15%)	3 (16%)	20 (15%)
Mean of parental age	38	37	135 (100%)
Parental view of responsibility about children healthy nutrition			
Yes	2	0	2 (1,5%)
No	114	19	133 (98,5%)
Parental view about importance of healthy nutrition			
Important	6 (5%)	3(2%)	9(7%)
Not important	110 (81%)	16 (12%)	126 (93%)
Parental view of nutrition quality versus price	65	7	72 (53%)
Nutrition quality	51	12	63 (47%)
Price			
Parental physical activity			
Active physical activity	66	11	77 (57%)

Passive physical activity	50	8	58 (43%)
Marital status			
Single	17 (15%)	2 (11%)	114 (86%)
Married	97 (84%)	17 (89%)	19 (14%)
Missing			2

Table 2. Characteristics of the study population in percentage and mean.

Children's BMI and control indicators

For children's BMI, a significant interaction is found between parental cultural capital, children's gender ($p < 0.026$), children's age ($p < 0.011$), parental view of responsibility about children healthy nutrition ($p < 0.032$) and BMI ($p < 0.009$). The interaction between children's gender and parental cultural capital has also significant impact on the children's BMI. Estimation results show that the boys are more likely to have a high BMI ($p < 0.026$). Additionally the results indicate that the higher the age of children, the higher the BMI increase ($p < 0.011$). Further the results have shown that parental view of responsibility about children healthy nutrition has a significantly effect on children's BMI ($p < 0.032$). Finally estimation results illustrated in table 3 shows that the parents BMI and cultural capital are significantly associated with children's BMI ($p < 0.009$). It is clear that the children's probability of high BMI increases if their parents BMI increase. In summary, this study found that parental level of cultural capital is still significantly correlated with children's BMI after adjustment of all potential control indicators. As a control for the study results are used beta $\boldsymbol{\beta}$ and associated p value and 95% confidence interval (95% CI).

	Model 1, unadjusted. β (95% CI)	P value	Model 2, adjusted for confounders. β (95% CI	P value
Cultural capital	-0.24 (-0.43; -0.05)	< 0,010	-0.26 (-0.45; -0.08)	< 0.005
Child gender			0.92 (0.10; 1.73)	< 0.026
Child age			0.38 (0.08; 0.68)	< 0.011
Parental BMI			0.12 (0.03; 0.21)	< 0.009
Parental gender			-1.10 (-2.24; 0.04)	< 0.058
Parental view of responsibility about children healthy nutrition			4.10 (0.35; 7.84)	< 0.032
Parental view about importance of healthy nutrition			-0.81 (-2.63; 0.99)	< 0.373
Economic capital	-0.01 (-0.17; 0.14)	< 0.874	-0.07 (-0.24; 0.09)	< 0.396
Child gender			0.84 (0.00; 1.68)	< 0.049
Child age			0.37 (0.06; 0.68)	< 0.017
Parental BMI			0.13 (0.04; 0.23)	< 0.003
Parental gender			-1.13 (-2.31; 0.04)	< 0.059
Parental view of responsibility about children healthy nutrition			3.50 (-0.35; 7.35)	< 0.074
Parental view about importance of healthy nutrition			-1.21 (-3.05; 0.63)	< 0.195
Social capital	-0.02 (-0.21; 0.16)	< 0.813	-0.02 (-0.21; 0.15)	< 0.763
Child gender			0.79 (-0.03; 1.63)	< 0.060
Child age			0.37 (0.06; 0.68)	< 0.019
Parental BMI			0.13 (0.04; 0.23)	< 0.004
Parental gender			-1.09 (-2.07; 0.08)	< 0.068
Parental view of responsibility about children healthy nutrition			3.67 (-0.18; 7.54)	< 0.062
Parental view about importance of healthy nutrition			-1.21(-3.06; 0.63)	< 0.197
Marital status			-0.40 (-.63; 0.83)	< 0.522

Table 3. Association between capital and child BMI, unadjusted and adjusted. Beta (95% CI) and p values.

Discussion

The present study contributes with new knowledge on the development of obesity among Danish children from younger grades in primary schools and particularly according to the influence of parental capital. The present study used a conceptual approach to demonstrate the underlying reasons of differentiated child BMI by integrating Bourdieu's theory of capitals possession and habitus, which have not been done in previous studies.

The hypothesis of increasing social inequality in childhood obesity is confirmed by the present study as it is in most studies from Western developed countries (Matthiessen et al. 2014, Pearson et al. 2010, Scharoun-Lee et al. 2009). The results support especially the theoretical perspective of parental level of cultural capitals effect on children's BMI. The higher the parental level of cultural capital the lower BMI their children possess. According to Bourdieu's theoretical perspective the capital levels can be used to explain how unequal access to economic, cultural and social resources can create inequality in health (Prieur et al. 2006). According to Bourdieu's theoretical view, it is especially cultural capital that has a significant impact on the development of individuals healthy lifestyles, since it is particularly those with higher cultural capital that prefer healthy nutrition, doing exercise and have a greater knowledge about health, particular concerning healthy choices and ideal body shape (Bourdieu, Bennett 2010). Parent's educational level (cultural capital) has an important role in relation to other forms of capital. On the basis of our results we show that parents with high levels of cultural capital are less likely to have an obese child and are more knowledgeable of advices on health and ideal body images. Individuals with a possession of a high economic capital level do not necessarily prioritize healthy lifestyle as those with a high level of cultural capital, according to Bourdieu (Bourdieu, Bennett 2010). This may be because individuals with a high level of cultural capital are more related to having knowledge and skills in health through higher educational level. Our results did not show a significant association between economic capital and BMI, but similar studies indicates that economic capital leads to a lower BMI and a greater participation in physical exercises (Matthiessen et al. 2014, Christensen 2011, Christensen, Carpiano 2014). Additionally too economic capital high possessions of social capital have been found related to greater engagement in physical exercise with network (Christensen 2011, Christensen, Carpiano 2014). In this study results we exposed a significantly correlation between cultural capital, gender and BMI and this has been highlighted in previous studies too (Matthiessen et al. 2014, Christensen 2011, Pearson et al. 2010). According to Bourdieu gender is an essential contribution towards of habitus (Bourdieu, Bennett 2010). It may be because there are socially constructed differences between genders, the genders have different experiences and it will affect how each gender perceive and appreciate tastes and healthy lifestyles.

Our results confirm the theoretical perspective on parental habitus in relation to parental cultural capital. BMI and view of responsibility about children healthy nutrition are correlated with the children's BMI. Parental habitus may provide an explanation for why some parental choices of different kind of nutrition, exercise habits and different attitudes towards health can lead to high BMI of children. This makes parental habitus one of the explanations of high BMI of children because children are subject to parental choice of healthy lifestyle. According to Bourdieu's habitus perspective the parental level of low economic, social and cultural capital forms a habitus in the form of unhealthy nutrition and physical inactivity. This may be associated with a conflict characterized everyday stress, divorce, physically demanding work or illness, poor housing and working conditions. These issues may have an effect that is not allowed optimal resources for the child and parent's lack of profits may prevent them from establishing and maintaining a healthy lifestyle (Mellin et al. 2002).

Another result of the study is the clear progression in BMI by the increase of age.
Bourdieu highlights that childhood has an important role in attitudes and actions relation to health later in adult life (Huang et al. 2009). As stated by Bourdieu's view, parental perceptions and habits are shaped in the habitus of the children, which allow them to follow the same forms of habits on healthy lifestyle, nutritional habits, exercise and body development. Habitus is formed from the past experiences in life and it is especially this experience that is very difficult to change, as the individual is grown up with a specifically preferences for what the good and the correct is (Bourdieu, Wacquant 1996). Therefore parents and children need to be guided to healthy lifestyle because SES will lead their lifestyle and form a health behavior different dependent on the established habitus (Williams 1995).

Limitations and strengths

This study has some limitations and strengths. Parent-reported weight and height is a limitation as it can result in biased estimation of the prevalence of higher BMI of children due to misclassification. Parents tend to underestimate children's weight (Akinbami, Ogden 2009, Shields et al. 2011, Brettschneider, Ellert & Schaffrath Rosario 2012). Previous studies have indicated that bias occurs in information of obesity when parent's reports weight and height level of children (Shields et al. 2011, Brettschneider, Ellert & Schaffrath Rosario 2012). Further, BMI has been criticized as a measure of the prevalence of obesity among children since it does not take muscle mass and body composition in consideration (Wells 2001). However the approach of BMI is an acceptable and reliable measurement for the study because of cost and convenience (Lobstein et al. 2004). A strength of the study is the use of international BMI, which is also used in Danish studies to maintain the possibility of international comparisons (Cole et al. 2007, Christensen 2011, Pearson et al. 2010, Nysom et al. 2001). The total

sample size is too small for a thorough investigation prevalence of higher BMI for the age group that has been analyzed. This can lead to a loss of statistical power and portability as a result of the sample size representativeness for all Danish children in Denmark.

A strength of Bourdieu's theoretical perspective of capital level is that he describes why there is a social inequalities in obesity and why some people are more inclined to avoid being overweight, if they grew up in a context of enough economic, cultural and social resources. His theory brings thoughts into play and helps to understand how the world is interconnected health without correct only focus on the individual, but in a broader context. The strength of using Bourdieu's theory in empirical studies is that he is theoretical- empirically oriented, where he constructs theory and empirical data together. A limitation may be that Bourdieu's capital forms are constructed so as to be open to critical questions about whether capital concepts can be converted and explain the individual's specific economic conditions, cultural competence and social relationships. For example, the individual economic conditions that capital describes oversimplify the situation, possibly in reality consisting of more complex conditions. (Bourdieu 1986, Bennett 2010). However Bourdieu's theory relevant as theoretical and empirical approach is important since theory alone cannot explain the existing contexts, as for example a healthy lifestyle is not just a individual choice.

Conclusion

Our study demonstrates how parental level of cultural capitals is important for understanding of the effect on children's BMI. To reduce the prevalence of obesity in the younger grades in primary school, it is important to ensure that campaigns and prevention programs in obesity include as many as possible, but especially the children of parents who are in the risk group. The increased focus on high-risk groups and obesity may lead to stigmatization and segregation of obesity. However, there is still a need for research in the field as social inequalities in obesity is a public health problem both global and national. Hence, future research on social inequality in children obesity needs to examine the interrelation between parental resource possession and values, preferences, and health behavior. Future research could benefit with a qualitative in-depth perspective on parental health behavior and perceptions with children from younger grades in primary schools. A qualitative in-depth perspective on parental health behavior would provide important insight to perform an effective early intervention for childhood obesity.

Acknowledgements

We thank Senior Researcher, cand.scient.soc., ph.d. Vibeke Tornhøj Christensen for use of her

questionnaire and access to collected data.

References

Akinbami, L.J. & Ogden, C.L. 2009, "Childhood overweight prevalence in the United States: the impact of parent-reported height and weight", *Obesity (Silver Spring, Md.),* vol. 17, no. 8, pp. 1574-1580.

Anderson, A.S., Marshall, D.W. & Lea, E.J. 2004, "Shared lives-an opportunity for obesity prevention?", *Appetite,* vol. 43, no. 3, pp. 327-329.

Bourdieu, P. 1986, "The forms of capital" in *Handbook of theory and research for the sociology of education*, ed. In J. Richardson, Greenwood Press, Westport, Conn., pp. 241-258-xxiv, 377 s.

Bourdieu, P. & Bennett, T. 2010, *Distinction: a social critique of the judgement of taste,* Routledge, London.

Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. 1996, *Refleksiv sociologi : mål og midler,* Hans Reitzel, Kbh.

Brettschneider, A.K., Ellert, U. & Schaffrath Rosario, A. 2012, "Comparison of BMI derived from parent-reported height and weight with measured values: results from the German KiGGS study", *International journal of environmental research and public health,* vol. 9, no. 2, pp. 632-647.

Campbell, K., Waters, E., O'Meara, S. & Summerbell, C. 2001, "Interventions for preventing obesity in childhood. A systematic review", *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity,* vol. 2, no. 3, pp. 149-157.

Christensen, V.T. 2011, "Does parental capital influence the prevalence of child overweight and parental perceptions of child weight-level?", *Social science & medicine (1982),* vol. 72, no. 4, pp. 469-477.

Christensen, V.T. & Carpiano, R.M. 2014, "Social class differences in BMI among Danish women: applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle", *Social science & medicine (1982),* vol. 112, pp. 12-21.

Cole, T.J., Flegal, K.M., Nicholls, D. & Jackson, A.A. 2007, "Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey", *BMJ (Clinical research ed.),* vol. 335, no. 7612, pp. 194.

Cruz, M.L., Shaibi, G.Q., Weigensberg, M.J., Spruijt-Metz, D., Ball, G.D. & Goran, M.I. 2005, "Pediatric obesity and insulin resistance: chronic disease risk and implications for treatment and prevention beyond body weight modification", *Annual Review of Nutrition,* vol. 25, pp. 435-468.

Fisher, J.O., Mitchell, D.C., Smiciklas-Wright, H. & Birch, L.L. 2002, "Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes", *Journal of the American Dietetic Association,* vol. 102, no. 1, pp. 58-64.

Gatrell, A.C., Popay, J. & Thomas, C. 2004, "Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us?", *Health & place,* vol. 10, no. 3, pp. 245-257.

Gustaw-Rothenberg, K. 2009, "Dietary patterns associated with Alzheimer's disease: population based study", *International journal of environmental research and public health,* vol. 6, no. 4, pp. 1335-1340.

Haapalahti, M., Mykkanen, H., Tikkanen, S. & Kokkonen, J. 2003, "Meal patterns and food use in 10- to 11-year-old Finnish children", *Public health nutrition,* vol. 6, no. 4, pp. 365-370.

Huang, J., Becerra, K., Donohue, M. & Xu, R. 2009, "Relationship between parents' and children's weight perceptions results of a survey", *Infant, Child, & Adolescent Nutrition,* vol. 1, no. 1, pp. 15-15-20.

Jæger, M.,Meier & Holm, A. 2003, "Which background factors matter more in intergenerational educational

attainment: Social class, cultural capital or cognitive ability? A random effects approach", .

Larsen, K. 2010, "Kapital 3: Pierre Bourdieu" in *Sundhedssociologi : en grundbog*, eds. P. Tanggaard Andersen & H.U. Timm, Hans Reitzel, Kbh., pp. 50-73-300.

Li, J. & Hooker, N.H. 2010, "Childhood obesity and schools: evidence from the national survey of children's health", *The Journal of school health,* vol. 80, no. 2, pp. 96-103.

Lien, N., Bjelland, M., Bergh, I.H., Grydeland, M., Anderssen, S.A., Ommundsen, Y., Andersen, L.F., Henriksen, H.B., Randby, J.S. & Klepp, K.I. 2010, "Design of a 20-month comprehensive, multicomponent school-based randomized trial to promote healthy weight development among 11-13 year olds: The Health In Adolescents study", *Scandinavian Journal of Public Health,* vol. 38, no. 5 Suppl, pp. 38-51.

Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. & IASO International Obesity Task Force 2004, "Obesity in children and young people: a crisis in public health", *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity,* vol. 5 Suppl 1, pp. 4-104.

Luman, M., van Meel, C.S., Oosterlaan, J. & Geurts, H.M. 2012, "Reward and punishment sensitivity in children with ADHD: validating the Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire for children (SPSRQ-C)", *Journal of abnormal child psychology,* vol. 40, no. 1, pp. 145-157.

Matthiessen, J., Stockmarr, A., Biltoft-Jensen, A., Fagt, S., Zhang, H. & Groth, M.V. 2014, "Trends in overweight and obesity in Danish children and adolescents: 2000-2008 - exploring changes according to parental education", *Scandinavian Journal of Public Health,* vol. 42, no. 4, pp. 385-392.

Mellin, A.E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M. & Resnick, M.D. 2002, "Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescents: the potential impact of familial factors", *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine,* vol. 31, no. 2, pp. 145-153.

Nysom, K., Molgaard, C., Hutchings, B. & Michaelsen, K.F. 2001, "Body mass index of 0 to 45-y-old Danes: reference values and comparison with published European reference values", *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity,* vol. 25, no. 2, pp. 177-184.

Parsons, T.J., Power, C., Logan, S. & Summerbell, C.D. 1999, "Childhood predictors of adult obesity: a systematic review", *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity,* vol. 23 Suppl 8, pp. S1-107.

Pearson, S., Hansen, B., Sorensen, T.I. & Baker, J.L. 2010, "Overweight and obesity trends in Copenhagen schoolchildren from 2002 to 2007", *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992),* vol. 99, no. 11, pp. 1675-1678.

Prieur, A., Sestoft, C., Esmark, K. & Rosenlund, L. 2006, *Pierre Bourdieu: en introduktion,* Hans Reitzel, Kbh.

Sarlio-Lahteenkorva, S., Lissau, I. & Lahelma, E. 2006, "The social patterning of relative body weight and obesity in Denmark and Finland", *European journal of public health,* vol. 16, no. 1, pp. 36-40.

Scharoun-Lee, M., Adair, L.S., Kaufman, J.S. & Gordon-Larsen, P. 2009, "Obesity, race/ethnicity and the multiple dimensions of socioeconomic status during the transition to adulthood: a factor analysis approach", *Social science & medicine (1982),* vol. 68, no. 4, pp. 708-716.

Shields, M., Connor Gorber, S., Janssen, I. & Tremblay, M.S. 2011, "Obesity estimates for children based on parent-reported versus direct measures", *Health reports,* vol. 22, no. 3, pp. 47-58.

Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K.J. 2005, "Interventions for preventing obesity in children", *The Cochrane database of systematic reviews,* vol. (3), no. 3, pp. CD001871.

Tornhøj Christensen, V. 2011, "Vægt og kapital : differentieret vægt hos voksne og børn analyseret gennem

Bourdieus begreber om habitus og kapital", *Dansk sociologi,* vol. 22, no. 3, pp. 81-105, 107.

Tucker, L. R. and Lewis, C. 1973, *A Reliability Coefficient for Maximum Likelihood Factor Analysis,* Psychometrika.

Verrotti, A., Penta, L., Zenzeri, L., Agostinelli, S. & De Feo, P. 2014, "Childhood obesity: prevention and strategies of intervention. A systematic review of school-based interventions in primary schools", *Journal of endocrinological investigation*.

Wang, Y. & Beydoun, M.A. 2007, "The obesity epidemic in the United States--gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis", *Epidemiologic reviews,* vol. 29, pp. 6-28.

Wells, J.C.K. 2001, "A critique of the expression of paediatric body composition data", *Archives of Disease in Childhood,* vol. 85, no. 1, pp. 67-72.

Wen, L.M., Baur, L.A., Rissel, C., Wardle, K., Alperstein, G. & Simpson, J.M. 2007, "Early intervention of multiple home visits to prevent childhood obesity in a disadvantaged population: a home-based randomized controlled trial (Healthy Beginnings Trial)", *BMC public health,* vol. 7, pp. 76.

Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D. & Dietz, W.H. 1997, "Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity", *The New England journal of medicine,* vol. 337, no. 13, pp. 869-873.

Williams, S.J. 1995, "Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?", *Sociology of health & illness,* vol. 17, no. 5, pp. 577-604.

Kapitel 2. Initierende problem

Prævalensen af børneovervægt er markant stigende både på globalt og nationalt plan, som The World Health Organisation (WHO) benævner en epidemi, hvor årsagen til børneovervægt blandt andet kan skyldes stillesiddende aktiviteter og kostvalg (World Health Organization 2000) Tal fra Sundhedsstyrelsens børnedatabase viser, at blandt børn der er født i 2005, var 12,8 procent overvægtige ved indskolingsalderen (5-9 år). På landsplan er hvert ottende barn overvægtigt, når det begynder i skolen og 40% af indskolingsbørn med overvægt har høj risiko for at blive overvægtige som voksen. (Kommunernes landsforening 2015). Denne stigning i overvægt blandt børn medfører negative følger både i barndommen og senere i voksenlivet, hvor konsekvenserne kan opleves i form af fysiske, psykiske og sociale problemer. Derudover kan overvægt resultere i økonomiske byrder på det samfundsmæssige plan i forbindelser med udgifter til behandling af fedmerelaterede sygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og kræft (Hejgaard, von huth Smith 2013)

Flere studier herunder nærværende undersøgelse (del 1) "*BMI levels among Danish children in the younger grades primary school and influence of parental capital*" har vist, at forældres ressourcebesiddelser i form af kapital har en signifikant indvirkning på indskolingsbørns BMI (Christensen 2011, Matthiessen et al. 2014). De kvantitative analyseresultater (del 1) viser, at jo højere niveau af kulturel kapital forældrene besidder desto lavere BMI tal har børnene (Christensen 2011, Matthiessen et al. 2014). Dette indikerer, at forældre med kortere uddannelser, har større sandsynlighed for at have børn med højt BMI tal, idet uddannelse er en vigtig indikator for viden, kompetencer og ressourcer indenfor sundhed (Bourdieu, Bennett 2010). Resultater viser, at forekomsten af overvægt blandt danske børn ikke er ligelig fordelt i samfundet og derfor er behovet for at reducere børneovervægt især nødvendigt blandt højrisikogrupper, da der ses en stigning i social ulighed i børneovervægt (Sundhedsstyrelsen 2015c). En reduktion af social ulighed i børneovervægt er netop et sundhedspolitisk mål med henblik på at fremme folkesundheden og forebygge sundhedsrisici på længere sigt ved at optimere befolkningens helbred og dermed øge middellevetiden (Diderichsen 2011).

Der er gennem årtier foretaget en lang række forebyggelsesindsatser rettet mod børn med overvægt, dog uden langvarige effekter (Andersen 2014). Dette skyldes, at mange tidligere interventioner ofte mangler en opfølgning i form af evaluering (Mølgaard 2007). En anden barriere er manglende deltagelse af selve målgruppen, som vanskeliggør udførelse af interventioner rettet mod børn med overvægt af forældre med få ressourcer (Brødsgaard 2010). Tidligere studier har vist, at forældre med kortere uddannelser, enlige og især den del af befolkningen med overvægt har relativt lave deltagelsesprocenter indenfor sundhedsinterventioner og helbredsundersøgelser (Illemann

Christensen 2014).

Ud fra den stigende andel af børn med overvægt i indskoling og den sociale ulighed i børneovervægt samt dens konsekvenser på børns fremtidige sundhed og trivsel, anses børneovervægt som et væsentligt folkesundhedsproblem. På baggrund af de kvantitative undersøgelsesresultater (del 1) ønskes en dybdegående forståelse af til- og fravalg af sund livsstil blandt de forskellige forældretyper. Dette er relevant for at kunne målrette en indsats med henblik på at skabe en forandring indenfor social ulighed i børneoverægt.

På grundlag af ovenstående samt den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) leder det frem til del 2's initierende problem;

"Hvorfor er der en social ulighed i børneovervægt, trods de forskellige forebyggelsesindsatser for at reducere børneovervægt og hvilken betydning har forældrenes livsstil i denne sammenhæng?"

Kapitel 3. Problemanalyse

Problemanalysen er udarbejdet med henblik på at tydeliggøre en problematisering og analyse af den initierende problem. I dette kapitel præsenteres forskellige elementer af det initierende problem for at afgrænse og lede til specialets problemformulering. Kapitlets hovedformål er at belyse de forskellige aspekter af børneovervægt både på det individuelle- og samfundsmæssige plan. Kapitlet indeholder emner som børneovervægt, social ulighed i børneovervægt, definition af overvægt som begreb, de komplekse årsager til børneovervægt samt tidligere indsatser indenfor feltet. Problemanalysen vil danne et bredt grundlag for forståelsen af børneovervægt som et kompleks fænomen.

3.1 Overvægt som folkesundhedsproblem

For at belyse det initierende problem, som et folkesundhedsproblem, er det væsentligt at tydeliggøre, hvorfor børneovervægt er en sundhedsmæssig trussel for den enkelte og det danske samfund. Med udgangspunkt heri, vil overvægtsproblematikken blandt børn belyses i det følgende afsnit.

3.1.1 Overvægtproblematikken og den sociale ulighed i børneovervægt

Overvægt er både på det globale og nationale plan et stort folkesundhedsproblem, hvor årsagerne blandt andet kan skyldes stillesiddende aktiviteter og kostvalg. Ifølge Wold Health Organisation (WHO) udgør overvægt den tredje største risikofaktor for sundhedstilstanden i lande med en høj indkomst i befolkningen, heriblandt Danmark (Branca, Nikogosian & Lobstein 2007). Prævalensen af overvægt blandt børn er steget markant inden for de sidste 10-30 år, samtidig med at der er tegn på en polarisering i forekomsten af overvægt og i kost- og motionsvaner i forhold til forskellige socialgrupper (Mølgaard 2007). Sundhedsstyrelsen definerer den sociale ulighed som: *"[...] det faktum, at sundhedsrisici og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet."* (Sundhedsstyrelsen 2015c). Den sociale ulighed i børneovervægt fremkommer som den sociale gradient, der optræder i forhold til forældres socioøkonomisk status (SES) (Ennals 2007). Endvidere omhandler den sociale ulighed i børneovervægt udsatte familier med mindre ressourcebesiddelser. Det er især børn af forældre med korte uddannelser, lave indkomster og ufaglærte jobs som bliver ramt af børneovervægt. Sundhedstyrelsen understreger, at forekomsten af overvægt er 3-4 gange højere hos forældre med kortere uddannelse (7 år eller derunder) sammenlignet med forældre med længere uddannelse (12 år) (Sundhedsstyrelsen 2015a). Disse familier kan være mere udsatte og sårbare i forhold til sundhedsrisici og sygdom end andre befolkningsgrupper (Diderichsen 2011). Yderligere ses at disse familier sjældnere deltager i undersøgelser, og derfor er der brug for mere viden omkring deres forhold (Illemann Christensen 2014).

3.1.2 Individuelle konsekvenser af børneovervægt

På baggrund af overvægtsproblematikken har flere sundhedsmyndigheder, herunder WHO og International Obesity Task Force (IOTF), publiceret flere publikationer, der viser, at overvægt er en tilstand, som medfører problemer både på det individuelle- og samfundsmæssige plan (Richelsen 2003). På det individuelle plan kan overvægt have alvorlige konsekvenser i form af fysiske, psykiske og sociale problemer. Børn med overvægt er i risiko for at blive udsat for stigmatisering, forringet livskvalitet, lavere selvværd og lavere forventninger til skolelivet (Richelsen 2003, Richelsen 1991). Der er også en række psykosociale komplikationer, som er forbundet med overvægt. De psykosociale komplikationer kan blandt andet indebære isolering, manglende social tilpasning samt oplevelse af mobning og ensomhed, som kan yderligere føre til trøstespisning og tilbagetrækning fra deltagelse i samfundet. De fysiske konsekvenser er som nævnt tidligere sygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og kræft (Hejgaard, von huth Smith 2013). Disse faktorer påvirker skolebørns trivsel og udvikling i en negativ retning både i skole og i hjemmet. På baggrund af de ovenstående alvorlige fysiske og psykosociale komplikationer, er det en nødvendighed at forebygge overvægt hos børn tidligt i livet. Flere studier viser at overvægt hos børn i barndommen fører til overvægt i voksenlivet og udgør to ud af tre tilfælde af overvægt (World Obesity Federation 2002, Nysom,K.,C,Mølgaard., Hutchings, B., K, Fleischer Michaelsen 2001, Sonne-Holm, Sørensen 1977)

3.1.3 Samfundsøkonomiske konsekvenser

Børneovervægt er også en betydelig økonomisk byrde for samfundet i form af øgede udgifter til forebyggelse og behandling af følgesygdomme (Sundhedsstyrelsen 2012). Eksempelvis har satspuljeforliget for 2010-2013, afsat 46 mio. kr. til 14 kommuner for at forebygge risici for børns trivsel i udsatte familier med overvægt. Satspuljeforliget har til formål gennem tidlig indsats med fokus på det tværfaglige samarbejde i kommuner samt inddragelse af forældre, og at afprøve metoder for at styrke forældrenes kompetencer og støtte dem i at bibeholde sunde vaner i familien (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015).

Ved at forebygge overvægt i barndommen, kan der højst sandsynligvis spares penge til fremtidige forebyggelse og behandlinger, da 70% af de overvægtige børn bliver også overvægtige som voksne (Andersen 2014, Sundhedsstyrelsen 2015b).

Hvert år dør 1.300-1.400 voksne af sygdomme relateret til overvægt, som svarer til to procent af alle dødsfald. Dette giver anledning øgede sundhedsudgifter i Danmark og ca. 10.000 tabte leveår blandt mænd og ca. 22.000 blandt kvinder (Richelsen 2003). Tal fra sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger i forhold til overvægt estimeres af sundhedsstyrelsen til at være knap to mio. kroner, som indebærer indlæggelser, sygesikringsydelser og mortalitet (Richelsen 2003, Koch 2012).

Disse øgede sundhedsudgifter kan formodentlig mindskes gennem sundhedsfremmende- og forebyggende interventioner i et tidligt stadie hos indskolingsbørn. De forskellige sundhedsfremmende- og forebyggende tiltag har fokus på bestemte grader af overvægt, og dette nødvendiggør en baggrundsviden om, hvordan overvægt defineres.

3.2 Overvægt

For at øge forståelsen af anvendelsen af overvægt som et begreb, kræves der en definition af dette. I det følgende afsnit, redegøres for overvægt og dens konsekvenser heraf.

3.2.1 Definition af overvægt

Overvægt kan defineres som en tilstand, hvor mængden af fedt i kroppen er forøget og at det har negative konsekvenser for helbredet (Sundhedsstyrelsen 2015a). Denne forøgelse af fedt opstår i et kompliceret samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, herunder forældrenes påvirkning og omgivelsernes indflydelse gennem tilgængelighed, pris og markedsføring af fødevarer samt tilgængelige motionssteder (Sundhedsstyrelsen 2015a). Mængden af kroppens fedtmasse, herunder kropsmasseindeks er et fedmemål, som beregnes via kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter (kg/m^2). Klassificering af børns vægt baseret på BMI, forholder sig noget anderledes i forhold til voksnes BMI (Christensen 2011). For børn anvendes der internationale BMI-værdier, som er nærmere beskrevet i artiklen (del 1). BMI anvendes som mål for graden af overvægt og fedme (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2008). Tabel 1 illustrerer de internationale kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-værdier for børn mellem 2-18 år (Cole,T.J.,Flegal,K.M.,Nicholls,D.,Jackson,A.A. 2007). De internationale BMI-værdier er ofte anvendt i dansk kontekst, og er valideret til brug i danske undersøgelser (Christensen 2011, Matthiessen et al. 2014, Nysom,K.,C,Mølgaard., Hutchings,B., K,Fleischer Michaelsen 2001, Pearson et al. 2010). Det kan dog diskuteres, hvorvidt de internationale BMI-værdier svarer til barnets reelle overvægtsstatus, da den blot tager udgangspunkt i barnets vægt, men medovervejer ikke, hvor stor en andel af barnets vægt, der er fedt og muskler. BMI er ofte anvendt som effektmål i undersøgelser, da andre metoder herunder fedttang[1] er ressourcekrævende måling af barnets vægt. Dog findes der få publicerede studier om børneovervægt i Danmark, da det skyldes at der ikke er en central registrering af målinger om barnets højde og vægt i landet, hvor der primært er manglende opfølgning (Mølgaard 2007).

[1] En speciel måde at måle mængden af fedt forskellige steder på kroppen.

	Body mass index 25 kg/m² (Overvægt)		Body mass index 30 kg/m² (Svær overvægt)	
Alder	**Drenge**	**Piger**	**Drenge**	**Piger**
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	**17.42**	**17.15**	**19.30**	**19.17**
5.5	**17.45**	**17.20**	**19.47**	**19.34**
6	**17.55**	**17.34**	**19.78**	**19.55**
6.5	**17.71**	**17.53**	**20.23**	**20.08**
7	**17.92**	**17.75**	**20.63**	**20.51**
7.5	**18.16**	**18.03**	**21.09**	**21.01**
8	**18.44**	**18.35**	**21.60**	**21.57**
8.5	**18.76**	**18.69**	**22.17**	**22.18**
9	**19.10**	**19.07**	**22.77**	**22.81**
9.5	**19.46**	**19.45**	**23.39**	**23.46**
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.71	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

Tabel 1. Tabellen er baseret på de Internationale cut off points for BMI-værdier fordelt efter køn og aldersgruppen 2-18 år. Aldersgruppen 5-9 år er markeret.

I tabel 1 præsenteres en oversigt over de forskellige BMI-værdier, der fordeler sig efter køn, alder, hvor den første kolonne viser grænsen for at være overvægtig og den anden kolonne om svært overvægt. Som det fremgår af tabel 1 varierer BMI-værdierne med alder og pubertetens indtræden. I den forbindelse, er de faste BMI-værdier for voksne ikke egnet til anvendelse som effektmål (BMI) blandt børn (Hejgaard, von huth Smith 2013).

I specialet anses det ikke som relevant at belyse nærmere, hvorvidt det enkelte barn tilhører gruppen overvægtig, svært overvægtig eller fed, idet fokusset bør være på indskolingsbørn, da det især er denne målgruppe, der betragtes som risikogruppe uanset graden af overvægt (Diderichsen 2011, Whitaker et al. 1997, Summerbell et al. 2005). I nærværende speciale anvendes en samlet term "overvægt", som er et udtryk for en BMI, der er højere end den anbefalede. Børn med en BMI som er svarende til første og anden kolonne i tabel 1, vil i undersøgelsen defineres som overvægtige.

3.3 Komplekse årsager til overvægt blandt børn

Der findes mange forskellige årsager til overvægt blandt børn og årsagerne er komplekse og kan ikke forklares alene med, at barnet spiser for meget og dyrker mindre motion i forhold til det anbefalede (Sundhedsstyrelsen 2015a). Årsagerne kan skyldes flere faktorer, herunder biologiske (arv, alder, race og køn), adfærdsmæssige (livsstilsfaktorer), og miljømæssige faktorer (fysisk, økonomisk og socialt) (Mølgaard 2007). De forskellige determinanter af overvægt er illustreret i figur 1, hvor konsekvenser i form af følgesygdomme og sundhedsøkonomiske konsekvenser er beskrevet.

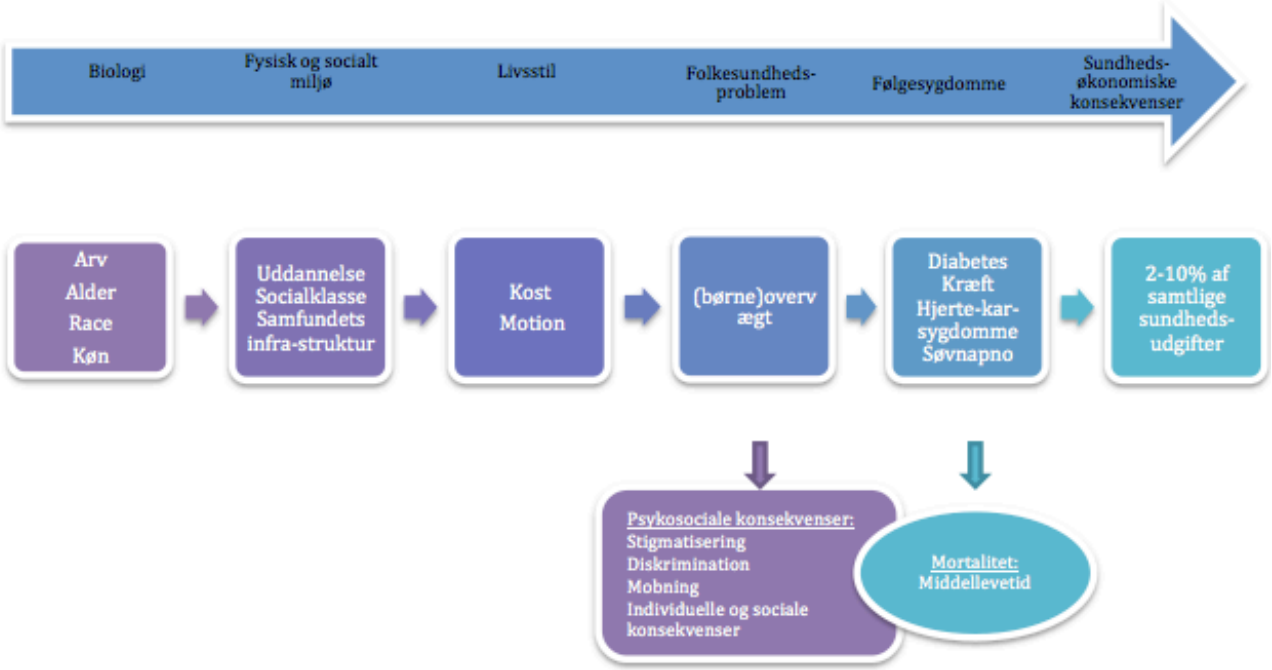
I figuren 1 ses de fysiske og sociale miljøer, som inkluderer de materielle og sociale forhold. Disse miljøer er blandt andet familien, lokalsamfundet, indkomst, boligforhold og uddannelse samt livsstilsfaktorer, der baserer på **k**ost, **r**ygning, **a**lkohol og **m**otion, også kaldet KRAM-faktorerne (Illemann Christensen 2009a). Disse sociale og materielle forhold samt livsstilsfaktorer har en betydelig rolle for udviklingen af børneovervægt, da familiens økonomiske goder, viden og sundhedsvaner er stærkt forbundet med barnets vægt (Tornhøj Christensen 2011). Eksempelvis kan forældrenes arbejde kræve meget tid, hvilket kan føre til, at der anvendes færre ressourcer på andre områder, såsom at have tid og overskud til at lave sunde retter eller deltage i sportsaktiviteter (Andersen 2014).

Forældrenes sundhedsforståelse kan også være i modstrid med eksperternes snævre tilgang til sundhed. Den snævre tilgang af sundhed er et grundlag af objektivitet, som har sine rødder i positivismen og indsnævrer sundhed til at være synonymt med en biologisk normaltilstand, der indebærer fravær af sygdom (Wackerhausen 1994). På grundlag deraf begrænses livskvalitet til at omhandle en levemåde, der forebygger usundhed og sikrer et langt liv (Otto 2009). Derfor kan der opstå dilemma mellem sundhedseksperternes og forældrenes tilgang til sundhed, da det brede sundhedsbegreb rummer det enkelte forældres subjektive tolkning til sundhed (Otto 2009). Ifølge den kulturelle betydning af det brede sundhedsbegreb, kan det at spise usundt frembringe sundhed i familien, hvis dette medfølger en velvære (Wackerhausen 1994). Dette forkastes ifølge det snævre

sundhedsbegreb, da usunde kostvaner er en sundhedsskadelig adfærd og vil medføre overvægt og dermed livsstilsygdomme (Hejgaard, von huth Smith 2013).

Faktorer som alder, køn og arvelige komponenter, der er biologisk betinget, påvirker ligeledes tendensen til overvægt for det enkelte barn. For eksempelvis har tidligere studier indikeret, at både barnets køn og forældres vægt er stærkt associeret med udvikling af børneovervægt, hvorfor eksempelvis drenge er mere tilbøjelige til at have en højere BMI og derfor større sandsynlighed for at blive overvægtig end piger (Christensen 2011, Andersen 2014, Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2008).

Determinanter, som er nævnt i figur 1, influerer således hinanden i et indbyrdes kompleks sammenspil, hvoraf sundhedstilstanden for den enkelte dannes (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2008). Derfor er det væsentligt, at figurens determinanter ikke anses særskilte men som sammenhørende, da alle forhold er medvirkende til udformningen af den enkeltes og befolkningens sundhedstilstand. Disse determinanter anvendes som forståelsesramme i specialet for at forstå den komplekse sammenspil.



Figur 1. Determinanter og konsekvenser – selvudviklet model med inspiration fra Sundhedsstyrelsen.

(Sundhedsstyrelsen 2015a)

I nærværende speciale vil fokus være på determinanter og konsekvenser, men der lægges særlig opmærksomhed på livstilsfaktorer, herunder kost og motion og de fysiske og sociale miljøers betydning for udvikling af overvægt blandt indskolingsbørn.

3.3.1 Livsstilsfaktorer og børneovervægt

Forældrenes livsstilfaktorer (kost og motion) er afgørende for barnets risiko for udvikling af overvægt, da forældrene har en væsentlig rolle i forhold til, hvor meget det enkelte barn udøver motion, og hvilke kostvaner barnet tilegner sig (Christensen 2011). Forældrene er netop med til at definere, hvad de subjektivt anser som sundt og usundt for barnet, hvilket kan komme til syne ved barnets vægt. Ligeledes er de fysiske og sociale miljøer, som forældrene er underlagt, en betydelig faktor for barnets vægt. Både de fysiske og sociale miljø og livsstilsfaktorer er nemlig betinget af forældres ressourcer og alternativer, der blandt andet drejer sig om boligforhold, arbejdsforhold og indkomst, der påvirker hele familiens sundhedstilstand enten i en positiv eller negativ retning. Et eksempel kan være de begrænsede muligheder for at købe friske fødevarer i form af frugt, grøntsager og fisk i mange boligområder, som kan vanskeliggøre for individer uden bil at få en varieret og sundt kost. Denne fysiske barriere kan være med til at påvirke forældrenes livsstilsfaktorer, hvad angår sund kost. Det er derfor nødvendigt at anse forældrenes livsstil i sammenhæng med det strukturelle rammer, som de er betinget af eller underlagt (Bourdieu, Wacquant 1996).

3.3.1.1 Kost

Selv om årsagerne til børneovervægt er komplekse, findes der alligevel viden om årsagsforholdene. En af årsagsforholdene er kostens sammensætning med henblik på fordeling af makronæringsstoffer, såsom fedt, protein og kulhydrater. Ydermere vil en ubalance mellem kostindtag og forbrænding medføre en vægtøgning hos barnet som resultat. Det er især børn med manglende motion og familiær disposition for overvægt, som er i særlig risiko over for virkningen af uhensigtsmæssige spisevaner og indtagelse af høje energiholdige drikkevarer (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2008). Usunde og uhensigtsmæssige kostvaner har en negativ betydning for barnets helbred både i barndommen og senere i voksenlivet, der opstår på baggrund af overvægt (Christensen 2008). De fysiske omgivelser hvor børn færdes, herunder daginstitutioner, skoler og fritidsordninger i kommunen, kan være med til at fremme eller hæmme indtag af sund kost, som har en betydning for barnets vægtudvikling (Ibid.).

3.3.1.2 Motion

Da undersøgelser om overvægt og tv-forbrug er mere udbredt i andre lande sammenlignet med Danmark, findes der undersøgelser på dette område mest fra udlandet (Richelsen 2003). Et australsk studie med 5 til 12-årige piger og drenge har vist, at flere timers tv-forbrug er forbundet med inaktivitet og usunde kostvaner, som kan medføre og øge risikoen for at udvikle børneovervægt (Spinks et al. 2006). Et amerikansk og mexicansk indsats rettet mod reduktion af den tid, børn

anvender foran tv`et, har vist en forebyggende effekt over for udvikling af overvægt (Robinson 1999). Motion er en beskyttende faktor for udviklingen af overvægt, og børn, der dyrker motion har generelt større livsglæde og selvtillid, føler sig mindre hjælpeløs, har lettere ved at få venner og har et godt helbred (Christensen 2008). Resultaterne fra European Youth Heart Study (EYHS) undersøgelse i 2003-2004 har vist, at børn, der cykler til og fra skolen, har en 4 gange så stor sandsynlighed for at have en god kondition i forhold til dem, der bliver transporteret passivt. EYHS-undersøgelsen har fremhævet, at fysisk aktivitet blandt de 9-årige piger er faldet siden 1997-1998, men ikke hos de 9-årige drenge. Resultaterne tyder yderligere på, at de 9-årige børn af forældre med ingen eller kortere uddannelse har en signifikant stigning i BMI (ca. 5%) i forhold til børn af forældre med lang uddannelse. Dette indikerer en yderligere forringelse af sundhedstilstanden hos børn af forældre med mindre ressourcebesiddelse og dermed overvægt, hvor overvægtproblematikken i høj grad er socialt bestemt (Møller et al. 2007).

3.3.1.3 Forældrenes indflydelse på barnets BMI

Forældrenes BMI og sundhedsadfærd er en af de vigtigste faktorer for barnets risiko for at udvikle overvægt. Dette kan argumenteres ud fra de genetiske og miljømæssige faktorer, da forældre med kortere uddannelsesgang har højere tendens til at spise mere usundt kost og ikke handle efter sundhedseksperternes råd om kost og motion (Christensen 2011, Mølgaard 2007). Selvom forældrene handler efter sundhedseksperternes råd om kost og motion, kan de genetiske forhold også forklare, hvorfor nogle børn bliver overvægtige. BMI er ikke altid et resultat af personlige til-og fravalg i forhold til kost- og motionsvaner, idet genetiske faktorer også spiller en rolle. Dog er der manglende/begrænset forskning i forbindelse med genetiske faktorer betydning (Tylka et al. 2014).

Som tidligere nævnt viser foreliggende hovedundersøgelse (del 1) og et studie af sociolog, ph.d. Vibeke Tornhøj Christensen, at børn med overvægtige forældre har højere BMI og en større sandsynlighed for at være overvægtige i forhold til børn med forældre som ikke er overvægtige. Resultatet af studiet indikerer yderligere, at livsstilsforhold der vedrører kost og motion overføres fra forældre til deres børn (Tornhøj Christensen 2011). Forældrene er rollemodeller for deres børn også i forhold til spisevaner, kostvalg og motion, hvor disse faktorer overføres fra forældre til børn (Parízková, Hills 2005). Derfor er det vigtigt at diskutere, hvorvidt familien skal inddrages, og i hvor høj grad skal deres syn og holdninger til kost, motion og sundhed medtænkes, når børneovervægt skal forebygges. Sundhedsadfærd er netop ikke et resultat af rationel adfærd, men en social adfærd, som individet tilpasser sig efter de forudsætninger livet byder en (Bourdieu, Wacquant 1996).

3.4 Hvem har ansvaret for forebyggelse af børneovervægt?

I Danmark udarbejdes sundhedsfremmende og forebyggende indsatser målrettet børneovervægt på flere niveauer, da sundhedsarbejdets forskellige ansvarsområder er fordelt mellem stat, regioner og kommuner (Vallgårda, Krasnik 2010). Siden kommunalreformen fra 2007 har kommunerne fået nye ansvarsområder på sundhedsområdet, hvor de har til formål at fremme sundhed og forebygge sygdomme blandt kommunernes borgere herunder børn (Hanak 2007b) Idet kommunalreformen har givet et større ansvarsområde til kommuner, lægges der pres på etablering af kommunale indsatser rettet mod børneovervægt (Hanak 2007b). Dette kommer til udtryk i Sundhedsloven § 119 stk. 1 og 2, men overvægt og ulighed i overvægt blandt børn fremgår ikke direkte i lovgivningen, hvor Sundhedsloven er mere relateret til sundhed, sund ernæring, fysisk aktivitet samt mental sundhed (Hejgaard, von huth Smith 2013). For at fremme kommunernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til social ulighed i børneovervægt, får kommunerne vejledning af Sundhedsstyrelsen (SST) samt kommunernes landsforening (KL). Dette sker i form af udgivelser, der indebærer anbefalinger og rådgivning til forebyggelsesarbejdet (Hejgaard, von huth Smith 2013). Trods kommunalreformen og Sundhedsloven om børneovervægt, opleves der i kommunerne usikkerhed i forhold til, hvilke mål der bør stilles mod den enkelte indsats, og hvorvidt, der udføres den mest hensigtsmæssige indsats overfor målgruppen. Derudover er der et behov for viden om effekten af indsatserne, og der foreligger sparsomme erfaringsopsamling samt evalueringer af de enkelte indsatser i landet (KL 2012). De kommunale indsatser kan ikke selvstændigt forebygge børneovervægt uden stat og regioners indflydelse. Dette skyldes, at tendensen til overvægt bland andet er afhængig af strukturelle forhold, såsom prisen af sunde madvarer, boligforhold og idrætsklubber, som kræver økonomiske ressourcer af forældre.

3.5 Tidligere indsatser indenfor forebyggelse af børneovervægt

Forebyggelse mod overvægt i Danmark har tidligere haft primært fokus på voksne i befolkningen frem for børnene. De fleste foretagne indsatser rettet mod børn har været i form af at fremme motion, forebygge inaktivitet (tv, internet med mere) og fremme indtag af sund kost med individuelle/gruppebaserede samtaleforløb rettet mod børn og deres forældre (Richelsen 2003, Sundhedsstyrelsen 2012).

Som en del af satspuljeforliget for 2005-2008, har alle 31 kommuner fået udmøntet midler til udvikling af sundhedsprojekter, med henblik på at forebygge og behandle overvægt hos børn, og særligt blandt børn af forældre med få ressourcer. I forbindelse med satspuljeforliget, har 30 ud af 31

kommuner gennemført i alt 42 specifikke indsatser. Fokusområdet på alle indsatser har været målrettet børn med overvægt eller børn, der har risiko for udviklingen af overvægt.

I det følgende afsnit præsenteres effekterne af interventionerne i forbindelse med satspuljeforliget for 2005-2008, da det er den seneste udgave, der er evalueret af Rambøll Management Consulting på vegne af Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2012).

3.5.1 Balance for livet

Som eksempel har Aalborg kommune udviklet projektet *"balance for livet",* der er rettet mod familier med børn med overvægt i alderen 2 til 10 år i forbindelse med satspuljemidlerne. Projektet er opbygget efter nogle fokusområder såsom samtaler i familien med sundhedsplejerske med ekspertise i overvægt, rådgivning i sund kost og motion for hele familien. Børnene har udført fysisk aktivitet i form af gymnastik og svømning og indsatsen er blevet tilrettelagt over 18 måneder i alt. Projektet er i dag overført som en integreret del af indsatsen *"Vanebryderne",* der er et tilbud til alle børn og unge med overvægt i alderen 2 til 17 år og deres familier, der bor i Aalborg Kommune (Richelsen 2003, Sundhedsstyrelsen 2012). Hovedformålet med indsatsen vanebryderne er, at understøtte børn og unge i vægtstabilisering eller vægttav ved at give barnet/den unge og familien redskaberne til en sund og aktiv livsstil. Indsatsen er ikke afsluttet på nuværende tidspunkt og dermed ikke evalueret.

Samlet set har alle indsatser i forbindelse med satspuljeforliget sat fokus på interventioner med henblik på at mindske børneovervægt og stabilisere ressourcer blandt de inkluderede børn i indsatserne og især for målgruppen 6-12 år. I forlængelse heraf har man benyttet arenaer som hjemmet, skole- og fritidsklubber (Richelsen 2003, Sundhedsstyrelsen 2012).

Resultaterne fra konsulentfirmaet Rambølls evaluering af indsatserne har vist, at blot 11 ud af de 42 specifikke indsatser har vist en tilstrækkelig effektivitet i forbindelse med formindskelse af BMI blandt børn (Richelsen 2003, Sundhedsstyrelsen 2012). Dette skyldes blandt andet, at over halvdelen af de 11 indsatser har haft en gennemførelsesprocent på ca. 70% eller derover, en velfungerende styregruppe og en opfølgning under indsatsen (Richelsen 2003, Sundhedsstyrelsen 2012). I de resterende specifikke indsatser uden effekt har der opstået en stor variation i, hvorvidt kommunerne kunne bibeholde børn og forældre i indsatserne. Dette kan forklares blandt andet med, at tidligere undersøgelser har vist, at forældre ikke altid vil erkende, at deres barn er overvægtigt (Christensen 2011, Brødsgaard 2010, Gottlieb, Mathiesen & Ellebjer 2011).
I en ph.d. undersøgelse, er det blevet fremhævet, at blot 17% af forældrene til børn med overvægt har

gjort udtryk for, at deres børn er overvægtige. Dette kan skyldes blandt andet, at mødre ønsker at mætte barnet og har svært ved at sige fra, når barnet plager om mad og for at ikke have rollen som den "onde mor", der skal begrænse barnets indtag af kost (Brødsgaard 2010). Da de forskellige kommuner har haft uidentiske effektmål til at evaluere forløbet, har der været forskellige praksis i forbindelse med måling af BMI i forhold til alder og køn. Dette har resulteret i svaghed i vurderingen af satspuljeforligets effekt for børn, idet man på tværs af projekter har anvendt en uensartet indikator for måling af overvægt. Primært har de opstillede målsætninger for alle indsatser kun i mindre grad benyttet SMART sikrede tilgang, der er bestående af komponenterne; Specifik, Målbare, Accepterede, Realistiske og Tidsbestemte. Manglende anvendelse af SMART hindrer en retningslinje og præcisering af, hvorvidt projekterne har haft succeskriterier for deres indsats, da SMART mål sikrer at formulerede mål kan benyttes til styring og opfølgning af indsatserne (Sundhedsstyrelsen 2015d). Derudover har der været mangel på dybdegående dokumentation om de specifikke aktiviteter i indsatserne, for at vurdere om de kunne bidrage til videreudvikling af forebyggelse af børneovervægt (Sundhedsstyrelsen 2012).

Derfor anses det relevant at undersøge eksisterende evidensbaseret viden indenfor forebyggelse af børneovervægt for, at indsatserne kan opnå en effekt. For at tilrettelægge en effektiv indsats, er det vigtigt, at indsatsen er målrettet målgruppen, hvor der tages forbehold for deres viden, kompetence, oplevelse, holdninger samt forandringspotentiale.

Kapitel 4. Problemformulering

På baggrund af ovenstående problemstillinger og resultaterne fra den kvantitative hovedundersøgelse (del 1), er det nødvendigt at skabe en forandring i forhold til forebyggelsesindsatser målrettet børneovervægt i indskolingsalderen med særligt fokus på forældrenes rolle. Med udgangspunkt i dette vil der i nærværende speciale blive introduceret følgende problemformulering, som ønskes besvaret i del 2, som skal anvendes til at formulere anbefalinger i det fremadrettede indsatser:

"Hvordan udvikles, på baggrund af et evidensbaseret grundlag og erfaringer fra forældre til indskolingsbørn, en forandring inden for social ulighed i børneovervægt, og hvorledes kan denne viden danne grundlag for et beslutningsgrundlag i det fremadrettede indsatser?"

Med henblik på at besvare ovenstående problemformulering operationaliseres spørgsmålet i nedenstående forskningsspørgsmål, der indikerer henholdsvis den teoretiske og metodiske grundlag.

- Hvordan kan Bourdieus teori være med til at give en forståelse og mulig forklaring på forældrenes erfaringer og oplevelser af børneovervægtsproblematikken via kvalitative forskningsinterviews?
- Hvordan kan viden fra de kvalitative forskningsinterviews bidrage til en viden med henblik på at opnå en forandring indenfor børneovervægt?
- Hvordan kan resultaterne fra de kvalitative forskningsinterview og litteraturstudie danne grundlag for forandringsperspektiver, som kan anvendes i det fremadrettede indsatser for at forebygge børneovervægt?

Formålet med de to første forskningsspørgsmål er, at belyse børneovervægtsproblematikken både ud fra en teoretisk sociologisk perspektiv, hvor Bourdieus praksisteori anses som relevant samt en kvalitativ tilgang. Det er væsentligt at inddrage forældrenes erfaringer og oplevelser af problematikken, idet forældrene har en central rolle i forhold til skabelsen af barnets valg og erfaring om, hvad det gode og det rigtige er. Derfor kan forældrenes erfaringer og oplevelser give en forståelse og forklaring af børneovervægtsproblematikken, hvor denne viden kan bidrage til at udvikle en forandring målrettet en reduktion af overvægt blandt indskolingsbørn. Dette anses relevant at identificere, idet en forandring, i forhold til børneovervægt, ikke kan realiseres uden støttende rammer både i hjemmet og i skolen, da barnet primært befinder sig i disse omgivelser. Det er væsentligt at undersøge på hvilken baggrund forældrene træffer beslutninger indenfor sundhed, og hvilke barrierer de oplever i forhold til problematikken. Denne viden vil blive besvaret via seks

kvalitative interviews af forældre samt ud fra Bourdieus praksisteori. Dette har til formål at danne grundlag for en målrettet indsats mod reduktion af overvægt blandt indskolingsbørn, hvor forandringspotentialet hos målgruppen vil blive belyst gennem forældreperspektiv. En dybdegående forståelse af forældrenes erfaringer og oplevelser til børneovervægtproblematikken kan være med til at forklare de bagvedliggende sammenhænge af forældrenes til – og fravalg af sund livsstil.

Det sidste forskningsspørgsmål har til hensigt at belyse den eksisterende evidensbaserede viden i forhold til effekterne af indsatser målrettet reduktion af social ulighed i børneovervægt. Idet der i tidligere danske indsatser ikke foreligger en sammenhæng mellem i hvor høj grad de forskellige indsatser har haft en tilstrækkelig effekt, er det diskutabelt, hvorvidt erfaringer og viden fra indsatserne kan overføres til de fremtidige projekter. Derfor er evidensbaserede viden væsentlig i forhold til at skabe en forandring målrettet reduktion af social ulighed i børneovervægt.

Denne forandring af fremtidige indsatser blandt danske børn med overvægt, kræver en vurdering og nye strategier, grundet de samfundsmæssige omkostninger og negative følger af børneovervægt for børns sundhedstilstand og trivsel. Gennem dette forskningsspørgsmål undersøges, hvilke elementer der er væsentlig i en indsats med henblik på at opnå størst mulig effekt målrettet målgruppen. Underspørgsmålet besvares ud fra eksisterende evidensbaserede viden om effekter fra de foreliggende internationale indsatser indenfor feltet. Denne viden vil derefter blive sammenholdt med resultaterne fra de kvalitative forskningsinterviews. Effekterne fra de foreliggende indsatser indhentes via dokumenteret systematisk litteratursøgning for at undersøge den eksisterende videnskabelige evidens af interventioner målrettet børn med overvægt i indskolingen.

Kapitel 5. Teoretisk forståelsesramme

I dette afsnit vil Pierre Bourdieus teori blive præsenteret som en velegnet teoretisk forståelsesramme til en belysning af specialets komplekse problemstilling. Der vil i afsnittet først redegøres for og diskuteres centrale begreber hos Pierre Bourdieu; dvs. habitus, kapitalformerne, feltbegrebet og begrebet om symbolsk vold. Det sker med henblik på, at vise hvordan forskellige valg omkring sundhed i vores hverdag er betinget af – og hænger tæt sammen med individers sociale position i samfundet. Bourdieus teori udgør derfor et meget relevant bidrag i forhold til at bidrage med en dyberegående forståelse af specialets problemstilling omkring sammenhænge mellem forældrenes ressourcer og børnenes overvægt som et kompleks fænomen at undersøge såvel teoretisk og empirisk. Bourdieus teoretiske begreber, kapital, felt, habitus og symbolsk vold er valgt med henblik på at forklare sociale forskelle blandt forældre, og hvorledes de strukturelle rammer skaber en ulighed i børneovervægt.

5.1 Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (1930-2002) var en fransk sociolog og antropolog og hans sociologiske arbejde bygger på en ontologisk antagelse om det værende dvs. en antagelse om, at der findes en virkelighed, der eksisterer uafhængigt af den enkeltes bevidsthed (Bourdieu, Bennett 2010, Bourdieu, Wacquant 1996). Hans sociologiske analyser tager udgangspunkt i at beskrive og forklare de ubemærkede og fortrængte processer til at forstå de sociale individer. Dette gør Bourdieus teori interessant i forhold til at forstå børneovervægt blandt børn, som er social betinget (Bourdieu, Wacquant 1996, Larsen 2010). Bourdieus teori er særlig interessant fordi hans teorier er konstant optaget af, at få skabt en tæt kobling mellem teori og empiri som to størrelser, der gensidigt konstituerer hinanden. Derfor må de også konstant korrigeres og integreres med de empiriske undersøgelser. Bourdieus teori beskæftiger sig ikke med det enkelte individs livsstilsvalg, som de kan iagttages på overfladen som bevidste til- og fravalg i forhold til sundhed, men sætter det, som nævnt, ind i en bredere sammenhæng. Bourdieus teori understreger, at forældres valg og handlinger i sundhed ikke sker forudsætningsløst, men er afhængig af de grundlæggende handlingsmønstre, som de har tilegnet sig under deres opvækst i forskellige miljøer og tidsrum (Larsen 2010). Disse handlings- og vurderingskriterier er i følge Bourdieu ikke bevidste, men indlejrede i kroppen (habitus), der kommer i udtryk ved sundhedsadfærden. Forældrenes til- og fravalg i forhold til sundhed gør Bourdieus begreber som habitus, felt og kapital interessant, da begreberne har en indbyrdes sammenhæng, hvilket vil give en forståelse af forældrenes holdninger og erfaringer om sund livsstil (Bourdieu, Bennett 2010, Larsen 2010).

5.1.1 Kapitaler

Ifølge Bourdieu er forældrenes valg af sundhed betinget af det sociale rum, de befinder sig i. Det sociale rum kan defineres som et felt af sociale positioner. Rummet af sociale positioner er et rum med forskelle, og i dette rum eksisterer de forskellige forældretyper i et virtuelt rum (Bourdieu 1997). Det virtuelle rum er opbygget af et sæt ubevidste relationer, der skyldes sociale strukturer, hvilket de konstituerer et rum af positioner. De sociale strukturer, der refereres til er *økonomisk, kulturel, social* og *symbolsk kapital* (Bourdieu 1997). Ifølge Bourdieu henvises begrebet kapital til forskellige former for ressourcebesiddelse og magt, hvor forældrenes position bestemmes ud fra deres kapitalbesiddelser (Christensen 2011).

Økonomisk kapital er en oparbejdet ressource i form af penge eller materielle goder, som kan konverteres til fornødenheder. Økonomisk kapital er ikke noget, som kan konverteres til andre, idet denne kapitalform knytter sig mere til bestemte sociale grupper end andre, da alle forældre ikke besiddelser samme indkomst og andre materielle goder (Larsen 2010). Forældrenes økonomiske kapital er særligt interessant, da økonomisk kapital kan være en ressource, der påvirker forældrenes køb af sunde fødevarer og deltagelse i adskillige sportsaktiviteter, der kræver materielle goder.

Kulturel kapital indbefatter viden, forståelse og kompetencer, som en ressource man kan have mere eller mindre af i forhold til andre agenter(forældre) eller grupper. Kulturel kapital inddeles i tre undertyper: i inkorporeret, i objektiveret og i institutionaliseret kapital. *Den inkorporerede kulturelle kapital* er et resultat af den etablerede socialisering, som er en del forældrenes habitus. Den inkorporerede kapital ses gennem hverdagens rutiner og gøremål. *Den institutionaliserede kulturelle kapital* kommer til udtryk ved uddannelsesbeviser, titler eller autorisationer, hvor Bourdieu mener, at disse er med til at skabe forskelle i sundhed (Bourdieu, Bennett 2010, Larsen 2010, Prieur et al. 2006). *Den objektiverende* form af kulturel kapital indebærer materielle goder såsom bøger, kunst og andre redskaber. Den objektiverede og den inkorporerede kulturelle kapital er afhængig af hinanden, da forældrene gennem den objektiverede kapital kan besidde den inkorporerede kulturelle kapital (Bourdieu, 2010). I nærværende speciale rettes særligt fokus på den institutionaliserede kulturelle kapital, hvor uddannelse anses særligt interessant for social ulighed i børneovervægt. Undersøgelsesresultaterne fra del 1 indikerer, at jo højere kulturel kapital forældrene besidder, desto lavere BMI vil børnene have og dermed mindre risiko for at udvikle overvægt. Det er især kulturel kapital, som har en væsentlig betydning for udvikling af sund livsstil, da det er specielt forældre med høj kulturel kapital, der foretrækker sund mad, dyrker motion og har viden indenfor sundhed (Christensen 2011). Dette kan skyldes, at forældre med høj kulturel kapital, kan have viden og kompetencer indenfor sundhed blandt andet gennem en højere uddannelse og faglige bøger, hvor de

har evnen til at stille kritisk spørgsmål, undersøge samt anvende viden om sundhed. (Christensen 2011)

Den sociale kapital handler om de ressourcer, som er indbygget i netværk, hvor sociale relationer blandt mennesker har en stor rolle. Social kapital kan også defineres som ressource, forældrene har adgang til herigennem (Christensen 2011, Larsen 2010, Prieur et al. 2006). Der er tre teoretikere, der har beskæftiget med begrebet social kapital, som er Pierre Bourdieu, James Coleman samt Robert Pulnam. Mens Bourdieu og Coleman lægger vægt på individer og grupper, har Putnam mere fokus på lokalsamfund og hele nationen. (Hegedahl, Rosenmeier 2007). Bourdieus opfattelse af social kapital skiller sig ud fra de andre teoretikere, da han anser social kapital som en kilde til at opretholde sociale klasser og forskelle. Dette gør Bourdieus begreb om social kapital interessant fremfor de andres, da Bourdieu er strukturalist og opfatter derfor mængden af social kapital, er bestemt ud fra de sociale klasser, forældrene tilhører. Bourdieu definerer social kapital som resultatet af de eksisterende eller mulige ressourcer, den enkelte eller gruppen har rådighed over i forbindelse af et netværk af stabile relationer og mere eller mindre officielt godtagne forbindelser, hvilket vil sige resultatet af den kapital og magt, der kan etableres i form af et sådant netværk (Hegedahl, Rosenmeier 2007). Social kapital er med til at definere, hvilke forskellige sociale grupper, forældrene er en del af (Prieur et al. 2006). I relation til specialets problemstilling er social kapital relevant i forbindelse med at identificere, hvilke forældretyper der har de samme sundhedsvaner fra de forskellige sociale grupper, som de tilhører.

En anden form for kapital er *symbolsk kapital*, som er den form, hvor de tre grundlæggende kapital former kan fremtræde i. Ifølge Bourdieu defineres den symbolsk kapital som en kapital, der grundlæggende er kognitiv, og har danner grundlag af genkendelse og accept (Bourdieu 1997). Når en kapitalform tillægges en symbols værdi, vil den optræde som en særlig kapitalform (Larsen 2010). For eksempel kan en familie med normalvægt illustrere, at familien har en høj kulturel kapital, idet forældrene har en viden indenfor sund livsstil, hvor vægten får et statussymbol, hvilket den symbolske kapital kommer til udtryk. Ifølge Bourdieu vil forældre med forskellige mængder af økonomisk, kulturel og social kapital have en tilbøjelighed til at prioritere forskellige slags madtyper og have forskellige meninger til den måde, hvordan kroppen skal benyttes og se ud. Børns relation til deres udseende vil i høj grad være influereret af forældrenes livsstil, præferencer mængden af kapitalformer (Christensen 2011). Dette kan forklares ud fra, at forældrene har forskellige former for ressourcer og de forskellige prioriteringer bunder i mængden af kapitalformer. Bourdieu anvender de forskellige kapitalformer til at forklare og give en forståelse for forældrenes adgang til økonomiske, kulturelle og sociale ressourcer og hvordan disse kan reproducere ulighed (Bourdieu, Wacquant 1996). En sundhedsfremmende livsstil vil kræve blandt andet ressourcer i form af økonomi, tid, overskud,

netværk og viden. Familier med en lav mængde af ressourcer kan have tendens til at have usunde kostvaner og mindre motionssvaner, hvor derimod familier med en høj grad af kapital kan prioritere sund kost og rutineprægede motionsvaner (Christensen 2011). Dette kan tydeliggøre baggrund for valg indenfor sundhed, der er associeret med mængden af kulturel kapital (Larsen 2010). Tidligere forskning viser, at forældre med højere kulturel kapital ikke blot vejer mindre, men anser sundhed vigtigere, hvor de har en tendens til at spise sund kost og dyrke mere motion sammenlignet med forældre med lavere kulturel kapital (Tornhøj Christensen 2011). Uddannelse (kulturel kapital) har en væsentlig rolle i forhold til de andre kapitalformer, idet uddannelse vil medføre bedre arbejdsmuligheder og dermed højere indkomst (økonomisk kapital) samt give mulighed for at danne et netværk (social kapital) (Bourdieu, Wacquant 1996, Larsen 2010). I relation til specialets problemstilling, kan de forskellige former for kapital anses som forældres ressourcebesiddelser, der afspejler deres holdninger og erfaringer om sund livsstil, som er nødvendigt at tage højde for i forbindelse med forandring og reduktion af børnenes BMI værdi.

5.1.2 Habitus

Begrebet habitus er et abstrakt begreb, som er svært at definere præcist. Bourdieus egen definition af habitus lyder således; *"The habitus is necessity internalized and converted into a disposition that generates meaningful practices and meaning-giving perceptions."* (Bourdieu 1986, s. 170).

Habitus kan oversættes til værdi- og normsystemer, kulturelle vaner eller holdningssystemer, som individet orienterer sig efter. Begrebet referer til et sæt af tilegnede dispositioner, som afgør den måde individet subjektivt handler på. Habitus er hermed summen af de inkorporerede, indgroede, ubevidste kropslige og kognitive dispositioner, som ligger til grund for individets handlinger, meninger og valg (Bourdieu, Wacquant 1996). Disse opfattelses- og handlingsmønstre i forskellige sammenhænge, karakteriserer forældres smag og livstil, hvor smag og livsstil bliver et udtryk for familiens sociale identitet og de sociale forskelle bliver fremhævet (Prieur et al. 2006). Det skyldes blandt andet at Bourdieu først og fremmest havde interesse for sociale forskelle mellem sociale grupper end det enkelte individ hvad der så karakteriserer deres "livsstil" i forhold til andre sociale gruppers livsstil. I del 1 og i andre undersøgelsesresultater ses, at børns BMI og vægt varierer efter sociale forskelle (Christensen 2011). Dette skyldes ifølge Bourdieu, at det enkelte individ erfarer verden ud fra en bestemt placering i det sociale rum de befinder sig i. Individets køn, socialklasse, den bestemte gruppe, i en given geografi, har en stor indvirkning på individet. Dette kommer til udtryk ved "klassebaseret habitus", hvor forældre har tendens til have en sundhedsadfærd, alt efter hvilken position de besidder i det sociale rum (Bourdieu, Wacquant 1996, Bourdieu 1986). Klassebaseret habitus giver en forklaring på forældrenes til- og fravalg i sundhed, der er baseret på, og er foreneligt med, forældrenes

sociale position (Bourdieu, Wacquant 1996). Klassebaseret habitus fører til, at forældrene etablerer en bestemt sundhedsadfærd efter deres mængde af kapitaler og kun stræber efter de mål indenfor sundhed, der er inden for deres rækkevidde (Bourdieu 1986). Dette vil sige, at forældre som tilhører samme position i det sociale rum, har tendens til at have agere på samme måde og dermed have de samme egenskaber, livstil og adgang til de samme goder, idet begrebet habitus er socialiseret subjektivitet, hvor det individuelle, personlige og subjektive er socialt og kollektivt. Et eksempel kan være tendensen til udøvelse af motion ud fra den fælles sociale baggrund, de forskellige forældre har fra det samme sociale rum, der er klassebestemt. Habitus formes af de sociale påvirkninger, som barnet udsættes for gennem deres forældre, opvækst, uddannelse og andre socialisering under givne samfundsmæssige betingelser (Prieur et al. 2006). Derfor er habitus socialt og kollektivt, såvel som individuelt og subjektivt konstituereret. Habitus er derfor vigtigt i relation til børneovervægt, da habitus både er afgørende for forældrenes holdninger, samtidig med at familiens habitus er et produkt af forældrenes mængder af kapital.

Det er dog vigtigt i denne forbindelse at understrege, at habitusbegrebet ikke bør forstås som uforanderligt, der ikke kan ændres. Habitus er især relevant for nærværende speciale, da forældre og børn konstant udsættes for nye erfaringer, som giver mulighed for at forstærke eller modificere habitus (Bourdieu, Wacquant 1996). Selvom habitus formes i barndommen blandt forældre, kan den påvirkes og forandres til at etablere en habitus, der baserer på en sundere livsstil (Bourdieu, Wacquant 1996). Dog fremhæver Bourdieu, at det er de færreste som oplever en ændring i habitus, da dette hænger sammen med, at de tidligere dannede erfaringer afgør, hvorledes de nye erfaringer opfattes. For eksempel dannes habitus i et tidlig stadie i barndommen, hvor familien har en afgørende rolle, og det er især denne erfaring sværest at ændre på, idet børn vokser på med en bestemt smag for hvad det gode og det rigtige er (Larsen 2010). Hermed er habitus også en forklaring på, hvorfor nogle forældre med overvægtige børn ikke kan håndtere børneovervægt og er ikke bevidste omkring deres ritualer og daglige gøremål. Et kritikpunkt kan være, at Bourdieu er for strukturorienteret og deterministisk indenfor hans teori omkring habitusbegrebet. Bourdieu anser, at familiens habitus dannes i den sociale kontekst, de befinder sig i, hvor forældre ikke selv har mulighed for at agere. Derfor kan Bourdieus teori ikke altid forklare, hvorfor eksempelvis forældre med lav mængde af kulturel kapital, kan formå at have en sund livsstil. Dette kan eksempelvis skyldes, at ydre faktorer i form af høje mængder af social kapital kan være i visse tilfælde nok til at have etablere en sund livsstil selvom disse forældre besidder lave mængder af kulturel og økonomisk kapital. I relation til specialet problemstilling vil begrebet habitus anvendes til at forklare, hvorfor individer eller bestemte grupper handler på en bestemt måde. Det er vigtigt at forstå forældrenes habitus, da børn handler ud fra deres habitus og dermed skaber meningsfulde praktikker og måder at opfatte verden på. Idet habitus er

foranderlig, er det nødvendigt at påvirke og inddrage forældrenes habitus i form af holdninger, vaner og handlinger, der baserer på en sundere livsstil.

Opsummerende er pointen hos Bourdieu, at individuelle valg og holdninger i høj grad er socialt betingede, da de er skabt af det social rum, forældrene er vokset op i og befinder sig i (Bourdieu, Wacquant 1996). Det er derfor relevant at tage højde for, at den enkelte forældre ikke frit vælger en sund eller mere risikobetonet sundhedsadfærd. Baggrunden for børns tendens til at afspejle deres forældres sundhedsadfærd ligger grund i skabelsen af habitus, da de vaner og præferencer, der indlæres i opvæksten i det sociale rum, medfører til, at det findes naturligt at handle på den måde som andre i det samme sociale rum.

5.1.3 Felt

Bourdieus felt begreb er relevant i forbindelse med det nærværende specialets problemstilling, da feltet, forældrene befinder sig i kan være med til at give en forståelse af forældrenes holdninger og handlinger i forhold til sundhed. I følge Bourdieu, kan samfundet ikke betragtes som en enhed, men som bestående af sociale rum, kaldet felt. Felt defineres ifølge Bourdieu således;

> *"På det analytiske plan kan et felt defineres som et netværk eller en konfiguration af objektive relationer mellem forskellige positioner. Positionerne er objektivt defineret i kraft af deres eksistens og de bindinger, de påtvinger de aktører og institutioner, der udfylder positionerne, i kraft af deres øjeblikkelige og potentielle placering i relation til fordelingen af forskellige former for magt (eller kapital) som giver adgang til de specifikke fordele og goder, der står på spil i det enkelte felt (…)."* (Bourdieu, Wacquant 1996, s. 84).

Dette vil betyde, at felt skal forstås som et netværk af sociale relationer mellem positioner, hvor felt kan anses som en markedsplads, der er underlagt regelmæssigheder og normer (Bourdieu, Wacquant 1996). I relation til specialets problemstilling kan blandt andet skole og hjemmet anskues som felt, hvor eksempelvis skolen som det sociale rum skal stimulere en bestemt form for smag, hvor forældrene og børnene kan anskues som ny ankomne til et felt, hvor de socialiseres og tilpasses de feltets regler og normer. Et felt er kendetegnet ved at en agent eller gruppe deler grundlæggende værdier om noget bestemt. Bourdieu kalder denne fælles værdi for "illusio", som er det, der binder feltet sammen. Forældrenes handlinger er bestemt af deres position i feltet, hvilket vil sige, at forældrenes positioner afhænger af deres mængde af kapital, hvor mængden af kapital giver mulighed for at udøve magt og indflydelse på feltet. Forældrene kan forsøge at forhøje eller bevare deres kapital,

men de kan også forsøge at ændre kapitalens relative værdi. Den relative værdi af en form for kapital, er afhængig af tid og hvilket felt, der kæmpes i (Bourdieu, Wacquant 1996). Felter er med til at stimulere til en bestemt form for smag, hvor familier med samme smag tiltrækkes af det pågældende felt. De nytilkomne individer socialiserer og tilpasser sig i forhold til feltets regler og normer (Bourdieu, Wacquant 1996, Larsen 2010). Hvis interventioner rettet mod børn retter udelukkende fokus på barnets habitus, vil barnet blive integreret i et felt, hvor det muligvis ikke stemmer ens med forventninger i hjemmet. Dette kan bevirke til modstridende forventninger fra begge felter fra barnets side. Hvis skolen kan anses som et felt, hvor der udvikles en indsats rettet mod børneovervægt med forældreinddragelse, er det muligt at forældrene kan få etableret sig en form for kulturel kapital i form af sundhed. Feltet kan herved påvirke forældrenes og børns habitus, hvis holdninger i indsatsen forankres og tilpasses familien. Dette kan føre til forandring i livsstil, som vil resultere en sundere habitus med reduktion i barnets BMI.

5.1.4 Symbolsk vold og dominans

I samfundet bliver forældres sundhedsforståelse gennem deres handlinger bekræftet eller forstærket og der fås derfor en generealiseret forståelse af sundhed, som anses en sandhed. I den forbindelse er det relevant i det nærværende speciale at beskæftige sig om et begreb, som Bourdieu kalder "symbolsk vold". Bourdieu definerer symbolsk vold som: "*magten til at få en given virkelighedsforståelse til at fremstå som objektiv og sand, uden at det er klart for de involverede, at der er tale om en vilkårlig virkelighedsforståelse, ligesom det heller ikke er klart, at alternative virkelighedsforståelser udelukkes*" (Wilken 2006, s. 80-81). Symbolsk vold er et centralt begreb i Bourdieus analyser af dominansforhold. Begrebet anvendes om den magtudøvelse, som foregår i samfundet, der skaber et dominansforhold. Symbolsk vold er dermed magt- og voldsmekanismer, som har til formål at opretholde de eksisterende dominansforholde i samfundet, dvs. den eksisterende sociale orden. Ved symbolsk vold forstås, at en magt, herunder en dominerende forældretyper eller klasser i samfundet, påfører andre forældre eller klasser i det sociale rum bestemte holdninger og meninger uden tydeliggørelse af de objektive magtrelationer, som ligger til grund for påføringen (Bourdieu, Bennett 2010, Bourdieu, Wacquant 1996). Et eksempel på dette er, at der foregår en systematisk stigmatisering af børn med overvægt, som er født i en bestemt social position (især børn af forældre fra de laveste socialgruppe), og at denne stigmatisering accepteres ubevist som legitim og naturlig af alle parter (Bourdieu, Wacquant 1996). Dette grundet den symbolske vold, altså den magtudøvelse samfundet udøver, da Sundhedsstyrelsen blandt andet hævder, at alle bør dyrke motion og spise sundt samt skal have et sundt liv, hvor børnenes BMI skal være på de anbefalede (Sundhedsstyrelsen 2015e). De danske helbredsundersøgelser viser, at sundhedskampagner ændrer

ofte ikke de sundhedsvaner blandt forældre med lavere mængde af kapitaler, men snarere stigmatiserer de grupper med "forkert livsstil", hvor de mangler værktøj til at handle på det (Illemann Christensen 2014, Kommunernes landsforening 2013). Dette fører til en symbolsk vold af sundhedseksperter og sundhedsbevidste forældre med højere mængde kapitaler, hvor de definerer, hvad sundt og usundt er for den enkelte individ. Forældre med usund livsstil føler dermed sig underlagt af andre forældre og sundhedseksperter, der understreger, at usund livsstil ikke er socialt acceptabelt (Bourdieu, Wacquant 1996).

5.1.5 Opsamling

Bourdieus begreber giver en forklaring på de bagvedliggende mekanismer, der ligger til grund for social ulighed i børneovervægt. Bourdieu giver en forståelse for forældrenes opfattelser, værdier, normer og adfærd i forbindelse med sundhed og hvordan samfundet bekræfter eller forstærker deres forståelse af sundhed, som kommer til udtryk gennem symbolsk vold. Bourdieu adskiller kapitaler i form af økonomisk, kulturel, social og symbolsk kapital og forskellige former for kapital anses som forældres ressourcer, der kommer til udtryk gennem deres til-og fravalg i sundhed. Dermed er forældrenes livsstil ifølge Bourdieu ikke et individuelt valg, men er socialt betinget, der skabes af det social rum, forældrene er vokset op i og befinder sig i (Bourdieu, Wacquant 1996). Herudfra kan det anses, at Bourdieu er for strukturorienteret og deterministisk indenfor hans begreber. Bourdieu anser, at familiens habitus dannes i det sociale rum, hvor de er underlagt de betingelser og ikke selv har mulighed for at agere (Larsen 2010). Dette indikerer, at der foregår en konstant produktion og reproduktion af social ulighed i sundhed, hvor de forskellige forældretyper og deres børn handler anderledes alt efter, hvilket felt de tilhører. Han kritiseres derfor, da ifølge Bourdieu er forældres autonomi og handlerum er indskrænket i forhold til etablering af sund livsstil, og at det primært de strukturelle rammer, der danner deres handlemuligheder (Abel, Frohlich 2012). I relation til specialets problemstilling vil begreberne felt, symbolsk vold, habitus og kapitaler anvendes til at forstå og søge mulige forklaringer på hvorfor forældre har forskellige holdninger og adfærd i forhold til sundhed og børneovervægt. Klassebaseret habitus anses relevant at beskæftige sig med i forbindelse med specialets problemstilling, da den tydeliggør, at forældrene etablerer en bestemt sundhedsadfærd ud fra deres mængde af kapitaler og kun stræber efter de mål indenfor sundhed, der er inden for deres rækkevidde (Bourdieu, Wacquant 1996). Denne forklaring vil benyttes til at påvirke og inddrage forældrenes habitus med skolen som felt, hvis holdninger i indsatsen forankres og tilpasses familien. Dette kan føre til forandring i livsstil, som vil resultere en sundere habitus med reduktion i barnets BMI.

Kapitel 6. Metode

I det følgende kapitel gives en redegørelse for de metodiske design- og tilgange, der er foretaget i forbindelse med specialets metodemæssige fremgangsmåder med henblik på besvarelse af specialets overordnede problemstilling. Metodekapitlet indeholder først en beskrivelse af det overordnede design for hele specialet (del 1 og 2), som er mixed method, hvor den kvantitative metode suppleres med kvalitativ design, der har en indbyrdes sammenhæng. Endvidere redegøres for de forskellige forskningsparadigmer og forskningstyper for specialet. Dernæst gennemgås de forskellige trin i litteratursøgningen, som er foretaget i forbindelse med videnskabelige og evidensbaseret empiriindsamling til problembearbejdning. Afslutningsvis beskrives og argumenteres der for den metodemæssige tilgang i de kvalitative interviews, der har til hensigt at besvare de nye formulerede spørgsmål ud fra den kvantitative hovedundersøgelse (del 1).

6.1 Studiedesign – Mixed method

Det overordnede undersøgelsesdesign for specialet er *mixed method*, hvor der anvendes en kvantitativ og kvalitativ tilgang, der suppleres med et litteraturstudie. De forskellige metodiske tilgange, der kombineres, er de bedst egnede til at belyse problemfeltet børneovervægt. Mixed method i nærværende undersøgelse har til formål at give en mere valid og mere detaljeret viden i forhold til at skabe en bredere forståelse og indblik af forskningsgenstanden (Frederiksen 2014) Mixed method defineres som blandinger af kvantitative og kvalitative metode, hvor formålet i det nærværende speciale er at belyse de forskellige aspekter af børneovervægtsproblematikken, som vil styrke undersøgelsesresultaterne. Dette er med til at øge den eksterne validitet, hvilket angiver i hvilket omfang specialets resultater er generaliserbare til andre populationer (Lunde, Ramhøj 2003, Kruuse 2007, Vallgårda, Koch 2011).

Styrken ved mixed method er, at undersøgelsen kan forklare og belyse forskellige aspekter af den komplicerede problematik, som børneovervægt udgør, og som kan være vanskeligt at belyse kun ud fra en metodisk tilgang. Yderligere er styrken ved denne tilgang er, at enkelte metoders styrker anvendes til at erstatte for den anden metodes svagheder. En kombination af den kvantitative og kvalitative tilgang vil ofte kunne give en større tiltro til resultaterne end oplysninger, der udelukkende stammer fra kvalitative undersøgelser, som let kan kritiseres for subjektivitet. Modsat kan en kvantitativ undersøgelse suppleret med kvalitative interviews bestyrke troen på, at resultaterne er valide (Kruuse 2007). For at øge den eksterne validitet i specialet, anvendes og suppleres desuden et

litteraturstudie, hvor videnskabelige og evidensbaserede viden indhentes med henblik på at besvare det overordnede problemformulering (Jf. Kapitel 4, *problemformulering*).
Kvaliteten af designet mixed method er forbundet med, anvendelsen af metoder til at kombinere delundersøgelserne. Dette vil blive uddybet i næste afsnit om integrationsformer i mixed methods-forskning.

6.1.1 Design- og metodeintegration i mixed methods-forskning

Der anvendes i*design- og metodeintegration*, som betyder, at der skabes en bro eller en kobling mellem de forskellige undersøgelsesdele og deres metodemæssige fremgangmåder, som benyttes i specialet. Den kvantitative og kvalitative undersøgelse er afhængige af hinanden, hvilket betyder, at der med udgangspunkt i den indsamlede empiriske viden ud fra den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) beskrives en forskningsgenstand rettet mod forskellige aspekter af problemfeltet (Frederiksen 2014). De valgte metoder, herunder kvantitative statistiske analyse og kvalitative interviews, har en bestemt rolle i forhold til den samlede besvarelse af forskningsspørgsmålene.

De kvantitative analyser beskriver sammenhængen mellem forældrenes kapital besiddelser og børnenes BMI ud fra Pierre Bourdieus habitus- og kapitalbegreber. I en kvantitativ og deskriptiv undersøgelse er det ikke muligt at forklare årsagssammenhængen i den undersøgte forskningsgenstand, hvilket betyder, at den ikke kan forklare hvorfor og hvordan forældrenes kapital besiddelser influerer på børnenes BMI. Derfor er det yderst relevant at anvende kvalitative interviews for at belyse årsagssammenhængen mellem forældrenes kapital besiddelser og børnenes BMI, herunder sundhedsadfærd. Denne viden vil bidrage med en dybdegående forståelse og indblik i forældrenes erfaringer og oplevelser i relation til sund livstil og børneovervægtsproblematikken. Samlet set vil begge undersøgelsesdesign og metoder danne grundlag for, at kunne målrette en indsats i forhold til målgruppen, og skabe en *forandring* indenfor børneovervægt og dermed forhåbentligt kunne reducere den sociale ulighed. I begge integrationsformer handler det om forholdet mellem designet og metoderne i sig selv i forhold til hvilken rolle de forskellige tilgange har (Frederiksen 2014, Frederiksen 2013).

6.1.2 Sekventielt design

Integration af de kvantitative og kvalitative elementer indgår i et *sekventielt design*, hvor gennemførsel af den kvalitative undersøgelse er underlagt betingelserne af den første hovedundersøgelse (del 1). Specialets overordnede metodiske tilgang er illustreret i figur 2, hvor del 1 er specialets hovedundersøgelse, netop fordi resultaterne fra del 1 afgør hvilke spørgsmål der er relevante at stille i

forhold til del 2 (kvalitative undersøgelse). (Frederiksen 2014, Frederiksen 2013). Det vil sige, at problemstillingen fra del 2 er baseret på del 1's resultater. Først gennemføres den kvantitative hovedundersøgelse (del 1), og derefter udvælges respondenter samt udformningen af interviewguiden på baggrund af den kvantitative undersøgelse. Udvælgelse af respondenter baseret på den kvantitative undersøgelse er beskrevet og argumenteret yderligere i afsnittet *XX udvælgelse af respondenter*. Via det sekventielle design har det for eksempel været muligt, at inddrage forældrenes vaner i forhold til kost og motion direkte i interviewguiden, som har givet mulighed for en dybdegående afklaring af forældrenes holdninger og erfaringer. Yderligere har det været muligt at undersøge, hvordan de forskellige forældretyper ud fra Bourdieus habitus- og kapitalbegreb, definerer sundhed samt hvad de egentlig forstår ved begrebet sundhed. Den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) har fungeret som ramme og grundlaget for udførelsen af den kvalitative undersøgelse. Endvidere har de kvalitative interviews været i forlængelse af og supplement til de kvantitative fund. Disse to metoder, kvalitativ og kvantitativ metode, udgør hver især et forskningsparadigme med forskellige styrker, som vil blive belyst i næste afsnit.

Figur 2. I figuren illustreres specialets overordnede metodiske fremgangsmåde. Den kvalitative undersøgelse (del 2) er underlagt betingelserne af den kvantitative hovedundersøgelse (del 1).

6.2 Forskningsparadigmer og forskningstyper

I dette afsnit beskrives de forskellige forskningsparadigmer og forskningstype der er anvendt i forbindelse med den metodemæssige fremgangsmåde, som benyttes til bevarelse af specialets problemformulering.

6.2.1 Den tredje forskningsparadigme

Specialets overordnede design, mixed method, anerkendes af flere som en tredje forskningsparadigme, der befinder sig i en mellemposition i forbindelse med kvantitative og kvalitative forskningsparadigme. Mixed method tilgangen relateres til den amerikanske paradigme, hvilket vil sige, at den tager afsæt i praksis ved at kombinere kvantitative og kvalitative metoder (Frederiksen 2014). Denne tilgang i form af blandinger af kvalitativ og kvantitativ metoder er relevant, da disse metoder hver især baserer sig på et forskningsparadigme med forskellige, komplementere

styrker for en problemstilling. (Frederiksen 2014). I det nedenstående vil der blive præsenteret for de styrker af henholdsvis kvalitativ og kvantitativ forskning.

6.2.2 Den kvantitative tilgang

I den kvantitative hovedundersøgelse (del 1), er der anvendt den *beskrivende forskningstype* med en *empirisk-analytisk* tilgang, der er karakteriseret ved et ideal om, at viden erkendes gennem empiriske test af teorier om kausale sammenhænge (Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011). Denne beskrivende forskningstype er anvendt, hvor formålet er at beskrive forholdet mellem børnenes BMI og forældres kapitaler og *ikke* at forklare årsagssammenhænge. Der er udarbejdet en registerundersøgelse på baggrund af en survey undersøgelse, som er det typiske design indenfor det beskrivende forskningstype (Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011). Ud fra det empirisk – analytiske paradigme kan videnskabelig viden erfares via observation af virkeligheden og kun det, der kan tælles, måles og vejes, som betragtes som sand og objektiv viden (Thornquist 2006). I del 1, er der foretaget kvantitative analyser i form deskriptive analyse, faktoranalyse samt lineær regressioner for at undersøge sammenhængen mellem forældres kapital besiddelser og børnenes BMI. Disse analyser er nærmere beskrevet i artiklen (jf. Videnskabelige artikel).

6.2.3 Den kvalitative tilgang

Med henblik på at besvare specialets del 2, er der taget udgangspunkt i den *forstående forskningstype* med det *fortolkningsvidenskabelig* paradigme, som bygger på en *hermeneutisk* tilgang (Kruuse 2007, Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Denne tilgang er udviklet af Max Weber, hvor han havde en forståelse af, at sociale fænomener forudsætter en tolkning af det subjektive meningsgrundlag, der ligger til grund for fænomenet (Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011). Dette paradigme er valgt, da del 2's problemstillinger bygger på en forståelse af, hvordan forældrenes kapital besiddelser og habitus påvirker barnets BMI. Tankegangen i denne forstående forskningstype er relevant i det nærværende speciale, da i del 2 vil forældrenes *holdninger* og *adfærd* i forhold til sund livsstil og børneovervægt fortolkes og forstås. Dette paradigme tager udgangspunkt i at forstå og fortolke forældrenes forståelse af sig selv, af andre mennesker og den fysiske omverden, hvor der søges viden omkring deres subjektive perspektiv i det specifikke felt, de befinder sig i (Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011). Begrebet felt kan blandt andet forstås som de sociale og samfundsmæssige sammenhænge, hvor forældrenes og børnenes handlinger og forståelser dannes (Jf. Kapitel 5, *teoretisk* forståelsesramme. Derfor er den forstående forskningstype og den fortolkningsvidenskabelig paradigme egnet til del 2's problemstilling, da det vil give en dybdegående forståelse og fortolkning af forældrenes holdninger og erfaringer af sund livsstil og børneovervægt. Den kvalitative viden kan

derfor udgøre et vigtigt grundlag for, hvordan der bedre kan iværksættes målrettede indsatser overfor disse børnefamilier, da det vil give en dybdegående viden om deres individuelle behov og begrænsninger i hverdagen.

6.3 Litteraturstudie

I dette afsnit introduceres de metodiske overvejelser samt den metodemæssige fremgangsmåde, der er foretaget i forbindelse med den systematiske litteratursøgning i specialet. Formålet med litteraturstudiet er at få en kortlægning af eksisterende viden omkring specialets initierende problemstilling. I det følgende afsnit vil litteratursøgning for specialets del 2 beskrives, hvor litteraturstuedie er en delundersøgelse af specialet. Litteraturstudiet til del 1 indgår separat i denne og derfor gennemgås ikke den metodemæssige fremgangsmåde i dette afsnit. Som supplement til litteratursøgning findes bilag 3 for en mere uddybende beskrivelse af studiet.

6.3.1 Indledende eksplorativ litteratursøgning

På baggrund af specialets initierende undren er der foretaget en indledende eksplorativ litteratursøgning i en række databaser med fokus på dansk litteratur. Dette er foretaget med henblik på at få overblik over problemstillingen bag det initierende undren i et nationalt perspektiv. Via et eksplorativ søgestrategisk tilgang søges der at belyse et bredt udvalg af forklaringsmekanismer, der ligger til grund for specialets initierende undren. Metoden *"quick and dirty søgning"* er anvendt og der er foretaget søgninger i databaserne Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, Danmarks Statistik, bibliotek.dk, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet. Denne søgning har bidraget med en belysning af nationale indsatser og tiltag indenfor børneovervægt samt grundlæggende viden og forståelse af problemfeltet. Ud fra denne søgning er centrale begreber og synonymer identificeret til at kunne udarbejde en systematisk litteratursøgning med formålet at finde videnskabelige og evidensbaserede litteratur til bearbejdelse af problemfeltet.

6.3.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning er foretaget på baggrund af udarbejdelse af problemanalyse og til besvarelse af specialets overordnede problemformulering. Begge formål blev besvaret ud fra den samme søgning. Den strukturerede litteratursøgning er blevet foretaget i perioden 12-14. Maj 2015. For at systematisere litteratursøgningen, er der anvendt nedenstående faseinddeling (tabel 2), hvor faserne er med til at give et overblik over processen, hvor de enkelte faser vil blive uddybet og

beskrevet i forhold til specialets litteratursøgning.

Fase 1	**Identifikation af søgeord**
Fase 2	**Valg af informationskilder**
Fase 3	**Udvælgelse af litteratur**
Fase 4	**Vurdering af litteratur**

Tabel 2. De 4 faser for den systematiske litteratursøgning.

Fase 1: Identifikation af søgeord

I forbindelse med den systematiske litteratursøgning er der udarbejdet en tabel, som indeholder relevante søgetermer inddelt i fem facetter (tabel 3). Formålet med anvendelse af facet inddeling er at sikre, at søgningen dækker over specialets problemformulering. Yderligere er der anvendt en søgeprotokol med henblik på at lave en struktureret plan og gennemgang for litteratursøgningen for at skabe gennemsigtighed, således at den metodiske tilgang kan reproduceres og dermed vurdere gyldigheden (Ugeskrift for læger 2014). Søgeprotokol og dokumentation af søgningen kan ses i bilag 3.

			AND		
	Facet 1	**Facet 2**	**Facet 3**	**Facet 4**	**Facet 5**
OR	Obesity	Children	Health promotion	Parents	Body Mass Index
	Overweght		Secondary prevention		Weight control
	Adiposity		Prevention intervention		Body weight change
			Early intervention		Weight reduction
					Body fat distribution

Tabel 3. Relevante søgetermer inddelt i facetter

Med henblik på at besvare speciales problemformulering samt opnåelse af evidensbaseret viden, anvendes en konceptualiseringsmodel. Dette gøres ved at rette fokus og spørgsmål på konkrete svar ved benyttelse af facetter, hvor der afgrænses for uvæsentlige emner i litteraturen, som ikke har relevans for specialets problemstilling. Denne kritiske gennemgang ved benyttelse af en facetter kan være med til at præcisere spørgsmål, der vil resultere i fund af litteratur, der er mest egnet til belysning af specialets problemformulering (Ugeskrift for læger 2014). De forskellige facetter kombineres af gruppemedlemmerne med den boolske operator "AND" og "OR". "AND" anvendes for at indsnævre søgningen, hvor "OR" bruges til at kombinere søgeordene indenfor hver facet, der udvider

søgningen. De forskellige fundne emneord er blevet sammensat, inden for hver facet, med den boolske operator OR. Derefter kobles alle sammensatte facetter, med deres kombinerede underordnede termer, sammen med den boolske operator AND. Dette er foretaget for at få resultater i form af artikler, som indeholder søgeord fra hver af de fem facetter. De forskellige facetter, som er anvendt i hver enkelt database ses under bilag 3. I søgedatabaserne PubMed, Cochrane Library og Cinahl, er der hovedsaligt anvendt indekserede termer, kaldet MeSH-terms. MeSH- termer er anvendt for at identificere kontrollerede emneord med henblik på at finde nøjagtige resultater, da MeSH-term funktionen indebærer de nødvendige undertermer i forbindelse med emnet (Korsbek et al. 2006). I Sociological Abstract er der anvendt Thesaurus, og i PsycInfo er Term Finder anvendt, som fungerer på samme måde som MeSH-term, der inkluderer relevante undertermer. De indekserede termer er anvendt for at finde de overordnede termer, som dækker over flere undertermer. Denne tilgang har bidraget med at præcisere søgningen og minimere støj i form af irrelevante artikler.

Fase 2: Valg af informationskilder

Litteratursøgningen er foretaget i fem forskellige videnskabelige databaser, som PubMed, Cochrane Library, Cinahl, Sociological Abstract og PsycInfo. Disse videnskabelige databaser er udvalgt på baggrund af deres faglige disciplin og relevans for specialets problemstilling (tabel 4). Cochrane er udvalgt, idet databasen indeholder litteratur og interventioner om børneovervægt med et højt evidensniveau. PubMed udvælges, da denne database er blandt verdens største, med indhold af videnskabelige tidsskriftsartikler inden for medicin med mere. Derudover udvælges, Sociological Abstracts, Cinahl samt PsycInfo, da specialets problemformulering indeholder komponenten overvægt, der kan belyses i en sociologisk samt psykologisk sammenhæng. Nærmere begrundelser for de valgte databaser er beskrevet nedenfor. Valg af forskellige databaser har resulteret i forskellige former for artikler, hvor for eksempel artikler fra Cochrane og Pubmed er mere interventionsrettede, hvorimod artikler fra Cinahl og Sociological abstract er baseret på børn og forældres perspektiv.

Database	Begrundelse for valg af kilde
PubMed	PubMed er verdens største database indenfor medicin, biomedicin, sundhedsteknologi og sygepleje, hvor PubMed er central i en sundhedsvidenskabelig litteratursøgning og er med til at give et overblik over problemfeltet omfang i forhold til litteratur.
Cochrane Library	Cochrane databasen har systematiske oversigtsartikler og Cochrane-reviews med et højt evidensniveau. Databasen indeholder artikler omkring behandling, forebyggelse indenfor medicin og sundhedsvidenskab og anses som relevant i forhold til specialets problemstilling.
Cinahl	Cinahl er en database, som omfatter litteratur indenfor sygepleje og sundhedspleje og derfor anses relevant i forhold til specialet.
Sociological Abstract	Sociological Abstract indeholder primært viden om sociologi og antropologi. Denne database er valgt på baggrund af specialets teoretisk- sociologiske tilgang.
PsycInfo	PsycInfo er en database, som indeholder primært tidskrifter og artikler indenfor emnet psykologi, og er relevant at anvende i forhold til specialet problemstilling.

Tabel 4. De udvalgte videnskabelige databaser og deres faglige indhold.

Fase 3: Udvælgelse af litteratur

For at belyse specialets problemstilling, er der opstillet følgende limits med henblik på at specificere og begrænse den systematiske litteratursøgning. For at sikre at artiklerne er overførebare til specialet, inkluderes artikler fra lande i den vestlige verden, hvor det antages , at resultaterne kan overføres til det danske forhold i forbindelse med hensyn til kultur og normer. Artiklernes relevans vurderes ud fra titel og resumé. De forskellige videnskabelige databaser har forskellige limits muligheder, hvilket fremgår i tabel 5.

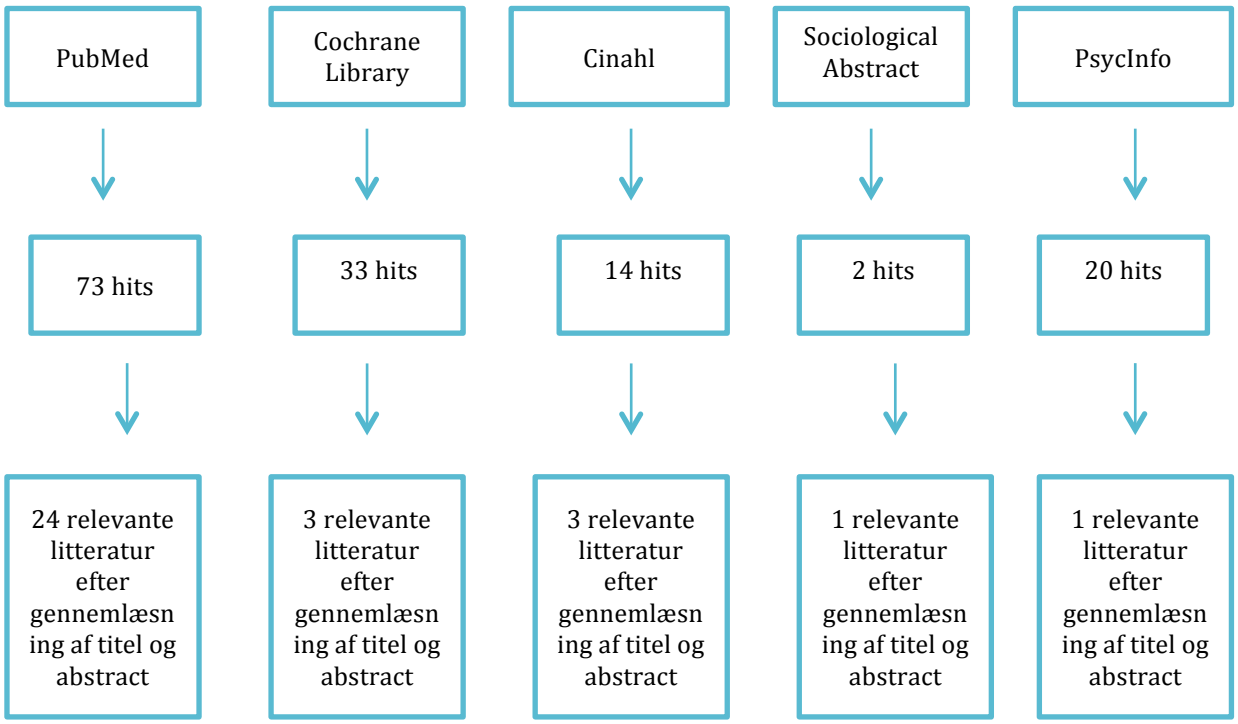
Database	Limits
PubMed	Engelsk- svensk- norsk -og dansksproget referencer. Referencer omhandlende mennesker
Cochrane	Engelsk- svensk- norsk -og dansksproget referencer.
Cinahl	Engelsk- svensk- norsk -og dansksproget referencer.
Sociological Abstract	Engelsk- svensk- norsk -og dansksproget referencer.
PsycInfo	Engelsk- svensk- norsk -og dansksproget referencer.

Tabel 5. De opsatte limits for de valgte databaser for at afgrænse søgningen.

Søgningen i de forskellige databaser har resulteret i henholdsvis 73 hits i PubMed, 33 hits i Cochrane Library, 14 hits i Cinahl, 2 hits i Sociological Abstract og 20 hits i PsycInfo. I alt er der fremkommet 142 hits, hvor titel og abstracts blev gennemlæst af begge gruppemedlemmer, for at vurdere relevansen for specialet. Dette har resulteret i 31 artikler, som er blevet godtaget videre til gennemgang. Selve processen af udvælgelse fremgår i flowchart figur 3.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Der er udarbejdet en række inklusions- og eksklusionskriterier med henblik på at sikre og identificere de mest relevante artikler med for at belyse specialets problemformulering. Som nævnt ovenstående er der inkluderet engelsk- svensk- norsk -og dansksprogede artikler med henblik på at sikre, at artiklerne er forståelige og overførebare til specialets problemstilling . Litteratur omhandlende voksne og overvægt, gravide og overvægt, indvandrere og overvægt, teenager og overvægt, handicappede børn og overvægt, litteratur med et andet fokus end indskolingsbørn, udenlandske studier fra ikke vestlige lande, herunder Afrika, Mellemøsten samt Nordamerika samt dubletter er blevet ekskluderet. De ekskluderede litteratur er blevet vurderet som irrelevant for specialet problemstilling, da disse har haft et andet fokusområde. Litteratur omhandlende specifik andre aldersgrupper end målgruppen som førskolebørn er ekskluderet, idet de forskellige grupper, herunder førskolebørn eller teenager har andre problematikker sammenlignet med indskolingsbørn. Litteratur med andre sprog end engelsk, norsk og svensk er også blevet ekskluderet på grund af sprogbarrierer. Dette kan have en betydning for udelukkelse af relevant litteratur, men det formodes, at de nyeste studier publiceres på engelsk.



Figur 3. Flowchart over udvælgelse af de fundne litteratur i de forskellige videnskabelige databaser.

Fase 4: Vurdering af litteratur

Efter gennemgang af resuméer vurderes 12 artikler til at være relevante med henblik på at belyse specialets problemformulering. De udvalgte artikler er vurderet gennem kritisk læsning med henblik på undersøgelsers evidens og herunder validitet og reliabilitet, hvor der er anvendt forskellige tjeklister. Da Cochrane som database har et indhold af artikler, som allerede er kritisk vurderet fra Cochranes side, vælges der ikke at udføre kritisk læsning herpå. Til den kritiske vurdering af artiklerne benyttes forskellige anerkendte tjeklister. Herunder anvendes tjeklisten Strobe i forbindelse med tværsnits- og kohortestudier, mens tjeklisten VAKS anvendes i forbindelse med kvalitative studier. Derudover benyttes Prisma i tilfælde af metaanalyser samt systematiske reviews. Artiklerne, der gennemlæses, vurderes til at være af god metodisk kvalitet og vil derfor anvendes til besvarelse af problemformuleringen. Ud af de 12 artikler er der fundet to teoribaserede artikler uden metodiske beskrivelse, som er relevant i forbindelse med specialets problemstilling. Disse artikler er blevet vurderet på baggrund af artikelforfatternes profiler samt andre publikationer. De udvalgte artikler vil blive vurderet efter evidenshierarkiet, hvor systematiske reviews samt RCT-studierne vurderes højst i forhold til evidensniveauet. Kohorte studierne og casestudierne rangerer med et evidensniveau på II og III, hvorimod de deskriptive undersøgelser som evalueringer og diskussionsartikler befinder sig niveaumæssigt lavest i evidenshierarkiet (Juul 2013). Artiklerne, der gennemlæses kan dog vise sig, at

et RCT eller systematisk review ikke nødvendigvis har et højt evidensniveau på baggrund af studiets metodiske kvalitet.

6.3.3 Kædesøgning

De udvalgte artikler og rapporters referencelister er gennemgået for at udvide søgningen ved hjælp af kædesøgning. Denne metode er anvendt for at supplere med yderligere relevante litteratur, der relaterer sig til specialets undersøgelsesområde (Juul 2013). Derudover har kædesøgningen bidraget med relevant og specifikt litteratur, som har været oplagt at anvende i specialet. De specifikke undersøgelser, herunder undersøgelser omhandlende indskolingsbørn og social ulighed i børneovervægt er primært fundet via kædesøgning. Den eksplorative litteratursøgning har gennem kædesøgninger bidraget til litteratur, som de systematiske litteratursøgning ikke har identificeret. Denne tilgang har medført en usystematisk litteratursøgning med mangel på reproducerbarhed i forbindelse med søgningen, idet det ikke er systematisk opbygget med mulighed for gentagelse af søgningen. Kædesøgningerne har identificeret flere danske undersøgelser om børneovervægt, som har primært været med til at belyse specialets initierende undren samt har medvirket til belysning af specialets problemformulering.

6.3.4 Resultater af de fundne litteratur via systematisk søgning

I nedenstående skema præsenteres de udvalgte litteratur i forhold til studiets titel, formål med undersøgelsen, stikprøve, design, metode, effektmål, resultater samt hvilken database litteraturen stammer fra. Formålet med skemaet er, at give læseren et indblik i de overordnede studier, som danner grundlag for resten af specialet.

Titel	A Randomised Study on the Effectiveness of Therapist led v. Self-Help Parental Intervention for Treating Childhood Obesity, 2013.	A Controlled, Class-Based Multicomponent Intervention to promote Healthy Lifestyle and to Reduce the Burden of Childhood Obesity, 2012	Importance of Age for 3-Year Continuous Behavioural Obesity Treatment Success and Dropout Rate, 2012.
Formål	Formålet med studiet er at sammenligne effekten af terapeutledet grupper og selvhjælpsgrupper i forbindelse med forebyggelse af børneovervægt med forældreinddragelse.	Studiet formål er at undersøge skolebørns potentiale for ændring af vaner mod en sundere livsstil, og gøre familierne opmærksomme på sundere valg.	At undersøge alderens betydning for forebyggelse af børneovervægt samt indvirkning af forældrenes SES og BMI.
Stikprøve	I alt 99 norske børn i alderen 7-12 år, 91 mødre og 54 fædre deltog i undersøgelsen.	209 italienske børn i 4. klasse blev inkluderet i undersøgelsen. De udvalgte skoler blev inddelt i to grupper: en interventionsgruppe (n=103) og en kontrolgruppe (n=106). Grupperne er blevet matchet i forhold til socioøkonomisk status.	555 svenske børn i alderen 6-16 år er inkluderet i undersøgelsen, hvor alle børnene er overvægtige.
Design	RCT[2]	Kohorte studie	Kohorte studie
Metode	Forældrene har været igennem ti sessioner (undervisning) indenfor 24 måneders periode. Der har været fokus på blandt andet sund kost, fysisk aktivitet, selvopfattelse og social netværks rolle.	Undervisning af forældre i forhold til hensigtsmæssige ernæring og fysisk aktivitet gennem motiverende møder afholdt af lærere og faggrupper. Forældrene er blevet kontaktet telefonisk ugentligt i første fire måneder af otte måneders intervention i forbindelse med kontrol af ændring af kost- og motionsvaner.	Børnene er inddelt i tre aldersgrupper (6-9 år, 10-13 år og 14-16 år). Der har være tre års opfølgning med fokus på adfærdsmæssige ændringer. De adfærdsmæssige ændringer gik på at hjælpe børnene til at spise sundere, dyrke mere motion samt reducere stillesiddende aktiviteter. Der har været individuelle og gruppebaseret konsultationer.
Effektmål	BMI	BMI	BMI
Resultater	Hovedresultaterne viser, at der ikke er signifikante forskelle mellem de to interventionsgrupper. De vigtigste komponenter har været forældrenes tilstedeværelse og forældrenes parathed.	En signifikant reducering af BMI i interventionsgruppen. Inddragelse af familier var en central faktor for at styrke og ændre barnet til en sundere livsstil. Skolen som arena styrker livsstilsændringer både hos familien og børnene.	Faldet af BMI var signifikant større for den yngste aldersgruppe (6-9 år). Adfærdsterapi er mest effektiv i en tidlig alder. Den vigtigste årsag til frafald var forældrenes beslutning om at stoppe.
Database	PubMed	PubMed	PubMed

[2] Randomiseret kontrolleret studie

...Fortsat

Titel	**Clinical Efficacy of Group-Based Treatment for Childhood Obesity Compared with Routinely given Individual Counseling, 2007.**	**Modifications in Parent Feeding Practices and Child Diet During Family-Based Behavioural Treatment Improve Child BMI, 2014.**	**Parental Perceptions of and Concerns About Child's Body Weight in Eight European Countries – the IDEFICS Study, 2012.**
Formål	At sammenligne effekten af to interventionsformer for overvægtige børn.	At identificere ændringer i forældres og børns kostindtag efter en familiebaseret intervention.	Formålet med studiet er at beskrive forældrenes opfattelse af børnenes BMI og sundhed ud fra en kohorte studie.
Stikprøve	I alt blev 70 7-9 årige finske børn med overvægt og deres forældre inddraget i undersøgelsen.	Undersøgelsen inkluderer 170 amerikanske børn i alderen 7-11 år og deres forældre.	I alt blev 16.224 europæiske børn i alderen 2-9 år inkluderet.
Design	RCT	Tværsnitsstudie	Tværsnitsstudie
Metode	Målgruppen er blevet inddelt i to grupper, hvor den ene gruppe blev interveneret uden forældre og den anden gruppe blev interveneret med forældre. Den individuelle gruppe fik to individuelle konsultation samt skriftlige materiale i form af brochure omhandlende sund livsstil. Den gruppebaserede intervention fokuserede på motivation, forældreinddragelse, sundhed og trivsel, hvor forældrene var målrettede som vigtigste agenter i forhold til livsstilsændring. Gruppebaserede interventioner inkluderede 15 sessioner.	Survey-undersøgelse af forældre som har deltaget i et RCT studie (familiebaserede adfærdsintervention). Survey-undersøgelsen har fokus på forældrenes ansvars følelses i forhold til barnets kost og holdninger og bekymringer af barnets BMI.	Survey-undersøgelse, som inkluderer spørgsmål vedrørende kost, stillesiddende aktiviteter og forældrenes holdninger om sundhed og BMI.
Effektmål	BMI	BMI	BMI
Resultater	Resultaterne har vist at gruppebasseret intervention var mere effektiv end den individuelle intervention af behandling af børn med overvægt. Terapeutiske faktorer som gruppestøtte, læring og optimisme har haft en positiv indvirkning på deltagerne, hvor børnenes BMI blev reduceret.	Forældrene har givet udtryk for efter deltagelse i familiebaseret intervention, har børnene fået reduceret energi procent fra fedt og sukker, og dermed etableret sunde kostvaner. Resultaterne understreger vigtigheden af forældrenes kostindtag, hvor de skal give børnene sunde valgmuligheder.	Resultaterne viser at forældre kan have tendens til at overvurdere eller undervurdere deres børns BMI. Flertallet af familierne på tværs af lande, betragter børnenes sundhed til at være god. Det er vigtigt at udføre screening af børns højde og vægt for at hjælpe forældrene til at fremme sunde vaner i familien i et tidligt stadie.
Database	PubMed	PubMed	PubMed

Titel	Parental Perceptions of the Schools' Role in Addressing Childhood Obesity, 2007.	Obesity: A Systematic Review on Parental Involvement in Long-Term European Childhood Weight Control Interventions with a Nutritional Focus, 2013	Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Interventions to Reduce Body Mass Index, 2012
Formål	Formålet med denne undersøgelse er at opnår en forståelse af forældrenes opfattelse af skolens rolle i håndtering af overvægt blandt børn.	Formålet med dette studie er beskrive intensiteten af forældrenes engagement og de forskellige teknikker og processer for adfærdsændring.	At gennemførte en metaanalyse af de offentliggjorte undersøgelser, der evalurede effekten af skolebaserede interventioner med fokus på BMI.
Stikprøve	117 amerikanske forældre er inkluderet i undersøgelsen til børn i aldersgruppen 5-12 år.	Europæiske børn i alderen 0-12 år og deres familier.	I alt blev 36.579 børn inkluderet i alderen 0-18 år. Af de børn var 37 % europæiske, 44% amerikanske, 12% asiatiske, 5% australsk og 2% afrikanske.
Design	Tværsnitsstudie	Review	Metaanalyse
Metode	Undersøgelsen tager udgangspunkt i et survey, som undersøger forældrenes opfattelse af BMI og børneovervægt i skolealderen.	Primært RCT. Undersøgelsen indeholder 24 studier baseret på 48 publikationer. Studier fra 1996 til 2011 er inkluderet.	Metaanalysen inkluderer 43 litteraturstudier, hvor designet primært er RCT.
Effektmål	BMI	BMI	BMI
Resultater	80% af forældrene mener, at BMI er et passende mål for screening af vægt i skolerne. Forældrene mener at skolen har en væsentlig rolle i forhold til screening af børn BMI samt kost- og motionsvaner. Skal skabe rammer for sundere livsstil via fokus på mere motion og sunde valgmuligheder. De fleste forældre er enig omkring fjernelse af automater med usundt indhold.	Resultaterne viser, at niveauet for intensiteten af forældeinddragelse er et vigtigt emne i interventioner med fokus på reducering af BMI hos børn. Forældrenes opfattelse af manglende tid, fungerer som en barriere for børns motion- og kostvaner. Manglende inddragelse af forældre resulterede i lavere effekter, mens involvering af forældre bliver rapporteret i langsigtede effektive interventioner.	Skolebaserede interventioner kan være med til at reducere BMI blandt elever. De fleste forældre mener, at skolen har en vigtig rolle i forhold til bekæmpelse af børneovervægt. Eksisterende litteratur tyder på effektivitet ved op til seks års opfølgning. Der er evidens for, at skolebaserede interventioner er især effektiv ved inddragelse af fysisk aktivitet.
Database	Cinahl	Cochrane Library	Cochrane Library

…Fortsat

Titel	**Expert Committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report, 2007**	**Lessons learned from a family-focused weight management intervention for obese and overweight children, 2012.**	**Parent- and Adolescent-Reported Barriers to Participation in an Adolescent Overweight and Obesity Intervention, 2012.**
Formål	Formålet med ekspertudvalget var at tilbyde praktisk vejledning til klinikere ved at give anbefalinger på alle områder af fedme behandling, herunder den bedst mulige evidens.	Formålet med denne undersøgelse var at undersøge synspunkter fra de børn og forældre i forbindelse med interventionen mod børneovervægt ved navn WATCH-IT.	Undersøgelsen har til formål at undersøge børn og forældres barrierer for færdiggørelse af behandling mod overvægt.
Stikprøve	2- 18 årige børn	8-18 årige britiske børn. Antallet af børn er ikke angivet.	11-19 årige børn. Antallet af børn er ikke angivet.
Design	Sammenfattende rapport	Kvalitativ design	Survey undersøgelse af en RCT
Metode	For at undersøge 1998 anbefalinger vedrørende fedme blandt børn, er der etableret et ekspertudvalg på bestående af repræsentanter fra 15 faglige organisationer udpeget til gennemgå litteraturen.	Der blev interviewet 23 familier. I ti interviews, var barnet til stede og bidrog til diskussionen. Fire trænere deltog i fokusgruppen i Leeds og seks deltog i Birmingham fokusgruppe. Interviews og fokusgrupper blev optaget og transskriberet ordret.	Forældre og unge blev kontaktet telefonisk ved afslutningen af interventionen eller efter ophør, hvor deltagerne har udfyldt et spørgeskema omkring barrierer for deltagelse af interventionen.
Effektmål	BMI	BMI	BMI
Resultater	Ekspertudvalget har blandt andet anbefalet reduktion af usund kost og erstatning af sund kost, reduktion af tv og pc forbrug, rådgivning og engagement af forældre samt mere fysisk aktivitet på skoler,	Resultaterne har vist, at halvdelen af forældrene ønskede, at deres barnet skulle tabe sig, og at forældrene, udtrykte ubehag, hvis de benægtede deres barn få mad, hvis de ønskede. Nogle forældre nævnte, at familiemedlemmer underminerede deres forsøg på at hjælpe deres barn tabe sig og deres barn modtog inkonsekvente informationer fra voksne inden for deres omgangskreds. Nogle af deltagerne tilskrives skylden til den anden forælder; andre anklagede bedsteforældre for at underminere deres bestræbelser i form af give barnet noget usund kost.	Resultaterne påpeger, at praktiske barrierer (transport, rejser, ferie, skole arbejde), og individuelle og / eller familiemæssige krav er en barriere for deltagelsen af interventioner. De mest almindelige forældre-rapporterede barrierer (Rapporteret af mere end 30% af deltagerne) var for mange mål om adfærdsændring mål, tid, for meget info og hjemmeopgaver samt manglende motivation i familien.
Database	Cinahl	PubMed	PubMed

6.4 Kvalitative interviews og de syv stadier

I dette afsnit beskrives den kvalitative delundersøgelse med henblik på at skabe gennemsigtighed for læseren i forhold til gennemførslen af de kvalitative interviews. Afsnittet er struktureret med inspiration fra Steinar Kvale og Svend Brinkmann, således at afsnittet er opdelt i tre hovedfaser; forberedelse, gennemførelse og analyse (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). De tre faser består yderligere af otte understadier; tematisering, pilottest, design, udvælgelse af respondenter, rekrutteringsprocessen, interviewerens rolle, transskribering og analyse.

6.4.1 Forberedelsesfasen

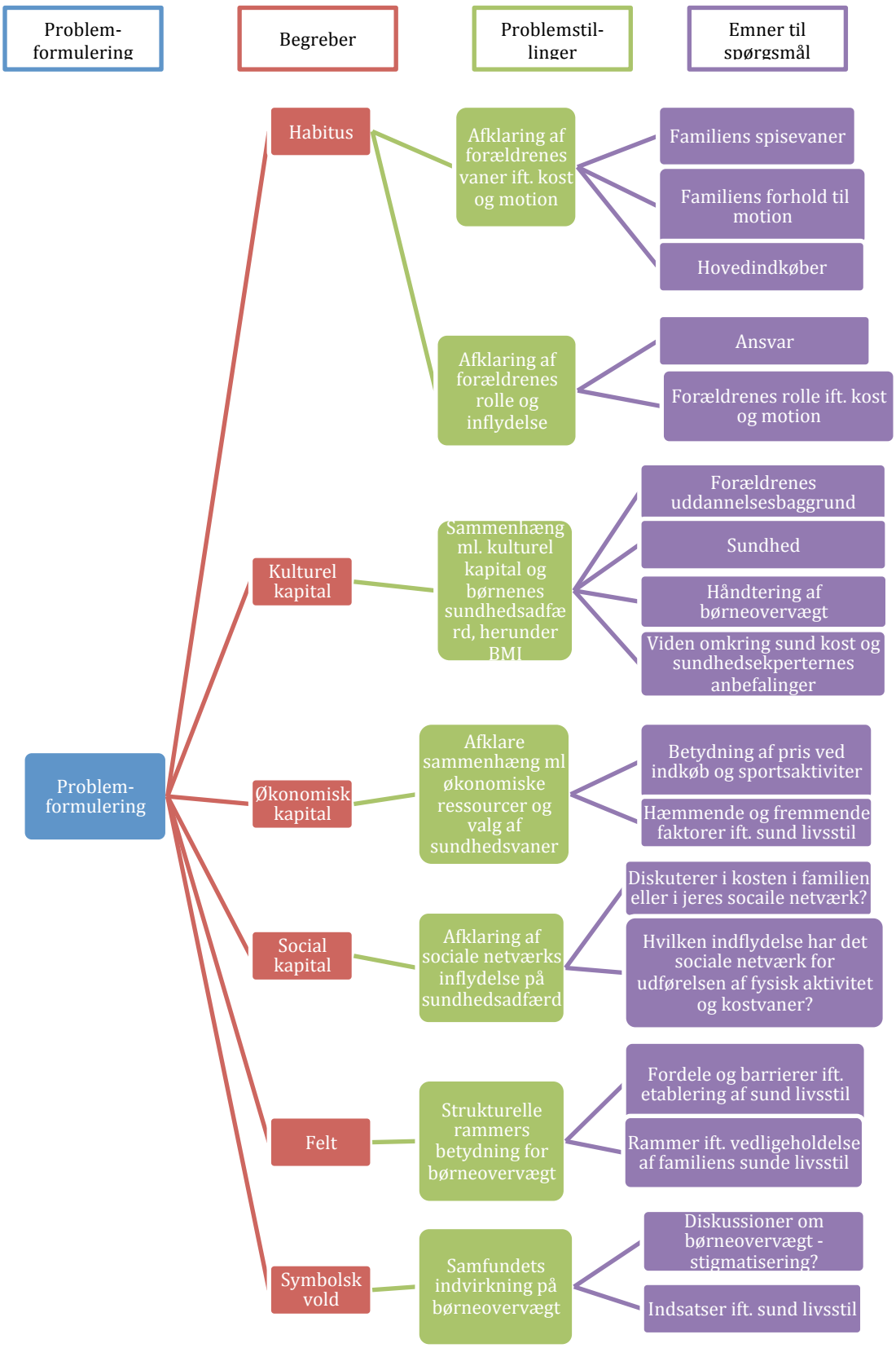
Der er i det nærværende speciale anvendt en deduktiv tilgang i den kvalitative delundersøgelse, hvor teorien og den indsamlede empiriske viden fra den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) har været styrende i fremgangsmåden. En deduktiv tilgang vil sige at der bevidst søges igennem en logisk udredning eller hypotese, som er formuleret på baggrund af den teoretiske viden samt forforståelsen, der tager udgangspunkt i den kvantitative hovedundersøgelse (Birkler 2005). Teorien og resultaterne fra del 1 er blevet anvendt til at indkredse og fokusere på empiri indsamlingen. Dette vil blive uddybet nærmere under i afsnittet "*tematisering*" med konkrete eksempler. Den deduktive tilgang i specialet er baseret på den teoretiske viden om Bourdieus habitus- og kapitalbegreber samt den kvantitative hovedundersøgelses resultater. Den deduktive tilgang afspejler sig i forberedelsen, gennemførslen og nogle trin i analysefasen af de kvalitative interviews.

6.4.1.1 Tematisering

For at udføre semistrukturerede interviews, er der udarbejdet en interviewguide, som er styrende for udarbejdelse af spørgsmål, hvor interviewguiden er teori- og datastyret (bilag 4). Dette vil sige at der i specialet tages udgangspunkt i resultaterne fra hovedundersøgelsen (del 1) samt specialets teoretiske forståelsesramme. Dette vil blive uddybet senere i afsnittet.

Til forberedelse af interviewguiden udarbejdedes først en temaguide, som er styrende for udarbejdelse af konkrete spørgsmål/emner indenfor de forskellige problemstillinger. Specialets problemformulering er styrende for hele temaguiden i forhold til de valgte begreber, problemstillinger og spørgsmål/emneord. Begreberne habitus, de tre kapitalformer, felt og symbolsk vold (Jf. Kapital 5, *teoretiske forståelsesramme*), er valgt på baggrund af den overordnede problemformulering og specialets teoretiske forståelsesramme. Ud fra disse begreber, er der formuleret konkrete problemstillinger indenfor problemfeltet, som ønskes en belysning via de specifikke spørgsmål/emner, som er nærmere beskrevet i temaguiden (figur 4).

Figur 4. Temaguide (Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011)



Temaerne i selve interviewguiden er udarbejdet på baggrund af Bourdieus begreber om habitus, kapitaler, felt og symbolsk vold med udgangspunkt i de valgte emner i temaguiden samt den kvantitative undersøgelsesresultater (del 1). Temaerne i interviewguiden er: *syn på sundhed, holdninger om kost, ernæring, motion, samfundsforhold, børneovervægt* og *indsatser*. Disse temaer er valgt med henblik på at besvare specialets problemformulering. Bourdieus teori og undersøgelsesresultaterne fra del 1 er blevet inddraget ved at stille spørgsmål omkring kulturelle, økonomiske og sociale ressourcer i form af muligheder og begrænsninger samt en dybere belysning af, hvilken rolle og indflydelse forældrene har i forhold til børneovervægt. Dette formuleres eksempelvis således: "*Hvad betyder mest for dig angående daglige vareindkøb – og hvilken betydning har smag, kvalitet og pris?*".

Derudover inddrages Bourdieus felt begreb og symbolsk vold ved at stille spørgsmål om de sociale og strukturelle rammers indvirkning på sund livsstil og børneovervægt. Eksempelvis stilles spørgsmålet: "*Hvad synes I om diskussioner om hvorvidt børn kan være overvægtige?* eller *hvilke fordele og barrierer ser du i forhold til at etablering af sund livsstil*? *".* Bourdieus begreber har en indbyrdes sammenhæng, hvor nogle spørgsmål i interviewguiden kan dække over flere begreber.

Yderligere er specialets forandringsperspektiv inddraget i interviewguiden ved at udforske, hvad forældrene synes i forhold til indsatser indenfor børneovervægt samt hvilke barrierer de oplever med henblik på etablering og vedligeholdelse af sund livsstil. Spørgsmålene i interviewguiden er generelt letforståelige og korte, således at det er muligt at få skabt et positivt samspil mellem forskeren og respondenten (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Formålet med interviewguiden er at skabe struktur samtidig med at sikre, at alle temaer belyses. Rammen for interviewguiden ligger åben, hvor der kan suppleres med nye spørgsmål. Ligeledes har respondenten mulighed for at tale frit indenfor de fastlagte temaer (Vallgårda, Koch 2011, Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Forskningsinterviewet inddeles i tre faser; den indledende fase, hovedfasen og analysefasen.

Som indledning til interviewene anvendes baggrundsspørgsmål i form af faktuelle spørgsmål om respondentens beskæftigelse, uddannelsesstatus, samlivsstatus og beskrivelse af deres familiemønstre. Disse spørgsmål vil hjælpe med at give et indblik i, hvordan de forskellige forældretyper forholder sig til sund livsstil og børneovervægt. Derefter stilles uddybende spørgsmål for at belyse de forskellige temaer med henblik på at besvare specialets problemformulering.

Interviewspørgsmål vedrørende temaerne *holdninger om kost og motion* stilles, da der ønskes viden omkring hvilke kostmønstre og motionsvaner de forskellige forældre har, da dette er med til at

beskrive forældrenes habitus, som influerer barnets kostvaner. Ud fra spørgsmålet ønskes ydermere svar på de *bagvedliggende sammenhænge*, der ligger til grund til forældrenes til- og fravalg om kost og motion.

Under temaet *syn på sundhed* belyses, hvordan forældrene forholder sig til- og definerer sundhed, hvor spørgsmålet er formet med udgangspunkt i Wackerhausen`s åbne sundhedsbegreb (Wackerhausen 1994).

Spørgsmål vedrørende temaerne *samfundsforhold* og *børneovervægt* stilles, da der ønskes en vurdering af, hvad forældrene tænker om børneovervægt og hvilken holdning de har for sundhedseksperternes ansvar i forhold til dette. Som afsluttende tema stilles spørgsmål omkring indsatser for at afdække og undersøge hvilke udfordringer og muligheder forældrene ser ved at have en sundere livsstil, og hvilke behov der skal dækkes for at der kan bibeholdes en sund livsstil. Dette tema er inddraget med udgangspunkt i forandringsperspektiv, hvor forældrenes perspektiv udforskes. For yderligere uddybning af interviewguidens temaer og interviewspørgsmål henvises til bilag 4.

Interviewguiden er både dynamisk og tematisk, hvor den dynamiske dimension omhandler det positive samspil mellem forskeren og respondenten til at tale om oplevelser og følelser (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Den tematiske dimension vedrører den teoretiske analyse, temaerne i interviewguiden og den endelige analyse af resultaterne. For at repræsentere begge dimensioner i interviewguiden, er der anvendt indledende, opfølgende, sonderende, specificerende, direkte, indirekte, strukturende, fortolkende spørgsmål og tavshed (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Dette er grundet for at etablere en god kontakt med forældrene for at opnå så grundig og konkret belysning af de udviklede temaer i interviewguiden, der har til formål at besvare specialets problemformulering.

6.4.1.2 Pilottest

For at øge validiteten af interviewguiden, pilottestes to personer for at vurdere om spørgsmålene er egnede til at besvare specialets problemformulering. Den ideelle metode til valideringen af interviewspørgsmålene er at interviewe personer, der opfylder inklusions-og eksklusionskriterierne, som er nærmere beskrevet i afsnittet *6.4.1.4 udvælgelse af respondenter*, og dette har også været tilfældet i dette speciale (Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011). Fordelen ved et pilotinterview er at teste om interviewspørgsmålene er let forståelige eller om temaerne forstås på samme måde af forskeren og respondenten (Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011). Justering af interviewguide er fundet sted løbende. Justeringer har været rettelser i form af formuleringer for at gøre spørgsmålene mere specifikke og rækkefølgen af temaerne, hvor temaet "børneovervægt" er blevet

placeret længere nede i interviewguiden. Begrundelsen for ændringen af rækkefølgen er, at børneoverægt er et intimt emne, hvor det i første omgang er vigtigt at etablere kontakt og tillid til respondenten for at skabe trygge rammer. Endvidere formodes det, hvis temaet *børneovervægt* kommer som det første i interviewguiden, kan det have en indflydelse på forældrenes svar i forhold til de øvrige temaer om kost og motion. Dette grundet, at forældrene kan få en oplevelse af et angreb eller stigmatisering, hvor barnets vægt direkte kobles til deres livsstil.

6.4.1.3 Design

Det semistrukturerede interview er valgt som tilgang til empiri indsamling. Denne tilgang bidrager til at indhente en dybdegående forståelse af de valgte temaer i forældrenes lisverden, hvor det komplekse fænomen i børneovervægt vil blive belyst (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Styrken ved denne interviewtype er, at den forløber som en interaktion mellem det nærværende specialets gruppemedlemmers spørgsmål og respondentens svar, hvor der kommes dybden med emnet. Via semistrukturerede interviews har gruppemedlemmerne mulighed for at stille opfølgende spørgsmål om de valgte temaer indenfor emnet, som samtidig stiller store krav til interviewerens egen viden på området (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Beskrivelser af forældrenes holdninger og erfaringer om sund livsstil og børneovervægt dækkes gennem en række spørgsmål, hvor nogle spørgsmål er planlagt gennem en interviewguide, mens andre spørgsmål afhænger af interviewsituationen (Brinkmann, Svend., Tanggaard, Lene 2010). Dette stiller yderligere et krav til gruppemedlemmerne, hvor forberedelse inden interviewet er oplagt, da intervieweren skal være forberedt på uventede situationer som for eksempel nogle der taler for meget og andre der ikke fortæller så meget. Det semistrukturerede interviews er derfor præget af åbenhed, hvad angår ændringer og justeringer i de formulerede spørgsmål. Ulempen er derimod, at informationerne er begrænset til, hvad respondenten ved og kan huske og vil ærligt udtale om. Specialegruppen skal derfor etablere trygge rammer og åbenhed samt bør være aktiv lyttende overfor forældrene under interviewet . Desuden er det en tidskrævende og omkostningsfuld metode, hvor det ligeledes kræver en fordomsbevidst og imødekommende interviewer (Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011). De semistrukturerede interviews vil have en varighed af ca. 45 minutter.

6.4.1.4 Udvælgelse af respondenter

Udvælgelse af respondenter til det semistrukturerede interviews er sket på baggrund af opstillede inklusions- og eksklusionskriterier, som er beskrevet nedenunder. Inklusions- og eksklusionskriterierne blev blandt andet udvalgt på baggrund af den kvantitative hovedundersøgelsesresultater (del 1). Respondenterne, herunder forældrene er udvalgt med udgangspunkt i hvem, der er hovedindkøberen i hjemmene, fordi hovedindkøberen primært har viden

i forhold til dagligvareindkøb med henblik på prioritering af smag, kvalitet og pris. Herudover er det primært hovedindkøberen, som står for madlavningen derhjemme. Forældre er valgt som nøgleperson til det semistrukturerede interviews, idet forældre har den primære rolle i forhold til børns opvækst. Derfor er voksne uden børn også ekskluderet, da undersøgelsen omhandler børneovervægt, hvor det er vigtigt at respondenten kan forholde sig til problemfeltet. Ud fra del 1, er der defineret inklusionskriterier i forhold til forældrenes uddannelsesniveau, da den kvantitative undersøgelsesresultat indikerer, at jo lavere kulturel kapital (herunder uddannelsesniveau) forældrene besidder, jo større risiko er der for børneovervægt. Derfor er det vigtigt, at respondenterne repræsenterer denne sociale gruppe for at undersøge problemfeltet nærmere ud fra deres synsvinkel. Endvidere ønskes forældre med forskellige mængder af social, kulturel samt økonomisk kapital, herunder forældre med ingen, kort og languddannelsesgang, da det vil bidrage med forskellige vinkler og forståelser af sundhed og børneovervægt blandt forældrene. Derudover anses indskolingsbørn (5-9 år) som risikogruppe for at udvikle børneovervægt, og derfor er børn med både normal-og overvægt inddraget i undersøgelsen. Andre aldersgrupper er blevet ekskluderet, idet deres problematikker i forhold til børneovervægt kan være anderledes. Der ønskes børn af begge køn, idet litteraturstudiet indikerer forskelle i måden forældre til piger og drenge håndterer børneovervægt. Kriteriet i forhold til forældrenes sprogkundskaber er udarbejdet med hensyn til at forstå hinanden og dermed muliggøre gennemførelsen af interviewet samtidig med at give flere forældre mulighed for deltagelse. Inklusion af andre sprog udover dansk, herunder engelsk og tyrkisk kan have en betydning for gennemførslen samt analysen af interviewet, idet bestemte begreber kan have en anden betydning i et andet sprog.

Inklusionskriterier

- Forældre til indskolingsbørn i alderen 5-9 år
- Hovedindkøberen
- Forældre til børn af begge køn
- Forældre som kan tale dansk, engelsk eller tyrkisk
- Forældre til børn med overvægt og ikke overvægt
- Forældre med videregående uddannelse
- Forældre med ingen uddannelse og/eller kortere uddannelse

Eksklusionskriterier

- Børn i aldersgruppen ud over 5-9 år
- Forældre som ikke kan tale dansk, engelsk eller tyrkisk

- Individer med ingen børn

6.4.1.5 Rekrutteringsprocessen

Respondenterne er blevet rekrutteret via folkeskoler, Aalborg kommunes Sundheds- og Kulturforvaltning og netværket. I første omgang blev alle sundhedsplejersker i Aalborg kommunen kontaktet telefonisk i forbindelse med rekruttering af forældre til børn i indskolingsalderen, da sundhedsplejersken ved hvilke børn der er normal- eller overvægtige. Gruppen har desværre fået afslag, hvor dermed 17 folkeskoler i Aalborg og Ishøj kommune er blevet kontaktet (bilag 5 – liste over de forskellige folkeskoler som er blevet kontaktet). Da skolen er et arena for børnene, har det været hensigtsmæssigt at kontakte forældrene gennem skolerne. Der er blevet sendt infomail til alle skolerne, hvor to ud af 17 folkeskoler har været behjælpelig med rekrutteringsprocessen. Begrundelserne for afslag fra skolerne har primært været travlhed. Til de to frivillige skoler er der blevet sendt infobrev (bilag 6) til forældrene via skolens intranet, hvor tre forældre responderede tilbage, men to af dem er faldt fra i forløbet og en af dem er blevet inkluderet i undersøgelsen.

Desuden er sundhedsplejersken/hovedansvarlig fra projektet "Vanebryderne" i Aalborg kommune blevet kontaktet, hvor der er blevet etableret et samarbejde (samarbejdsaftalen kan ses under bilag 7). Der er blevet aftalt, at gruppen skulle deltage i deres sidste evalueringsmøde og præsentere specialet, men grundet sygdom fra kommunes side blev mødet aflyst. Af praktiske grunde fra kommunes side, er aftalen ikke blevet holdt optimalt og dermed har rekrutteringsprocessen været afbrudt. I stedet for aftalen vedrørende mødet, er der aftalt, at kommunen skulle sende infobrevet til forældrene via mail, som har resulteret i, at gruppens medlemmer ikke har fået tilbagemelding fra forældrene. Derfor har gruppen valgt en *proaktiv metode* til rekruttering af respondenter, hvor et gruppemedlem valgte at stå foran elevatoren efter sidste evalueringsmøde hos Vanebryderne og tilbyde forældrene frivillig deltagelse i undersøgelsen. Dette har resulteret i to respondenter, hvor den ene respondent har valgt at sige fra i sidste øjeblik inden interviewet. Den proaktive metode kan i nogle tilfælde være relevant, da det ikke altid er muligt at nå ud til alle målgrupper. Dog er det vigtigt at understrege, at deltagelse i undersøgelsen er frivilligt og at respondenten altid kan trække sig tilbage.

Da rekrutteringsprocessen er gået langsomt i Aalborg, har et gruppemedlem været nødt til at rejse til Sjælland (Vestegnen) og benytte netværket til rekrutteringsprocessen. Via hjælp af netværket rekruttereres en respondent fra Aalborg og tre respondenter fra Sjælland, henholdsvis Ishøj og Vallensbæk. Respondenterne er blevet kontaktet telefonisk og dermed blev der udarbejdet aftaler. I alt er der blevet rekrutteret seks respondenter, der repræsenterer de forskellige udvælgelseskriterier og dermed sikrer en diversitet. Respondenternes baggrundoplysninger og karakteristika er uddybet

nærmere i analysen (jf. kapitel 7, *Analyse og diskussion*). Der er angivet fiktive navne til alle respondenter og deres børn for at gøre analysen mere personligt samtidig med at bevare anonymitet.

Hele rekrutteringsprocessen har været udfordrende og lærerigt for gruppen. Det har især været udfordrende at rekruttere forældre med korte uddannelser og forældre til børn med overvægt. Undersøgelser viser, at borgere med kortuddannelsesgang generelt har en lavere deltagelsesprocent i samtlige undersøgelser (Illemann Christensen 2014, Illemann Christensen 2014). Desuden kan emnet børneovervægt være et følsomt emne eller tabu for nogle forældre, hvor de ikke ønsker at udtale sig om det.

6.5.1 Gennemførelsesfasen

Før interviewet er der blevet aftalt, at et gruppemedlem skulle være hovedansvarlig for interviewet og en skulle indtræde som suppleant, hvis det blev nødvendigt. Det har ikke været muligt i alle seks interviews, at begge gruppemedlemmer kunne være tilstede, idet nogle af interviews foregik i andre dele af landet, hvor gruppen blev nødt til at lave opgavedeling. En suppleant kan være nødvendigt, fordi intervieweren kan have tendens til at glemme eller ikke spørge uddybende spørgsmål, hvor suppleanten får en vigtig rolle. Suppleanten er blevet udnyttet i de tilfælde, hvor begge gruppemedlemmer har været til stede i interviewsituationen. Dette har gavnet undersøgelsen, idet en suppleant anses som en ekstra støtte. De tilfælde, hvor der ikke har været suppleant, har intervieweren haft en vigtig rolle i forhold til at være ekstra opmærksom på at få spurgt uddybende til temaerne. To ud af de seks interviews er blevet udført med en interviewer og en suppleant.

De semistrukturerede interviews har fundet sted i de omgivelser efter respondenternes ønsker. To af respondenterne har ønsket at komme på Universitetet for at gennemføre interviewet, hvor de resterende interviews er foregået hjemme hos respondenterne. For at undgå forstyrrelser eller afbrydelser under interviewet, er interviewene blevet foretaget i rolige omgivelser med henblik på at etablere en god dialog med respondenten. Det er tilstræbt, at børn ikke skulle være tilstede til selve interviewet, da det vil påvirke forældrenes svar og ligeledes vil det ikke være etisk forsvarligt. Desuden har der kun været den ene forælder (hovedindkøber), som har været tilstede til interviewet i alle tilfælde.

Hvert interview er blevet gennemført ud fra interviewguiden, som består af tre faser; den indledende fase, hovedfasen og den afsluttende fase. Formålet med den indledende fase var, at informere respondenten om formålet med interviewet, hvilken baggrund interviewer har, hvilke emner det vil blive berørt i interviewet, samtykkeerklæring, anonymitet, tavshedspligt og tidrammen for

forskningsinterviewet. Dette for at overholde de etiske retningslinjer (de fire etiske tommelfingerregler; informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerrollen) for kvalitativ undersøgelse (se bilag 8 for samtykkeerklæring) samt for at skabe tillid og kontakt til respondenten og dermed sikre at respondenten føler sig tryg, som har en betydning for respondentens udtalelser omkring erfaringer og oplevelser af børneovervægt (Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011). Der har været mange overvejelser omkring, hvor meget information der skulle gives til respondenten inden interviewet i forhold til undersøgelsens formål, da konsekvensen kan være i form af påvirkning af respondentens udsagn. Derfor er formålet med undersøgelsen defineret overordnet, hvor især ordet børneovervægt er blevet præsenteret som et emne og ikke som en problematik.

Efter den indledende fase tændes diktafonen, hvor selve interviewet påbegyndes. En af respondenterne er blevet påvirket af diktafonen, og kunne ikke udtrykke sine holdninger og følelser optimalt. Dette har påvirket interviewsituationen, som er kommet til udtryk ved respondentens svar, hvor respondenten har valgt at svare kort på de fleste spørgsmål. Denne situation har krævet, at intervieweren som ekspert, skulle skabe en tryg og tillidsfuld atmosfære samt at acceptere og imødekomme respondentens situation. Intervieweren valgte at stille åbne spørgsmål indenfor temaerne for at give respondenten mulighed for at fortælle om de oplevelser hun gerne vil dele i situationen. Yderligere er der blevet gjort klart for respondenten, at hendes deltagelse er frivilligt og hun til enhver tid kan trække sig tilbage, men respondenten har valgt at fortsætte med interviewet.

Den næste fase er hovedfasen, hvor der er blevet stillet konkrete spørgsmål for at få forældrenes holdninger og syn på de forskellige temaer og dermed besvare specialet problemformulering og underspørgsmål. Under interviewet har intervieweren haft en styrende rolle og var bevidst om magtrelationen mellem interviewer og respondent, da interviewforskning er præget af en asymmetrisk magtrelation, hvor intervieweren afgør hvad interviewet skal omhandle og hvordan det skal afsluttes (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009, Brinkmann, Svend., Tanggaard, Lene 2010). Intervieweren har haft en styrende rolle i forhold til respondenter, som havde det svært ved at udtrykke sig eller give dybdegående besvarelse, hvor intervieweren styrede interviewsituationen. Det har især været respondenter med kort uddannelse, som ikke har givet dybdegående besvarelser af temaerne. Dette kan skyldes manglende viden eller kompetencer indenfor de valgte temaer som sundhed og sund livsstil. Selvom intervieweren har været styrende, har respondenten haft mulighed for at komme med yderligere tilføjelser i forhold til emnet, hvis dette er blevet oplagt.

Den sidste fase er den afsluttende fase, hvor interviewet afsluttes med opsamlende og refleksive spørgsmål for at give respondenten mulighed for at tilføje andre bemærkninger (Launsø, Laila., Rieper,

Olaf., Olsen, Leif, 2011). Her anvendes opsamlende og refleksive spørgsmål for at skabe rum for respondentens yderligere tilføjelser til interviewet, samt at give interviewer mulighed for afklarende spørgsmål. Respondenten har været informeret om opfølgning på interview, hvor respondenten kan få tilsendt kopi af specialet. Hvis respondenten ønsker det, tilsendes det transskriberede interview før det bliver anvendt. Dette for at give respondenten mulighed for at trække sig fra, hvis vedkommende ikke ønsker at offentliggøre nogle udtalelser. Dette er ikke tilfældet i undersøgelsen. Alle interviews er afsluttet respektfuldt ved at takke for respondentens deltagelse.

6.5.1.1 Interviewerens rolle

Intervieweren har en afgørende rolle for kvaliteten af de gennemførte interviews, og derfor har intervieweren været bevidst om sin rolle som interviewer og forholdt sig indenfor de etiske retningslinjer (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009) Intervieweren, herunder gruppemedlemmer anses som det vigtigste redskab til indhentning af viden fra forældrene. For at indhente viden fra forældrene har det været vigtigt, at etablere en atmosfære, hvor forældrene kunne føle sig tilpas til at kunne snakke åbent om deres følelser og oplevelser (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Gennem hele processen er der blevet overvejet om deltagelse af interviewet som forældre kunne udløse konsekvenser i form af en oplevelse af stigmatisering ved besvarelse af de forskellige temaer. Da børneovervægt er et sart emne har intervieweren været meget opmærksom på sin forforståelse, fordomme samt formuleringen af de forskellige spørgsmål under interviewet, således at det ikke præger forældrenes svar samt skabe et negativt atmosfære (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Intervieweren har været bevidst om ikke at overskride de forskellige forældres grænser, ved at ikke stille uddybende spørgsmål eller åbne op for emner, som forældrene ikke havde lyst til at tale om. Det har været udfordrende at snakke om børneovervægt, og hvordan forældrene vurderer deres barns vægt, da det er et sart område for fleste forældre, og især for forældre til børn med overvægt. Forældrene har generelt været åbent omkring alle temaerne, hvor interaktionen mellem interviewer og forældrene er oplevet positivt. Dette kan argumenteres ud fra forældrenes udsagn, hvor forældrene har haft fri rum til at udtrykke sig indenfor de valgte temaer. Intervieweren har benyttet sig en kropslig og emotionel erkendelsesform for at få adgang til forældrenes livsverden ved at respektere, anerkende og tilgodese respondentens behov. Yderligere har intervieweren prøvet at skabe god kontakt ved, at lytte opmærksomt, vise interesse og forståelse for, hvad forældrene har sagt.

6.6.1 Analysefasen

Formålet med de kvalitative interviews er, at beskrive og tolke de forskellige temaer i forældrenes livsverden. I dette afsnit inddrages analysetrin, herunder den skriftlig transskription, hvor den

mundtlige interaktion mellem interviewer og forældrene oversættes til skriftligt produkt. Den transskriberede tekst analyseres af intervieweren, hvor materialet oversættes til et læsbart produkt (Brinkmann, Svend., Tanggaard, Lene 2010). De forskellige analysetrin i processen vil følgende blive behandlet.

6.6.1.1 Transskribering

Alle interviews er blevet optaget på lydbånd og transskriberet ud fra retningslinjerne for anvendt transskriberingsmetode (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Det er valgt at transskribere ordret med undtagelse af pauser, gestus og talelyde, såsom "øh" og "hm", da dette ikke har en indvirkning for analysen (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Det enkelte interview transskriberes af et enkelt gruppemedlem for at sikre den samme skriveprocedure. Efter transskriptionen foretages der et kontrol af det andet gruppemedlems transskriptioner ved gennemlæsning og afspilning af lydfilerne med henblik på at opnå validitet (Brinkmann, Svend., Tanggaard, Lene 2010). Som tidligere nævnt, har forældrenes og børnenes navne er blevet ændret i transskriberingerne af etiske grunde samt sikring af anonymitet blandt respondenterne (Brinkmann, Svend., Tanggaard, Lene 2010). Transskriptionerne er vedlagt som bilag 9.

6.6.1.2 Analyse

Analysestrategien der benyttes i forbindelse med interviewresultaterne, er inspireret af den fænomenologiske tilgang (Brinkmann, Svend., Tanggaard, Lene 2010). Denne tilgang er baseret på at forstå sociale fænomener ud fra forældrenes perspektiver og beskrivelse af deres oplevelser af den verden, som den opleves af dem. Dette er på baggrund af sandheden er den, som det enkelte forældre opfatter, hvorfor synet på sund livsstil og børneovervægt er subjektiv og opfattes på forskellige former (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009).

I analysedelen er der anvendt meningskondensering som fremgangsmetode, hvor forældrenes udsagn, gives i en kortere formulering (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). Meningskondensering inddeles i fire trin; *helhedsindtryk, meningsenheder, temaer* og *sammenfatning* (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009).

Først begyndes der med at etablere helhedsindtryk, hvor gruppemedlemmerne bliver kendt med transskriptionsfilerne. I denne fase har gruppemedlemmerne arbejdet individuelt, hvor der er blevet læst og hørt interviewene igennem. Transskriptionsfilerne af interviewene er blevet bearbejdet grundigt, hvor der er blevet tilstræbt at sætte forforståelsen og den teoretiske forståelsesramme i parentes (Brinkmann, Svend., Tanggaard, Lene 2010).

Derefter identificeres meningsenheder, hvor interviewresultaterne kodes i kategorier, hvorved meningskondensering opstår. Dette gøres for at skabe et overblik og sortering af materialet efter meningsenhederne. Hvert gruppemedlem har i første omgang udarbejdet meningsenheder hver for sig og dernæst lavet en sammenfatning. Dette blev gjort for at opnå flere perspektiver, som kan være relevant i forhold til specialets problemformulering. Meningsenhederne i transskriptionsfilerne er blandt andet *definition af sundhed, netværkets betydning i forhold til kost og motion, børns spisevaner, rollemodel* med mere. De forskellige meningsenheder og kodninger kan ses under bilag 10, hvor der er udarbejdet en matrice.

Efter gennembearbejdning af meningsenheder af interviewmaterialet identificeres relevante hovedtemaer, hvor specialets teoretiske forståelsesramme får en styrende rolle. De udvalgte temaer på baggrund af Bourdieus teori og problemformulering lyder således; *kulturel kapital, social kapital, økonomiske kapital, habitus/forældrenes rolle, symbolsk vold, felt, barrierer* samt *forandringspotentialet.* Det sidste trin er sammenfatning, hvor transskriptionsfilerne rekontekstualiseres ved at sammenfatte alle hovedtemaer og meningsenheder, og alle udtalelser bliver dokumenteret med citationer, som ses i resultats afsnittet.

Kapitel 7. Analyse og diskussion

I det følgende kapitel analyseres og diskuteres de forskellige temaer og meningsbærende enheder, der er blevet identificeret gennem benyttelse af Kvale's analyseredskab, meningskondensering (Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009). *Først præsenteres baggrundoplysninger og personkarakteristik af de seks respondenter for at give nødvendige oplysninger omkring diversiteten mellem respondenterne i forhold til at kunne sammenligne mellem kapitalernes betydning for sund livsstil og børneovervægt. Resultaterne præsenteres i væsentlige temaer for det nærværende speciales problemstilling. De otte overordnede temaer, som er identificeret ved teori og fra kodning af interviewene, danner grundlag for afsnittets overskrifter. Temaerne lyder således: kulturel kapital, social kapital, økonomisk kapital, habitus/forældrenes rolle, symbolsk vold, felt, barrierer samt forandringspotentialet. Temaerne præsenteres i nævnte kronologi og det enkelte tema analyseres ud fra en fænomenologisk tilgang. Afsnittene har en opsamling, hvor respondenternes udtalelser analyseres og tolkes ud fra specialets teoretiske forståelsesramme og litteraturstudiet. Dette er med til at skelne mellem respondenternes selvforståelse og gruppemedlemmernes fortolkning.*

7.1 Baggrundsoplysninger og personkarakteristik

I dette afsnit præsenteres de seks respondenter for at give et indblik i respondenternes baggrundsoplysninger og personkarakteristik. Tabel 6 indeholder en oversigt over alle respondenter og deres karakteristika, hvor de vigtigste baggrundsoplysninger er beskrevet.

Hovedindkøberen	Alder	Civil status	Oprindelse	Bopæl	Uddannelses-baggrund	Beskæftigelse	Barnets alder	Barnets køn	Barnets klassetrin	Barnets BMI status
(1) Annika	37 år	Enlig	Danmark	Aalborg kommune	Kort uddannelse	Arbejdsløs	7 år	Pige	0. klasse	Høj
(2) Bente	30 år	Enlig	Danmark	Vallensbæk kommune	Ufaglært	Arbejdsløs	6 år	Dreng	0. klasse	Høj
(3) Rebecca	37 år	Samlevende	Danmark	Aalborg kommune	Lang videregående uddannelse	Studerende	7 år	Dreng	0. klasse	Normal
(4) Cecilie	26 år	Samlevende	Danmark	Ishøj kommune	Mellemlang videregående uddannelse	I beskæftigelse	6 år	Pige	0. klasse	Høj
(5) Dina	41 år	Samlevende	Danmark/Tyrkiet	Ishøj kommune	Ufaglært	Arbejdsløs	5 år	Dreng	0. klasse	Høj
(6) Lene	41 år	Samlevende	Danmark	Aalborg kommune	Lang videregående uddannelse	Studerende	7 år	Pige	1. klasse	Normal

Tabel 6. Oversigt over respondenter og deres karakteristika.

Annika

Annika er 37 år og er enlig mor. Hun er uddannet lægesekretær men er på nuværende tidspunkt arbejdsløs. Hun har en datter på 7 år, som går i 0. klasse. Hun deler datteren Melissa sammen med faderen, hvor de har Melissa en uge ad gangen. Annika og hendes eksmand har lavet regler vedrørende Melissas spisevaner, så hun nogen lunde får det samme mad begge steder. Annika og Melissa har været med i projektet "Vanebryderne", hvor de har deltaget i en 3 måneders forløb, som har fokus på at understøtte børn og unge i vægtstabilisering eller vægttab. Melissa har vægtproblemer, som skyldes mængden af den mad hun indtager. Annika og Melissa har været glade for forløbet, hvor Melissa har tabt et kilo og har fået 2 kilo muskler samt vokset 3 centimeter.

Bente

Bente er 30 år og bor alene sammen med sin søn Rasmus på 6 år, som går i 0. klasse. Bente er enlig mor til Rasmus, hvor Rasmus ser sin far hver anden weekend. Bente er ufaglært, og har intet arbejde i nuværende situation. Hun er på kontant hjælp. Rasmus`s læge har i samarbejde med sundhedsplejersken vurderet, at Ramus er overvægtig, men Bente er ikke enig med lægen og sundhedsplejersken. Selvom Rasmus løber lidt langsommere end hans venner, synes Bente ikke at det generer dem. Hun er glad for Rasmus`s nuværende tilstand og vurderer ikke at der er behov for en indsats. Hun mener dog, at skolen skal tage mere ansvar og systemet skal støtte dem i stedet for at overlade dem til sig selv, når der er tale om sund livsstil.

Rebecca

Rebecca er 37 år gift med Jørgen, og de har tilsammen to børn. Christian på 7 år går i 0. klasse og er en lang og tynd dreng. Mia er 5 år og går i børnehave. Rebecca er uddannet jordemoder og læser nu videre til kandidat i Folkesundhedsvidenskab. Jørgen er 42 år gammel og arbejder som IT konsulent. Hans arbejdsplads er i København og derfor er det primært Rebecca, som står for indkøb og madlavning derhjemme. Rebecca synes ikke at der er meget fokus på børneovervægt, men ønsker at få mere viden i forhold til problematikken, idet hun mener, at vi har et socialt ansvar overfor hinanden. Yderligere mener Rebecca, at tidlig indsats er nødvendigt for at ændre på vanerne.

Cecilie

Cecilie er 26 år og er mor til to piger, hvor den ene er 2 år og den anden 6 år. Hun er gift med Martin, som er uddannet pædagog. Cecilie er også uddannet pædagog og arbejder nu på en privat skole, hvor Susan på 6 år også går der. Cecilie foretrækker at handle ind når hun er alene, og det er hende som primært står for madlavning derhjemme. Cecilie er meget inspireret af sin egen mor i forhold til indkøb og madlavning, hvor hun mener, at det er meget svært at ændre på madkulturen og vanerne derhjemme. Hun ønsker, at Susan taber sig, idet hun synes at hun bliver stigmatiseres fra omgivelserne, som får hende til at føle som en dårlig mor. I familien har de kroniske sygdomme, som får Cecilie til at blive mere bekymret for Susans vægt. Cecilie prøver at holde Susan væk fra usunde kost vaner, men hun synes det er svært, når netværket ikke støtter op omkring det. Cecilie mener at dette bør gøres i fælleskab, da både forældre, netværket og skolen har et ansvar overfor børn.

Dina

Dina er 41 år gammel og er gift med Henrik, som er forretningsmand. Dina har taget HF og er ufaglært. Hun er hjemmegående husmor og har 5 børn i alderen 22, 20, 12, 10 og Nicklas på 5 år. Dina er født og opvokset i Danmark, men har rødder fra Tyrkiet. Ud fra Danmarks Statistik fremgår Dina som etnisk dansk, men alligevel har Dina kulturelt baseret habitus, hvor familiens spisevaner er præget af den tyrkiske kultur. Dina har selv haft vægt problemer, hvor hun blev nødt til at tabe sig på grund af andre sygdomme. Rune på 12 år har også vægtproblemer, hvor han er under opsyn. Han har været gennem "Puls" projekt i Vesterbro, hvor familien har haft gavn af indsatsen, men afstanden fra hjemmet til Vesterbro, gør det vanskeligt for familien, at Rune kan deltage hver gang. Indsatsen retter sig imod børn mellem 8-13 år, der går Børnevægtcentret i Københavns kommune, hvor der tilbydes deltagelse på motionsholdet, Puls, der trænes i DGI-byen (Børnevægtcentret 2015). Nicklas går i 0. klasse og er vurderet som overvægtig af sundhedsplejersken. Nicklas er meget glad for at spise, og især usundt

kost. Han er en dreng som godt kan lide at få sin vilje, mener moren. Dina understreger flere gange at forældrene har den primære rolle i forhold til børnenes livsstil, idet børn får det som der bliver serveret for dem. Hun vil gerne informeres nærmere om de tilbud der er indenfor motionsaktiviteter for børnene, hvor hun ønsker skolens støtte.

Lene

Lene er 41 år gammel og læser til kandidat i pædagogisk psykologi i Århus. Hun er desuden uddannet lærer og interesserer sig rigtig meget for børns sundhed og trivsel. På nuværende tidspunkt arbejder hun ikke. Lene er gift og har 3 børn på 12, 11 og 7 år. Marcus på 7 år går i 1. klasse og har ingen vægtproblemer. Hjemme hos Lene går de meget op i sundhed, hvor hele familien inddrages når der skal laves mad, men det er primært Lene som står for dagligvareindkøb. Lene mener ikke, at der er meget fokus på børneovervægt, men dette er relevant, idet flere børn og unge bliver overvægtige. Hun udtrykker yderligere at tidlig indsats kan være en løsningsmulighed, da man allerede i de små klassetrin kan se, hvad børnene har med i madpakken. Lene mener at børns spisevaner påvirker deres adfærd i skolen og dette skyldes forælderens manglende viden i forhold til betydningen af den indtagne kost. Derfor synes hun, at det er relevant at undervise forældre i sund livsstil på skoler og børnehaver.

7.2 Kulturel kapital

I dette tema fremkommer forældrenes kulturelle kapital i relation til sundhed via værdier, vaner og præferencer. I det følgende inddrages, hvordan de forskellige forældretyper anvender erfaringer og kompetencer fra deres uddannelse og arbejde i forhold til sundhed. Temaet er underinddelt i undertemaer blandt andet med henblik på forældrenes holdninger om sundhed. Inddelingen er følgende: *"definition af sundhed", "viden i forhold til sundhedseksperternes anbefalinger"* samt *"viden om sundhed".*

"Definition af sundhed"

Dette undertema bidrager til forståelse af de forskellige forældres opfattelse af sundhed. Forældrenes beskrivelse anses relevant, idet den kan give indsigt i forskellige opfattelser af sundhed alt efter hvilken mængde af kulturel kapital de besidder. Alle respondenter har en subjektiv definition af sundhed, som er delvist inspireret af den fundamentalistiske opfattelse af sundhed. Lene som er kandidatstuderende udtrykker sundhed således:

"jamen så tænker jeg på, altså fysisk sundhed med kost og motion, jeg tænker også psykisk sundhed med trivsel altså skoletrivsel man har det godt med sig selv. Det er sundhed for mig".

Rebecca, som også er kandidatstuderende har det samme synspunkt og uddyber ydermere, hvor hendes opfattelse af sundhed bygger på trivsel, kost, motion og at have et godt og glad liv med sunde vaner, og at man har det socialt godt. Rebecca mener ligeledes, at der også er plads til lidt alkohol, kage og slik med forbehold. Dette kommer til kende ved nedenstående citat;

"Jeg tænker rigtig meget, når jeg tænker sundhed. I forhold til mine børn tænker jeg på deres fremtid. Jeg tænker blandt andet deres kost, deres motions vaner, Ipad vaner for eksempel, hvordan de trives i skolen, den generelle trivsel også om de også socialt har det godt, så det er også en del af sundhed. Og generelt sundhed for mig selv, der er sundhed, det er, det er noget med et godt liv, et glad liv, et liv med udfordringer, sunde vaner i form af man får sig rørt og man spiser sundt, men man er ikke, hvad hedder det, ekstrem. Man er ikke afholdende over for alkohol, kage eller slik. Det må der godt være en del af det, men man skal indtage normale sunde madvarer, varieret blandet kost og så skal man bevæge sig dagligt og være en god rollemodel for sine børn".

Bente, som er enlig og er udenfor arbejdsmarkedet udtrykker derimod, at hendes definition bygger på sundhedsmyndighedernes definition af sundhed, og at det ikke er hendes subjektive opfattelse af sundhed. Dette kommer til udtryk således;

"Det er at spise varieret kost og dyrke motion. Jeg tror, det er det danske samfunds definition af sundhed. Jeg tænker, at man sagtens kan være sundt uden at dyrke motion hverdag. Vi lever for eksempel sundt derhjemme".

Bente udtrykker, at sundhed ikke er nødvendigvis er at dyrke motion hverdag og opfatter sig værende sund uden at dyrke det.

Cecilie er lidt usikker på, hvordan hun skal definere sundhed, men udtrykker således;

"Det ved jeg ikke. Det er ikke fordi at jeg kommer i tanke om så meget, men bare generelt at være sundt, det er nok indtagelse af mindre sukker og spise varieret. Det er i hvert fald det, som er sundt for mig".

Dette udsagn tyder på, at Cecilie ikke har en klar holdning om sundhed, men forestiller sig, at det omhandler mindre sukker og varieret kost.

"Viden om sundhed"

I forbindelse med viden om sundhed, er der forskellige holdninger blandt respondenterne. I tråd hermed fortæller Lene, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger er lidt forældede og at de ikke tilstrækkelig dækker hendes behov om at søge viden om sundhed;

> *"ja tænker de er lidt forældede i forhold til hvad man ved om altså for eksempel om kulhydraters betydning for vores sundhed. Der er meget næring i kulhydrater, som man egentlig har brug for. Så jeg tænker at man måske skulle oplyse noget mere om det, der er også masser af andre undersøgelser som viser, at man ikke behøver at drikke mælk for eksempel og at man ikke behøver kulhydrater men man skal spise flere grøntsager og mere protein. Så jeg synes ikke de er ikke nogle jeg lægger mig op af på den måde. Men med hensyn til grøntsager så tænker jeg det er fint nok og have rette snor for det også i forhold til deres råd om at man jeg tror det man skal være aktiv i 30 min om dagen eller sådan noget børn skal være i hvert fald, ikke. Det tænker jeg er fint nok. Men jeg er kritisk".*

Hun tilføjer dog;

> *"det har det nok kun i forhold til motion til råd til de der råd der er i forhold til motion. For det ved jeg ikke så meget om. Jeg ved meget om kost, men jeg ved ikke så meget om, hvor meget motion skal man egentlig have om ugen. Der tænker jeg, det lyder meget fornuftigt en halv time om dagen, hvor man får pulsen op, ikke. Også da jeg havde småbørn, altså når man er nybagt mor og man har småbørn, så lytter man også til eksperternes anbefalinger, fordi man ikke ved bedre selv. (...)".*

Lene oplever således, som den eneste af respondenterne, at anbefalingerne af sundhedsmyndighederne opfylder ikke hendes behov for uddybende information på nuværende tidspunkt i hendes liv. Da Lene var nybagt mor, kunne hun få mere gavn af anbefalinger, men aktuelt bruger hun kun anbefalingerne om motion i hendes liv.

Rebecca udtrykker, at viden om sundhed findes mange steder, hvor man nemt kan få information omkring;

"Så er det at læse i Fit living for eksempel. Så er det kogebøger for eksempel. Følge med i nyhederne, læse avisen i forhold til hvad der er af nye ting".

Cecilie mener derimod, at hun ikke ved nok om sundhed, og hun lever efter de spisevaner, som hun har lært i familien;

"Nej, det synes jeg ikke. Jeg ved det basale. Jeg tror, at det er meget kulturelt baseret hvad man spiser, og det er meget svært at lave om på sine vaner fordi det er en vanesag og komme af med, den måde man tilbereder maden på eller opbevarer maden på. Så det er hvordan man har set derhjemme, hvordan det bliver gjort derhjemme".

Annika beskriver i relation hertil, at hun synes der er mange informationer om sundhed, men det er svært for hende at handle på de informationer hun modtager;

"(...) det synes jeg er svært altså. Det er meget noget jeg selv skal tage mig sammen til, ikke også. For jeg tænker, at der er masser af muligheder for madplaner og alt på nettet, ikke også. Som du kan gå ind og. Men det kræver også at man søger informationen eller bruger redskaberne, på den måde, ikke" .

7.2.1 Opsamling på kulturel kapital

Ud fra analysen kan det tolkes, at respondenterne har forskellige mængder af kulturel kapital, som resulterer forskellige opfattelser og tilgange til at forstå sundhed på. Ifølge Wacherhausens sundhedsbegreb udtrykker Bente hendes subjektive forståelse af sundhed, som værende et godt liv uden motion, der giver hende livskvalitet og mening med livet. Denne definition af sundhed kan tolkes, at Bente har en begrænset mængde af kulturel kapital, som blandt andet eksisterer i kraft med manglende beskæftigelse samt uddannelse. Derfor har Bente ikke en vane om at undersøge, vurdere og anvende oplysninger om sundhed fra sundhedseksperterne eller fra kilder (Bourdieu, Wacquant 1996).

Rebeccas sundhedsopfattelse kan tolkes som det åbne sundhedsbegreb, hvor hun både er glad for kost og motion, men samtidig finder sundhed og livsglæde ved at give plads til indtagelse af slik og alkohol. Ifølge Bourdieu kan det tolkes, at Lene har høj mængde af kulturel kapital, da hun forholder sig kritisk til den information, hun modtager fra sundhedseksperterne. Gennem sin længerevarende uddannelse er hun blevet meget bevidst om at forholde sig kritisk, hvor hun mener nogle af informationer fra

Sundhedsstyrelsen er forældede og mangler nuancer. Det kan tolkes, at Lene har et mere sundhedsfundamentalistisk sundhedssyn, da hun prøver at leve af sund kost og dyrke motion, og hun finder samtidig værdifuldt at opsøge viden og få kompetencer indenfor sundhed samt prøver at hjælpe sine børn til at leve sundt (Wackerhausen 1994). Lene tænker meget på sundhed i hverdagen og træffer beslutninger, som er ifølge hende er sundhedsmæssigt forsvarligt. Dette tyder på, at hendes kandidatuddannelse gennem institutionaliserede kulturelle kapital, har givet hende anledning til at vurdere og anvende viden om sundhed. Dette kan tolkes at være et resultat af hendes sociale position og kapitalmængde (Bourdieu, Bennett 2010).

Cecilie oplever derimod usikkerhed omkring at definere sundhed og lever efter de vaner hun har sin egen familie, hvilket kan tolkes, at Cecilie ikke anvender sin uddannelse eller job i forbindelse med at indhente, forstå, vurdere og anvende sundhedsinformationer. Dette kan tolkes ud fra Bourdieu, at Cecilie i kraft af sin pædagoguddannelse ikke har så høj kulturel kapital på samme vis som Lene, da hun ikke er vant til at opsøge og vurdere samt være kritisk overfor viden om sundhed. Ud fra Bourdieus habitusbegreb, kan det tolkes som, at Cecilie ikke er motiveret til at undersøge viden om sundhed, som er et element, der er inkorporeret i Cecilies habitus og har betydning for, hvordan Cecilie iagttager sundhed. Ifølge Bourdieu kan det tolkes, at Annika gennem sin kort uddannelse ikke har tilstrækkelig mængde af kulturel kapital, da hun mener, at der er mange informationer om sundhed, som hun ikke kan handle på. Annika er ikke vant til at opsøge viden om sundhed og føler ikke, at hun har tilstrækkelige kompetencer til at handle på de sundhedsinformationer, der findes. Dette kan ifølge Bourdieus perspektiv anses som årsag til hendes sociale position, som er et resultat af Annikas korte uddannelse og arbejdsløshed, da Annika ikke kan anvende og forholde sig kritisk til at vurdere viden om sundhed (Bourdieu, Wacquant 1996, Larsen 2010).

7.3 Social kapital

Under dette tema belyses ud fra forældrenes oplevelser og holdninger, hvordan deres netværk (venner, familie, kollegaer og naboer), som er en del af deres sociale kapital, kan have en indvirkning på familiens kost og motionsvaner. Temaet, social kapital, er underinddelt i undertemaer, hvor inddelingen er som følger: *"Netværkets betydning i forhold til kost"*, *"netværkets betydning i forhold til motion"* samt *"familiemedlemmer (kerne familie)"*.

"Netværkets betydning i forhold til kost og motion"

Respondenterne præsenterer forskellige holdninger i forhold til, hvordan deres omgangskreds påvirker deres adfærd i forbindelse med kost og motion, hvilket giver indblik i både fordele og

ulemper ved netværket. Rebecca har en klar holdning om, at hendes valg af kost ikke bliver påvirket af netværket, men hun føler, at studiemiljøet har påvirket hendes livsstil;

> *"Nej, det lader jeg mig ikke genere af fordi hvis jeg har lyst til at gå ud på en cafe en aften og spise en stor fed burger med pomfritter og drikke et glas øl til, så gør jeg det fordi det er på en helt andet måde også noget sundhed fordi det giver noget glæde, det giver noget hygge, det giver noget samvær. (...). Men det er klart at jeg lader mig påvirke af, når jeg læser artikler i aviser, altså videnskabelige litteratur, hvad vi ellers bliver præsenteret på studiet. Det er også nogen ting, som jeg tager ind og lader mig påvirke af og tilrettelægge mit liv i den relation".*

Lene fortæller, at hun ofte diskuterer kosten med sin vennekreds, hvor de aftaler, hvad de skal spise sammen, når der skal bringes tid sammen;

> *"(...) Nogle af vores venner, som også har børn, så snakker vi også med hvad er sundt hvad er ikke sundt eller hvad skal vi spise når vi er sammen, så der er en balance. Sådan så der ikke er for meget usund til børnene (...)".*

Lene tilføjer også, at børnenes klassekammerater har en stor indflydelse på deltagelsen af de forskellige fritidsaktiviteter, hvor de også har tilbøjelighed til at motionere, hvis andre fra klassen gør det;

> *"Det kan jeg også se på skoler, at det smitter jo af om ens bedsteveninde går til et eller andet så skal jeg også prøve det her eller. Hvis bedstevennen går til fodbold, så går jeg også til fodbold".*

Størstedelen af respondenterne oplever, at deres netværk kan også være en hæmmende faktor for deres børns indtagelse af sund kost. Respondenterne føler, at deres omgangskreds gør vilkårene sværere for barnets sunde spisevaner. Dina beskriver i relation hertil, at hun synes vennekredsen kan servere noget usundt under besøget, hvor de lokker barnet til at spise det;

> *"(...) Og det samme også med netværket, fordi når man går over og besøger nogen andre, så er der altid noget usundt ting når man kommer og besøger dem. De siger "spis spis spis" ".*

Annika fortæller ligeledes, at bedsteforældrene og generelt resten af familien kan diskutere med hende omkring, at det er synd for Melissa (barnet), hvis de ikke giver hende is og slik;

> *"(...) det vi meget sådan har fokus på er også involvere resten af familien i det også. Altså fordi at, at det er da synd for hende for eksempel altså for Melissa, at det er synd for hende at hun ikke må få slik eller. Nej det er ikke synd for Melissa, for det er faktisk det bedste for hende. På den måde tænker jeg også, der ligger også sådan en samfundsting, at det der med at børn skal have, fordi det skal være godt for dem, så skal det have slik og is eller, og det, hvor jeg sådan tænker, nej det er ikke godt for hende. Det er det ikke".*

Cecilie deler også den holdning omkring, at resten af familien og vennekredsen har en stor betydning for barnets indtagelse af usunde spisevaner, hvor hun ikke kan forbyde barnet noget usundt, hvis de resterende spiser foran hende;

> *"Det er meget forskelligt. Det er hvad der er - hvem der er hjemme hos os, hvor vi er henne. Jeg er heller ikke sådan en type, hvor det er, at jeg skal holde hende for at spise noget, hvis der er 20 andre som spiser det. Så synes jeg det er - Det er noget som skal gøres i fællesskab, hvis man skal spise sundt, så hjælper det ikke at det kun er mig og min datter, som prøver at holde det, hvis alle andre i familien gør det så er det meget svært. Hun er trods selv kun 6 år, så de forstår ikke jo, hvad der er sundt".*

"Familiemedlemmer (kerne familie)"

I forbindelse med familiemedlemmernes indflydelse på sundhed, fortæller hovedparten, at kost og motion diskuteres meget i familien. I tråd hermed udtrykker Lene, at hendes mand påvirker kosten derhjemme;

> *"det er jo noget vi diskuterer og snakker om, hvordan kan vi, altså han er også med til at bestemme, hvad der skal købes ind og hvad vi skal spise og sådan noget. Han siger hele tiden vi skal have mere tobenet, så har han læst en artikel engang om vi spiste for meget firebenet rødt kød, så det er hans standard ben rammer, vi skal have noget mere tobenet, vi skal have noget mere fjerkræ noget and og kylling og. Jo det synes jeg også han er indeni de ting og bidrager med".*

Annika mener også, at hun diskuterer madpakker med sin eks mand, hvor de snakker indbyrdes omkring, hvad barnet må få i madpakke;

> *"ja, at så vi snakker meget madpakker, hvad vi putter i hendes madpakker sådan. Også god til at udveksle erfaringer med, nu er det lige det her hun synes er godt og. Og det er med vi har gode erfaringer med at hun spiser et eller andet. På den måde kan vi også sagtens".*

Dina, som også har et overvægtigt barn, diskuterer ligeledes kosten med sin mand, hvor de begge er med til bestemme, når barnet vil have noget usundt at spise;

> *"Altså det kan jeg godt nogen gange med min mand, fordi på grund af ham den lille er overvægtig, som jeg sagde jo fordi nogen gange så spiser han ikke ordentlig mad så vil han have noget usundt ting at spise. Så nogen gange kan vi godt diskutere med min mand".*

Rebecca oplever derimod uenighed med sin mand i forhold til køb af økologiske varer, da hendes mand er stærk modstander af økologi:

> *"(...) Jeg går mere op i det end min mand går op i det. Min mand er faktisk en stærk modstander af økologi, men man kan sige jeg handle ind. En gang i mellem kan han godt blive sendt til supermarkedet, hvis det er, så kan han godt med en indkøbsseddel, så klarer han den. Men når jeg handler, så køber jeg mere økologisk end han gør for eksempel, men vi er ikke konsekvente".*

7.3.1 Opsamling af social kapital

Efter analyse af de seks respondenters udtalelser omhandlende netværket, kan det ses, at der er forskellige holdninger omkring netværkets indflydelse på sundhed, kost og motion. Der opleves både muligheder og hæmninger ved sit netværk blandt respondenterne i forbindelse med sund livsstil. I forbindelse med indflydelse fra kernefamilien udtrykker alle respondenter, at de fungerer både som en ressource og begrænsning. Lenes mand er en ressource for kosten derhjemme, hvor han også har et mål omkring at indtage sund kost. Annika og Dina udtrykker, at de ligeledes diskuterer kosten med barnets far. Dina fortæller, at der kan være uenigheder omkring barnets kost, hvorimod Annika og hendes eks mand er relativ enige omkring, hvad barnet skal have i sin madpakke. Derudover udtrykker Rebecca, at hun oplever en begrænsning i form af køb af økologiske varer, da hendes mand er stærk modstander af økologiske produkter (Bourdieu, Wacquant 1996).

For Dina og Cecilie er netværket hæmmende faktor, når vennekredsen eller familiemedlemmerne serverer noget usund kost under besøget, hvor de får svært ved at sige fra. På den måde giver de udtryk for, at de ikke benytter af deres sociale kapital i form af deres netværk vedrørende kost og de udtrykker ligeledes, at netværket fungerer som en begrænsning end en ressource. Det kan muligvis tolkes, at deres netværk ikke besidder tilstrækkelig kulturel kapital, som de kan få nytte af. Ligeledes oplever Annika også, at hendes pårørende er en begrænsning for barnets indtag af sund kost, da eksempelvis bedsteforældrene og vennekredsen ønsker at give barnet noget usund kost. Således kan det tolkes, at Annikas social kapital er begrænset, idet hun ikke får støtte af hendes familie i forbindelse med at får barnet til at spise sundere (Bourdieu, Bennett 2010). I et studie fra Storbritannien, der havde til formål at undersøge synspunkter fra børn og familier, som har været en del af indsats mod overvægt, har påpeget lignende resultater i form af familiemedlemmernes manglende støtte omkring etablering af sund kost. De fleste forældre har ligeledes oplevet, at bedsteforældrene har været en hæmmende faktor, hvor de har insisteret at give barnet usund kost. De børn der tabte sig under indsatsen var en del af de familier, hvor hele familien har været involveret og var opmærksomme på barnets kostvaner (Twiddy et al. 2012)

Modsat Cecilie, Dina og Annika oplever Lene muligheden for netværkets indflydelse på hende som fordelagtigt. Lene fortæller eksempelvis, at hun diskuterer kosten sammen med netværket, hvor de blandt andet aftaler, hvad de skal spise sammen, som er sundhedsmæssigt forsvarligt både for dem og børnene. Dette tyder på, at Lene mobiliserer sit netværk og gør nytte af deres holdninger og kompetencer indenfor sundhed. På baggrund deraf besidder Lene udover høj mængde af kulturel kapital også en høj mængde social kapital. Det kan tolkes, at Lenes netværk også har en høj mængde af kulturel kapital, hvilket er en fordel for Lenes tilgang til sundhed (Bourdieu, Bennett 2010).

7.4 Økonomisk kapital

Dette tema bidrager til en forståelse af, hvordan forældrenes økonomiske ressourcer påvirker deres valg indenfor kost og motionsvaner. Temaet er underinddelt i undertemaer såsom*: ''Prisens betydning i forhold til spisevaner" og ''Prisens betydning i forhold til motionsvaner".*

"Prisens betydning i forhold til spisevaner"

Der er, blandt respondenterne, en vis enighed om, hvilken indflydelse pris har for deres valg af kost. Lene udtrykker, at sund kost er dyrt, fordi sund kost er ifølge hende økologisk, når der stilles spørgsmål omkring sunde varers bekostelighed. Dette kommer til udtryk i følgende citat;

"ja, det synes jeg. Fordi sundt for mig er også økologisk. Men kan sige hvis sundt bare var grøntsager og frugt, så kunne man sagtens leve billigt. Men fordi jeg forbinder de to ting, så er det dyrt. Det er nok den største post på os (…) Det er nok mad".

Annikas udsagn understøtter Lenes holdning, hvor hun mener, at hendes køb af kost er påvirket af prisen på økologiske varer. Hun udtrykker, at hun ville have købt flere økologiske varer, hvis hendes økonomi understøttede det:

"ja, prisen er også afgørende, det er den. Det har jeg heller ikke at gøre med. Der er ingen tvivl om jeg måske vil vælge lidt anderledes, hvis jeg havde lidt flere penge, altså jeg vil købe lidt flere økologi eksempelvis. hvis jeg havde lidt flere penge".

Cecilie tilføjer ligeledes, at økologiske grøntsager er dyrere, men hun vælger alligevel at købe økologiske æg og mælk, fordi det er ifølge hende en vane hun har fra sin egen mor;

"(…) Det er et svært spørgsmål, fordi hvis man skal gå op i økologi, så hænger det bare ikke sammen med ens økonomi, fordi det er lidt dyrere, men der er hellere ikke så meget pris forskel. Jeg tror bare at det er en vanesag. Mælk og æg det går jeg efter økologi. Det er måske fordi min mor gjorde det, men de andre varer er sådan lidt ligegyldigt, jeg tager det jeg ser (…)".

"Prisens betydning i forhold til motionsvaner"

I forbindelse med prisens indflydelse på motionsvaner, er der forskellige holdninger omkring dette. Rebecca mener, at prisen ikke har en betydning for udøvelse af motion, fordi efter hendes optik er den bedste motion at løbe en tur med børnene;

"nej, overhovedet ikke. Fordi for mig så er den allerbedste motion faktisk at løbe en tur. Også hvis jeg engang imellem har ungerne med, så kan de cykle, og det er simpelthen så hyggeligt. Og de sætter også pris på og være af sted, de har faktisk deres eget løbetøj fået for ganske nylig, fordi de gerne vil med. Så kan vi gå ned på stadion for eksempel , så fordi så kan vi løbe hver især vores eget tempo rundt på stadion".

Bente og Cecilie mener derimod, at økonomien har en betydelig rolle for udøvelse af motion. Bente udtrykker;

"Altså det kræver selvfølgelig at jeg har penge og råd til at betale til en fritidsaktivitet til Rasmus. Det er nok det, der bramser os".

Cecilies udsagn bidrager til dette synspunkt ved at hun udtrykker, at det koster mange penge for husstandens medlemmer at deltage i de forskellige fritidsaktiviteter, og denne omkostning forhindrer dem i at deltage i forskellige aktiviteter;

"Flere penge tak og det siger jeg fordi det er ikke fordi man ikke har overskud eller tid som forældre til at tage på fritidsaktiviteter, men årsbasis eller kvartaltsbasis så kan priserne går op pr. barn og hvis man tænker på at man har 2-3 børn, så er det 2.000-3.000 kr. udover årsbasis økonomisk. Det er kun en fritidsaktivitet, hvis du så skal også til noget andet ved siden af, så kan det hurtigt ryge op til flere tusind kroner. De kunne starte med at gøre tingene billigere, fritidsaktiviteterne".

Med udgangspunkt i ovenstående oplever de fleste respondenter, at prisen påvirker deres spise- og motionsvaner, da de udtrykker, at priserne er dyre for de forskellige fritidsaktiviteter og økologiske råvarer.

7.4.1 Opsamling af økonomisk kapital

I forbindelse med de seks respondenters udsagn, kan det ses, at der er forskellige holdninger omkring økonomiens indflydelse på spisevaner og motion. Der opleves både barrierer og muligheder ved respondenternes økonomiske kapital i relation til kost og motion. Alle respondenterne mener, at økologiske produkter er dyre, og at det ikke er altid muligt at købe økologisk. Både Cecilie og Annika mener, at økologiske varer skal hænge sammen med ens økonomi. Cecilie mener, at økologiske varer er dyrere, men hun mener også, at køb af kost hænger sammen med de indgroede vaner fra familien. Ud fra Bourdieus habitus begreb, kan det tolkes, at Cecilie ikke har motivationen til at købe alt økologisk, fordi hun ikke er vant til at gøre det (Larsen 2010).

Annika udtrykker, at prisen på økologiske varer afholder hende i at købe mere økologisk. Dette kan ifølge Bourdieu fortolkes som, at Annika ikke besidder tilstrækkelig mængde af økonomisk kapital, da hendes økonomiske tilstand er en begrænsning for hendes køb af sund kost, der er økologisk. Selvom Lene giver udtryk for, at økologiske produkter er dyre, giver hendes økonomiske kapital mulighed for at købe økologiske produkter. I forbindelse med motion, er der ligeledes forskellige holdninger

omkring prisens indflydelse på sportsaktiviteterne. Rebecca mener eksempelvis ikke, at motion kræver penge, da hun anser det bedste form for motion som at løbe en tur. Ud fra Bourdieu kan det tolkes, at Rebeccas høj mængde af kulturel kapital giver hende viden omkring, hvilke former for motion der findes, som ikke er økonomisk bekosteligt. Bente og Cecilie mener derimod, at motionen hænger sammen med økonomien. Begge respondenter føler sig begrænset i at tilmelde deres børn i forskellige fritidsaktiviteter, da de mener prisen for aktiviteterne er for høje. Således kan det tolkes, at Annikas og Bentes økonomiske kapital er begrænset, idet de ikke har økonomiske midler til at sende deres børn i de forskellige fritidsaktiviteter, hvor de kan motionere. På baggrund af dette kan det tolkes, at deres utilstrækkelig mængde af kulturel kapital, giver dem mangel på viden omkring motion, der ikke kræver økonomiske midler.

7.5 Habitus/forældrenes rolle

I det følgende tema belyses forældrenes subjektive handlinger, som er summen er de indgroede kropslige og kognitive dispositioner, som ligger til grund for forældrenes handlinger, meninger og valg indenfor kost, motion og sundhed (Prieur et al. 2006). Temaet er underinddelt i undertemaer blandt andet i forhold til forældrenes erfaringer og holdninger om børns sundhed. Inddelingen lyder således: *"Børns spisevaner", "Børns indflydelse på sundhed", "Vaner", "Rollemodel", "Ansvar", "Smag", "Dansk kultur"* samt *"Kompromis".*

"Børns spisevaner"

Respondenterne præsenterer forskellige erfaringer i forhold til børnenes spisevaner, hvilket giver indblik i familietyper, hvor der spises sundt og de familier, hvor der spises mindre sundt. Respondenterne beskriver dermed samlet ses et nuanceret billede af børns spisevaner. Rebecca fortæller i sin beskrivelse af børnenes kost, at de spiser sundt og varieret, og at appetitten skifter i forbindelse med dagene;

> *"De får så meget sundt i sig, så de har en, nogle dage er de bare mere sultne og andre dage er de knap så sultne. Så de spiser godt, de spiser sundt og varierer".*

Lene fortæller også, at det er vigtigt, at hendes børn spiser sundt og at hun ikke er tilfreds med skolens skolebod, hvor de sælger ifølge hende usund mad. Hun udtrykker ligeledes, at hun giver børnene tilladelse til, at de en gang om ugen kan købe noget fra skoleboden;

> *"(…) De har lige fået for et halvt år siden. Ikke en madordning men de har sådan en bod, hvor de køber pizza, snegl og pølsehorn og juice og boller og sådan noget. Men det er jo*

ikke sådan noget mad, hvor jeg sådan tænker de skal have hver dag. En gang om ugen kan de få lov til. De har også en salatbar men det er den samme og det samme og samme de kører der. En gang om ugen får de lov til at have sådan et madkort med og vælge det de gerne vil have".

Dinas udsagn skiller sig ud fra andre forældres erfaringer, hvor hun udtrykker, at der bliver serveret det som børnene kan lide uanset om det er sundt eller usundt;

"Altså det er også mere hvordan børnene kan lide det. Det er ikke det hele de spiser altså den lille er meget sart nogle gange. Han spiser ikke det hele. (...) Så det er mere efter, hvordan de spiser. Altså hvad de spiser".

"Børns indflydelse på sundhed"

Størstedelen af respondenterne mener, at børnene har indflydelse på deres tilgang til sundhed end tidligere, hvor de ikke havde børn. Rebecca mener, at hun har et stort ansvar overfor sine børn og at det er hendes opgave at lære dem, hvad der er sundt og hvad der ikke er sundt;

"Jeg tænker mere på det fordi jeg har børn end jeg ellers ville havde gjort. Jeg har altid tænk meget eller det har altid været en del af mit liv, det er at spise nogen lunde fornuftigt og motion har altid været en meget meget integreret del i mit liv. Så jeg har altid dyrket rigtig rigtig meget sport så på den både. Det er klart at fordi jeg har et ansvar for to små individer, så fylder det mere i min hverdag. Det er en sikring af, at jeg fremstår som en fornuftig rolle model ved at vise dem at det at røre sig, det giver glæde og at det at vise dem (...). Så snakker vi også om, når vi så en aften for eksempel har bestilt en pizza hos pizzamanden, så snakker vi om "det her er så i aften på grund af særlig hygge og det så er mere usundt og vi må gerne få sodavand i aften, men i morgen er det så grønne ærter og mælk, der er på bordet i stedet for".

Lene er enig med Rebecca, hvor hun udtrykker, at hun har med forældrerollen fået mere viden om sundhed og madlavning;

"Nu er jeg også i en alder, hvor man går op i mad, når man selv har børn. Så det er ikke noget, der skal overstås længere. Tror jeg. Jeg var nok ikke så oplyst og bevidst om det da jeg var yngre, der spiste jeg nærmest hvad som helst. Men når man bliver voksen og selv får børn. Så sætter man sig ind i det. Det starter allerede når man får en sundhedsplejerske på

besøg, som begynder at rådgive en om hvad der er godt for ens barn at spise. Også tænker man også over, hvad man selv spiser synes jeg. På en anden måde. Men jeg tror da også der er en bevidsthed om i dag i samfundet om kost og mad. Hvad det er vi hvad vi skal. Der er kostråd, og der er mad pyramider og der er kritik af mad pyramider og kostråd. Så man er nødt til at finde sin egen vej også tænker jeg, hvad det er man gerne vil".

Cecilie mener derimod, at hun var mere opmærksom på sundheden, da hun var gravid, men i dag er hun ikke ligeså opmærksom og føler ikke ansvar på samme måde som hun har gjort i graviditeten;

"Så tænker jeg bare - der jeg var gravid til mine piger så var jeg meget opmærksom på min sundhed. Det var ligesom om, nu var det mig der havde ansvaret for det her barn, sjovt nok er det stadig mig der har ansvaret for mine børn efter de er blevet født, men det er ikke det samme".

"Vaner"

Ud fra respondenternes holdninger har det vist sig, at forældrene har en stor betydning for deres indgroede vaner. Rebecca har en klar holdning omkring, at vanerne dannes i familien, hvor børnene tager til sig;

"vanerne kommer jo hjemmefra, ungerne kan jo ikke spise andet end det mad der bliver sæt på bordet. Og i den alder, så har de jo ikke ansvar for, hvad det er for noget mad, der kommer på bordet. Det ansvar må man slet ikke give dem i den alder. Så selvfølgelig er det simpelthen nødvendig at det er forældre, i virkeligheden er det forældrenes vaner der skal ændres på. Ja, og man skal også ændre på deres motionsmønstre, for igen de er det her rollemodeller, de er nødt til at vise barnet, jamen det er sjovt og bevæge sige, det er sjovt og komme ud og gå en tur, det er sjovt at cykle en tur. Og hvis de viser børnene det at, man kan have rigtig rigtig glæde ved det så smitter det jo af på dem. Så bliver det en naturlig ting, det bliver en naturlig ting at tage cyklen i stedet for bilen for eksempel".

Hovedparten af respondenterne mener, at det er svært at ændre vaner, som er tilegnet fra barndommen af. Dette gør det svært og ændre usunde vaner, når man først har vænnet sig til det. Eksempelvis udtrykker Annika;

"Jeg synes det der med bryde vanerne altså at man sådan, så kan man godt sige, nu gør vi det også gør man det et stykke tid også falder man egentlig i igen på et eller anden måde,

også er det nemt og blive der igen. Det er bare meget nemmere end det er og hive sig selv tilbage til det gamle igen".

Annika udtrykker, at hun finder ændring af vaner udfordrende, hvor man er tilbøjelig til at vende tilbage til gamle usunde vaner igen, hvis man har forsøgt at ændre dem. Annika er ydermere bevidst omkring, at det er den nemme løsning og falde tilbage til de gamle vaner igen.

Cecilie mener også, at det er svært at ændre de vaner, men har fået gennem familien, men hun ser et alternativ mulighed for at graduere ændringerne på en overskuelige måde;

> *"Som jeg sagde før kulturen og kulturarven og vores familiemønstre, hvordan tingene bliver gjort. Det har en stor betydning. Eksempelvis brød, det spiser vi rigtig meget i vores familie og det er lidt svært at afskaffe brødet lige med det samme, men det kan man gøre ved at ændre brødets indhold med hensyn til fra lyst til mørkt, kerne og så videre. Det går fremad, men det er noget som tager tid fordi vaner er ikke noget man lige kan ændre på bare sådan".*

Hun udtrykker, at indtag af brød er en indgroet vane, som familien har svært ved at afholde sig fra. Derfor mener hun, at de sagtens kan ændre vanen ved at spise brød med kerne frem for hvidt brød.

"Rollemodel"

Der er blandt respondenterne, en vis enighed om, at forældrene er en rollemodel for deres børn, hvor vanerne går i arv. Rebecca understreger, at forældrene er en rollemodel for deres børn og en sund livsstil blandt børn lykkedes i familier, som lever sund;

> *"jamen, der er forældrene jo rollemodel. Børn afspejler sig jo i deres forældre, så det forældrene gør, det er det børnene gør. Har man en sund livsstil som forældre, jamen så smitter det af på børnene, så ser man, at der kommer salat på bordet og grøntsager og man spiser frugt i stedet for at tage en pose vingummier, man er mere fysisk aktiv, man går en tur, det behøver ikke altid være hårdt motion, det kan være cykle en tur. Komme ud og få noget frisk luft. Forældrene har kæmpe ansvar, fordi man er bare rollemodel".*

Rebecca mener, at børn efterligner deres forældre, og hvis børnene oplever, at deres forældre spiser grøntsager og frugt i stedet for vingummier samt er fysisk aktive, så bliver det også naturligt for børnene at dyrke motion og spise sundt.

Lenes udsagn understøtter Rebeccas holdning, hvor hun også mener, at forældrene har en væsentlig rolle for indlæringen af, hvad der er sundt og hvad der ikke er sundt;

> *"ja, kæmpe stor rolle, og det kan godt være, at de fuldstændig ignorerer det, når de bliver større, men lige nu er de småbørn så det er mig der bestemmer hvad der bliver serveret og det er mig der bestemmer i store dele, hvad de får med på deres madpakke. De kan ikke få colaer og müslibar med for eksempel , det findes ikke hjemme ved os".*

Cecilie mener derimod, at hun ikke har tilstrækkelige motionsvaner, men er bevidst omkring, at hendes børn ser op til hendes adfærd. Hun tænker ligeledes, at fordi hun ikke gør det, vil børnene muligvis heller ikke vil dyrke motion;

> *"Jeg ved godt, at jeg er et forbillede for mine piger og når jeg ikke gør det så går det bare i arv, så gør det de heller ikke (…)".*

"Ansvar"

Alle respondenter har en enighed omkring, at forældrene har det primære ansvar for børnenes sundhed. Annika understreger eksempelvis, at det er hendes ansvar, at barnet spiser sundt;

> *"Altså, jeg har ansvar for mit barn spiser sundt til dagligt. Det er da ikke andre der har, tænker jeg ikke".*

Rebecca deler den samme holdning, hvor hun mener, at forældre har en forpligtelse i at opdrage børnene under sunde og fornuftige vilkår. Hun tilføjer ligeledes, at man ikke skal være for ekstrem i forbindelse med at fremme sundhed, men etablerer det på en måde, så børnene kan tilegne sig sunde vaner. Dette kommer til kende i det følgende citat;

> *"jamen, jeg synes forældrene har det primære ansvar, kort og godt. Det er dem der har sat børnene i verdenen, så skal de også tage ansvar for deres børn og der har man en forpligtelse synes jeg til at sørge for at ens børn vokser under nogle sunde og fornuftige vilkår. Men igen det må ikke blive ekstremt. Det skal simpelthen bare være helt almindeligt, ikke. Så alle kan være med".*

Lene mener også, at barnets spisevaner bliver påvirket af forældrene, da barnet bringer mest tid sammen med familien, men hun tilføjer også, at barnet også kan blive påvirket til at have sunde spisevaner allerede i børnehaven;

> *"ja, det er jo der de får de fleste, det er jo der er den største påvirkning og de fleste måltider, så selvfølgelig er det der man tilbringer flest timer, det er jo hjemme med sin mor og far. Så selvfølgelig er det der man skal starte. Men jeg mener godt man kan starte før det problem, altså forebyggende indsatser allerede i børnehaveregi".*

"Smag"

Nogle af respondenterne gav udtryk for, at smagen har en stor betydning for valg af kost. Annika mener, at hun foretrækker kost, som hun synes smager godt;

> *"(...) Men jeg kan generelt lide, når der er noget altså som har noget smag altså. På den måde (...)".*

Dette udsagn tyder på, at det er individuelt, hvorvidt en konkret kost smager godt. Ifølge Lenes optik smager kost godt, hvis det er økologisk, som er dyrket på en forsvarlig måde;

> *''(...) Først og fremmest køber vi økologiske varer. Så det er både smagen og sundheden. Så er der også noget i og bidrage, støtte de steder som dyrker deres varer på synes jeg forsvarlige og ordenlige måde. Så ja det lægger vi vægt på (..)".*

"Dansk kultur"

Flere af respondenterne angav, at den danske kultur er præget af usund kost, hvor hygge kombineres med noget der ikke er sundt. Annika udtrykker, at hygge forbindes med at spise noget;

> *"(..) så skal det være hyggeligt, altså det er også meget det altså. At man forbinder hygge med at putte noget i munden altså (..)".*

Lenes udsagn understøtter Annikas pointe om "hygge", hvor hun mener, at hygge og sundhed ikke hænger sammen indenfor dansk kultur;

"(...) altså hygge og sundhed hænger jo ikke altid så godt sammen med den danske kultur. Altså det skal jo helst være usundt sodavand og chips og kage og sådan noget og ikke så. Og de lærer de jo ret hurtigt altså (...)".

"Kompromis"

Hovedparten af respondenterne mener, at de nogle gange kommer til at gå på kompromis med deres regler, fordi barnet blandt andet ikke bliver mæt eller ikke vil motionere. Annika udtrykker eksempelvis, at hun føler sig i en svær situation, når barnet udtrykker, at hun ikke er mæt;

"(..) Og det er den der, synes jeg meget sådan som mor vil man også gerne have, at hun skal være mæt, ikke. At det sådan rammer sådan dyb følelse i på et eller andet måde, det der at hun siger jeg er sulten altså".

Dina, som også har et overvægtigt barn oplever den samme problematik, hvor hun i tider giver barnet tilladelse til at spise meget;

"Altså vi prøver at undgå at han får noget, men når han råber og skriger så får han sin vilje nogen gange".

I relation til motion, oplever Lene, at hun har svært ved at motivere sine børn til at dyrke motion, hvor hun har givet op med at overtale dem til at løbe en tur;

"(...) vi har prøvet at løbe en gang i sidste år, vi løb 5 km. Der gik lige et par uger, 3 uger måske, det var lige ved at lykkes, så er der en der fik en skade, min søn han faldt og slog sig, så gik det ikke så godt. Så men det var ikke sjovt, de synes ikke det var sjovt. De synes overhovedet ikke, det var sjovt. Også er det altså ikke sjovt og stå med tre unger der, nu skal i løbe hen til den næste lygtepæl, så. Så blev det sådan en dårlig oplevelse i stedet for".

7.5.1 Opsamling af habitus/forældrenes rolle

På baggrund af analyse af de seks respondenters udsagn omhandlende habitus, tyder det på, at ses forskelle i forældrenes handlinger og holdninger omkring kost, motion og sundhed. I kraft af respondenternes forskellige habitus har de forskellige tilgange til deres barns sundhed. Dette skaber enten muligheder eller begrænsninger i forbindelse med barnets spise- og motionsvaner. Hvis forældrene er vant til at spise sundt og dyrke motion, vil det medføre en positiv indvirkning på barnets

evne til at tilegne sig vaner i form af motion og sund kost. Derimod kan forældrenes usunde spisevaner og inaktivitet begrænse barnets indlæring og etablering af vaner indenfor motion og sund kost.

Ud fra Bourdieus habitusbegreb kan det ses, at Lene og Rebecca er en besiddelse af en habitus, der prioriterer, at indtages sund kost til dagligt (Prieur et al. 2006). Dette tyder på, at deres sociale position er afgørende for deres valg af livsstil med motion og sund kost, hvilket deres høje mængder af kapitaler medfører til, at de stræber efter de samme mål indenfor sundhed som i den sociale gruppe, de tilhører. Det kan tolkes, at deres klassebaserede habitus medfører til, at de prioriterer sund kost i familien (Bourdieu 1986). Dina prioriterer derimod at servere kost efter børnenes ønsker fremfor sund kost, hvilket afspejler hendes sociale position. Dette afspejler Dinas grund i skabelsen af habitus, da de vaner og præferencer, som er indlært i opvæksten i den sociale gruppe, som hun tilhører, finder naturligt at lave mad efter børnenes ønsker. Ud fra Bourdieu kan det tolkes, at Dina ikke er i besiddelse af sundhedskompetencer på baggrund af hendes begrænsede mængder af kapitaler og sociale position (Bourdieu, Wacquant 1996).

Alle respondenterne giver udtryk for, at vanerne dannes i familien. Ud fra respondenternes udtalelser kan det ses, at børn kan påvirke forældrenes habitus. Både Lene og Rebecca udtrykker, at de er blevet mere sundhedsbevidste efter de har fået børn. Dette kan tolkes ud fra Bourdieu, at deres høje mængder af kulturel kapital har givet dem viden og kompetencer til at indlære børnene sund kost og motion. Annika mener, at det er svært at ændre usunde vaner, når man først har vænnet sig til denne livsform. Ud fra Bourdieu, kan det fortolkes, at Annikas tidligere dannede vaner er afgørende for, hvorledes nye sunde vaner kan opfattes og tilpasses. Da Annikas habitus er udviklet i et tidligt stadie i barndommen, er det svært at ændre på det, idet hun har tilegnet sig en bestemt smag og præferencer, der bestemmer det gode og det rigtige valg af kost. Cecilie udtrykker også, at det er svært at ændre usunde vaner, men hun mener, at der kan laves en delvist ændring for eksempel ved at vælge kernebrød frem for hvidt brød. Dette kan ud fra Bourdieu tolkes, at Cecilie har gennem sin kulturelle kapital etableret viden omkring, hvordan der kan skabes en forandring i kostvaner.

Ud fra respondenternes udsagn kan det ses, at de alle sammen har en ansvarsfølelse overfor barnets kost- og motionsvaner. Rebecca og Lene påpeger blandt andet, at forældrene er en rollemodel for barnet. Ifølge Bourdieu kan det tolkes, at Rebecca og Lene tilhører samme position i det sociale rum, hvor de har tendens til at have samme mål i forbindelse med at lære barnet om at have en sund livsstil med sunde kost- og motionsvaner. Cecilie udtrykker ligeledes, at hendes adfærd har stor indflydelse for hendes børn, men hun har ikke tilstrækkelige kompetencer til at have etablere motionsvaner, der også vil som vil påvirke børnenes motionsvaner. Dette kan tolkes således, at der findes sammenhæng

mellem Cecilies begrænsede habitus og begrænsede kulturelle kapital, som blandt andet kommer til udtryk gennem manglende kompetencer om at forstå og anvende viden om sundhed (Bourdieu, Wacquant 1996).

Derudover kan det ud fra respondenternes udsagn ses, at forældrene har forskellige slags prioriteringer indenfor kost, som det finder velsmagende. Ifølge Bourdieu kan det tolkes, at respondenterne prioriterer forskellige slags kosttyper og har forskellige meninger om kosten på baggrund af deres forskellige mængder af kulturel, økonomisk og social kapital. Eksempelvis prioriterer Lene kost, der er økologisk og sundt, hvor Annika prioriterer kost, som er velsmagende ifølge hendes indgroede habitus. Ligeledes nævner både Annika og Lene, at den danske kultur har en stor indflydelse på deres habitus. Ifølge Annika og Lene baserer den danske kultur på usunde kostvaner, når der er tale om hygge. Ud fra Bourdieus perspektiv, er denne opfattelse af hygge indlært i opvæksten i det danske samfund, som har medført, at det er blandt danskere naturligt at indtage usunde kostvaner, når der er en festlig begivenhed. Lene har gennem høje kulturelle kapital ændret denne tankegang, hvor hun har tilegnet sig nogle kompetencer indenfor sund, som har påvirket hende til at prioritere sund kost fremfor usund kost.

Desuden mener hovedparten af respondenterne, at de kan komme til at gå på kompromis med deres rutiner, hvis barnet ikke er motiveret nok til at dyrke motion eller spise sund kost. Annika og Dina har ofte oplevet, at barnet tit er sulten og vil spise meget i mængder. Dette har påvirket dem i at gå på kompromis med deres regler, fordi de blev rørt af situation. I det kvalitative studie fra Storbritannien, er der ligeledes fremkommet lignende resultater i forbindelse med vanskeligheder og udfordringer, såsom ubehag ved at sige fra, når barnet ønsker at få mere mad eller oplevelse af frustration, når forældrene ikke kan hjælpe barnet i at tabe sig. Undersøgelsen har yderligere vist, at børns og forældres enighed og fælles mål har en stor indflydelse for barnets vægttab (Twiddy et al. 2012). Disse resultater understøtter resultaterne fra de semistrukturerede interviews, da forældrene også kan opleve frustrationer, når barnet ikke er motiveret nok til at dyrke motion eller spise i normale mængder.

7.6 Symbolsk vold

I dette tema fremkommer forældrenes oplevelse af symbolsk vold i relation til sundhed og børneovervægt (se kapitel 6, *teoretisk referenceramme*) . Temaet er underinddelt i undertemaer blandt andet i forhold til forældrenes holdninger omkring samfundets opfattelse af sundhed og

børneovervægt. Inddelingen er følgende: *"samfundets påvirkning", "stigmatisering", "rolle"* samt *"strukturelle rammer".*

"Samfundets påvirkning"

Respondenterne udtrykker, at samfundet er med til at påvirke deres opfattelse og tilgang til sundhed. Lene understreger, at man ikke kan undvære og blive påvirket af sundhedsmyndighedernes opfattelse af sundhed;

> *"Men jeg kan da ikke udelukke at man eller jeg er blevet påvirket af samfundets struktur det gør vi jo alle sammen. Nu skriver jeg også selv et speciale om skoletrivsel så ja det er da nok både min egen, men også samfundets holdninger".*

Rebecca føler sig også påvirket af samfundets syn på sundhed;

> *"jeg tror jeg er meget præget af, hvordan samfundet ser på sundhed. Jeg har særlig en ovation mod den ekstreme sport, hvor at alt ting skal dreje sig om ens sport. Jeg bryder mig heller ikke om, at man dedikerer sig til en bestemt måde at spise på, som for eksempel at så er det leve kost i en periode eller noget andet. Altså jeg er meget til sådan at man skal leve et liv afbalanceret varieret liv, hvor man får lidt motion eller man får pulsen op dagligt, man får rørt sig, men man behøver ikke at løbe en maraton løb for at være sund".*

Cecilie oplever, at hun er delvist inspireret af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvor indtag af fisk har gjort et specielt indtryk på hende;

> *"Nej, men sjovt nok så sidder det i bagtanken, sådan hvis jeg kan mærke at der er noget lang tid før vi har fået noget fisk til vores aftensmad. Så tænker jeg "ej det skulle være to gange om ugen og nu er der altså gået tre uger - hvor blev fisken af", altså det sidder sådan lidt i bagtanken".*

Annika føler derimod, at hun bliver overvældet af informationer fra samfundet om, hvad der anses sund eller usundt;

> *"Man bliver bombarderet med informationer om hvad der er sundt og hvad der ikke sundt".*

Udsagnene tyder samlet på, at samfundet er med til at klarlægge, hvordan sundhed skal anses blandt befolkningen.

"Stigmatisering"

I forbindelse med forældrenes holdninger omkring samfundets stigmatisering af overvægtige, er der forskellige synspunkter. Lene og Annika mener, at man ikke kan undgå og stigmatisere de overvægtige, hvis der skal gribes ind over det. Som eksempel udtrykker Lene sin holdning således;

> *"sådan er det jo altid, når noget er i medierne. (...) Overvægtige børn, hvad er det vi snakker om? Er det dem som får chips og cola til morgenmad og kanelgifler eller er det dem som sidder derhjemme og ikke har nogen og være sammen med om eftermiddagen og derfor spiller playstation indenfor alene om dagen. Altså der er jo altid en årsag til børn de er overvægtige. Og den skal man jo finde sig i. Jeg ved ikke om man stigmatiserer dem, det gør man vel i og med man taler om det. Men man skal jo også tale om det for at gøre noget ved det, så det er jo også en balance".*

Lene mener, at der skal være balancegang, når der skal forebygges for overvægt, og hun understreger, at det er nødvendigt, at der også rettes fokus på årsagssammenhænge i forbindelse med overvægt. Bente føler, at der er meget stigmatisering af overvægtige børn, og hun mener at det ikke er i orden, at hendes barn bliver anset som overvægtigt;

> *"Ja, nu mener Rasmus' læge at han er overvægtig og det mener jeg ikke. Måske kunne han være ved grænsen, men han er ikke generede af det. Han kan sagtens løbe en tur og han er aktiv på skolen, så ja. Det er systemet, der vurderer det og dømmer det, men jeg som mor tænker ikke at mit barn er overvægtig overhovedet".*

Cecilie føler selv, at hun er med til at stigmatisere sit barn ved at advare hende om ikke at spise meget, så hun ikke bliver tyk. Hun udtrykker ligeledes, at samfundet også stigmatiserer ved at anse hende som den "dårlige" mor, der har givet barnet noget usundt at spise;

> *"(...) hvor jeg nogen gange kan stå og sige til mit barn "lad være med at spise det, du bliver tyk" og så begynder hun med at trække maven ind. Det ved jeg godt, at det er rigtig forkert. Jeg føler når jeg går med min pige og at de hører at hun kun er 6 år, så føler jeg at de bare*

tænker "okay, hvad har moren proppet ind med" altså det er ligesom man bliver en dårlig mor fordi ens barn er overvægtigt".

"Rolle"

Hovedparten af respondenterne mener, at ansvaret for barnets vægt er hovedsageligt forældrene, men de udtrykker ligeledes, at samfundet også har en rolle, når der er i tale om overvægt. Som eksempel mener Rebecca;

> *"Men når vi så er ude i, at der er nogle der har, hvad hedder det problemer med deres vægt for eksempel og man kan se, at forældrene de ikke tager det ansvar, så synes jeg måske samfundet også begynder at have ansvar, eksempelvis at man i skolerne at læreren, sundhedsplejersken kan begynde og følge op på de her ting. Fordi vi ved også, at børn der er overvægtige i børnealderen jamen de tager den med i voksenlivet og det er jo forbundet med mobning og stigmatisering og det giver dem så mange problemer, ikke bare fysisk men også psykisk og det synes jeg er forfærdelig trist, hvis forældrene ikke griber indover for det, men hvem så derudover også skal gøre det, det ved jeg faktisk ikke (...)".*

Rebecca har en klar holdning om, at samfundet bør tage ansvar, hvis ikke forældrene er i stand til at forebygge børneovervægt blandt børn. Hun føler, at hvis ikke der forebygges for børneovervægt vil det have store konsekvenser for barnet i fremtiden i form af stigmatisering og mobning, samtidig med at det vil påvirke deres fysiske helbred.

Lene mener derimod, at der skal tilbydes indsatser rettet mod reduktion af børneovervægt, hvor det ikke skal være tvangsbetonet, men mere frivilligt;

> *"de skal kun gribe ind, hvis det er frivilligt. Det skal være tilbud, det skal ikke sådan være et krav om man skal det. Det kan man ikke. Så bliver det etisk uforsvarligt".*

Lene udtrykker, at hvis der stilles krav til forældrene om deltage i tilbuddene rettet mod overvægt , vil det føre etiske problemstillinger.

Annika mener derimod, at samfundet ikke har et ansvar for barnets vægt, men de har ifølge hende mere et ansvar om at oplyse forældrene, hvis der ses en nødvendighed om at forebygge barnets overvægt;

"jeg synes ikke, at de har et ansvar for det, men måske de har et ansvar for og oplyse for at gribe ind hvis det er, at de synes der er noget eller i hvert fald gør opmærksom på det".

Bente understreger, at enlige forældre ikke har nok midler til at tilbyde deres sund kost og derfor føler hun, at skolerne skal indføre gratis frugtordninger;

"(...) De kan for eksempel indføre gratis frugt i folkeskolerne for eksempel for det er ikke alle mødre der har, enlige forældre, der har råd til at købe det".

7.6.1 Opsamling af symbolsk vold

Efter en analyse af de seks respondenters udtalelser omkring samfundets indvirkning på deres opfattelse af sundhed og børneovervægt, tyder det på, at det er forskelligt, hvordan samfundet påvirker deres holdninger. For Lene og Rebecca har samfundet en stor betydning for deres tilgang til sundhed. Dette kan tolkes således, at de er modtagelige overfor informationer og viden om sundhed gennem deres høje mængde af kulturelle kapital de har fået gennem deres uddannelse.

Annika føler derimod, at hun føler sig overvældet af de informationer hun modtager. Dette kan tolkes ifølge Bourdieu, at grundet Annikas begrænsede mængde af kulturel kapital lukker hun af overfor viden om sundhed, da hun muligvis ikke har kompetencer til at vurdere og anvende dem i praksis. Hovedparten af respondenterne har en holdning om, at samfundet er med til at stigmatisere overvægtige børn og voksne. Ud fra Bourdieus teori om symbolsk vold, kan det tolkes, at samfundet har en indvirkning på individerne, på trods af deres autonomi, som er underlagt en klassebaseret habitus i form af regler, normer og opfattelser af sund livsstil. Som eksempel føler Cecilie, at hun bliver udsat som en dårlig mor, når folk ser hendes barn, som er overvægtigt. Denne udtalelse kan tolkes som en illustration af, hvordan samfundets strukturelle betingelser og normer får Cecilie til at internalisere, at hun burde kontrollere sit barns vægt (Bourdieu, Bennett 2010). Dette er grundet Cecilie oplever, at hendes barns vægt er et resultat af hendes rolle som mor. Denne internalisering kan tolkes som symbolsk magt, der er en skjult magt, hvor den dominerende sociale gruppe med høje mængder af kapitaler i samfundet påfører andre forældre en bestemt mening om den ideelle vægt og sundhed
(Bourdieu, Bennett 2010). Ifølge Bourdieu kan det tolkes, at Cecilies internalisering af samfundets struktur, både normer og skjulte betingelser giver anledning til at Cecilie forbinder hendes datters vægt som et skam. Dette resulterer i, at hun får en følelse af, at hun ikke kan tage vare på sit barn og

har en frygt om at blive fremstillet som uansvarlig mor, hvor hun ikke bliver respekteret og bliver stødt af samfundet.

Bente udtrykker ligeledes, at lægen er med til at stemple hans barn som overvægtigt selvom hun er uenig omkring påstanden. Ud fra Bourdieus perspektiv kan det tolkes, at Bente opfatter de sundhedspolitiske indsatser og anbefalinger omkring kropsvægten formår at den dominerende sociale gruppe i samfundet med højere mængde af kapitaler at gennemsætte egen sund livsstil som den enestående legitime. Ud fra Bentes begrænsede kapital samt habitus, kan det tolkes, at hendes valg af usund livsstil er disponeret i hendes habitus, der gør, at det for hende er naturligt at barnet kan veje mere end samfundets forventninger. Derfor kan det tolkes, at anbefalingerne fra lægen og fokus på vægten har ikke været til nytte for Bente, da hun ikke har ressourcer til at handle på dem, grundet hendes indgroede habitus samt begrænsede kulturelle kapital.

Hovedparten af respondenterne udtrykker, at forældrene har det primære ansvar om at forebygge barnets overvægt. Ifølge Bourdieu kan det tolkes, at de forskellige råd om den ideelle vægt, er en ubevidst legitim samfundsmæssig indsats, som den enkelte familie bør leve efter og indrette sin livsstil på. Selvom det er frivilligt at leve efter anbefalinger om at forebygge børneovervægt, pålægges der en større grad af ansvar for den enkelte forældre, ved symbolsk vold, som har til formål at rette alle familier ind i den ideelle sunde livsstil. Derfor kan det tolkes, at respondenterne føler sig ubevidst hovedansvarlige overfor barnets vægt, da sundhedsmyndighederne har en forventning om, at alle bør indordne sit liv efter de sundhedsanbefalinger om kost, motion, hvor børnenes BMI skal være på det anbefalede niveau.

7.7. Felt

I dette tema fremkommer forældrenes holdninger og erfaringer om feltets betydning i relation til sund livsstil. Temaet er underinddelt i undertemaer med henblik på tolkning af forældrenes holdninger om de forskellige felter som skole og lokalområdet. Inddelingen er følgende: *"Skolen som arena"* samt *"Sammenhold".*

"Skolen som arena"

Der er blandt respondenterne en generel en enighed omkring, at skolen har en stor betydning i forbindelse med børns kostvaner. Som illustrativt eksempel for respondenternes holdninger, udtrykker Lene blandt andet, at skolen bør tilbyde lidt sundere alternativer i forbindelse med skoleboden, hvilket hun mener der sælges ifølge hende usund kost;

"(…) jeg synes også at skolerne har en rolle i, når de tilbyder skolebod, at der så er noget ordenligt tilbud og det de synes er sundt, det er ikke det jeg synes er sundt. Jeg synes ikke figenstænger og juice og gulerodsboller, det er ikke usundt, men det er heller ikke sundt. Så jeg synes skolen er vores forlænget arm. Altså der skal ligesom være en rød tråd. Jeg tænker også mange skoler sagtens kunne tilbyde morgenmad til børn som ikke får det derhjemme eller måske ikke får det jeg synes er det rigtige morgenmad, noget morgenmad som giver dem energi. Det er tydeligt at se, en klasse hvem der får chokopops til morgenmad eller noget andet med sukker. De kan ikke sidde stille ret lang tid ad gangen, så jeg synes helt klart, at det er forældrenes ansvar, men jeg synes, at skolen skal bakke op om det".

Med dette udsagn understreger Lene, at kost i skole og hjemmet skal være i overensstemmelse, hvor barnet tillærer sund kost. Hvis ikke familien giver denne viden til barnet, skal ifølge Lene skolen etablere det i barnets liv.

Cecilie påpeger, at hendes barn adlyder bedre pædagogen på skolen end hende selv, når det gælder råd om nogle specifikke ting;

"De har et stort ansvar og specielt skolen. Susan (datteren) glemmer det jeg siger, men husker altid hvad hendes pædagog siger, og det glemmer hun ikke".

Bente savner mere fysisk aktivitet i skolerne, da hun mener, at hun ikke selv har mulighed for at tilbyde sit barn nogle fritidsaktiviteter på grund af manglende midler;

"Altså jeg synes det er vigtigt, at hvis børnene endelig skal komme i gang, så er det vigtigt at skolen motiverer dem ellers så synes jeg at det er systemets skyld, at vi ikke er kommet i gang. Det er deres skyld, at jeg ikke har råd til det fordi jeg får ikke tilskud til at jeg kan få dækket min søns fritidsaktivitet".

Hovedparten af respondenterne føler, at børnefødselsdage resulterer indtag af mange usund kost i skolerne. Derfor går flere respondenterne ind for, at det er nødvendigt med at skolen laver nogle regler omkring det. For eksempel fortæller Annika;

"jeg synes faktisk det er meget fint man har nogen regler om at for eksempel man ikke deler alt for meget ud, når man har fødselsdag. Altså i min datters klasse deler man

ingenting ud. Det har heddet sig engang, at man måtte dele en usund ting ud, også tog det overhånd, også blev det til at man måtte dele noget ud, hvis det er noget sundt. Men så går der ikke ret lang tid, så er det sådan noget sandkage eller et eller andet, ikke også. Så nu hedder det ingenting, så kan man fejre sit barn derhjemme (...)".

Dette udsagn tyder på, at børnefødselsdage i skolerne medfører usunde vaner i form af kost, som bør reduceres gennem skolepolitikken.

"Sammenhold"

Hovedparten af respondenterne udtrykker, at nærmiljøet og sammenholdet har en stor betydning for forebyggelse af børneovervægt. Som eksempel mener Rebecca, at det er et socialt ansvar at forebygge børneovervægt, og man bør ifølge hende støtte hinanden som forældre i tilfælde af et barn er overvægtigt:

"Ja, jeg synes man har et socialt ansvar på en eller anden måde, det synes jeg faktisk man har. Og det kunne for eksempel være man så gik ind og sagde, jamen altså til fødselsdag i klassen, jamen der skal man ikke have en kæmpe kage med, der kan man måske nøjes med at tage en lille kage med eller et eller andet slikkepind med eller noget andet, det kunne også være frugt eller et eller andet, hvis det er, at man fornemmer, at de her forældre simpelthen ikke magter og tage hånd om denne her overvægt for det enkelte barn".

Rebecca udtrykker i dette udsagn, at de andre forældre må være med til at forebygge overvægt i klassen, hvis barnets forældre ikke har overskud til det. Cecilie udtrykker, at for eksempel boligselskabet i lokalområdet kunne etablere nogle sportsaktiviteter i nærmiljøet, så børn kan bevæge sig mere;

"Og så kunne man, tænker på nogle beboer altså der kunne laves noget der, hvor man bor, boligselvskabet eller gården, jeg ved ikke hvad det hedder ellers. Aktiviteter ud over at der er lektie cafeer og sådan noget".

7.7.1 Opsamling af felt

På baggrund af respondenternes udsagn fremgår det, at holdninger omkring skolens indvirkning på børns sundhed er forskelligt blandt respondenterne. Hovedparten af respondenterne mener, at skolen som felt har stor indvirkning på barnets sundhed og reglerne på skolerne kan påvirke barnets tilgang til kost, motion og viden om sundhed (Bourdieu, Wacquant 1996). Ifølge Bourdieu kan skolen anses

som et felt, hvor det via gennem undervisning og aktiviteter, er muligt at erhverve sig en form for kulturel kapital i relation sundhed, kost og motion. Skolens regler om for eksempel forbud om usund kost til fødselsdage kan vække en bevidsthed om, at visse former for kost er ikke sundt og indtage for meget og heller ikke i store mængder. Felterne kan herved influere barnets habitus, da habitus dannes i et tidligt stadie i barndommen, hvor felterne har en afgørende rolle for, hvad barnet anser som rigtigt og forkert. Skolen som felt er med til at stimulere til en bestemt form for smag, hvor børn har tendens til at socialisere og tilpasse sig i forhold til skolen regler og normer (Bourdieu, Wacquant 1996).

Et amerikansk tværsnitsstudie har påpeget, at forældrene også havde lignende holdninger omkring skolens indflydelse på børns vægt. Studiet har vist, at forældrene mener, at skolen foretage nogle vægtkontrol samt tilbyde motion i timerne. Derudover har forældrene også gjort udtryk for, at skolen lave nogle sundhedspolitiske regler i form af fjernelse af automater, hvor der sælges usund kost . (Murphy, Polivka 2007). Disse resultater understøtter nærværende speciales interviewresultater, da hovedparten af respondenter giver udtryk for, a skolen bør have sundhedspolitiske regler, hvor der etableres og opretholdes en sunde vaner blandt børnene.

I et systematisk review fra Storbritannien har påpeget, at skolebaserede interventioner mod overvægt kan reducere børn BMI. Undersøgelsen har yderligere vist, at især indsatser på skolen i form af motion har en signifikant effekt på børns BMI. (Lavelle, Mackay & Pell 2012). Reviewet har ligeledes fremhævet resultater fra et amerikansk studie, hvor 65% amerikanske borgere har en holdning om, at skolen har en vigtig rolle for bekæmpelsen af børneovervægt, hvor blot 7% har en mening om, at skolen ikke har en rolle i forbindelse med denne. I tråd med respondenternes udsagn, kan det ses, at litteraturen viser, at skolen som felt har en indflydelse på barnets vaner indenfor kost og motion.

De kommunale indsatser kan anses som felter, hvor det via investeringen af tid og engagement, er muligt at erhverve sig en form for kulturel kapital i form af sundhed. Inden for indsatserne er det andre kapitaler der efterspørges og handles, eksempelvis en form for sundhedsadfærd udmøntet gennem kulturel kapital. Denne adfærd kan eksempelvis være bevidsthed om, at visse former for mad og drikke ikke er sundt at indtage for ofte og i for store mængder ad gangen. Felterne kan herved påvirke deltagerens habitus, hvis meninger og holdningerne i indsatsen integreres og forankres i deltageren.

Ud fra Rebeccas udsagn kan det ses, at hun føler sig et socialt ansvar overfor hendes barns klassekammeraters sundhed og overvægt. Dette kan ifølge Bourdieu tolkes således, at Rebecca tilhører

en social gruppe med høje mængder af kapitaler, der giver hende mulighed for at udøve magt og indflydelse på sundhed. Rebecca vil med sin høj mængde af kulturel kapital vil være med til at påvirke andre familiers habitus til en sundere tilgang. (Bourdieu, Wacquant 1996). Cecilie føler derimod, at hun er underlagt et felt, hvor der ikke er så mange aktiviteter i form af motion. Ud fra Bourdieus perspektiv kan det tolkes, at Cecilie tilhører et felt, hvor individerne har en begrænset mængde af kapitaler, som ikke prioriterer sunde vaner i form af motion (Bourdieu, Wacquant 1996).

7.8 Barrierer

I følgende inddrages forældrenes erfaringer og oplevelser af de barrierer for etablering af sund livsstil og forebyggelse af børneovervægt. Temaet er underinddelt i undertemaer som følgende: *"Tilgang" og "Tidsfaktorer".*

"Tilgang"

Nogle af respondenterne udtrykker, at det ikke er altid de accepterer, at barnet er overvægtigt. Bente udtrykker eksempelvis, at hun ikke anser sit barn som overvægt selvom hun er blevet af lægen omkring det;

> *"Altså jeg tænker, at der er rigtig mange som sætter overvægtige i samme bås, men som sagt så trives Rasmus, så jeg ser ham ikke som en helt almindelig overvægtige dreng".*

Annika har også oplevet det samme situation, hvor hun er blevet informeret omkring, at hendes er overvægtigt og de eventuelt kunne deltage i projektet, Vanebryderne;

> *"men altså til at starte med synes jeg, altså jeg blev da ked af, at det var der, hvor det var. Sådan lidt, jamen det er mit barn du snakker om. Altså sådan, det er de andres der er noget galt med, ikke. Så, jeg blev da ked af det, men tænkte samtidig også det var sådan en chance for at kunne gøre noget, at man også skal tage imod det tilbud der så er altså (...)".*

Da Annika blev informeret omkring, at hendes barn er overvægtigt, blev hun ked af det, og kunne ikke acceptere, at hendes barn skilte sig ud fra andre børn på grund af hendes vægt. Hendes største bekymring har været, at barnets vægt skulle være meget i fokus, hvor der ikke ses andre egenskaber ved barnet.

"Tidsfaktor"

Hovedparten af respondenterne mener, at tidsfaktoren har en stor betydning for deres udførelse af sund livsstil. Respondenterne mener, at etablering og bibeholdelsen af sunde vaner i form af kost og motion kræver tid og overskud i hverdagen, hvor der ikke sættes nok tid af til det. Lene mener blandt andet, at tidsaspektet er en barriere for etablering af sundhed blandt børn. Hun mener ligeledes, at sund livsstil kræver tid og prioritering;

> *"Og barriererne, det kan jo være tidsaspektet i at man er i skole i en lang dag (...) altså, det tager jo tid man skal prioritere sundhed. Det er ikke noget, der bare kommer dumpende ned fra himmelen vel, det skal man jo prioritere. Ligesom man skal prioritere alt mulig andet. Det tager tid handle og det tager tid og lave mad, det tager tid og dyrke motion og det tiger tid og få den søvn man skal have. Altså og vi vil jo gerne rigtig gerne rigtig mange tid i vores liv så det er tit så noget man nedprioriterer, så det er jo en barriere tænker jeg, fordi man har arbejde, man har skole og man har hus og have og alle mulige andre ting som konkurrerer om den tid, så det er jo en barriere tænker jeg".*

Lene mener ligeledes, at sundhed er et element, som oftest bliver nedprioriteret frem for andre prioriteringer som arbejde og skole i hverdagen.

Rebecca mener ligeledes, at hun bliver afholdt i at lave sund mad til børnene på grund af specialeskrivning, hvor de får i øjeblikket ofte fryse pizzaer eller forårsruller. Hun ønsker ligeledes at dyrke mere motion på motionscentret, men er forhindret på grund af tidspresset i hverdagen;

> *"(...) Altså, jeg kunne godt tænke mig mere motion, det er simpelthen tidsmæssigt spørgsmål også fordi når er jeg så alene med mine børn, så skal jeg have babysitter for eksempel hvis jeg skal i motionscentret eller ned og løbe en tur om aftenen og sådan noget".*

De andre respondenter er enige omkring, at manglende tid i hverdagene hindrer dem i at deltage i sportsaktiviteter eller bruge mere tid på at lave sund mad. Som eksempel mener Cecilie, at det faktisk er tiden, der får hende til at være mere afholdende fra motion end prisen på aktiviteterne;

> *"Nej, det har det ikke, fordi jeg har betalt for fitness i 4 måneder uden at tage der ud en eneste gang fordi jeg ikke har haft overskud, for mig er sport, der kræver overskud".*

Hovedparten af respondenterne mener ligeledes, at afstanden til de forskellige sportsaktiviteter er hæmmende for at deltage, da det er tidskrævende. Som eksempel mener Dina, at hendes overvægtige barn er stoppet med at deltage i en forebyggende indsats mod overvægt efter de er flyttet til Ishøj;

> *"Han gik der ude en gang om ugen til træning også, sådan noget der hedder Puls, men altså vi kan ikke nå det fordi vi bor ude i Ishøj. Så det hænger ikke sammen nogen gange".*

7.8.1 Opsamling af barrierer

På baggrund af ovenstående analyse af respondenternes udsagn, kan det ses, at respondenterne oplever forskellige i forbindelse med etablere eller bibeholde sundhedsvaner i form af kost og motion samt forebyggelse af børneovervægt. Ud fra Bentes og Annikas udsagn kan det ses, at der ikke er altid en bevidsthed omkring børnenes overvægt.

I en tidligere nævnt dansk undersøgelse fra 2011, er der fremkommet lignende resultater, hvor kun 17% af forældrene til børn med overvægt har erkendt, at deres børn er overvægtige. Dette grundet nogle forældre er i besiddelse af en habitus, der har et behov om at mætte barnet uanset barnets indtag af usund kost samt mængde af kosten (Brødsgaard 2010). Dette resulterer i et adfærd, hvor de ikke kan frasige, når barnet ønsker at indtage usund kost eller store portioner af kost. Hovedparten af respondenterne giver udtryk for, at tidsfaktoren er afgørende element for at etablere eller bibeholde sunde kostvaner samt udøvelse af motion. Selvom Lene eksempelvis prioriterer sundhed i hverdagen, mener hun, at etablering af sundhed kræver tid og overskud. Ud fra Bourdieu kan det tolkes, at Lene formår at bibeholde en sund livsstil på baggrund af hendes kompetencer og viden om sundhed, som hun har opnået gennem sin høje mængder af kapitaler. Derudover udtrykker Dina, at afstanden har en indflydelse på deltagelse af forebyggende indsatser mod overvægt, hvor hendes barn ikke længere kan deltage i indsatsen på grund af flytningen. Dette udsagn kan tolkes ifølge Bourdieu således, at feltet hun befinder sig i er en barriere for barnets deltagelse af den forebyggende indsats, da den nærmeste indsats er afstandsmæssigt langt væk fra deres bopæl. Det kan tolkes ifølge Bourdieu, at Dinas kapitaler samt habitus er begrænset, hvor hun ikke har overskuddet og motivationen i at prioritere tiden til at køre barnet til selve indsatsen. Cecilie mener derimod, at hun ikke har haft overskud til at tage til fitnesscenteret selvom hun har betalt for det i fire måneder. Ud fra Bourdieu kan det tolkes, at Cecilies begrænsede økonomiske kapital har ikke været afgørende faktor for hendes deltagelse til fitnesscentret. Dette kan tolkes således, at Cecilies begrænsede kulturelle kapital og habitus har været hæmmende faktorer for hendes manglende deltagelse til fitnesscentret, hvilket har resulteret i en mangel på motivation i udøvelsen af motion.

I et studie australsk studie fra 2012, der havde til formål at evaluere en indsats mod overvægt, har ligeledes fremhævet, at tidsfaktoren har betydende rolle for at ændre usunde vaner i hverdagen. Studiet har yderligere påpeget, at praktiske barrierer som skolen, arbejdet, transport vanskeligheder til indsatsen samt mangel på motivation har været hæmmende faktor for familiens deltagelse til indsatsen (Brennan, Walkley & Wilks 2012). Disse resultater er i overensstemmelse med respondenternes udsagn, da interviewresultaterne viser ligeledes, at afstanden og prioritering af tiden til andre opgaver i hverdagen, hindrer at etablere eller bibeholde sunde vaner derhjemme.

7.9 Forandringspotentialet

Under dette tema kom respondenternes holdninger og erfaringer frem omkring, hvordan der kan etableres sund livsstil og forebyggelse af børneovervægt. Temaet er underinddelt blandt andet i forhold til respondenternes motivation til at etablere sund livsstil for familien. Inddelingen er som følger: *"Fokus"*, *"Motivation"*, *"Støtte"*, *"Tidlig indsats"* samt *"Familie- og børneinddragelse"* .

"Fokus"

Størstedelen af respondenterne giver udtryk for, at det er vigtigt, at man sætter fokus på børneovervægt. Rebecca giver stærkt udtryk for at overvægt bør forebygges, hun men oplever ikke, at der er meget fokus på det samfundet;

> *"(...) det i allerhøjeste grad man skal forholde sig til, men jeg synes faktisk egentlig ikke. Jeg synes ikke det fylder så meget. Men det kan selvfølgelig også være, fordi jeg ikke har børn der er overvægtige. Og der er ikke børn i vores omgangskreds, der har overvægt problemer. Så det er klart, så er fokus ikke primære der. Så der kan jo sagtens være en debat, som jeg er ikke helt bevidst om. Selvfølgelig ved jeg godt man diskuterer det og det er også er et problem. Men for mig er det ikke noget der fylder sådan helt vildt meget. Og det er lidt ærgerligt, fordi måske kunne det være godt, hvis det var, der kom mere fokus på det".*

Rebecca har en holdning om, at der bør være mere fokus på det, også i hendes egen familie selvom hun ikke har overvægtige børn. Annika udtrykker, at hun har ændret mening om fokus på overvægt efter deltagelse af Vanebryderne;

> *"(...) altså, jeg havde det sådan før vi startede til Vanebryderne, at det er sådan, altså mit barn skulle ikke vide, at hun var. Altså hun har ikke noget problem med at, altså hun synes*

ikke hun er. Hun kan godt se måske, at hun er lidt langsommere end de andre, lidt større end de andre. (…) Så jeg har haft det sådan lidt, at det var svært hvor meget man skulle have fokus på det, fordi jeg har ikke interesseret i at hun skal gå og tænke, at hun er tyk altså. Men kan godt se, at vi er startet, derinde er hun blevet mere bevidst om det, men på egentlig sådan en okay måde tænker jeg, men jeg er bange for, at der bliver for meget fokus på hendes vægt og det er ikke det sådan skal være det primære, hvor jeg tænker at det er mere skal være det primære, at hun er sund og rask og har det godt på den måde end at det er hendes vægt egentlig".

Annika udtrykker, at hun stadig er bange for, at der sættes hovedsageligt vægt på barnets vægt fremfor hendes sundhed og trivsel. Dina mener derimod, at der netop skal rettes fokus på overvægt for at forebygge sygdomme, som er ledsaget gennem overvægten;

"(…) Altså det er jo meget vigtigt at vi lever sundt på grund af overvægten også. Også på grund af nogle af de sygdomme vi har i familien - nogen af dem hænger sammen med overvægten også at gøre altså sygdommene".

"Motivation"

Hovedparten udtrykker, at sundhed kræver motivation for at man kan udføre det. Annika føler, at de har fået mere motivation til at udføre nogle sportsaktiviteter, som de oplever glæde ved siden de er startet på Vanebryderne;

"(…) Vi prøver og at finde nogle ting, som hun også synes er sjovt. Og der har Vanebryderne også hjulpet med hun sådan er blevet præsenteret for nogle ting (...)".

Flere respondenter mener, at i dag dyrker man motion for at tabe sig og ikke for at have det sjovt. Dette resulterer derfor i manglende motivation blandt familier, fordi der ikke opleves ikke en glæde ved aktiviteten. Som eksempel mener Lene, at motion skal promoveres meget mere i foreninger for at motivere børn og voksne i at deltage i de forskellige sportsaktiviteter, som man ikke kender til;

"(...) Men det er jo også vigtigt og får foreninger og idrætsliv involveret, ikke. Og kom på banen, få vist hvad for nogen tilbud de har, det her er sjovt og gå til, så det ikke er noget man skal gå til for motion men man går til håndbold, fordi det er sjovt og være sammen med venner og spille et spil, fordi jeg skal tabe mig eller får pulsen højt op. Altså sådan har

det jo tidligere været, at så går man jo til sådan noget, fordi det er sjovt og ikke fordi, at man tænker nu skal jeg have 45 minutters motion (…)".

Rebecca mener derimod, at det er mere familien der skal motivere børn i at motionere, fordi børn afspejler sig efter hendes mening sine forældres adfærd;

"(…) jamen det er sjovt og bevæge sige, det er sjovt og komme ud og gå en tur, det er sjovt at cykle en tur. Og hvis de viser børnene det at, man kan have rigtig rigtig glæde ved det så smitter det jo af på dem. Så bliver det en naturlig ting, det bliver en naturlig ting at tage cyklen i stedet for bilen for eksempel".

Rebecca har en klar holdning omkring, at de er forældrene der giver børnene sundhedsvaner, hvor de får etableret sunde valg med motivation.

"Støtte"

Flere respondenter giver udtryk for, at samfundet skal være med til at støtte befolkningen i at etablere sund livsstil eller forebygge overvægt. Som eksempel udtrykker Bente, at det er svært at ændre livsstil alene, hvor hun ser gode muligheder i tilfælde af statslige støtte omkring det;

"Ja tænker mere opbakning fra systemet for jeg føler også at vi nogen gange bare er overladt til os selv. Jeg har tidligere søgt tilskud til fritidsaktiviteter, men det vil kommunen ikke gå ind og dække. Så man kan ikke bare skifte livsstil sådan".

Annika har været glad for, at sundhedsplejersken har gjort familien opmærksom på, at barnet er overvægt. Hun havde før denne information fra sundhedsplejersken ikke bemærket alvoren om barnets vægt;

"altså jeg vidste jo lidt godt, men jeg vidste ikke det var hvor der skulle gøres noget på den måde. Det var jeg egentlig ikke klar over. Så det var sådan en øjenåbner (…)".

Dina udtrykker ligeledes, at det er rart, at eksterne personer holder øje med barnets vægt og de bliver støttet op omkring, hvad der skal indtages af kost i familien;

"Altså selvfølgelig vil det være nemmere, hvis nogen støttede op omkring det. Det er ligesom min søn, han går jo til de der konsulenter, og der støtter de ham jo op omkring det

altså snakke med ham, hvordan det går, hvad han spiser. Det bliver også støttet op omkring, at vi skal holde fast i det".

"Tidlig indsats"

Hovedparten af respondenterne giver udtryk for, at tidlig indsats mod børneovervægt er meget vigtigt, da det kan forebygge mange fysiske og psykiske konsekvenser som følge af det. Lene udtrykker blandt andet, at overvægt blandt børn er ikke noget, der sker pludseligt. Hun mener, at det er en proces, som skal forebygges tidligst som muligt;

> *"(...) Man vågner ikke pludselig en dag også er ens barn overvægtig, det er jo en proces. Så jeg tror tidligt i den proces vil jeg gøre et eller andet".*

Både Lene og Rebecca mener, at skolen skal som tidligst muligt handle på overvægt, hvis forældrene ikke kan håndtere situationen. Som illustrativ eksempel fortæller Rebecca i følgende udsagn;

> *"(...) Jeg tror man skal gøre det så tidligst så overhovedet muligt, jo tidligere man kan få ændret nogle vaner, jo bedre er det. Og hvis ikke de kan få ændret de her vaner hjemmefra fra de rollemodeller , så er man nødt til fra skolens side for eksempel gå ind og undervise i sund kost eller at dyrke noget mere motion, men nu synes jeg så også, at skolereform, nu har Christian kun gået i skole under den nye skolereform. Men det han fortæller, der har det rigtig meget idræt. Og han sætter så også pris på det. Og det kan selvfølgelig også være derfor, at han fortæller meget om det. Men det kan også sagtens være, at man tog nogle samtaler i klassen om, hvad er sund mad og hvad er konsekvensen ved at spise usund for eksempel".*

Rebecca har blandt andet oplevet, at hendes søn har meget idræt på skolen, hvilket har påvirket barnet til at dyrke idræt. Hun mener ved at skolen tager emner op som sund kost eller usund kost, kan de bevidstgøre børnene mere omkring konsekvenser omkring valgene.

Cecilie synes at tidlig indsats er vigtigt og generelt ses oplever hun, at man som forældre tager helbredsmæssige problemer seriøst, når der er tale om kroniske sygdomme eller indtag af medicin;

> *"Det er det, fordi alle de sygdomme vi hører, det er jo kroniske folkesygdomme. De dukker lige pludselig op og det har jo noget med vores levemåde at gøre. Så kommer det lige pludselig og så er det først der, vi begynder med at lave om på vores livsstil og så er det for*

sent, så har man den her kroniske sygdom og piller og sådan noget. Det er jeg heller ikke så meget for at tage, med indtagelse af piller, så ja".

"Familie- og børneinddragelse"

Ud fra respondenternes holdninger kan det ses, at inddragelse af familie og børn er vigtigt i processen om at forebygge børneovervægt. Som eksempel udtrykker Rebecca, at forældre med ikke overvægtige børn bør også deltage i indsatser på skolerne, fordi det vil ifølge styrke samværet og viden omkring sundhed og børneovervægt;

> *"(...) jeg synes stadigvæk det er vigtigt, og jeg synes også stadigvæk er vigtigt, at vi som forældre bakker op, fordi vi kan altid lære noget mere. Vi kan altid lære noget nyt. Altså, også synes jeg man skal gøre det for samfundet eller hvad hedder det for sammenholdets skyld, fordi man kan godt, hvis der bliver lavet interventioner i klassen, som kræver at man møder op og man bidrager for sådanne forskellige ting, jamen der kan komme andet sundhed ud af det, det for eksempel mere sammenhold (...)"*

Ifølge Rebeca kan deltagelse i interventioner styrke sammenholdet i klassen, hvilket vil føre til yderligere sundhed og trivsel blandt børn.

Annika, som har været med i forløbet hos Vanebryderne udtrykker, at familieforum ved indsatsen har været mest gavnligt for hende, da hun kunne spare med andre forældre som også har overvægtige børn;

> *"(...) Jeg tænker der godt kunne have været nogle flere af de der forældre, altså der har været sådan nogle forældre forum, hvor vi har været nogle gange samlet alle sammen, det synes jeg faktisk jeg fik rigtig meget ud af. Dem kunne jeg godt havde brugt flere af".*

Annika mener ligeledes, at børneinddragelse i forløbet om børneovervægt er også godt for barnet, men hun synes også man skal inddrage børnene på en hensigtsmæssig måde, hvor barnet ikke bliver psykisk påvirket under indsatsen. Hun har tidligere ment, at børn ikke skulle inddrages så tidligt om forebyggelse af overvægt, men Vanebryderne har ændret hendes holdning;

> *"det har ændret sig en lille smule inden Vanebryderne, men altså men mere nu vil jeg sige. Ja, det har det. Også fordi hun selv er kommet mere med inde i det altså. Altså hun godt ved*

det nu, at altså og synes det er spændende eller på den måde, ikke også. Så det hjælper også på det vi sådan har inddraget hende lidt i det".

Gennem Vanebryderne har Annika oplevet, at barnet har forholdt sig mere involveret og interesseret i at have en normal vægt.

7.9.1 Opsamling af forandringsperspektivet

Ud fra ovenstående analyse af respondenternes udsagn, kan det ses, at respondenterne har forskellige holdninger og behov om at ændre vaner i forbindelse med kost og motion samt forebyggelse af børneovervægt. I relation til fokus på børneovervægt, er der forskellige holdninger omkring, hvorvidt børneovervægt i talesættes i samfundet. Som eksempel oplever Rebecca ikke, at der er meget fokus på overvægt, hvorimod Annika har før Vanebryderne haft en angst om, at hendes barns vægt skulle være meget i fokus. Ifølge Bourdieu kan det tolkes, at Annika har følt en angst om at barnet skulle blive stigmatiseret eller føle sig presset til at tabe sig, fordi samfundet udøver en symbolsk vold i form af en forventning om en ideel vægt for børn (Bourdieu, Wacquant 1996). Hovedparten af respondenterne mener, at motivation er et vigtigt element for ændring kost- og motionsvaner. De mener blandt andet, at det skal være sjovt og give mening, når man eksempelvis dyrker motion.

I relation til dette har et italiensk kohortestudie fra 2012, undersøgt skolebørns potentiale for ændring af vaner mod en sundere livsstil og har vist en signifikant reducering af BMI blandt børn i interventionsgruppen. Studiet påpeger, at det er nødvendigt at inddrage og engagere familier for at opnå en forandring af usunde vaner blandt børn. Undersøgelsen fremhæver ligeledes, at undervisning og oplysning af forældre om fordelene ved indtag af sund kost og motion samt ugentlige telefoniske opfølgninger om vaneændringer i familien kan være en motiverende faktor for etablering og vedligeholdelsen af sunde vaner i familien (Centis et al. 2012).

Derudover udtrykker hovedparten af respondenterne, at skolen eller kommunen kan være med til at støtte forældrene i forbindelse med at forebygge børneovervægt. Et finsk RCT studie fra 2007, der har undersøgt effekten af gruppebaseret og individuelbaseret intervention, har vist, at gruppebasseret intervention var mere effektiv end den individuelle intervention af behandling af børn med overvægt. Terapeutiske faktorer som gruppestøtte, læring og optimisme har haft en positiv indvirkning på forældre og børnene, hvor børnenes BMI blev reduceret (Danielsson et al. 2012). Respondenterne i det nærværende speciale har forskellige ressourcer, vaner og værdier, hvilket har en indvirkning på, hvordan de håndterer børneovervægt og etablerer en sunde vaner i hverdagen. Især den kulturelle

kapital er vigtig til at opnå, undersøge og anvende viden om sundhed samt forebyggelse af overvægt. Denne undersøgelse understøtter respondenternes behov for forældrestøtte, da det ses i undersøgelsen, at det har en gavnlig effekt på børnenes BMI, hvor forældrenes motionsniveau for ændring af livsstil bliver forøget. Idet alle forældre ikke besidder en høj mængde af kulturel kapital, kan det være svært at etablere en intervention, der ikke egner til forældrenes behov for støtte.
Flere respondenter fra undersøgelsen har desuden påpeget, at det er vigtigt med tidlig indgriben i forbindelse med forebyggelse af børneovervægt. I relation til dette har et svensk kohortestudie, der har undersøgt alderens og forældrenes SES faktorers betydning for forebyggelse af børneovervægt, også påpeget, at reduktion af BMI var signifikant større for den yngste aldersgruppe (6-9 år) end de andre aldersgrupper (10-13 år og 14-16 år). Undersøgelsen har yderligere indikeret, at adfærdsterapi med henblik på at forebygge børneovervægt er mest effektiv i en tidlig alder (Danielsson et al. 2012).

Både Rebecca og Lene mener, at skolen også kan være med til at forebygge børneovervægt i et tidligt stadie. Flere studier har vist, at screening af børns højde og vægt, kan bevidstgøre forældrene samt fremme sunde vaner i familien i et tidligt stadie (Regber et al. 2012). Derudover har et amerikansk tværsnitsstudie fra 2007 yderligere vist, at forældrene mener, at skolen har en vigtig rolle for synliggørelse af børneovervægt via screening samt etablering af sunde vaner blandt børn ved fokus på motion og sund kost til undervisningerne (Murphy, Polivka 2007).

Anskuet ud fra Bourdieus feltbegreb kan skolerne anses som felter, hvor der gennem skolebaserede interventioner mod børneovervægt, er muligt at få etableret en kulturel kapital for familierne.
Interventioner kan eksempelvis vække en bevidsthed omkring, at sund kost og motion har nogle gavnelige effekter for barnet og for dem selv. Felterne kan herved influere familiernes habitus, hvis der etableres et engagement blandt forældrene meninger, der vil medføre en motivation for ændring af usunde vaner i form af usund kost og fysisk inaktivitet (Bourdieu, Wacquant 1996). Ud fra Bourdieus teori vil børns habitus vil blive påvirket gennem skolen som felt. Hvis skoler, anskuet som felter, kun medinddrager barnet i interventionerne, vil barnet i skolen blive tilknyttet et felt, hvor det ikke nødvendigvis er de samme vaner om sundhed, der tilstræbes i interventionen, som i familien. Dette kan hæmme reducering af BMI blandt børn, da de vil opleve modstridende værdier og vaner indenfor sundhed både i skolen og i hjemmet. Hvis interventioner inddrager forældrenes habitus vil det tværtimod ikke kun være barnets habitus, der vil blive påvirket, men hele familiens. Dette kan muligvis have indvirkning på reducering af barnets BMI, idet barnet vil opleve de samme forventninger og støtte i forbindelse med at etablere sunde vaner i hverdagen. En yderligere diskussion af evidensbaseret intervention rettet mod indskolingsbørn, vil blive diskuteret i kapitlet, *forandringsperspektivet.*

7.10 Opsamling af analysen

På baggrund af ovenstående analyse af de 8 temaer og deres undertemaer, kan det ses, at respondenterne har forskellige holdninger om sundhed, kost, motion samt oplever forskellige barrierer og muligheder i forbindelse med etablering af sunde vaner samt forebyggelse af børneovervægt. Ud fra resultaterne kan det tolkes, at de seks respondenter har forskellige mængder af kapitaler, idet de seks respondenter i forskellig grad undersøger, anvender og forholder sig kritisk overfor viden om sundhed. Endvidere er det forskelligt, hvorvidt respondenterne oplever barrierer i forbindelse med etablering eller bibeholdelsen sundhedsvaner i form af kost og motion samt forebyggelse af børneovervægt. Hovedparten af respondenterne har en klar holdning om, at skolen som felt har stor indvirkning på barnets sundhed og reglerne på skolerne kan påvirke barnets tilgang til kost, motion og viden om sundhed. Der ses en forskel på, hvordan samfundet påvirker deres holdninger om sundhed, motion, kost samt børneovervægt. Det tyder på, at Lene og Rebecca er mere modtagelige overfor informationer og viden om sundhed gennem deres høje mængde af institutionelle kulturelle kapital de har fået gennem deres uddannelse. Dette kan tolkes, at deres sociale positioner er afgørende for deres valg af livsstil med motion og sund kost, hvilket deres høje mængder af kapitaler medfører til, at de stræber efter de samme mål indenfor sundhed som i den sociale gruppe, de tilhører (Bourdieu 1986). Dina prioriterer derimod at servere kost efter børnenes ønsker fremfor sund kost, hvilket afspejler hendes sociale position. Dette kan tolkes således, at Dina ikke er i besiddelse af sundhedskompetencer på baggrund af hendes begrænsede mængder af kapitaler og sociale position (Bourdieu, Wacquant 1996).

Hovedparten af respondenterne har en holdning om, at samfundet er med til at stigmatisere overvægtige børn og voksne. Respondenterne udtrykker ligeledes, at forældrene har det primære ansvar om at forebygge barnets overvægt, som kan tolkes, at respondenterne føler sig ubevidst hovedansvarlige overfor barnets vægt, da sundhedsmyndighederne har en forventning om, at alle bør indordne sit liv efter de sundhedsanbefalinger om kost, motion, hvor børnenes BMI skal være på det anbefalede niveau. Selvom respondenterne som Annika og Cecilie mener de har ansvar overfor deres barns sundhed, mener de, at det er svært at ændre vaner, som relateres til deres begrænsede habitus og begrænsede kulturelle kapital, som blandt andet kommer til udtryk via manglende kompetencer om at forstå og anvende viden om sundhed. I forbindelse med denne opsamling, kan det diskuteres, hvordan der kan etableres en optimal indsats rettet mod målgruppen, da forældrene har forskellige behov, viden, motivation og holdninger omkring sundhed og børneovervægt. Afslutteligt påpeger analysen, at det er nødvendigt at inddrage og engagere familier for at opnå en reduktion af usunde vaner samt BMI blandt børn.

Kapitel 8. Forandringsperspektiv

I dette kapitel besvares specialets overordnede problemformulering samt forskningsspørgsmålene, som er beskrevet i kapitel 3. Kapitlet indeholder en opsamling af de væsentlige elementer fra den kvantitative hovedundersøgelse, de kvalitative interviews samt den systematiske litteratursøgning, hvor hovedfokusset i kapitlet er sundhedsfremme, forebyggelse og forandring indenfor børneovervægt. Kapitler er inddelt i hovedafsnitte som fokusområder indenfor forebyggelse af børneovervægt, hvor der efterfølgende er en opsamling og utilsigtede konsekvenser af en indsats mod børneovervægt. Afslutningsvis diskuteres de metodemæssige tilgange i forhold til deres styrker og svagheder.

8.1 Fokusområder

Formålet med dette afsnit er, at fremsætte de elementer kommunale indsatser, herunder skoler skal indeholde for at have en evidensbaseret grundlag i forhold til reduktion af børneovervægt blandt indskolingsbørn og dermed skabe en forandring indenfor social ulighed i børneovervægt. Ud fra specialets hovedresultater er der identificeret flere årsager til børneovervægt, hvor forandringsperspektivet kan dermed tage udgangspunkt i følgende fokuspunkter:

- **Fokus på børneovervægt:** Et øget fokus på børneovervægt er nødvendigt, især i forhold til indskolingsbørn som målgruppe. Et studie af Whitaker et alt. påpeger, at den yngste aldersgruppe (6-9 år) har højere risiko for at udvikle børneovervægt sammenlignet med andre aldersgrupper, og derfor er det vigtigt at der rettes opmærksomhed på problematikken (Whitaker et al. 1997). Et øget fokus kan medføre til, at både forældre og andre relevante faggrupper kan øge deres viden og forståelse indenfor emnet børneovervægt, og dermed opnå kompetencer og indsigt i, hvordan et barn med overvægt kan håndteres bedst muligt. Desuden er det en vigtig forudsætning for forebyggelse, at alle forældre til indskolingsbørn bibringes en accept af og forståelse for at børneovervægt er et reelt problem. Samtidig er en accept af at børneovervægt kan forebygges med udgangspunkt i adfærdsændring i forhold til sund livsstil en forudsætning. De fleste studier påpeger, at der er manglende forskning indenfor feltet, og forskning og fokus er nødvendigt, hvis børneovervægt skal forebygges (Regber et al. 2012). Resultater fra specialets kvantitative samt kvalitative undersøgelse har vist, at der ses sociale forskelle indenfor børneovervægt. Dette har en betydning af, at forældre med lavere mængde af kulturel kapital, har højere tendens til at have børn med overvægt. I relation til ovenstående , er det derfor vigtigt at rette ligeledes fokus på disse familier, da de har behov for forståelse samt fokus på børneovervægt.

- **Tidlig indsats:** Ud fra resultaterne fra de kvalitative interviews samt den kvantitative hovedundersøgelse anses det relevant at forebygge børneovervægt i et tidligt stadie i børns liv. Et svensk studie har undersøgt alderens betydning for forebyggelse af børneovervægt, hvor interventionen har vist en effekt i forhold til aldersgruppen 6-9 år sammenlignet med aldersgrupperne 10-13 år og 14-16 år (Danielsson et al. 2012). Studiet tyder på at interventioner rettet mod yngre aldersgrupper en større effekt og evidens. Relevansen af tidlig indsats kan desuden argumenteres ud fra Bourdieus habitus begreb, hvor vaner og holdningssystemer grundlægges i en tidlig alder, og det er især disse vaner og holdningssystemer, som er sværest at ændre på, hvis de bliver indgroede (Prieur et al. 2006). Derfor er tidlig indsats, herunder i indskolingsalderen yderst relevant at tage højde for, hvis børneovervægt skal forebygges. Tidlig indsats i forhold til børn, er yderligere med til at opspore børn med uhensigtsmæssige vaner relateret til deres sundhed og BMI, således familien og de ansvarlige kan gribe ind tidligt og dermed forebygge børneovervægt.

- **Skolen som arena:** Skolen har en aktiv rolle i forhold til børns vaner og forståelse indenfor sundhed. Der familien og skolen er en del af barnets sociale kontekst, er disse kontekster vigtige at tage højde for (Richelsen 2003). Skolen skal være med til at støtte op omkring de sunde valg og muliggøre rammerne for motion. Yderligere kan skolen integrere emner som sundhed, kost og motion i undervisningen for at gøre børnene bevidste om disse elementer i en tidlig alder. Skoler kan blandt andet udføre temauger med fokus på sund livsstil eller sundhedsdage, hvor både forældre og børn inddrages, og dermed øge målgruppens viden og kompetence. Eksisterende litteratur tyder på evidens for skolebaserede interventioner og derfor kan specialuddanne lærere være relevant, som kan inddrage både forældre og børn i forebyggelses forløbet i skolen (Richelsen 2003, Lavelle et al. 2012).

- **Undervisning indenfor motion og kost**: Den hyppigste og effektive tilgang til forebyggelse af børneovervægt inden for de udvalgte litteratur har primært fokus på adfærdsændring hos målgruppen via undervisning/samtale[3] (Centis et al. 2012, Danielsson et al. 2012, Regber et al. 2012, van der Kruk et al. 2013). En adfærdsændring er nødvendigt både hos forældre og børn, hvis børneovervægt skal forebygges, idet børns sundhedsvaner typisk overføres til voksenlivet (Niemeier, Hektner & Enger 2012). Kognitiv adfærdsterapi er en af mulighederne, hvor der benyttes strategier, der kan påvirke forældrenes tænkning og dermed deres adfærd. En systematisk review og metaanalyse fra 2012 har påvist at forældrenes engagement i deres

[3] Undervisning har generelt taget udgangspunkt i emner såsom motivation, sundhed, motion og kost.

børns adfærdsændring med henblik på reducering af deres BMI, bidrager til en betydelig succes (Niemeier, Hektner & Enger 2012). Flere undersøgelser har vist, at adfærdsbaserede tilgange er mest effektive, når forældrene får hovedansvaret under forløbet, der de fleste forældre ser sig selv som rollemodeller for deres barn (Golan et al. 1998, Kruk et al. 2013). Desuden skal det give mening for forældrene før der kan skabes en forandring indenfor børneovervægt. Ifølge studiet "Expert Committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report" er der evidens for, at interventioner med fokus på adfærdsændring med udgangspunkt i kost- og motionsvaner, har en signifikant indvirkning på reduktion af børns BMI. Undervisning skal især støtte forældre med lavere mængde af kulturel kapital således, at de kan have kompetencer til at undersøge og anvende viden om sundhed samt forebyggelse af børneovervægt.

- **Forældreinddragelse:** Den kvantitative hovedundersøgelse samt andre studier indikerer, at børn af forældre med overvægt har højere risiko for at udvikle overvægt sammenlignet med forældre med normalvægt (Christensen 2011, Andersen 2014, Pearson et al. 2010, specialets kvantitative undersøgelse). Dette er også tilfældet i de kvalitative interviews, hvor hovedtallet af forældrene til børn med overvægt også er overvægtige. De fleste systematiske reviews og andre undersøgelser har ligeledes understreget, at der er evidens for, at familieinddragelse er et vigtigt nøglebegreb ved interventioner målrettet reducering af BMI (Niemeier, Hektner & Enger 2012, Kruk et al. 2013, Hystad et al. 2013, Kalavainen et al. 2007, Holland et al. 2014). Flere undersøgelser har vist, at der har været opstået frafald fra interventioner i forbindelse med forebyggelse af børneovervægt, hvor familierne har ikke følt sig motiveret til at fortsætte (Brennan et al. 2012, Danielsson et al. 2012). Anskuet ud fra Bourdieus perspektiv kan manglende positive resultater og deltagelse i nogle interventioner skyldes, at forældrenes habitus har været svært at ændre. Dette kan både skyldes, at forældrenes habitus er mere indgroet end børnenes og at familier med lav mængde af kulturel kapital kan have svært ved at se meningen med interventionerne. Idet der i nærværende speciale vil udvikles en intervention, der retter sig mod alle forældre til indskolingsbørn, vil forældrene besidde forskellige mængder af kulturel kapital. Dette har en betydning for interventionens effektivitet for alle forældretyper, da der vil være forskel på hvordan forældrenes habitus kan blive påvirket, idet forældre med lave mængder af kulturel kapital har brug for mere støtte i forhold til at anvende viden om sundhed. Tidligere studier anbefaler, at der bør etableres realistiske mål, tilpassende informationer om sundhed samt engagement for at motivere og støtte forældrene i at fortsætte og fremme sunde vaner i familien (Brennan et al 2012, Barlow 2007). På baggrund af analysen af de semistrukturerede interviews samt litteraturstudiet anbefales

der i nærværende speciale, at interventioner rettet mod børneovervægt blandt indskolingsbørn inddrager familier med familiestøtte.

- **Opfølgning:** Ud fra flere systematiske reviews, er der fundet evidens for langvarige opfølgninger op til seks år i forbindelse med interventioner rettet mod børneovervægt med forældreinddragelse. (Lavelle et al 2012, van der Kruk et al. 2013). Idet det nærværende speciale retter fokus på reducering af BMI blandt indskolingsbørn, anbefales der langvarige opfølgninger på skolebaserede interventioner med henblik på at opnå vedvarende effekter, hvor hele familiens sunde vaner bliver fremmet med reduktion i børns BMI. Da specialets kvantitative hovedundersøgelse (del 1) påpeger, at forældre med lavere mængde af kulturel kapital har større tendens til at have børn med højere BMI, er det relevant at tage højde for deres habitus. Anskuet ud fra Bourdieus perspektiv er habitus foranderlig, hvilket vil sige, at efter deltagelse af interventioner rettet mod børneovervægt kan forældre med lavere mængde af kulturel kapital have tendens til at gå tilbage til deres usunde vaner, som tidligere er indgroet i deres habitus. Med henblik på at opnå vedvarende ændringer i familiens habitus i form af sundere vaner, vil det være nødvendigt at forældrene efter endt interventionen er stadig under opfølgning af skolen, der anskuet som felt. Dette kan resultere, at via opfølgningsperioder vil der fortsat være en påvirkning af skolen, hvor forældrenes kulturelle kapital i form af sunde vaner opnået gennem indsatsen vedligeholdes. Derfor anbefales der i nærværende speciale, at interventioner målrettet forældre med indskolingsbørn fortsætter flere år med opfølgninger efter interventionens afslutning.

- **Evaluering:** Interventioner som bliver igangsat med henblik på sundhedsfremme og forebyggelse bør evalueres løbende, således at tiltaget mod børneovervægt kan optimeres. Til evaluering anbefales virkningsevaluering, der tager sigte på at eksplicitere, hvorfor og hvordan en intervention virker med udgangspunkt i at forbedre og udvikle gennemførte interventioner i praksis (Krogstrup, Hanne Kathrine., Dahler-Larsen, Peter 2003). Omdrejningspunktet i virkningsevaluering er programteorien, der beskriver sammenhængen mellem interventionen og resultater ved at systematisere og forklare hvordan interventionen omsættes til resultater. Hovedsigtet er at bekræfte, afkræfte eller videreudvikle programteorien for at undersøge, hvad der virker, for hvem og under hvilke omstændigheder med udgangspunkt i at muliggøre en forbedring af interventionen (Ibid.). Denne evalueringsform er især nødvendigt, der indskolingsbørn er en blanding af forskellige typer børn og familier, hvor deres vaner, kultur, behov, kompetencer med mere kan være anderledes i forhold til hinanden. Programteorien

kan derfor bidrage til en evaluering af de gennemførte interventioner med henblik på at kvalificere og vurdere fremtidige interventioner til forebyggelse af børneovervægt i Danmark.

8.2 Utilsigtede konsekvenser

Interessen for at mindske den sociale ulighed i sundhed og social ansvarlighed i det danske samfund er en politisk interesse, som bygger på en etisk holdning om at social ulighed i sundhed er uretfærdigt. Ved sundhedsfremmende og forebyggende indsatser er der en lang række etiske forhold forbundet med social ulighed. Det ses blandt andet, at de normer og værdier, der tilhører de højtuddannede forældres livsstile, vil blive kommunikeret ud til resten af samfundet, da det oftest er disse familier, der kommunikerer om sundhed (Timm 1997). Dette kan medvirke til, at der kommunikeres om sundhed ud fra disses forståelser og normer, hvorfor det kan formodes, at familier med en anden livsstil ikke vil forstå og omsætte sundhedsbudskabet på den tiltænkte måde. I den forbindelse kan det antages, at forældre med forskellige livsstile og socialgrupper ofte reagerer forskellig på en sundhedsfremmende indsats, og der vil derfor være en social ulighed i det sundhedsmæssige udbytte af indsatsen (Holtug 2009b).

For at nå frem til forældre til indskolingsbørn med færre ressourcer, kan gruppebaserede indsatser være en mulighed, hvor interventionen tilrettelægges i forhold til forældretypers forskellige behov og støtte. Selvom interventioner kan være gavnligt for forældre med færre ressourcer, opstår der forskellige etiske, sundhedsfaglige og sundhedspolitiske problemstillinger. Det kan blandt andet være, at målgruppen er svær at nå samtidig med, at de alligevel ikke er motiverede for at ændre livstilen om, eller lever i vilkår, der gør det svært at ændre livsstil. Desuden ses en generelt tilbagefald hos forældre med færre ressourcer, idet et tiltag kræver en stor indsats for at ændre sundhedsadfærd samt at, interventioner kan opleves som stigmatisering, hvor forældrene kan føle sig stemplet på grund af deres livsstil (Diderichsen 2011). Dette fører videre til etiske problemstillinger, da stigmatisering kan medføre mulige skadevirkninger såsom lav selvværd og selvtillid (Holtug 2009b).

8.2.1 Etik

Gennem sundhedsinterventioner pålægges desuden disse familier ansvar, hvorfor det formodes, at en del af deres autonomi fratages med henblik på at fremme og forbedre deres sundhedsadfærd (Thing 2009). En forældre med manglende autonomi mister frihed og kompetencer, friheden til selv at bestemme og kompetencer til selv at tage beslutninger vedrørende sit eget liv. Uden en vis grad af autonomi er det svært at efterleve det ansvar og de krav fra samfundet der stilles om at være sund.

Derfor er det paradoksalt, idet samfundet stiller krav til forældres ansvar for egen og barnets sundhed og samtidig implementerer interventioner, hvor konsekvensen til en vis grad bliver, at deres autonomi og ansvar kan blive frataget (Thing 2009). Denne etiske problemstilling kan diskuteres ud fra et spørgsmål om pligtetik kontra nytteetik. Da pligtetikken har fokus på interventionen og dennes moralske værdi, er det vigtigt ud fra et pligtetisk perspektiv, at interventioner rettet mod børneovervægt skal kunne være moralske og skal tages hensyn til familierne, hvor de ikke tager på nogle måder skade af interventionen. (Holtug 2009b).

Et eksempel kunne være, at skolebaserede interventioner målrettet børneovervægt blandt indskolingsbørn kunne opleves som en stigmatisering af børn med høj BMI i klasserne, hvor der også er børn med normal BMI. Dette kunne ifølge et pligtetisk perspektiv ikke anses som moralsk, hvor der ses, at barnet tager skade af det. Hvorimod nytteetikken vejer fordelene og konsekvenserne af interventionen, hvilket vurderer dennes moralske værdi (Holtug 2009b). Ud fra et nytteetisk perspektiv retfærdiggøres valg af interventionstyper målrettet indskolingsbørn i forbindelse med børneovervægt, hvis der opnås mest mulige fordele og nytte fremfor konsekvenser. I udarbejdelsen og evalueringen af fremtidige skolebaserede interventioner mod børneovervægt, målrettet indskolingsbørn, er det relevant at indsamle viden om alle potentielle utilsigtede effekter af intervention for at opveje om det er nytteetisk perspektiv er forsvarligt at gennemføre.

8.3 Opsamling af forandringsperspektiver

Litteraturen viser, at øget fokus er vigtigt i forhold til indskolingsbørn som målgruppe. Der er flere anbefalinger for, hvordan der kan etableres en evidensbaseret intervention mod børneovervægt målrettet indskolingsbørn. Ud fra gennemgangen af foreliggende litteratur indenfor området, er der ikke klare og simple løsninger på forebyggelse af børneovervægt. Som tidligere nævnt (jf. analyse), er der mange barrierer indenfor forebyggelse af børneovervægt, men det er især mængden af kulturel kapital, der skal forøges, hvis en ændring skal ske blandt forældre og børn i form af reduktion af antallet af børn med overvægt samt. Herudover er det vigtigt, hvis andelen af børn med overvægt i Danmark skal reduceres, skal de forskellige forældretyper modtage tilbud om deltagelse i interventioner, hvor der tages højde for deres individuelle behov. Derudover er det vigtigt at engagere og inddrage de udsatte familier, der har brug for ekstra støtte og engagement i forhold til ændring af livsstil samt forebyggelse af børneovervægt på. Ud fra litteraturstudiet anbefales, at interventioner bør foregå i et tidligt stadie i børns liv, hvor skolen som interventionsarena med familieinddragelse er et vigtigt nøglebegreb målrettet reducering af BMI blandt børn. De sundhedsprofessionelle samt ansatte på skolerne har en stor rolle i forhold til etablering sunde vaner blandt familierne. Derudover

anbefales, at de skolebaserede interventioner inkluderer gruppebaserede undervisninger og aktiviteter i forhold til adfærdsændringer indenfor kost og motion. Evalueringer af interventioner er nødvendigt med henblik på at kvalificere og vurdere fremtidige interventioner til forebyggelse af børneovervægt i Danmark. Ligeledes fremhæver litteraturen en evidens for gavnlige effekter af reducering af BMI blandt børn ved opfølgninger op til seks år i forbindelse med interventionerne. Denne etiske problemstilling kan diskuteres ud fra et spørgsmål om pligtetik kontra nytteetik, om hvorvidt interventioner medfører utilsigtede hændelser blandt målgruppen. Formodentligt ud fra nytteetisk perspektiv vil en kombination af forældreinddragelse fra forskellige sociale grupper med uensartede mængder af kulturel kapital øge neutraliteten og styrke fællesskabet i interventionen, hvorved der tages højde for opstilling af mål ud fra forældrenes individuelle behov, motivation samt behov for støtte.

Kapitel 9. Metodekritik

I dette kapitel vurderes og diskuteres specialets kvalitet i forhold til de valgte metoders indvirkning på besvarelse af problemformulering. Kapitlet er inddelt ud fra begreberne validitet, herunder intern og ekstern validitet samt reliabilitet, der vurderer specialet styrker og svagheder. Metodekritik i forhold til den kvantitative hovedundersøgelse (del 1) er nærmere beskrevet i artiklen.

9.1 Validitet

Begrebet *validitet* inddeles i to underbegreber, *intern validitet* og *ekstern validitet*. Intern validitet handler om, hvorvidt metoden undersøger det, der er tiltænkt. Ekstern validitet er et udtryk for en vurdering af , hvorvidt de fundne resultater kan overføres eller generaliseres til andre kontekster (Juul 2013)

9.1.1 Intern validitet

I specialet er der foretaget en systematisk litteratursøgning, hvor de fundne litteratur er vurderet ud fra bestemte tjeklister alt efter studie design. Tjeklister er benyttet for at give en samlet vurdering af artiklernes svagheder og styrker og dermed samlet vurdering af kvaliteten. Samlet set vurderes de fundne litteratur valide, hvor størstedelen af studierne er systematiske reviews, metaanalyser og RCT'er som design. Der er enkelte tværsnitsstudier, som kan svække kvaliteten, idet tværsnitsstudie rangerer lavt i evidenshierarkiet (evidensstyrke III C), grundet designets begrænsninger (Juul 2013).

I forhold til den kvalitative metodologi, vurderes troværdighed høj, da metoden og fremgangsmåden til udarbejdelse af interviewguide og metodiske refleksioner er beskrevet og begrundet. Der er forsøgt at øge specialet transparens ved at beskrive og argumentere de metodiske valg og overvejelser, der er foretaget igennem forløbet. Den kvantitative metode har yderst været egnet til at undersøge og forstå forældrenes perspektiv af feltet børneovervægt.

Forældrenes karakteristika og diversiteten blandt dem og det opnåede mætningspunkt antages at øge metodens validitet (Vallgårda, Koch 2011). Undersøgelses resultaterne bygger på en gruppe med forskelligheder, herunder forskellige uddannelsesbaggrund, som repræsenterer børn i indskoling, der har givet relevant viden om forældrenes holdninger og erfaringer af om sundhed samt børneoverægt. Dette er med til at øge den interne validitet, idet metoden undersøger det, der er tiltænkt.

9.1.2 Ekstern validitet

Hovedparten er de fundne litteraturer gennem videnskabelige databaser er udenlandske. Studier fra Sverige, Norge og Finland anses som overførebare til dansk kontekst, da landene er fra Skandinavien samt har muligvis den samme sammensætning af forældre med forskellige holdninger om sund livsstil og børneovervægt. De fleste studier anses for at være overførebare til målgruppen, da det vurderes, at den metodemæssige tilgang og de udfordringer målpopulationen oplever er nogenlunde de samme ved børneovervægt. Litteraturstudiet inkluderer ligeledes studier fra USA, Australien og Italien, hvor disse tages med forbehold for direkte overførsel til dansk kontekst, idet kulturen og skole- og sundhedssystemet er anderledes. USA har for eksempel andre vanskeligheder med børneovervægt, som er kulturel bestemt, hvor problematikken er langt større sammenlignet med Danmark. Disse studier er inkluderet i undersøgelsen med forbehold, da de anses for at være relevante i forhold til besvarelse af problemformuleringen. På den anden side kan valg af inklusion om amerikanske studier argumenteres, da litteraturstudiet har flest resulteret i studier fra USA med høj evidensniveau, da der i USA ses en større tendens til udviklingen af overvægt samt en større ulighed i overvægt blandt børn.

Målpopulationen i specialet er indskolingsbørn i alderen 5-9 år, men grundet relevansen af andre studier med en bredere population end specialets, er også inkluderet. Nogen af studierne har en bred målpopulation, hvor både børn i alderen 5-9 er inkluderet samtidig med andre aldersgrupper såsom 10-17 også er inkluderet. Der tages forbehold for direkte overførsel til indskolingsbørn i alderen 5-9 år, da børn i forskellige alderstrin oplever børneovervægt anderledes. Disse studier er primært med fordi de inkluderer ligeledes specialets målgruppe og ligeledes på grund af færre kvalitative undersøgelser af overvægt blandt indskolingsbørn. Litteraturstudiet har resulteret i flere kvalitative undersøgelser blandt andre målgrupper af børn, der er derfor inkluderet to studier selvom målpopulation er op til 18 år.

Den systematiske litteratursøgning har ikke haft limits i forhold til udgivelsesår. De fleste inkluderede studier er nye og bygger på den nyeste eksisterende evidensbaserede viden. Limits i forhold til udgivelsesår er ikke valgt for ikke at udelukke relevante litteratur indenfor feltet. Dog er der reviews som inkluderer undersøgelser fra 1996 -2011. Disse studier er inkluderet i specialet, idet reviews har en høj evidensniveau i evidenshierarkiet (Juul 2013).

Med udgangspunkt i de kvalitative interviews, kan det diskuteres om resultaterne kan generaliseres til andre kontekster, idet kulturelle forskelle kan forekomme. Resultaterne kan overføres til andre børn i indskolingen med det forbehold, at der kan være forskellige forståelse af behovet for forebyggelse af børneovervægt samt definition af sundhed. Den kvalitative undersøgelse har taget udgangspunkt i at

inddrage forældre både til børn med normal- og overvægt for at imødekomme behovet i indskolingsklasser samt inddrage forskellige perspektiver, idet sammensætning af elever kan være anderledes. Derfor menes der, at undersøgelsesresultaterne kan overføres til børn i indskolingen i Danmark. Selvom de kvalitative interviews er subjektive og dermed kritiseres for generaliserbarhed, understøttes metoden af den kvantitative hovedundersøgelse (del 1), hvor begge resultater understøtter hinanden i forhold til forældrenes indvirkning på børn BMI gennem deres mængde af kulturel kapital.

Det er muligt at konkludere nogle generelle konklusioner, når specialets alle metodiske tilgange, herunder den kvantitative hovedundersøgelse (del 1), den kvalitative undersøgelse (del 2) og det semistrukturerede litteratursøgningens resultater sammenholdes mod hinanden. Som sammenkobling af resultaterne ses ligheder omkring hvilke børn der er i risikogruppe for at udvikle børneovervægt og hvilken indflydelse forældrene har i forhold til børns BMI. De fundne videnskabelige litteratur understøtter specialets overordnede resultat både fra del 1 og del 2, hvilket styrker den eksterne validitet i specialet.

Den teoretiske forståelsesramme, som har dannet rammerne for hele specialet bidrager ligeledes til den eksterne validitet i en positiv retning, idet Bourdieus begreber vurderes at kunne bidrage med en dybdegående forståelse og forklaring på forældrenes holdninger og syn.

9.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om, hvorvidt specialet resultater kan reproduceres, hvis metoden gentages.

Litteraturstudiet vurderes af høj reliabilitet, idet de forskellige trin i undersøgelsen er beskrevet trin for trin i søgebilaget XX. Ved at gentage den beskrevne fremgangsmåde med de samme søgetermer og limits, vil de samme litteratur kunne genfindes. Selve udvælgelsen af fundne litteratur, vil være anderledes, hvis en anden personen gentager kritisk læsning af titel og abstract. Dette skyldes, at forskeren på grund af forforståelse og fordomme vil påvirke udvælgelsen.

Det er svært at snakke om reliabilitet, når der er tale om et kvalitativt studie, idet forforståelsen og den teoretiske forståelsesramme formentlig har haft en betydning for specialets resultater. Selvom forforståelsen blev sat i parentes under udførelsen af de semistrukturerede interviews, har forforståelsen og den teoretiske forståelsesramme været styrende i analyse og diskussion af

resultaterne. Derfor vil andre, der undersøger samme problemfelt, finde andre fund og perspektiver sammenlignet med specialets resultater.

På baggrund af ovenstående vurderes specialets kvalitet som høj, når der tages forbehold for de mulige faktorer, som er beskrevet. Styrken ved dette speciale er, at problemfeltet er undersøgt via forskellige metoder, hvor fremgangsmåden er beskrevet og argumenteret.

Kapitel 10. Konklusion

Dette kapitel har til formål at besvare speciales overordnede problemformulering som lyder således: Hvordan udvikles, på baggrund af et evidensbaseret grundlag og erfaringer fra forældre til indskolingsbørn, en forandring inden for social ulighed i børneovervægt, og hvorledes kan denne viden danne grundlag for et beslutningsgrundlag i det fremadrettede indsatser? Der vil i kapitlet drages en konklusion på baggrund af specialets resultater ved anvendelse af mixed methods design, der bygger på en kvantitativ registerundersøgelse, kvalitativ forskningsinterview samt litteraturstudie.

Hovedresultaterne fra den kvantitative registerundersøgelse har påvist, at børns BMI er stærk associeret med forældrenes BMI og kulturel kapital. På baggrund af disse resultater og resultaterne fra de kvalitative semistrukturerede interview, kan det konkluderes, at forældrenes sociale positioner er afgørende for familiens valg af livsstil med hensyn til motion og sund kost. Dette grundet, deres mængde af kapitaler er bestemmende for, hvorvidt de undersøger, anvender og forholder sig kritisk overfor deres daglige vaner i et sundhedsperspektiv. Interviewresultaterne fra den kvalitative undersøgelse tyder på, at forældre med høj mængde af kulturel kapital er mere modtagelige overfor informationer og viden om sundhed på baggrund af deres høje mængde af institutionelle kulturelle kapital, som de har opnået gennem deres uddannelse. Tværtimod har forældre med kortere- eller ingen uddannelse ikke høje sundhedskompetencer på baggrund af deres begrænsede mængde af kulturel kapital. Der ses derfor en forskel på forældrenes vaner og forståelser i form af sundhed og hvorvidt de oplever barrierer i forbindelse med etablering eller bibeholdelse af sunde vaner indenfor kost og motion samt forebyggelse af børneovervægt. Udover den kulturelle kapital, kan det konkluderes, at den sociale og økonomiske kapital har en indvirkning på forældrenes livsstil, hvor forældre med lav mængde af kapital oplever barrierer i form af pris på økologiske produkter samt netværkets hæmning for deres potentiale for ændring af sunde vaner indenfor kost og motion.

Ud fra resultaterne fra de semistrukturerede interviews kan det ses, at forældrene har forskellige holdninger og behov i forhold til at ændre vaner, herunder kost- og motionsvaner i familien samt hvordan børneovervægt forebygges. Hovedparten af respondenterne understreger, at motivation er et vigtigt element for ændring kost- og motionsvaner. Dette er med til at forklare, at forældrenes motivationsniveau er vigtigt før det kan give mening for dem at ændre vaner i en sundere retning. For at ændre vaner har nogle forældre behov for støtte og opbakning, hvor udsatte familier med lavere mængde af kulturel kapital kan få mulighed for at få etableret kulturel kapital gennem interventioner ved at øge deres viden om sundhed. Respondenterne i det nærværende speciale har forskellige ressourcer, vaner og værdier, hvilket har en indvirkning på, hvordan de håndterer børneovervægt og

etablerer sunde vaner i hverdagen. Idet alle forældre ikke besidder en høj mængde af kulturel kapital, kan det være svært at etablere en intervention, der ikke egner til forældrenes behov for støtte. Ud fra Bourdieus teori vil børns habitus blive påvirket gennem skolen som felt. Hvis skoler, anskuet som feltet, både medinddrager barnet og forældrene i interventionerne, vil hele familiens habitus blive påvirket. Dette kan muligvis have indvirkning på reducering af barnets BMI, idet barnet vil blive motiveret til at etablere sunde vaner i hverdagen. I forbindelse med dette forældreperspektiv, kan det konkluderes, at interventioner rettet mod indskolingsbørn, bør tage udgangspunkt i forældrenes forskellige behov, viden, motivation og holdninger omkring sundhed og børneovervægt.

Igennem litteraturen er der identificeret evidensbaseret viden med henblik på at forebygge børneovervægt. Litteraturstudiet viser evidens for skolebaserede interventioner i et tidligt stadie, hvor hele familien inddrages. Interventioner der inddrager hele familien, har vist effekt på reducering af BMI blandt børn ved inddragelse af komponenterne; støtte, engagement, motivation samt undervisning af forældre i kost og motion. Ligeledes fremhæves i litteraturen, at der opnås evidensbaserede resultater ved opfølgning af familier op til seks år efter interventionerne. For at en forandring kan opnås indenfor børneovervægt, er det relevant, at der i fremadrettede indsatser fokuseres på opfølgning og evaluering, således grundlaget for, hvad der virker, for hvem og under hvilke omstændigheder kan dokumenteres og evalueres med udgangspunkt i at muliggøre en forbedring af indsatsen.

Selvom der er fokus på børneovervægt, og der gennemføres indsatser målrettet målgruppen, er der stadig behov for yderligere forskning og udvikling indenfor feltet, da børneovervægt er et stort folkesundhedsproblem. Ud fra litteraturen kan det konkluderes, at eksisterende interventioner rettet mod børn med overvægt, ikke har på nuværende tidspunkt inkluderet alle nødvendige fokusområder i forbindelse med forebyggelse af børneovervægt med et evidensbaseret grundlag.

Kapitel 11. Perspektivering

I dette afsluttende kapitel fremdrages et perspektiv, som nærværende speciale ikke har rettet fokus på, i forbindelse med forebyggelse af børneovervægt blandt indskolingsbørn. Nærværende speciale har beskæftiget sig med, hvordan der skabes en forandring i form af reduktion af social ulighed af børneoverægt, hvor der er fokus på reducering af BMI blandt indskolingsbørn. I dette kapitel vil fokus være på etniske minoriteter og børneovervægt, som er relevant at medtænke i implementeringen af skolebaserede interventioner på skolerne.

11.1 Etniske minoriteter og børneovervægt

Tidligere forskning har påpeget, at der er højere tendens til udviklingen af børneovervægt blandt tosprogede skolelever ved sammenligning af etniske danske elever i dagens Danmark (Andersen 2014, Pearson et al. 2007).

Ud fra litteraturen kan det ligeledes ses, at etniciteten har en stor betydning for forståelsen af sygdomsrisici, hvor Sundhedsstyrelsen peger på, at der ses en højere tendens til udviklingen eovervægt, overvægtsrelaterede sygdomme, livsstilsygdomme som type 2- diabetes samt hjertekarsygdomme hos de voksne med minoritetsbaggrund. Dette forøger risikoen for udvikling af børneovervægt blandt børn med især minoritetsbaggrund fra ikke- vestlige lande (Strunck, Lassen 2011).

Derfor er det nødvendigt, at de skolebaserede interventioner anvender en hensigtsmæssig sundhedspædagogisk tilgang i forbindelse med forebyggelse af børneovervægt blandt minoritetsbørn. Det er således nødvendigt, at interventionen tilpasses til den enkelte families viden om sundhed, mængde af kulturel kapital, motivation samt kulturbaseret habitus, der muligvis skiller sig ud fra de danske vaner i forbindelse med indtag af kost. Derudover kan der opleves andre barrierer i form af kulturforskelle og sprogbarrierer ved inddragelsen af forældre til minoritetsbørn (Andersen 2014).

Derudover kan familier med en anden etnisk baggrund end dansk kan være mere sårbare på grund af andre sociale betingelser i form af baggrundshistorier som flygtning fra krigslande eller andre problematikker de muligvis kan have på grund af sprogbarrierer. Dette kan få dem til at føle mere udsatte, hvis budskabet om forebyggelse af børneovervægt ikke er klart defineret. Kulturelle forskelle og sprogbarrierer kan gøre kompleksiteten i forebyggelse af børneovervægt større, da forældre med minoritetsbaggrund kan have tendens til at have lave mængder af kulturel kapital, hvor de kan have

svært ved at undersøge, kritisere og anvende viden om sundhed

Ud fra ovenstående kan det være muligt, at mangel på ressourcer i form af kapitaler og barrierer i forbindelse med kulturelle forskelle og sprogbarrierer kan være medvirkende til, at forældre med anden etnisk baggrund ikke kan gennemføre sundhedsfremmende interventioner, hvilket kan have indflydelse reducering af social ulighed i børneovervægt samt BMI blandt indskolingsbørn. Det er derfor nødvendigt, at skolebaserede interventioner inddrager alle forældre til indskolingsbørn uanset etnicitet, sociale gruppe samt kapitalmængde, således alle kan deltage i interventionerne. Dette kan skabe forandring i social ulighed i børneovervægt i Danmark, hvor skolebaserede interventioner kan mindske denne ulighed. Dette kan udføres ved, at der tages højde for alle forældrenes behov og ressourcer med henblik på at støtte dem i at have sundere vaner samt etablere en normal BMI blandt alle indskolingsbørn således, at risikoen for overvægt i voksenlivet samt livsstilssygdomme hertil forebygges i et tidligt stadie i barndommen.

Referenceliste

Abel, T. & Frohlich, K.L. 2012, "Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities", *Social science & medicine (1982),* vol. 74, no. 2, pp. 236-244.

Andersen, L.B., 2014, *Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen : vejledning til skolesundhedstjenesten*, Sundhedsstyrelsen; eksp. Komiteen for Sundhedsoplysning, Kbh.

Barlow, S.E.,Expert Committee 2007, "Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report", *Pediatrics,* vol. 120 Suppl 4, pp. S164-92.

Birkler, J. 2005, *Videnskabsteori : en grundbog,* Munksgaard Danmark, Kbh.

Børnevægtcentret 2015, , *Motion*. Available: http://bornevaegtscentret.kk.dk/artikel/motion [2015, 5/31/2015].

Bourdieu, P. 1986, "The forms of capital" in *Handbook of theory and research for the sociology of educatio*n, ed. In J. Richardson, Greenwood Press, Westport, Conn., pp. 241-258-xxiv, 377 s.

Bourdieu, P. 1997, *Af praktiske grunde : omkring teorien om menneskelig handlen,* København : Reitzel.

Bourdieu, P. 1986, *Distinction : a social critique of the judgement of taste,* Repr. edn, London : Routledge.

Bourdieu, P. & Bennett, T. 2010, *Distinction : a social critique of the judgement of taste,* Routledge, London.

Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. 1996, *Refleksiv sociologi : mål og midler,* Hans Reitzel, Kbh.

Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. 2007, *The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response : summary / edited by Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein,* Elektronisk udgave edn, World Health Organization.

Brennan, L., Walkley, J. & Wilks, R. 2012, "Parent- and adolescent-reported barriers to participation in an adolescent overweight and obesity intervention", *Obesity (Silver Spring, Md.),* vol. 20, no. 6, pp. 1319.

Brinkmann, Svend., Tanggaard, Lene 2010, *Kvalitative metoder : en grundbog,* Kbh. : Hans Reitzel.

Brødsgaard, A. 2010, *Ph.d.-afhandling fra Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsfaglige Fakultet, Syddansk Universitet. 2011, nr. 1. A childhood with or without overweight : mothers' action competence, health behaviour and relationships with their children : PhD thesis,* Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark, Odense.

Centis, E., Marzocchi, R., Di Luzio, R., Moscatiello, S., Salardi, S., Villanova, N. & Marchesini, G. 2012, "A controlled, class-based multicomponent intervention to promote healthy lifestyle and to reduce the burden of childhood obesity", *Pediatric Obesity,* vol. 7, no. 6, pp. 436.

Christensen, A. 2008, *Børn og unges sundhe*d, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, Kbh.

Christensen, V.T. 2011, "Does parental capital influence the prevalence of child overweight and parental perceptions of child weight-level?", *Social science & medicine (1982),* vol. 72, no. 4, pp. 469-477.

Cole,T.J.,Flegal,K.M.,Nicholls,D.,Jackson,A.A. 2007, "Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey ", *BMJ (Clinical research ed.),* vol. 335, no. 7612, pp. 194.

Danielsson, P., Svensson, V., Kowalski, J., Nyberg, G., Ekblom, O. & Marcus, C. 2012, "Importance of age for 3-year continuous behavioral obesity treatment success and dropout rate", *Obesity facts,* vol. 5, no. 1, pp. 34-44.

Diderichsen, F. 2011, "Sociale faktorers betydning for befolkningens helbred" in *Medicinsk sociologi : sociale faktorers betydning for befolkningens helbre*d, ed. In R Lund, U. Christensen & L. Iversen, 2nd edn, Munksgaard Danmark, Kbh., pp. 23-41-292 sider, illustreret.

Ennals, R. 2007, *Michael Marmot (2004) Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectanc*y.

Frederiksen, M. 2014, *Mixed methods-forskning : principper og praksis,* Hans Reitzel, Kbh.

Frederiksen, M. 2013, "Integration i 'mixed methods' forskning: Metode eller design?", *Metode & Forskningsdesign,* vol. 1, no. 1.

Golan,M.,Fainaru,M.,Weizman,A. 1998, "Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change", *International journal of obesity,* vol. 22, no. 12, pp. 1217.

Gottlieb, A.S., Mathiesen, K. & Ellebjer, L. 2011, *Børnesundhedsprofil for Københavns Kommune 2009. Social ulighed i børnesundhed,* Københavns Kommune.

Hanak, M.L. 2007b, *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen : en vejledning til Sundhedslovens §§119 stk. 1 og* 2, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Hegedahl, P. & Rosenmeier, S.L. 2007, *Social kapital som teori og praksis / Paul Hegedahl og Sara Lea Rosenmeier (red.),* Frederiksberg : Samfundslitteratur.

Hejgaard, T. & von huth Smith, L. 2013, *Forebyggelsespakke – overvæg*t, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Holland,Jodi Cahill., Kolko,Rachel P.,Stein,Richard I.,Welch,R.R.,Perri,Michael G.,Schechtman,Kenneth B.,Saelens,Brian E.,Epstein,Leonard H.,Wilfley,Denise E. 2014, "Modifications in parent feeding practices and child diet during family-based behavioral treatment improve child zBMI", *Obesity,* vol. 22, no. 5, pp. E119-E126.

Holtug, N. 2009b, *Etik i forebyggelse og sundhedsfremm*e, Sundhedsstyrelsen; eksp. Rosendahl-Schultz Distribution, Kbh.

Hystad, H.T., Steinsbekk, S., Ødegård, R., Wichstrøm, L. & Gudbrandsen, O.A. 2013, "A randomised study on the effectiveness of therapist-led v. self-help parental intervention for treating childhood obesity", *The British journal of nutrition,* vol. 110, no. 6, pp. 1143.

Illemann Christensen, A. 2014, *Danskernes Sundhed : Den nationale sundhedsprofil 201*3, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Illemann Christensen, A. 2009a, *Kram-undersøgelsen i tal og billede*r, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Sundhedsstyrelsen;, Kbh.

Juul, S., 2013, *Epidemiologi og evidens,* Nota, Kbh.

Kalavainen, M.,P, Korppi, M.,O. & Nuutinen, O.,M. 2007, "Clinical efficacy of group-based treatment for childhood obesity compared with routinely given individual counseling", *International journal of obesity,* vol. 31, no. 10, pp. 1500.

Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F. 2008, *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007,* Statens institut for folkesundhed, Kbh.

KL 2012, *Det nære sundhedsvæsen,* KL, Kbh.

Koch, M.B. 2012, *Samfundsmæssige omkostninger og kommunale udgifter ved udvalgte risikofaktore*r, Statens Institut For Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Kommunernes landsforening 2015, , *Hvert ottende barn er overvægtigt, når det begynder i skolen* . Available: http://www.kl.dk/Momentum/Momentum2013-20-2-id144319/ [2015, 5/12/2015].

Kommunernes landsforening 2013, . Available: http://www.kl.dk/Momentum/Momentum2013-20-2-id144319/ [2015, 20.03.15].

Korsbek,Lisa., Bendix,Ane Friis., Kidholm,Kristian 2006, "Profil af en systematisk søgning : søgeområde, databaser og afrapportering", *Ugeskrift for læger,* vol. 168, no. 14, pp. 1431-1434.

Krogstrup,Hanne Kathrine., Dahler-Larsen, Peter 2003, *Nye veje i evaluering : håndbog i tre evalueringsmodeller / Peter Dahler-Larsen, Hanne Kathrine Krogstrup,* Århus : Systime.

Kruk, J., F, K., C, L. & Jager-wittenaar, H. 2013, *Obesity: a systematic review on parental involvement in long-term E uropean childhood weight control interventions with a nutritional focu*s.

Kruuse, E. 2007, *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag,* 6th edn, Dansk psykologisk Forlag; eksp. DBK, Virum.

Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend 2009, *Interview : introduktion til et håndværk,* 2. udg. edn, Kbh. : Hans Reitzel.

Larsen, K. 2010, "Kapitel 3: Pierre Bourdieu" in *Sundhedssociologi: en grundbo*g, Tanggaard Andersen,Pernille;Timm,Helle U.; edn, Hans Reitzel, Kbh., pp. 50-73-300 s.

Launsø, Laila., Rieper, Olaf., Olsen, Leif, 2011, *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning,* 6. udgave edn, Kbh. : Nyt Nordisk Forlag.

Lavelle,H.V.,Mackay,D.F., Pell,J.P. 2012, "Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to reduce body mass index", *Journal of Public Health,* vol. 34, no. 3, pp. 360-369.

Lavelle, H.V., Mackay, D.F. & Pell, J.P. 2012, "Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to reduce body mass index", *Journal of Public Health,* vol. 34, no. 3, pp. 360-369.

Lunde, I.M. & Ramhøj, P. 2003, *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab : kvalitative metoder,* 3. oplag, 2003 edn, Akademisk Forlag, Kbh.

Matthiessen, J., Stockmarr, A., Biltoft-Jensen, A., Fagt, S., Zhang, H. & Groth, M.V. 2014, "Trends in overweight and obesity in Danish children and adolescents: 2000-2008 - exploring changes according to parental education", *Scandinavian Journal of Public Health,* vol. 42, no. 4, pp. 385-392.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015, , *Satspuljeaftale på sundhedsomraadet 2010-201*3. Available: http://www.sum.dk/Puljer/~/media/Filer - dokumenter/Satspuljeaftale_paa_sundhedsomraadet_2010-2013.ashx [2015, 5/31/2015].

Mølgaard, C.,f. 2007, *Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge - oplæg til strategi : en rapport fra Motions- og Ernæringsråde*t, Sundhedsstyrelsen, Søborg.

Møller, N.C., Wedderkopp, N., Kristensen, P.L., Andersen, L.B. & Froberg, K. 2007, "Secular trends in cardiorespiratory fitness and body mass index in Danish children: The European Youth Heart Study", *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports,* vol. 17, no. 4, pp. 331-339.

Murphy, M. & Polivka, B. 2007, "Parental Perceptions of the Schools' Role in Addressing Childhood Obesity", *Journal of School Nursing,* vol. 23, no. 1, pp. 40-46.

Niemeier, B.S., Hektner, J.M. & Enger, K.B. 2012, "Parent participation in weight-related health interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis", *Preventive medicine,* vol. 55, no. 1, pp. 3-13.

Nysom,K.,C,Mølgaard., Hutchings,B., K,Fleischer Michaelsen 2001, "Body mass index of 0 to 45-y-old Danes: reference values and comparison with published European reference values", *International journal of obesity,* vol. 25, no. 2, pp. 177.

Otto, L. 2009, ""Talen om folkesundhed i det moderne samfund, Kap 1"" in *Folkesundhed: i et kritisk perspektiv, ed. S. Glasdam, 1. udgave edn, Kbh. : Dansk Sygeplejeråd, , pp. 31.*

Parízková, J. & Hills, A.P., 2005, "Childhood Obesity: Prevention and Treatment, 2d ed.(PEDIATRICS)(Brief Article)(Book Review)", *SciTech Book News,* vol. 29, no. 2, pp. 111.

Pearson, S., Brolos, E.J., Herner, E.B., Hansen, B. & Olsen, B.S. 2007, "Screening Copenhagen school children at risk of type 2 diabetes mellitus using random capillary blood glucose", *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992),* vol. 96, no. 6, pp. 885-889.

Pearson, S., Hansen, B., Sorensen, T.I. & Baker, J.L. 2010, "Overweight and obesity trends in Copenhagen schoolchildren from 2002 to 2007", *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992),* vol. 99, no. 11, pp. 1675-1678.

Prieur, A., Sestoft, C., Esmark, K. & Rosenlund, L. 2006, *Pierre Bourdieu : en introduktion,* Hans Reitzel, Kbh.

Regber, S., Novak, M., Eiben, G., Bammann, K., De Henauw, S., Fernandez-Alvira, J.M., Gwozdz, W., Kourides, Y., Moreno, L.A., Molnar, D., Pigeot, I., Reisch, L., Russo, P., Veidebaum, T., Borup, I. & Marild, S. 2012, "Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries--the IDEFICS study", *Pediatric obesity,* vol. 8, no. 2, pp. 118-129.

Richelsen, B. 2003, *Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats,* Ernæringsrådet, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Richelsen, B. 1991, "Helbredsrisici ved fedme : betydningen af den regionale fordeling af fedtvævet", *Ugeskrift for læger,* vol. 153, no. 13, pp. 908-913.

Robinson, T.N. 1999, "Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial", *Jama,* vol. 282, no. 16, pp. 1561-1567.

Sonne-Holm, S. & Sørensen, T.I.A. 1977, "Post-War course of the prevalence of extreme overweight among Danish young men", *Journal of chronic diseases,* vol. 30, no. 6, pp. 351-358.

Spinks, A., Macpherson, A., Bain, C. & McClure, R. 2006, "Determinants of sufficient daily activity in Australian primary school children", *Journal of paediatrics and child health,* vol. 42, no. 11, pp. 674-679.

Strunck, J. & Lassen, I. 2011, "The discursive construction of self positioning amongst minority ethnic patients in a hospital ward", *Journal of Multicultural Discourses,* vol. 6, no. 3, pp. 273-290.

Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K.J. 2005, "Interventions for preventing obesity in children", *The Cochrane database of systematic reviews,* vol. (3), no. 3, pp. CD001871.

Sundhedsstyrelsen 2015e, , *Ernæring* . Available: http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/ernaering [2015, 5/31/2015].

Sundhedsstyrelsen 2015d, , *Agenda sundhed på tvræs af agend*a. Available: http://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/5FC10EEEA6C9457493F56B831CED843E.ashx [2015, 5/31/2015].

Sundhedsstyrelsen 2015a, , *Overvægt & Fedme* . Available: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ1999/fedme/Definition.htm [2015, 5/31/2015].

Sundhedsstyrelsen 2015b, , *Problemets omfang* . Available: http://www.enletterebarndom.dk/Fakta-om-overvaegt/Problemets-omfang.aspx [2015, 5/31/2015].

Sundhedsstyrelsen 2015c, , *Social ulighed i sundhed* . Available: http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesundhed/social-ulighed [2015, 5/31/2015].

Sundhedsstyrelsen 2012, *Sammenfattende evaluering af projekterne i satspuljen: "Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge*", Kbh.

Thing, L. 2009, "Motion på recept er en svær pille at sluge" in *Folkesundhed : i et kritisk perspektiv*, ed. S. Glasdam, 1. udgave edn, Kbh. : Dansk Sygeplejeråd, , pp. 271.

Thornquist, E. 2006, *Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene / af Eline Thonquist,* Kbh. : Gad.

Timm, H. 1997, "At have en krop og at være en krop : om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse", *Grus,* vol. 18, no. 52, pp. 24-36.

Tornhøj Christensen, V. 2011, "Vægt og kapital : differentieret vægt hos voksne og børn analyseret gennem Bourdieus begreber om habitus og kapital", *Dansk sociologi,* vol. 22, no. 3, pp. 81-105, 107.

Tylka T.L, Annunziato, RA., Burgard, D., Danielsdottir, S., Shuman, E., Davis, C. & Calogero, R.M. 2014, *"The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss",* Journal of obesity, vol. 2014, pp. 983495.

Twiddy, M., Wilson, I., Bryant, M. & Rudolf, M. 2012, "Lessons learned from a family-focused weight management intervention for obese and overweight children", *Public health nutrition,* vol. 15, no. 7, pp. 1310-1317.

Ugeskrift for læger 2014, *En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger*, http://ugeskriftet.dk/files/ugeskriftet.dk/artikel_7605.pdf edn, 1) Videncentret, Odense Universitetshospital 2) Afdeling for Kvalitet og forskning/MTV,.

Vallgårda, S. & Koch, L. 2011, *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab,* 4. udg. edn, Kbh. : Munksgaard.

Vallgårda, S. & Krasnik, A. 2010, *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik,* 2. udgave edn, Kbh. : Munksgaard.

van der Kruk, J.J., Kortekaas, F., Lucas, C. & Jager-Wittenaar, H. 2013, "Obesity: a systematic review on parental involvement in long-term European childhood weight control interventions with a nutritional focus", *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity,* vol. 14, no. 9, pp. 745-760.

Wackerhausen, S. 1994, ""Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme"" in *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*, eds. U. Juul Jensen & P. Fuur Andersen, Philosophia, Århus, pp. 43-208 sider.

Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D. & Dietz, W.H. 1997, "Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity", *The New England journal of medicine,* vol. 337, no. 13, pp. 869-873.

Wilken, L. 2006, *Pierre Bourdieu,* Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

World Health Organization 2000, *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*, World Health Organization.

World Obesity Federation 2002, *Obesity in Europe - The Case For Actio*n, International Obesity TaskForce & European Association for the Study of Obesity, London.

Bilagsliste

Bilag 1. Spørgeskema fra AKF

Bilag 2. Syntax fil

Bilag 3. Standardbilag til beskrivelse og dokumentation af informationssøgning og-udvælgelse

Bilag 4. Interviewguide

Bilag 5. Liste over de skoler, som er blevet kontaktet i forhold til rekruttering af forældre til kvalitative interviews.

Bilag 6. Infobrev til forældre

Bilag 7. Samarbejde med Aalborg Kommunes Sundheds- og Kulturforvaltning

Bilag 8. Samtykkeerklæring

Bilag 9. Transskription

Bilag 10. Matrice