

MASTEROPPGAVE

Samfunns ernæring

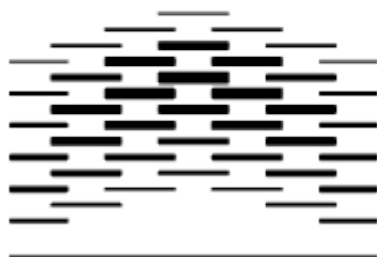
mai 2015

Irakiske mødres holdninger til og opplevelser av ammning, kostholdet til deres småbarn og møtet med helsestasjonen i Norge

Nikita Sandberg

Fakultet for helsefag

Institutt for helse, ernæring og ledelse



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Som masterstudent ved HiOA fikk jeg ved valg av masteroppgave høre om et spennende prosjekt som omhandlet innvandrerbarns kosthold. Jeg ønsket å være med på et større prosjekt for få førstehånds kunnskap om hvordan et forskningsprosjekt gjennomføres. Jeg er veldig takknemlig for muligheten til å delta på dette prosjektet. Året har vært lærerikt, givende og krevende. Jeg har virkelig lært mye i løpet av dette året.

Det er mange jeg ønsker å takke for at denne masteroppgaven har vært mulig å gjennomføre. Først og fremst vil jeg takke de flotte irakiske kvinnene som har delt verdifull kunnskap med oss. Jeg vil gi en stor takk til mine veiledere Laura Terragni og Marina de Paoli som har gitt meg inspirasjon og kunnskap under hele prosessen. Jeg vil også takke Fafo for kontorplass og Røde Kors i Drammen for leie av lokaler til gjennomføring av fokusgruppe intervjuene. Jeg ønsker å takke medstudent Marlén Amundsen for vennskapet, støtte og et godt samarbeid. I tillegg vil jeg gi en stor takk til tolkene for deres hjelpelighet og engasjement under rekrutteringen og datainnsamlingen. Uten dere ville ikke oppgaven vært mulig. Sist, men ikke minst, går en stor takk til min samboer som har holdt ut med meg og min mor som har hjulpet meg og støttet meg arbeidet.

Oslo, 14. mai 2015

Nikita Sandberg

Sammendrag

Formålet

Det er lite kunnskap om innvandrerbarns kosthold i Norge. Derfor ble forskningsprosjektet InnBaKost stiftet i 2012. Somaliske og irakiske sped- og småbarnsmødre har blitt studert, og representerer de minoritetsgruppene av ikke-vestlig bakgrunn med høyest antall fødsler i Norge. InnBaKost består av både en kvalitativ og en kvantitativ del hvor irakiske og somaliske mødre med barn i alderen seks til 24 måneder blir studert. Formålet med å innhente informasjon om disse gruppene er å få en bedre forståelse av innvandrerbarns kosthold. Dette kan brukes til å utvikle kultur-sensitive strategier for å bedre barnas helsesituasjon.

Masteroppgavens problemstilling

Denne masteroppgaven er siste del av den kvalitative delen i InnBaKost prosjektet, hvor mødre med irakiske barn på 24 måneder er målgruppen. I denne studien vil jeg undersøke: *Irakiske mødres holdninger til og opplevelser av amming, kostholdet til deres småbarns og møtet med helsestasjonen i Norge.*

Utvalg og Metode

Masteroppgaven har et kvalitativt design, der dataene er blitt innhentet fra fem fokusgrupper. Totalt ble 18 irakiske innvandrer-mødre med barn i alderen 24 (± 8) måneder rekruttert. Fokusgruppene ble gjennomført i perioden september – februar 2015. Deltagerne ble rekruttert i Oslo, Akershus og Buskerud. Datainnsamlingen og analysen er inspirert av Grounded theory metoden.

Resultatene

Mødrene var positive til amming og flere ammet i over 12 måneder, men få ammet eksklusivt. De var opptatt av helse og å gi barna et sunt kosthold. Mødrene erfarte at barna adopterte en preferanse for vestlig kosthold tidlig. Mødrene opplevde manglende på kontroll over barnas matinntak når andre omsorgspersoner var involvert. De etterlyste mer tid med helsesøster og bedre kostholdsinformasjon for barna på helsestasjonen. Helsesøster ble ansett som en troverdig kilde til helseinformasjon, men mødre benyttet også i stor grad råd fra eldre familiemedlemmer som var mer i tråd med deres kultur.

Konklusjon

Det er viktig at helsesøstre tilegner seg kunnskap om irakeres ammetradisjoner, kostholdspraksis og kulturelle utforinger i kommunikasjonen mellom dem.

Summary

Purpose

The diet of children with Norwegian parents has been documented, however the knowledge about the diet of children with immigrant parents in Norway is scarce. This formed the basis for the InnBaKost project. InnBaKost consists of both a qualitative and a quantitative part where Iraqi and Somali mothers with children aged six to 24 months are being studied. These represent the two minority groups of non-western background with the highest number of births in Norway. The aim of this study is to document and produce knowledge that will improve the nutrition counselling of non-Norwegian mothers.

The thesis

Iraqi mothers with 24 month old children and their attitudes and experiences towards breastfeeding, as well as their young children's diet and meeting with post natal care in Norway.

Sample and Method

The Master's thesis has a qualitative design, where the data has been gathered by conducting five focus groups. A total of 18 Iraqi immigrant mothers with children aged 24 (± 8) months were recruited. Focus groups were conducted between September-February 2015. Participants were recruited in Oslo, Akershus and Buskerud. Data collection and analysis were inspired by the Grounded theory methodology.

Results

The mother's attitudes towards breastfeeding were positive, however few had breastfed exclusively. They were concerned about their children's health, and strived to give them a healthy diet. The mothers found that children easily adopted a preference for a Western diet. The mothers experienced lack of control when other caregivers were involved in feeding the child. They expressed a need for more time at the health clinics and to receive more information about children's diet. Health workers were considered a reliable source for dietary advice, but the mothers followed the advice given from older family members that they regarded as more culture-sensitive.

Conclusion

It is important that health workers acquire knowledge of Iraqi mothers breastfeeding traditions, feeding practice and cultural challenges in communication.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	III
SUMMARY	IV
INNHALDSFORTEGNELSE	V
OVERSIKT FIGURER	VI
OVERSIKT TABELLER	VI
1.0 INNLEDNING	1
1.1 INNBAKOST PROSJEKTET	2
1.2 MASTEROPPGAVEN – KOSTHOLDET TIL IRAKISKE SMÅBARN	3
1.2.1 OPPGAVENS OPPBYGNING	4
2.0 TEORI	6
2.1 INNVANDRING TIL NORGE	6
2.1.1 INNVANDRERE OG INNVANDRERBARNES HELSEUTFORDRINGER	6
2.2 AKKULTURASJON	7
2.2.1 KOSTHOLDS AKKULTURASJON	8
2.3 AMMING OG MIGRASJON	9
2.3.1 MIGRASJONS PÅVIRKNING AV SPED- OG SMÅBARNES KOST	10
2.4 MINORITETERS MØTE MED HELSEVESENET	11
2.4.1 KULTURSENSITIVITET	12
3.0 DESIGN OG METODE	16
3.1 KVALITATIV METODE	16
3.1.1 GROUNDED THEORY	16
3.1.2 FOKUSGRUPPER	16
3.2 REKRUTTERING OG UTVALG	17
3.2.1 INTERVJUGUIDE	18
3.2.2 TOLK	19
3.3 TRANSKRIBERING, KODING OG DATAANALYSE	20
3.4 ETISKE HENSYN	23
3.4.1 FORFORSTÅELSE	24
4.0 RESULTATER	26
4.1 BAKGRUNNSINFORMASJON OM MØDRENE	26
4.2 HVILKE ERFARINGER OG OPPLEVELSER HAR MØDRENE MED AMMING?	27
4.2.1 ØNSKER Å AMME LENGE, MEN DET OPPSTÅR PROBLEMER	28
4.2.2 ULIK FORSTÅELSE AV BEGREPET FULLAMMING	31
4.3 HVILKE UTFORDRINGER HAR MØDRENE MED SMÅBARNES KOSTHOLD?	35
4.3.1 OPPTATT AV BARNES KOSTHOLD	35
4.3.2 BEKYMRING FOR TYNNE BARN	36
4.3.3 MANGEL PÅ KONTROLL	37
4.4 HVORDAN OPPLEVELSES MØTET MED HELSESTASJONEN?	40
4.4.1 GOD OPPFØLGING AV FØRSTE BARNET OG AV BARN MED SPESIELLE BEHOV	40
4.4.2 LITEN TID TIL PERSONLIGE OPPFØLGING OG SPØRSMÅL	41

4.4.3 KOMMUNIKASJONSUTFORDRINGER OG MOTSTRIDENDE RÅD	41
4.4.4 MANGLENDE UTBYTTE AV KOSTHOLDSRÅD PÅ HELSESTASJONEN	43
5.0 DISKUSJON	44
5.1 DISKUSJON AV DESIGN OG METODE	44
5.2 VALIDITET	44
5.2.1 KVALITATIV METODE	45
5.2.2 UTVALGET	46
5.2.3 REKRUTTERING	47
5.2.4 INTERVJUGUIDE	48
5.2.5 FOKUSGRUPPENE	48
5.2.6 TOLK	52
5.2.7 ETISKE HENSYN	53
5.2.8 TRANSKRIBERING OG KODING	54
5.3 DRØFTING AV FUNNENE	55
5.3.1 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN	56
5.4 AMMEKONTEKSTEN	57
5.5 FLERE BARRIERER FOR Å TILBY BARN ET SUNT KOSTHOLD	60
5.6 RÅDENE FRA HELSESTASJONEN TREFFER IKKE ALLTID BEHOVET TIL DEN ENKELTE	62
6.0 KONKLUSJONER OG VEIEN VIDERE	66
7.0 REFERANSER	68
8.0 VEDLEGG	75

Oversikt figurer

Figur 1 Oversikt over hele InnBaKost prosjektet	2
Figur 2 Kultursensitivitet	14
Figur 3 Eksempel på Open Code	21
Figur 4 Kategorier og systematiserte transkripsjoner	22
Figur 5 viser kodene og kategoriene i et teoretisk bilde hvor det skapes en relasjon mellom disse og forskningsspørsmålet	23

Oversikt tabeller

Tabell 1 De seks stegene i Grounded Theory	20
Tabell 2 Bakgrunnsinformasjon til deltagerne	27

1.0 INNLEDNING

Riktig mat og ernæring tidlig i livet er viktig for fysisk vekst, mental utvikling og et godt immunsystem. Når sunne matvaner og matpreferanser introduseres tidlig i livet øker sannsynligheten for god helse, samtidig som forekomsten av smittsomme og kroniske sykdommer blir redusert (Kristiansen & Andersen, 2009; Øverby, Kristiansen, & Andersen, 2009).

Hva og hvordan småbarn gis mat blir viktig for vår samfunnshelse. Det har ført økt fokus på amming, spesielt fullamming (Knaak, 2010; Øverby, Kristiansen, & Andersen, 2008).

Den beste ernæringskilden for spedbarn er morsmelk. Det er derfor viktig at mødre ammer sine barn. Morsmelk er anerkjent som den mest komplette form av næring til spedbarn, og har både immunologiske, psykologiske og utviklingsmessige fortrinn (Steinman et al., 2010; WHO, 2015). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at barn fullammes fra fødsel til seks måneders alder, etterfulgt av en innføring av fastføde sammen med morsmelk (WHO, 2015). Norske kvinner ammer i stor grad. 95% av norske kvinner ammet sine barn ved fire ukers alder, og etter seks måneder ammet 80% fremdeles. På den andre siden ser vi at norske mødre i liten grad fullammer (Øverby et al., 2008).

Norske sped- og småbarns kosthold og vaner med amming er godt dokumentert gjennom to nasjonale studier, Spedkost og Småbarnskost (2008-2009). Funnene i disse studiene danner mye av grunnlaget for å gi anbefalinger om kosthold til norske mødre og deres barn. Studiene omfattet ikke barn av mødre født utenfor Skandinavia fordi metodene som ble brukt den gang ikke var tilpasset innvandringsgrupper. Forskerne av disse nasjonale studiene etterlyste separate studier som kunne ta for seg innvandrerbarns kosthold (Kristiansen & Andersen, 2009; Øverby et al., 2008, 2009). Det er ca. 805 000 innvandrere i Norge, hvorav 135 583 er norskfødte med innvandrerforeldre. Dette utgjør totalt 15,6 prosent av den totale norske populasjonen (SSB, 2015).

Et inkluderende og likeverdig samfunn er et viktig mål for norske myndigheter (Støre & Thorkildsen, 2013). Språkproblemer, kulturelle forskjeller og mangel på kunnskap om kosthold til innvandrerbarn utfordrer dette målet. Det er derfor et stort behov for å oppnå mer informasjon om kostholdet til innvandrere, slik at rådgivning og veiledning om kosthold kan

tilrettelegges på god måte. Hvordan kan vi best veilede innvandrere til å opprettholde eller tilegne seg helsefremmende matvaner? Utfordringen ligger også i at våre teoretiske modeller som brukes er utformet etter majoritetskulturen og slik sett kan være mindre egnet for innvandrergupper (Heyman & Guruge, 2002).

InnBaKost prosjektet er initiert for å komplettere de nasjonale kostholdsundersøkelsene for å få økt kunnskap om ammevaner, matvaner og helse hos innvandrers barn i Norge (Fafo, 2012).

1.1 InnBaKost prosjektet

Denne masteroppgave er siste og avsluttende del av et treårig prosjekt. Forskningsprosjektet InnBaKost startet i mai 2012 og avsluttes i mai 2015. InnBaKost har som mål å øke kunnskapen om ernæring og helse blant barn med innvandringsbakgrunn. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråds Folkehelseprogram, og består av ett kvantitativt og et kvalitativt delprosjekt. Nedenfor vises en skjematisk fremstilling av prosjektets faser:



Figur 1 Oversikt over hele InnBaKost prosjektet

Barn av somaliske og irakiske mødre ble valgt som målgruppe. Da studien startet i 2012 var disse de to største ikke-vestlige innvandrerguppene med de høyeste fødselsratene i Norge (Foss, 2006; SSB, 2014). Denne oppgaven er en fortsettelse av studiene av de irakiske mødres holdninger og kostholds praksis overfor sine barn. (Se gul boks i Figur 1)

For å sette dette prosjektet i en sammenheng, vil jeg kort beskrive metode og hovedfunn i de foregående fasene i InnBaKost prosjektet.

I InnBaKost prosjektet er det brukt både kvantitative og kvalitative metoder for å undersøke innvandrerbarns kosthold. I den kvantitative delen av prosjektet ble kostholdet kartlagt da barna var seks måneder, ett år og to år. Det ble benyttet en 24 timers recall-spørreundersøkelse for omlag 200 irakiske og somaliske mødre. I den kvalitative delen er det til nå blitt intervjuet ca 80 mødre mer dyptgående om hvilke faktorer som påvirker deres valg av kosthold og ammepraksis (Fugelsnes, 2012).

Hittil i InnBaKost prosjektet er det vist at både de irakiske og somaliske mødrene er positive til amming, og mente at morsmelk var den beste næringen for barnet. Til tross for dette, var det få av mødrene som fullammet sine barn. Forklaringene som ble oppgitt var smerter under ammingen, problemer med at barnet ikke tok brystet, samt en opplevelse av lite melkeproduksjon. De irakiske mødrene gav sukkervann til sine barn helt fra første levemåned. Bruk av sukkervann var råd de hadde fått fra sine egne irakiske mødre og svigermødre, og er en praksis som er i tråd med deres kultur. De somaliske mødrene oppgav at de opplevde et press på å bruke morsmelkerstatning ved siden av ammingen. Disse forholdene gjør at innvandrer-mødre har utfordringer med å følge rådene om fullamming. Det ble også vist at mødrene introduserte tilleggs kost tidlig, de fleste allerede ved fire måneders alder, og ikke seks måneder som er anbefalt. Innvandrer-mødre ser ut til å ha tilpasset seg den typiske norske spedbarns maten. De ga grøt som introduksjonskost og de fulgte også rådet om å gi moste grønnsaker. I motsetning til norske mødre gav flertallet i disse gruppene sine spedbarn hjemmelaget mat. Erfaringene med helsestasjonen var blandet, men de fleste opplevde at råd og veiledning om amming og kosthold ikke ble gitt god nok tid (Cruz, 2013; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Selseth, 2014).

Denne masteroppgaven omhandler InnBaKost- prosjektets aller siste fase.

1.2 Masteroppgaven – Kostholdet til irakiske småbarn

Formålet med denne studien er å utdype de funnene som allerede er gjort i InnBaKost prosjektet. Ved å ta i bruk fokusgrupper som metode for datainnsamling ønsker vi å få frem ny verdifull informasjon om irakiske kvinners ammeopplevelser, barnematpraksis og møte

med helsestasjoner. Spesifikt ønsker vi å finne ut mer om hvorfor irakiske mødre slutter å amme tidlig og hvorfor få fullammer sine barn. Vi ønsker å undersøke hvilke utfordringer mødrene har knyttet til småbarns kost. De er også å finne ut hvordan kommunikasjonen og øvrige opplevelser med helsestasjonen har påvirket ammepraksis og kostholdet til irakiske innvandrerbarn. Denne kunnskapen kan bidra til å lage bedre strategier for kostveiledning til mødre med innvandrerbakgrunn.

Oppgavens problemstilling er:

Irakiske mødres holdninger til og opplevelser av amming, kostholdet til deres småbarns og møtet med helsestasjonen i Norge.

Problemstillingen er søkt besvart gjennom å stille spørsmål rundt disse temaene:

- *Hvilke erfaringer og opplevelser har mødrene med amming?*
- *Hvilke utfordringer møter mødrene når det gjelder deres småbarns kosthold?*
- *Hvordan oppleves møtet med helsestasjonen og hvordan vektlegger mødrene ulike kilder til kunnskap om sped- og småbarnsernæring?*

1.2.1 Oppgavens oppbygning

I kapittel to, Teori, har jeg presentert noen faktaopplysninger om innvandreres helseutfordringer. Jeg har undersøkt hvilke utfordringer innvandrere har med å tilpasse seg en helt ny kultur og hvordan helsen påvirkes av dette. Viktige tema er kostholds akkulturasjon som handler om kostholdsending etter immigrasjon, samt kultursensitivitet i helse- og ernæringskommunikasjon. Formålet med dette kapittelet er å utdype forståelsen for hvilke helse- og kommunikasjons utfordringer vi står overfor. I tillegg gir det et innblikk i perspektiver og forskning på feltet.

I kapittel tre, som omhandler design og metode, vil jeg redegjøre for fokusgrupper som datainnsamlingsmetode, rekruttering av deltakere samt Grounded theory metodologien (Dahlgren, Emmelin, & Winkvist, 2007; Glaser & Strauss, 1999). Her vil jeg også redegjøre for valg av metode for datainnsamling, utvalg, analysemetode og noen viktige etiske prinsipper.

I resultatkapitlet vil jeg presentere funnene slik de er fremkommet gjennom fokusgruppene. Resultatene vil systematiseres under forskningsspørsmålene og de temakategoriene som er

fremkommet under forskningen.

I diskusjonskapitlet vil jeg diskutere fordeler og ulemper med de metodiske valgene, og hvordan de kan ha påvirket resultatene. Deretter vil jeg presentere hovedfunnene og drøfte hvilke betydning disse kan ha for vår forståelse av innvandrerkvinnens amme- og matpraksis overfor sine barn. Jeg vil drøfte funnene i lys av InnBaKost prosjektets tidligere funn og sentral teori.

2.0 TEORI

2.1 Innvandring til Norge

Innvandrerbefolkningen i Norge er i sterk vekst og i Januar 2015 utgjorde innvandrere og deres norskfødte barn 15.6% av den totale norske befolkningen. Det er byene Oslo, Båtsfjord og Drammen som har den høyeste prosentandelen innvandrere. I Oslo er det bydelene Stovner, Søndre Nordstrand og Alna som har den høyeste prosentandelen med over 50% innvandrere (SSB, 2015).

Irakere er en av de største ikke-vestlige innvandrergруппene i Norge. Det bor ca. 22 000 irakere i Norge. Innvandrere fra Irak er en sammensatt gruppe, hvor de fleste er flyktninger som kommer fra de nordlige områdene i Irak, en stor andel av disse flyktningene er trolig kurdere (Aziz, 2011; Henriksen, 2010; SSB, 2013).

Kvinner fra Irak har, sammen med kvinner fra Somalia, de høyeste fruktbarhetsrater i Norge. I gjennomsnitt føder irakiske kvinner 3,6 barn. Etnisk norske kvinner får til sammenligning i gjennomsnitt 1,8 barn. Innvandrere gifter seg ofte innad i sin etniske gruppe og slik viderefører de sin kulturarv, livsstil- og kostholdsvaner også i Norge (Foss, 2006; Henriksen, 2010).

I hvilken grad innvandrere tilpasser seg vertslandets matvaner og viderefører sine egne vil påvirke deres helsesituasjonen. Migrasjon til et vestlig land assosieres ofte med å tilegne seg mindre sunne kostholdsvaner (Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012; Terragni, Garnweidner, Pettersen, & Mosdøl, 2014).

2.1.1 Innvandrere og innvandrerbarns helseutfordringer

Innvandrere har gjennomgående dårligere helse enn etniske nordmenn, dette gjelder også irakere. I levekårsundersøkelsen blant innvandrere (2006) ble det vist at irakere og tyrkere var de innvandrergruppene som i størst grad opplevde sin egen helse som dårlig. Irakiske kvinner rapporterte i gjennomsnitt dårligere helse enn irakiske menn (Henriksen, 2010).

I levekårsundersøkelsen blant innvandrere (2006) ble forekomsten av 15 ulike sykdommer kartlagt. Av de irakiske innvandrerne som ble intervjuet oppgav over halvparten at de hadde

minst en av disse sykdommene. Irakere var også i stor grad plaget med andre psykosomatiske og psykiske plager (Blom & Henriksen, 2008; Henriksen, 2010).

Barndomsfedme med økt risiko for kroniske sykdommer (inkludert type 2 diabetes, høyt blodtrykk og hjerte-og karsykdommer) kan føre til helseforskjeller som kan vare hele livet. Dette er et økende folkehelseproblem (Blom & Henriksen, 2008; Steinman et al., 2010).

En studie i Nederland viste at unge innvandrere fra Tyrkia og Marokko ofte utviklet overvekt (Nicolaou et al., 2008). Andre studier har også vist at innvandrere med ikke-vestlig opprinnelse som bor i vestlige samfunn ofte lider av fedme og diabetes enn vertspopulasjonen (Kumar, Meyer, Wandel, Dalen, & Holmboe-Ottesen, 2006; Misra & Granda, 2007; Nicolaou et al., 2008).

En norsk studie i 2008 viste at innvandrerkvinner og deres barn på seks uker hadde utbredt vitamin D mangel (Madar, Stene, & Meyer, 2008). Denne studien inkluderte kvinner og barn fra Tyrkia, Pakistan og Somalia, men funnene kan sannsynligvis også gjelder irakiske kvinner og barn i Norge.

Jernmangel forekommer også hyppigere hos barn med innvandrerbakgrunn (Brunvand & Brunvatne, 2001). SMÅTANN-prosjektet (2004) viste i tillegg en betydelig høyere kariesforekomst hos barn med innvandrerbakgrunn (Skeie, Espelid, Klock, Skaare, & Holst, 2011).

Immigranter til land med vestlige kostholdsvaner får ofte økt bruk av usunne matvaner med høyt inntak av kalorier, sukker og fett. Innvandrere har derfor større risiko for helseplager som overvekt, fedme, diabetes samt hjerte- og karlidelser (Gilbert & Khokhar, 2008).

Konsistente funn fra flere studier viser at akkulturasjon virker negativ for amming og kostholdet til småbarn (Pérez-Escamilla, 2009). Forståelse av akkulturasjonsprosessen er derfor viktig for å finne gode tiltak for kostholdsveiledning.

2.2 Akkulturasjon

Det å immigrere til et nytt land gir mange utfordringer. Kjente omgivelser som tidligere fungerte som psykologiske speil som bekreftet hvem man er blir borte. Ofte vil det i lang tid

være usikkerhet knyttet til grunnleggende spørsmål i livet som for eksempel oppholdstillatelse, bosted og arbeid. Det stilles nye krav og en ny kultur og livsstil må læres. Stress og tapsopplevelser kan føre til helserisiko. Mye avhenger av hvilke strategier den enkelte tar i bruk for å tilpasse seg den nye hverdagen (Magelssen, 2008).

Et individs eller gruppes måte å tilpasse seg en annen kultur kalles *akkulturasjon*. Akkulturasjon kan defineres som en læringsprosess som gjennomgås av personer som kommer til en helt ny kultur og identifiserer seg med denne. Den enkeltes valg av akkulturasjonsstrategi bestemmes av flere faktorer: personens egen identitet, holdninger til egen kulturarv og samhandling med vertslandets kultur. Berry (2003) beskriver fire slike strategier som hver gir ulike utslag av integrering:

- 1. Assimilering:** En ønsker å redusere betydningen av hjemlandet kulturs.
- 2. Separering:** En ønsker å holde på den opprinnelige kulturen og unngår samspill og adopsjon av vertslandets kultur.
- 3. Marginalisering:** En viser lite engasjement i å opprettholde kulturen til opprinnelseslandet eller å lære om vertslandets kultur.
- 4. Integrasjon:** En viser en interesse for å opprettholde den opprinnelige kulturen, men også ønske om å lære og delta i den nye kulturen.

Andre faktorer som påvirker akkulturasjonen er utdanningsnivå, inntektsnivå, arbeid utenfor hjemmet og språkforståelse (Abouta, Patterson, Neuhouser, & Elder, 2002; Berry, 2003).

2.2.1 Kostholds akkulturasjon

Immigrasjon er en situasjon hvor kostholdsending finner sted, og dette skjer ofte veldig raskt. Prosessen som skjer når immigranter adopterer vertslandets kostholdspraksis, kalles kostholds akkulturasjon (*dietary acculturation*) (Garnweidner, Terragni, Pettersen, & Mosdøl, 2012).

Mat er så knyttet til den kulturelle konteksten at det er en ubevisst bærer av vår kultur. Matkulturen til et folkeslag kan betraktes som en kompleks blanding av tenkning, handling, regler og normer. Valg av mat kan i en gruppe være av symbolsk verdi for å føle tilhørighet til gruppen. Det er også en viss konservatisme i matvaner fordi ukjent mat kan representere en potensiell fare (Jonsson, Hallberg, & Gustafsson, 2002). Slik vil kostholdsending inneholde mange kulturelle elementer.

Garnweidner et al., (2012) viste i en studie om kostholds akkulturasjon hos innvandrerkvinner fra Afrika og Asia til Norge, at innvandrerne var opptatt av kontinuitet med sin vanlige matkultur og at ingen innvandrere hadde adoptert vertslandet matkultur fullstendig. Basert på deltakernes historier ble det identifisert tre mulige mønstre for kostholds akkulturasjon:

1) Streng fortsettelse (strict continuity): Opprettholdelse av opprinnelig matkultur ved hvert måltid, helt uavhengig av tid på dagen, ukedag eller spesielle begivenheter.

2) Fleksibel kontinuitet (flexible continuity): Mye av egen matkultur ble opprettholdt, men samtidig adopterte de noe av vertslandet matkultur. De beholdt spesielt middagen fra egen matkultur. Frokost og lunsj inneholdt ofte innslag av norsk matkultur. Noen kombinerte egen matkultur med norsk matkultur i det samme måltidet. Et eksempel var kjøttkaker med ris i stedet for kjøttkaker med poteter.

3) Begrenset kontinuitet (limited continuity of the original food culture): Adoptering av vertslandets kultur og opprettholdelse av egen matkultur ved spesielle anledninger, spesielt ved religiøse høytider og sosiale samlinger (Garnweidner et al., 2012).

Antall år i vertslandet fremmet ikke alltid tilpasning til vertslandets matkultur. Noen som hadde bodd flere år i Norge oppgav at deres matvaner nå var mer lik deres originale matvaner enn de var i de første innvandringsårene. Dette var spesielt på grunn av økt tilgjengelighet av etniske matvarer (Garnweidner et al., 2012). Det er også vist at jo større eksponering for vertslandets kultur gjennom økt språkforståelse og sosial integrering gir hurtigere omlegging av kosthold og livsstil (Abouta et al., 2002).

Også ammevaner og matpraksis med småbarn påvirkes av akkulturasjon.

2.3 Amming og migrasjon

Amming er ikke en automatisert prosess hos mennesket. Mange mødre vil oppleve utfordringer med amming, uavhengig om de er innvandrere eller ikke. Amming har i lang tid vært sett på som ukomfortabelt for mødre. I gamle Romerriket, og i middelalderen i Europa brukte rike familier profesjonelle ammere (wet-nurses) til sine spedbarn (Knaak, 2010). Slik sett er det ikke overraskende at når den *vitenskapelige* morsmelkerstatningen kom, byttet

mødre fra morsmelk til morsmelkerstatning på flaske. Det er i de siste tiårene at mødre oppmuntres til å gi morsmelk som det sunneste alternativ for spedbarn (Volk, 2009).

Dersom mødre trenger å lære hvordan de skal amme sine spedbarn kan man forvente lavere grad av amming i vesten, i motsetning til med land hvor amming er det eneste alternativ og derfor alltid har vært normen. Selv om amming varierer i de vestlige landene, ser vi at amming er mer utbredt i mer tradisjonelle samfunn (Volk, 2009). Det er bekymringsfullt at kvinner som har en høy ammefrekvens i sitt hjemland, viser lavere ammefrekvens etter migrering til et nytt land. Migrering viser også en reduksjon i initiering og varighet av ammingen (McLachlan & Forster, 2006).

Amming har religiøs betydning for irakere som i stor grad er muslimer. Den hellige bok i Islam, Koranen beskriver i vers 2: 233 at mødre anbefales å amme sitt barn i to år hvis mulig. Avgjørelsen om å stoppe ammingen før denne tid, skal være en felles avgjørelse mellom mor og far til barnet. Det står også i Koranen at det er alle barns rett å bli ammet (Shaikh & Ahmed, 2006).

Utfra fordelene ved amming som er beskrevet tidligere, er det uheldig med så store forskjeller i ammefrekvens mellom ulike grupper i samfunnet. Det å fremme et godt kosthold til små barn, og eksklusiv amming i fire til seks måneder, kan være et viktig tiltak for å forebygge fedme og bedre helse generelt for innvandrere (Steinman et al., 2010).

2.3.1 Migrasjons påvirkning av sped- og småbarns kost

Mange barn i vestlige samfunn får ikke det kostholdet som nasjonale myndigheter anbefaler. Maten til barn ned i to-års alder inneholder for mye mettet fett, salt og kalorier fra ernæringsfattig og kaloritette matvarer (Evans et al., 2011; Kristiansen & Andersen, 2009).

Folkehelsen er påvirket av tidlig overvekt hos barn. Det er vist at barn som var overvektig minst én gang mellom to- og femårsalderen, har fem ganger økt risiko for overvekt i 12 års alderen. Denne trenden kan også trolig fortsette i voksenlivet (Sussner, Lindsay, & Peterson, 2009).

Mange studier har undersøkt akkulturasjon i etniske minoritetsgrupper og utviklingen av et ugunstig kosthold og fedme. De fleste studier er gjennomført blant voksne og ungdom, og bare få studier med barn (Nielsen, Krasnik, & Holm, 2013; Sussner et al., 2009).

Barns fedme og akkulturasjon har økt interesse. I USA er fedme hos småbarn størst blant latinamerikanere. I denne innvandrerguppen har mors grad av akkulturasjon vist sammenheng med barn på 24-36 måneders grad av overvekt (definert som *body mass index* [BMI]). Småbarn med mødre som kun snakket sitt morsmål og som ble regnet som lite akkulturererte, var mer overvektige enn barn i samme alder med mødre som snakket engelsk. Med andre ord er det vist at mors språklige akkulturasjon kan være viktig for barnets BMI (Sussner et al., 2009).

En dansk studie sammenlignet forskjellige parametere for et sunt kosthold blant majoritets (etnisk danske)- og minoritetsforeldre. Minoritetsforeldre rapporterte i større grad sitt eget og deres barns kosthold som dårlig. I tillegg opplevde denne gruppen foreldre flere barrierer for å spise sunt enn danske foreldre gjorde. Liten tro på mestringsevne (self efficacy) og mangel på matlagningskunnskaper var eksempler på barrierer. På tross av dette var begge grupper (dansker/ikke-vestlige innvandrerforeldre) like motivert for å forbedre kostholdet (Nielsen, Krasnik, Vassard, & Holm, 2014).

Dette indikerer et potensial for kostholdsintervensjoner for å forbedre kostholdspraksis i familier med små barn både fra vertslandet og de med ikke-vestlig etnisk bakgrunn.

2.4 Minoriteters møte med helsevesenet

Kulturelle forskjeller og helseprofiler gjør at helsevesenet står overfor komplekse utfordringer. Gjensidig opplevelse av kommunikasjonsproblemer mellom innvandrere og helsesøstre kan bidra til at innvandrere ikke får fullt utbytte av tjenestetilbudene. Det er også vist at det kan være vanskelig å gi omsorg til pasienter som snakker et annet språk. Mangel på tilgjengelige tolker- og økonomi tvinger helsevesenet til å bruke familiemedlemmer i jobben som tolk (Kalengayi, Hurtig, Ahlm, & Ahlberg, 2012).

Kalengayi et al., (2012) forklarer at helsearbeidere også kan ha manglende tålmodighet og forståelse på grunn av stereotype holdninger, begrenset kulturell sensitivitet og evner. Dette

kan skape barrierer og manglende tillit mellom innvandre og helsearbeidere. Det å identifisere utfordringene er derfor viktig for å gi vellykkede helsetjenester.

En kanadisk studie undersøkte innvandrerkvinneres opplevelse av helsetjenester under graviditet og fødsel. Disse kvinnene vektla kulturell kunnskap og holdninger, samt religiøse og tradisjonelle skikker som mest viktig for dem i møtet med helsevesenet. De ansatte i helsevesenet var på den andre siden mer opptatt av de medisinske spørsmålene. Studien konkluderte med at det er viktig for helsepersonell å ha kulturell kunnskap i tillegg til medisinsk kompetanse for å oppnå god kommunikasjon med sine pasienter (Higginbottom, Hadziabdic, & Paton, 2013).

I en omfattende gjennomgang av litteratur om kultursensitivitet fant man store forskjeller mellom lege-pasient kommunikasjonen dersom pasienten hadde en annen etnisk bakgrunn enn legen. Legene rapporterte mindre effektiv kommunikasjon og at pasienter med en annen etnisk bakgrunn var mindre ekspressive. De unnlot ofte å stille spørsmål, noe som kunne ha viktige konsekvenser for deres helse (Schouten & Meeuwesen, 2005).

Et inkluderende og likeverdig samfunn forutsetter at helsetjenestene er av lik kvalitet og er tilgjengelige også for innvandrergrupper. Spørsmålet om hvordan vi på best mulig måte veileder innvandrere til å opprettholde og/eller tilegne seg et helsefremmende kosthold er derfor viktig (Magelssen, 2008; Støre & Thorkildsen, 2013).

2.4.1 Kultursensitivitet

En viktig faktor for å kunne nå en stadig mer mangfoldig populasjon er økt følsomhet overfor kulturelle forskjeller (Curry, 2000). Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn. Kulturell tilhørighet er som vi har sett en viktig faktor for bestemmelse av kostholdet (Nicolaou et al., 2009).

Kulturen bestemmer i stor grad måten vi oppfatter kropp, sykdom, helse og problemløsning på. Kulturen kan også si noe om måter man organiserer familieliv og tar beslutninger. (Magelssen, 2008).

Disse forutsetningene fordrer kulturell ydmykhet hos kostholdsrådgiveren med tanke på selvrefleksjon, livslang læring og det å være en reflektert praktiker. Det er også viktig med kulturell kompetanse til å kunne møte forskjellige mennesker fra forskjellige kulturer med kultursensitive strategier og kommunikasjonsferdigheter (AADE, 2012).

Multikulturell følsomhet handler om en respekterende holdning til gyldigheten og styrken i en persons kulturelle selvidentifikasjon og en følelsesmessig akseptering av kulturelle uttrykk, spesielt når det gjelder kostholdsvaner (Curry, 2000).

Foronda (2008) beskriver kultursensitivitet ut fra fem hovedkompetanser: kunnskap, omsorg, forståelse, respekt og tilpasning (Foronda, 2008).

Kunnskap

For å oppnå kulturell sensitivitet må man ha kunnskap om kulturelle forskjeller og verdier. Kunnskap defineres som mengden av ens informasjon. Det er viktig at helsepersonell har kunnskap om normer, verdier og holdninger hos minoritetsgrupper.

Omsorg

Omsorg defineres som tankefull overveielse og det å bry seg om andre, og ta den andres individualitet og identitet med i betraktningen.

Forståelse

Et ønske om å forstå er en nøkkelfaktor i kulturell sensitivitet. Det handler om å forstå effektene og viktigheten av andres verdier og erfaringer. I tillegg til å forstå, må man også kommunisere sin forståelse. Det handler om å knytte intervensjonene opp mot pasientens behov.

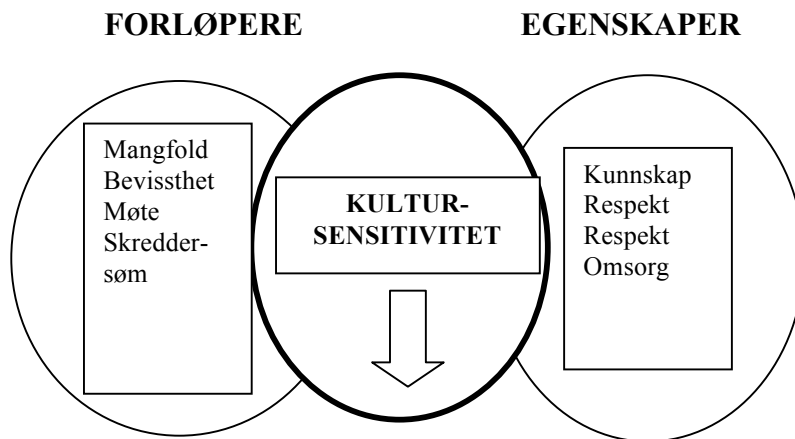
Respekt

Respekt handler om en vilje til å vise anerkjennelse og gjøre et aktivt forsøk å få tak i og anerkjenne de kulturelle forventningene.

Tilpasning

Det handler om å klare å tilpasse seg et individ eller en gruppe. Dette kan skje på flere nivåer, på individnivået handler det om å endre ens perspektiv slik at den andres perspektiv får plass.

Foronda (2008) illustrerer kultursensitivitet gjennom modellen som vist under.



KONSEKVENSER:

Effektiv kommunikasjon

Effektiv intervensjon

Tilfredshet

Figur 2 Kultursensitivitet

Foronda (2008) viser også i modellen at forløperne for kultursensitivitet også er viktige fordi de øker mulighetene for å utøve kulturell sensitivitet. Forskjellighet handler om at vi er forskjellige som individer og at vi har med oss språk, kultur, normer og verdier. Bevissthet handler om at vi også må erkjenne vår egen kultur og hvordan den er forskjellig fra andre kulturer. Møte handler om at kultursensitivitet er konstruktivt og oppstår i møtet med den andre kulturen (Foronda, 2008).

Magelssen (2008) understreker viktigheten av bevisstheten om at det er gjennom samtaler og observasjoner, vi kan skaffe oss riktige bilder av hvordan den enkelte tolker og lever med sin kultur. Det advares mot å trekke slutninger med henvisning til kulturen.

Kultursensitiv kommunikasjon handler om å forsøke å høre, se og føle det som ligger bak de konkrete ordene som uttales. Det handler om å være empatisk, fordomsfri og ha en aksepterende holdning og forsøke å se likhetene i forskjellene (Magelssen, 2008).

Målet med kommunikasjonen med innvandrer mødre er å skape en felles forståelse av amming og kosthold og hvordan barnas helse påvirkes av dette. Når vi har sett at

kostholdsutfordringene er store hos innvandregrupper er det viktig å kunne formidle kostholdsråd slik at de blir lett tilgjengelige. En forutsetning for dette er at vi har nok kulturell bakgrunnsinformasjon om de enkelte innvandregrupper. Skal strategier og veiledning ha effekt, må de ta hensyn til alle de faktorer som påvirker matrelatert atferd (Nicolaou et al., 2009).

3.0 DESIGN OG METODE

3.1 kvalitativ metode

Kvalitative metoder kan tilføre viktige detaljer for å forstå et fenomen, som det er vanskelig å fremskaffe gjennom kvantitative metoder (Strauss & Corbin, 1990). Det foreligger liten kunnskap om kostholdet til innvandrerbarn og deres mødres holdninger og kunnskap om kosthold.

3.1.1 Grounded theory

Grounded theory er en metode som gir mulighet til å systematisere innsamlede data og omforme disse til ny kunnskap og teori (Bowen, 2006; Glaser & Strauss, 1999). Metoden ble valgt, ettersom formålet med prosjektet er å utforske et nytt temaområde som det er lite kunnskap om.

Grounded theory ble utviklet på 1960-tallet av sosiologene Glaser og Strauss og er nå en akseptert metode i forskning innenfor fagfeltene antropologi og sosiologi (Glaser & Strauss, 1999). Grounded theory er en metode innen kvalitativ forskning med formål å skape konseptuelle rammeverk eller teorier gjennom induktiv analyse av data (Tabell 1). Funnene i denne analysen skal være begrunnet i dataene, derav navnet Grounded theory. Slik styres man ikke så lett av forutinntatte ideer når man samler inn og analyserer funnene. Metoden kjennetegnes ved at forskeren analyserer dataene samtidig som nye samles inn, det betyr at datainnsamling og analyse er en parallell prosess (Charmaz, 2006; Dahlgren et al., 2007; Starrin, Dahlgren, Larson, & Styrborn, 1997).

I de to første kvalitative delene i InnBaKost prosjektet ble det gjort dybdeintervjuer med irakiske mødre da barna var henholdsvis seks- og tolv måneder gamle. I denne delen av prosjektet ble det valgt fokusgruppe som kvalitativ metode for å undersøke om ny kunnskap fremkommer når konteksten endres, for eksempel dersom kvinnene fikk diskutere og bekrefte hverandres utsagn (Halkier, 2010; Kvale & Brinkmann, 2012).

3.1.2 Fokusgrupper

Fokusgrupper er en kvalitativ datainnsamlingsmetode hvor en gruppe mennesker intervjues samtidig. Dataene fremkommer når gruppedeltakerne får anledning til å diskutere ett eller flere forhåndsbestemte spørsmål, med en gruppeleder/moderator som leder. Det er ikke et mål

å oppnå enighet i gruppen, men å avdekke meningsforskjellene som eksisterer (Bring et al., 1999).

Fokusgruppe som metode anses å være godt egnet for kulturelt relevante spørsmål og fordi metoden egner seg spesielt til å fange opp erfaringer, meninger og normsystemer (Dahlgren et al., 2007). Fokusgrupper er også et effektivt verktøy for å undersøke matvaner og praksiser innen en forholdsvis homogen gruppe mennesker (Bring et al., 1999).

Fokusgruppeintervjuer er også tidligere brukt for å få frem verdifull informasjon om kostholds praksis til innvandrere. Steinman et. al. Benyttet fokusgrupper da de undersøkte somaliske innvandremødre i USA, om deres tro og praksis vedrørende spedbarnsernæring og utdanning. En dansk studie brukte fokusgrupper for å utforske kosthold, helse og mat til barn i familier innvandret fra Tyrkia og Pakistan. Målet med studien var å bedre kostholdsrad til etniske minoritetsforeldre i Danmark (Nielsen et al., 2013).

Fokusgrupper er metodisk tilpasset Grounded theory som vi har brukt for å systematisere, tolke og forstå de dataene som fremkommer gjennom fokusgruppene i vår studie.

Det ble gjennomført fem fokusgrupper med 2 – 5 irakiske mødre. Jeg forberedte møtene og var observatør ved de tre første fokusgruppene. Veileder hadde rollen som moderator. I de to siste fokusgruppene var jeg selv moderator.

3.2 Rekruttering og utvalg

Ideelt skulle de samme mødrene følge hele studien fra starten. Dessverre var det ikke de samme mødrene som hadde deltatt på dybdeintervjuene da barna var henholdsvis seks- og tolv måneder, som deltok videre i denne studien. Vi måtte derfor rekruttere nye mødre til fokusgruppene.

Inkluderingskriteriene for å delta på fokusgruppemøtene var at informantene skulle være født i Irak av irakiske foreldre og innvandret til Norge. Informanten skulle være mor til et friskt barn på to år (\pm åtte) måneder. Kravet til barnas alder var opprinnelig to år (\pm seks) måneder, men ble endret på grunn av utfordringer med å rekruttere.

Det ble benyttet flere strategier for å rekruttere deltakere; *multi recruitment strategy* (Hussain-Gambles et al., 2004). Vi begynte med lister fra Folkeregisteret og fant alle irakiske kvinner med barn født i 2012 fra Oslo, Akershus og Buskerud området og sendte informasjonsskriv per post på norsk, kurdisk og arabisk til alle kvinnene. Dette tiltaket gav oss kun én deltaker. Vi distribuerte også informasjonsskriv og kontaktinformasjon om prosjektet på Åpen barnehage, helsestasjonen på Grønland og på NAV Tøyen for å rekruttere flere kvinner. Disse tiltakene var resultatløse.

Da vi hadde store rekrutteringsproblemer fikk vi anledning til å kontakte deltakere fra den kvantitative studien i InnBaKost. Disse ble kontaktet av tolk pr telefon og vi fikk rekruttert de fleste informantene herfra. Til sammen fikk vi rekruttert 18 irakiske mødre i alderen 24 – 40 år. Av disse rekrutterte vi tre deltakere gjennom snøballmetoden, det vil si at noen kjente en mor som også oppfylte inklusjonskriteriene, og som ønsket å delta. Tolken kjente til noen mødre som hun rekrutterte på denne måten.

Fire fokusgrupper fant sted i Fafo sine lokaler på Grønland, Oslo og et fokusgruppemøte ble gjennomført i Røde Kors lokaler i Drammen. Det ble benyttet båndopptaker og tolk var tilstede under alle fokusgruppene. Innsamlingen av data ble gjort i perioden september 2014 til februar 2015. Hver fokusgruppe varte i underkant av 90 minutter (Lengste 88min- korteste 62 min). Det ble servert mat og drikke til alle mødrene og deres barn etter fokusgruppene. Mødrene ble fortalt at de kunne få mer informasjon om resultatene av prosjektet etter studiets avslutning. Som takk for deltakelse fikk mødrene 200 kroner. Vi oppfordret kvinne til å ta med seg en annen kvinne som hadde barn innenfor inklusjonskriteriene. For dette ville kvinnen som rekrutterte få 150 kroner ekstra. Ingen benyttet seg av dette tilbudet.

3.2.1 Intervjuguide

Det ble det benyttet en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg 4). Intervjuguiden fokuserte på mødrenes kunnskap om fullamming, barnas matvaner, erfaringer fra helsestasjon og råd de fikk fra venner og familiemedlemmer. En semi-strukturert intervjuguide gav oss mulighet å forfølge utsagn og stille oppfølgings spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2012).

Kvale (1997) anbefaler at en semi-strukturert intervjuguide inneholder overordnede emner med forslag til spørsmål. Et godt intervju spørsmål bør bidra til en tematisk kunnskapsproduksjon, og et dynamisk samspill mellom moderator og mødrene. Målet er å få

til en samtale som driver seg selv. For å oppnå dette er det essensielt at moderator unngår å stille flere spørsmål på en gang, stille ledende spørsmål eller ja/nei spørsmål. Det er også viktig at spørsmålene føles relevante og gir mening for mødrene.

Intervjuguiden ble ikke pilottestet på forhånd. Bakgrunnen for denne avgjørelsen var de nevnte vanskelighetene med å rekruttere nok mødre til studien. Vi var bekymret for å bruke opp deltakere på en pilottest der dataene ikke kunne benyttes i selve forskningen. I stedet forsøkte vi å gjennomføre pilottest av intervjuguiden på ansatte med barn på to år ved Fafo og Høgskolen i Oslo og Akershus, men også her hadde vi vanskeligheter med å rekruttere.

Intervjuguiden som ble brukt bygger på data som er fremkommet ved tidligere faser i InnBaKost, hvor dybdeintervjuer ble brukt. I fokusgruppene ønsket vi å se om noen av de samme spørsmålene fikk andre og kanskje mer utfyllende svar. På denne måten kunne vi belyse og stille spørsmål på andre måter enn tidligere.

3.2.2 Tolk

Det er mange spørsmål man må stille seg i forkant av ett tolkvalg. Er det viktig at tolken har etnisk tilhørighet til gruppen som blir intervjuet? Det er fordeler og ulemper ved begge alternativer. Er tolken kjent i miljøet kan mødrene bli bekymret for sin anonymitet og om taushetsplikten vil bli overholdt (Bramberg & Dahlberg, 2013). Det kan også forekomme at tolken er selektiv i sin oversettelse for å beskytte miljøet de begge kommer fra (Wallin & Ahlström, 2006). I dette tilfellet er det en fordel dersom en sekundær tolk kan kvalitetssikre oversettelsene i etterkant. Dette ble ikke gjort i denne studien, noe som kan være en svakhet. På den andre siden kan mødrene være skeptiske og ikke stole på eller åpne seg for tolken dersom han eller henne er fra en ukjent kultur. Hvis deltakerne ikke føler seg trygge, kan det være vanskelig å få samtalen til å fungere. Dette viser at valg av tolk er noe man bør vurdere nøye før man gjennomfører en slik studie. Tolken bør være både kulturelt akseptert og språklig dyktig (Kvale & Brinkmann, 2009).

Tolken vi brukte spilte en viktig rolle både i rekrutteringsfasen og under datainnsamlingen. Det var kun én og samme tolk som ble brukt under fokusgruppene. Vi brukte ytterligere en tolk for å kvalitetssikre informasjonsskriv på kurdisk og arabisk. De fleste intervjuene ble gjort på norsk og tolken oversatte både spørsmål og svar. Så godt det lot seg gjøre delte vi mødrene i fokusgrupper basert på hvilke språk de best behersket; kurdisk, arabisk eller norsk.

Tolk var tilstede under alle fokusgruppene, også der mødrene behersket norsk språk godt. Det var viktig særlig når mødrene begynte å diskutere på sitt morsmål seg imellom under fokusgruppene.

Vår tolk under fokusgruppene var en ung kvinne fra Iran som er muslim. Hun er oppvokst i Norge og snakker norsk, kurdisk og arabisk flytende. Hun har høyere utdanning i arabisk og persisk fra Norge; Bachelorgrad i språk (arabisk) og bachelorgrad i afrikanske og asiatiske studier med fordypning i persisk. Tolken har god kjennskap til vårt pågående prosjekt og har arbeidet som tolk og feltarbeider for InnBaKost siden september 2013.

3.3 Transkribering, koding og dataanalyse

Jeg har hatt ansvaret for transkribering og dataanalysen av dataene. Grounded theory ble benyttet som et analyseverktøy. Analyseprosessen har gjennomgått seks steg; (1) Datainnsamling; (2) Dokumentasjon; (3) Åpen koding; (4) Selektiv koding; (5) Teoretisk koding; (6) Integrasjon (Dahlgren et al., 2007). Tabellen nedenfor viser disse stegene:

Tabell 1 De seks stegene i Grounded Theory.

Steg	Beskrivelse
Data innsamling	Normalt sett intervjuer ved bruk av lydopptak.
Dokumentasjon	Transkribering av datamaterialet ved hjelp av et Software program, for eksempel OpenCode 4.0
Åpen koding	Kode datamaterialet med den hensikt å identifisere viktig informasjon.
Selektiv koding	Beslutte hvilke koder som er viktige og danne kategorier for disse. Gjennomgang av datamaterialet igjen, nå med et bedre øye for hva du ser etter.
Teoretisk koding	Forsøk på å finne likheter og sammenhenger mellom koder og etter hvert kategoriene. Dannelse av konsepter og en mulig teori.
Integrering	Forsøk på å bygge en bro mellom funnene og eksisterende teorier.

Etter hvert fokusgruppeintervju transkriberte og kodet jeg de innsamlede data før jeg foretok et nytt fokusintervju. Det gikk mellom to uker til to måneder mellom hvert

fokusgruppeintervju. På denne måten kunne vi også endre intervjuguiden ut fra ny informasjon og erfaringer underveis i prosjektet. Dette prinsippet er i tråd med Grounded theory, hvor kunnskapen dannes gjennom en induktiv prosess (Bowen, 2006; Dahlgren et al., 2007).

Transkribering av innsamlede data er trinn to i Grounded theory metoden. Jeg transkriberte lydfilene fortløpende etter hver fokusgruppe. Dette ble gjort så viktig informasjon, som stemningen og kroppsspråket til mødrene, ikke skulle bli glemt og resultatene endres på grunn av dette. Lydfilene ble transkribert ordrett.

Den transkriberte informasjonen ble overført til analyseprogrammet Open Code 4.0. Koding av data materialet er steg tre i Grounded theory og kalles «open coding». Kodingen skaper oversikt gjennom forenkling og sammenfatning av tekstenes innhold. En kode kan for eksempel angi et tema som avsnittet dreier seg om, eller noe som omtales i setningen. Kodene kan være deskriptive, fortolkende eller forklarende. Eksempel på koder som ble brukt er: Amming, Ammestopp, Sukkervann, Råd og Helsestasjonen (Figur 3). Hensikten med å kode på denne måten var å identifisere aktuell informasjon i materialet (Dahlgren et al., 2007).

10	K1: Ja vi har jo den tendensen at vi forstår det at, fra	amme_varighet, ammet_kort, amming, råd_mor
11	moren min at amming er veldig viktig for bama særlig	amme_varighet, ammet_kort, amming, råd_mor
12	første 6 månedene. Så vi har forså vidt begynt med amming	amme_varighet, ammet_kort, amming, råd_mor
13	fra første dag, selvfølgelig man får ikke det så, men, men...	amme_varighet, ammet_kort, amming, råd_mor
14	Jeg startet ihvertfall. Det er jo noen bam som ikke liker	amme_varighet, ammet_kort, amming
15	å bli ammet, mens noen elsker det og fortsetter med det i	amme_varighet, ammet_kort, amming
16	over 2 år. Det spørs.. men hvis at bamet blir ikke mett av	amme_varighet, ammet_kort, amming, morsmelkerstatning
17	bare morsmelk, som har skjedd med meg sånn personlig med	amme_varighet, ammet_kort, amming, morsmelkerstatning
18	begge bama., så startet med morsmelkerstatning samtidig.	amme_varighet, ammet_kort, amming, morsmelkerstatning
19	Altså helt fra starten av. Eller etter 40 dager for da	amme_varighet, ammet_kort, amming, morsmelkerstatning
20	følte jeg at bamet er hele tiden sulten ikke mett av...	amme_varighet, ammet_kort, amming, morsmelkerstatning
21	(morsmelk)	amme_varighet, ammet_kort, amming, morsmelkerstatning
22	I: og hvordan følte du det?	amme_varighet, ammet_kort, amming
23	K1: Han gråter hele veien og ba om mat og man har sånn	amme_varighet, ammet_kort, amming, lite_melk, morsmelkerstatning
24	regelmessig hver tredje time. Jeg var ferdig med ammingen	amme_varighet, ammet_kort, amming, lite_melk, morsmelkerstatning
25	og etter en halvtime han begynner å gråte igjen. Så man	amme_varighet, ammet_kort, amming, lite_melk, morsmelkerstatning
26	føler at han ikke blir mett av kun morsmelk så da startet	amme_varighet, ammet_kort, amming, lite_melk, morsmelkerstatning
27	han med morsmelkerstatning.	amme_varighet, ammet_kort, amming, lite_melk, morsmelkerstatning

Figur 3 Eksempel på Open Code

Den selektive kodingen er steg fire i Grounded theory og starter opp når en har fått noen indikasjoner på hvilke data som vil fremkomme og en kan systematisere disse. Denne prosessen vil utvikle nye begreper og kategorier. Kategoriene ble dannet på bakgrunn av hvor ofte et fenomen eller tema ble diskutert i fokusgruppen i tillegg til temaer hvor mødrene viste spesielt engasjement. Det fremkom følgende hovedkategorier: *Forståelse av fullamming*,

ammekultur, lite melk, introduksjonsmat- og drikke, barnehagen, motstridende råd, helsestasjonen, lørdagsgodt/sukker, helsebekymringer, lite kontroll samt norsk vs. irakisk mat (Charmaz, 2006).

Det å danne kategorier er det analytiske steget i Grounded theory. En sammenheng mellom flere koder skaper et analytisk begrep, en kategori (Charmaz, 2006; Starrin et al., 1997). Illustrasjonen nedenfor viser hvordan jeg har strukturert informasjonen fra fokusgruppeintervjuene.

Fokusgruppe	Forståelse av fullamming: <i>ammelengde, vann, sukkervann, morsmelkerstatning</i>	Ammekultur <i>Religion, lite melk, ammepress</i>	Motstridende råd <i>Helsesøster vs. familie</i>	Lite kontroll <i>Mat, lørdagsgodt, barnehage</i>
FG1_140914_1	<p>K2: Det er bra å få morsmelk i 1 år til 1 år og 3 mnd. Men dessverre kunne jeg ikke gi barnet mitt i mer enn 3 mnd. Fordi han ble født vanskelig og han kunne ikke få det. Og med mitt andre barn hadde jeg for lite melk til å amme.</p> <p>K4: Jeg synes at mor i det miste bør gi barnet morsmelk i 8 mnd. Da ville barnet selv ikke ha. Men om barn vil drikke i mer enn 8 mnd. er det bedre. Eldste sønnen min ble født i 7 mnd. og kunne bare få</p>	<p>K1: Jeg tror ikke det er noe forskjell her og i Irak i forhold til følelsen av for lite melk, i så fall må det være sola, mer sol der.</p> <p>K2: noen har mer melk og noen har mindre (ingen forskjell mellom her og i Irak) Hvordan</p>		<p>K3: Hun spiste pizza og litt ris, hun er veldig flink å spise når hun er sulten.</p> <p>K1: mitt problem er når vi får gjester og kan de få hva som helst, det er et veldig stort problem. Ting jeg ikke pleier å gi eller kjøper hjemme, så får de det. Brus for eksempel. Eller godteri eller, jeg er litt for streng, men jeg gir ikke sånne ting daelig (til</p>

Figur 4 Kategorier og systematiserte transkripsjoner

Den teoretiske kodingen er steg fem i Grounded theory og spesifiserer forholdene mellom kategoriene som er valgt (Charmaz, 2006; Starrin et al., 1997). Forskeren begynner å gjenkjenne noe det går an å bygge en teori fra. Under den teoretiske kodingen forsøkte jeg å samle de løse trådene igjen fra det oppstykkede datamaterialet (åpne og selektive koder) for å danne et mer helhetlig teoretisk historie eller bilde (figur 5) (Dahlgren et al., 2007). Det siste steget i Grounded theory, Integrering vil bli gjennomført og lagt frem i diskusjonskapitlet (5.3).



Figur 5 viser kodene og kategoriene i et teoretisk bilde hvor det skapes en relasjon mellom disse og forskningsspørsmålet.

3.4 Etske hensyn

Den overordnede prosjektsøknaden til InnBaKost, *Ernæring og helse blant barn med innvandringsbakgrunn* er godkjent av REK (Regionale komiteer for medisinsk og samfunnsfaglig forskningsetikk). I søknaden til REK beskrives publiseringskriterier for studien: personidentifiserbare opplysninger som registreres er navn, adresse og fødselsdato (Vedlegg 1). Disse opplysningene vil bli oppbevart på en passord beskyttet PC (Fugelsnes, 2012).

I tillegg til et overordnet lovverk for helse- og samfunnsforskning har vi forsøkt å basere oss på generelle etiske prinsipper i samfunnsforskning som det er konsensus for. De viktigste prinsippene er nytte, autonomi, rettferdighet og å ikke forvolde noen skade (Dahlgren et al., 2007).

Nytten av denne studien må ses i lys av norske myndigheters helsemål for alle innbyggere i Norge og et likeverdig samfunn. I forskning på samfunnshelse vil det ofte være politiske vurderinger om hvilke utfordringer vi velger å fokusere på og aspekter ved disse (Dahlgren et al., 2007). Det er lite kunnskap om innvandrerbarns kosthold i Norge. Denne kunnskapen er etterlyst i de nasjonale kostholdsundersøkelsene Spedkost og Småbarnskost (Kristiansen &

Andersen, 2009; Øverby et al., 2008, 2009).

Autonomi handler om at alle mennesker har en rett til å bestemme over sine egne handlinger og ressurser. Ved rekruttering til studien fikk alle mødrene informasjonsskriv om prosjektet på eget språk (Vedlegg 2). Denne informasjonen ble gjentatt for alle individuelt før de underskrev samtykkeerklæring. Vi var veldig opptatt av å sikre at mødrene faktisk forstod hva de gav sitt samtykke til (Vedlegg 3). Kvinnene som ikke snakket norsk, fikk denne informasjon via tolken (Dahlgren et al., 2007).

Rettferdighet handler om at gjennom InnBaKost vil vi oppnå tilnærmet samme kunnskap om innvandrerbarns kosthold som det vi har om norske barn, slik at også disse innvandrerbarn kan nyttiggjøre seg norske myndigheters kunnskap om kosthold (Dahlgren et al., 2007).

Å **ikke forvolde skade** tolker jeg i denne sammenheng som å sikre anonymiteten og integriteten til informantene. Lydopptakene som ble gjort under fokusgruppene ble oppbevart i låste skap på Fafo og kun studenten hadde tilgang til disse. Ved transkriberingen av data fra fokusgruppene ble det brukt tallkoder for kvinnenens navn. Slik ble deltakernes anonymitet beskyttet. Beskrivende informasjon som bosted, navn på helsestasjon og lignende som potensielt kunne avsløre kvinnenens identitet ble ekskludert. Dette prinsippet ble også forsøkt ivaretatt gjennom bevisst imøtekommenhet og respekt av mødrenes egen kultur. For eksempel var det en selvfølge å servere halalmat når vi gjennomførte fokusintervjuene. Vi forsøkte også å være bevisste på at vi ikke stilte spørsmål som kunne oppleves som krenkende eller uten relevans for studiens formål (Dahlgren et al., 2007).

3.4.1 Forforståelse

I kvalitativ forskning er det viktig at forskerens bakgrunnskunnskap om temaet som belyses, kommer tydelig frem. Kvalitativ forskning baserer seg på tidligere kunnskap, egne holdninger og erfaringer. Dette blir kalt forskerens forforståelse «preknowledge».

Dahlgren et al., (2007) beskriver forforståelsens betydning som følger:

«Er det mulig å forstå kompliserte adferdsmønstre dersom du ikke har opplevd situasjonen selv?»

Eller omvendt:

«Det er viktig å mangle personlig erfaring og prøve å være naiv, hvis du virkelig ønsker å forstå noens erfaringer og adferd.»

Det er en utfordring at forhåndsoppfatninger kan prege hele forskningsprosessen. Derfor er det viktig at forskeren har et gjennomtenkt forhold til dette og er klart innforstått med problemstillingen (Dahlgren et al., 2007). I Grounded theory blir ofte begrepet *Theoretical Sensitivity* benyttet for å forklare forforståelse som begrep. Teoretisk sensitivitet oppnås ved å være godt forankret i litteraturen samt forskerens faglige og personlig erfaring. Denne samlede kunnskapen skal jeg som forsker ta med meg in i forskningssituasjonen (Strauss & Corbin, 1990). Forskeren må opparbeide seg kulturell kompetanse og sette seg inn i informantenes kontekst, men fortsatt holde en profesjonell avstand. Jeg ser dette som en måte å sette seg inn i deres situasjon, men tolke informasjonen mer objektivt i etterkant.

Jeg har en Bachelorgrad i ernæringsfysiologi som gir meg en god forståelse av kostholdets konsekvenser og betydning. Jeg er født og oppvokst i Norge med norske foreldre og jeg har ikke barn selv, med andre ord har jeg ingen personlig erfaring med småbarns kosthold eller det å tilhøre en minoritet. Jeg har heller ingen kunnskap om arabisk matkultur annet enn det jeg har lært gjennom sine studier i ernæringsfysiologi. Betydningen av min forforståelse vil bli diskutert mer i drøftingskapittelet.

I kvalitativ forskning kan forskeren selv påvirke hvordan funnene blir tolket. Dette står i kontrast til forholdene ved kvantitativ forskning der forskeren har en mer objektiv rolle. I kvalitativ forskning skapes kunnskap igjennom interaksjonen mellom forskeren og informantene. Derfor er det viktig at jeg har integritet i forhold til mødrene og ved behandling av dataene (Dahlgren et al., 2007; Kvale & Brinkmann, 2009). Den kvalitative forskeren forventes også å ta i bruk sin forforståelse i alle forsknings fasene. En fare ligger i at man ”blander seg inn” i det som skjer ved å endre på måten man deltar på (Bring et al., 1999).

4.0 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres funnene fremkommet i fokusgruppene. Det vi ønsket å vite mer om var hva som påvirket irakiske mødres holdninger til og opplevelser av amming, kostholdet til deres småbarn og møtet med helsestasjonen i Norge. Funnene er systematisert etter forskningsspørsmålene:

- *Hvilke erfaringer og opplevelser har mødrene med amming?*
- *Hvilke utfordringer møter mødrene til deres småbarns kosthold?*
- *Hvordan oppleves møtet med helsestasjonen og hva vektlegger mødrene av kunnskap om sped- og småbarnsernæring?*

For å illustrere funnene bruker jeg ordrette sitater fra mødrene, samt tolks oversettelse. Jeg vil oppgi navn, alder og botid i Norge ved hvert sitat. Mødrenes navn vil være fiktive for å sikre anonymitet. Der en dialog blir sitert vil jeg kun oppgi fiktivt navn og hvilken fokusgruppe dialogen er hentet fra. Dersom sitatet er oversatt av tolk vil dette også stå oppført og sitater som har blitt forkortet vil bli markert med (...). Aller først vil jeg si litt om bakgrunnen til mødrene som deltok i fokusgruppene.

4.1 Bakgrunnsinformasjon om mødrene

Målgruppen i denne studien er irakiske innvandrerkvinner med barn på 24 måneder (± 8 måneder). De fleste av disse kvinnene har innvandret fra de nordlige områdene i Irak og definerer seg som kurdere. Kurdere ser på seg selv som et eget folk, men Kurdistan eksisterer ikke som en egen nasjonalstat. Situasjonen kan på en måte sammenlignes med Samene i Norge. Kurderne må følge levemåter og tradisjoner til majoriteten av befolkningen i områdene de bor (Tyrkia, Iran, Syria og Irak). De er derfor kulturelt sett blitt utsatt for forskjellig påvirkning (Aziz, 2011).

Religion er en stor del av irakeres og kurderes liv og de aller fleste er muslimer som følger den islamske kulturen. De offisielle språkene i Irak og Kurdistan er arabisk og kurdisk (Sandesh & Schjøtt, 2012).

Generelt er det mødre som har ansvar for kosthold og matlagning i familien (Jonsson et al., 2002). Det er derfor naturlig at det er mødre som er målgruppen for å kartlegge kostholdet til innvandrerbarn i Norge.

Mødrene som deltok i fokusgruppene har innvandret til Norge i tidsperioden mellom 1991 og 2012. De har en gjennomsnittlig botid i Norge på 11,5 år. Mødrene i hver fokusgruppe hadde varierende alder, antall barn og utdannelsesnivå. Halvparten av mødrene hadde høyere utdanning enn ungdomsskole. De deltagende mødrene hadde en gjennomsnittsalder på 30 år og de fleste hadde mer enn ett barn. Detaljerte demografiske data kan sees i Tabell 2. Denne bakgrunnsinformasjonen er viktig å presentere når vi senere skal vurdere overførbarheten av funnene til andre innvandrergupper i Norge.

Tabell 2 Bakgrunnsinformasjon til deltagerne

Navn (Fiktivt)	Alder (år)	Antall barn	Innvandring (år)	Utdannelsesnivå	Yrke
Linda	29	2	2006	Ungdomsskole	Jobber
Fatima	28	3	1991	Mastergrad*	Jobber
Shlair	40	2	2002	-	Jobber
Amal	32	2	2008	-	Jobber
Khanda	31	2	2001	Mastergrad*	Jobber
Sohad	26	3	2006	Grunnskole	Hjemme
Daria	29	2	2004	Bachelor*	Jobber
Halah	24	1	2000	Mastergrad*	Jobber
Sonia	29	2	2009	Bachelorgrad	Hjemme
Hana	32	2	2007	Ungdomsskole	Hjemme
Gulaw	30	3	2004	Ungdomsskole*	Hjemme
Eniwa	32	2	2009	Ungdomsskole	Jobber
Ajwan	29	3	2004	Videregående*	jobber
Bahoz	25	2	2012	Bachelor	Permisjon
Dilvan	33	2	2002	Bachelor*	Jobber
Kaja	37	3	2010	Ungdomsskole	Hjemme
Huzan	30	1	2002	Ungdomsskole	Hjemme
Medya	29	2	2009	Bachelor*	Jobber

*= Utdannelsen er tatt i Norge

4.2 Hvilke erfaringer og opplevelser har mødrene med amming?

I de to foregående kvalitative studiene i InnBakost er også kvinnenes ammeerfaringer blitt studert dyptgående. Kvinnene ble intervjuet da de fortsatt ammet.

I denne studien har vi benyttet to begreper for amming; amming og fullamming. Amming blir beskrevet som den perioden barnet får morsmelk, selv etter at barnet har begynt å spise/drikke annen mat i tillegg. Med fullamming menes eksklusiv amming, der barnet kun får morsmelk. I denne betegnelsen er alt av annen drikke som vann, sukkervann, morsmelkerstatning eller smaksprøver på mat ekskludert. Dersom mor introduserer annen mat eller drikke til barnet anses dette ikke lenger som fullamming. Et unntak er når barnet får omega 3 tilskudd og/eller vitamin D tilskudd. Norske helsemyndigheter anbefaler dette for spedbarn fra fire ukers alder.

InnBaKost prosjektet har til nå vist at irakiske mødre innfører vann, sukkervann og smaksprøver på fast føde før fire måneders alder. I denne studien ønsket vi å finne ut hva som ligger bak beslutningene om å gjøre dette. Det er også sett at mødre ofte benytter seg av morsmelkerstatning og at få mødre fullammer ved fire- seks måneders alder. Funnene i fokusgruppene viste at de irakiske kvinnene ønsket å amme lenge, men ulike forhold gjorde at det sjelden ble slik og at de hadde ulik forståelse av begrepet fullamming.

4.2.1 Ønsker å amme lenge, men det oppstår problemer

Alle kvinnene i våre fokusgrupper ønsket å amme sine barn og det var stor enighet om viktigheten av å amme. Mødrenes sterke ønske om å amme ble begrunnet slik; «*morsmelk er den beste næringen for barnet*» og de religiøse og kulturelle betydningene av amming. Majoriteten av mødre så også på det å amme *lenge* som det ideelle.

«Det er bra å gi barnet i to år, og amme til de er to år. I min religion også, det står i Koranen.» (Sonia, 29 år, botid 6 år)

Det var allikevel store variasjoner i hvor lenge de enkelte mødre hadde ammet sine barn. Årsakene til variasjonene var mange, som opplevelse av å ha lite melk, problemer med å amme, graviditet, medikamentbruk, holdninger til morsmelkerstatning og en oppfatning av at ammingen var utenfor mødrenes kontroll.

Opplevelse av å ha lite melk

På tross av oppfatningen om at morsmelk var den beste næringen barnet kunne få, var det bare noen få av mødre i våre fokusgrupper som hadde fullammet barna i hele den anbefalte perioden. De oppgav som en viktig forklaring på dette at de mente å ha for lite melk og at barnets gråt kunne være et bevis for dette.

«Jeg var ferdig med ammingen og etter en halvtime han begynner å gråte igjen. Så man føler at han ikke blir mett av kun morsmelk, så da startet han med morserstatning.» (Khanda, 31 år, botid 14 år)

«(...) Fra tre til fire måneder begynte jeg med morsmelkerstatning ved siden av amming. Men det var ved seks måneder, jeg sluttet med amming. Men det var fordi jeg følte at barnet ikke ble mett av mitt eget [morsmelk], og derfor likte barnet mest morsmelkerstatning.» (Kaja, 37 år, botid 5 år)

En annen forklaring gikk på at melken kvinnene produserte var av ulik kvalitet og at noen inneholdt for lite næring i forhold til barnets behov.

«Min morsmelk er ikke helt sånn fullernært. Ikke sant... Jeg hadde melk, men det var ikke nok.» (Khanda, 31 år, botid 14 år)

En annen forklaring på «for lite melk» var opplevelsen av å være sliten.

«Man blir sliten, og når man er sliten så har man ikke melk.»

(Linda, 29 år, botid 9 år)

Opplevelsen av for lite melk var en sentral grunn til at mødre valgte å avslutte fullamming og introdusere morsmelkerstatning og tilleggs kost «for sikkerhetsskyld».

Problemer med ammingen

En annen viktig hindring for amming var problemer med selve ammingen eller dårlig ammeteknikk som førte til at barnet ikke sugde og at ammingen var vond og slitsom. I tillegg ble manglende støtte og opplæring i amming beskrevet som en viktig årsak til redusert amming.

«Jeg ammet bare tre måneder, jeg fikk fødselsdepresjon. Grunnet manglende erfaring med amming. Hun [barnet] var så vanskelig og det var ikke så lett å holde brystet heller, og jeg prøvde jo alt. Det var helt forferdelig synes jeg.»

(Halah, 24 år, botid 15 år)

En av kvinnene fortalte om sine ryggproblemer og oppgav det som årsaken til at hun ønsket å avvenne barnet fra morsmelk.

Mødrene uttrykte at det kunne være en påkjenning å amme, men at de bestreber seg på å følge anbefalingene på tross av det.

Et annet forhold som fremkom, som ikke handlet om problemer med det tekniske ved ammingen, men som mer handlet om sosiale faktorer var amming offentlig eller når menn var tilstede. For noen var dette et problem, mens andre så ut til å ha tilegnet seg et vestlig syn på amming i offentlighet. Dette illustreres gjennom denne dialogen i fokusgruppe nr. 2:

Khanda: (...) det eneste problemet jeg hadde var det å amme utenfor [hjemmet].

Sohad: I hvert fall jeg, jeg gjør ikke foran min mann. Jeg bare går til et annet rom også (...)

Men jeg har sett noen damer som gjør det [ammer offentlig], helt greit.

Khanda: ja, til og med i hjemlandet. De ammer foran andre, det er ikke noe problem.

Daria: Dekker til brystet.. jaja, det er opp til hver enkelt.

Graviditet og medikamenter

Helt andre grunner til at de irakiske mødrene i våre fokusgrupper sluttet å amme var ny graviditet eller at de hadde begynte med prevensjonsmidler.

«Første barnet fikk ikke morsmelk så lenge fordi jeg ble gravid, men mitt andre barn fikk morsmelk i 1 år og 10 måneder. Han vil ikke ha morsmelkerstatning, kun morsmelk eller mat.» (Shlair, 40 år, botid 13 år)

«(...) Min datter fikk morsmelk i ett år og tre til fire måneder. Men fordi jeg brukte prevensjon, fikk jeg beskjed av legen å ikke amme mer. Derfor sluttet jeg, men barnet liker fortsatt å ligge på brystet.» (Amal, 32 år, botid 7 år)

Utenfor mødrenes kontroll

Andre mødre i fokusgruppene begrenset amming mer som en tilfeldighet. Et eksempel er at barnet ikke likte å amme og at det som skjedde av utfordringer med ammingen lå utenfor mødrenes kontroll. Opplevelsene i forbindelse med ammingen var noe som «... har skjedd med meg».

«(...) Det er jo noen barn som ikke liker å bli ammet, mens noen elsker det og fortsetter med det i over to år. Det spørs.. men hvis barnet blir ikke mett av bare morsmelk, det har skjedd med meg sånn personlig med begge barna. Jeg startet med

morsmelkerstatning samtidig, altså helt fra starten av, eller etter 40 dager, da følte jeg at barnet var sulten hele tiden, ikke mett av morsmelk.» (Khanda, 31 år, botid 14 år)

Positivt og populært med morsmelkerstatning

Et interessant forhold ble beskrevet av en av mødrene som at det er «populært» i Irak at kvinner skal oppleve å ikke ha tilstrekkelig med brystmelk og derfor ta i bruk ekstra næring i form av morsmelkerstatning og/eller tilleggskost.

«(...)Jeg hadde nok melk. Men det er populært også i Irak, fra vennene mine at de ikke har nok melk.» (Sonia, 29 år, botid 6 år)

Noen mødre uttrykte at de synes morsmelkerstatning var en god næring for barnet, noen mødre mente til og med at brystmelk og morsmelkerstatning var likestilt.

«Mange sier at Nan [morsmelkerstatning] er det samme som morsmelk.»

(Linda, 29 år, botid 9 år)

Det var også praktiske hensyn som gjorde at mødrene begynte med morsmelkerstatning. For eksempel var mating utenfor hjemmet og opplevelse av større frihet for mødrene.

4.2.2 Ulik forståelse av begrepet fullamming

I våre fokusgrupper ammet ni av mødrene sine barn over 12 måneder, men det var ingen som fullammet. Helsesøstre anbefaler fullamming i fire til seks måneder, og det er derfor interessant å vite hvordan mødrene forholdt seg til dette. Vi stilte spørsmål om det var greit å gi morsmelkerstatning og vann i denne tidsperioden. De fleste mødrene i våre fokusgrupper mente at dette var helt i orden og oppfattet at de fullammet selv om de gav smaksprøver på mat, vann og sukkervann til barnet. Dette ble ikke betraktet som *noe* når det bare var *litt*. Spesielt gjaldt dette vann.

De fleste hadde fått anbefalt å gi brystmelk både fra sin irakiske familie, og venner samt fra helsestasjonen i Norge uten å få klarhet i hva det innebærer å fullamme.

«De [helsestasjonen] sa at hvis du ammer i seks måneder, er det ikke nødvendig å gi noe annet. Jeg har hørt fra kurdere generelt at du bør gi [morsmelk] i seks måneder, ikke mer... Altså fullamme, uten noe annet» (Sonia, 29 år, botid 6 år)

Flere av mødrene mente også at helsesøster hadde sagt at de kunne begynne med smaksprøver etter fire måneder. Men som Sohad forklarer, forandret ofte rådene de fikk på helsestasjonen seg fra gang til gang.

«(...) Ja, jeg tror det er litt forskjellig mellom helsestasjonene, fordi mine første barn (...) når han har blitt fire måneder du kan bare begynne med andre ting, men de sa bare begynn [med mat]. Det er derfor jeg ser at det kan være litt forskjellig.»

(Sohad, 26 år, botid 9 år)

Ingen av mødrene viste at de hadde kjennskap til begrepet fullamming, slik vi definerer begrepet. Et par av mødrene hadde hørt om fullamming, men var ikke helt sikre på hva dette egentlig betydde. Dette illustreres i denne diskusjonen i fokusgruppe nr. 3:

Moderator: Har dere hørt om ordet fullamming?

Sonia: Fullamming?.. Nei.. Hva er det?

Halah: Det er sånn at barnet bare får brystmelk og ikke flaske?

Moderator: Ja..

Studenten: og hva med vann?

Halah: Jeg tror det går greit med å gi vann og, men ikke så mye grøt (...)

Noen av mødrene fortalte at de ikke hadde fått forklart på helsestasjonen at fullamming innebar kun morsmelk og at det innebar å ikke gi vann eller smaksprøver av mat til barna.

Det var med andre ord stor forvirring rundt begrepet fullamming, noe som utløste tidlig innføring av tilleggskost.

40 dager var det viktigste

Å amme de første 40 dagene viste seg å være noe mødrene etterstrebet i større grad enn å fullamme i fire til seks måneder. Alle mødrene understreket viktigheten av å amme de første førti dagene av barnets liv. En av begrunnelsene for dette var at morsmelken i disse dagene var spesielt gunstig for barnets helse.

«(...) Ja, jeg hørte med en lege [i Irak]. Førte dager er veldig viktig, fordi den første fettmelken er spesielt viktig.» (Kaja, 37 år, botid 5 år)

«Jeg prøve [å amme] en uke, han ville ikke. Jeg sa han MÅ amme i førti dager. Jeg prøvde og prøvde. Det var veldig slitsomt... Når han begynte å amme, det var veldig vanskelig (...)» (Hana, 32 år, botid 8 år)

Viktigheten av å amme i 40 dager ble også forklart med at det hjalp kvinnene med å komme i form etter fødselen.

«(...) Det er ikke bare [immunforsvaret til barnet], men å amme i 40 dager hjelper også kvinnen å komme i form igjen. Det hjelper å amme etter fødsel, du blir friskere og kommer i form igjen. Det er det det handler om.» (Khanda, 31 år, botid 14 år)

Vi fikk ikke en god forståelse av hvor kvinnene hadde fått 40 dagers- anbefalingen eller hva som ble oppfattet som viktigst av forklaringsmodellene. Det ble allikevel oppfattet som en motivasjonsfaktor for å amme i denne perioden selv om ammingen var vanskelig og slitsom.

Vann og sukkervann

Under diskusjonen om begrepet fullamming, fikk mødrene spørsmål om de gav barna vann eller sukkervann i tillegg til morsmelken. Flere forklarte at det var vanlig å gi vann og sukkervann til spedbarn i Irak. Spesielt ble det brukt når barnet hadde magesmerter.

*«Det er helt vanlig å gi barnet med en gang vann. Men bare en teskje ikke så mye.»
(Fatima, 28 år, botid 24 år)*

*« (...) Jeg har også hørt at i seks måneder skal man gi kun morsmelk, og trenger ikke vann heller, men jeg selv synes at jeg hadde lys til å gi vann. Så jeg gav det.»
(Amal, 32 år, botid 7 år)*

I en av fokusgruppene ble moren til to av deltakerne, kalt *bestemor* med oss under intervjuet. Hun regnes ikke som en av deltakerne, men hun bidro til å belyse det kulturelle aspektet ved å gi spedbarn sukkervann.

«Jeg synes at man bør velge brystmelk, hvis man ikke har nok eller man har lite kan man gi sukkervann. Det var før i gamle dager, så brukte de det [sukkervann] ofte, man brukte det de første tre dagene, før man fikk melk i brystet. De første tre dagene var det ikke melk, inntil hun begynte å produsere, så gav de sukkervann. Og så sluttet man.» (Bestemor, oversatt av tolk)

Vi så at bestemødre ofte har en sentral rolle som rådgiver. De fleste av mødrene så på sine egne mødre som sin viktigste informasjonskilde om amming og småbarns kost.

«Mamma sier jo det [sukkervann] er bra. Moren min sier; jeg har oppdratt alle dere, åtte søsken til sammen, og med alle dere det funket, så.. Men det er gammeldags (...) Vi bor ikke i Irak lengere, ikke sant... (ler). Helt forskjellig fra atmosfæren til den maten vi spiser, alt er forskjellig. Vi må tilpasse oss. Det er det jeg går på.»

(Khanda, 31 år, botid 14 år)

De fortalte at sukkervann har blitt brukt fra gammelt av i Irak og blir sett på som næring til barnet før kvinnens melkeproduksjon har kommet ordentlig i gang. Sukkervann ble også oppgitt å ha medisinsk betydning for blant annet kolikk, forstoppelse og et generelt hjelpemiddel for barn som gråter.

« (...) Sukkervann mot kolikk, for det var det mamma fortalte til meg. Så når hun gråt mye om kvelden, så gav jeg sukkervann. Men det var ikke så ofte, jeg prøvde å redusere det, for det var jo sukker.» (Sonia, 29 år, botid 6 år)

«Jeg har ikke gitt det før etter syv måneder. Jeg ble anbefalt fra helsestasjonen, hvis barnet får forstoppelse kan hun bruke det, altså sukkervann med teskje sukker.»

(oversatt av tolk: Medya, 29 år, botid 6 år)

Noen mødre fortalte også at samme råd om sukkervann ble gitt fra helsesøstre i Norge.

«Jeg bruker, fordi barna mine etter en uke til to måneder bare gråter. Hver dag, på natten også. Hele dagen. Jeg går til helsestasjonen og helsestasjonen sa, du kan bruke sukker med vann. En annen ting jeg kjøpte i butikken, den het maltekstrakt. Jeg bruker den også med sukker og vann, for magen.» (Kaja, 37 år, botid 5 år)

Råd om å gi sukkervann kom med andre ord fra flere ulike kilder, den irakiske kultur formidlet gjennom mødrenes mødre og gjennom helsestasjonen. Helsesøstre gav også råd om bruk av maltekstrakt og anis for barnas magesmerter. Denne informasjonen var overraskende fordi det ikke er i overenstemmelse med de norske offentlige ammeanbefalinger.

4.3 Hvilke utfordringer har mødrene med småbarnas kosthold?

4.3.1 Opptatt av barnas kosthold

De fleste mødrene introduserte fast føde da barna var fylt fire måneder, selv om de fleste fortsatt ammet. Det vanligste var å starte med kokt og moset gulrot og potet. Etter hvert begynte mødrene og gi grøt, mange lagde grøt hjemme og andre valgte industrifremstilt grøt hvor merkingen sa; til barn fire måneder. Det var ikke fullt så vanlig å bruke barnemat på glass eller brødsquirer med pålegg, de fleste gav heller barna hjemmelaget irakiskmat som gryteretter med ris og irakisk suppe som introduksjonskost.

«Ved første barn så pleide jeg å kjøpe de [barnemat] i glass, de industriell produsert. Men på andre barn fikk jeg råd fra helsesøster om å lage barnemat selv hjemme. Koker, moser og lager det.» (Shlair, 40 år, botid 13 år)

Mødrene var opptatt av at barna skulle spise hjemmelaget mat, samt frukt og grønnsaker:

«(...) Generelt sett, hvordan du lager maten, hva slags olje du bruker, hvor mye du bruker, sukker eller om du lager kaker eller andre ting hjemme. At vi tar hensyn til disse tingene, det er ikke bare å lage mat. Det spørs. Vi kaller det på vårt språk <De tre giftige stoffene> det er jo da olje, sukker og salt.» (Khanda, 31 år, botid 14 år)

«(...)Vanligvis jeg lager mat hjemme. Alltid jeg lager mat selv. Jeg lager grønnsaker og litt ris, pasta å sånn... makaroni, noen ganger med kjøtt, noen ganger med kylling. For mine barn liker ikke mat fra butikken.» (Sohad, 26 år, botid 9 år)

«Til barna jeg lager mest brokkoli, gulrot jeg blandet alt sammen. Sunn mat, ikke olje.. nei, men til vår mat mye mer salt og olje (...).» (Ajwan, 29 år, botid 11 år)

De aller fleste mødrene oppgav at de gav barna omega 3 og vitamin D tilskudd etter helsestasjonens anbefalinger.

«I starten begge to [barna] brukte D-dråper, etter ett år jeg begynte å gi dem tran. Nå de bruker tran.» (Hana, 32 år, botid 8 år)

Det generelle inntrykket var at alle mødrene ønsket å gi barna et sunt kosthold. De fleste viste også at de hadde alminnelig god kunnskap om forholdet mellom ernæring og helse. Innføring av morsmelkerstatning tidlig var allikevel ofte et resultat av en forståelse av likeverdighet med brystmelk. Når barna ble eldre opplevde mødrene seg ofte maktesløse og uten tilstrekkelig kontroll over matsituasjonen. Mødrene sa at de hadde bekymringer om sine barns helse og kosthold, blant annet opplevelse av at barna hadde forstoppelse eller at de var for tynne. Ingen av mødrene oppgav at de var bekymret for at deres barn på to år veide for mye. Bekymring om overvekt gjaldt mødrenes eldre barn.

4.3.2 Bekymring for tynne barn

Det ble ofte uttrykt bekymringer rundt at barna var tynne. Det å ha ”tynne” barn ble erfart spesielt vanskelig når andre familiemedlemmer påpekte dette.

«(...) Jeg føler at foreldrene som har tykke barn, de får mer ros av samfunnet vårt. Og for eksempel med sånne kommentarer, for hvis jeg si at datteren min er syk, når de går i barnehagen er det vanlig at de er syke.. åh.. det er fordi hun er så tynn.. åh.. det er fordi du ikke har gitt henne morsmelk.. åh.. Hun er så svak.. og da må jeg forsvare og det tærer veldig mye. » (Halah, 24 år, botid 15 år)

«Jeg er veldig bekymret for dattera mi, fordi jeg synes hun spiser for lite mat. (...) Og ikke med glede.» (Huzan, 30 år, botid 13 år)

To av mødrene oppfattet barnet som undervektige og derfor forsøkte å «lure» i barnet mer mat enn det selv ønsket å spise. Dersom barnet var tynnere enn forventet ble det opplevd som en belastning for mødrene, på grunn av kulturelt press for å ha velfødde barn.

4.3.3 Mangel på kontroll

Barna til våre mødre var nå i to-årsalderen. Til forskjell fra funnene i de tidligere studiene i InnBaKost hvor barna var yngre opplevde våre mødre en større grad av mangel på kontroll når det gjaldt barnas kost. Barna var blitt mer selvstendige og hadde egne ønsker om hvilken mat de ville spise.

« (...) Når hun ble født var jeg veldig opptatt av mat og kosthold og at hun får det beste. Men etter hvert, kanskje etter ett år ble jeg ganske sliten med det fordi barn er ikke like og du kan ikke bestemme over hva hun skal spise. (...) du kan ikke bestemme egentlig over det. (ler) Det er litt vanskelig å ta det sånn regelmessig at barn skal spise så mye grønnsaker som de anbefaler. De anbefaler fem forskjellige frukt, fem forskjellige grønnsaker er veldig sunt og spise hver dag. Men barnet for ikke det (ler).. fordi det er. Ja.. Det er ikke lett. Og særlig når [barnet] er ett og et halvt år da er det litt vanskelig å bestemme. (...)Men etter de bestemmer og velger selv; (...) Du kan ikke velge at hun spiser så mye grønnsaker, så mye kjøtt, eller så mye sånn i løpet av dagen. Det kan du ikke, fordi det er de som bestemmer hva de vil. Så det blir litt vanskelig, men vi prøver jo for eksempel å gi hver dag en banan eller ett eple, eller jeg blir veldig glad hvis hun spiser for eksempel en banan.. Én om dagen.. Da får hun mange vitaminer i seg ikke sant, men før den tiden [før barnet er ett år] Da kunne du bestemme. Da kan man mose alt, frukt og grønnsaker. Da er man litt mer sikker på at barna har fått alt han trenger.» (Bahoz, 25 år, botid 3 år)

I tillegg til å begrense barnas inntak av olje og salt var mødrene i våre fokusgrupper også opptatt av å redusere sukkerholdig mat og drikke. Ett av problemene mødrene uttrykte var mangel på kontroll over hva barnet spiser og drikker når familien har gjester, barna er i barnehage og når barna er sammen med far. Det var flere mødre som fortalte at de ofte hadde

diskusjoner med far om sukkerinntak. Flere av mødrene opplevde sine menn som mindre helsebevisste enn seg selv.

«Han er veldig snill å gir det som barna vil [far], men man må sette grenser for dem. Jeg vil ikke at han [barnet] skal spise noe etter han har pusset tennene. Mannen min sier; Stakkars han, la han få litt cola.» (Halah, 24 år, botid 15 år)

«Mitt problem er når vi får gjester og da kan de få hva som helst, det er et veldig stort problem. Ting jeg ikke pleier å gi eller kjøper hjemme, så får de det. Brus for eksempel. Eller godteri eller, jeg er litt for streng, men jeg gir ikke sånne ting daglig [til barna]. Men hvis vi får gjester er det flaut å ikke gi [godteri, brus]. Og da spiser de [barna].» (Sonia, 29 år, botid 6 år)

«(...)Vi vil gjerne redusere på sukkerinnhold. Altså sånn drikker, sjokolade, alle sånne søte saker, men der sliter vi litt.» (Khanda, 31 år, botid 14 år)

Det var enighet blant mødene når vi stilte spørsmål om deres holdninger til den norske tradisjonen; *Lørdagsgodt*. Dette synes mødrene var positivt og de fortalte at dette gav dem et rammeverk og kontroll over når barna kunne spise søtsaker.

«Det er bra for barna, da vet barna sin grense. Da kan jeg når de diskuterer si; Nei, det er ikke lørdag.» (Eniwa, 32 år, botid 6 år)

I enkelte av fokusgruppene var det noen mødre som skilte seg ut på grunn av mindre helse- og ernæringskunnskap enn de andre mødrene i gruppen.

«(...) Hun [barnet] er veldig flink til å drikke cola. Jeg kjøper veldig, veldig ofte cola zero (...).» (Shlair, 40 år, botid 13 år)

To matkulturer og adopsjon av vestlig ferdigmat

Det var først når barna begynte i barnehagen at mødrene opplevde utfordringer med å leve i to matkulturer. Gjennom maten barna fikk i barnehagen utviklet de nye og andre matpreferanser

enn resten av familien. Flere av mødrene fortalte at barna deres var glad i den maten de fikk i barnehagen. I følge mødrene var matretter som pizza, pølse og makaroni barnas favoritter.

«Før de starter i barnehagen spiser de alt som er hjemme. Etter de har startet i barnehagen vil de ikke ha den maten vi serverer hjemme lenger (...) nå dem kommer hjem; Men hva mamma, ris med kjøtt. Jeg vil ha pølse og pizza.»

(Hana, 32 år, botid 8 år)

«(...) I barnehagen han lærte å drikke sånn Tine melk. Han begynte å spise brunost»

(Sonia, 29 år, botid 6 år)

Presset fra barna opplevde mødrene som utfordrende, og de følte seg ofte maktesløse overfor situasjonen.

«(...) Når han blir stor blir det er problem for meg, om han spiser en type mat mens jeg spiser en [annen] type mat. Så vi må lage forskjellig mat hver dag. Jeg vil at mitt barn skal spise samme mat som vi spiser. Jeg lager hver dag mat, så de kan alle sammen spise. Jeg lager sånn kurdisk mat hver dag og alle spiser det.»

(Sohad, 26 år, botid 9 år)

Barnehagebarna må ha med seg matpakke og noen opplevde det som utfordrende å vite hvilken mat de skulle sende med barna. Tilbakemeldinger og veiledning fra barnehagen påvirket også kostholdet til barna. Tobarnsmoren Daria forklarer under hvordan barnehagen stiller krav til at man gir barna sunn og næringsrik mat;

«(...) En dag jeg sendte med han [mat i barnehagen]. Det var søndag og butikken var stengt når jeg kom fra reise, så jeg kjøpte sånn loff brød fra utlendingsbutikk. Og jeg sendte med han på mandag. De hadde pakket den i plast og skrevet noe sånt; Dette brød vi aksepterer ikke i barnehagen (ler). Så de ga han mat fra barnehagen. (ler) Jeg fikk dårlig samvittighet den dagen. De har også sendt meg en brosjyre med mat som er akseptert og ikke akseptert. Det var en side med smil og en side med sånn motsatt smil.» (Daria, 29 år, botid 11 år)

Mødrene lagde for det meste tradisjonell irakisk mat til sine barn. Men da vi spurte hva barna foretrakk å spise var svarene mer blandet. I følge mødrene var mange av barna glade i den tradisjonelle irakiske maten, men noen nevnte også matretter som pølse, pizza og makaroni som sine favoritter. Mødrene oppgav matretter som hamburger, pizza og makaroni når de snakket om mat de spiste i Norge. Det kan se ut som mødrene og barna adopterer et kosthold preget av vestlig ferdigmat, og ikke den tradisjonelle norske maten.

«Jeg pleier å lage kurdisk mat hjemme. Mannen min spiser kurdisk mat, jeg vet ikke hvordan lage norsk mat. Barna mine de liker mest for eksempel hamburger, potet å sånn. De liker ikke så mye kurdisk mat. De spiser ikke alt.» (Hana, 32 år, botid 8 år)

4.4 Hvordan opplevelses møtet med helsestasjonen?

4.4.1 God oppfølging av første barnet og av barn med spesielle behov

Mødrenes møte med helsestasjonen var et tema som engasjerte i alle fokusgruppene. Her var erfaringene veldig forskjellige. Noen opplevde at de fikk god oppfølging og hjelp, mens andre opplevde en følelse av dårlig tid og mangel på oppfølging spesielt på grunn av dårlig kommunikasjon. Kun én av kvinnene oppgav en følelse av diskriminering.

Hovedinntrykket var at mødrene oppfattet at det viktigste med helsestasjonen var å ta mål og vekt av barnet, ikke ett sted hvor de kunne uttrykke sine bekymringer og få råd.

Flere av mødrene forklarte at helsesøster antok at når de hadde flere barn, hadde de kunnskap, og at de derfor fikk færre råd enn det de hadde fått med det første barnet.

«Jeg var hos helsestasjonen forgårs, han [mannlig helsesøster] bare snakker og sier du har jo to barn, det går bra, du kan alt.» (Eniwa, 32 år, botid 6 år)

Linda opplevde at helsestasjonen forbedret seg fra hun fikk første barn til hun fikk sitt andre barn.

«Nå har helsestasjonen forbedret seg, for når jeg fikk henne [barn nummer to], så gav de meg én time, en ammetime som vi var i et rom som de bare skulle passe på å se at jeg ammet riktig og sånn. Det kunne jeg trengt første gangen.»

(Linda, 29 år, botid 9 år)

4.4.2 Liten tid til personlige oppfølging og spørsmål

Mødrene uttrykte at de savnet tid til å stille spørsmål og tid til å adressere deres ammeproblemer og/eller helsebekymringer de hadde om sine barna. Amal forteller at hun har opplevd at situasjonen er annerledes for etniske nordmenn og at hun har følt en form for diskriminering.

«Tiden er veldig kort og knapp og jeg rekker bare å si høyden/lengden [på barnet] og at alt er greit. Ferdig. Det er litt forskjell med nordmenn som går inn og blir mye lengere inne [på kontoret] enn det jeg får.» (Amal, 32 år, botid 7 år)

Spesielt i fokusgruppe en var det enighet om at de ønsket mer råd og veiledning på helsestasjonen som de følte de ikke fikk. Det var derimot kun Amal som kommenterte at nordmenn ble behandlet annerledes.

Et annet problem noen av mødrene påpekte, var at de selv måtte stille spørsmål til helsestasjonen, dersom de lurte på noe. Det kan virke som mødrene søkte informasjon, men å ta opp spørsmål var ikke enkelt for dem.

4.4.3 Kommunikasjonsutfordringer og motstridende råd

Flere fortalte om språkutfordringer og noen fortalte at de ikke alltid benyttet tolk, men familiemedlemmer som kom for å oversette for dem på helsestasjonen. Det virket som mødrene ikke ønsket å være til bry og kreve å få en tolk til å oversette for dem, selv om de som Hana forteller her hadde fått et større utbytte av møtet dersom de fikk tilbud om tolk.

«For meg kanskje kurdisk er bedre [informasjon på morsmålet], men på norsk også jeg hadde ingen problem, men kanskje på kurdisk. På norsk jeg kanskje forstår 80%, eller 75%.. På kurdisk du forstår alt.» (Hana, 32 år, botid 8 år)

Det oppstod ofte uklarhet i hvilke råd kvinnene hadde fått om amming, fullamming, sukkervann og barnas helse. Kvinnene fortalte om råd fra både sine mødre, venner og helsepersonell. Hvilke kilde som veide tyngst varierte fra situasjon til situasjon. Kvinnene fortalte at de hadde tillit til helsestasjonen, men mange var ikke fremmed for å ta i bruk kulturelle og religiøse råd om barnas helse og kosthold. Det kom også tydelig frem at råd fra deres egne mødre var spesielt viktig.

Spesielt når det gjaldt spørsmålet om å gi barnet sukkervann eller ikke, var det enighet i fokusgruppene om at det var anbefalinger og råd fra deres mødre. Dette opplevde mødrene som vanskelig.

«Jeg har opplevd det samme som henne [Gulaw, 30 år] med at...eh. Ja, jeg ser ikke sånn at mamma har noen sånn forskjellig fra helsestasjonen, bortsett fra at helsestasjonen ikke gi vann før seks måneder. Mamma, de begynner med sånn kokt vann med litt sånn sukker som de putter i barnets munn fra første dagen (ler..., de andre mødrene ler og er enige).» (Ajwan, 29 år, botid 11 år)

Mange av mødrene fortalte at de stolte på det som ble sagt på helsestasjonen fordi de som jobbet der var eksperter på barn og barns helse. På den andre siden opplevde mødrene et press fra sine mødre og andre familiemedlemmer til å følge vanlig praksis fra Irak.

«Det er veldig forskjellig i hjemlandet mitt. I første, eller andre dagen vi skal gi barnet honning med vann.(...) Når jeg ringte tantene mine, og de sa du kan bare gi honning, Jeg sier nei, det er ikke lov, på grunn av den bakterien [botulisme]. Også sa de; å ja, vi har gitt og det har gått kjempebra.» (Hana, 32 år, botid 8 år)

«(...) Egentlig jeg hører mer på mamma enn på helsesøster, for å være helt ærlig [ler]. Hun har ti barn selv så hun har mer erfaring enn, ja... [Helsesøster].»

(Daria, 29 år, botid 11 år)

Den praksis de har gjennomført ved førstebarn arver også de neste barna. Mødrene brukte i noen grad sine egne erfaringer som veiledning for videre praksis. Sohad forteller at hun overfører den samme praksisen basert på kunnskapen hun har fra sine eldre barn.

« (...) Når man får første barn men vet ikke så mye ting, når du får besøk og du ser de gir han vann. De sier det er ikke nok med din melk, du må gi han ekstra. Det er det som er forskjellig, hvor mye du hører på... De tingene man lærer ved første barn. Man bare fortsetter med det.» (Sohad, 26 år, botid 9 år)

Kvinnene fortalte om kurs og brosjyrer de hadde fått tilbud om på helsestasjonen. En kvinne hadde også deltatt på et kostholds kurs i regi av helsestasjonen. Dette kurset handlet om; Innhold av sukker i kjente barnefavoritter, hvilket brød som var anbefalt å gi til små barn osv. Kvinnen fortalte at dette kurset var veldig nyttig, men at hun følte seg alene som den eneste på kurset med innvandrerbakgrunn.

4.4.4 Manglende utbytte av kostholdsråd på helsestasjonen

Mødrene oppgav at de ønsket å gi barna mat ut ifra tradisjonene i hjemlandet. På helsestasjonen fikk de råd og brosjyrer med oppskrifter på hvordan man lager forskjellige retter. Veiledningene ble gitt på norsk og oppskriftene var på tradisjonell norsk mat. Mødrene mente derfor at de ikke fikk fullt utbytte av rådene:

«Jeg har fått beskjed om hva som er bra, ikke å sånt, i hvilken måned og alder og alt. Hva som er sunt og varierte mat oppskrifter og sånt, men noen ganger har jeg fulgt det og noen ganger ikke. Og fordi barnet er mest glad i tradisjonelle matvarer, så jeg har kanskje ikke alltid vært like flink til det.»

(oversatt av tolk: Medya, 29 år, botid 6 år)

Mødrene viste alt i alt en positiv holdning overfor helsestasjonen, men at den veiledningen de fikk ikke opplevdes tilstrekkelig nyttig. Spesielt hadde det med kommunikasjonsutfordringer å gjøre. De forventet at helsesøstrene var mer aktive med spørsmål. Når de ikke var det tok heller ikke mødrene initiativ for å få ytterligere veiledning.

5.0 DISKUSJON

5.1 Diskusjon av design og metode

I metodediskusjonen vil jeg drøfte studiens validitet. Jeg vil ta for meg forhold ved utvalget og gjennomføringen av fokusgruppemetoden som kan ha påvirket påliteligheten og gyldigheten av funnene. Det samme vil jeg gjøre med analyseverktøyet Grounded theory som jeg har benyttet.

5.2 Validitet

Kvalitative studier bør oppnå «trustworthiness» som på norsk kan oversettes til troverdighet. Troverdighet oppnår man dersom en studies funn i stor grad representerer informantenes perspektiv (Lincoln & Guba, 1985). For å sikre at perspektivene- og tolkningene til informantene blir autentisk samlet og nøyaktig representert i funnene. Lincoln og Guba (1985) foreslår fire konsepter: troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet.

Troverdighet beskriver som nevnt over i hvilken grad funnene representerer informantenes perspektiv (Lincoln & Guba, 1985). Troverdighet oppnås ved at forskeren er klar over potensielle feilkilder, skjevheter samt sin egen rolle i arbeidet. Kan jeg som forsker ha en innvirkning på deltakerne og potensielt forandre funnene? Beslutninger om problemstillingen, forskningsprosedyrer og dataanalysen er alle påvirket av forskerens erfaring, kunnskapsbase og ståsted. For å håndtere disse potensielle fallgruvene, må forskeren kjenne metodene som benyttes og hvordan dette kan påvirke troverdigheten til funnene (Lietz & Zayas, 2010).

Overførbarhet refererer til ekstern validitet. I kvantitativ forskning forsøker forskere å generalisere funnene ved at utvalget er så likt som mulig den populasjonen vi ønsker å vite noe om. I kvalitativ forskning ønsker vi ikke å generalisere, men heller å identifisere viktige aspekter ved konteksten og funnene, og i hvilken grad de kan være aktuelle for andre sammenhenger. I hvilken grad funnene passer situasjoner utenfor studien og hvorvidt funnene kan benyttes i andre lignende tilfeller, er studiens overførbarhet (Dahlgren et al., 2007).

Pålitelighet refererer til i hvilken grad forskningsprosedyrer dokumenteres, slik at noen utenfor prosjektet kan følge forskningsprosessen. Strategier som brukes for å øke pålitelighet er en skriftlig redegjørelse av forskningsprosessen som inkluderer en rapportering av hva som skjedde i løpet av forskningsprosjektet, samt kontinuerlig rådgivning med kolleger. Ved å

diskutere forskningsbeslutninger og prosedyrer, kan viktige tilbakemeldinger styrke kvaliteten på studien (Lincoln & Guba, 1985).

Bekreftbarhet refererer til andres mulighet til å bekrefte eller underbygge funnene (Lincoln & Guba, 1985). For å oppnå bekræftbarhet, må funnene være et resultat av mødrenes perspektiv og holdninger. Ville mødrene kjent seg igjen i beskrivelsen av dem? En strategi som ofte benyttes i Grounded theory er en analyse av negative tilfeller, det vil si å inkludere uttalelser som kanskje står i kontrast fra flertallets uttalelser.

De ulike aspektene av forskningsprosessen vil bli diskutert ved bruk av disse begrepene.

5.2.1 Kvalitativ metode

I kvalitative studier som denne vil datainnsamlingen og tolkningen av funnene til en viss grad bli formet av forskerens syn på verden og egne erfaringer. Dette kan begrense overførbarheten til studien.

InnBaKost prosjektet som helhet har imidlertid benyttet flere metoder for å samle inn data om irakiske og somaliske sped- og småbarn. Triangulering er bruk av to eller flere kilder og/eller metoder for å oppnå et helhetlig bilde av funnene. Dette kan øke både troverdigheten og overførbarheten av funnene i denne studien.

Det har blitt benyttet både kvantitative spørreundersøkelser, dybdeintervjuer og fokusgrupper for å kartlegge somaliske og irakiske sped- og småbarns kosthold. Flere forskere har vært involvert i datainnsamlingen og analysen av disse funnene.

I denne studien har det vært mer enn én forsker til stede under datainnsamlingen for å sikre at viktige ideer ikke uteblir. På den annen side kan det ha vært en svakhet at masterstudentene fra de forskjellige delene av InnBaKost prosjektet, ikke har sittet sammen og diskutert funnene. Derimot har prosjektleder deltatt i hele prosessen og har kommet med kritisk vurdering dersom funnene har avveket tidligere funn.

Triangulering kan på denne måten øke overførbarheten og denne studien kan brukes som en indikasjon på praksis ved amming og kostholdsvalgene til irakiske mødre generelt og kanskje andre innvandrergupper.

Jeg har etterstrebet troverdighet ved å dokumentere fremgangsmåten med en detaljert beskrivelse. Transkriberte intervjuer, observasjonsnotater og analysedokumentene er alt lagret på en lukket Dropbox- konto. Dette gjør at forskere kan gå igjennom forskningsprosessen og se hvordan jeg har kommet frem til funnene for å sikre påliteligheten av funnene. Under hele forskningsprosessen har jeg også hatt samtaler og rådgivningstimer med medstudent, veileder og prosjektleder.

5.2.2 Utvalget

Sammensetningen av fokusgruppene er viktig for troverdighet og overførbarhet (Halkier, 2010). Utvalget er relativt lite og inklusjonskriteriene gjør at utvalget er homogent. Dette kan være en begrensning ved denne studien.

Som hovedregel bør ikke utvalget være for homogene, da kan det være en risiko for lite sosial utveksling, på den andre siden må heller ikke utvalget være for heterogene fordi det kan føre til konflikt og at noen forståelser blir undertrykt. Det er derfor viktig å finne god balanse. Deltakerne bør være like nok til at de kan snakke med hverandre om hverdagslige ting. Men det er stor forskjell på homogenitet i bakgrunn og holdninger. Dersom alle mødre har nærmest identiske holdninger til et tema kan diskusjonen bli flat og lite produktiv (Morgan, 1997).

Mødrene kom fra samme geografiske region. Inntrykket var at mødre som deltok var godt integrert i Norge, og de fleste snakket norsk, i hvert fall delvis. Det er mulig at det finnes irakiske mødre som bor i Norge som har andre erfaringer med, for eksempel helsestasjonen fordi de ikke er like integrert. Spørsmålet er om resultatene ville bli annerledes dersom flere av mødre hadde kommet fra andre steder i Norge, hatt kortere botid og ikke snakket norsk. På en annen side er det inkludert mødre med forskjellig botid, forskjellig alder, utdanningsnivå og antall barn og dette kan øke overførbarheten.

Jeg har kun studert irakiske innvandrer-mødre og deres småbarn. I tillegg refererer jeg til ikke-vestlige innvandrergrupper. Dette innebærer at denne innvandrergruppen har noen felles kjennetegn. Det vil være noen forskjeller mellom de ulike etniske innvandrergruppene angående kultur, kosthold og helse. Denne studien kan i hovedsak si noe om våre irakiske mødre, men det kan forventes at mekanismene som er identifisert i denne studien og kan gi kunnskap som er relevant for flere irakiske mødre og andre etniske grupper, spesielt de med

ikke-vestlig bakgrunn. Vi finner mange av de samme resultatene i min medstudents studie, med fokusgruppe intervjuer av somaliske mødre (Amundsen, 2015). Dette kan styrke overførbarheten av denne studien.

5.2.3 Rekruttering

Denne studien er en del av en oppfølgingsstudie med total varighet på tre år hvor én ny masterstudent har ansvar for hvert sitt år av prosjektet. Det beste hadde vært om det var én student som hadde gjennomført alle intervjuer/fokusgrupper i intervjurekken. Dette kunne potensielt gitt et rikere datamateriale og bevaring av observasjoner (Hermanowicz, 2013).

I dette prosjektet har det vært en utfordring å rekruttere deltakere. Vi rekrutterte deltakere som snakket og behersket forskjellige språk; arabisk, kurdisk og norsk på forskjellig nivå. På grunn av denne utfordringen og at samtalen gikk igjennom tolk, besluttet vi å bruke relativt små fokusgrupper med maksimalt seks deltakere i fokusgruppene.

Jeg invitert seks mødre til å delta i hver fokusgruppe, men det oppstod frafall. Noen ganger møtte kun halvparten av de rekrutterte mødrene opp. Dette skapte en vanskelig balanse. Jeg ville ikke invitere for mange, dersom alle mødrene møtte. Det ville skapt uro og for lite tid per deltaker i fokusgruppen, men det var også en risiko ved å invitere så få deltakere.

Jeg valgte også få deltakere fordi større gruppers datamateriale kan være vanskelig å analysere. Dette gjelder spesielt for tospråklige fokusgrupper. I denne studien kunne vi valgt å kun rekruttere mødre som snakket norsk. Dette ble gjort ved en lignende studie i Danmark (Nielsen et al., 2013). Sannsynligvis ville vi da hatt vanskeligheter med å rekruttere nok deltakere, og vi ville ikke fått et like stort mangfold med tanke på akkulturasjonsnivå. Jeg valgte derfor å rekruttere mødre med både lang og kort botid i Norge.

Et annet valg med rekrutteringen er om deltakerne skal kjenne hverandre personlig eller ikke. Det er en pågående debatt i fokusgruppelitteraturen om hvilken modell som produserer de beste dataene. Det er som nevnt den sosiale samhandlingen i fokusgruppene som genererer det empiriske materialet. Grupper av fremmede og grupper av mennesker som kjenner hverandre, skaper forskjellige former for sosial samhandling og gruppedynamikk (Halkier, 2010). Begge deler kan være gunstig avhengig av formålet med prosjektet og problemstillingen. I denne studien valgte jeg ikke å skille mellom deltakere som kjente

hverandre fra før eller ikke, men i de fleste tilfeller kjente ikke deltakerne hverandre. Det var kun ett tilfelle hvor to søstre deltok på samme fokusgruppe, og dette fungerte tilsynelatende.

Det kan være et relevant spørsmål om alle i mødrene hadde like forutsetninger for å ytre seg i gruppen. Var maktforholdene likt fordelt blant gruppedeltakerne? Dette kan blant annet påvirkes av alder, antall barn og utdanningsnivå. De eldre mødrene med flere barn kan potensielt få *nye* mødre til å føle seg mindre bekvemme med å uttale seg om sine erfaringer. Dersom deltakerne kjenner hverandre kan de også bli påvirket av hverandres utdanningsnivå. I en av gruppene hadde vi blant annet en helseutdannet mor. Hvorvidt de andre deltakerne delte sin praksis og holdninger kan ha blitt formet av denne grunn. Selv om dette er en potensiell fallgrube har vi ikke valgt å skille mellom sosialstatus, alder, antall barn eller botid i Norge, fordi det da ville vært for krevende å rekruttere nok deltagere til hver fokusgruppe. Tvert i mot hadde vi heller en belønning i form av 150 kr for å ta med seg en venn som kunne delta.

5.2.4 Intervjuguide

Uten god kjennskap til kulturen er det vanskelig å vite hvilke temaer som oppleves som sensitive (Halkier, 2010). Intervjuguiden var utformet med den hensikt at følelseladete temaer skulle unngås i tillegg til at spørsmålene ikke skulle synliggjøre våre positive eller negative synspunkter. Dersom intervju spørsmålene er ladet med forventning til *riktig* svar, eller moderator avslører sitt perspektiv og holdninger til temaet som blir diskutert igjennom verbal og non- verbal kommunikasjon kan troverdigheten svekkes.

Under fokusgruppene ble ikke spørsmålene stilt etter en nøyaktig rekkefølge. Dersom et tema lenger ned i intervjuguiden ble nevnt av en mor, fortsatte moderator i den tråden. Dette gjorde samtalen mer naturlig. Hensikten var å legge vekt på mødrenes egne tanker, refleksjoner og holdninger, for å få en dypere forståelse av fenomener. Det var viktig og ikke lede mødrene inn i svarkategorier. Vi la vekt på å stille undrende og åpne spørsmål.

5.2.5 Fokusgruppene

I denne studien ønsket vi å undersøke om ny kunnskap ville fremkomme når konteksten endres, for eksempel dersom mødrene fikk diskutere og bekrefte hverandres utsagn (Halkier, 2010; Kvale & Brinkmann, 2). Gruppedynamikken skulle utnyttes for å sette i gang

diskusjonen og for å skape muligheter for å se temaet fra flere dimensjoner (Bring et al., 1999).

Av fokusgruppene ble tre gjennomført av en av veilederne, som begge har erfaring fra å gjennomføre kvalitativ forskning. Etter hvert overtok jeg moderator rollen for to av fokusgruppene, den ene sammen med veileder og den andre alene. Jeg opplevde det vanskelig å holde tilbake og ikke stille for mange spørsmål da mødrene ikke begynte diskusjonen med en gang. Dersom jeg hadde utnyttet stillheten litt oftere, kunne dette ha ført til at mødrene igangsatte diskusjonen selv i en retning som kanskje kunne ført til nye fenomener. På tross av dette følte jeg at det var god dynamikk mellom meg som moderator, tolk og mødrene. Jeg følte også at jeg stilte gode oppfølgingsspørsmål da jeg så langt i studieløpet hadde opparbeidet en nysgjerrighet rundt fenomenene jeg studerte.

Halkier (2010) understreker at deltakerne alltid skal komme til ordet mer enn moderator. Det var derimot utfordrende å få til en flytende diskusjon mellom mødrene, uten at moderator kontinuerlig stilte oppfølgingsspørsmål. Mødrene hadde forskjellig grad av norskkunnskaper, de som snakket norsk best dominerte ofte gruppediskusjonen. Ved noen anledninger måtte det stilles direkte spørsmål til hver og en av mødrene for å få informasjon av alle. Dette førte til at fokusgruppen til tider bar preg av individuelle dybdeintervjuer med tilskuere. Det kan ha sammenheng med at vi i forkant ikke forklarte godt nok at vi ønsket å få i gang en gruppediskusjon (Halkier, 2010; Morgan, 1997). Den ideelle situasjonen ville vært at moderator stilte spørsmål som førte til at diskusjonen gikk av seg selv. Det skjedde sjelden under våre fokusgrupper og vi måtte være veldig aktivt deltakende for å få frem informasjon. Når mødrene derimot tok ordet kunne de bruke lang tid på å utdype erfaringene sine. Dette gjorde de ved å bruke egne eksempler og historier. Deres erfaringer med ammeproblemer var et tema som engasjerte mødrene og da gikk diskusjonen av seg selv. Her oppnådde vi målet med grupperefleksjon i flere av fokusgruppene og mødrene korrigerste og bekreftet hverandres uttalelser.

Mødrene virket åpne og frie til å uttale seg. Det de fortalte virket troverdig og ikke konstruert for å imøtekomme våre forventninger. Selve interaksjonen i gruppen opplevdes som god ved at mødrene hadde et engasjert kroppsspråk med bekreftende smil og nikk da de kjente seg igjen i andres uttalelser. Dersom noe ble sagt som de ikke var enige i eller dersom en mor hadde opplevd det motsatte, fortalte de sin erfaring og at de ikke var enig med den andres

uttalelser. Denne sosiale korrigerende og bekreftende er den største styrken ved fokusgrupper (Halkier, 2010; Morgan, 1997).

Fokusgrupper som metode er ikke i like stor grad som dybdeintervjuer egentlig til å få frem enkeltindividets forståelse og erfaringer, fordi hver enkelt deltaker i fokusgruppen får mindre tid til å snakke (Halkier, 2010). Vi opplevde allikevel at både tiden og settingen gav mødrene mulighet for å gå i dybden av sin forståelse og oppfatning av temaet som ble diskutert.

Et spørsmål vi kan stille oss er hvorvidt vi har funnet noe annet ved bruk av fokusgrupper enn det vi ville ha gjort dersom vi benyttet dybdeintervjuer igjen. Fokusgrupper gir også tilgang på *språk* og konsepter deltakerne bruker seg i mellom (Zhou, Cheah, Van Hook, Thompson, & Jones, 2015). Jeg opplever at valg av fokusgruppe har ført til en økt bekreftelse av de foregående funnene i InnBaKost. Dette viser påliteligheten av denne studien.

I et dybdeintervju kan det være større sjans for at deltakeren forteller oss det de tror vi ønsker å høre, og ikke hva som faktisk er vanlig praksis. I fokusgruppene opplevde jeg en åpenhet og ærlighet i gruppen. Mødrene var ikke redd for å ytre sine holdninger, eller å komme med erfaringer som ikke var lik som resten av gruppen. Den sosiale konteksten som ble oppnådd i gruppene, gav også bekreftelse på noen spørsmål som ikke hadde kommet klart frem tidligere. Som eksempel var denne gruppekonteksten særdeles viktig i spørsmål om sukkervann praksis. Mødrenes felles latter, nikk og at de bekreftet hverandre når vi spurte om dette var vanlig praksis.

Jeg ble fortalt ved studiestart at de irakiske mødrene var mer utfordrende å innhente informasjon fra i dybdeintervjuene enn det de somaliske mødrene var. Jeg og medstudent Marlén Amundsen opplevde dette helt motsatt i fokusgruppene. De irakiske mødrene fungerte svært godt i en gruppe, i større grad enn de somaliske mødrene.

Fem fokusgrupper med til sammen 18 deltakere var tilstrekkelig for å belyse problemstillingen. Vi opplevde ofte at fenomenene gjentok seg fra gruppe til gruppe. Dette kan oppfattes som metning, og et tegn på at vi kunne avslutte datainnsamlingen. I kvalitativ forskning er det viktig å unngå å komme i en situasjon hvor mengden på datamaterialet som skal analyseres blir u håndterlig. Analyseprosessen i kvalitativ forskning er svært tidkrevende, og for omfattende datamateriale vil være en ulempe. Det kan føre til at

fortolkningene og analysene blir overflattisk (Halkier, 2010). Å transkribere fokusgruppe intervjuene fra lydfil til tekst var en tidkrevende prosess. For hver av fokusgruppene ble det produsert om lag 20 til 40 A4 sider med datamateriale. Antall fokusgrupper har også vært bestemt av rekrutteringsutfordringer og økonomi.

Fallgruver i forbindelse med utvalg og fokusgruppe som metode kan i dette tilfelle være størrelsen på gruppene. I en av fokusgruppene var det kun to deltakere. To personer kan ikke defineres som en gruppe, derfor ble dette mer som et dobbelt dybdeintervju. Dog produserte også denne fokusgruppen ny og spennende informasjon, selv om gruppen var for liten til å igangsette en omfattende diskusjon av temaet.

Det ble benyttet lydopptak under alle fokusgruppene. Dette var en styrke fordi moderator da hadde muligheten til å fokusere all sin oppmerksomhet på samtalen og ikke stoppe opp for å notere. Dette gav god flyt og mest sannsynlig flere naturlige oppfølgingsspørsmål samt mer tid til rådighet under fokusgruppene. Denne tiden kan ha vært årsaken til det rike datamaterialet vi sitter igjen med. Det å benytte en lydopptaker gjør også at lite av informasjonen gikk tapt som en konsekvens av hukommelse. På den andre siden kunne dataene blitt bevart enda bedre dersom vi også benyttet video film av fokusgruppene for å få med observasjoner, kroppsspråk etc. Dette kunne på en annen side gjort at deltakerne følte seg overvåket og kanskje suspekter. Bruk av video kunne også ført til at færre deltakere ønsket å delta i studien.

En begrensning ved denne studien er at mødrene ble intervjuet retrospektivt, dette kan ha ført til at kvinnene ikke husker detaljer i forbindelse med hva de gav sine barn og spise som introduksjonskost samt hvor lenge de ammet. Imidlertid kan funnene fra de to tidligere studiene med intervjuer av andre mødre på samme tema, bekrefte noen av de vanligste funnene fra denne studien. Nå har det blitt gjort tre kvalitative studier på irakiske mødre og deres ammevaner. Mine funn om amming og introduksjon av spedbarns kost samsvarer i stor grad med de tidligere funnene. Dette styrker funnene (Cruz, 2013; Selseth, 2014). På den andre siden kan det også være en styrke at vi får deres erfaringer i et retrospektivt lys, det kan kanskje føre til at vi får tilgang på et annet perspektiv ved deres amme erfaringer, nå som denne perioden er et avsluttet kapittel.

Når det gjelder andre kategorier og temaer som kom opp når barna var 24 måneder gamle,

kan jeg ikke sammenligne funn med de to foregående masteroppgavene. Dette gjaldt spesielt funn i forhold til barnehagen og småbarnas kosthold etter endt ammeperiode. Disse funnene var på den andre siden friskt i minne hos mødrene og stod ikke i fare for recall bias på samme måte som funnene om amming og introduksjonskost.

5.2.6 Tolk

I fokusgruppene intervjuer vi kvinner med en annen kultur og bakgrunn enn oss selv. Tolken kjenner ofte kulturen og normene til målgruppen godt. Slik kan tolken fungere som port åpner og rådgiver for oss. Det er påvist at personer som snakker sitt andrespråk, opptrer mer forsiktig og usikkert enn om de fikk snakke sitt eget morsmål. Av denne grunn har jeg sett det som viktig å ha en tolk under alle fokusgruppene, selv de hvor kvinnene snakker godt norsk (Bramberg & Dahlberg, 2013; Wallin & Ahlström, 2006).

Når man velger å benytte en tolk under fokusgrupper er det heftet både fordeler og ulemper. En av fordelene ved bruk av tolk med samme etniske bakgrunn er sannsynligvis bedre innpass og trygghet blant mødrene. Dette gjelder spesielt under rekrutteringen. Mødrene var bekymret for barnevernet og kunne være skeptiske til å delta i studien av denne grunn. Da tolken var vår feltarbeider som også stod for rekrutteringen over telefon, var det en klar fordel at hun snakket mødrenes språk. Dette skapte umiddelbar trygghet og gjorde rekrutteringsprosessen effektiv.

På den andre siden er det også heftet ulemper ved bruk av tolk. Diskusjonen under fokusgruppene kunne fort stoppe opp og bli kunstig, når samtalen måtte gå gjennom tolk. Dette var også veldig tidskrevende og den tiden vi hadde til rådighet under fokusgruppen ble brukt på oversettelse som stjal tid fra diskusjonen mødrene i mellom. Det er en mulighet for at noe av informasjonen forsvant på igjennom oversettelsen ved bruk av tolk. Ifølge Wallin og Ahlström er det ikke alltid mulig for en tolk å gi en eksakt oversettelse av en dialog. Tolken velger hva som skal bli presentert og på hvilken måte. Det er heller ikke alltid korrekt å tolke ord for ord, da hvert språk har sine egen karakteristiske form, ordbruk og grammatikk for å uttrykke meninger (Wallin & Ahlström, 2006).

Tolken er en del av forskningsprosessen. I denne studien var tolken aktivt med under fokusgruppene og tolket i tredjeperson. Dette var ikke et bevist valg, men falt naturlig da tolken av og til kom med egne spørsmål og utsagn. Dersom det konsekvent ble tolket i første person, hadde tolken fungert kun som en overfører av informasjon. Men i denne studien

fungerte tolken mer som en aktiv deltager. En fordel med en aktiv tolk er økt forståelse og naturlig flyt i samtalen. Det kan også ha ført til at kvinnene slappet mer av, da tolken i våre fokusgrupper også delte sine erfaringer i gruppen. En ulempe kan være mindre kontroll av samtalen for moderator (Bramberg & Dahlberg, 2013; Wallin & Ahlström, 2006).

5.2.7 Etiske hensyn

Etiske problemstillinger preger hele forskningsforløpet og jeg som forsker må ta hensyn til disse aspektene helt fra begynnelsen, helt til den endelige rapporten foreligger. Samspillet mellom deltakerne i fokusgruppen samt kunnskapen som produseres påvirker vårt syn på temaet vi forsker på. Fokusgruppene er på den måten fylt med etiske og moralske spørsmål som jeg har måttet tenke igjennom og ta stilling til. Et aspekt er hvorvidt denne studien tjener samfunnet. Blir det produsert ny kunnskap i denne studien som tjener samfunnets interesser? (Kvale & Brinkmann, 2009).

Studentens og moderators rolle

I kvalitativ forskning er forskerens rolle som person helt avgjørende for kvaliteten på funnene. I en fokusgruppe er moderator det viktigste redskapet som blir benyttet for å innhente kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Rollen og ferdighetene til moderator er helt avgjørende for å få til vellykkede fokusgrupper. Moderatorens ansvar er å skape tillit i gruppen ved blant annet å presentere viktig informasjon som informert samtykke og hva funnene skal brukes til. En moderator har også ansvar for å holde fokus på temaene, så diskusjonen ikke flyter utover det vi ønsker å vite noe om. Moderators lytteferdigheter og følsomhet for når det er tid for skifte av temaet er viktig for en god gjennomføring av fokusgrupper (Dahlgren et al., 2007).

Forforståelse

Forskeren er det viktigste verktøy i forskningsprosessen. Det menneskelige instrument i forskningen påvirker prosessen spesielt i form av forskerens forforståelse som tidligere er forklart i metodekapittelet (Bring et al., 1999; Kvale & Brinkmann, 2009).

Bevissthet rundt de potensielle virkningene av forskerens forkunnskap og dens effekt på funnene, er en viktig del av troverdigheten. I kvalitativ forskning kan forskeren selv påvirke hvordan funnene blir tolket. I denne studien skapes kunnskap igjennom interaksjonen mellom forskeren og mødrene. Derfor er det viktig at forskeren har integritet i forhold til mødrene ved

behandling av funnene (Dahlgren et al., 2007; Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har forsøkt å opprettholde en selvbevissthet og en gjennomtenkt vurdering av min egen innflytelse på igjennom hele forsknings prosessen for å øke troverdigheten av funnene (Lietz & Zayas, 2010).

I denne studien har kunnskapen blitt til igjennom interaksjon mellom forskeren og mødrene (Dahlgren et al., 2007; Kvale & Brinkmann, 2009). Det har ikke være mulig for meg å stille meg utenfor mødrenes perspektiv, å opptre nøytralt. Av denne grunn må min egen forforståelse, forventninger og forutsetninger diskuteres og vurderes åpent for å oppnå validitet i studien.

Det å være masterstudent i samfunnsnærings kunne ha vært begrensende under datainnsamlingen og tolkingen av dataene, da jeg har en kunnskap om norske anbefalinger for sped- og småbarns kost. På den andre siden har jeg ingen kunnskap om deres matkultur eller det å ha barn selv. Dette har ført til en åpen tilnærming under fokusgruppe intervjuene. Dette har vært positivt da jeg stiller meg undrende og nysgjerrig til spørsmål som omhandler amming, utfordringer med småbarns kost og møtet med helsestasjonen. Denne mangelen på forkunnskap kan også være negativ, i den forstand at jeg ikke har stilt like gode oppfølgingsspørsmål som en forsker med erfaring fra egne barn.

5.2.8 Transkribering og koding

Som nevnt er det ideelt om samme forsker hadde gjennomført alle fokusgruppene samt transkribert og analysert alt datamaterialet. Dette skaper mer nærhet til mødrene og datamaterialet i sin helhet. I denne studien ble fokusgruppene gjennomført av tre personer. Prosjektleder og min veileder fungerte som moderator ved tre av fokusgruppene og jeg modererte ved to fokusgrupper. Jeg var derimot tilstede under alle fokusgruppene for å observere og ta notater, som en del av min forskerutdanning. Det ble benyttet samme tolk under alle fem fokusgruppene. Det er en fordel at den som skal transkribere og analysere datamaterialet, er tilstede under fokusgruppene. Dette er for å registrere viktig non-verbal kommunikasjon.

Det var jeg som transkriberte og analyserte alle fokusgruppeintervjuene. Transkriberingen ble gjennomført dagene etter hver fokusgruppe, for å forsikre at gruppediskusjonen var friskt i minne. Dette kan ha vært en styrke og økt validiteten til datamaterialet.

Fokusgruppene ble holdt i et separat rom og barna til deltakerne ble passet av medstudenten. Av og til var et barn med på deler av fokusgruppen på grunn av sykdom, amming eller annet behov. Ved gjennomgang av lydopptakene ble det oppdaget at barna som var tilstede, til tider overdøvet samtalen. Det var også støy fra stoler, spising og drikking under fokusgruppene. Slik uønsket støy var i tillegg til mødrenes utfordrende språkuttale og mødrene pratet samtidig, gjorde transkriberingen meget utfordrende. Jeg forsøkte å unngå slikt støy så langt det var mulig ved å ha gode underholdnings tilbud til barna. I tillegg til dette var vi selektive med type mat og hvordan maten ble servert under fokusgruppene. Et eksempel var å benytte pappkopper istedenfor glass til servering av drikke for å unngå støy.

For å sikre en mest mulig nøyaktig reproduksjon av data, har jeg gjennom transkriberingsprosessen bestrebet å gjengi samtalene ordrett, og så nøyaktig og autentisk som mulig. Intervjuene er transkribert ord for ord. Det vil si at den muntlige formen med grammatiske feil, overlappende kommunikasjon, opphold og nøling er gjengitt med tegnsetting i teksten. Det vil alltid være en fare for at den sosiale konstruksjonen, non-verbalt kroppsspråk, følelser og ironi kan gå tapt i transkripsjonen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg fant transkriberingsprosessen veldig nyting i den videre analysen av datamaterialet. Transkriberingen gav rom for ettertanke og refleksjon ved å lytte igjennom samtalene på nytt. Dette gjorde meg særdeles godt kjent med datamaterialet og gjorde det enklere å finne passende kategorier og funn videre i analyseprosessen.

For å sikre bekreftbarhet har jeg valgt å inkludere uttalelser som viser flere aspekter ved et tema og ikke bare den vanligste dimensjonen. På den andre siden fikk ikke mødrene selv anledning til å uttale seg om funnene etter at de var analysert. Dette kan være en svakhet som rammer bekreftbarhet ved denne studien.

5.3 Drøfting av funnene

I denne studien har vi fått et godt innblikk i Irakisk- kurdiske innvandrermodres holdninger og utfordringer med amming og småbarns kosthold. Vi har studert hvordan disse mødrene navigerer mellom kilder til kosthold- og helse informasjon.

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene, slik at de integreres teoretisk som er en del av Grounded theory (Tabell 1). Integrering betyr å bygge bro mellom funnene i denne studien og

eksisterende teori på temaet.

Det er få studier som har forsket på irakiske innvandrerbarns kosthold. Jeg har derfor drøftet mine funn med tidligere funn fra InnBakost prosjektet samt en Irakisk studie som har kartlagt amme- og spebarns praksis hos irakiske mødre i Irak (Ameer, Al-Hadi, & Abdulla, 2008; Grewal, Mosdøl, Aunan, Monsen, & Torheim, 2014). Jeg har også trukket inn studier som ser på andre innvandrergruppers holdninger og opplevelser med amming og småbarns kosthold, samt drøftet mine funn i lys av den teori, presentert i teorikapittelet.

5.3.1 Oppsummering av hovedfunn

Resultatene fra våre fokusgrupper har i stor grad bekreftet de samme funnene som i de foregående InnBaKost studiene hvor dybdeintervjuer ble brukt som metode. Spesielt sammenlignbart er studien Selseth gjorde på norsk-irakiske barn på 12 måneder (Selseth, 2014).

Mødrene vi intervjuet var også svært positive til amming, men på tross av dette, var det ingen av mødrene som fullammet. Ulike forhold gjorde det vanskelig for mødrene å amme og opprettholde motivasjon for amming. En av de viktigste årsakene til tidlig ammeslutt var opplevelsen av for lite melkeproduksjon og problemer med selve ammingen.

Mødrene var opptatt av kosthold og helse og de gjorde forsøk på å redusere barnas matinntak av fett, sukker og salt. De største utfordringene de oppgav var mangel på kontroll over matinntaket i situasjoner hvor barnet var sammen med far, andre omsorgspersoner og i familieselskaper. Det ble oppgitt at familieselskaper var dagligdagse hendelser for dem, og slik sett opplevdes som en utfordring for å innføre sunne matvaner. Kaker og søtsaker var en viktig del av disse sammenkomstene. Det var vårt inntrykk at det ble oppfattet som uhøflig å ikke spise det som var blitt satt frem. Mødrene følte seg hjelpeløse og uten kontroll i disse situasjonene.

Da barna begynte i barnehage så vi derimot at mødrene fikk positiv drahjelp for å ivareta sunn kost til sine barn. Barna fikk nye matpreferanser og ønsket å få denne maten også hjemme. Det som ikke var like positivt var at de nye matønskene ofte gjaldt for eksempel pizza, pølser og pasta og ikke sunn norsk mat.

Til sist så vi at mødrene hadde mange gode opplevelser med helsestasjonen i Norge. Ingen, bortsett fra én opplevde diskriminering. Det virket som om mødrene hadde stor tillit til rådene de fikk fra helsesøstrene, men språkbarrierer og forskjellige forventninger til samhandlingen gjorde at utbytte ikke var fullgod. Videre vil jeg drøfte i mer detalj hvilke konsekvenser de ulike funnene kan ha på kostholdet til småbarn og effektiv kostholdsveiledning.

5.4 Ammekonteksten

Alle studiene i InnBaKost prosjektet har vist at irakiske kvinner har et sterkt ønske om å amme sine barn. Dette støttes også i en studie av irakiske mødre i Irak, som viste at over 73 % begynte å amme rett etter fødselen. Samme studie viste også at mødrene hadde god kunnskap om fordelene med å amme, men at kunnskap om fullamming og ammelengde var ufullstendig, likeledes kunnskap om når fast føde kan introduseres (Ameer et al., 2008). Hva er det da som gjør at mødrene har andre ammevaner enn de vi kan se hos norske mødre? Spesielt så vi at fullamming i liten grad ble praktisert og at deres kulturelle og religiøse tolkning av ammeråd gav støtte til å avslutte ammingen relativt tidlig når de fikk problemer.

Religionen og kultur

Irakisk kultur og religion gir støtte til positive holdninger overfor amming. I Koranen står det at alle barn har rett til å bli ammet og at ammingen bør pågå i de to første leveår, dersom det er mulig (Shaikh & Ahmed, 2006). Spesielt *40 dager hvilen* gir god støtte til amming i begynnelsen (Forman et al., 1990). Steinman et al., (2010) beskriver 40 dager hvilen som tiden mor er hjemme med barnet etter fødselen og hvor hennes eneste oppgave er å amme barnet.

De fleste mødrene oppgav at de fikk problemer med ammingen i den anbefalte ammeperioden. Våre funn kan indikere at det er den kulturelle informasjonen om 40 dager som oppfattes av kvinnene som hovedanbefalingen, fordi det å amme ut over denne tiden ses på som mindre viktig.

Sterkt kulturelt betinget er bruken av sukkervann til irakiske spedbarn helt fra fødselen av, dette er også vist i andre studier og også tidligere i InnBaKost (Ameer et al., 2008; Cruz, 2013; Selseth, 2014). Mødrene oppgav at dette sjelden var et tema som ble tatt opp på helsestasjonen, så derfor oppfattet de at det var greit å innføre sukkervann slik de ble oppfordret til av sine egne mødre.

Det var overraskende å oppdage at i enkelte tilfeller, anbefalte også norske helsesøstre sukkervann, anis og maltekstrakt i ammeperioden. Det er mulig dette kan ha sammenheng med at det ikke finnes offisielle råd i Norge som forteller *når* man kan starte å gi spedbarn vann (Helsedirektoreatet, 2001). Vi vet allikevel at det å introdusere vann til barnet øker risikoen for reduksjon i morsmelk produksjonen og kan av den grunn føre til tidlig ammeslutt (William, 2006). Det kan se ut til at mødrene har fått uklare råd rundt dette temaet og at retningslinjene oppleves som sprikende.

Opplevelsen av å ha lite melk var en viktig grunn til ammeslutt. Ameer et al., (2008) viser også til at mange irakiske kvinner oppfatter at de har utilstrekkelig melkeproduksjon. Et interessant og viktig funn i deres studie er at urbanisering og utdanningsnivå har betydelig sammenheng med ammehengde. Kvinner fra landsbygda hadde mindre kunnskap om amming og fordelene med amming enn mer utdannede kvinner fra byer, men allikevel ammet disse kvinnene vesentlig lenger enn kvinner fra byene. De introduserte også tilleggs kost senere i ammeperioden. Dette viser at vi ikke kan se på kvinnene som en homogen gruppe og at det kanskje ikke bare er akkulturasjon som påvirker forholdet til amming. En amerikansk studie blant latinamerikanske mødre viste at *hvor* de hadde vokst opp i sitt hjemland modifiserte påvirkningen av akkulturasjon. Vi må med andre ord ta hensyn til at kvinner som kommer fra store byer allerede kan ha endret sine ammeholdninger som et resultat av urbanisering (Pérez-Escamilla, 2009).

En kanadisk studie viste at innvandrer mødre gjennomsnittlig ammet lenger enn kanadiske kvinner, men ammehengden hos innvandrerne ble redusert i takt med lengden på oppholdet i landet. Denne sammenhengen ble modifisert av andre faktorer som ung alder hos mor, lav utdanning og hvorvidt mor er alene om barnet (Woldemicael, 2009). Over halvparten av våre irakiske mødre ammet i over ett år eller lenger, den andre halvparten ammet under 4 måneder. Årsaken til at disse ammet kortere var oppgitt å være av naturlige årsaker som ny graviditet.

Vår studie omfattet både kvinner med høy og lav utdanning, men det var ingen alenemødre blant dem. De fleste av våre mødre var aktive utenfor hjemmet med enten arbeid eller skole og de oppgav at praktiske grunner var årsak til ammeslutt eller tidlig innføring av tilleggs kost.

Religionen kan også være en barriere for amming for enkelte mødre, dersom de opplever det

som anstrengende å amme i offentlighet. Mødrene er muslimer og religionen understreker viktigheten av å ha tildekket kropp. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til at kvinnene introduserte morsmelkerstatning. Dette støttes av litteratur på muslimske kvinner (Steinman et al., 2010).

Informasjonskilder med motstridende råd

Fullamming og hva dette innebar i praksis var ikke kjent av våre mødre. Dette samsvarer med funnene til Ameer et al., (2008) der det ble oppdaget at irakiske kvinner manglet kunnskap om fullamming, likeledes at de manglet kunnskap om ammeteknikk. Mødrene uttrykte tillit til den kunnskap som ble formidlet om amming på helsestasjonen. Allikevel var det ikke rådene derfra som ble utslagsgivende på deres ammepraksis, men de rådene som deres mødre gav. Dette motvirket en fullammingspraksis. Mødrene opplevde også at rådene de fikk opplevdes forvirrende. De fortalte at de både ble anbefalt å fullamme i seks måneder samtidig med at de ble anbefalt å gi tilleggs kost etter fire måneder. I tillegg manglet forklaringer på hva fullamming egentlig innebar. I praksis fikk mødrene fire forskjellige ammeråd som de måtte forholde seg til:

- Amming 40 dager
- Amme i 2 år
- Fullamme i 6 mnd. og amme i 12 mnd.
- Introduksjon av tilleggs kost etter 4 mnd.

Våre funn indikerer at mødrene tilfeldig valgte ammepraksis ettersom hvilken situasjon de befant seg i. Dersom de opplevde det vanskelig og amme, fulgte de 40 dagers anbefalingen for eksempel. Mødre som søker flere kilder til informasjon kan være en indikasjon på at de opplever forvirring på grunn av motstridende råd, problemer med å følge råd eller at de er unøyaktige. Det kan også være at de profesjonelle rådene ikke er individuelt tilpasset (Mitchell, Farrow, Haycraft, & Meyer, 2013).

En annen grunn til at mødrene valgte å slutte med amming var opplevde problemer med selve ammingen. Det er vist at helsesøstres råd om amming ser ut til å konsentrere seg om fordelene med amming. Innvandremødre i andre studier oppgir også at det er vanskelig å få råd om amming ut over dette (Mitchell et al., 2013). For å få til å amme må de fleste mødre lære å amme, og sosial støtte er kritisk for å få til en vellykket ammeopplett (Knaak, 2010). Mødrene uttrykte at de hadde fått ammehjelp både på sykehus og helsestasjonen for det første

barnet og dersom de hadde et sykt barn. Dette kan indikerer at det tas for gitt at mødre klarer ammesituasjonen bedre når de føder sitt andre eller tredje barn.

De fleste mødre beskrev ammesituasjonen som stressende; at barnet ikke ville ha, at barnet ikke ble mett og at de opplevde å ha for liten melkeproduksjon. Dette var noen av de vanligste årsakene til at mødre valgte å introduserte morsmelkerstatning og tilleggskost tidlig. I litteraturen er dette også et vanlig funn, og flere studier viser samme problematikk, med opplevelse av lite morsmelk og tidlig introduksjon av morsmelkerstatning (Ameer et al., 2008; Choudhry & Wallace, 2012; Steinman et al., 2010).

Denne studien støtter i stor grad opp under tidligere funn på dette området og bekrefter på den måten andre studiers troverdighet og overførbarhet. På den andre siden oppnår vi også en dypere forståelse av ammepraksis og hvorfor få mødre fullammer blant denne gruppen innvandrere.

5.5 Flere barrierer for å tilby barna et sunt kosthold

I litteraturen ser vi at innvandremødre i stor grad velger, forbereder og bestemmer hva og hvor mye barna spiser. Mødrenes matpraksis påvirker derfor matadferd, matpreferanser, matinntak og påfølgende vektstatus hos barna (Zhou et al., 2015). De irakiske mødre i vår studie var opptatt av å tilby barna sunn mat, men akkulturasjon og kulturelle utfordringer skapte hindringer for dette. Det var spesielt mangel på tid, kontroll og barnas nye matønsker som ble uttalt som hindringer.

Mangel på tid

Mødrene oppgir at deres tradisjonelle mat er tidskrevende og at deres nye situasjon i Norge ikke tillot å bruke så lang tid på matlaging. Det er ikke uvanlig å bruke tre timer på å forberede et irakisk middagsmåltid. Det er få norske matretter som tar tilsvarende lang tid å lage. Innvandrerermødrene kunnskap om norsk matlaging kan derfor være en avgjørende faktor for at mødre skal ha mulighet for å tilby barna et sunt kosthold i en arbeidshverdag. Tidsfaktoren i kostholds akkulturasjon støttes også i tilsvarende studier (Nielsen et al., 2013; Nielsen et al., 2014). Flere av våre mødre oppgav også dette som en viktig barriere for å tilby sunn mat til sine barn.

Mangel på kontroll

Nielsen et al., (2014) viser at minoritetsforeldre ofte mangler kontroll over matinntaket til sine småbarn i hverdagen. Mangelen på kontroll handlet både om et praktisk, sosialt nivå og et individnivå. Dette samsvarer med denne studiens funn. Eksempler mødrene nevnte var når barnet var sammen med far, i barnehagen eller når familien hadde slektninger på besøk. Kulturen til innvandrergupper preges av hyppige sosiale sammenkomster og de sosiale normene gjør det vanskelig å takke nei til mat som tilbys. Det oppstår mangel på kontroll over barnas matinntak i familieselskaper og når andre familiemedlemmer har omsorg for barnet (Nicolaou et al., 2009). Dette kan vise at mødre individuelt har god kostholdsbevissthet, men at de ikke får den nødvendige støtten til å ivareta dette overfor sine barn. Nielsen et al., (2014) påpeker at kostholdsintervensjoner rettet mot småbarnsforeldre av denne grunn ikke bare må adressere kulturell bakgrunn, men bør også se på praktiske, sosiale, strukturelle og individuelle barrierer. Presset fra familie og venner ser ut til å ha en sterkere påvirkning på innvandrerbarns kosthold enn norske barns kosthold, fordi mødre her kan opptre mer selvstendig i sine beslutninger.

På individnivå, ble vanskeligheter identifisert i form av manglende mestringsfølelse hos mødre, både for hvordan de skal håndtere situasjonene og manglende matlagingskunnskaper (Nielsen et al., 2014). En tilsvarende studie med kinesiske innvandrer-mødre i USA, viste mangel på kunnskap og tillit til egne evner for å tilberede sunne amerikanske retter til sine barn (Zhou et al., 2015).

Sett ut ifra teorien om kostholdsakkulturasjon, ser vi at ingen av våre mødre verken klarte eller hadde sterke ønsker om å opprettholde sin opprinnelige matkultur (strict continuity), men at de aller fleste hadde innrettet seg på et mønster av fleksibel kontinuitet (Garnweidner et al., 2012). Det var spesielt når barna begynte i barnehagen at fleksibiliteten i kostholdet ble mer rettet mot norske spisevaner.

Mødre fra disse kulturene er tradisjonelt viet til matlaging for å være *snille* mot mann og barn. Matlaging styres derfor ofte av ektemenn og barns ønsker (Zhou et al., 2015). Mødre gav også inntrykk av å ha slike holdninger. Barnas ønsker om *usunn* mat som pizza og pølser kan derfor utgjøre en større utfordring overfor innvandrer-mødre enn norske mødre som ikke har samme forhold til matlaging.

Mødrene viste også at de var mer opptatt av innholdet og helseeffekten i maten de gav sine barn, mer enn å opprettholde mattradisjonene. Dette støttes av andre studier som viser at det helsemessige aspektet ved maten oppfattes som viktigere enn hvilken matkultur den tilhører (Nielsen et al., 2013). I overveiende grad ser vi fortsatt at kostholdet er preget av deres kulturelle mattradisjoner og retter. Lignende funn ser vi i en studie fra Oslo med Østasiatiske innvandrere samt en dansk studie med innvandrere fra Tyrkia og Pakistan (Nielsen et al., 2013; Wandel, Råberg, Kumar, & Holmboe-Ottesen, 2008).

Et viktig funn var at mødrene oppfattet norsk mat som *ferdigmat* og inngikk i kategorien *norsk mat*. Det bekymringsfulle var at denne matpraksisen ble tatt inn i mødrenes matpraksis på tross av at de så på dette som usunn mat. Her var det tidsaspektet som dominerte i matvalget.

Press fra barna om å servere vestlig *ferdigmat* kan potensielt bidra til et mindre gunstig kosthold for hele familien. En studie viste at innvandrermodre var klar over sammenhengen mellom usunn mat og vektøkning, og at de forsøkte å opprettholde tradisjonell mat og praksis, men dette var en utfordring når barna selv ønsket vertslandets mat som ofte var *ferdigmat* (Sussner et al., 2009).

Et potensielt problem kan utvikle seg når barna blir eldre dersom de ikke lærer å spise den sunne norske maten samtidig som de beveger seg bort i fra det tradisjonelle irakiske kostholdet. Det er vist at spesielt annengenerasjonsinnvandrere har mindre gunstig kosthold enn sine foreldre (Gilbert & Khokhar, 2008).

5.6 Rådene fra helsestasjonen treffer ikke alltid behovet til den enkelte

Flere faktorer påvirker samhandlingen mellom innvandrere og helsearbeidere og derfor effekten av helserådgevingen. Erfaringer fra land med store befolkningsvariasjoner viser et behov for kulturell og språklig kompetanse i helseomsorgen (Kalengayi et al., 2012).

Kultursensitivitet hos helsesøster blir derfor en viktig forutsetning for at innvandrermodre skal få fullt utbytte av veiledningen på helsestasjonen. Dette betyr at de må ha kunnskap, omsorg, forståelse, respekt og evne til tilpasning (Foronda, 2008). Våre mødre opplevde at de ble respektert og omsorgsfullt ivaretatt. De fleste mødrene opplevde at de ble imøtekommet

på lik linje med norske mødre. De opplevde allikevel at tiden de fikk på helsestasjonen var knapp og at de følte seg ukomfortable med å stille spørsmål til informasjonen som ble gitt. Likeledes ble viktig informasjon om mødrenes behov *ikke formidlet* fordi mødrene forventet å bli stilt spørsmål av helsesøster.

Forskjellige holdninger til helsevesenet

Dette viser en holdning til helsevesenet som kan være forskjellig fra det norske mødre utviser. I norsk kultur er det mer vanlig å gå i dialog med helsevesenet og å stille spørsmål. Mange innvandre er vant til at helsearbeidere er mer autoritære og mødrene kan derfor virke passive. Mange ønsker også at andre skal bestemme og ta beslutninger på deres vegne (Kalengayi et al., 2012).

Muslimers forhold til sykdom

I vår studie praktiserte de fleste mødrene Islamsk religion i varierende grad. I muslimske samfunn er det en utbredt tro på at gud vil helbrede dem, i tillegg kan det være slik at man har forskjellig syn på hva som er problemer og sykdom (Pavlish, Noor, & Brandt, 2010). Det er vist at mange innvandrere søker hjelp på et veldig sent stadium fordi de hadde ventet og håpet at ting gikk over (Kalengayi et al., 2012). Det samme forholdet ble sett i en studie med somaliske kvinner. Helseplager ble oppfattet som et privat anliggende mellom kvinnen og Allah og helsen ble sett på som deres skjebne. Av den grunn oppsøkte de ikke helsevesenet. Denne ulike forståelsen av helse og sykdom kan potensielt utvikle seg til misforståelser og at viktige helsemessige aspekter ikke kommer frem for helsesøster (Pavlish et al., 2010). Det vil ikke være urimelig å anta at dette gjelder ammeproblematikk og barnas helse tilsvarende. Det blir derfor viktig at helsesøstre stiller oppfølgende spørsmål som: Forstår jeg deg riktig?, Hva mener du med det?, Fortell mer om dette? (Kalengayi et al., 2012).

Språkbarriere og bruk av tolk

Studier fra England og USA viser at det oppstår misforståelser mellom innvandrere og helsepersonell grunnet kulturforskjeller (McFadden, Renfrew, & Atkin, 2013; Steinman et al., 2010).

De fleste av mødrene i våre fokusgrupper snakket norsk. Den gangen mødrene hadde gjort sine erfaringer på helsestasjonen snakket de dårligere norsk enn det de gjør nå. Språkhjelp er ansett som å være direkte styrkende på pasientens posisjon og hjelpesøkende adferd

(Kalengayi et al., 2012). De fleste hadde derfor behov for tolk. De fikk sjelden tilbud om tolk gjennom helsestasjonen og brukte derfor familiemedlemmer som tolk. Dette oppgav de kunne være problematisk, spesielt når de måtte bruke sine ektemenn som tolk. Venner og slektninger bør ideelt sett ikke være tolker fordi de naturlig nok ikke utfordres på sin objektivitet (Magelssen, 2008). Det inntrykket vi fikk av mødrenes erfaringer var at bruk av profesjonell tolk ikke var prioritert på helsestasjonen.

Det kan oppstå flere problemer med bruk av ufaglærte tolker, spesielt når tolken er et familiemedlem (Magelssen, 2008). Det kan være unøyaktig tolkning, konfidensialitet og ubehagelighet i situasjonen. Viktig informasjon i møte på helsestasjonen kan derfor også bli utelatt og mødrene kan få mindre utbytte av helsesøstrenes fagkompetanse (Kalengayi et al., 2012; Pavlish et al., 2010). Pavlish et al., (2010) illustrerer somaliske kvinners opplevelser av det amerikanske helsevesenet og bruken av tolk gjennom dette utsagnet: *«Hvem ønsker å fortelle sine problemer når det er en tredje person i rommet?»*.

Gruppeintervenering kan være effektivt

En studie om rådgivning av foreldres matpraksis viste at gruppeintervenering var et effektivt virkemiddel for å trygge foreldrenes matpraksis og at denne strategien gav økt velvære hos mor (Mitchell et al., 2013). Våre irakiske mødre viste større åpenhet om sine utfordringer i fokusgruppemøtene enn de irakiske mødre i dybdeintervjuene i InnBaKost. Det kan kanskje tyde på at dersom veiledning blir gitt i gruppesammenheng, kan utbyttet bli større for mødrene.

Ønsker mer kunnskap og kultursensitivitet i kommunikasjonen

Tidligere i InnBaKost samt flere andre studier har sett at innvandrer mødre opplevde helsepersonell som den mest pålitelige kilden til kosthold- og helse informasjon (Cruz, 2013; Garnweidner et al., 2013; Nielsen et al., 2013; Selseth, 2014). Dette blir igjen bekreftet i denne studien. Mødrene påpekte at se ansatte på helsestasjonen var spesialister på barn og norske forhold. Dette skaper et potensiale for disse instansene til å påvirke helsen og kostholdet til innvandrergrupper i en positiv retning. Funnene fra studien gir klare indikasjoner på at kommunikasjonen bør være mer skreddersydd mot mødrenes kulturell bakgrunn og ernæringskunnskap (Garnweidner et al., 2013).

På den andre siden ser vi også at mødene får mye råd og veiledning av sine småbarnas bestemødre og andre slektninger. Disse kildene til råd veide også tungt, noe som gjorde valg av praksis utfordrende for mødrene. Spesielt når de to kildene til informasjon var motstridende hverandre. Dette funnet kan bekreftes i de tidligere InnBaKost studiene i likhet med tilsvarende andre studier (Nielsen et al., 2013; Steinman et al., 2010). Det er også kjent at det ikke er vanlig for innvandrere i å oppsøke helsevesenet for hjelp i første omgang, men at det var foreldre eller andre familiemedlemmer og bekjente som tok hånd om hverandre først (Kalengayi et al., 2012).

Mødrene i vår studie etterlyste mer kunnskap om kosthold på helsestasjonen. Det samme ser vi i den nasjonale kostholdsundersøkelsen *Småbarnkost*, hvor over halvparten av norske mødre ønsket mer informasjon om småbarnsernæring (Kristiansen & Andersen, 2009). En norsk studie har tidligere vist at innvandrere får lite ernæringsrelatert informasjon i svangerskapsomsorgen. Kostholdsinformasjonen ble oppfattet som svært generell med et fokus på mattrygghet. Vektkontroll og langsiktig forebygging av kostholds relaterte sykdommer hadde knapt vært diskutert (Garnweidner, Pettersen, & Mosdøl, 2013).

Flere studier på innvandrergupper viser at kostholdsinformasjonen de får av helsepersonell blir bedre tatt i mot dersom helsepersonellet opptrer kultursensitivt og skreddersyr kostveiledningen i tråd med deres matkultur (Fagerli, Lien, & Wandel, 2005; Garnweidner et al., 2013; Hyman & Guruge, 2002). Vår studie viste at helsesøstrene gjennom både informasjonen som ble gitt ut og måten det ble veiledet på, ikke viste tilstrekkelig kunnskap om mødrenes kulturelle bakgrunn. Det kan være at de har kunnskapen, men at den ikke ble brukt i veiledning av mødrene.

Et viktig funn i denne studien er at mødrene i stor grad fulgte rådene om å gi barna omega 3- og vitamin D tilskudd. Det kan tyde på at helsedirektoratets informasjonsbrosjyre, som deles ut sammen med gratis vitamin D-dråper til innvandrere med barn opptil seks måneder, har vært en suksess. Denne informasjonsbrosjyren finnes på språkene norsk, engelsk, urdu, arabisk, somalisk og tyrkisk (Helsedirektoratet, 2011). Det vi i motsetning så var at kvinnene ikke var like flinke til å ta vitamin D eller omega 3 selv. Det kan indikere at de oppfatter at disse tilskuddene gjelder i en begrenset livsfase og ikke inn i voksenlivet.

6.0 Konklusjoner og veien videre

Studien har undersøkt irakiske mødres opplevelser og holdninger til amming, småbarns kosthold og deres møte med helsestasjonen i Norge. Mødrene har vist at de kombinerer praksis fra hjemlandet med ny praksis i Norge. Denne kombinasjonen kan være utfordrerne, spesielt når råd som er gitt fra ulike kilder er motstridende.

Helsesøstre ble ansett som en troverdig kilde til ernæring- og helse informasjon. De har på denne måten en stor mulighet til å påvirke mødrene i en positiv retning. Hovedutfordringen var tidsbegrensninger på helsestasjonen. Ved å åpne for ekstra tid på kontrollene, får helsesøstrene større mulighet for økt kunnskap om hvilke utfordringer de erfarer med amming og deres småbarns ernærings situasjon. Erfarne mødre må også i større grad vies mer oppmerksomhet og ikke bare til førstegangsmødre, da utfordringene kan være ulike og situasjonen annerledes.

Videre vil det være viktig å øke helsesøstres kulturelle kompetanse. Vi så i vår studie at mødrene ikke selv stilte spørsmål under kontrollene på helsestasjonen. Dette kan føre til at mødrene ikke får et fullverdig utbytte av møtet. Et eksempel kan være irakeres sukkervann praksis. Dersom helsesøstre forstår og kjenner til praksisen, kan de forebygge dette ved å forsikre mødrene om at deres melk er god nok og at denne praksis er ugunstig for barnet.

Overfor småbarns kosthold så vi at mødrene var helsebevisste og lagde tradisjonell hjemmelaget til sine barn når de hadde tid. For at mødrene skal kunne fortsette denne praksisen trenger de støtte og kunnskap om hva som er sunt kosthold i deres matkultur samt norsk mat. Dette kan gjennomføres i form av kultursensitive brosjyrer med informasjon og oppskrifter på helsefremmende barnemat på helsestasjonen.

Vi så også at barnehagen var en viktig arena og en av de første stedene barna møter norsk matkultur. Et problem mødrene møtte var mangel på kontroll over barnas sukkerinntak. Dette skyldes ofte fars avslappende holdning og hyppige familiebesøk. Et forebyggende tiltak kan være å støtte kvinnene på deres kunnskap og holdninger til sunt kosthold og gi dem verktøy slik at de i større grad kan påvirke matpraksisen. Det kan i denne forbindelse også være viktig å inkludere far i helse- og ernærings undervisning på helsestasjonen.

Totalt sett gir funnene i denne studien et bilde av hvordan akkulturasjon kan påvirke irakiske mødres ammepraksis og småbarns kosthold. Helsepersonell må vise forståelse og opparbeide seg kunnskap om forskjellige innvandreres matkultur og hvor viktig denne er for hver enkelt. Helsepersonell oppmuntres til å skreddersy kommunikasjonen, for å møte de ulike behovene til en multikulturell befolkning.

7.0 REFERANSER

- Abouta, J. S.-., Patterson, R. E., Neuhouser, M. L. & Elder, J. (2002). Dietary acculturation: applications to nutrition research and dietetics. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(8), 1105-1118. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90247-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90247-6)
- Ameer, A. J. A., Al-Hadi, A.-H. M. & Abdulla, M. M. (2008). Knowledge, attitudes and practices of Iraqi mothers and family child-caring women regarding breastfeeding. *East Mediterranean Health Journal*, 15(5), 1003-1014.
- American Association of Diabetes Educators (AADE). (2012). Cultural Sensitivity and Diabetes Education. *The Diabetes Educator*, 38, 137-141. doi: 10.1177/01457217111431928
- Aziz, M. (2011). *The Kurds of Iraq: Ethnonationalism and National Identity in Iraqi Kurdistan*. Library of Modern Middle East Studies.
- Berry, J. W. (2003). Conceptual approaches to acculturation. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*. (pp. 17-37). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Blom, S., & Henriksen, K. (2008). *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Hentet 10. April, 2015, fra http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200805/rapp_200805.pdf
- Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 12-20.
- Bramberg, E. B. & Dahlberg, K. (2013). Interpreters in cross-cultural interviews: a three-way coconstruction of data. *Qualitative Health Research*, 23(2), 241-247. doi: 10.1177/1049732312467705
- Bring, G., Dahlgren, L., Emmelin, M., Hammarström, A., Johansson, E., Nilsson, B., . . . Westman, G. (1999). Fokusgruppediskussionen som kvalitativ datainnsamlingsmetode. *Kvalitativ metode som praktik [erfarenhet av att forska kvalitativt vid medicinsk fakultet]* (pp. 31). Stockholm: Studentlitteratur.
- Brunvand, L., & Brunvatne, R. (2001). Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 121(6), 715-719.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis (Introducing Qualitative Methods series)* (1 ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Choudhry, K., & Wallace, L. M. (2012). 'Breast is not always best': South Asian women's experiences of infant feeding in the UK within an acculturation framework. *Maternal Child Nutr*, 8(1), 72-87.

- Cruz, J. R. H. (2013). *Infant feeding practices of Iraqi mothers residing in Norway: In-depth interviews with Iraqi mothers of six months old infants*. (Master thesis), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Curry, K. R. (2000). Multicultural Competence in Dietetics and Nutrition. *The American Dietetic Association*, 100(10), 1142–1143.
- Dahlgren, L., Emmelin, M. & Winkvist, A. (2007). *Qualitative methodology for international public health* (2 ed.). Sweden: Umeå University.
- Evans, A., Greenberg, J., Smith, S., Harris, K. K., Loyo, J., Spaulding, C., . . . Gottlieb, N. (2011). Parental Feeding Practices and Concerns Related to Child Underweight, Picky Eating, and Using Food to Calm Differ According to Ethnicity/Race, Acculturation, and Income *Maternal and Child Health Journal*, 15(7), 899-909. doi: 10.1007/s10995-009-0526-6
- Fafo. (2012). InnBaKost: Ernæring og helse blant barn med innvandringsbakgrunn. Hentet 2015, 14. Mai, fra http://www.forskningsradet.no/prognettfolkehelse/Nyheter/_Vet_for_lite_om_innvandrerbarnas_kosthold/1253982602752/p1222932153133
- Fagerli, R., Lien, M., & Wandel, M. (2005). Experience of dietary advice among Pakistani-born persons with type 2 diabetes in Oslo. *Appetite*, 45(3), 295–304. doi: 10.1016/j.appet.2005.07.003.
- Forman, M. R., Hundt, G. L., Towne, D., Graubard, B., Sullivan, B., Berendes, H. W., . . . Naggan, L. (1990). The forty-day rest period and infant feeding practices among Negev Bedouin Arab women in Israel. *Med Anthropol*, 12(2), 207-216.
- Foronda, C. R. (2008). A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 207-212. doi: 10.1177/1043659608317093.
- Foss, A. H. (2006). *Fruktbarhet blant innvandrerkvinner: 1 av 5 nyfødte har foreldre som har innvandret*. Retrieved 14. Mai 2015, from <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyfodte-har-foreldre-som-har-innvandret>
- Fugelsnes, E. (2012, 19.12.2012). *Vet for lite om innvandrerbarns kosthold*. Retrieved 14. Mai, 2014, from http://www.forskningsradet.no/prognettfolkehelse/Nyheter/_Vet_for_lite_om_innvandrerbarnas_kosthold/1253982602752/p1222932153133
- Garnweidner, Pettersen, K., S., & Mosdøl, A. (2013). Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*, 29(12), 130–137. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.006>.
- Garnweidner, Terragni, L., Pettersen, K. S. & Mosdøl, A. (2012). Perceptions of the Host Country's Food Culture among Female Immigrants from Africa and Asia: Aspects Relevant for Cultural Sensitivity in Nutrition Communication. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(4), 335-342. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2011.08.005>.

- Gilbert, P. A., & Khokhar, S. (2008). Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutrition Reviews*, 66(4), 203-215. doi: 10.1111/j.1753-4887.2008.00025.x.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1999). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Aldine Publishing Company, ISBN 0-202-30260-1
- Grewal, N. K., Mosdøl, A., Aunan, M. B., Monsen, C. & Torheim, L. E. (2014). Development and Pilot Testing of 24-Hour Multiple-Pass Recall to Assess Dietary Intake of Toddlers of Somali- and Iraqi-Born Mothers Living in Norway. *Nutrients*, 6(6), 2333-2347. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/nu6062333>.
- Halkier, B. (2010). *Fokus Grupper* (1 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Helsedirektoratet. (2011). *Gratis vitamin D-dråper til spedbarn med innvandrerbakgrunn*. Hentet 14. Mai 2015, fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/bestille-vitamin-d-draper>
- Helsedirektoratet. (2001). Anbefalinger for spedbarnsernæring- til helsepersonell *Nasjonale faglige retningslinjer- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet*. (IS-1019) Oslo: Helsedirektoratet
- Henriksen, K. (2010). *Levekår og kjønnsforskjeller blant innvandrere fra ti land*. Hentet 15 mai 2015 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekaar-og-kjønnsforskjeller-blant-innvandrere-fra-ti-land>
- Hermanowicz, J. C. (2013). The Longitudinal Qualitative Interview. *Qual Sociol*, 36, 189-208. doi: 10.1007/s11133-013-9247-7.
- Heyman, I. & Guruge, S. (2002). A review of theory and health promotion strategies for new immigrant women. *Canadian Journal of Public Health*, 93(3), 183-187.
- Higginbottom, G., Hadziabdic, E. & Paton, P. (2013). Immigrant women's experience of maternity services in Canada: A meta-ethnography. *Midwifery*, 30(5) 544-559. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.004>
- Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2012). Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food and Nutrition Research*, 56. doi: [http://dx.doi.org/10.3402%2Ffnr.v56i0.18891](http://dx.doi.org/10.3402/2Ffnr.v56i0.18891)
- Hussain-Gambles, M., Leese, B., Atkin, K., Brown, J., Mason, S. & Tovey, P. (2004). Involving South Asian patients in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 8(42) 1-109.
- Hyman, I. & Guruge, S. (2002). A Review of Theory and Health Promotion Strategies for New Immigrant Women. *Canadian Journal of Public Health*, 93(3) 183-187.
- Jonsson, I. M., Hallberg, L. R.-M. & Gustafsson, I.-B. (2002). Cultural foodways in Sweden: repeated focus group interviews with Somalian women. *International Journal of Consumer Studies*, 26(4), 328-339.

- Kalengayi, F. K. N., Hurtig, A.-K., Ahlm, C. & Ahlberg, B. M. (2012). "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC Health Services Research*, 12(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6963-12-433>.
- Knaak, S. J. (2010). Contextualising risk, constructing choice: Breastfeeding and good mothering in risk society. *Health, Risk & Society*, 12(4), 345-355.
- Kristiansen, A. L. & Andersen, L. F. (2009). *Småbarnskost 2 år landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 2 år gamle barn*. Oslo: Mattilsynet og Universitetet i Oslo.
- Kumar, B. N., Meyer, H. E., Wandel, M., Dalen, I. & Holmboe-Ottesen, G. (2006). Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *International Journal of Obesity*, 30(1), 684-690. doi: 10.1038/sj.ijo.0803051
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduksjon til håndverk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.) Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Lietz, C. A. & Zayas, L. E. (2010). Evaluating Qualitative Research for Social Work Practitioners. *Advances in social work*, 11(2), 188-202.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills. California: SAGE.
- Lyngstad, J. (2014). *Understanding infant feeding practices, relations to the health clinic and experiences of receiving conflicting advices: A qualitative study with Somali mothers living in Oslo*. (Master Thesis), Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo.
- Madar, A. A., Stene, L. C. & Meyer, H. E. (2008). Vitamin D status among immigrant mothers from Pakistan, Turkey and Somalia and their infants attending child health clinics in Norway. *British Journal of Nutrition*, 101(7), 1052-1058. doi: [doi:10.1017/S0007114508055712](http://dx.doi.org/10.1017/S0007114508055712).
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet* (2 ed.). Oslo: Akribe.
- McFadden, A., Renfrew, M. J. & Atkin, K. (2013). Does cultural context make a difference to women's experiences of maternity care? A qualitative study comparing the perspectives of breast-feeding women of Bangladeshi origin and health practitioners. *Health Expectations*, 16(4), 124-135. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00770.x.
- McLachlan, H. L. & Forster, D. A. (2006). Initial breastfeeding attitudes and practices of women born in Turkey, Vietnam and Australia after giving birth in Australia. *International Breastfeeding Journal*, 1(7). doi: 10.1186/1746-4358-1-7.
- Misra, A. & Granda, O. P. (2007). Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*, 23(9), 696-708. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2007.06.008>.
- Mitchell, G. L., Farrow, C., Haycraft, E. & Meyer, C. (2013). Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed

- interventions. *Appetite*, 60(1), 85-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.014>.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research*: SAGE Publications.
- Nguyen, C. (2013). *Infant feeding practices of Somali mothers residing in Norway*. (Master degree), University of Oslo Oslo.
- Nicolaou, M., Doak, C., Van Dam, R., Hosper, K., Seidell, J. & Stronks, K. (2008). Body size preference and body weight perception among two migrant groups of non-Western origin. *Public Health Nutrition*, 11(12), 1332–1341.
- Nicolaou, M., Doak M., C., Van Dam M., R., Brug, J., Stronks, K. & Seidell C., J. (2009). Cultural and Social Influences on Food Consumption in Dutch Residents of Turkish and Moroccan Origin: A Qualitative Study. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(4), 232-241. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2008.05.011>.
- Nielsen, Krasnik, & Holm. (2013). Ethnicity and children's diets: the practices and perceptions of mothers in two minority ethnic groups in Denmark. *Maternal and Child Nutrition*, 11(2). doi: 10.1111/mcn.12043.
- Nielsen, Krasnik, Vassard, & Holm. (2014). Opportunities for healthier child feeding. Does ethnic position matter? – Self-reported evaluation of family diet and impediments to change among parents with majority and minority status in Denmark. *Appetite*, 78C, 122-128.
- Pavlish, C. L., Noor, S. & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71, 353-361.
- Pérez-Escamilla, R. (2009). Dietary Quality among Latinos: Is Acculturation Making Us Sick?. *American Dietetic Association*, 109(6), 988-991. doi: <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jada.2009.03.014>.
- Sandesh, K. & Schjøtt, T. (2012). *Migration and food habit. Food Habits of Immigrant Muslim Iraqi Women in Copenhagen*. Copenhagen: Lambert Academic Publishing.
- Schouten, B. C. & Meeuwesen, L. (2005). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21-34.
- Selseth, K. (2014). *Spedbarn og Kosthold: Irakiske innvandrermodres holdninger og praksis*. (Master Thesis), Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo.
- Shaikh, U., & Ahmed, O. (2006). Islam and Infant Feeding. *Breastfeeding Medicine*, 1(3), 164-167. doi: 10.1089/bfm.2006.1.164.
- Skeie, M. S., Espelid, I., Klock, K. S., Skaare, A., & Holst, D. (2011). SMÅTANN–prosjektet har gitt ny kunnskap om småbarns tannhelse. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 121(4), 220-226.
- SSB, (2013). Flyttinger,2013. from <https://ssb.no/befolkning/statistikker/flytting>

- SSB, (2014). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, Hentet 2015, 6. Januar, fra <http://www.ssb.no/innvbef/>
- SSB, (2015). Immigrants and Norwegian-born to immigrant parents, 1 January 2015. Retrieved 12.April, 2015
- Starrin, B., Dahlgren, L., Larson, G., & Styrborn, S. (1997). *Along the Path of Discovery, Qualitative Methods and Grounded Theory*. Sweden: Studentlitteratur, Lund.
- Steinman, L., Doescher, M., Keppel, G. A., Pak-Gorstein, S., Graham, E., Haq, A., . . . Spicer, P. (2010). Understanding infant feeding beliefs, practices and preferred nutrition education and health provider approaches: an exploratory study with Somali mothers in the USA. *Maternal and Child Nutrition*, 6, 67-88. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00185.x
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). Theoretical Sensitivity *Basics of Qualitative Research, Grounded Theory Procedures and Techniques* (pp. 17-18 og 41-47): SAGE Publications.
- Støre, J. G., & Thorkildsen, I. M. (2013). Nasjonal strategi om innvandrerhelse Likeverdige helse- og omsorgstjenester- god helse for alle. In H.-o. omsorgsdepartementet (Ed.). regjeringen.no: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sussner, K. M., Lindsay, A. C., & Peterson, K. E. (2009). The Influence of Maternal Acculturation on Child Body Mass Index at Age 24 Months *American Dietetic Association*, 109, 218-225.
- Terragni, L., Garnweidner, L. M., Pettersen, K. S., & Mosdøl, A. (2014). Migration as a Turning Point in FoodHabits: The Early Phase of Dietary Acculturation among Women from South Asian, African, and Middle Eastern Countries Living in Norway. *Ecology of Food and Nutrition*, 53(3), 273-291. doi: 10.1080/03670244.2013.817402
- Volk, A. A. (2009). Human Breastfeeding is not automatic. Why that's so and what it means for human evolution. *Journal of Social, Evolutionary and Cultural Psychology* 3(4), 305-314.
- Wallin, A. M., & Ahlström, G. (2006). Cross-cultural interview studies using interpreters: systematic literature review. *Journal of advanced nursing*, 55(6), 723-735. doi: DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03963.x
- Wandel, M., Råberg, M., Kumar, B., & Holmboe-Ottesen, G. (2008). Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo: The effect of demographic, socio-economic and integration factors. *Appetite*, 50(2), 376-385.
- WHO, (2015). Exclusive breastfeeding. Hentet 30.01, 2015, fra http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
- William, H. (2006). 'And not a drop to drink'--why water is harmful for newborns. *Breastfeeding Review*, 14(2), 5-9.
- Woldemicael, G. (2009). *Breastfeeding practices of immigrant mothers in Canada: The role of immigration status, length of residence, and ethnic minority (Work in Progress)*.

Department of Sociology. University of Western Ontario. London, Ontario. Retrieved from
<http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1015&context=rdchealthconference>

Zhou, N., Cheah, C. S. L., Van Hook, J., Thompson, D. A., & Jones, S. S. (2015). A cultural understanding of Chinese immigrant mothers' feeding practices. *Appetite*, 87, 160–167.

Øverby, N. C., Kristiansen, A. L., & Andersen, L. F. (2008). Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Oslo: Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo.

Øverby, N. C., Kristiansen, A. L., & Andersen, L. F. (2009). Spedkost-12 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 måneder gamle barn. Oslo: Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo.

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1: Studiens godkjenning fra REK

Vedlegg 2: Infoskriv

Vedlegg 3: Informert samtykke skjema

Vedlegg 4: Intervju guide

Vedlegg 1:



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Katrine Ore	22845517	28.06.2012	2012/957/REK sør-øst A
			Deres dato:	Deres referanse:
			22.05.2012	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Liv Elin Torheim
Pb 2947 Tøyen

2012/957 Ernæring og helse blant barn med innvandringsbakgrunn

Forskningsansvarlig: Fafø ved øverste ledelse

Prosjektleder: Liv Elin Torheim

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 14.06.2012. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt som heter InnBaKost– Kosthold og ernæring blant barn med innvandringsbakgrunn. Formålet med InnBaKost-prosjektet er å øke kunnskapen om kosthold og ammepraksis blant barn med innvandringsbakgrunn fra Somalia og Irak (mors fødested). Studiens resultater forventes å kunne benyttes til å utvikle verktøy og strategier for å forbedre ernærings- og helsesituasjonen blant denne målgruppen. Studien skal gjennomføres som intervju samt spørreskjemaer og "24-timers kostintervju" av kvinner med 6 måneder gamle barn. Barna vil bli fulgt opp når de er 1 og 2 år gamle. Inklusjonskriteriet er at barnet er friskt og ikke har en sykdom/tilstand som krever at barnet går på et spesielt kosthold. Studien er samtykkebasert og alle som deltar i hele undersøkelsen vil få fem flaxlodd. Prosjektets forskningsfil vil bli lagret aidentifisert og alle opplysninger som er samlet inn i prosjektperioden vil bli slettet i 2016.

Vurdering

Komiteen vurderer prosjektet som viktig forskning på barns helse.

Komiteen ber om at informasjonsskrivet som har tittelen "Invitasjon til å delta i en undersøkelse av kostholdet blant spedbarn med innvandringsbakgrunn" endres til forespørsel om å delta.. I samme informasjonsskriv bør det fremgå at det er mors fødested som er utgangspunktet for forespørsel om deltakelse. Komiteen ber også om at det ikke legges press på eventuelle deltakere til å være med i prosjektet fordi det vil gi best forskning. Forskningsdeltakere kan trekke seg når som helst fra en studie uten hensyn til prosjektets vitenskapelige verdi.

Vedtak

Komiteen godkjenner prosjektet på vilkår som beskrevet ovenfor, med hjemmel i helseforskningsloven § 9 jf. § 33. Revidert informasjonsskriv sendes komiteen til orientering.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, og i samsvar med de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrift.

Godkjenningen gjelder til 01.08.2015.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets

veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, se helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen
Professor

Kopi til: may-len.skilbrei@fafo.no

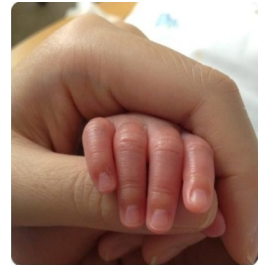
Katrine Ore
Rådgiver

Vedlegg 2

Er du født i Irak eller Somalia og har barn mellom 1,5 til 2,5 år?

Vil du være med på en gruppediskusjon om barnets kosthold og hvordan du opplever rådgivningssituasjonen på helsestasjonen?

Vi inviterer deg herved til å delta på en gruppediskusjon til forskningsprosjektet InnBaKost, som ser på ernæring og helse blant barn av mødre med innvandringsbakgrunn. Hensikten med gruppediskusjonen er å få innspill fra mødre i fellesskap om hva deres barn spiser/drikker og hva som kan være med på å bedre helsetilbudet for deres barn. Vi ønsker å holde gruppediskusjoner med mødre født i Somalia eller Irak og som har barn mellom 1,5 til 2,5 år.



Hvorfor Irak og Somalia?

I Norge har det flere ganger blitt gjort undersøkelser for å se på kostholdet til barn med norske foreldre. Barn av mødre med innvandringsbakgrunn har ikke fått delta i disse undersøkelsene og derfor finnes det lite kunnskap om denne gruppen. Mødre fra Somalia og Irak er valgt ut til InnBaKost-prosjektet fordi disse to gruppene med ikke-vestlig bakgrunn har høyest antall fødsler i Norge.

Gruppediskusjonene

Gruppediskusjonene vil bli holdt på norsk, somali, arabisk og kurdisk. Vi har valgt å gjennomføre de i helgene da flere vil være mer tilgjengelige. Diskusjonene varer mellom 1 time og 1 ½ time. Tema vi ønsker å diskutere med dere er følgende: brystmelk og morsmelkerstatning, barnemat, familiens matvaner samt rådene fra helsestasjoner, venner og familie mht. amming og barnemat.

Kompensasjon og barnepass

Du får 200 NOK for å delta, og det blir servert et enkelt måltid. Hvis du kjenner noen som er født i samme land som deg og som har barn mellom 1,5 til 2,5 år så får du i tillegg 150 NOK for hver kvinne du rekrutterer. Vi betaler også for transport for de som bor utenfor Oslo og Drammen. Vi tilbyr også barnepass slik at du kan ta med barnet/barna dersom du har behov for det.

Tidspunkt

Du kan selv velge hvilke gruppe du ønsker å ta del. Gruppediskusjonene vil bli holdt på:

Språk	Dag	Dato	Klokkeslett	Sted
Kurdisk/Norsk	Lørdag	25.10.2014	kl.12.00 – 13.30	Oslo, Fafo
Arabisk	Søndag	26.10.2014	kl.15.30 - 17.00	Oslo, Fafo

Hva skjer med informasjonen?

Diskusjonen vil bli tatt opp på bånd og slettet når studien avsluttes. Alt skriftlig materiale vil være anonymisert, du vil heller ikke kunne identifiseres i resultatene fra prosjektet når disse publiseres.

Deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan trekke tilbake ditt samtykke til å delta når som helst uten å oppgi noen grunn. Er det noen tema som vi kommer inn på som oppleves vanskelige, kan du selvsagt si ifra under diskusjonen.

Hvis du har lyst til å delta så kan du kontakte oss på et av numrene som står nedenfor. I tillegg kommer vi til å kontakte deg for deltakelse i studien. Prosjektmedarbeideren vil fortelle mer om prosjektet og du kan deretter selv bestemme om du vil delta eller ikke.

Norsk:

Prosjektleder

Marina de Paoli

Telefon: 916 26 463

Epost: mdp@fafomail.no

Arabisk/kurdisk

Prosjektmedarbeider

Dhelal Faraj

Telefon: 984 66 482

Vedlegg 3

Forespørsel om å delta i InnBaKost-prosjektet

Vil du være med på et forskningsprosjekt som ser på kosthold blant barn med innvandringsbakgrunn?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Fafo skal gjennomføre en undersøkelse av kostholdet blant 6 måneder gamle spedbarn med innvandringsbakgrunn. Undersøkelsen gjennomføres i samarbeid med Universitet i Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse og Nasjonalt kompetansesenter for amming. Hovedformålet med undersøkelsen er å øke kunnskapen om kostholdet blant sped- og småbarn med innvandringsbakgrunn og å få et bedre grunnlag for å forebygge kostholdsrelaterte helseproblemer i denne aldersgruppen.

Hvem søker vi?

Vi søker kvinner med barn på 6 måneder som har innvandringsbakgrunn fra Somalia/Irak. Mødrene skal være født i Somalia eller Irak.

Hva innebærer studien?

Dersom du vil delta i studien, ønsker vi å intervju deg en gang om barnets kosthold når barnet ditt er 6 måneder gammelt og vi vil også vite noe om ditt møte med helsestasjonen. Du vil møte en prosjektmedarbeider som vil utføre intervjuet. Du kan velge om du vil bli intervjuet på norsk eller ditt morsmål. Du trenger bare å svare på de spørsmålene du selv er komfortabel med. Samtalen vil vare omtrent en time og du kan selv velge et passende sted og tidspunkt.

Det er ønskelig at barnet deltar videre på oppfølgingsstudiene når barnet er henholdsvis 1 og 2 år gammelt. Du vil få dekket reiseutgifter til og fra intervjuet. Deltar du på alle intervjuene vil du motta et pengehonorar.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuene vil bli tatt opp som lydopptak, men navnet ditt og annen informasjon som gjør at du vil kunne bli gjenkjent vil ikke bli tatt opp. Det er kun prosjektleder og prosjektmedarbeider knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg for å kunne utføre oppfølgingsstudiene. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Lydopptakene og navnelistene vil videre bli slettet når studien avsluttes. All informasjon du gir vil bli behandlet konfidensielt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Marina de Paoli, Fafo, tlf. 22 08 86 52/91 62 64 63. Du kan også skrive en e-post til mdp@fafomail.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.[Kosthold og ernæring blant barn med innvandringsbakgrunn. En kvalitativ studie.– Kapittel A og B - dato]

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Bakgrunnsinformasjon om studien

Barnets kosthold tidlig i livet er av stor betydning for barnets helse og utvikling. I løpet av de to første leveårene vokser barnet og barnets ernæringsbehov forandres raskt. Det er tidligere utført kostholdstudier på barn med norske foreldre for å få kunnskap om kostholdet blant disse barna. Det foreligger imidlertid lite kjennskap til kosthold og ammepraksis blant barn med innvandringsbakgrunn. Tidligere studier som har sett på kosthold og ernæring blant barn med innvandringsbakgrunn har ofte kun fokusert på enkelte næringsstoffer eller ikke vært representative når det kommer til utvalgsstørrelse og populasjonsgrupper. Flere og flere studier dokumenterer hvor stor betydning kostholdet tidlig i livet har for utvikling av overvekt og andre sykdommer senere i livet og viser dermed hvor viktig det er å undersøke kostholdet blant barn. Det er også manglende kunnskap på helsestasjonen om tradisjonell barnemat og barneoppdragelse blant innvandrerbefolkningen hvilket kan svekke rådgivningssituasjonen ved møtet med kvinner av innvandrerbakgrunn på helsestasjonen.

Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt som heter InnBaKost– Kosthold og ernæring blant barn med innvandringsbakgrunn fra Somalia og Irak – En kvalitativ studie. Formålet med InnBaKost-prosjektet er å øke kunnskapen om kosthold og ammepraksis blant barn med innvandringsbakgrunn fra Somalia og Irak. Dette er ønskelig for å kunne utvikle verktøy og strategier for å forbedre ernærings- og helsesituasjonen blant denne målgruppen, og for å kunne ta mer hensyn til eventuelle kulturelle faktorer for å forbedre møtet og rådgivningssituasjonen på helsestasjonen.

Studien gjennomføres som intervju ved bruk av intervjuguide av kvinner med 6 måneder gamle barn med innvandringsbakgrunn fra Somalia og Irak. Barna vil bli fulgt opp når de er 1 og 2 år gamle. Kvinner som er født i Somalia og Irak, og som er innvandret til Norge, vil bli spurt om å delta. Inklusjonskriteriet er at barnet er friskt og ikke har en sykdom/tilstand som krever at barnet går på et spesielt kosthold.

Intervjuene gjennomføres av en prosjektmedarbeider og du kan selv velge om du vil utføre intervjuene på norsk eller ditt morsmål. Samtalene vil vare i ca 1 time hver gang. Dersom du ønsker å delta, vil du få spørsmål knyttet til disse temaene:

- Ammepraksis - Hva slags mat barnet får - Barnets høyde, vekt (på grunnlag av det som er registrert i barnets helsekort) og generelle helsetilstand - Generell bakgrunnsinformasjon som f.eks. morens alder, språk, utdanning, yrke, og høyde og vekt, samt familiesammensetning. - Din opplevelse av møtet og nytteverdien av helsekontroller på helsestasjonen.

Studien innebærer ingen medisinske undersøkelser eller målinger.

Tidsrom

Vi ønsker å gjennomføre første intervju når barnet er 6 måneder gammel og ønsker å starte høsten 2012. Deretter vil du bli kontaktet igjen etter 6 måneder (våren 2013) og det siste intervjuet vil bli gjennomført når barnet er to år (våren 2014), med 2-4 uker mellom første og andre kostintervju.

Mulige fordeler

Dersom du deltar i studien vil du være med på å sette fokus på kosthold og helse blant barn med innvandringsbakgrunn fra Somalia og Irak og hvilke eventuelle tiltak som kan settes i gang for å forbedre helsen deres. Det kan også lede til at samarbeidet med helsestasjonen blir bedre.

[Kosthold og ernæring blant barn med innvandringsbakgrunn. En kvalitativ studie.– Kapittel A og B - dato]

Mulige ulemper

En mulig ulempe med å delta i studien kan være at noen synes det er uvant eller privat å snakke om spørsmål som handler om ammepraksis, mat og helse. De som deltar trenger

imidlertid bare å svare på spørsmål de føler seg komfortable med. Du trenger ikke oppgi grunn for å avstå fra å svare på enkeltspørsmål og det vil ikke få følger videre i prosjektet.

Kompensasjon

Dersom du deltar vil du kunne få dekket reiseutgifter til og fra intervjuene. Deltar du på alle intervjuene vil du motta et pengehonorar.

Annet

Dersom det gjøres endringer i hvordan studien gjennomføres underveis vil de som deltar få beskjed om dette så raskt som mulig. Du vil da kunne vurdere på nytt om du er villig til å delta i studien videre.

Kapittel B – informasjon om personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er alder, familiesammensetning, fødeland, språk, utdanning, yrkesstatus, hvor lenge du har bodd i Norge, høyde og vekt. Det vil være en separat navneliste med kontaktinformasjon for at vi skal kunne oppsøke deg til oppfølgingsstudiene når barnet er 1 og 2 år gammelt. Informasjonen vil bli lagret på Fafo under tilsyn av prosjektlederen. Det blir ikke gjort noen kopling mot andre registre som kan ha opplysninger om deg. Fafo ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig. Informasjonen som registreres i studien skal kun brukes slik det er beskrevet i forhold til hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter opplysninger om den enkelte deltaker sammen. En liste vil koble koden sammen med ditt navn. Denne listen vil oppbevares atskilt fra andre opplysninger i studien. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Denne listen vil slettes når alle intervjuene er ferdige. Ved det første intervjuet vil deltakerne bli spurt om telefonnummer slik at de kan kontaktes før neste intervju. Også listen med telefonnumre vil slettes når alle intervjuene er gjennomført. Lydopptakene vil bli oppbevart til prosjektslutt år 2016.

Det vil ikke være mulig å identifisere den enkelte kvinne når resultatene av studien publiseres. Navn på helsestasjonen kvinner sogner til eller hvor samtalen har blitt gjennomført vil heller ikke komme fram. Alle som vil behandle opplysningene har taushetsplikt.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Annet

Studien er delvis finansiert gjennom forskningsmidler fra Norges Forskningsråd. Fafo er prosjekteier og ansvarlig for oppbevaring og håndtering av data. Det anses ikke som relevant å forsikre deltagerne i prosjektperioden. Resultatene fra studien vil bli publisert. Deltagerne har rett til å få informasjon om hvor resultatene blir presentert og publisert.

[Kosthold og ernæring blant barn med innvandringsbakgrunn. En kvalitativ studie.– Kapittel A og B - dato]

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)
Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Tema til FGD

1. Amming og fullamming

- ✓ Innledning til temaet amming: dere har sikkert mye erfaring med amming nå, vil dere dele disse erfaringene med oss? (*Probe: Ammelengde vs anbefaling på helsestasjon, etc., fullamming*)
- ✓ En av grunnene til at noen av våre informanter har sluttet å amme tidligere enn planlagt er fordi de har hatt for lite melk. Er dette noe du/noen du kjenner har opplevd selv? Hva kan være grunnen til at flere kvinner mener at de «ikke har nok melk»?
- ✓ Hva ligger i ordet/hvordan forstår dere ordet fullamming?

2. Holdninger til brystmelkserstatning og vann

- ✓ Flere av våre informanter forteller at amming i seg selv ikke er nok de første levemånedene. Noen har for eksempel introdusert vann/sukkervann til barna i første levemåned. Hva er årsaken til det? (*Probe: årstider, varme, gass i magen*)
- ✓ Hva er deres erfaring med morsmelkserstatning? (*Probe: 'morsmelkserstatningspress'?*)
- ✓ Hvorfor velger noen kvinner å kombinere brystmelk og morsmelkserstatning?

3. Barnemat

- ✓ Når barnet skal introduseres for mat/fast føde? Hva er det beste å begynne med? (*Probe: erfaring?*)
- ✓ Hva tenker dere om 'barnemat på glass' sammenlignet med hjemmelaget mat?
- ✓ Hvor viktig er det å gi deres barn mat fra deres kultur?
- ✓ Når introduseres fisk, kjøtt, egg og ost? Begrunn.
- ✓ Hva spiser deres barn nå? (*Probe: Sammen med resten av familien, problemer, forstoppelse?*)
- ✓ Hva slags mat foretrekker barnet? (*Probe: Norsk mat vs. pizza, ris, suppe*)
- ✓ Når barn skal introduseres til mer å drikke enn morsmelk, morsmelkserstatning eller vann? (*Probe: Søt saft, brus, juice, kumelk*)
- ✓ Er det noen matvarer/drikkevarer du unngår å gi barnet ditt? Hvorfor? (*Probe: lever, sukker, salt, ferdigmat*)

4. Helse aspekter

- ✓ Hvordan bør et sunt barn bør se ut – ev vise noen bilder for å få et klarer bilde av hvordan de mener et «sunt» barn ser/bør se ut) (*Probe: alder og kroppsideal*)
- ✓ Har dere noen helsebekymringer for deres barn? (*Probe: hvilke? Hva kan man gjøre?*)
- ✓ Hva synes dere om bruk av tran/vit D? Hvor lenge skal det gis til barna?
- ✓ Har dere hørt om begrepet «lørdagsgodt»? (*Probe: Praksis/erfaring*)

5. Beslutninger i familien mht barnemat

- ✓ Hvem i familien bestemmer hva barnet skal spise? (Probe: Menns rolle/bestemors rolle)
- ✓ Hvem sitter med kunnskap som dere lytter til? (Probe: Hvorfor?)

6. Helsestasjon/rådgivning/kommunikasjon

- ✓ Hva syns dere om informasjonen som gis på helsestasjonen? (Probe: kultursensitivitet?)
- ✓ Hvordan formidles rådene (Probe: dialog/liste/cd/film/brosjyrer etc.)?
- ✓ Hva slags råd følges og tas i bruk? (Probe: Vitamin D/ råd om fullamming)
- ✓ Hva styrer deres praksis/villighet? Hva motiverer og hva er til hinder til å følge rådene dere får? (Probe: offentlig amming)
- ✓ Er det spørsmål dere ønsker svar på som dere ikke får fra helsestasjonen?
- ✓ Har dere erfart noen motstridene råd fra helsestasjoner og sosialt nettverk? (Probe: vann, morsmelkerstaning, strategier?)
- ✓ Er den informasjonen dere lyttet til tilfeldig? (Prob: Sosialtnettverk vs. Helsestasjonen, har alder og oppvekst noe å si?)
- ✓ Hva er det helsestasjonene kan bli bedre på? (Probe: løsninger?)
- ✓ Fått tilbud om barselgruppe?

7. «Nyfiken gul» spørsmål

(Kommer helt på slutten etter at fokusgruppene er gjennomført)

Vi har opplevd vansker med å rekruttere kvinner til vårt prosjekt. En av hovedårsakene til at kvinner har sagt nei til deltakelse er frykten for barnevernet. Vi har også hørt historier om tilfeller der kvinner har unngått å dra til kontroll fordi mor har vært usikker på utviklingen til barnet og dermed fryktet at helsestasjonen sender bekymringsmelding til barnevernet i tilfelle det viser seg at barnet for eksempel er over-/undervektig.

- Hva kommer denne frykten av?
- Har du/dere råd/ideer om hvordan mødre kan rekrutteres for å unngå slik frykt/barrierer? Hva er en ideell rekrutteringsmetode/tilnærming?