



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Ut och lek!

Det bästa för barns hälsa?

Författare: Lisa Hjelm & Hanna Weimann

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2009

Omfattning: 15 hp

Handledare: Lena Andersson

Examinator: Anette Sverker

Sahlgrenska akademien
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Ut och lek! Det bästa för barns hälsa?

Engelsk titel: Outdoor play and child health.

Författare: Lisa Hjelm och Hanna Weimann

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2009

Omfattning: 15 hp

Handledare: Lena Andersson

Examinator: Anette Sverker

Sammanfattning

Bakgrund: Barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa. För att åstadkomma detta krävs hälsofrämjande arbete riktat mot barn. Bland de faktorer som påverkar hälsan finns den omgivande miljön. Tidigare forskning har visat samband mellan gröna utemiljöer och en positiv påverkan på hälsan. **Syfte:** Syftet med detta examensarbete är att undersöka om det finns ett samband mellan barns vistelsetid utomhus och deras hälsa i form av allmän hälsa, psykiskt välbefinnande och självkänsla samt att undersöka hur dessa utfall, oberoende av tid utomhus, förhåller sig i relation till barnets kön, ålder och familjens inkomst. **Metod:** Kvantitativ metod baserad på data från den svenska delen av det europeiska forskningsprojektet *Identification and prevention of dietary- and lifestyle-induced health effects in children and infants* (IDEFICS). De data som analyserats kommer från en enkätundersökning bland föräldrarna till de deltagande barnen. **Resultat:** Det har i detta examensarbete framkommit att pojkar i åldern sex till tio år som vistas utomhus i parker, lekparkar och liknande mer än 30 minuter på förmiddagen skrattar och har roligt i större utsträckning än pojkar som vistas utomhus 30 minuter eller mindre. Resultaten visar även att västsvenska barn har en mycket god hälsa och att inga statistiskt säkerställda skillnader finns mellan könen. **Diskussion:** Tillgången till ett befintligt datamaterial har inneburit möjlighet att genomföra bättre och mer långtgående analyser än vad som annars varit möjligt. De resultat som framkommit finner stöd i den teoretiska modell om hälsans bestämningsfaktorer som härlett arbetet och stöds även av tidigare forskning inom området.

Sökord: hälsa, barn, lek, utomhus, folkhälsa.

Abstract

Introduction: Children have the right to the highest attainable standard of health. Health promotion directed at children is needed to achieve this. The surrounding environment is one of the factors which determine health. Previous research has shown connections between a green environment and better health. **Aim:** The aim of this essay is to examine if there is a correlation between the time children spend outdoors and their health in terms of general health, mental well-being and self-esteem. Beyond this purpose, this essay also examines the frequency of health outcomes in relation to the child's sex, age and the family's income. **Method:** Quantitative method based on data obtained from the Swedish part of the European research project *Identification and prevention of dietary- and lifestyle-induced health effects in children and infants* (IDEFICS). The analysed data origin from a survey conducted among the parents to the participating children. **Results:** The findings showed that boys aged six to ten years who spent more than 30 minutes in parks, playgrounds and similar environments before noon laugh and have fun more often than those who are outdoors 30 minutes or less. The result also shows that children in the western part of Sweden have a very good health and that there are no statistically significant differences between the sexes. **Discussion:** The access to existing data has contributed to a better and more extensive analysis. The results are confirmed by the theoretical model of the determinants of health and by previous research in the area.

Keywords: health, children, play, outdoor, public health.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Svenska barns hälsa	2
Folkhälsa och hälsofrämjande arbete	2
Naturens hälsofrämjande faktorer	3
<i>Naturtillgång och effekter</i>	3
<i>Hälsofrämjande effekter hos barn</i>	4
Teorier om hälsans påverkansfaktorer	5
<i>Individfaktorer</i>	6
<i>Närmiljö</i>	7
<i>Samhällsmiljö</i>	7
<i>Utveckling av ämnesområdet</i>	8
Syfte	9
Frågeställningar	9
Metod	9
Datamaterial	9
Urval	10
Enkätfrågor	10
Bortfall	12
Statistisk analys	12
Resultat	13
Utevistelse och hälsa	13
<i>Tid i park, lekpark och liknande</i>	14
<i>Hälsa i relation till tid utomhus</i>	14
Barnens hälsostatus	17
<i>Hälsa i förhållande till kön</i>	18
<i>Hälsa i förhållande till ålder</i>	19
<i>Hälsa i förhållande till ekonomi</i>	20
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
<i>Styrkor</i>	20
<i>Begränsningar</i>	21
<i>Validitet</i>	21
<i>Reliabilitet</i>	22
<i>Generaliserbarhet</i>	23
Resultatdiskussion	23
<i>Huvudfynd</i>	23
<i>Barnens hälsa, utomhusvistelse och socioekonomiska status</i>	24
<i>Samband mellan hälsa och övriga variabler</i>	24
Slutsats	26
Referenser	27

Inledning

De miljöer som barn växer upp i är i ständig förändring. Den spontana leken har minskat i takt med att bebyggelsen ökat och allt fler fritidsaktiviteter blivit organiserade. Samtidigt lockar ett ständigt ökande utbud av underhållning från datorer och TV (1). Vi tror att det är viktigt att vara uppmärksam på att dessa förändringar kan komma att påverka barns hälsa och uppväxtvillkor såväl positivt som negativt. Risken finns att kontakten med miljöer som har en hälsofrämjande inverkan försvinner i och med förändrade levnadsvanor. Att de miljöer som barn vistas i har förändrats blir synligt genom den drastiska minskningen av deras vistelse i skog och mark. De senaste 20 åren har mängden besök som svenska barn gör i skogen halverats (2). Detta har skett trots att tillgången till skogsområden i Sverige är god och en stor del av Sveriges befolkning anser att besök i skog och mark är en nödvändighet för en god livskvalitet (3). Vi menar att det finns en brist på undersökningar som studerat hur ökad utevistelse påverkar barns fysiska och psykiska hälsa. Vi är av den anledningen intresserade av att undersöka om barn som vistas mycket utomhus har en bättre hälsa än motsvarande barn som är inomhus i högre grad. Vi anser att det är viktigt att satsa på förebyggande hälsoarbete och som ett led i detta är det grundläggande att utreda vilka faktorer i omgivningen som främjar barns hälsa. Vår förhoppning är att detta examensarbete skall bidra till att belysa detta ytterligare.

Bakgrund

Svenska barns hälsa

Hälsan bland svenska barn är överlag mycket god och de flesta barn i skolåldern upplever att de är friska (4). Antalet olycksfall minskar bland både pojkar och flickor och barn trivs allt bättre i skolan. För att upprätthålla dessa positiva resultat är det nödvändigt att barns hälsa prioriteras. Det är angeläget att uppväxten blir så god som möjligt och att med hjälp av förebyggande insatser bidra till att ge alla barn grunderna till ett hälsosamt beteende. Detta kan också hjälpa till att skapa en god hälsa genom hela livet (4). Statens folkhälsoinstitut bekräftar att uppväxtförhållandena är av stor vikt för barn och ungdomars fysiska och psykiska hälsa och att dessa kan komma att påverka dem under resten av livet. Speciellt fokus läggs på vikten av att förebygga psykisk ohälsa då detta är ett av de stora folkhälsoproblemen i Sverige (5). Att barns hälsa måste prioriteras stöds också av FN:s barnkonvention där artikel 24 slår fast att alla barn har rätt till "bästa uppnåeliga hälsa" (6).

Trots att hälsan bland Sveriges barn är synnerligen god finns det anledning att vara observant. Det saknas rikstäckande studier på prevalensen av övervikt och fetma, men sammantaget förefaller det vara så att 15-20 procent av barnen är överviktiga och 3-5 procent lider av fetma (4). Vidare har Folkhälsorapporten från år 2009 visat att vissa barn i Sverige har brister i sin psykiska hälsa och med sitt välbefinnande (4). Andelen barn i Sverige som är överviktiga ökade konstant från mitten av 1980-talet och fram till början av 2000-talet. Under senare år finns tecken som tyder på att ökningen av andelen barn med fetma kan ha stannat upp och eventuellt har denna kvot även börjat minska (7). Enligt Undersökningarna av Levnadsförhållanden (ULF) har andelen elever som rapporterar att de känner sig mobbade inte minskat, trots att allt fler skolor arbetar aktivt mot mobbing. Kroppsliga och psykologiska symtom är vanligare bland skolbarn som mobbas, magont och huvudvärk var tre gånger så vanligt och nedstämdhet var åtta gånger vanligare hos elever som kände sig mobbade minst en gång i veckan än hos elever som inte mobbades (8). Dock råder oenighet kring huruvida barn med fetma också löper högre risk än andra barn att utveckla psykisk ohälsa (4). Det är även många sjukdomar, exempelvis diabetes och hjärt-kärlsjukdomar som debuterar i barndomen varför uppväxtåren, i många aspekter, är en kritisk period (9).

Folkhälsa och hälsofrämjande arbete

Det svenska folkhälsoarbetet utgår idag till stor del från de målområden för att främja folkhälsan som riksdagen beslutade om i början av 2000-talet (5). Målområdena för folkhälsa är elva till antalet och fokuserar alla på aspekter som påverkar folkhälsan utifrån det övergripande målet att "skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen". De målområden som till största delen berör inriktningen på denna uppsats är målområde tre om barn och ungas uppväxtvillkor samt nummer nio som behandlar fysisk aktivitet. Båda dessa mål kan

kopplas till skolans värld och den viktiga roll som denna spelar i arbetet med att jämna ut skillnader som finns mellan olika barns uppväxtvillkor. Inom målområde nummer nio finns dessutom ett undermål om "mer fysisk aktivitet i förskola, skola och i anslutning till arbetet" (5).

Inom det folkhälsovetenskapliga området finns olika tillvägagångssätt för att hantera sjukdom och hälsa. De huvudsakliga strategierna benämns som hälsofrämjande respektive sjukdomsförebyggande arbete. Ett hälsofrämjande arbetssätt innebär att större fokus läggs på faktorer som främjar hälsa snarare än att förebygga sjukdom. Man väljer då att, istället för att lägga all sin uppmärksamhet på dem som löper risk att bli sjuka, i högre grad inkludera fullt friska personer i arbetet. Detta arbetssätt anses öka möjligheterna att bevara och stärka hälsan och välbefinnandet i samhället (10). Inom förebyggande hälsoarbete är det centralt att söka efter faktorer i miljön som kan skapa god hälsa. Dessa faktorer kan innefattas i begreppet stödjande miljöer (10). Stödjande miljöer kan delas in i fysisk och social miljö och innefattar alla miljöer där människor befinner sig, exempelvis bostadsmiljön och miljöer för arbete och fritid (11). Essensen i begreppet stödjande miljöer handlar om att skapa förutsättningar för människor att leva sina liv och utföra sina aktiviteter på ett sådant sätt att det främjar hälsa i vardagen (12).

Naturens hälsofrämjande faktorer

I rapporter som behandlar fysisk miljö och hälsa läggs stor vikt på faktorer i miljön som orsakar ohälsa och sjukdom och lite eller ingen vikt läggs vid hälsofrämjande fysiska miljöer (1, 13). Det finns dock studier på vuxna som pekar på att olika resurser i utemiljön, som tillgång till natur och gröna miljöer, kan verka både sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande (14-16).

Naturtillgång och effekter

Överlag förefaller det vara så att genomsnittssvensken i hög grad upplever att skog, parker och andra grönområden är viktiga för det allmänna välbefinnandet. I en undersökning gjord på uppdrag av skogsstyrelsen år 2005 ombads de drygt 900 deltagande respondenterna att ta ställning till påståendet "För mig är det nödvändigt för livskvaliteten att komma ut i skog och mark". 42 procent svarade ja, absolut och 38 procent svarade ja på frågan. Totalt fyra procent svarade nej eller nej, absolut inte. Vistelse i skog och mark var viktigast för människor i medelåldern och minst viktigt för de yngsta respektive de äldsta respondenterna i undersökningen (3).

Vetenskaplig kunskap för att undersöka kopplingen mellan tillgång till natur och förbättrad hälsa började genereras under 1980-talet. I en studie genomförd i USA under 1984 (17) undersöktes hur snabbt patienter tillfriskande efter en operation av gallblåsan. Två grupper jämfördes, dem som haft en grön parkmiljö utanför sjuksalens fönster respektive dem vars utsikt bestått av en tegelvägg. Genom att studera patientjournaler, och i dem mäta sjukhusvistelsens omfattning, mängd

smärtstillande medel och antal negativa sjuksköterskekommentarer visade det sig att de patienter som haft parkmiljö utanför sitt fönster kunde skrivas ut snabbare, hade färre negativa kommentarer samt hade behövt en mindre mängd smärtstillande medel än den motsvarande patientgruppen vars utsikt bestått av en tegelvägg (17).

I Sverige består mer än 50 procent av den totala landarealen av skog (18) och genom allemansrätten har alla en unik behörighet och tillgång till skogen och dess möjligheter (19). Både mängden natur och närheten till denna är faktorer som spelar roll för i vilken grad den utnyttjas. En studie (14) från Sveriges lantbruksuniversitet (SLU), vilka står för den mesta svenska forskningen på ämnet, fann statistiskt signifikanta samband mellan självrapporterad upplevelse av stress och användandet av öppna gröna ytor, såsom parker, trädgårdar och andra ytor i stadsmiljö. Artikelförfattarna konstaterade att resultatet av studien indikerar att människor oavsett kön, ålder eller socioekonomisk status förefaller vara mindre stressade ju mer tid de spenderar utomhus i gröna miljöer. En holländsk studie (20) publicerad samma år som den svenska studien visade på liknande resultat. I denna studie jämfördes tre olika hälsovariabler; antal symptom under de senaste två veckorna, uppskattad allmän hälsa samt resultatpoäng i ett hälsofrågeformulär, med bland annat procentandelen grönområde och vattenyta i närmiljön. Resultatet av studien visade en högre risk för mental ohälsa och fler symptom hos dem som var bosatta i mycket urbana områden. På motsvarande sätt var personer med en mer grön närmiljö påtagligt mycket friskare än andra (20). Liknade resultat uppvisades i en undersökning (16) där man studerade närheten till grönområden och sambandet med BMI och upplevd stress. Studien, som utfördes i Danmark, fann en relation mellan avstånd till närmast tillgängliga grönområde och hälsostatus vad gäller övervikt och upplevd stressnivå (16).

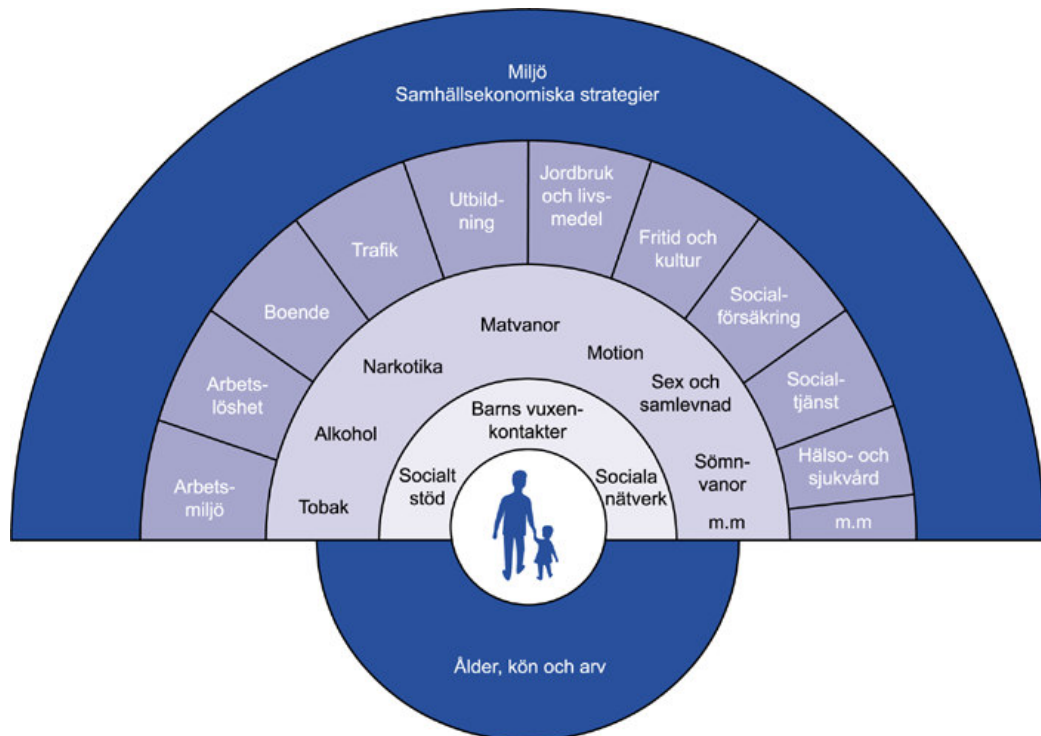
Hälsofrämjande effekter hos barn

Enligt socialstyrelsen kan förskolebarns hälsa påverkas positivt när de är utomhus. Bland annat är det känt att smittspridningen mellan barnen minskar vid utomhusvistelse, dels för att smittdoserna späds ut i den stora luftvolymen och dels för att barnen inte är lika tätt inpå varandra som vid inomhusvistelse (21). En riksomfattande svensk undersökning gjord på förskolebarn upp till två års ålder visade en lägre sjukfrånvaro hos de barn som var ute mer än sex timmar per vecka (22). Samma effekt kunde ses hos barn på så kallade "I Ur och Skur"-förskolor där sjukfrånvaron var signifikant lägre än bland barn på traditionella förskolor (23). Förskolebarn som är ute i naturlig miljö och har tillgång till natur på gården förefaller också vara friskare än barn som i huvudsak vistas inne utan tillgång till natur (24). Det finns även studier som undersökt sambandet mellan så kallade gröna skolgårdar och barns hälsa (25). Exempelvis visar dessa att en grönare skolgård kan bidra till ökad fysisk aktivitet genom att en varierad miljö skapar förutsättningar för många olika typer av lek. Utomhuslek kan, i sig självt, ge andra positiva effekter på barns hälsa utöver den fysiska hälsan, bland annat genom att bidra till ökad uppmärksamhet, utveckling av sociala relationer och ett ökat välmående hos barnen (26). Bland de granskade studierna är det mycket få som studerat sambanden mellan barns nivå av utomhusvistelse och deras psykiska hälsa och självkänsla.

Teorier om hälsans påverkansfaktorer

Hur begreppet hälsa bör definieras är en pågående diskussion. Ännu saknas en definition som kan användas i alla sammanhang och de preciseringar som finns är inte entydiga. Tankarna kring hur hälsa bör definieras har förändrats genom åren och Världshälsoorganisationen (WHO) har i sina definitioner i allt högre grad lämnat de tidigare tankarna kring hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och istället valt att fokusera på hälsa som ett långt, friskt, rikt och jämlikt liv. Dessa fyra värdebegrepp skall var för sig betraktas som likvärdiga och lika viktiga. WHO vill komma ifrån tanken på hälsa som ett mål i sig och snarare fokusera på att god hälsa är en resurs för individerna och samhället i stort (10).

En individs hälsa påverkas av en mängd olika faktorer vilka brukar benämnas som hälsans bestämningsfaktorer. Dessa är bland annat biologiska och personliga faktorer, socioekonomiska faktorer, hälsobeteenden, och miljöfaktorer (9). I böckerna Grundläggande folkhälsovetenskap (10) och Folkhälsa och hälsofrämjande insatser (9) presenteras en modell över hälsans bestämningsfaktorer. Modellen, vilken visas nedan (Figur 1), innehåller dessa faktorer och har som ambition att ge en generell bild av de faktorer som påverkar människors hälsa oberoende av var i livet eller i världen som individen befinner sig. Detta innebär att modellen måste beaktas och tolkas utifrån den målgrupp som är i fokus, i detta fall barn i tidig skolålder.



Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer (9, 10)

Vad som styr hälsans bestämningsfaktorer hos barn och i vilken grad dessa är avgörande för utfallet skiljer sig troligtvis från hur situationen ser ut hos vuxna individer. Det finns goda skäl att anta att föräldrar och andra närstående vuxna, exempelvis mor- och farföräldrar, spelar större roll för individens hälsa under uppväxten än under vuxenlivet. Även barns behov av trygga miljöer, hemma, i skolan och utomhus kan också antas vara mer påtagliga än hos vuxna. Att barnets levnadsförhållanden är stabila och trygga bidrar även det till att stärka hälsan (10).

Modellen består av en central kärna där individfaktorer såsom ålder kön och arv ryms. Runt denna har sedan lagts fyra olika skikt med faktorer av skilda slag, från de individuella livsstilsfaktorerna till mer övergripande och generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer. I det skikt som behandlar individuella livsstilsfaktorer ryms kost, motion och liknande. Här finns även faktorer som rökning, alkohol och sex vilket dock i mindre grad direkt berör den målgrupp som denna uppsats fokuserar på. I nästa nivå ryms de samhälleliga och lokala nätverk inom vilken individen befinner sig. Viktiga faktorer inom denna nivå är individens tillgång till socialt stöd och sociala nätverk samt tillgången till stabila och starka nära relationer (9). Nästkommande skikt behandlar arbetsförhållanden inom vilka utbildning, arbetsmiljö och arbetslöshet ryms. Här finns även sådant som styr hur en persons levnadsvillkor ser ut, exempelvis tillgång till bra bostäder, god hälso- och sjukvård, säkert vatten och avlopp samt ett hållbart jordbruk som ger god livsmedelsproduktion. I modellens yttersta skikt finns övergripande sociala, kulturella, ekonomiska och miljörelaterade faktorer vilka i låg grad styrs av individen själv. Exempel på sådana faktorer är graden av jämställdhet och jämlikhet i samhället och den nationella säkerheten (9, 10).

Individfaktorer

De individbaserade egenskaperna såsom kön, ålder och ärftliga faktorer följer individen genom hela livet och kan i de flesta fall varken elimineras eller styras av individen själv. Likväl påverkar de hälsoutfallet på en mängd olika sätt (10). Hälsans bestämningsfaktorer innehåller en genusaspekt som påverkar hur pojkars och flickors generella hälsoutfall ser ut. Pojkar och flickor löper olika stor risk att drabbas av sjukdomar och skador under barndomen (4) och man har konstaterat att det finns könsskillnader inom flera av de indikatorer som används för att skatta den egna hälsan. Flickor i åldern 10-18 år har överlag sämre värden på den självskattade hälsan än vad pojkarna i samma ålder har. De rapporterar exempelvis att de i lägre grad känner sig nöjda med sig själva och att de oftare känner sig ledsna eller nere. Det är även vanligare att flickor än pojkar i denna ålder har psykosomatiska besvär vilket exempelvis kan innebära problem med huvudvärk och magont samt insomningssvårigheter (27). Vad gäller motion förefaller det vara så att pojkar och flickor rör sig ungefär lika mycket (4).

Vad gäller ålder så har jämförande undersökningar som gjorts på elever i femte respektive nionde klass kring skolbarns hälsovanor och självskattade hälsa visat att de yngre barnen mår bättre än de äldre. Hos eleverna i årskurs fem har man kunnat se

att dessa mår minst lika bra som femteklassarna gjorde för 20 år sedan. Utvecklingen förefaller dock inte ha varit lika gynnsam för de äldre eleverna där man vet att andelen flickor som säger sig bli stressade av skolarbetet på drygt tio år ökat från 50 till 70 procent år 2005/06 (28). Det verkar också vara så att äldre barn och ungdomar motionerar i lägre grad än vad yngre barn gör (4).

Nedärvda sjukdomar såsom diabetes och hjärt-kärlsjukdomar kan bryta ut redan i barndomen och påverka den allmänna hälsan. För vissa ärftliga sjukdomar finns möjlighet att med hjälp av hälsosamma vanor och ett medvetet beteende minska risken att sjukdomen eller åkomsten bryter ut (10).

Närmiljö

Barnets närmiljö omfattas i huvudsak av det som i den teoretiska modellen beskrivs inom det skikt som behandlar samhällliga och lokala nätverk. Det som utgör barnets närmsta omgivning består framför allt av skolan och hemmiljön. Det är inom dessa sfärer som barnet spenderar större delen av sin vakna tid. Inom det som klassificeras som närmiljö finns även barnets sociala nätverk, både mycket nära och mer avlägsna relationer. Faktorer i närmiljön som är utanför barnets kontroll men avgörande för dess hälsa är bland annat föräldrarnas utbildningsnivå och deras fysiska och psykiska hälsostatus. Även barnets tillgång till nära och trygga sociala relationer kan av allt att döma antas påverka hälsan. Här ingår även personer utanför den närmsta familjen, exempelvis vänner, skolkamrater, lärare och annan skolpersonal. Barns tillgång till och möjlighet att vistas utomhus och i gröna miljöer bestäms i hög grad av andra än dem själva. Beroende på barnets ålder och närmiljöns karaktär finns varierande möjligheter till utomhusvistelse och besök i park, lekpark och andra gröna miljöer. De vuxna som ansvarar för barnet har själva sina egna åsikter och tankar kring detta vilket kan bidra till att öka eller begränsa mängden utomhusvistelse. Även barnets kost och motionsvanor ligger under en stor del av uppväxten inom de ansvariga vuxnas kontroll. De vanor och beteenden som barnet växer upp med kan antas påverka hur det agerar även i vuxen ålder. Det är därför mycket viktigt att barnet ges möjlighet att etablera en livsstil som borgar för en minskad risk för ett ohälsosamt och sjukligt vuxenliv. Här har en mängd olika samhällsfunktioner möjlighet att på sitt vis bidra till en friskare befolkning, exempelvis genom tobaks- och alkoholprevention (9).

Samhällsmiljö

Samhällsmiljön innefattar i denna uppsats de faktorer som tas upp inom de två yttersta skikten i den beskrivna modellen. Till det som ingår i samhällsmiljön kan räknas en mängd socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade funktioner såväl som levnadsvillkor och arbetsförhållanden (9). För barnet och dess hälsa kan faktorer som bostadsförhållanden, föräldrarnas sociala och ekonomiska livssituation, säkra miljöer samt en fungerande hälso- och sjukvård antas vara avgörande. Till säkra miljöer kan bland annat inkluderas säkra trafikförhållanden, en giftfri miljö samt en

låg risk för olyckor (5). Barnen kan antas ha en mycket begränsad möjlighet att påverka de faktorer som ryms inom modellens yttersta skikt varför de i högre grad än vuxna individer är utlämnade till att övergripande samhällsfunktioner fungerar tillfredställande.

Familjens socioekonomiska status har visat sig ha stor betydelse för barnets hälsa. Barn som växer upp i en familj med låg socioekonomisk status riskerar att få en sämre fysisk och psykisk hälsa (29). Familjens sociala position och barnets strukturella uppväxtvillkor påverkar vilka hälsorisker individen utsätts för under barndomen. Man har sett att barn som lever i ekonomiskt svaga familjer oftare upplever en rädsla för våld och hot och oftare än andra barn känner sig otrygga i bostadsområdet och i skolan. Det finns även tecken som tyder på att dessa barn generellt sett har ett färre antal kamrater (8). Barn i utsatta familjer löper extra stor risk att redan i fosterstadiet exponeras för bland annat tobaksrökning, alkohol och undernäring vilket i många fall minskar deras motståndskraft när de senare i livet utsätts för andra riskfaktorer (4). Ju fler hälsorisker barnet tvingas möta under sin uppväxt desto större är risken att dess framtida hälsostatus blir dålig (9). Om familjens kapacitet att stimulera barnet och dess möjlighet att erbjuda stöttning vid påfrestningar är god kan detta dock fungera som en buffert (4).

Utveckling av ämnesområdet

Den beskrivna modellen och de teorier som ligger till grund för den kommer att utgöra den teoretiska basen i detta examensarbete. Då det finns en mängd kunskapsluckor inom ämnet barn, natur och hälsa är ovanstående beskrivning och tolkning av modellen ett försök att fundera kring hur dessa teorier kan bidra till att utveckla ämnesområdet. Genom att undersöka hur barns hälsa i allmänhet, deras psykiska hälsa samt självkänsla, är kopplat till nivån av utevistelse i olika miljöer är förhoppningen att bidra med mer kunskap som fokuserar på dessa faktorer. Då barns uppväxtvillkor och den livsstil som de skolas in i är en viktig determinant för deras framtida hälsa (9) finns mycket goda skäl att prioritera åtgärder för att säkerställa att dessa villkor blir så goda som möjligt.

Det europeiska forskningsprojektet *Identification and prevention of dietary- and lifestyle-induced health effects in children and infants* (IDEFICS) (30) syftar till att undersöka och förebygga barns hälsa i relation till kost och livsstil. Inom projektet har en mängd data samlats in som berör barns hälsa och hälsobeteende, bland annat utevistelse. Detta examensarbete har tillgång till den del av dessa data som samlats in i Sverige vilket öppnar för goda möjligheter att studera eventuella samband mellan barns hälsa och vistelse i utomhusmiljöer.

Syfte

Syftet med detta examensarbete är att undersöka om det finns ett samband mellan barns vistelsetid utomhus och deras hälsa i form av allmän hälsa, psykiskt välbefinnande och självkänsla samt att undersöka hur dessa utfall, oberoende av tid utomhus, förhåller sig i relation till barnets kön, ålder och familjens inkomst.

Frågeställningar

- Påverkas barns hälsa av hur lång tid de befinner sig utomhus i park, lekpark eller annan utomhusanläggning mellan uppvaknandet och klockan 12?
- Påverkas barns hälsa av hur lång tid de befinner sig utomhus i park, lekpark eller annan utomhusanläggning mellan klockan 12 och klockan 18?
- Påverkas barns hälsa av hur lång tid de befinner sig utomhus i park, lekpark eller annan utomhusanläggning mellan klockan 18 och läggdags?
- Finns det ett samband mellan barns hälsa och den tid de tillbringat lekandes utomhus en typisk vardag respektive helgdag?
- Hur förhåller sig barns hälsa i relation till kön?
- Hur förhåller sig barns hälsa i relation till ålder?
- Hur förhåller sig barns hälsa i relation till familjens totala månadsinkomst efter skatt?

Metod

Detta examensarbete bygger på kvantitativa tvärsnittsdata från Västra Götaland, vilka är insamlade som en del i det europeiska forskningsprojektet IDEFICS. Datainsamlingen pågick mellan september 2007 och april 2008 (31).

Datamaterial

IDEFICS är ett stort forskningsprojekt inom EU som undersöker hälsa bland barn i relation till kost och livsstil. Syftet är dels att studera orsakerna till att kost- och livsstilsrelaterad ohälsa bland barn uppstår och dels att utveckla en interventionsmetod för att minska denna typ av ohälsa bland barn i Europa. Projektet innefattar mätningar från åtta olika länder och bygger på ett samarbete mellan ett 20-tal olika universitet, sjukhus och myndigheter inom EU (30). De data som ingår i detta examensarbete hämtas från den svenska delen av IDEFICS. Sveriges delansvar

i projektet är kopplat till Karolinska Institutet i Stockholm, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg samt Göteborgs universitet (30). IDEFICS har prövats i etikprövningsnämnden och hos myndigheter som behandlar sekretessfrågor och för att garantera deltagarnas anonymitet har personuppgifter avkodats och individen har tilldelats ett ID-nummer. De barn som deltar i svenska IDEFICS var vid första mättillfället mellan två och nio och ett halvt år gamla och är inskrivna i skolor och förskolor i Mölndal, Partille och Alingsås (31). De aktuella skolorna har valts ut av ansvarig folkhälsoplanerare i respektive kommun med målet att finna en uppsättning skolor och förskolor som kan representera kommunens totala population. Undersökningen baseras på ett totalurval av samtliga elever till och med årskurs två i utvalda skolklasser och förskolegrupper (32).

I ett första steg kallades alla föräldrar med barn på dessa skolor och förskolor till föräldramöten där de fick information om IDEFICS. Därefter kontaktades samtliga föräldrar, både de som deltagit vid föräldramötet och de som inte deltagit, via telefon. Ett antal föräldrar fick forskarna inte kontakt med och deras barn utgör en del av bortfallet. Totalt inkluderades 32 skolor och förskolor, 18 i Partille, 12 i Mölndal och två i Alingsås. I Partille ingick 907 barn från 12 förskolor och två skolor. I Mölndal kom de 597 deltagande barnen från sju förskolor och fem skolor. I Alingsås ingick totalt 319 barn i studien. Det totala bortfallet ligger på 35 procent. Av de 2759 barn som först kontaktades undersöktes 1799. Bortfallet för barn i förskoleåldern är även det 35 procent och bland barn i skolåldern är bortfallet 34 procent (32).

Urval

Vi har i denna uppsats valt att inkludera barn i skolåldern, som vid mättillfället var sex år eller äldre, totalt 874 individer. Det datamaterial som använts till examensarbetet kommer från en enkät med totalt 70 frågor vilka föräldrarna till de deltagande barnen på de utvalda skolorna har fyllt i. De enkätfrågor som har varit av störst intresse fokuserar på föräldrarnas egen skattning av sitt barns allmänna hälsa, psykiska välbefinnande och självkänsla samt en skattning av barnets genomsnittliga vistelsetid i olika utomhusmiljöer. Även frågor som rör barnets kön och ålder samt familjens totala inkomst efter skatt har använts i uppsatsen för att undersöka relationen mellan hälsa och dessa faktorer.

Enkätfrågor

Den allmänna hälsan hos barnen har mätts genom att föräldern tagit ställning till frågan: Hur tycker du att ditt barns allmänna hälsa är? och skattat hälsan på en femgradig skala där svarsalternativen är 1. mycket god, 2. god, 3. skaplig, 4. dålig och 5. mycket dålig.

Det psykiska välbefinnandet hos barnen har mätts genom att föräldern tagit ställning till fyra olika påståenden om hur barnet agerat under den senaste veckan. Ett av dessa

påståenden valdes ut för att ingå i vidare analyser. Detta lyder: Under den senaste veckan har mitt barn skrattat och haft roligt. Föräldern har sedan ombetts skatta sitt svar på en fyragradig skala där svarsalternativen är 1. inte alls, 2. mycket sällan, 3. ibland samt 4. ofta eller alltid.

Barnets självkänsla har även den mätts genom att föräldern tagit ställning till fyra olika påståenden om barnets agerande under den senaste veckan. Det påstående som valts ut för att ingå i vidare analyser lyder: Under den senaste veckan har mitt barn tyckt om sig själv. Föräldern har sedan ombetts skatta sitt svar på skalan 1. inte alls, 2. mycket sällan, 3. ibland samt 4. ofta eller alltid.

Uppgifterna om barnens vistelsetid utomhus kommer även de från föräldraenkäten där ett antal frågor under rubriken fritidsaktiviteter och konsumtionsvanor handlar om utomhusaktiviteter. En av de frågor som valts ut berör hur mycket tid barnen tillbringar utomhus i park, lekpark eller annan utomhusanläggning. I frågeformuläret delas dagen upp i tre delar, från uppvaknandet till kl. 12, från kl.12 till kl. 18 och från kl. 18 till läggdags. Inom varje tidsintervall fick föräldern sedan ange om barnet vistats utomhus under 0 minuter, 1-15 minuter, 16-30 minuter, 31-60 minuter eller mer än 60 minuter. I analyserna har en gräns dragits mellan 30 minuter eller mindre respektive mer än 30 minuters vistelsetid i park lekpark eller annan utomhusanläggning. Två olika kategorier har därmed skapats. Detta gäller samtliga tre perioder under dagen. Utöver detta har ytterligare två frågor valts ut vilka handlar om hur mycket tid barnet har tillbringat lekandes utomhus en typisk vardag och en typisk helgdag. Dessa data kan användas som kontinuerliga variabler då frågan är ställd i timmar och minuter och föräldern på så sätt fritt fått uppskatta tiden som barnet tillbringat lekandes utomhus. I båda fallen har de kontinuerliga värdena använts plus att nya variabler har skapats genom att dela upp materialet i två delar. Gränsen har dragits vid två timmar eller mindre respektive mer än två timmars lek utomhus.

Barnens ålder har delats upp i intervallen sex till sju år och åtta till tio år där den äldsta i åldersgruppen åtta till tio år vid mättillfället var nio och ett halvt år gammal. För att få fram barnets ålder har man bett föräldern att ange barnets födelsedatum. Frågan som tar upp barnets kön har svarsalternativen pojke respektive flicka. I analysen har alla variabler stratifierats för kön.

Familjens inkomstnivå undersöktes genom frågan: Vilken är hushållets totala månadsinkomst efter skatt (inklusive bidrag, räntor och avkastning)? Svarsalternativen var här 1-10 000 kr, 10 000-13 000 kr, 13 001-17 000 kr, 17 001-22 000 kr, 22 001-28 000 kr, 28 001-35 000, 35 001-42 000 kr, 42 001-50 000 kr samt mer än 50 000 kr. I analyserna har de nio intervall som anges ovan slagits ihop två och två. De intervall som har använts i analyserna är därmed 1-13 000 kr, 13 001-22 000 kr, 22 001-35 000 kr, 35 001-50 000 kr samt mer än 50 000 kr i inkomst per månad.

Bortfall

Tabell 1 visar antalet som svarat på respektive fråga, hur många svar som fallit bort och den andel som dessa utgör i procent. Störst är bortfallet på frågan om barnets vistelsetid i park lekpark eller annan utomhusanläggning där drygt åtta procent av föräldrarna avstått från att svara på frågan. Mer än 99 procent av de svarande har angett hur lång tid barnet vistas lekandes utomhus under en typisk vardag respektive helgdag. Ytterligare bortfall har uppstått i och med korrigering av fel i databladet då otydliga svar har exkluderats ur undersökningen. Dessa exkluderingar har gjorts i de frågor som angår barnens vistelsetid utomhus en typisk helgdag respektive vardag. Den övre gränsen för lek utomhus sattes till 12 timmar per dygn.

Tabell 1. Svarsfrekvens för samtliga variabler hos deltagande sex- till tioåringar

Variabel	Deltagare	Bortfall	
	n	n	%
Kön	874	0	0
Allmän hälsa	846	28	3
Familjens inkomst	852	22	3
Skrattat och haft roligt	850	24	3
Inte lust att göra någonting alls	851	23	3
Tyckt om sig själv	843	31	4
Lek utomhus vardagar	870	4	0
Lek utomhus helgdagar	870	4	0
Vistelse i park m.m. från uppvaknandet till kl. 12	819	55	6
Vistelse i park m.m. från kl. 12 till kl. 18	832	42	5
Vistelse i park m.m. från kl. 18 till läggdags	803	71	8

Statistisk analys

I denna uppsats har variablerna analyserats enligt kvantitativ metod med hjälp av statistikprogrammet SPSS version 16.0. Som ett första steg i analysen undersöktes svarsfrekvenser i procent för varje enskild variabel för att få en överblick av materialet och för att klargöra fördelningen av svarsalternativ. För att ytterligare tydliggöra svarsfrekvenserna skapades även diagram och tabeller för varje variabel. I nästa steg av analysen undersöktes eventuella skillnader i svarsfrekvenser mellan olika grupper genom att föra in variablerna i korstabeller. Alla frågor har stratifierats efter kön och utöver det har även gruppindelningar efter vistelsetid utomhus, ålder och inkomst gjorts. Dessa variabler jämfördes sedan med utfallet av allmän hälsa, psykiskt välbefinnande och självkänsla. Korstabellerna visar den procentuella fördelningen av hälsoutfall för varje grupp och möjliggör även jämförelse mellan olika grupper. De tabeller som redovisas i resultatet har utformats i Excel 2003, baserat på data från SPSS. För att fastställa eventuella statistiskt säkerställda skillnader i svarsfrekvenser mellan de olika grupperna användes det ickeparametriska testet chitvåtest vilket är lämpligt att använda för att analysera skillnader i fördelning mellan grupper eller klasser. Chitvåtestet jämför förväntade värden med observerade värden för att se om och hur mycket fördelningen av individer i de olika grupperna skiljer sig från varandra (33). För detta test har signifikansnivån $p < 0.05$ använts.

Sannolikheten att fel slutsatser har dragits på grund av slumpmässig variation är då mindre än fem procent. För att undersöka eventuella statistiskt signifikanta korrelationer mellan variabler användes Spearmans rangkorrelationskoefficient vilken kan beräkna samband mellan variabler som är indelade enligt ordinalskalor, skalor med kategorier där svarsalternativen kan rangordnas (33). Denna analys genomfördes för att undersöka samband mellan de variabler som mäter utomhusvistelse och variabler för olika hälsoutfall. Även i detta fall användes signifikansnivån $p < 0.05$. Detta test lyckades dock inte visa några signifikanta korrelationer mellan vare sig utevistelse, ålder, inkomst eller kön och någon av hälsovariablerna och redovisas därför inte i resultatet.

Resultat

Resultatet av analyserna visar att barnen i snitt är utomhus och leker 2,6 timmar varje vardag och 3 timmar under helgdagar (Tabell 2). Resultatet visar även att majoriteten av barnen i studien har en mycket god allmän hälsa, de skrattar och har roligt ofta, och de flesta av barnen tycker om sig själva (Tabell 5). Resultatet är baserat på data från 874 barn vilka vid mättillfället var mellan sex år och nio och ett halvt år gamla. Fördelningen mellan pojkar och flickor är jämn, 49 procent respektive 51 procent.

Utevistelse och hälsa

Tabell 2 redovisar flickors respektive pojkars genomsnittliga tid för lek utomhus i förhållande till olika hälsoutfall. De barn i studien som har bäst hälsa har en kortare genomsnittlig tid för lek utomhus än de som har fått sin hälsa skattad som något sämre. De grupper som har allra längst genomsnittlig lektid utomhus under helgdagar är de flickor som skrattat och haft roligt mycket sällan och som mycket sällan tyckt om sig själva. Det är dock mycket få som ingår i dessa grupper. I övrigt har de barn som fått sin hälsa skattad som bra enligt alla hälsovariabler en genomsnittlig tid utomhus som är mycket lik den totala genomsnittstiden, 2,6 respektive 3 timmar, för vardag och helgdag. Inga test för att kontrollera statistisk signifikans angående skillnader i medelvärden har utförts.

Tabell 2. Medelvärde för antal timmar lek utomhus under en typisk vardag respektive helgdag uppdelat efter kön och olika hälsovariabler

Variabler	Pojkar			Flickor		
	Vardag timmar (m)	Helgdag	n	Vardag timmar (m)	Helgdag	n
Barnets allmänna hälsa						
Mycket god	2,6	3,0	312	2,6	2,9	329
God	2,8	3,1	98	2,7	3,1	86
Skaplig	2,4	3,2	7	2,4	2,5	11
Dålig	0	0	0	0	0	0
Mycket dålig	0	0	0	0	0	0
Barnet har skrattat och haft roligt						
Mycket sällan	0	0	0	3	4	1
Ibland	2,6	3,8	41	3,1	3,2	38
Ofta eller alltid	2,6	2,9	379	2,5	2,9	388
Barnet har tyckt om sig själv						
Mycket sällan				3,2	4,3	5
Ibland	2,6	3,3	73	2,6	2,9	76
Ofta eller alltid	2,6	2,9	343	2,6	3,0	343
Totalt	2,6	3,0	416	2,6	3,0	424

Tid i park, lekpark och liknande

Resultatet för frågorna som gäller utomhusvistelse i park, lekpark eller annan utomhusanläggning visar att flest barn i studien tillbringar tid utomhus mellan klockan 12 och 18 på dagen, under den tiden var närmare 60 procent av alla barn ute mer än 30 minuter varje dag. Detta följt av perioden mellan uppvaknandet och klockan 12 då över 40 procent av både flickor och pojkar var ute mer än 30 minuter. Kvällstid, efter klockan 18, är den period då barnen har varit ute i minst utsträckning.

Hälsa i relation till tid utomhus

Tabell 3 och 4 visar en översikt över flickors respektive pojkars hälsa i förhållande till om de spenderat mer eller mindre än 30 minuter utomhus i park, lekpark eller annan utomhusanläggning fördelat på olika tidsperioder under dagen. Av dem som är ute mer än 30 minuter mellan uppvaknandet och klockan 12 har en något större andel av barnen fått sin allmänna hälsa skattad som mycket god jämfört med dem som på förmiddagen en vanlig dag vistas max 30 minuter utomhus i park etcetera. Även när det gäller utomhusvistelse mellan klockan 12 och klockan 18 så har en något större andel av föräldrarna till de barn som är ute över 30 minuter skattat barnets hälsa som mycket god jämfört med föräldrarna till de barn som är ute 30 minuter eller mindre. Detta gäller för både flickor och pojkar. Totalt är det endast 65 barn som varit

utomhus i park, lekpark eller annan utomhusanläggning mer än 30 minuter mellan klockan 18 och läggdags. För flickorna var det även här en större andel av dem som varit ute över 30 minuter vars hälsa skattats som mycket god. Hos pojkarna däremot har en mindre andel av dem som varit ute mer än 30 minuter på kvällen skattats ha en mycket god hälsa. Jämförelser av utevistelse i förhållande till psykiskt välbefinnande visar att en något större andel av de pojkar som har varit ute mer än 30 minuter fram till klockan 18 på dagen ofta eller alltid har skrattat och haft roligt under den senaste veckan jämfört med dem som varit ute max 30 minuter. För pojkar som varit ute i parker och liknade mer än 30 minuter före klockan 12 finns en statistiskt signifikant skillnad ($p = 0.04$) i om det skrattat och haft roligt ofta/alltid eller ibland jämfört med dem som varit ute mindre än 30 minuter. Resultaten visar att dem som varit ute längre i större utsträckning har skrattat och haft roligt ofta eller alltid. För flickorna gäller att en större andel av de föräldrar till barn som varit ute mer än 30 minuter efter klockan 18 har angett att barnet ofta eller alltid skrattat och haft roligt än de föräldrar till barn som varit ute mindre än 30 minuter. Vad det gäller självkänslan hos barnen så liknar frekvenserna varandra oavsett om barnen har varit ute mer eller mindre än 30 minuter i park, lekpark eller annan utomhusanläggning.

Tabell 3. Andel flickor som vistats i park, lekpark eller annan utomhusanläggning under olika tider på dagen

Variabler	Tid i park, lekpark eller annan utomhusanläggning					
	Mellan uppvaknandet och kl. 12		Mellan kl. 12 och kl. 18		Mellan kl. 18 och läggdags	
	0-30 minuter	Mer än 30 minuter	0-30 minuter	Mer än 30 minuter	0-30 minuter	Mer än 30 minuter
	% (n)		% (n)		% (n)	
Barnets allmänna hälsa						
Mycket god	77 (162)	79 (153)	77 (120)	78 (198)	78 (286)	80 (24)
God	21 (44)	19 (36)	21 (32)	20 (50)	20 (73)	20 (6)
Skaplig	2 (5)	3 (5)	2 (3)	3 (7)	2 (9)	0 (0)
Dålig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mycket dålig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	100 (211)	100 (194)	100 (155)	100 (255)	100 (368)	100 (30)
	p=0,84 ^a		p=0,86 ^a		p=0,69 ^a	
Barnet har skrattat och haft roligt						
Inte alls	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mycket sällan	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Ibland	8 (16)	10 (19)	9 (14)	9 (23)	9 (34)	6 (2)
Ofta eller alltid	92 (196)	90 (174)	91 (142)	91 (231)	90 (333)	94 (29)
Totalt	100 (212)	100 (194)	100 (156)	100 (255)	100 (367)	100 (31)
	p=0,41 ^b		p=0,98 ^b		p=0,60 ^b	
Barnet har tyckt om sig själv						
Inte alls	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mycket sällan	1 (2)	2 (3)	1 (1)	2 (4)	1 (4)	3 (1)
Ibland	18 (38)	19 (37)	21 (33)	17 (42)	18 (66)	19 (6)
Ofta eller alltid	81 (171)	79 (152)	78 (121)	82 (207)	81 (295)	77 (24)
Totalt	100 (211)	100 (192)	100 (155)	100 (253)	100 (365)	100 (31)
	p=0,80 ^c		p=0,37 ^c		p=0,58 ^c	

^aSignifikansnivå för kategorierna mycket god, god och skaplig

^bSignifikansnivå för kategorierna ibland och ofta eller alltid

^cSignifikansnivå för kategorierna mycket sällan, ibland och ofta eller alltid

Tabell 4. Andel pojkar som vistats i park, lekpark eller annan utomhusanläggning under olika tider på dagen

Variabler	Tid i park, lekpark eller annan utomhusanläggning					
	Mellan uppvaknandet och kl. 12		Mellan kl. 12 och kl. 18		Mellan kl. 18 och läggdags	
	0-30 minuter	Mer än 30 minuter	0-30 minuter	Mer än 30 minuter	0-30 minuter	Mer än 30 minuter
	% (n)		% (n)		% (n)	
Barnets allmänna hälsa						
Mycket god	74 (153)	76 (137)	74 (113)	76 (183)	75 (260)	63 (20)
God	25 (52)	21 (38)	25 (38)	22 (53)	23 (79)	34 (11)
Skaplig	1 (2)	3 (5)	1 (2)	2 (5)	2 (6)	3 (1)
Dålig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mycket dålig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	100 (207)	100 (180)	100 (153)	100 (241)	100 (345)	100 (32)
	p=0,29 ^a		p=0,71 ^a		p=0,28 ^a	
Barnet har skrattat och haft roligt						
Inte alls	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mycket sällan	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ibland	11 (24)	6 (10)	12 (18)	8 (19)	8 (29)	16 (5)
Ofta eller alltid	89 (186)	94 (170)	88 (137)	92 (223)	92 (319)	84 (27)
Totalt	100 (210)	100 (180)	100 (155)	100 (242)	100 (348)	100 (32)
	p=0,04 ^b		p=0,21 ^b		p=0,17 ^b	
Barnet har tyckt om sig själv						
Inte alls	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mycket sällan	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ibland	17 (35)	17 (30)	18 (27)	17 (40)	17 (59)	21 (6)
Ofta eller alltid	83 (174)	83 (147)	82 (127)	83 (199)	83 (288)	79 (23)
Totalt	100 (209)	100 (177)	100 (154)	100 (239)	100 (347)	100 (29)
	p=0,96 ^c		p=0,84 ^c		p=0,61 ^c	

^aSignifikansnivå för kategorierna mycket god, god och skaplig

^bSignifikansnivå för kategorierna ibland och ofta eller alltid

^cSignifikansnivå för kategorierna mycket sällan, ibland och ofta eller alltid

Barnens hälsostatus

Majoriteten av både pojkar och flickor i studien har en mycket god allmän hälsa. Endast ett fåtal av de föräldrar som svarat på enkäten har uppskattat barnens hälsa som skaplig snarare än god eller mycket god. Även det psykiska välbefinnandet hos barnet har i stor utsträckning skattats högt. Det mest frekventa svaret angående om barnet under den senaste veckan skrattat och haft roligt var att detta hänt ofta eller alltid. Självkänslan hos barnen, vilken mätts genom frågan om barnet tyckt om sig själv den senaste veckan, har även den skattats högt av föräldrarna genom att en majoritet sagt att barnet ofta eller alltid tyckt om sig själv. Detta gäller för både pojkar och flickor (Tabell 5).

Hälsa i förhållande till kön

Av dem som har skattat sina barns hälsa som mycket god, alltså bästa möjliga svarsalternativ för allmän hälsa, så är 52 procent föräldrar till en flicka och 48 procent föräldrar till en pojke. Av de barn som under senaste veckan mycket sällan tyckt om sig själva var samtliga fem individer flickor vilket motsvarar en procent av det totala antalet flickor.

Tabell 5. Hälsostatus uppdelad efter kön

Variabler	Pojkar		Flickor		p-värde (skillnad mellan pojkar och flickor)
	n	%	n	%	
Barnets allmänna hälsa					0,35 ^a
Mycket god	312	75	332	77	
God	98	24	86	20	
Skaplig	7	2	11	3	
Dålig	0	0	0	0	
Mycket dålig	0	0	0	0	
Totalt	417	100	429	100	
Barnet har skrattat och haft roligt					0,74 ^b
Inte alls	0	0	0	0	
Mycket sällan	0	0	1	0	
Ibland	41	10	39	9	
Ofta eller alltid	379	90	390	91	
Totalt	420	100	430	100	
Barnet har tyckt om sig själv					0,79 ^c
Inte alls	0	0	0	0	
Mycket sällan	0	0	5	1	
Ibland	73	18	77	18	
Ofta eller alltid	343	82	345	81	
Totalt	416	100	427	100	

^aSignifikansnivå för kategorierna mycket god, god och skaplig

^bSignifikansnivå för kategorierna ibland och ofta

^cSignifikansnivå för kategorierna, ibland och ofta

Hälsa i förhållande till ålder

Den allmänna hälsan hos sex- till sjuåringarna har värderats som mycket bra av en något större andel föräldrar än hos åtta- till tioåringarna, vilket visas i Tabell 6. Skillnaderna i allmän hälsa mellan åldersgrupperna är statistiskt signifikanta för flickor ($p=0.018$). För psykiskt välbefinnande gäller att en något större andel av föräldrarna till åtta- till tioåringar anser att barnet under senaste veckan ofta eller alltid skrattat och haft roligt jämfört med föräldrarna till sex- sjuåringar. Inom respektive åldersgrupp är andelen som ofta skrattat och haft roligt 91 procent hos åtta- till tioåringarna och 90 procent hos sex- till sjuåringarna. En något högre andel av åtta- till tioåringarna jämfört med sex- till sjuåringarna bedömdes av sina föräldrar ha tyckt om sig själva ofta eller alltid under den senaste veckan.

Tabell 6. Barns allmänna hälsa uppdelad efter ålder och kön

Variabler	Pojkar		Flickor	
	6-7 år	8-10 år	6-7 år	8-10 år
	% (n)		% (n)	
Barnets allmänna hälsa				
Mycket god	76 (200)	73 (112)	79 (226)	75 (106)
God	23 (60)	25 (38)	20 (58)	20 (28)
Skaplig	1 (3)	3 (4)	1 (3)	6 (8)
Dålig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mycket dålig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	100 (263)	100 (154)	100 (287)	100 (142)
	$p=0,47^a$		$p=0,018^a$	
Barnet har skrattat och haft roligt				
Inte alls	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mycket sällan	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)
Ibland	10 (27)	9 (14)	9 (27)	8 (12)
Ofta eller alltid	90 (237)	91 (142)	90 (259)	92 (131)
Totalt	100 (264)	100 (156)	100 (287)	100 (143)
	$p=0,68^b$		$p=0,72^b$	
Barnet har tyckt om sig själv				
Inte alls	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mycket sällan	0 (0)	0 (0)	1 (4)	1 (1)
Ibland	18 (48)	16 (25)	19 (53)	17 (24)
Ofta eller alltid	82 (213)	84 (130)	80 (229)	82 (116)
Totalt	100 (261)	100 (155)	100 (286)	100 (141)
	$p=0,56^c$		$p=0,76^b$	

^aSignifikansnivå för kategorierna mycket god, god och skaplig

^bSignifikansnivå för kategorierna ibland och ofta eller alltid

^cSignifikansnivå för kategorierna, ibland och ofta eller alltid

Hälsa i förhållande till ekonomi

De flesta barnen bor i familjer där den totala månadsinkomsten inklusive bidrag, räntor och avkastning efter skatt är mellan 22 001 och 35 000 kronor eller mellan 35 001 och 50 000 kronor. Dock har tre procent av hushållen en inkomst under 13 000 kronor per månad och tio procent av familjerna tjänar över 50 000 kronor per månad. Av föräldrarna i hushåll med en månadsinkomst på max 13 000 kronor har en mindre andel skattat barnets hälsa som mycket god än övriga deltagare i studien. Procentuellt sett har alltså de barn i studien som tillhör den lägsta inkomstklassen i något lägre grad ansetts ha mycket god hälsa.

Av de svarande föräldrarna sa en majoritet att barnet skrattat och haft roligt ofta eller alltid under senaste veckan. Gruppen som svarade att det hände ibland utgjordes till åtta procent av föräldrar till barn där den totala månadsinkomsten låg under 13 001 kronor vilket kan jämföras med att denna grupp utgör två procent av det totala antalet deltagare. Detta innebär att en större andel av föräldrarna i den lägsta inkomstgruppen har skattat att barnet mer sällan skrattar och har roligt än föräldrarna i övriga inkomstgrupperna gjort. Det finns en statistiskt signifikant skillnad ($p=0.043$) i hur mycket föräldrarna har skattat att deras barn skrattar och har roligt mellan de olika inkomstgrupperna. Detta gäller då ingen uppdelning av pojkar och flickor har gjorts. På frågan om barnet under senaste veckan tyckt om sig själv angav mellan 14 och 35 procent av föräldrarna med en inkomst mellan 1-22 000 kronor att barnet tyckte om sig själv ibland och mellan 65 och 86 procent sa att det hände ofta eller alltid. Detta kan jämföras med att mellan 10 och 21 procent av föräldrarna med en inkomst över 22 001 kronor angav att det hände ibland och att mellan 79 och 88 procent av dessa föräldrar ansåg att barnet ofta eller alltid tyckt om sig själv.

Diskussion

Metoddiskussion

Till detta examensarbete valdes kvantitativ metod då denna metod möjliggör analyser av samband (34) och därmed lämpar sig bra för att besvara frågeställningarna i syftet. Valet av metod påverkades även av tillgången till data från den svenska delen av IDEFICS. Med tanke på tidsrymd, ekonomiska möjligheter och egen kapacitet anser vi att användandet av ett befintligt datamaterial var det bästa valet. Detta val har i sig möjliggjort att studien har kunnat utföras i en större omfattning än vad som annars varit genomförbart.

Styrkor

Styrkan med den valda metoden ligger först och främst i tillgången till datamaterial från IDEFICS och det ansevärd antalet deltagare som inkluderats i analyserna. Genom att den ursprungliga undersökningen inom IDEFICS redan var genomförd och ingen tid behövde spenderas på datainsamling så har en större del av vår energi

istället kunnat läggas på analyser av datamaterialet. Tillgången till ett omfattande material gav oss möjlighet att välja bland en mängd olika frågor och innebar också att vi kunde komplettera med nya frågor efterhand, något som varit svårt att genomföra om vi själva samlat in all data. Vidare ger den kvantitativa metoden möjlighet att generalisera resultatet till en större del av befolkningen, förutsatt att urvalet är stort nog och att det har utförts på ett korrekt sätt (35).

Begränsningar

De frågor som ingått i uppsatsen har ursprungligen konstruerats för att passa in i en annan studie och är inte utformade specifikt för att besvara vårt syfte. Trots att den föräldraenkät som utformats inom IDEFICS innehöll ett 70-tal frågor var det ett stort antal av dessa som inte var relevanta i förhållande till våra frågeställningar. Det är också i många fall svårt att precisera exakt vad de olika frågorna mäter. Detta gäller specifikt för de påståenden där föräldern ombeds att uppskatta sitt barns hälsa. Frågorna i IDEFICS-studien har ställts till föräldrarna då barnen är för små för att själva kunna skatta sin hälsa och sitt välbefinnande, något som kan ha gett ett missvisande resultat. Att mäta denna typ av variabler på barn är, som denna uppsats visat, förknippat med metodologiska utmaningar vilket kan vara en orsak till att så få studier gjorts på ämnet barn, hälsa och utomhusvistelse.

Validitet

Målet med detta examensarbete har varit att på ett så säkert och tillförlitligt sätt som möjligt uppfylla syftet och besvara frågeställningarna. En studies validitet handlar om huruvida undersökningen mätt det som den var ämnad att mäta (36). Enkäten från IDEFICS är utformad av forskare vid universitet runt om i Europa. De har tillsammans och var för sig forskningsfrågor som de, med hjälp av resultatet från enkäten, vill besvara. Utformningen av enkätfrågorna har skett utan att vi har haft möjlighet att påverka innehållet. Kunskap saknas också om vad frågorna i enkäten ursprungligen syftade till att mäta. Då de utvalda frågorna inte använts till det som de från början var konstruerade för så uppstår problem med att säkerställa validiteten.

Osäkerheten kring hur frågorna kan användas och vad de egentligen har mätt skiljer sig mellan de olika variablerna. Vad gäller variablerna kön, ålder och inkomst är det naturligt att anta att dessa mätt det som de var avsedda att mäta. Frågorna om utevistelse kan utifrån IDEFICS synvinkel i första hand antas vara ämnade att mäta barns fysiska aktivitet snarare än själva utevistelsen i sig. Detta påverkar dock inte resultatet i denna uppsats då de frågor som föräldrarna har svarat på handlar om just vistelsetid utomhus, vilket är det vi är intresserade av.

Vad gäller de frågor som tar upp barnets hälsa så är det svårt att veta exakt vad de mäter. Exempelvis innehåller begreppet allmän hälsa flera olika dimensioner utöver den fysiska hälsan såsom funktionsförmåga, förmågan att hantera stressande situationer och välbefinnande (37). Begreppet kan alltså ha olika betydelse för olika

personer varför svaren kan skilja sig mycket åt beroende på vem som svarar. I en enkätstudie som denna finns skäl att misstänka att de svarande föräldrarna i huvudsak fokuserat på den fysiska aspekten av hälsa och inte tagit in alla perspektiv vid skattningen av barnets allmänna hälsa. Vidare är det osäkert om det i alla lägen är så att barn som ofta skrattar och har roligt har ett bättre psykiskt välbefinnande än andra barn. Det är heller inte självklart att föräldern kan bedöma i vilken utsträckning barnet tycker om sig själv, varför de kan ha gett ett missvisande mått på barnets självkänsla.

Reliabilitet

I vilken grad en studie mäter det som den skall mäta på ett pålitligt sätt beskrivs som studiens reliabilitet (36). Enkäten är ifylld av föräldrar och det är troligt att studien skulle ha gett ett annat utslag om barnen själva hade tillfrågats om sin hälsa. Det bör tilläggas att vissa av de barn i åldrarna sex till tio år som analyserats inom vår uppsats troligtvis varit kapabla att själva uppskatta sin hälsa. Hälsa grundar sig i en persons subjektiva upplevelser och därför kan reliabiliteten diskuteras utifrån det faktum att det i ursprungsmaterialet är föräldrarna som har skattat sina barns hälsa. Riskerna finns att föräldern har skattat sitt barns hälsa som bättre än vad den egentligen är då ett lågt betyg på någon punkt angående barnets hälsa kan förknippas med en känsla av misslyckande som förälder.

För att mäta psykiskt välbefinnande och självkänsla ber frågeformuläret föräldrarna att svara på påståenden om vad som hänt den senaste veckan. Här är det tänkbart att ovanliga händelser som hänt just denna vecka påverkar svaret. Det finns även en risk att föräldern har glömt bort hur barnet har mått och betett sig under den senaste veckan och därmed skattar hälsan fel. För frågorna om psykiskt välbefinnande finns en positiv och tre negativa frågeställningar. Svarsalternativen är uppställda i samma ordning för samtliga fyra frågor vilket kan skapa förvirring då den svarande kan tänka att alla positiva svar ska hamna på samma sida i svars-kolumnerna. Detta skulle kunna innebära en risk att den svarande av misstag kryssar i fel kolumn.

Vad gäller frågorna om utomhusvistelse grundar sig möjligheten att svara korrekt på dessa på att föräldrarna vet hur lång tid barnen är ute varje dag, såväl under skoltid som under fritid. Det kan vara svårt för föräldrarna att uppskatta detta eftersom de flesta inte umgås med sina barn under hela dagen och det kan också vara svårt att dra sig till minnes hur mycket barnet normalt är ute efter skoltid. Det är heller inte omöjligt att föräldrarna i den totala summan glömt att räknat med den tid som barnet är utomhus i skolan. Denna aspekt är medtagen i frågeformuleringen som rör utevistelse under olika delar av dagen men saknas i de frågeställningar där man efterfrågar vistelsetid lekandes utomhus under en typisk vardag respektive helgdag. Det faktum att man i en av frågorna som mäter utevistelse frågar efter tid i park, lekpark eller annan utomhusanläggning kan göra att föräldern som svarat inte inkluderat tid som barnet spenderat i skog eller annan icke iordningställd utomhusmiljö. Det finns även en risk att föräldrarna i sammanräkningen av den totala tiden lekandes utomhus utelämnat tid som barnet exempelvis spenderar i organiserad

utomhusbaserad idrottsverksamhet. Denna eventuella felrapportering kan utgöra en felkälla eller confounder i förhållande till hälsovariablerna, eftersom god hälsa hos ett barn som är ute relativt lite inte får samma genomslagskraft i analyserna som om barnet även redovisat en hög grad av utevistelse. Genom att två olika variabler använts för att mäta utevistelse har reliabiliteten i uppsatsen dock ökat något. Frågeformulären är ifyllda under en lång period, från höst till vår vilket kan ha påverkat resultaten. Bland annat kan man anta att mängden tid som barnen spenderar utomhus varierar under årstiderna och att barn är utomhus mer under den ljusa och varmare delen av året. Även frekvensen av förkylningar och annat som skulle kunna påverka hur föräldrarna skattar barnets allmänna hälsa kan variera under året. Detta gäller inte minst då sjukfrånvaron är lägre då barnen är utomhus mycket (22), vilket man kan anta att de är i högre grad under sommaren än under vintern. Man kan även misstänka att vädret och bristen på ljus under vintern kan påverka barnets psykiska välbefinnande och humör. Vintertid krävs det, på grund av kyla och behovet av mycket kläder, ett större engagemang från förälderns och barnets sida för att gå ut. På vintern är det vanligtvis mörkt efter kl. 18 vilket kan öka föräldrars rädsla att något ska hända barnen om de är ute utan tillsyn vilket är något som kan minska mängden tid de är ute.

Generaliserbarhet

Mätningarna innefattar totalt 874 barn från tre olika, relativt likvärdiga kommuner. Bortfallet i originalstudien låg på 35 procent vilket innebär att 65 procent av de tillfrågade familjerna valde att delta i studien (32) och vidare var bortfallet för varje fråga bland dem som deltog i inget fall över tio procent. Det finns skäl att anta att de resultat som är statistiskt signifikanta kan generaliseras till liknande befolkningsgrupper, men att övriga resultat kan vara slumpmässiga utfall och därför inte kan generaliseras.

Resultatdiskussion

Huvudfynd

Detta examensarbete visar att pojkar som tillbringar mer än 30 minuter utomhus i park, lekpark eller annan utomhusanläggning innan klockan 12 på dagen skrattar och har roligt i större utsträckning än de som är ute mindre än 30 minuter under samma tid på dagen. Sambandet mellan hög grad av utevistelse på förmiddagen och förbättrat psykiskt välbefinnande hos pojkar är statistiskt signifikant, dock kan det inte uteslutas att detta fynd är ett slumpfynd. Utöver detta resultat kunde inga signifikanta samband mellan hög grad av utomhusvistelse och bättre allmän hälsa, psykiskt välbefinnande och självkänsla ses i den undersökta gruppen.

Resultatet av examensarbetet visar också att en stor majoritet av föräldrarna i Västra Götaland skattar sitt barns allmänna hälsa som mycket god och bedömer det psykiska välbefinnandet och självkänslan hos barnet som mycket bra. Anmärkningsvärt är att

resultaten för pojkar och flickor är i det närmaste likvärdiga på många punkter. Att barns hälsa i Sverige är mycket god stärks även av folkhälsorapporten från år 2009 som slår fast att svenska barns hälsa är en av de bästa i världen (4).

Barnens hälsa, utomhusvistelse och socioekonomiska status

Barnen har enligt analysen i snitt tillbringat över två och en halv timme utomhus varje dag. Det finns enligt vår kännedom inga rekommendationer angående utevistelse för barn. Däremot finns det en rekommendation för fysisk aktivitet på 60 minuter per dag för barn (38). Ökad utomhusvistelse kan främja både fysisk aktivitet och hälsa (39) och även användas som ett mått på fysisk aktivitet (40). Därför kan man anta att dessa barn, eftersom de tillbringar så pass mycket tid utomhus varje dag, har en hög grad av fysisk aktivitet. De bestämningsfaktorer för hälsa som beskrivits i samband med denna uppsats teoretiska modell inkluderar faktorer som rör miljö, fritid och boende vilka kan antas påverka barns nivå av utevistelse. De faktorer som kan påverka om barn vistas mycket utomhus eller inte är bland annat om miljön är trygg och säker samt om det är en miljö där barnen trivs (39). Man kan exempelvis tänka sig att tillgång till roliga, kreativa och utmanande miljöer motiverar barnen att vara ute mer. Även graden av trygghet i bostadsområdet och hur säker föräldern bedömer att lekmiljön är kan påverka hur mycket de låter sina barn vara ute. Den höga grad av utomhusvistelse som resultatet av denna studie visar på kan indikera att utomhusmiljön i de områden där studien utförts är god.

Majoriteten av barnen som undersökts bor i en familj där den totala månadsinkomsten efter skatt är över 22 001 kronor och antalet barn som bor i familjer med mycket låg inkomst är få. Det faktum att en relativt liten andel av barnen i studien lever i familjer med mycket låg inkomst kan vara en bidragande förklaring till den goda hälsan bland barnen (29). Barn i ekonomiskt utsatta familjer har generellt en sämre hälsa än barn i familjer med en högre socioekonomisk status (41). Som den teoretiska modellen visar är utbildning, arbetsmiljö, eventuell arbetslöshet och liknande faktorer av stor betydelse för en individs hälsostatus. Hur livssituationen och tillståndet för dessa hälsans bestämningsfaktorer ser ut hos föräldrarna påverkar naturligtvis även deras barn och dess hälsa. Att så få barn i studien bor i familjer med mycket låga inkomster kan bero på urvalet av deltagande kommuner, i detta fall större kommuner i nära angränsning till en storstad. Då det främst är de etablerade i samhället som väljer att delta i olika typer av studier (42) så är det tänkbart att bortfallet till studien varit större i grupper med lägre socioekonomisk status.

Samband mellan hälsa och övriga variabler

Barn i familjer med lägre inkomster, vilka i många fall kan antas vara barn till ensamstående föräldrar, har i tidigare studier uppvisat en högre grad av ohälsa än andra barn (41). Vad gäller allmän hälsa antyder resultatet att en större andel av föräldrarna med låg inkomst jämfört med föräldrarna med högre inkomst valde att

skatta sitt barns allmänna hälsa som god istället för mycket god. Detta skulle kunna tyda på att de mindre välbärgade barnens hälsa är sämre än hos övriga barn i studien. En annan tänkbar förklaring kan vara att föräldrar med svag socioekonomisk status i högre grad än andra föräldrar bedömer barnets hälsa som sämre än den egentligen är. Detta examensarbete fann även att en stor majoritet av barnens föräldrar anser att deras barn skrattar och har roligt ofta eller alltid och att detta gäller samtliga barn oavsett ålder och kön. Resultaten visar dock att det finns en skillnad mellan hur föräldrar i olika inkomstgrupper har svarat på denna fråga vilken antyder att barn till föräldrar med mycket låga inkomster mer sällan än andra barn anses skratta och ha roligt. På frågan om barnet tyckt om sig själv finns inga skillnader som tyder på att barn till låginkomsttagare skulle ha en sämre självkänsla än andra barn. Såsom modellen visar så har bland annat faktorer som tobaksbruk och matvanor samt människors boendemiljö och tillgång till god hälso- och sjukvård stor betydelse för hälsan (9, 10). Forskning visar att personer med lägre socioekonomisk status genomgående har en sämre boendestandard (9), äter mindre mängd frukt och grönsaker samt röker i högre grad än andra grupper (4). Detta är faktorer som i de flesta fall påverkar hälsan negativt. Att de samband mellan socioekonomisk status och hälsa som har kunnat ses i vårt material varit så svaga jämfört med vad tidigare studier funnit kan bero på att olika studier använder olika metoder för att mäta hälsa, ohälsa och socioekonomisk status.

Barnen i studien som bor i familjer med låga inkomster är ute mer än barn till föräldrar med högre socioekonomisk status. Då påståendena angående utevistelse i föräldraenkäten frågar efter total tid lekades utomhus och vistelsetid i park, lekpark eller annan utomhusanläggning kan man misstänka att det även finns andra utomhusaktiviteter som inte faller inom ramen för något av dessa påståenden och därför har utelämnats i skattningen. Tidigare undersökningar har visat att barn till föräldrar i ekonomiskt utsatta situationer i lägre grad än andra barn ägnar sig åt någon organiserad fritidsaktivitet (43). Detta kan innebära att barn i familjer med relativt god ekonomi har en högre grad av utomhusvistelse än vad som redovisats i de frågor som i denna uppsats valts ut ur enkäten. Även föräldrarnas livssituation påverkar barnens hälsa. Om föräldern motionerar eller inte kan påverka hur mycket barnet rör på sig. Föräldrarnas attityd till och möjlighet att bekosta en fritidsaktivitet kan också antas spela en stor roll. Mängden fysisk aktivitet och ett väl utvecklat socialt nätverk är båda faktorer som kan påverka hälsan positivt (4) och medlemskap i exempelvis en idrottsförening kan antas öka nivån av båda dessa effekter.

I de undersökta åldrarna sex till sju år respektive åtta till tio år kan få skillnader ses för de hälsovariabler som undersökts. En statistiskt signifikant skillnad i allmän hälsa mellan åldrarna finns dock för flickor. I övrigt är ålderskohorterna relativt smala och det är rimligt att tänka sig att en sex- till sjuåring och en åtta- till tioåring har liknande livsvillkor. Analyserna visade att sex- till sjuåringarna och åtta- till tioåringarna har väldigt lika värden på övriga hälsovariabler men att en något större andel av de äldre barnen hade tyckt om sig själva sista veckan. Denna skillnad kan eventuellt bero på att det är svårare att bedöma hur mycket ett barn har tyckt om sig självt ju yngre barnet är. Tidigare studier har visat att barns psykiska välbefinnande minskar från femte till nionde klass och att andelen flickor som känner sig stressade i

skolan ökar markant från årskurs fem till årskurs nio, något som visar att andelen barn som mår dåligt och har besvär av mer psykisk karaktär ökar ju äldre barnen blir (28). Flickor i tonåren har i många studier visat sig skatta sin hälsa lägre än pojkar i samma ålder (4). I de refererade studierna har man i de flesta fall valt att låta barnen själva uppskatta sin hälsa vilket alltså är en annan metod än den som använts inom IDEFICS. Det är inte omöjligt att avsaknaden av skillnader samt den höga hälsostatus som rapporterats för barnen i studien påverkats av att det är barnens föräldrar som skattat svaren.

Hur lång tid barn vistas utomhus i olika miljöer och under olika delar av dagen har i detta examensarbete visat få samband med hur deras allmänna hälsa, psykiska välbefinnande och självkänsla ser ut. Antydning till skillnader kan ses mellan olika kön, åldrar och föräldrarnas inkomstnivå, men det rör sig i majoriteten av fall om enstaka procent. I en japansk studie framkom vid en jämförelse mellan barn med god och skaplig hälsa att barn som är ute och leker mer har en bättre hälsa (44). Vid en närmare titt på resultaten visar det sig att de japanska barnens totala tid utomhus är ungefär hälften så lång som den tid de svenska föräldrarna har skattat att deras barns utomhusvistelse är. Detta kan tyda på att svenska barn är ute och leker jämförelsevis mycket och att detta i sig kan vara en anledning till att de också har en mycket god hälsa.

Slutsats

Detta examensarbete har baserats på ett befintligt och omfattande datamaterial bestående av mätdata från mer än 800 barn med syfte att undersöka samband mellan barns vistelsetid utomhus och deras hälsa. Trots att en mängd analyser har genomförts så har detta examensarbete endast funnit ett statistiskt signifikant samband som talar för att ökad utevistelse ger bättre hälsa hos barn. Det är oklart om detta är ett slumpfynd och att inga samband finns att finna eller om svårigheterna att se dem i detta material beror på att den metod som använts inte varit lämpad för uppgiften.

För att klargöra om och i sådana fall vilka samband som finns mellan grad av utomhusvistelse i olika miljöer och hälsa krävs vidare studier. Framtida forskning bör, baserat på erfarenheterna från detta examensarbete, överväga att studera barn som uppnått en ålder där de är kapabla att själva tolka och besvara frågor om sin hälsostatus. Alternativt bör man uttrycka frågorna om hälsa på så sätt att de är lättare för föräldrarna att besvara. Frågorna bör även omformuleras för att passa in i en svensk kontext för att öka sannolikheten att uppnå säkra resultat.

Fortsatt forskning inom området är viktigt då det finns möjlighet att tidigt påverka utvecklingen av stress, oro, dålig självkänsla och liknande besvär. Sveriges barn har idag mycket god fysisk hälsa (4) men vad gäller barnens psykiska välbefinnande och deras självkänsla finns anledning att vara observant. Dessa hälsoaspekter, liksom den allmänna hälsan hos barnen, kan förstärkas genom ett målinriktat arbete där hälsofrämjande sociala och fysiska miljöer är ett viktigt inslag.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Miljöhälsorapport 2005. [Elektronisk resurs] Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A4E29A85-97A6-46C9-8347-9E792285735C/3026/20051111.pdf> [20 april 2009].
2. Skogssällskapet. Skogsbesöken minskar dramatiskt. Pressmeddelande från Skogssällskapet 2009-05-14.
<http://www.skogssallskapet.se/aktuellt/nyhet.php?id=520> [19 maj 2009].
3. Skogsvårdsstyrelsen. Allmänhetens syn på och relation till skogen.
<http://www.svo.se/epi-server4/dokument/sks/aktuellt/press/2005/Intressentanalyt-allmanheten.pdf> [19 maj 2009].
4. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. [Elektronisk resurs] Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2B5A6B25-2026-470C-A8BD-0E45AF95FAAA/13558/200912671.pdf> [10 april 2009].
5. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitikens elva målområden.
<http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/> [7 april 2009].
6. FN. FN:s konvention om barnets rättigheter.
<http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-hela-texten> [5 maj 2009].
7. Socialstyrelsen. Folkhälsa - lägesrapport 2006. [Elektronisk resurs] Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E8B505A3-047B-484C-95F8-0BC5BE59F0BA/12566/200713115_rev1.pdf [8 maj 2009].
8. Jonsson JO, Östberg V. Resurser och levnadsförhållanden bland ekonomiskt utsatta 10-18-åringar: analys av Barn-LNI och Barn-ULF. I Batljan I, (red.). Ekonomiskt utsatta barn. Stockholm: Socialdepartementet; 2004.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/84/19/5900e776.pdf> [12 maj 2009].
9. Naidoo J, Wills J, Larsson-Wentz K. Folkhälsa och hälsofrämjande insatser. Lund: Studentlitteratur; 2007.
10. Pellmer K, Wramner B. Grundläggande folkhälsovetenskap. Stockholm: Liber; 2007.
11. WHO. Sundsvall statement on supportive environments for health. Köpenhamn: WHO; 1992.
12. Haglund B, Svanström L. Samhällsmedicin: en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 1995.

13. Socialstyrelsen. Förslag till en nationell handlingsplan för barns miljörelaterade hälsa: redovisning av ett regeringsuppdrag. [Elektronisk resurs] Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/990EB60E-F086-4763-A9A4-94B3A9150A75/7297/200713128.pdf> [7 april 2009].
14. Grahn P, Stigsdotter UA. Landscape planning and stress. *Urban Forestry and Urban Greening*. 2003;2(1):1-18.
15. Maas J, Verheij RA, Groenewegen PP, De Vries S, Spreeuwenberg P. Green space, urbanity, and health: How strong is the relation? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006;60(7):587-92.
16. Nielsen TS, Hansen KB. Do green areas affect health? Results from a Danish survey on the use of green areas and health indicators. *Health & Place*. 2007;13(4):839-50.
17. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984;224(4647):420-1.
18. Skogsvårdsstyrelsen. Korta fakta om skog och skogsmark.
<http://www.svo.se/episerver4/templates/SNormalPage.aspx?id=15390> [19 maj 2009].
19. Bengtsson B. Allemansrätten - Vad säger lagen? [Elektronisk resurs] Stockholm: Naturvårdsverket; 2004.
<http://www.naturvardsverket.se/Documents/publikationer/620-8161-6.pdf> [5 maj 2009].
20. de Vries S, Verheij RA, Groenewegen PP, Spreeuwenberg P. Natural environments - healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and Planning A*. 2003;35:1717-31.
21. Folkhälsoinstitutet. Förskola - betydelsen av utevistelse.
<http://www.fhi.se/sv/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Forskola--betydelse-av-utevistelse-> [19 maj 2009].
22. Bondestam M, Rasmussen F. Preschool children's absenteeism from Swedish municipal day-care centres because of illness in 1977 and 1990. Geographical variations and characteristics of the day-care centres. *Scand J Soc Med*. 1994;22(1):20-6.
23. Söderström M, Blennow M. Barn på utedagis hade lägre sjukfrånvaro. *Läkartidningen*. 1998;95(15):1670-2.
24. Grahn P. Ute på dagis: hur använder barn daghemsgården? Utformningen av daghemsgården och dess betydelse för lek, motorik och koncentrationsförmåga. Alnarp: MOVIMUM; 1997.
25. Dymont JE, Bell AC. Grounds for movement: Green school grounds as sites for promoting physical activity. *Health Education Research*. 2008;23(6):952-62.

26. Burdette HL, Whitaker RC. Resurrecting Free Play in Young Children: Looking Beyond Fitness and Fatness to Attention, Affiliation, and Affect. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(1):46-50.
27. SCB. Levnadsförhållanden, rapport 115, Barns hälsa. [Elektronisk resurs] Stockholm: SCB; 2007.
http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0101_2005A01_BR_LE115SA0701.pdf [12 maj 2009].
28. Danielson M. Svenska skolbarns hälsovanor 2005/06: grundrapport. [Elektronisk resurs] Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
[http://www.fhi.se/PageFiles/3991/svenska_skolbarns_halsovanor\(1\).pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/3991/svenska_skolbarns_halsovanor(1).pdf) [18 maj 2009].
29. von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U, the European Kg. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(2):130-5.
30. Ahrens W, Bammann K, de Henauw S, Halford J, Palou A, Pigeot I, et al. Understanding and preventing childhood obesity and related disorders - IDEFICS: A European multilevel epidemiological approach. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases.* 2006;16(4):302-8.
31. IDEFICS. Presentation av IDEFICS.
http://www.partille.se/templates/Main/PKPage____7952.aspx [20 april 2009].
32. Eiben G. [Personlig kommunikation] Göteborg. [21 april 2009].
33. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna. Lund: Studentlitteratur; 2003.
34. Edling C, Hedström P. Kvantitativa metoder: grundläggande analysmetoder för samhälls- och beteendevetare. Lund: Studentlitteratur; 2003.
35. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T, Allebeck P, Ruthman Edström M. Grundläggande epidemiologi. Lund: Studentlitteratur; 1995.
36. Eliasson A. Kvantitativ metod från början. Lund: Studentlitteratur; 2006.
37. Simon JG, De Boer JB, Joung IM, Bosma H, Mackenbach JP. How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *Eur J Public Health.* 2005;15(2):200-8.
38. Nordic Nutrition Recommendations 2004: integrating nutrition and physical activity. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2004.
39. Faskunger J. Barns miljöer för fysisk aktivitet: samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga. [Elektronisk resurs] Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
http://www.fhi.se/PageFiles/3850/R200833_barns_miljoer_for_fysisk_aktivitet_webb.pdf [9 april 2009].

40. Burdette HL, Whitaker RC, Daniels SR. Parental Report of Outdoor Playtime as a Measure of Physical Activity in Preschool-aged Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(4):353-7.
41. Weitoft GR, Hjern A, Haglund B, Rosen M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet.* 2003;361(9354):289-95.
42. Svenning C. *Metodboken: samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling.* Eslöv: Lorentz; 1999.
43. SCB. *Levnadsförhållanden rapport 116, Barns fritid.* [Elektronisk resurs] Stockholm: SCB; 2009.
http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0106_2006I07_BR_LE116BR0901.pdf [27 april 2009].
44. Watanabe M, Nakamura K, Fukuda Y, Takano T. Association of parental and children behaviors with the health status of preschool children. *Preventive Medicine.* 2006;42(4):297-300.