

Masteroppgave

Samfunnsernæring

Mai 2015

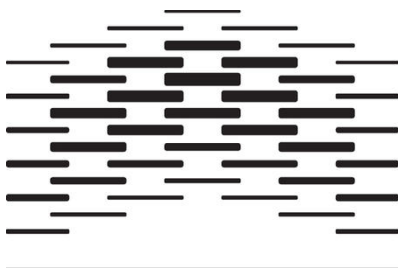
Erfaringer med og holdninger til sped- og småbarnsernæring blant somaliske mødre i Norge

- En kvalitativ studie

Marlén Amundsen

Fakultet for helsefag

Institutt for helse, ernæring og ledelse



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

FORORD

Mine to år på master i samfunnsnærings er forbi. Det kjennes godt endelig å være i mål, men samtidig litt vemodig. Det har vært et intenst år, med mye hardt arbeid. Selv om det har vært tøft til tider har denne reisen gitt meg ekstremt mye, og jeg føler at jeg har vokst som person. Jeg har blitt kjent med utrolig mange herlig mennesker som jeg ønsker å opprettholde kontakten med.

Jeg vil starte med å takke mine veiledere, Laura Terragni og Marina Manuela de Paoli, for gode innspill, støtte og motivasjon. Jeg hadde ikke klart dette uten deres veiledning.

Videre vil jeg takke Fafo for at jeg fikk benytte deres lokaler i min skriveprosess, og ikke minst for den fantastiske maten laget av Fafo sin personlige kokk. Jeg har vært så heldig å få arbeide med to dyktige tolker, som jeg også har fått knyttet et vennskapsbånd til. Tusen takk for hjelp til rekruttering, gjennomføring av fokusgrupper og transkribering, Ayaan og Hawa. Det har vært en fryd å arbeide sammen med dere. Jeg ønsker også å takke de somaliske mødrene som har delt sine erfaringer og tanker med meg dette året. Uten deres oppmøte hadde det ikke blitt noen masteroppgave.

En annen person som har vært en stor støtte for meg i denne skriveperioden, er min kjære medstudent, Nikita Sandberg. Takk for at du er du, og har vært der i oppturer og nedturer. Jeg ønsker å takke deg for at vi kunne benytte oss av hytten din på Bø, som et alternativt arbeidssted. Det ble noen givende og motiverende turer.

Og sist, men ikke minst, vil jeg takke min kjære samboer Kristoffer Næss for støtten og tålmodigheten dette året. Takk for at jeg har fått delt min entusiasme og frustrasjon. Jeg hadde ikke klart det uten din støtte.

Til de somaliske mødre som deltok i min studie ønsker jeg å si:

«Aad baad ku mahadsaantahiin qeyb qaadashada barnaamijkaan»

(«Tusen takk for deres deltakelse i prosjektet»)

Marlén Amundsen

Oslo, mai 2015

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Landsdekkende undersøkelser (Spedkost og Småbarnskost) har studert etnisk norske barn, og i følgende undersøkelser har ikke barn med innvandringsbakgrunn blitt tatt med. For å kunne kartlegge og danne et bedre grunnlag for utvikling av kultursensitive strategier for barn med innvandringsbakgrunn, ble InnBaKost prosjektet startet. InnBaKost studerer somaliske og irakiske sped- og småbarn i alderen seks-, tolv- og 24 måneder med bruken av både kvantitative og kvalitative metoder.

Metode

Denne studien har en kvalitativ forskningsdesign, inspirert av grounded theory, og bruker fokusgrupper for å samle informasjon. Inklusjonskriteriet var at mødrene måtte være født i Somalia, med norskfødte barn i alderen 24 (±åtte) måneder. Deltakerne ble rekruttert fra Oslo-, Akershus- og Buskerud-området. Totalt ble det rekruttert 22 mødre, fordelt på fem fokusgrupper.

Masteroppgaven

Studiens hensikt er: «å utforske somaliske mødres erfaringer med og holdninger til sped- og småbarnsernæring, samt hvilke faktorer som påvirker deres praksis»

Resultater

Blant mødrene var det ulike erfaringer med sped- og småbarnsernæring i Norge. Mødrene hadde en positiv holdning til amming, og ønsket å følge Koranens råd. Mødrene fremsto som helsebevisste, og ønsket å begrense inntaket av matvarer som inneholdt mye sukker, salt og krydder. De foretrakk å lage mat fra bunnen av fremfor å gi industribasert barnemat. Råd om småbarnsernæring fikk de fra sosialt nettverk, familie, helsestasjonen og internett. De erfarte en del motstridende råd, og opplevde dette som forvirrende. Mødrene ga uttrykk for at de trengte mer informasjon om ernæring fra helsestasjonen, samt at de opplevde livet i Norge som stressende til tider.

Konklusjon

Mødrenes holdninger og erfaringer ble påvirket av flere ulike faktorer. De så på helsestasjonen som en pålitelig kilde, men følte at kulturforskjeller kunne påvirke til misforståelser.

Nøkkelord: *Somaliske mødre, Innvandrere, Spedbarnsernæring, Småbarnsernæring, Informasjon, Helsestasjonen, InnBaKost, Fokusgrupper, Kvalitativ, Grounded theory*

SUMMARY

Background

Nationwide surveys (Spedkost- and Småbarnskost-undersøkelsene) have studied ethnic Norwegian children, and children with immigrant background have not been included in these studies. In order to identify and provide a better basis for the development of culturally sensitive strategies for children with immigrant background, the Norwegian project «InnBaKost» started. InnBaKost are studying Somali and Iraqi infant / young children at the aged six-, twelve- and 24 months, with the use of both quantitative and qualitative methods.

Method

The study has a qualitative research design, inspired by Grounded theory, and using focus groups as a collection method. The inclusion criterion was that mothers had to be born in Somalia, with Norwegian-born children aged 24 (\pm eight) months. Participants were recruited from the Oslo-, Akershus- and Buskerud-area. The total recruited mother was 22, spread into five focus groups.

The master thesis

The purpose of the study is: «to explore Somali mothers experiences and attitudes towards infant and young child nutrition, and factors that influence their practice»

Results

The mothers had different experiences with infant and young child nutrition in Norway. The mothers had a positive attitude towards breastfeeding, and wanted to follow the advice in the Quran. The mothers appeared as health conscious and wanted to limit the child's intake of foods containing a lot of sugar, salt and spices. They preferred to cook from scratch rather than give industry based baby food. The mothers received advice from social networks, family, health clinics and the Internet. They experienced some conflicting advice, and found this confusing. The mothers wanted more time and information at the health clinic about nutrition, and experienced life in Norway as stressful at times.

Conclusion

The mothers attitudes and experiences were influenced by several different factors. They looked at the health clinic as a reliable source, but felt that cultural differences could lead to misunderstandings.

Key words: *Somali mothers, Immigrants, Infant feeding, Toddler nutrition, Information, Health clinic, InnBaKost, Focus groups, Qualitative, Grounded theory*

Innholdsfortegnelse

FORORD	ii
SAMMENDRAG	iii
SUMMARY	iv
LISTE OVER FIGURER	vi
LISTE OVER TABELLER	vi
LISTE OVER FORKORTELSER	vi
ORD FORKLARINGER	vii
1.0 INNLEDNING	1
1.1 InnBakost prosjektet	2
1.1.1 Masteroppgavens hensikt og forskningsspørsmål	4
2.0 OPPGAVENS OPPBYGNING	5
3.0 TEORI	6
3.1 Somaliske innvandrere i Norge	6
3.2 Helseutfordringer blant innvandrere etter migrasjon	7
3.3 Amming og matkultur	9
3.4 Helse- og ernæringskommunikasjon	11
3.4.1 Helsestasjonen i Norge	12
4.0 METODE	15
4.1 Kvalitativ forskningsdesign	16
4.1.1 Grounded theory	16
4.2 Rekruttering og deltakere	17
4.3 Datainnsamling	18
4.3.1 Intervjuguide	18
4.3.2 Pilottesting av intervjuguide	19
4.3.3 Fokusgrupper	19
4.4 Analyse av data	20
4.4.1 Transkribering	20
4.4.2 Koding og analyse	21
4.5 Etske hensyn	24
5.0 RESULTATER	26
5.1 Deltakernes bakgrunnsinformasjon	26
5.2 Studiens funn	28
5.2.1 Spedbarns ernæring	28
5.2.2 Småbarns ernæring	39
5.2.3 Mødrenes møte med helsestasjonen i Norge	45
6.0 DISKUSJON	50
6.1 Metodediskusjon	50
6.1.1 Utvalg og rekruttering	50
6.1.2 Fokusgrupper og studiens deltakere	52
6.1.3 Bruken av tolk	54
6.1.4 Bruken av båndopptaker	56
6.1.5 Transkribering og kodingsprosessen	56
6.1.6 Forforståelsen	58
6.1.7 Overførbarhet	59
6.2 Resultatdiskusjon	59

6.2.1 Oppsummering av studiens hovedfunn.....	60
6.2.2 Diskusjon av resultatene.....	61
7.0 KONKLUSJON	71
REFERANSER.....	72
Vedlegg.....	81

LISTE OVER FIGURER

Figur 1: Oversikt over InnBaKost prosjektet	3
Figur 2: Eksempel på et utkast fra et transkribert materiale av en fokusgruppe.....	21
Figur 3: Eksempel på åpen koding av et utkast fra et transkribert materiell.....	22
Figur 4: Eksempel på bruken av Memo med beskrivelse av koden «barnemat_råd».....	22
Figur 5: Oversikt over de ulike kategoriene med eksempel på enkelte koder	23
Figur 6: Eksempel på hvordan studenten sorterte de ulike funnene. I denne figuren er det en oversikt over de ulike faktoren som kunne ha en påvirkning på mødrenes praksis til sped- og småbarnsernæring.	24

LISTE OVER TABELLER

Tabell 1: Deltakernes bakgrunnsinformasjon	27
--	----

LISTE OVER FORKORTELSER

FAFO: En forskningsstiftelse for anvendt samfunnsvitenskapelig forskning, nasjonalt og internasjonalt

FAO: Food and agriculture organization of the united nations

FG: Fokusgruppe

FSAU: Food security analysis unit Somalia

HIOA: Høyskolen i Oslo og Akershus

INNBAKOST: Innvandrerbarns kosthold i Norge

NNR: Nordic Nutrition Recommendations (De nordiske anbefalingene)

RDS: Respondent drive sampling

REK: Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

SSB: Statistisk sentralbyrå

UNICEF: United Nations Children's Fund

WHO: WorldHealthOrganization(Verdenshelseorganisasjon)

ORD FORKLARINGER

Anjera (canjeero): Pannekaker laget på den somaliske tradisjonen

Fullamming (exclusive breastfeeding): Kun morsmelk fra fødsel til seks måneders alder, ikke noe tillegg av annen mat og drikke

Halal: Mat som er lovlig

Haram: Mat som er forbudt

Helsinkideklarasjonen: Inneholder retningslinjer for forskning på mennesker

Id: Muslimenes feiring av den avsluttet fastemåned Ramadan

Innvandrere: Er personer som er bosatt i Norge, men som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre

Kosthold akkulturasjon (dietary acculturation): Endring av matvaner som konsekvens av migrasjon

Kultursensitivitet (culture sensitivity): Tar hensyn til kulturelle forskjeller

Literacy: Fellesbetegnelse på lese- og skriveferdigheter

Moderator: Styrer fokusgruppen med hjelp av en intervjuguide

Multi-recruitment strategy: Flere ulike rekrutteringsmetoder

Norskfødt med innvandrere foreldre: Personer født i Norge av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre

Observatør: Observerer situasjonen i fokusgruppen

Respondent drive sampling: Mødrene som deltar i studien får en pengesum for å rekruttere flere deltakere

Semi-strukturert intervjuguide: Intervjuguiden består av planlagte temaer med forslag til spørsmål og tilleggsspørsmål

Snowball sampling: Rekruttering via bekjente

Sorghum: En afrikansk kornsort

Sunniislam: En av de to hovedgruppene i den muslimske troen

1.0 INNLEDNING

Gode kostholdsvaner blir grunnlagt i de første leveårene. Tilstrekkelig med næring styrker immunforsvaret og er viktig for den fysiske utviklingen, og mentale helseutviklingen til barnet. Barn i toårsalderen er i en utviklingsfase og har små mager som skal mettes, derfor er det behov for hyppige og næringsrike måltider (Helsedirektoratet, 2012). De norske kostholdsradene er basert på de nordiske anbefalingene (NNR)¹, og har egne anbefalinger for barn fra to til femårsalder (*vedlegg 1*) (Helsedirektoratet, 2014).

Verdenshelseorganisasjon (WHO)² anbefaler fullamming fra fødsel til seks måneders alder (WHO & UNICEF, 2003). Fullamming innebærer at spedbarnet kun inntar brystmelk og ikke noen annen form for mat eller drikke, heller ikke gi vann (WHO, 2008). Etter seks måneder anbefales det at barnet skal ammes i tillegg til fast føde opp til toårsalder (WHO & UNICEF, 2003). Brystmelk beskytter spedbarnet mot utvikling av kroniske sykdommer og infeksjoner senere i livet, og har også en positiv effekt på mors helse, ved å redusere forekomsten av for eksempel livmorhalskreft og brystkreft (Helsedirektoratet, 2013). Kvinner som opplever å produsere for lite brystmelk i henhold til spedbarnets behov, anbefales å gi morsmelkerstatning i tillegg til morsmelk frem til ettårs alderen. Introduksjonen av fast føde bør skje gradvis fra seks måneders alder, med smaksprøver fra fire måneder (Hay et al., 2001). Det er anbefalt at alle spedbarn får daglig tilskudd av vitamin D i tillegg til brystmelk. Tilskuddet kan tas som tran eller vitamin D-dråper, og anbefalingen gjelder fra barnet er fire uker (Hay et al., 2001). Det er viktig gradvis å introdusere spedbarnet for gluten, med å gi dem smaksprøver av forskjellige kornsorter. De ulike kornsortene inneholder også mineralet jern, som er viktig å introdusere i det første og andre leveåret til barnet. Matvarer som inneholder kumelk bør ikke introduseres til spedbarnet før timåneders alder (Hay et al., 2001).

Kostholdet til barn med etnisk norske foreldre har tidligere blitt kartlagt ved seks, tolv og 24 måneders alder, i Spedkost- og Småbarnskost-undersøkelsen (Kristiansen & Andersen, 2009; Øverby, Kristiansen & Andersen, 2009; Øverby, Kristiansen & Frost, 2008). Spedkost undersøkte spedbarn i alderen seks måneder og tolv måneder, og ble sist gjennomført i 2006–2007 (Øverby et al., 2009; Øverby et al., 2008). Småbarnskost undersøkte barn i alderen 24 måneder, og ble sist gjennomført i 2007 (Kristiansen & Andersen, 2009). I Småbarnskost undersøkelsen kom det fram at inntaket av sukker og kumelk hadde gått ned fra 1999 til 2007, mens inntak av frukt, potet, grønnsaker og bær hadde økt (Kristiansen & Andersen, 2009). I

¹ Nordic Nutrition Recommendations [NNR]

² World Health Organization [WHO]

disse undersøkelsene har barn med innvandringsbakgrunn blitt ekskludert. Det har ikke blitt gjennomført lignende studie som spedkost og småbarnskost på innvandrerbarn tidligere i Norge, noe som innebærer at vi har lite kunnskap om deres kosthold og helse (Fafø, udatert). Til tross for at Norge er et lite land, er Norge det landet med raskest befolkningsvekst i Europa (Andreassen, Dzamarija & Slaastad, 2013). Dette hovedsakelig på grunn av innvandring. De innvandrerne som er bosatt i Norge har en bakgrunn fra 222 land (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2015a).

De få studiene i Norge som har undersøkt innvandrerbarns kosthold, har vært mer spesifikt rettet mot mikronæringsstoffer som vitamin D (Eggemoen, Knutsen, Dalen & Jenum, 2013; Madar, Stenea & Meyer, 2009) og jernstatus (Madar, 1997; Wandel, Fagerli, Olsen, Borch-Iohnsen & Ek, 1996). I både Eggemoen et al. (2013) og Madar et al. (2009) sine studier kom det frem at innvandrerbarn i Norge har en lavere vitamin D-status enn anbefalingen. Jernstatusen til innvandrerbarn i Norge lå også under anbefalingen (Madar, 1997; Wandel et al., 1996). Tannhelsen til innvandrerbarn i Norge har også tidligere blitt studert (Brobakken, Helgesen & Skaare, 2003; Gimmestad, Holst & Grytten, 2006; Skeie, Espelid, Skaare & Gimmestad, 2005; Skeie, Riordan, Klock & Espelid, 2006; Wigen & Wang, 2010). I både Brobakken et al. (2003) og Gimmestad et al. (2006) sine studier, ble tannhelsen til innvandrerbarn i alderen tre år studert og sammenlignet med etnisk norske. I begge undersøkelsene kom det frem at barn med innvandringsbakgrunn hadde dårligere tannhelse, med mer karies enn barn med etnisk norsk bakgrunn. Disse studiene viser at det er et økende behov for mer kunnskap for å kunne nå ulike grupper i samfunnet.

1.1 InnBaKost prosjektet

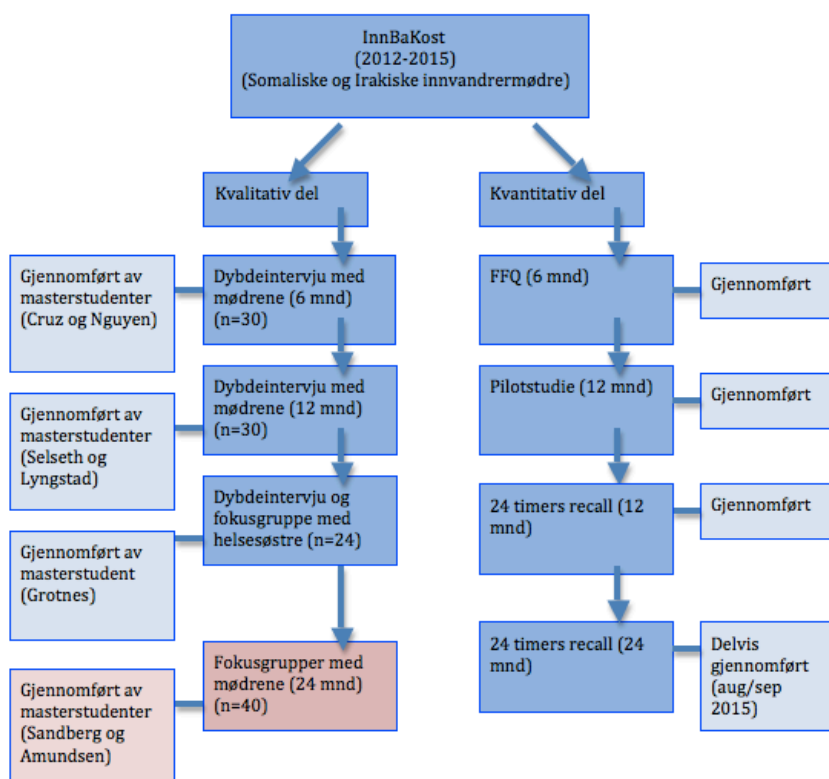
InnBaKost står for «Innvandrerbarns kosthold», og er et prosjekt som ønsker å undersøke ernæring og helse blant barn med innvandringsbakgrunn. Prosjektet hadde oppstart i april 2012, med en prosjektavslutning i mai 2015. Prosjektet er inndelt i en kvalitativ og kvantitativ del (*figur 1*). Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråds Folkehelseprogram. Målet er å kunne kartlegge innvandrerbarns kosthold i Norge. Videre kan informasjonen fra InnBaKost brukes til å utvikle kultursensitive strategier i håp om å forbedre deres ernæring og helse. Disse strategiene kan være med på å forebygge fremtidige helseplager (Fafø, udatert)

Det er kvinner fra Somalia og Irak med barn i alderen seks-, tolv- og 24 måneder som har blitt studert. Studiens inklusjonskriterium er at mødrene må være fra Somalia eller Irak med norskfødte barn. Barn med sykdom, eller form for lidelse som medfører at barnet ikke kan følge et normalt kosthold, har blitt ekskludert fra studien (Fafø, udatert). Mødre fra

Somalia og Irak ble valgt fordi de er de to ikke-vestlige innvandringsgruppene som har høyest antall fødsler i Norge (Fafo, undated; Foss, 2006).

Seks- og tolv måneders studiene er ferdig gjennomført av tidligere fire masterstudenter fra Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) (Lyngstad, 2014; Selseth, 2014) og Universitetet i Oslo (Cruz, 2013; Nguyen, 2013). I seks måneders studien var hovedfokuset på amming, ammepraksis og introduksjon av fast føde. I den andre delen av studien ble spedbarn i alderen tolv (\pm to) måneder studert med hovedfokus på praksis rundt spedbarnsernæring, råd relatert til spedbarnsernæring og mødrenes opplevelse av helsestasjonen. De fire studentene brukte dybdeintervjuer som kvalitativ metode (Cruz, 2013; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Selseth, 2014). I den kvantitative delen av InnBaKost er det skrevet to artikler: En artikkel om pilotstudien (Grewal, Mosdøl, Aunan, Monsen & Torheim, 2014), mens den andre artikkelen om mødrenes ammepraksis ved seks måneder er under arbeid og foreløpig upublisert (Grewal, Andersen, Sellen, Mosdøl & Torheim, under utgivelse).

I tillegg har det også blitt gjennomført dybdeintervjuer og fokusgrupper med 24 helsesøstre, fra ni ulike helsestasjoner (Grotnes, upublisert masteroppgave). Denne studien har blitt gjennomført av en masterstudent fra Universitetet i Oslo.



Figur 1: Oversikt over InnBaKost prosjektet

1.1.1 Masteroppgavens hensikt og forskningsspørsmål

Masteroppgaven er den tredje og avsluttende studien på den kvalitative delen til InnBaKost prosjektet. Studenten (Amundsen) studerer de somaliske mødrene om deres småbarn i alderen 24 (±åtte) måneder.

Masteroppgavens hensikt er: Å undersøke somaliske mødres erfaringer med og holdninger til sped- og småbarnsernæring, samt hvilke faktorer som påvirker deres praksis.

Tre forskningsspørsmål har blitt formulert:

- 1. Hva mener mødrene om amming, og hvilke erfaringer har de med sin ammepraksis i Norge?*
- 2. Hvilke holdninger og praksis har de i henhold til sped- og småbarnsernæring?*
- 3. Hvordan opplever mødrene møtet med helsestasjonen?*

For å besvare problemstillingen med de tre ulike forskningsspørsmålene ble det gjennomført fem fokusgrupper med totalt 21 somaliske mødre, med to deltaker på det minste og syv deltakere på det meste. Hensikten var å ha seks fokusgrupper, men til dette møtet kom det kun én mor, og det ble gjennomført ett dybdeintervju istedenfor.

2.0 OPPGAVENS OPPBYGNING

Masteroppgaven er skrevet i formen monografi. Studenten skrev oppgaven i perioden august 2014 til mai 2015. Masteroppgaven er bygget opp av seks hovedkapitler. Kapittel én inneholder en nærmere forklaring av InnBaKost prosjektet, og studiens hensikt med tre forskningsspørsmål. I det andre kapitlet presenteres den somaliske kulturen og somaliske innvandrere i Norge. Videre vil helseutfordringer etter migrasjon og helse- og ernæringskommunikasjon fremstilles.

Metodekapitlet handler om den metodiske tilnærmingen hvor data innsamlingen og dataanalysen vil bli presentert. I det fjerde kapitlet vil studiens resultater presenteres. Funnene illustreres med eksempler av oversatte sitater fra mødrene i studien. I dette kapitlet er det lagt vekt på utvalgte holdninger og erfaringer. I diskusjonskapitlet vil først den metodiske tilnærmingen diskuteres opp mot både fordeler og ulemper, mens i den andre delen av diskusjonskapitlet vil studiens hovedfunn diskuteres og sammenlignes med tidligere litteratur. Det sjette og avsluttende kapitlet er konklusjon. I dette kapitlet vil studiens hovedfunn presenteres, med en vurdering av behovet for fremtidig forskning.

3.0 TEORI

3.1 Somaliske innvandrere i Norge

SSB definerer *innvandrere* som: «Er personer som er bosatt i Norge, men som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre» (Andreassen et al., 2013).

Siste kartlegging fra SSB (2015a) viste at det var 669 400 innvandrere i Norge etter siste årsskifte, hvorav 135 600 var norskfødte med innvandrerforeldre fra Norge. På landsbasis utgjør dette 15,6 % av Norges befolkning (SSB, 2015a). Ifølge SSB (2014a) kom 43 % av ikke-nordiske statsborgere til Norge i 2013 for å søke arbeid, en tredjedel kom på grunn av familiegjenforening, mens elleve prosent kom som flyktninger (SSB, 2014a).

Somaliske innvandrere i Norge er den fjerde største innvandringsgruppen per dags dato (SSB, 2015b). Ifølge Fangen (2008) kommer de fleste somaliere til Norge som flyktninger. Flyktninger fra Somalia og Eritrea er de to største flyktninggruppene (SSB, 2014a). De første somaliske flyktningene begynte å komme til Norge på midten av 1980-tallet. Fra 1999 og utover har det kommet mellom 1000–2000 somaliske flyktninger til Norge hvert år (Henriksen, 2010). Borgerkrigen i Somalia begynte i nord (Somaliland) på slutten av 80-tallet og spredde seg videre til sør på starten av 90-tallet, og somaliere ble tvunget til å flytte på grunn av konflikten i hjemlandet (Fangen, 2008). Somalia er fortsatt den dag i dag en nasjon uten sentrale myndigheter. Dette har ført til store utfordringer for det somaliske folket, og mange har mistet muligheten til å skaffe seg en utdanning i hjemlandet. De mest utsatte for å miste denne muligheten til utdanning var jenter i skolealderen når krigen brøt ut (Fangen, 2008; Haakonsen, 2005). Det engelske begrepet «literacy» er en fellesbetegnelse på lese- og skriveferdigheter (Nutbean, Harries & Wise, 2010). Lese- og skriveferdighetene i Somalia er lav, med totalt 19 % av befolkningen som kan lese og skrive (Food and agriculture organization of the united nations [FAO], 2005).

Tall fra i år viser til at det er rundt 37 000 somaliere bosatt i Norge, hvor 10 300 er norskfødte med innvandrerforeldre (SSB, 2015a, 2015b). Halvparten av somalierne er bosatt i Oslo- og Akershus- områder, resten av innvandringsgruppen er bosatt i andre fylker i Norge som for eksempel Buskerud, Østfold og Hedmark (Henriksen, 2007). Ifølge Henriksen (2010) er somaliere den innvandringsgruppen i Norge som har kortest botid. I 2009 hadde 23 % av somaliere en botid på to år eller mindre (Henriksen, 2010). Flertallet av somaliere som er bosatt i Norge er unge, hele 83 % av førstegangsinnevandrerne er under 40 år, og 30 % under 20 år (Henriksen, 2007). Somaliere er også blant den ikke-vestlige innvandringsgruppen med

høyest antall fødsler i Norge (Foss, 2006). Gjennomsnittlig antall barn per somalisk kvinne ligger på 3,7, og sammenlignet med 2,0 for den etnisk norske kvinnen, er det betydelig høyere (Henriksen, 2007). De fleste somalierne som bor i Norge lever under trange kår, ofte med flere generasjoner boende i samme hjem (Henriksen, 2010).

Det er lite informasjon om utdanningsnivået til somaliere. Det vi vet er at det er få som har en høyere utdanning enn videregående skole (Henriksen, 2007). Det er hovedsakelig de somaliske kvinnene som kommer til Norge som har et gjennomsnittlig lavere utdanningsnivå enn de somaliske mennene. Flertallet av disse kvinnene mangler også yrkeserfaring (Henriksen, 2010). Tall fra SSB i perioden 2011–2012 viser at syv av ti barn med somalisk bakgrunn tilhører en familie med vedvarende lavinntekt (Epland & Kirkeberg, 2014). I Somalia er det vanlig å oppdra barnet i fellesskapet med en storfamilie og et stort nabolag. Integrering i Europa er ikke like enkelt for alle, og flere har ikke venner og familie til stede (Moen & Ahmed, 2005). Tidligere studier av somaliere bosatt i vesten, viser at de definerer sin tilværelse som stressfullt, på grunn av blant annet savnet etter deres egen familie som fortsatt er bosatt i hjemlandet (Pavlish, Noor & Brandt, 2010; Persson, Mahmud, Hansson & Strandberg, 2014).

Å immigrere til et nytt land kan være problematisk, særlig for innvandringsgrupper som kommer fra lavinntektsland. Tilpasningen til en ny kultur med andre råd og matvarer, kan være omfattende for enkelte individer og fører ofte med seg ulike helseutfordringer (Satia-Abouta, 2003).

3.2 Helseutfordringer blant innvandrere etter migrasjon

Kumar beskriver begrepet *migrasjon* på følgende måte: «En hvilken som helst forflytning av mennesker fra et sted til et annet, ofte over lange avstander og i store grupper» (Kumar, 2010, s. 28). Forflytning fra ikke-vestlige land til vestlige og urbaniserte områder kan føre til ugunstige endringer, en økning i kroppsvekten kan være et eksempel på et resultat av en livsstilsendring (Kumar, 2010; Satia-Abouta, 2003).

Tidligere forskning tyder på at innvandrere som har bosatt seg i vesten har en høyere utvikling av overvekt og karies enn majoritetsgruppen i populasjonen (Gimmestad et al., 2006; Kirchengast & Schober, 2006; Skeie et al., 2005; Skeie et al., 2006; Wigen & Wang, 2010). Tall fra 2005–2006 i Norge viser at én av tre innvandrere svarte at de aldri mosjonerte i løpet av en uke. Regelmessig mosjon er gunstig mot forebygging av livsstilssykdommer, som for eksempel diabetes og kardiovaskulære sykdommer (Blom, 2008). I tilpassingsfasen er det ikke uvanlig at innvandrere som flytter til vestlige områder opplever en forandring i

deres matvaremønster. En av årsakene til denne endringen kan være at det er problematisk å lage tradisjonell mat, ofte fordi tilgjengeligheten på råvarene er annerledes og problematisk å få tak i (Fagerli, Lien & Wandel, 2005; Lawrence et al., 2007; McEwen, Straus & Croker, 2009; Satia-Abouta, 2003; Terragni, Garnweidner, Pettersen & Mosdøl, 2014). Energirike varer som for eksempel sukker har blitt beskrevet av pakistanere bosatt i Norge, som både billigere og lettere tilgjengelig enn hjemlandet, noe som også kan være en avgjørende faktor for endring i matvaremønster etter migrasjon (Mellin-Olsen & Wandel, 2005).

Tidligere forskning har vist at det ofte oppstår et høyere inntak av energirike matvarer, lavere grønnsaksinntak og mindre fysisk aktivitet ved migrasjon (Gele & Mbalilaki, 2013; Kjøllesdal, Hjellset, Bjørge, Holmboe-Ottesen & Wandel, 2010; McEwen et al., 2009; Mellin-Olsen & Wandel, 2005; Persson et al., 2014). Somaliere som har bosatt seg i vesten synes det er vanskelig å finne basisvarer som de er vant til å bruke daglig i Somalia (Debebe, 2012; Jonsson, Hallberg & Gustafsson, 2002; Persson et al., 2014; Terragni et al., 2014). Tidligere funn fra InnBaKost indikerer at flertallet av mødrene foretrakk å lage mat fra bunnen av til deres barn fremfor industribasert barnemat. Dette følte tryggere for mødrene på grunn av deres religion om halal mat, og maten ble definerte som «fersk» (Grewal et al., 2014; Selseth, 2014).

Et begrep som ofte blir brukt er *kosthold akkulturasjon*³, Satia-Abouta har beskrevet begrepet på følgende måte: «prosessen som oppstår når personer av en migrerende gruppe adopterer matvaner / matvarevalg fra det nye miljø» (Satia-Abouta, 2003, s. 74). Et eksempel på dette kan være at en innvandrer fra ikke-vestlige land flytter til vesten og øker sitt inntak av vestlige matvarer som for eksempel raffinerte og fete produkter (Garnweidner, Terragni, Pettersen & Mosdøl, 2012; Haq, 2003; Lawrence et al., 2007; Satia-Abouta, 2003). Kostholds akkulturasjonen kan påvirkes av flere ulike faktorer som blant annet språk, inntekt, kulturelle faktorer, tilgjengelighet og kunnskap (Satia-Abouta, 2003). Somaliere som er bosatt i vesten har endret sitt kosthold, de spiser mer matvarer som inneholder et høyt inntak av mettet fett, raffinerte karbohydrater og sukker. Det er også et høyt inntak av sukkerholdig drikke, som juice og søt te (Debebe, 2012; McEwen et al., 2009; Persson et al., 2014). Tidligere studier tyder på at det fysiske aktivitetsmønsteret er lavere hos somaliere enn resten av populasjonen i enkelte vestlige områder (Debebe, 2012; Gele & Mbalilaki, 2013). I Somalia er den fysiske aktiviteten inkorporert med de dagligdagse aktivitetene, og det er ikke vanlig å gjøre

³ Studenten har oversatt Satia-Abouta sin engelske definisjon på *dietary acculturation*. På engelsk beskrives definisjonen på følgende måte: «the process that occurs when members of a migrating group adopt the eating patterns/food choices of their new environment» (Satia-Abouta, 2003, s. 74).

aktiviteter som f. Eks jogging, som er normalt å gjennomføre i vestlige land (Persson et al., 2014).

Mangel på vitamin D og kalsium er vanlig blant ikke-vestlige innvandrere i Europa. Mangelen kan skyldes lav eksponering av sollys og mangel på inntak av matvarer som er rike på vitamin D og kalsium (Islam et al., 2012; Maxwell, Salah & Bunn, 2006). En tidligere studie i Norge har identifisert vitamin D mangel blant somaliske mødre og deres spedbarn på seks uker. De mest utsatte for vitamin D mangel var spedbarna som ble ammet, og ikke fikk tilskudd av tran eller vitamin D-dråper (Madar et al., 2009). Ifølge Brundvand og Brunvatne (2001), var innvandrerbarn fra Somalia blant de som oftest ble behandlet mot rakitt. Alvorlig jernmangel er også en sykdom som ofte oppstår hos innvandringsbarn (Madar, 1997; Wandel et al., 1996). En eldre studie fra 1996 viste at tyrkiske spedbarn hadde lavere jernlagre enn etnisk norske spedbarn i Norge. Årsaken til denne forskjellen kan være blant annet tidlig introduksjon av matvarer rike på energi, som kjeks og andre sukkerholdige matvarer, som igjen kan hemme opptaket av jern (Wandel et al., 1996). Som tidligere nevnt hadde småbarn med innvandrerbakgrunn ifølge Gimmetstad et al. (2006) et gjennomsnittlig høyere kariesinnhold enn etnisk norske småbarn. Den høye forekomsten av karies kan skyldes det høye sukkerinntaket, da det er vanlig i den somaliske kulturen at barn inntar daglig søt te og juice (Debebe, 2012). Forekomsten av anemi og diabetes var også andre ernæringsrelaterte sykdommer som ofte forekom blant somaliske pasienter bosatt i Seattle (Haq, 2003).

Det er ikke blitt gjennomført fokusgrupper tidligere på innvandrermodre i Norge, i henhold til deres matvaner for småbarn. Lignende studier har blitt gjennomført i både USA og andre land i Europa (Jonsson et al., 2002; McEwen et al., 2009; Nielsen, Krasnik & Holm, 2013; Steinman et al., 2010; Taxtor, Tiedje & Yawn, 2013).

3.3 Amming og matkultur

De fleste somaliere bosatt i Norge er sunni muslimer, religionen spesifiserer hva slags mat som er lovlig (*halal*) og hva slags mat som er forbudt (*haram*) (Debebe, 2012; Haakonsen, 2005). Det kjøttet som ofte brukes i den muslimske religionen er kamel, okse, geit, lam og kylling. All type kjøtt eller produkt fra gris er forbudt å spise (Debebe, 2012). For at maten skal være halal må dyret slaktes på en rituell måte. Det innebærer blant annet å nevne navnet «Allah» før slakteprosessen begynner (Haq, 2003).

Tradisjonell somalisk mat består ofte av sorghum, mais, ris, pasta, bønner og melk. En av de vanligste rettene er *canjeero* (anjera), som kan sammenlignes med en pannekake i Norge. Det er normalt å bruke både sukker og olje i matlagingen. Te er vanlig å drikke i den

somaliske kulturen (FAO, 2005). Spinat, potet, gulrot, kål, løk og squash er grønnsaker som ofte brukes i matlagingen. Frukt som er vanlig å spise er banan, guava, appelsin og melon (Debebe, 2012). Den somaliske kulturen innebærer at familien ofte spiser sammen, hvor det er vanlig med tre måltider i løpet av en dag. Måltidene består av to lette måltider og ett hovedmåltid (Debebe, 2012).

Mødrene i den somaliske kulturen har en viktig rolle i hjemmet, som innebærer å være hjemmeværende og stelle med barn, matlaging og husarbeid (Jonsson et al., 2002). Kvinnene oppnår en høyere status i kulturen når de gifter seg og får barn (Debebe, 2012). Mangel på kunnskap og informasjon har blitt sett på som et økende problem for innvandrere som flytter fra ikke-vestlige land til vesten, blant annet når de skal følge råd og velge mat til seg selv og sin familie (Fagerli, Lien & Wandel, 2005; McEwen et al., 2009). En studie av somaliere som var bosatt i Storbritannia viste at somaliere hadde et lavere frukt- og grøntinntak enn resten av Storbritannia sin befolkning (McEwen et al., 2009).

Tidligere forskning på somaliere og andre ikke-vestlige innvandrere, tyder på at mødrene ønsker å amme sine barn så lenge som mulig, men føler de ikke produserer tilstrekkelig med melk i lengden (Marshall, Godfrey & Renfrew, 2007; Steinman et al., 2010; Taxtor et al., 2013). I Koranen står det skrevet at det er anbefalt å amme sitt barn opp til toårsalder (Haq, 2003). Ifølge somalisk tro er den første melken (kolostrum) ikke egnet for spedbarn, og kan gjøre barnet sykt. På grunnlag av dette er det mødre som kan vente opptil flere dager med å amme sine barn etter fødsel (Debebe, 2012; Steinman et al., 2010; Taxtor et al., 2013). En tidligere studie fra USA har identifisert at somaliske spedbarn ble introdusert til fast føde før seks måneders alder, en årsak til dette var enkelte mødres bekymring for ikke å produsere tilstrekkelig med morsmelk (Steinman et al., 2010).

Ved seks måneders studien til InnBaKost (kvalitativ) kom det frem at de somaliske mødrene følte at de hadde for lite melk i brystene, og at de ofte opplevde problemer med å amme (Nguyen, 2013). Ingen av de 15 somaliske mødrene som deltok i denne delstudien fullammet i seks måneder. De tidligere studiene til InnBaKost (Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013) og en annen studie gjennomført i USA (Steinman et al., 2010) indikerte at somaliske mødre følte at de ikke produserte nok melk i brystene. Dette resulterte i at de introduserte morsmelkerstatning i tillegg til brystmelken. For å stimulere melkeproduksjonen økte de væskeinntaket i form av for eksempel søt te med melk, som de mente førte til store bryster som kan tyde på høy melkeproduksjon (Haq, 2003; Steinman et al., 2010). Introduksjon av vann i tillegg til morsmelken i fullammingsperioden har vist seg å være vanlig hos somaliske mødre i Norge. Mødrene introduserer vann tidlig for å senke tørsten til spedbarnet, noe som

de mener at morsmelken ikke gjør (Cruz, Nguyen, Wandel & Paoli, under utgivelse; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013).

Somaliske kvinner i USA uttalte at «lubne barn er sunne barn», og derfor ga flere mødre morsmelkerstatning i tillegg eller istedenfor brystmelk til sine barn (Steinman et al., 2010; Taxtor et al., 2013). Lubbenhet og/eller overvekt blant barn sees på i Somalia som et symbol på god helse, lykke og suksess, og ikke som en sykdom (Gele & Mbalilaki, 2013; Haq, 2003; Tiedje et al., 2014).

3.4 Helse- og ernæringskommunikasjon

I avhandlingen vil begreper *kultursensitivitet* beskrives nærmere. Resnicow, Baranowski, Ahluwalia & Braithwaite (1999) definerer kultursensitivitet på en detaljert og oversiktlig måte. Sitatet er hovedsakelig på engelsk, men i denne sammenheng oversatt til norsk: «I hvilken grad etniske / kulturelle kjennetegn, erfaringer, normer, verdier, atferdsmønstre og oppfatninger av en målgruppe samt relevante historiske, miljømessige og sosiale krefter er innlemmet i design, levering og evaluering av målrettede helsefremmende materialer og programmer» (Resnicow et al., 1999, s. 11).⁴

For å kunne utvikle kultursensitive strategier er det nødvendig å arbeide i ulike arenaer i samfunnet, og helsepersonell må øke sine forståelser for ulike kulturer (Kumar, 2010). Mye av informasjonen som gis på helsestasjonen presenteres i skriftlig form, og mange innvandrere i Norge kan ikke godt norsk (Kumar, 2010). Helsedirektoratet har for eksempel oversatt noen av sine brosjyrer til 17 forskjellige språk, slik at helseinformasjonen vi gir i Norge skal kunne formidles til de som ikke kan det norske språket også (Helsedirektoratet, 2009b). Oversettelse av tekster til annet morsmål kan gå imot sin hensikt, fordi begreper som oversettes ikke alltid har den samme betydningen på et annet språk. Følgende kan føre til misforståelser av tekstens betydning, og er et godt eksempel på at rådene vi gir i Norge er rettet mot den etnisk norske befolkningen (Kumar, 2010).

For å prøve å imøtekomme disse utfordringene har Helse- og omsorgsdepartementet (2013) iverksatt en nasjonal strategi for innvandrers helse, fra 2013–2017. I denne strategien beskrives de ulike utfordringene som kan oppstå i møtet med ulike innvandringsgrupper, og tiltak som har blitt iverksatt eller skal iverksettes for å imøtekomme disse utfordringene.

⁴ Begrepet er oversatt fra engelsk til norsk av studenten (*cultural sensitivity*), og defineres på følgende måte: «The extent to which ethnic/cultural characteristics, experiences, norms, values, behavioral patterns and beliefs of a target population as well as relevant historical, environmental, and social forces are incorporated in the design, delivery, and evaluation of targeted health promotion materials and programs» (Resnicow et al, 1999, s. 11).

Videre står det skrevet om både kulturelle og språklige utfordringer som kan oppstå. Det står blant annet at det er behov for flere kvalifiserte tolker for å unngå mangelfull kommunikasjon på for eksempel helsestasjonen. God kommunikasjon og tillit kan være avgjørende for både pasient og helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det er satt i gang et tiltak av Oslo universitetssykehus og Oslo kommune som heter «Voiceofoslo.com», som har egne radiosendinger om helse annenhver uke på somali, urdu og arabisk. Sendingene har som hensikt å bedre helseinformasjonen til enkelte innvandringsgrupper i Norge. Sendingene er planlagt i forkant av ulike helsepersonell. Lyttere ringer inn selv og stiller spørsmål på sitt morsmål innenfor kosthold og helse. Effekten på disse tiltakene er uvisst per dags dato (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I Grotnes (upublisert masteroppgave) sin studie av helsesøstre og deres møte med innvandrer mødre i Norge forteller helsesøstrene at på helsestasjonen forholder man seg til retningslinjene fra Helsedirektoratet. Helsesøstrene opplever at kvinnene ofte misforstår rådene. Råd som ofte ble misforstått var begreper som for eksempel fullamming. Forståelse av varedeklarasjonen på enkelte matvarer i butikken kan være en utfordring blant muslimske innvandrere i Norge (Mellin-Olsen & Wandel, 2005). Flere har uttalt sin bekymring om at enkelte varer inneholder gelatin, med tanke på at halal mat er viktig i deres religion. Det skaper en usikkerhet og de blir bekymret for om maten er definert som «trygg» å spise (Garnweidner et al., 2012; Madar, 1997; Selseth, 2014; Terragni et al., 2014).

Kultursensitiv ernæringskommunikasjon kan være vanskelig for helsepersonell å formidle i praksis, fordi rådene innenfor ernæring kan framstilles som for spesifikke, med fokus på den etniske norske populasjonen. Råd om spesifikke matvaregrupper kan variere fra ulike kulturer, og må tilpasses hver enkelt matkultur (Danielsen, Engebretsen & Finnvoll, 2011; Garnweidner, 2013). Følgende har også blitt sett på som en utfordring i andre land enn Norge. I en studie av somaliske mødre bosatt i USA, beskrev de at det amerikanske helsevesenet var komplisert å forstå. Kvinnene syntes også at det var vanskelig å forstå det som ble formidlet (Pavlish et al., 2010). Ifølge Kjøllesdal et al. (2011) kan det være gunstig at helsepersonell formidler rådene slik at de er i tråd med individets tradisjonelle matvarekultur. Det kan være nødvendig å ta hensyn til at innvandreres matvarevalg kan være preget av både tradisjonell mat fra hjemlandet og mat fra den nye kulturen.

3.4.1 Helsestasjonen i Norge

I Norge er helsestasjonene lovpålagt å ha et gratis tilbud for alle barn og unge fra alderen 0–20 år. Gravide skal også tilbys en svangerskapskontroll på helsestasjonen. Det er kommunen

sitt ansvar å dekke de økonomiske utgiftene. På helsestasjonen arbeides det med alt fra helseopplysninger til vaksinasjoner (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj, 2003). Individuer med lave norskferdigheter, vil ha behov for tolk og det er helsepersonellet sitt ansvar å vurdere om det er behov for tolk eller ikke (Helsedirektoratet, 2011). I pasient- og brukerrettighetsloven står det skrevet at informasjonens form skal tilpasses individets kultur- og språkferdigheter, og det er personellet sitt ansvar å sikre at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En av de største utfordringene som kan oppstå i informasjonsveiledningen ved møte med en annen kultur er kommunikasjonsproblemer. Problemer kan ofte oppstå på grunn av blant annet språkbarriere (Danielsen et al., 2011; Horst et al., 2013; Plaisted, 2002). Ifølge Grotnes (upublisert masteroppgave), forteller helsesøstrene at tolk ble tilbudt mødrene, men hovedsakelig som telefontolk. Mesteparten av brosjyrene som ble gitt til mødrene var på norsk, og helsesøstrene savnet informasjonen på flere språk.

Det er viktig at helsepersonellet kan kommunisere med individet også når det er en tolk tilstede. Den generelle helseinformasjonen må kunne informeres på en hensiktsmessig måte, som er forståelig for det andre individet (Horst et al., 2013). I bydelen Alna i Oslo har helsesøstrene på helsestasjonen ulike holdninger og erfaringer til bruken av tolk. Enkelte mener at de mister den direkte kontakten med moren fordi kommunikasjonen må gjennom en tredje person. På den annen siden er det flere av helsesøstrene som ser hensikten i bruken av tolk, og mener det er nødvendig å bruke tolk for at budskapet skal nå frem til den ikke-norskspråklige moren (Danielsen et al., 2011). Hvorfor enkelte helsestasjoner i Norge ikke bruker tolk aktivt, var på grunn av begrenset økonomi, dårlig kommunikasjon mellom helsesøster og mor (tolk ble sett på som en hindring) og tidspress (Danielsen et al., 2011).

I NOVA-rapporten (2011) kommer det fram at de individuelle konsultasjonstimene på helsestasjonen ligger på rundt 30 minutter, og det er ikke beregnet ekstra tid for ikke-norskspråklige. Helsesøstrene ønsker mer tid i møtet med ulike innvandringsgrupper i Norge (Danielsen et al., 2011). Foreldre uten norskspråklig bakgrunn fortalte at de fikk lite nytte av det skriftlige materialet som de fikk tildelt på helsestasjonen. Brosjyrene på helsestasjonen var stort sett på norsk og foreldrene følte de fikk altfor mye skriftlig informasjon på engang. For at den skriftlige informasjonen skal bli forstått av individet kan det være nødvendig med muntlig informasjon i forkant (Danielsen et al., 2011). Tidligere forskning tyder på at kultursensitive strategier må innføres i helsekommunikasjonen, med tanke på at mat er en stor del av en persons identitet og kultur (Garnweidner et al., 2012). Det hjelper ikke at helseinformasjonen formidles skriftlig på individets morsmål, når personen verken kan lese

eller skrive. Her er spesielt kvinner og eldre utsatt (Johansen et al., 2009; Pavlish et al., 2010). Enkelte innvandringsgrupper i Norge synes det er vanskelig å bruke helseinformasjonen de mottar. Det kan være problemer med å forstå meningen med rådene, og det kan gis råd som ikke er i tråd med deres kultur (Fagerli, Lien & Wandel, 2005; Garnweidner, 2013).

De somaliske og irakiske mødre i den kvalitative studien til InnBaKost følte at de manglet informasjon om sped- og småbarnsernæring på helsestasjonen. Informasjonen som ble utgitt, ble gitt i form av skriftlige materialer som for eksempel brosjyrer. Tidsbegrensning beskrev også mødrene som en hindring, hvor mødrene savnet mer tid til å bli lyttet til på helsestasjonen (Cruz, 2013; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Selseth, 2014). Helsestasjonen opplevde at innvandrer-mødrene stilte få spørsmål. Rådene ble formidlet for det meste via kroppsspråk, og ved bruk av tomme matbokser og bilder for å visualisere rådene for mødrene (Grotnes, upublisert masteroppgave). I tolv måneders studien kom det frem at de somaliske mødrene mottok motridende råd, men anså helsestasjonen som den mest pålitelige kilden (Lyngstad, 2014). Det er ikke nødvendigvis alle som søker hjelp i det norske hjelpeapparatet, om det skulle være behov for det. Enkelte kvinner mangler tillit til det offentlige og søker heller råd hos familie og venner (Moen & Ahmed, 2005). Tidligere studie av pakistanere i Norge viser at veldig mange kvinner får råd fra nære venner og familie (Kjøllesdal, Hjellset, Bjørge, Holmboe-Ottesen & Wandel, 2011). Daglig eksponeres vi for ulike helsebudskap, og det kan være krevende å bestemme seg for hvilken informasjon man skal lytte til. På grunnlag av dette er det sannsynlig at innvandrere kan ha problemer med å forholde seg til ulike rådene, og kan derfor ikke bli nådd av helsebudskapet fra myndighetene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

4.0 METODE

Studiens målsetning er å se nærmere på innvandrermodres holdninger, erfaringer og matvarevalg i henhold til deres småbarn på 24 (± åtte) måneder, og oppnå en bedre forståelse av ulike temaer som kom frem i de tidligere undersøkelsene (Cruz, 2013; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Selseth, 2014). I både seks- og tolv måneders studien på de somaliske mødrene kom det frem at de opplevde å ikke produsere tilstrekkelig med morsmelk (Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013). Andre interessante funn som har kommet opp tidligere, er mødrenes erfaring til sukkerholdig mat og drikke, og deres ønske om å begrense inntaket av sukker til deres spedbarn (Lyngstad, 2014). Mødrenes hadde tillitt til helsestasjonen, men beskrev atmosfæren som stressende, med lite tid til rådgivning (Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013). I denne studien er det ønskelig å få en dypere forståelse av disse tidligere funnene, med å undersøke hvorfor mødrene for eksempel opplever å produsere for lite melk, hvilke faktorer er det som avgjør for nettopp dette?

Studien er inspirert av grounded theory og bruker fokusgrupper som innsamlingsmetode. Min forskningsprosess i studien er delt inn i fem ulike faser: Rekruttering, gjennomføring av fokusgruppene, transkribering, koding og analyse av datamaterialet.

Først vil bakgrunnen til studenten og andre som var delaktige i studien kort presenteres. Videre vil valg av metodologi (grounded theory) og innsamlingsmetode (fokusgrupper) forklares nærmere. En dypere beskrivelse av rekrutteringsprosessen og gjennomføring av fokusgruppene vil forklares så detaljert som mulig. Transkribering og analyseprosessen vil bli beskrevet med figurer som eksempler på hvordan studenten gjennomførte det i praksis. Tilslutt vil etiske hensyn som søknad til REK, hensikten med bruken av tolk, og deltakernes anonymitet i studien forklares nærmere.

Studien ble gjennomført av en kvinnelig masterstudent. Videre i oppgaven vil masterstudenten bli presentert som «studenten». Parallelt samarbeidet hun med en annen masterstudent (Sandberg) fra HIOA, for en felles utvikling av intervjuguide og gjennomføring av fokusgruppene (n=5). Den andre masterstudenten vil videre i oppgaven beskrives som «medstudent». Medstudenten skrev sin masteroppgave for den kvalitative delen om de irakiske mødrene og deres småbarn. I studiens periode har studenten arbeidet sammen med to veiledere, en intern og en ekstern veileder. Heretter vil både intern og ekstern veileder bli presentert som «veiledere».

Under rekrutteringen, fokusgruppene og transkriberingen ble det benyttet to somaliske tolker. Begge tolkene var kvinner i midten av 20-årene. De kunne det norske språket flytende, og var oppvokst i Norge. Begge tolkene jobbet i tillegg på den kvantitative delen av InnBaKost og kjente godt til prosjektet. Det var nødvendig med tolk for oversettelse av det norske informasjonsskrivet til studien. Student og tolk samarbeidet i hele rekrutteringsperioden. Tolk var i tillegg nødvendig i transkriberingsprosessen for å kvalitetssikre oversettelsen av fokusgruppe gjennomføringen.

4.1 Kvalitativ forskningsdesign

En kvalitativ tilnærming egner seg i denne studien fordi det er ønskelig å undersøke mødres holdninger og erfaringer. Målet med kvalitative forskningsstudier innebærer nettopp dette med å utforske deltakernes synspunkter (Dahlgren, Emmelin & Winkvist, 2007). Den kvalitative tilnærmingen til InnBaKost fokuserer på en dypere forståelse av tidligere funn i studien, og gir mødrene muligheten til å diskutere tanker og erfaringer med andre somaliske mødre som har småbarn i samme alder. Kvalitative studier bruker en induktiv tilnærming, som innebærer å gi en dypere forståelse innenfor ulike temaer (Dahlgren et al., 2007). For å kunne utvikle nye teorier er det ifølge Dahlgren et al. (2007) viktig å samle inn dataen med et åpent sinn underveis i hele prosessen, fordi det er datamaterialet som ligger i bunnen for å gi svar på et fenomen eller for å kunne utvikle nye teorier. Det kvalitative forskningsdesignet i studien ga studenten muligheten til å stille mer utforskende spørsmål. Kvalitative forskningsmetoder er basert på følgende kriterier: Troverdighet, overførbarhet, bekreftbarhet og pålitelighet (Guba & Lincoln, 1989). Disse kriteriene vil forklares og diskuteres nærmere i metodediskusjonen.

4.1.1 Grounded theory

Grounded theory ble valgt som metodologi i studien. Grounded theory ble utviklet på 60-tallet av sosiologene Glaser og Strauss, og metodologien har som mål å utvikle nye teorier og gi forklaringer av et fenomen (Strauss & Corbin, 1990). Ifølge Glaser og Strauss (1990) bygger grounded theory på en fleksibilitet og åpenhet. Studenten hadde lært om denne metodologien det første året på masterstudiet, men hadde ikke en dypere forståelse av selve tilnærmingen. Studenten måtte før gjennomføring av studien lese litteratur og sette seg inn i metodologiens ulike aspekter. Grounded theory i InnBaKost ble valgt fordi det er lite data om innvandrerbarns kosthold i Norge. Målet med studien var å få et større innblikk i mødrenes hverdag, med en dypere forståelse i henhold til deres tanker og erfaringer rundt sped- og småbarnsernæring. Studentens hensikt var ikke å teste en allerede eksisterende hypotese, men

å konstruere en teori ut ifra dataen som oppsto underveis i studien (Charmaz, 2014). I grounded theory er data innsamlingen og analysen en parallell prosess, som har en nær tilknytning til hverandre og ga studenten muligheten til å være fleksibel i studiens periode (Charmaz, 2014). Et eksempel på dette var at studenten måtte endre på intervjuguiden flere ganger underveis på grunn av interessante funn som kom opp, som var ønskelig å undersøke nærmere.

Dahlgren et al. (2007) beskriver grounded theory i seks ulike steg: Datainnsamling, dokumentasjon, åpen koding, selektiv koding, teoretisk koding og integrering. Videre i metodekapittelet vil de ulike stegene presenteres og beskrives nærmere.

4.2 Rekruttering og deltakere

De somaliske mødre ble rekruttert av student og tolk i perioden august 2014 – januar 2015. Deltakerne ble rekruttert i Oslo-, Akershus- og Buskerud-området, hvor flertallet av somaliske mødre i Norge bor (Andreassen et al., 2013; SSB, 2014b). Det ble brukt ulike rekrutteringsmetoder (multi-recruitment strategy) (Hussain-Gambles et al., 2004). Multi-recruitment strategy ble også benyttet i seks- og tolv månedersstudien til InnBaKost (Cruz, 2013; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Selseth, 2014). Ifølge Hussain et al. (2004) er multi-recruitment strategy effektivt å bruke ved rekruttering av innvandringsgrupper, fordi det utvider søket etter deltakere som kan være vanskelig å nå. Tidligere studenter fra tolv månedersstudien anbefalte å besøke flere områder for å rekruttere potensielle deltakere (Lyngstad, 2014; Selseth, 2014). Studenten hengte opp informasjonsskriv på somali og norsk, og følgende anbefalte områder ble kontaktet: Grünerløkka helsestasjon, Grønland helsestasjon, Norsk-Somalisk kunnskapssenter, Røde Kors kvinnekafeer, Sagene helsestasjon, Østensjø helsestasjon og Åpen barnehage Grønland. I tillegg ble lister fra folkeregisteret bestilt, som ga tilgang til somaliske mødre med barn født mellom februar til august 2012 (n=128). Tidligere deltakere som hadde gjennomført den kvantitative delen og ønsket å delta i den kvalitative delen, ble kontaktet på telefon av den somaliske tolken (n=4).

Et informasjonsskriv (*vedlegg 2*) om studien ble utviklet i samarbeid med veiledere og medstudent. Informasjonsskrivet ble utviklet på norsk, og oversatt til somali av tolk. Etter oversettelse ble materialet kvalitetssikret av en annen tolk. Informasjonsskrivet ble sendt per post til tidligere deltakere fra den kvalitative delen (n=19) og til mødre fra folkeregisteret (n=128). Informasjonsskrivet ble sendt til mødre i slutten av august 2014 og inneholdt et skriv på norsk og somali. I informasjonsskrivet ble det informert om at mødre kunne kontakte prosjektleder (Paoli) eller prosjektmedarbeider (tolkene) om de ønsket å delta, videre

sto det skrevet at de ville bli kontaktet for nærmere informasjon om studien. Etter noen virkedager ble mødre ringt opp av den somaliske tolken. Telefonsamtalen var nødvendig for å høre om mødre hadde mottatt informasjonsskrivet og om de hadde lyst til å delta i studien. Telefonsamtalen kunne også være avgjørende for å inkludere deltakere som ikke kunne lese. Det var kun én deltaker som tok kontakt på eget initiativ.

«Respondent driven sampling» (RDS) brukt for å rekruttere deltakere til studien (Gele, Johansen & Sundby, 2012). Ifølge Gele et al. (2012) er RDS er egnet rekrutteringsmetode for innvandringsgrupper, for å utvide søket etter deltakere som kan være utilgjengelig for forskeren. Hvis de somaliske mødre selv rekrutterte noen de kjente som oppfylte inklusjonskriteriene, fikk de 150 NOK per person (*vedlegg 3*). «Snowball sampling»⁵ ble også brukt som rekrutteringsmetode, som innebar at tolkene i prosjektet ble brukt som en ressurs til å kontakte mødre de kjente eller hadde vært i kontakt med tidligere i prosjektet fra den kvalitative og kvantitative delen (Dahlgren et al., 2007). Snowball sampling ble også benyttet i både seks- og tolv månedersstudien (Cruz, 2013; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Selseth, 2014).

Inklusjonskriteriene var at mødre måtte være fra Somalia med norskfødte barn i alderen 24 (\pm seks) måneder. I henhold til at denne gruppen var vanskelig å rekruttere, ble inklusjonskriteriene utvidet til 24 (\pm åtte) måneder.

4.3 Datainnsamling

4.3.1 Intervjuguide

Intervjuguiden var skrevet på norsk og utviklet i samarbeid med veiledere og medstudent. Det ble utviklet en felles intervjuguide for den somaliske og irakiske delen. Hovedtemaene og spørsmålene i intervjuguiden ble utviklet på grunnlag av det som kom frem fra de fire tidligere masteroppgavene i InnBaKost. Et eksempel på funn som dukket opp i de tidligere studiene var mødres forståelse av begrepet fullamming (Cruz, 2013; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Selseth, 2014). Intervjuguiden i studien var semi-strukturert, som innebærer at intervjuguiden består av planlagte temaer med forslag til spørsmål og tilleggsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). En semi-strukturert intervjuguide i studien ga både moderatoren og mødre muligheten for en fleksibilitet for eventuelle nye temaer som kunne oppstå under fokusgruppediskusjonen. I en semi-strukturert intervjuguide har forskeren muligheten til å stille både åpne og lukkede spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Eksempel på åpne spørsmål som ofte ble brukt i intervjuguiden: «Hva er deres erfaring?» eller «hva tenker dere

⁵ Snowball sampling kan oversettes på norsk til *snøballrekrutteringen*

om?»). Spørsmålene ble ofte fulgt opp med tilleggsspørsmål som «hvorfor?» og «hvordan?». Lukkede spørsmål ble brukt for å kvalitetssikre svarene og for å få del aksepter underveis.

Hovedtemaene i intervjuguiden var: Amming og fullamming, brystmelkerstatning og vann, barnemat, helseaspekter, beslutninger i familien i henhold til barnemat og helsestasjon/rådgivning/kommunikasjon (*vedlegg 4*). I tillegg til disse temaene var det enkelte spørsmål vi ville stille mot slutten av fokusgruppen i henhold til rekruttering, og problematikken rundt rekrutteringsfasen (f.eks. «Hva kommer denne frykten av?»).

4.3.2 Pilottesting av intervjuguide

Rekrutteringen til pilottesting av intervjuguiden ble gjennomført i september 2014, av student og veiledere. Det ble sendt en e-post til alle Fafo- og HioA-ansatte for rekruttering av pilottesting. I e-posten sto det skrevet om studiens hensikt, og at det var ønskelig å teste intervjuguiden før gjennomføring av første fokusgruppe. Inklusjonskriteriene for pilottesting var mødre med barn i alderen ett til tre år. Kun to personer meldte sin interesse for deltakelse. Det ble derfor ikke gjennomført noen pilottesting.

4.3.3 Fokusgrupper

Steg én i grounded theory er datainnsamlingen, og i denne studien brukes fokusgrupper som innsamlingsmetode (Dahlgren et al., 2007). Fokusgrupper handler om å intervju en bestemt gruppe med mennesker, og ble etablert på 1930–1940 tallet (Dahlgren et al., 2007). Fokusgrupper har blitt benyttet i denne studien for å kunne gå mer i dybden av de tidligere funnene. Endring av innsamlingsmetode kan være gunstig i henhold til at studien er den avsluttende delen til InnBaKost. Ved bruk av fokusgrupper kan de individuelle erfaringene fra dybdeintervjuene sammenlignes med erfaringene som kommer til uttrykk i fokusgruppen (Dahlgren et al., 2007). Ved å bruke fokusgrupper i denne studien fikk studenten muligheten til å samle inn mest mulig data fra mødrene over en kort periode. Fokusgruppene ble gjennomført ved at flere somaliske mødre møtes for å diskutere spesifikke temaer, og mødrene fikk muligheten med å dele deres erfaring med andre somaliske mødre. I denne studien kunne studenten fokusere mer på målgruppen, fremfor hvert enkelt individ.

Fire av fokusgruppene ble holdt på Fafo, og en fokusgruppe ble gjennomført på Røde Kors sine lokaler i Drammen. Fire av fokusgruppene ble holdt på norsk og somali, og én ble holdt på kun norsk. I informasjonsskrivet kunne mødrene velge mellom seks ulike datoer, én av datoene var for de som kunne flytende norsk og fem av datoene var for de som ønsket å snakke somali. Fokusgruppene ble gjennomført i helger, på to ulike tidspunkter på dagen (*vedlegg 2*). Én av veilederne var moderator ved gjennomføring av de første fokusgruppene

(n=3). Hun styrte diskusjonen med å stille åpne spørsmål som mødrene skulle diskutere seg i mellom. Studenten gjennomførte de to siste fokusgruppene som moderator. Studenten fungerte som observatør når veileder var moderator, og noterte eventuelle tilleggsspørsmål, og passet på at temaene i intervjuguiden ble dekket. En tolk var til stede under alle fokusgruppene. Dette var for å unngå språklige misforståelser i kommunikasjonen, og for å skape en trygghet blant de somaliske mødrene. Deltakerne fikk tilbud om barnepass under fokusgruppen, som ble tatt hånd om av medstudenten.

I starten av fokusgruppen ble mødrene informert om at dette var et forskningsprosjekt som hadde pågått i to år, hvor fokusgruppene var den avsluttende delen. Det ble informert om at møtet hadde en varighet på cirka 90 minutter, og at det ville bli servert mat (halal) etter gjennomføringen. Servering av halal mat var nødvendig fordi alle mødrene som deltok var muslimer. Under selve gjennomføringen ble det servert enkel snaks og drikke (nøtter, frukt, te, kaffe og juice). Hensikten med fokusgruppene var at mødrene skulle diskutere deres holdninger og tanker rundt ulike temaer. Tolken ba om samtykke til studien av mødrene, med underskrift om deltakelse (*vedlegg 6*). Studenten spurte om tillatelse for bruk av lydbånd (Philips –Digital pocket memo, LFH 9370) og informerte om at dette var nødvendig for å få med seg mest mulig nyttig informasjon gjennom fokusgruppen. Lydbånd ble brukt i alle gruppene. For å skape en trygghet i fokusgruppen presenterte moderator, observatør, tolk og deltakere seg for hverandre.

Ifølge Malterud (2012) er den normale lengden på en fokusgruppe cirka 90 minutter. Fokusgruppene i denne studien hadde en varighet på 90–110 minutter. Mødrene som deltok besto av en heterogen gruppe med variasjon i alder, antall barn, utdanningsnivå og antall år i Norge (*tabell 2*). Majoriteten kjente ikke hverandre fra før, men det var noen få som var i familie eller naboer (n=4). Mødrene fikk 200 NOK som takk for deltakelsen i studien. Reiseutgiftene ble også dekket av InnBaKost prosjektet om det var behov for det (*vedlegg 5*)

4.4 Analyse av data

4.4.1 Transkribering

Steg to i grounded theory er dokumentasjon, som i dette tilfellet er transkriberingsprosessen, hvor muntlig informasjon omgjøres til skriftlig tekst (Dahlgren et al., 2007). Transkriberingen ble gjennomført av studenten i perioden september 2014–februar 2015, med hjelp av tolk for oversettelse. Transkriberingen ble gjennomført på norsk og skrevet inn i et Word-dokument. Alt som ble sagt av moderator (I: primærintervjuer), observatør (I2: sekundærintervjuer/observatør) og mødrene (K: kvinnene) ble transkribert (*figur 2*). I tillegg

til den muntlige teksten noterte observatøren mødrenes kroppsspråk og andre tilfeller rundt intervjuet (f. eks: latter, barnegråt, støy og betydelige pauser). I tilfeller hvor det var problematisk for studenten å forstå hva som ble sagt ble det notert *uforståelig*, eller hvis deltakerne snakket i munnen på hverandre ble det notert *overlapp*.

I: hmm, ja. Vil du spørre om vann?
I2: ja jeg lurte på sånn i forhold til at man gir vann i tillegg til amming i Afrika, du nevnte noe på det nå? (snakker til K5)
K5: jeg vet ikke, fordi jeg har aldri hatt barn der
K: (overlapp)
I: men det er en vane dere har tatt med?
K5: (uforståelig)
K: (snakker somali) <oversettelse> i varmen, i været. Barnet trenger litt mer vann på sommeren i Somalia <oversettelse>
I: Men det er noe de har tatt med hit til Norge, på vinteren så gir man vann selv om det ikke er like varmt
K4: (snakker somali) <oversettelse> jeg var i Somalia når ungen min var 6 måneder og da sa min mor at jeg også måtte gi vann i tillegg til melk <oversettelse>
K: (overlapp)
K3: jeg tror at morsmelk ikke er tørsteslukker

Figur 2: Eksempel på et utkast fra et transkribert materiale av en fokusgruppe

Transkriberingsprosessen tok mellom ti til 30 timer per fokusgruppe å gjennomføre. Transkriberingsprosessen ble gjennomført umiddelbart etter hver fokusgruppe. Studenten lagde referat (memos) etter gjennomføring av hver fokusgruppe, dette var for å unngå at interessante tanker og erfaringer gikk tapt, og skulle hjelpe studenten i selve analyse prosessen. Datoene for fokusgruppene varierte mellom én dag til flere ukers mellomrom, for at det skulle være gjennomførbart for studenten å transkribere før neste fokusgruppe. Intervjuguiden ble diskutert i flere omganger av student, medstudent og veiledere etter hver fokusgruppe, for å diskutere interessante funn og eventuelle tilleggsspørsmål.

4.4.2 Koding og analyse

I grounded theory begynner vi å analysere funnene allerede mens datainnsamlingen pågår, men det er etter datainnsamlingen at en mer systematisk analyse blir gjennomført. Det gjennomføres systematisk ved «å kode» det transkriberte materialet med hjelp fra ulike koder, definert av studenten (Charmaz, 2014). Kodingsprosessen ga studenten muligheten til å analysere funnene og stille analytiske spørsmål underveis. Studenten kodet det transkriberte materialet i perioden oktober 2014–februar 2015. Studenten brukte «OpenCode 4.0.1» for kodingen av det transkriberte materialet (*figur 3 og 4*). OpenCode er et verktøy som blir brukt

under koding av kvalitative data for intervjuer og fokusgrupper. Programmet er utviklet for å følge stegene i grounded theory (Dahlgren et al., 2007). Før kodingsprosessen startet leste studenten gjennom det ferdig transkriberte materialet for å danne seg et helhetsinntrykk av selve fokusgruppen. Videre ble det transkriberte materialet overført til OpenCode og studenten startet med steg tre (åpen koding) i grounded theory (figur 3) (Dahlgren et al., 2007). Studenten kodet linje for linje i den ferdig transkriberte teksten. Åpen koding innebærer at ingen fastsatte tanker om hvilke data som skal brukes bestemmes i starten. Det er behov for å se situasjonen fra flere ulike retninger før studenten begynner på den selektive fasen (Hjälmhult, 2014).

	Text	Memos	Codes
383	K3: (snakker somali) <oversettelse> og på helsestasjonen		helsestasjonen, morsmelk, morsmelkerstatning
384	hører jeg at du må gi bamet ditt morsmelk og ikke bare		helsestasjonen, morsmelk, morsmelkerstatning
385	morsmelkerstatning helle tiden <oversettelse>		helsestasjonen, morsmelk, morsmelkerstatning
386	I: ja, M-m..		
387	K6: (snakker somali) <oversettelse> du merker på		amming, helsestasjonen, positivt
388	helsestasjonen at de liker veldig godt at man ammer		amming, helsestasjonen, positivt
389	<oversettelse>		amming, helsestasjonen, positivt

Figur 3: Eksempel på åpen koding fra utkast av et transkribert materiell, gjennomført av studenten

Studenten brukte aktivt *Memo* i kodningsprosessen (figur 4). Memo er et verktøy som hjelper forskeren til å skrive ned tanker, kategorier eller notater fra feltet, som er tilkoblet teksten (Dahlgren et al., 2007). Ved å bruke Memo ga det studenten muligheten til å beskrive koder, og eventuelle situasjoner som oppsto under fokusgruppen.

297	morsmelkerstatningen. Men dersom det ikke får i seg melk...		helsestasjonen, morsmelk, morsmelkerstatning, nok_melk
298	bra brystet så da vil det drikke morsmelk. Det av...		helsestasjonen, morsmelk, morsmelkerstatning, nok_melk
299	om det har fått i seg noe brystmelk eller ikke		helsestasjonen, morsmelk, morsmelkerstatning, nok_melk
300	<oversettelse>		
301	I: ja selvfølgelig. Det kan også være at man har...		
302	gi litt til i tillegg til brystmelk hvis man er litt		
303	bekymret at bamet ikke vokset nok		
304	K3: (snakker somali) (ler) <oversettelse> men du		melk, vokser_bra
305	fordi hvis bamet har fått i seg nok brystmelk så v...		melk, vokser_bra
306	at det er fomøyd med det har fått, men hvis ikke		melk, vokser_bra
307	det bare stille på deg og vente på mer <overset...		melk, vokser_bra
308	I: (ler) ja ikke sant. Var dere bekymret med dere...		
309	at det ikke hadde fått nok mat?		
310	K: (snakker somali) <oversettelse> ja veldig <overset...		bekymret, mat
311	I: ja og snakket dere med noen om det?	10	bamemat_råd, bekymret
312	K: (snakker somali) <oversettelse> alle som har bam	10	bamemat_råd, bekymret, ulike_råd
313	<oversettelse>	10	bamemat_råd, bekymret, ulike_råd
314	I: ja alle som har bam og hvilke råd fikk dere fra deres	10	bamemat_råd, bekymret, ulike_råd, venninner
315	venninner?	10	bamemat_råd, bekymret, ulike_råd, venninner

Figur 4: Eksempel på bruken av Memo med beskrivelse av koden «barnemat_råd»

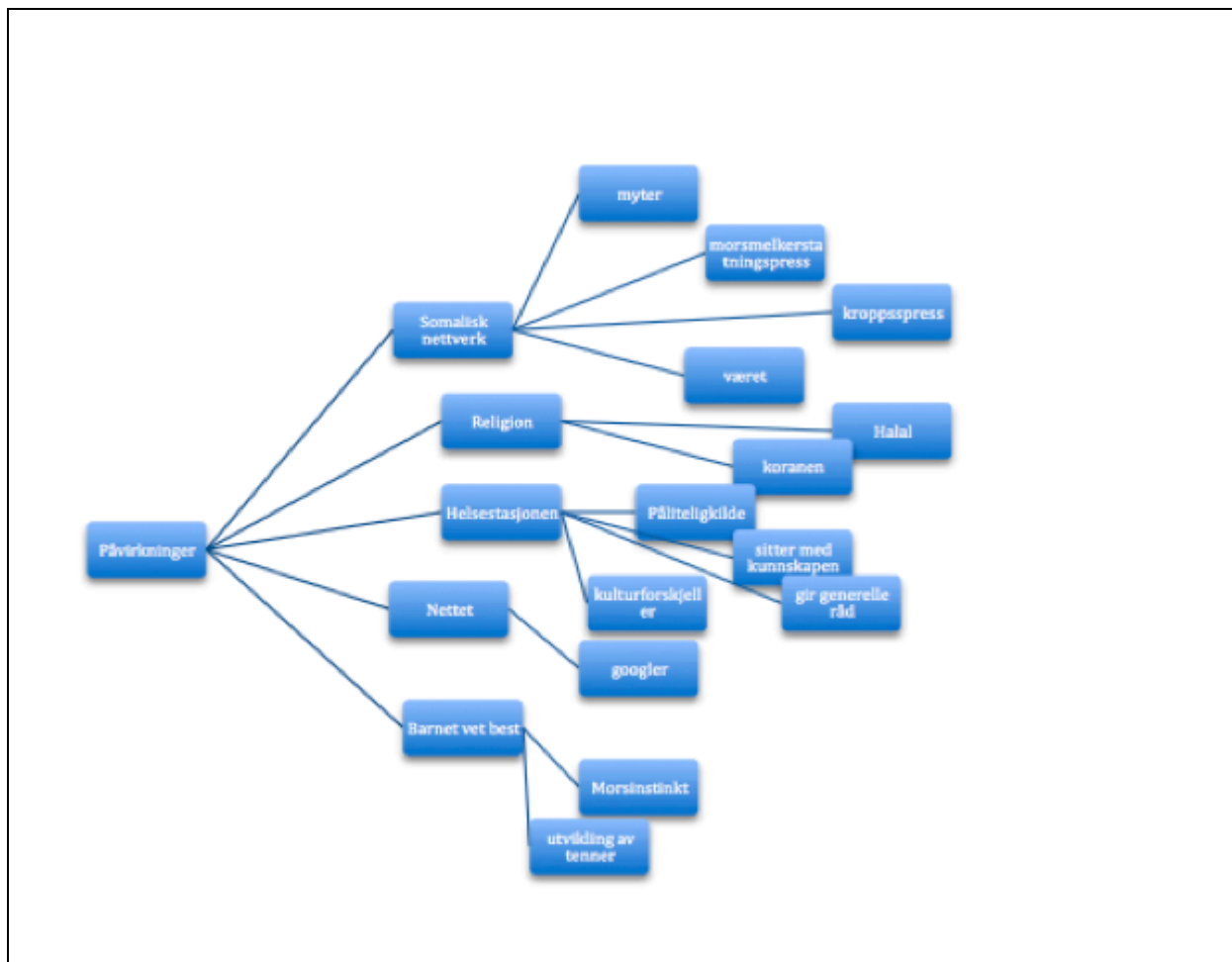
I den selektive fasen (steg fire) i grounded theory handler det om å gå et steg videre (Dahlgren et al., 2007). Det innebærer å velge hvilke koder som er viktige og omgjøre dem til kategorier. I denne fasen handler det om å identifisere de ulike handlingene og se på det i en større kontekst (Hjälmhult, 2014). Studenten leste igjennom materialet på nytt, og plasserte kodene videre i ulike kategorier. Totalt i studien ble det utarbeidet 13 kategorier. *Figur 5* viser en oversikt, med eksempler på koder som ble plassert i de ulike kategoriene.

Kategorier	Eksempel på koder
Amming vs. brystmelkerstatning	Positiv erfaring, negativ erfaring, beskyttende effekt, ammepress, ammevarighet
Informasjonsformidling	Brosjyrer, muntlig info, språk_norsk
Introduksjon barnemat	Most_mat, tidlig_intro, frukt
Kropp og helse	Store_barn, sunt_barn, overvekt, helse
Kultur forskjeller og språkbarrierer	Oppdagelse, ramadan, oppvekst, tradisjoner, lubne barn, tlf_tolk
Mannens rolle	Snillere, kjønnsforskjeller, kommunikasjon
Møtet med helsestasjonen	Ulike_råd, god_informasjon, mer_tid, mer_ifo
Rekrutteringsproblematikk	Barnevernet, frykt, påvirkning
Integrering i Norge	Vanskelig, negativ_erfaring, kunnskap
Sortering av ulike råd	Tradisjoner, nettverk, koranen, morsinstinkt
Motstridende råd	Lever, nyre, tidlig_vann, økt_væskeinntak, morsmelkerstatningspress
Sukkerholdig mat og drikke	Søtdrikke, sukkervann, tann_helse, søsken, godteri, lørdagsgodt
Veien til voksenmat	Tenner, fersk_mat, ferdigmat, krydder, barnehagen

Figur 5: Oversikt over de 13 ulike kategoriene, med eksempel på enkelte koder

Den femte og siste fasen i datainnsamlingen er den teoretiske fasen i grounded theory (Dahlgren et al., 2007). I den teoretiske fasen sees det etter sammenhenger mellom de ulike kategoriene. Studenten startet med å laget et World-dokument over ulike kategorier med sitater fra mødrene. Dette ble sammenlignet med alle fokusgruppene som hadde blitt gjennomført. Studenten gjorde dette for å få en bedre oversikt over de ulike kategoriene. Videre arbeidet studenten med å plassere de ulike kategoriene i en sammenheng, og sette det opp mot studiens hensikt. I *figur 6* har studenten laget et eksempel på hvordan hun så sammenhengen mellom de ulike faktorene som påvirket mødrene praksis, i henhold til sped- og småbarnsernæring. Følgende har hun også gjort med mødrene holdninger og erfaringer.

Analysen fortsatte helt til det oppsto en teoretisk metning. En teoretisk metning innebærer at datainnsamlingen ikke lenger gir noen ny form for informasjon (Hjälmhult, 2014).



Figur 6: Eksempel på hvordan studenten sorterte de ulike funnene. I denne figuren er det en oversikt over de ulike faktorene som kunne ha en påvirkning på mødrenes praksis i henhold til sped- og småbarnsernæring.

4.5 Etiske hensyn

InnBaKost prosjektsøknaden ble sendt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Prosjektsøknaden ble godkjent for tidsrammen: 16.05.2012–16.05.2015 (vedlegg 7). I prosjektsøknaden til REK står det skrevet om studiens publiseringskriterier. De personidentifiserbare opplysningene som har blitt registrert er navn, telefonnummer, adresse, alder, barnets fødselsdato, hvor lenge kvinnene har oppholdt seg i Norge, utdanningsnivå, sivilstatus og antall barn. Personidentifiserbare opplysninger har blitt behandlet konfidensielt og er passord beskyttet. Under transkribering av fokusgruppene ble det brukt fiktive navn, dette er for at mødrene skal forbli anonyme. Mødrene som var delaktige i studien vil bli presentert nærmere i resultatdelen. Mødrene presenteres på en måte som ikke skal være gjenkjennbare for leseren. Et eksempel er at mødrenes spesifikke bosted ikke blir utdypet, men presentert som kommuner. Innsamlet datamateriale som lydopptak, transkribering, kodede analyser og notater vil bli lagret i to år etter prosjektavslutning.

Årsaken til dette er for å kunne kvalitetssikre data i forbindelse med artikkelskriving. Etter denne perioden vil datamaterialet bli destruert.

Innenfor den kvalitative forskningsmetoden er det viktig å informere deltakerne om samtykke og personvern, som skal sikre at alt befinner seg i samsvar med Helsinkideklarasjonen (Malterud, 2012). Før gjennomføring av fokusgruppene signerte deltakerne under et samtykkeskjema for deltakelse av studien. Mødrene fikk et skriv med en utdypende forklaring om hva studien innebar (*vedlegg 3*). Den somaliske tolken gikk gjennom informasjonsskrivet på somali før mødrene signerte under samtykkeskjemaet. I informasjonsskrivet ble det informert om at deltakelsen var frivillig, og mødrene kunne trekke tilbake sitt samtykke når som helst. Det er anbefalt å ha en tolk tilstede under fokusgrupper ved studier gjennomført på minoritetsgrupper (Krueger & Casey, 2009). Tolken i studien kjente godt til mødrenes kultur, og kan ha vært med på å skape en slags trygghet blant mødrene. Ved oppstart av InnBaKost studien i 2012 fikk tolkene utdelt en *Manual for tolk i InnBaKost-prosjektet*, som ga dem en forståelse for studiens hensikt og deres rolle som tolk under gjennomføringen av intervjuer og fokusgrupper (*vedlegg 6*).

5.0 RESULTATER

Resultatkapittelet er delt i to deler: Deltakernes bakgrunnsinformasjon og studiens funn.

I deltakernes bakgrunnsinformasjon presenteres mødrene som var delaktige i studien, dette for å gi leserne et bedre innblikk av hvem disse mødrene er og litt om deres bakgrunn. Studiens funn er inndelt i tre hovedkategorier:

1. Spedbarnsernæring / amming er også inkludert
2. Småbarnsernæring
3. Mødrenes møte med helsestasjonen

Sitatene i studiens funn er oversatt fra somali til norsk og er tilnærmet ordrette, for å fremstille mødrenes tanker så detaljert som mulig, uten justeringer fra studenten. Sitater som er tatt ut ifra en sammenheng eller forkortet, er markert med (...). Da sitatene er tilnærmet ordrette, kan språket til tider være utfordrende å lese. For å unngå misforståelser underveis, har det blitt satt inn beskrivende ord markert i en [...] enkelte steder i mødrenes sitater. Videre vil de oversatte sitatene bli presentert i kursiv, for å skille mellom studentens oppfatninger og mødrenes utsagn. Under alle sitatene vil mødrenes alder, antall år i Norge og deres fiktive navn presenteres. Hvilken fokusgruppe mødrene har vært delaktige i vil også bli presentert ved siden av sitatene. I de ulike hovedkategoriene vil mødrenes holdninger og erfaringer, samt faktorer som påvirket deres praksis presenteres. Hva slags mat og drikke de gir sine barn i sped- og småbarnsperioden, samt mødrenes opplevelse av helsestasjonen vil også bli beskrevet.

5.1 Deltakernes bakgrunnsinformasjon

Informasjonsskrivet ble sendt per post til totalt 147 somaliske mødre, av disse kom 43 skriv i retur. Totalt i studien takket 38 mødre ja til deltakelse, men kun 22 møtte opp til fokusgruppene. Det ble rekruttert ti mødre fra folkeregisteret, to fra den kvantitative delen, fem fra den kvalitative delen (seks- og tolv måneders) og fem rekruttert via somaliske mødre (RDS). Totalt i studien ble det gjennomført fem fokusgrupper og et dybdeintervju. Gjennomsnittlig antall deltakere i hver gruppe var 4,2, med to deltaker på det minste og syv deltakere på det meste. Deltakernes bakgrunnsinformasjon er oppsummert i *Tabell.1*.

Tabell 1: Deltakernes bakgrunnsinformasjon

Karakteristika	Antall deltakere
Alder	
20–29	12
30–39	9
40–49	1
Rekruttert via	
Folkeregisteret	10
Kvalitativ (6 mnd.)	1
Kvalitativ (12 mnd.)	4
Kvantitativ	2
Somaliske mødre (RDS)	5
År i Norge	
<5	4
5–10	4
>10	14
Mødrenes språk	
Somali	11
Norsk	8
Somali/norsk	3
Barnets alder (mnd.)	
15–20	1
21–26	7
27–32	14
Antall barn totalt	
1–2	11
3–4	7
>4	4
Sivil status¹	
Gift	16
Ugift	0
Gift/alene mor	4
Utdanningsnivå^a	
Ingen	3
Grunnskole/voksenopplæring	10
Videregående	3
Universitet	4
Fokusgruppe^b	
1	7
2	5
3	2
4	4
5	3

^aMangler bakgrunnsinformasjon av to deltakere

^bDet ble også gjennomført et dybdeintervju, som skulle være fokusgruppe nummer seks, men én mor kom som avtalt

Bakgrunnsinformasjonen som ble samlet inn var navn, adresse, e-post, alder, antall år i Norge, språk, barnets alder i måneder (barnet som oppfylte inklusjonskriteriet), antall barn totalt, sivilstatus, utdanning og bydelen de var bosatt i. Denne informasjonen ble samlet inn før gjennomføringen av fokusgruppene.

Alle mødrene som var med i studien var født i Somalia, men flertallet var oppvokst i Norge. 13 av mødrene hadde «ingen» utdanning eller «grunnskole/voksenopplæring» som utdanning. Barnets alder varierte mellom 17 til 32 måneder, med en gjennomsnittlig alder på 27 måneder. Flertallet av mødre snakket somali (n=14), mens åtte av mødrene snakket flytende norsk. Mødrene som deltok var mellom 23 til 42 år, med en gjennomsnittsalder på 29 år. Det var en stor variasjon i mødrenes opphold i Norge, fra tre til 24 år. Flertallet av

mødrene var gift og bodde sammen med sin ektemann i Norge. Antall barn per mor varierte fra ett til seks barn.

Flertallet av kvinnene vi kontaktet via telefon var positive og ville vite mer om studien. Gjentakende forklaringer fra mødrene på hvorfor de ikke kunne delta var fordi de hadde flyttet, hadde ikke lyst og/eller muligheten, var bortreist, hadde ingen til på passe sine barn, eller var på jobb de dagene som var satt opp for gjennomføring av fokusgruppen.

5.2 Studiens funn

5.2.1 Spedbarnsernæring

I den første delen av resultatene vil studiens funn angående spedbarnsernæring presenteres nærmere, og innebærer temaer rundt amming og introduksjon av fast føde. Mødrene delte åpent sine tanker med hverandre angående barnets første leveår (0–12 måneder). Denne delen vil belyse forskningsspørsmål en og to. Funnene vil bli presentert i en kronologisk rekkefølge og derfor er det mest naturlig å starte med amming. Funnene innenfor amming vil belyse det første forskningsspørsmålet:

Hva mener mødrene om amming, og hvilke erfaringer har de med sin ammepraksis i Norge?

Funnene presenteres med en inndeling i følgende hovedtemaer:

1. Morsmelk – «Det er viktig for oppveksten til barnet»
2. Ammestopp
3. Lav melkeproduksjon
4. Forståelse av begrepet fullamming – «Ikke noe vann i seks måneder?»
5. Morsmelkerstatning – «Kulturelt sett er morsmelk ikke nok»

Videre vil introduksjonen av fast føde presenteres. Denne delen vil belyse det andre forskningsspørsmålet: *Hvilke holdninger og praksis har de i henhold til spedbarnsernæring?*

Denne delen vil bli presentert i to hovedtemaer:

6. Introduksjon av fast føde – «Små smaksbiter»
7. Industribasert barnemat vs. hjemmelaget barnemat – «Aldri flaskemat»

Hva mener mødrene om amming, og hvilke erfaringer har de med sin ammepraksis i Norge?

Morsmelk – «Det er viktig for oppveksten til barnet»

Mødrene i studien hadde en positiv holdning til amming, og de beskrev ammeperioden som både nødvendig og viktig for spedbarnet. Mødrene var enig i at å amme hadde en betydning for barnets oppvekst. Mødrene meddelte også hverandre at de ønsket å amme sine barn så lenge som mulig, fordi det var med på å knytte barnet nærmere til seg selv. Mødrene beskrev morsmelken som viktig for barnets immunforsvar, og barn som ble ammet forebygget sykdom. Alle mødrene, bortsett fra ei, hadde ammet sitt barn i en viss periode, og variasjonen i ammelengden varierte fra null til 25 måneder. Aisha beskrev ammingen på følgende måte:

«(...) alle mine tre har jeg ammet i minst syv måneder. Det har gått veldig fint egentlig, jeg trives med det. Jeg synes det er en veldig beroligende stund både for meg og barnet. Du tar deg litt pauser, altså ammepauser, så det har vært veldig bra. De har ikke minst holdt seg friske over lang tid, og de får et bedre immunforsvar»

(Aisha, 27 år, 18 år i Norge) **FG4**

Religion var en gjentakende forklaring til flere av mødrene for hvor lenge de ønsket å amme sine barn. Mødrene refererte til Koranen som en påvirkningsfaktor til sin ammepraksis. Enkelte av mødrene forklarte at Koranen har skrevet om barnets rett til morsmelk i to år. Mødrene framsto som troene, og ønsket å følge Koranens råd hvis de hadde muligheten til det. I FG4 meddelte Aisha, en ung mor til tre barn, at det var som mor en plikt å gi barnet denne rettigheten til morsmelk. Videre delte hun sin mening rundt morsmelkens helsemessige egenskaper, de andre mødrene rundt bordet framsto som enige og nikket mens Aisha snakket:

«I islam er det en rett barnet har frem til det blir to år at de skal ammes, så det er jo barnets rett egentlig at de skal ammes til to år. Av helsemessige årsaker også, altså immunforsvaret er styrket når de er to år, så det er jo en rett de har»

(Aisha, 27 år, 18 år i Norge) **FG4**

Mødrene beskrev det å amme som en viktig del av deres kultur, og fortalte at det var en skam om du ikke ammet ditt barn i hjemlandet. I den første fokusgruppen var det noen av mødrene som fortalte at det var enkelte somaliske mødre som nektet å amme sitt barn fordi de var engstelige for å få stygge bryster. Mødrene var kritiske til dette, og mente at det var utenkelig å gjøre noe slikt. Hawa fortalte videre at hun ikke hadde sett noen nekte å gi morsmelk i Norge på grunnlag av nettopp dette:

«Det var noen jenter som nektet å gi morsmelk når de er unge [snakker om unge mødre i Somalia]. «Jeg vil ikke gi brystmelk på grunn av puppene mine blir sånn henger og sånt» (...) Har aldri sett noen her som gjør sånt [I Norge], fordi jeg tror vi er så veldig avhengig av helsestasjonen og vi begynner med engang vi går der [på helsestasjonen]. Så er det ikke noen jeg har sett som har nektet å gi morsmelk til sitt barn»

(Hawa, 34 år, 12 år i Norge) **FG1**

På bakgrunn av mødrenes beskrivelse om amming, og dens positive effekter for både mor og barn, var det ingen av mødrene som hadde en negativ holdning til morsmelk. Selv om alle mødrene var positive til morsmelk og amming, hadde flere av mødrene erfart å ha møtt på ulike utfordringer underveis i ammeperioden, og mødrene delte både sine positive og negative erfaringer med hverandre.

Ammestopp

Mødrene delte sine ulike erfaringer med årsaker til ammestopp. Enkelte av mødrene hadde sluttet å amme på grunn av lav melkeproduksjon. Opplevelse av sykdom hos mor eller barnet, kunne også være en årsak hos enkelte til ammestopp. Det var også et antall mødre som følte at barnet ikke sugde godt nok fra deres bryst, eller ikke fikk i seg nok næring gjennom morsmelken. De mødrene som hadde flere barn opplevde at det ikke var like enkelt å amme barnene i samme ammelengde, og det var mer problematisk å amme det siste barnet sammenlignet med det første. Jamaad og Sahra uttrykte sine utfordringer i ammeperioden som følgende:

«Hver gang jeg har født en unge, så har den blitt veldig syk og jeg har ikke hatt muligheten til å amme. Fra den første uken så fikk jeg beskjed av legen å gi morsmelkerstatning»

(Jamaad, 37 år, 11 år i Norge) **FG3**

«(...) det var litt vanskelig [ammeperioden], de pustet ikke så godt, og ting gikk ikke som det skulle. Det var ikke så mye melk heller, og det har ikke vært så lett»

(Sahra, 31 år, 21 år i Norge) **FG4**

De fleste mødrene likte å amme og følte det var med på å knytte et sterkere bånd til sine barn, og syntes det var vanskelig å avslutte ammeperioden. Mødrene måtte derfor finne ulike løsninger for å slutte å amme. Faisa, mor til to barn, hadde smurt saften fra en tepose på sine brystvorter for å avslutte sin ammeperiode:

«Jeg tok en sånn tepose og åpnet. Blandet med litt vann også smurte jeg bare brystvorten, også viste jeg det til han og sa: «Det har blitt æsj!» [latter]»

(Faisa, 42 år, 24 år i Norge) **FG4**

Følgende råd fra Faisa skapet mye latter i gruppen, og de andre mødrene i FG4 syntes det var en smart løsning. Den fjerde fokusgruppen var en ren norsktalende gruppe, og alle mødrene var delaktige og delte sine erfaringer med hverandre, og kom med råd slik som Faisa. De avsluttet også gruppediskusjonen med å meddele at de syntes det både var nyttig og interessant å høre hvordan andre somaliske innvandremødre erfarte det i Norge.

Mødrene meddelte at de opplevde et høyere stressnivå i Norge sammenlignet med Somalia. Flertallet av mødrene hadde ikke sin nærmeste familie til stede i Norge, og beskrev dette som en stressfaktor. De følte de fikk mer hjelp fra familie og venner i hjemlandet. Ayaan, en ung mor til ett barn, beskrev *40-dagershvilen* som er en viktig del av den somaliske kulturen:

«I vår kultur har vi noe som heter 40-dagershvile. Når du får en unge så har du 40 dager hvor du ikke gjør noen ting. Det er viktig i vår kultur, det er en tradisjon hvor damene hviler. Står ikke opp for å hente sin egen mat engang. Familien må komme med maten, og i Norge har man en beskjed at de seks første ukene skal du ikke løfte andre ting enn barnet ditt. Selv om de sier [helsestasjonen] seks uker, så er det ikke sånn for du må gjøre hverdagslige ting. Fordi det er ingen som er rundt deg og hjelper deg. Vi har den tradisjonen som er veldig viktig 40 dagers tradisjonen som vi ikke kan utføre her i Norge fordi du må være til stede hele tiden»

(Ayaan, 23 år, 12 år i Norge) **FG1**

Gjennom fokusgruppene hadde mødrene ulike erfaringer i sin ammeperiode. Enkelte av mødrene hadde ikke hatt noen problemer i det hele tatt i deres ammepraksis, mens andre hadde opplevd flere negative erfaringer, som gjorde at de måtte slutte å amme tidligere enn de hadde ønsket. Stress var noe alle mødrene hadde erfart til en viss grad, og mødrene meddelte at Norge hadde en høy stressfaktor sammenlignet med hjemlandet.

Lav melkeproduksjon

Vi meddelte mødrene at tidligere i den kvalitative studien til InnBaKost hadde det kommet frem at flere av mødrene var bekymret for ikke å produsere tilstrekkelig med brystmelk. Vi spurte mødrene videre om hva de trodde var årsaken til denne utviklingen, og om de hadde erfart noe lignende i sin ammeperiode. Det kom tydelig frem at det var ulike erfaringer blant mødrene i fokusgruppene. Mødrene var åpne til dette faktumet, og delte de ulike opplevelsene med hverandre. Selv om alle mødrene var enig i at amming var godt for barnet, var lite melk i brystene et gjennomgående problem for enkelte av mødrene i studien. Mødrene informerte om at dette ikke var sett på som et problem i hjemlandet:

«I Norge så hører man at man ikke har nok melk i brystene, men i Somalia har vi ikke det problemet. Vi hadde alltid nok melk i brystene [Somalia]»

(Maryan, 28 år, 12 år i Norge) **FG1**

Videre fortalte mødrene at grunnen til lav melkeproduksjon kunne komme av faktorer som stress og antall barn. Hadde du flere barn fra før, sank melkeproduksjonen til neste barn. Noen av mødrene nevnte også væskeinntaket. Hadde moren et lavt væskeinntak i ammeperioden, kunne det påvirke hennes melkeproduksjon. Yasmiin fikk råd fra sin mor om å drikke mer væske i ammeperioden for å øke hennes melkeproduksjon:

«Når jeg drikker og får i meg vann, eller annen type drikke blir det bedre melkeproduksjon (...) hun [moren] sa «du må sitte å drikke masse te og sånne ting» (...). Ifølge mammaen min så sa hun at jeg skulle drikke på kvelden hver gang jeg skulle amme. Jeg skulle legge juice ved siden av meg etter jeg var ferdig med å amme (ler) så skulle jeg drikke juice»

(Yasmiin, 26 år, 17 år i Norge) **FG5**

Videre fortalte hun at de på helsestasjonen informerte om det motsatte, og sa at det holdt med å drikke nok vann i ammeperioden:

«Det hadde ikke noe betydning [juice og søt te], så lenge du fikk i deg væske [vann] så var det viktigst»

De mødrene som lyttet til sin mor, følte seg etter hvert lurt, fordi de følte at de ikke produserte mer melk, men isteden gikk opp i vekt.

Erfaringen de hadde hos helsestasjonen og sykehuset var for enkelte ubehagelig, fordi noen av mødrene hadde følt ett ammepress. Mødrene syntes dette både var stressende og feil, fordi rådet om å amme ikke tok hensyn til at enkelte mødre produserte lite melk i brystene:

«(...) Mitt første barn, datteren min, prøvde jeg å amme, men fikk ikke noe melk for det kom ingenting. Jeg fikk råd fra somaliere om å gå over til nan, men det gjorde jeg ikke fordi helsesøster hadde sagt at en dråpe melk er også noe. Jeg sto fast ved rådene fra helsestasjonen, men nå føler jeg helsestasjonen tok litt feil. Barn blir sultne dersom du skal gi det brystmelk, men det er ingen melk der»

(Amino, 38 år, 17 år i Norge) **FG5**

Videre i FG5 fortalte også Khadro om hennes opplevelse på sykehuset, etter hun hadde født sitt andre barn. Hun framstilte rådet om fullamming som altfor strenge, og vanskelig å følge for de som produserte for lite melk:

«Jeg kjente jeg hadde lite melk med en gang jeg var på sykehuset, så gråt hun hele tiden. De var veldig strenge da og kom med en sånn skje da, at ungen skulle få litt. Jeg tror det var sånn nan, og sa «du må prøve å amme», men det rant kun vann fra brystene mine. De var så strenge og jeg måtte bare ringe en venninne "kjøp nan til meg!"»

(Khadro, 26 år, 10 år i Norge) **FG5**

Videre fortsatte hun:

«jeg lagde bare nan til henne og hun ble helt stille. Vi gjemte den [morsmelkerstatningen] (ler)»

Det overnevnte sitatet av Amino viser at mødrene i enkelte situasjoner kunne oppleve kulturelle problemer, og at helsesøster ikke helt forsto disse forskjellene. De mente at opplevelsen av å produsere lite melk kunne være annerledes sammenlignet med hva nordmenn kanskje erfarte. På grunn av dette mente de at rådene burde tilrettelegges nærmere for ulike kulturer:

«Jeg savner at de [helsestasjonen] kanskje forteller mer om at det er greit med fullamming, fordi jeg ikke tror de tar seg tid til å forklare at det er nok da [at kun morsmelk er nok, uten tillegg av morsmelkerstatning]. At hvis det ikke er nok melk så er det bare å legge barnet ofte til, ikke sant, også kommer det. Mens vi kommer fra en kultur hvor man tror at hvor stor du er, hva du drikker, hvor mye du spiser har veldig mye med melkeproduksjon og hva slags melk du produserer, så er det stor forskjell»

(Deeqa, 27 år, 19 år i Norge) **FG2**

Forståelse av begrepet fullamming – «Ikke noe vann i seks måneder?»

Selv om halvparten av mødrene ammet sine barn til rundt to-årsalder, var det få av mødrene som hadde hørt begrepet fullamming. Når vi spurte om hva de trodde begrepet betydde, kom kvinnene med flere ulike utsagn, og det var tydelig at dette ikke var et begrep de brukte i den somaliske kulturen. Aisha og Amino beskrev begrepet fullamming på følgende måte:

«Det er jo å amme uten å gi en annen type melk egentlig, at det er bare morsmelk barnet får»

(Aisha, 27 år, 18 år i Norge) **FG4**

«Betyr det at man skal amme i to år for eksempel?»

(Amino, 38 år, 17 år i Norge) **FG5**

Enkelte av mødrene stilte seg litt spørrende til begrepet fullamming, og flere spurte *«hva betyr det?»*. Derfor fortalte vi for mødrene hva begrepet fullamming innebar. Mødrene syntes det var merkelig at barnet kun skulle ha morsmelk og ikke vann i perioden fra fødsel til seks måneder. Kvinnene fortalte at i Somalia er vann noe av det første barnet får, og mente vann hadde en sammenheng med det varme været i deres hjemland. De mente at varmen hadde en betydning for at barnet måtte få i seg mer væske enn kun morsmelken. Mødrene mente at de hadde tatt med seg vanen til Norge, og det varme været i Somalia kunne være en påvirkningsfaktor til at de ga vann fra fødselen.

Flertallet av mødrene hadde fått beskjed på helsestasjonen at det var vann i morsmelken, og at morsmelk var nok i seg selv. Alle mødrene ga vann i tillegg de første seks månedene. Vann fra fødselen beskrev mødrene som et kulturelt preg, og flere av kvinnene hadde fått råd fra sine mødre i Somalia om å gi vann fra fødselen. Mødrene valgte å lytte til rådene fra det somaliske nettverket, fordi de ikke forsto helt logikken med ikke å gi vann. Flere brukte eksempelet vann og kumelk, og beskrev at når de selv var tørste så var det vann som slukket tørsten og ikke kumelk. Ved gjennomføring av den første fokusgruppen var det en mor som forklarte det på følgende måte:

«Barnet blir jo tørst når det får morsmelk, og da trenger det jo vann. Jeg har hørt at det er vann i morsmelken, men gir vann selv om. Jeg ga det i flaske»

(Amina, 24 år, 3 år i Norge) **FG1**

De få mødrene som mente de hadde forstått begrepet fullamming, ga vann i tillegg. Fast føde derimot hadde de ventet med til barnet var fire til seks måneder gammelt.

Morsmelkerstatning – «Kulturelt sett er morsmelk ikke nok»

Enkelte av mødrene beskrev at de opplevde et morsmelkerstatningspress fra andre familiemedlemmer, og mente at det var et kulturelt press i den somaliske kulturen at kun morsmelken ikke var nok. Mødrene fortalte at de ikke opplevde dette presset i hjemlandet, for i Somalia hadde ikke mødrene noe annet valg enn å amme sine barn:

«Jeg tror det er en overbevisning kulturelt sett, at morsmelk ikke er nok, det er derfor man har det [morsmelkerstatning]. Jeg tror det er det som har ødelagt for meg med ammingen at man fikk alltid det presset «det er ikke nok, det er ikke nok. Du må gi ved siden av» [somaliske venner og familie], også gjør man det også når de tar flaska kommer det mye lettere og da slutter de [amme]»

(Deeqa, 27 år, 19 år i Norge) **FG2**

Mødrene fortalte at helsestasjonen var positiv til amming, og anbefalte dem å amme så lenge de hadde muligheten. Opplevde de en lav melkeproduksjon i brystene var det venner og familie som kom med råd om produkter for morsmelkerstatning. Mødrene fortalte at det var noen mødre som hadde nok morsmelk, som med vilje kombinerte morsmelkerstatning og brystmelk. Enkelte følte også et press fra mannen og familien rundt dem, fordi de mente at barnet var for magert og måtte legge på seg:

«Det finnes også noen som med vilje bruker begge to [morsmelk og morsmelkerstatning], ikke fordi de mangler melk, fordi barna skal bli lubne»

(Amino, 38 år, 17 år i Norge) **FG5**

I samtalen om morsmelkerstatning ble ofte kropp og helse nevnt. Enkelte av mødrene mente at kroppsstørrelsen til barnet var en påvirkningsfaktor for om moren valgte å gi morsmelkerstatning i tillegg til morsmelken, eller ikke. Rundt dette temaet var det litt blandede meninger hos mødrene. Noen av mødrene mente at i den somaliske kulturen menes det at «jo større barnet er, jo bedre». De fortalte om alle påvirkningene som kom fra de rundt dem i det somaliske nettverket. Hos noen få av mødrene i studien, ble kroppspresset om «lubne» barn fra venner og familie vektlagt høyere enn å følge vektgrafene på helsestasjonen. Mødrene beskrev det som et stort sammenligningspress fra den somaliske kulturen, og at det ga en mestringsfølelse om du fikk ditt barn raskt opp i vekt. Deeqa delte sin historie rundt kroppspresset hun følte med sitt førstefødte barn:

«Jeg tenker logisk sett så vet man uten at man ser kurven [vekstkurven] at helsesøsteren vet best, alt er riktig. Likevel så har man en liten stemme bak der som sier liksom «Åhh», også tror jeg man sammenligner. Jeg tror i vår kultur så er det sånn at vi sammenligner barn, og da når du har en på to og halvt år så kommer det en som er like stor og er ett år, så begynner den stemmen og bare «Shit, du må hjem å spise mer» [snakker om sitt barn] (latter)»

(Deeqa, 27 år, 19 år i Norge) **FG2**

Enkelte av mødrene følte at deres barn var for tynt, men fikk beskjed fra helsestasjonen om at det ikke var bra med inaktive og tykke barn. Selv om helsestasjonen eller legen informerte om dette, var det noen av mødrene som ikke helt stolte på det de ble fortalt, og mente selv at de måtte overtales før de ville gjøre en endring. Mødrene fortalte at kroppspresset var forskjellig fra små barn til større barn som var i skolealder, og at dette ble sett på som en utfordring:

«Det er et problem, for først når de er små er presser på at barnet skal være tykk. Når barnet begynner å bli tykk, så sammenligner de med den formen de har akkurat nå, de blir mobbet etter hvert [andre barn på skolen]»

(Amiira, 29 år, 14 år i Norge) **FG2**

På den annen siden var det enkelte mødre som aldri hadde opplevd et morsmelkerstatningspress fra det somaliske nettverket. De beskrev morsmelkerstatning som noe man ga om man hadde problemer med å amme eller produserte for lite melk i brystene. De mente at hvis barnet var friskt, hadde en god vekst utvikling og fikk nok søvn, så hadde ikke barnet noe behov for morsmelkerstatning i tillegg til morsmelken.

Det var ikke uvanlig for mødrene at de opplevde en del motstridende råd fra det somaliske nettverket og rådene som ble gitt på helsestasjonen. De mødrene som hadde flere barn, mente det var vanskeligst å sortere rådene ved det førstefødte barnet, på grunn av mange nye inntrykk og det er vanskelig å vite hva som var rett og galt:

«Man hører forskjellige råd, noen sier «få barnet ditt til å få morsmelkerstatning i tillegg». Noen sier «hvordan er det, hvordan kan det hende at du bare gir morsmelk? Du må gi morsmelkerstatning», mens andre sier «tving henne til å få morsmelk, brystmelk». Så det er forskjellige råd»

(Ayaan, 23 år, 12 år i Norge) **FG1**

I enkelte av fokusgruppene nevnte mødrene et merke som het *Nido*, som var vanlig å gi til sped- og småbarn i Somalia, når tilgjengeligheten på fersk melk ikke var tilstede. Mødrene beskrev *Nido* som fet melk som var vanlig å bruke i te og baking. Mødrene mente at det ikke

var normalt å gi dette til småbarn i Norge. De mødrene som måtte gi noe i tillegg til brystmelken i deres ammeperiode, ga morsmelkerstatningsmerker, som *Nan* og *Småfolk*.

Hvilke holdninger og praksis har de i henhold til spedbarnsernæring?

Introduksjon av fastføde - «Små smaksbiter»

Mødrene fortalte at de fikk råd av venner og familie om hva slags mat de skulle begynne å introdusere til sine barn. Enkelte av mødrene som hadde bodd i Norge en periode, søkte også på nett angående hvilken mat de skulle introdusere først. Det var ikke noen spesielle nettsider de refererte til:

*«(...) det finnes jo mye på nett da (...) jeg bare googler»
(Khadro, 26 år, 10 år i Norge) FG5*

Ifølge mødrene mottok de forskjellige råd fra helsestasjonen angående når de skulle begynne å introdusere spedbarnet for fast føde. Noen av mødrene hadde fått råd om fire måneder, mens andre hadde fått råd om seks måneder. Dette opplevde mødrene som forvirrende. De somaliske mødrene begynte å introdusere barnet for små smaksprøver fra fire til syv måneders alder. Maryan uttrykket at det kunne være viktig med en tidlig introduksjon av mat til barnet, fordi det kunne unngå at barnet ble kresent:

«Det er bedre å starte tidlig [fra 4 måneder] også kanskje fordi da har ikke barnet så mye å si imot, starter du tidligere så blir det lettere»

(Maryan, 28 år, 12 år i Norge) FG1

Barnegrøt var noe som gikk igjen blant mødrene, og var hos de fleste en av de første matvarene mødrene begynte å introdusere til sitt spedbarn. Det vanligste for mødrene var å kjøpe barnegrøt fra butikken, mens noen få mødre lagde barnegrøten fra bunnen av. Noen av mødrene meddelte de andre deltakerne at de lagde barnegrøt basert på havregryn. Videre tilsatte de vann eller kumelk med most frukt på toppen. Faisa fortalte at hun lagde grøten basert på mais- og hirsemel som hun tilsatte litt smør. Hun ønsket å lage barnegrøten selv fordi hennes barn slet med en del allergier. Andre matvarer som gikk igjen blant mødrene, var potet, ris, grønnsaker (gulrot, blomkål, brokkoli, søtpotet, hvitløk og squash) og fruktmos (eple og banan). Noen få mødre startet også med frukt-yoghurt fra fem- måneders alder. Idman og Faisa startet med å introdusere grøt og fruktmos til deres barn:

«Jeg startet først å introdusere grøt da han var fem måneder. Så det første var grøt og brystmelk. (...) Norsk grøt, den fra butikken»

(Idman, 28 år, 3 år i Norge) **FG3**

«Jeg tror jeg startet, eller introdusere først sånn frukt mos. Jeg kokte epler, hørte helsesøster sa at jeg kunne lage sånn eplemos. Jeg kunne koke dem også knuse dem, det var det han fikk til å begynne med. (...) Jeg skrelte dem [eplene] og kokte dem litt i vann også moste dem og ga. Ga eple og banan»

(Faisa, 42 år, 24 år i Norge) **FG4**

Fra seks til ni måneders alder begynte mødrene å introdusere fisk og kjøtt i most form. De hadde fått anbefalt av helsestasjonen å vente med melkeprodukter til ettårs alder. Introduksjon av melkeprodukter varierte fra ti til tolv måneder. Krydder som salt var ikke ønskelig hos mødrene å gi små barn under ett år, og derfor lagde mødrene egen mat til barnet:

«Jeg syns på grunn av alt saltet at man skal lage sin egen mat på grunn av at vi [somalierne] koker med salt, og at de ikke skal lære seg smaken da. vi bruker en del salt og krydder og sånt som de ikke skal få i seg da. De kan koke seg sin egen mat da. Grønnsaker og det som er godt da, og mose til slutt da»

(Khadro, 26 år, 10 år i Norge) **FG5**

Amino og Yasmiin som også var med i FG5 var enig i det Khadro meddelte, og informerte om at det var mye krydder, som salt i den somaliske kulturen, noe som ikke var bra for barnet. Totalt i alle fokusgruppene framsto mødrene som bevisste på hva som skulle introduseres til barnet. Barnegrøt, frukt og grønnsaker var noe som gikk igjen hos mødrene.

Industribasert barnemat vs. hjemmelaget mat - «Aldri flaskemat»

Mødrene hadde ulike erfaringer med å kjøpe industribasert barnemat (barnemat på glass), hvor de færreste kjøpte. De fleste mødrene foretrakk å lage barnematen fra bunnen av. Helsestasjonen hadde anbefalt mødrene å lage hjemmelaget mat om de hadde muligheten. Ayaan, mor til ett barn, var ikke positiv til ferdiglagde produkter:

«Jeg føler at maten som har ligget lenge i butikken [barnemat på glass] det har ikke gått ut på dato, men jeg føler at det er bedre med fersk mat [hjemmelaget mat]»

(Ayaan, 23 år, 12 år i Norge) **FG1**

De fleste mødrene som kjøpte barnemat på glass gjorde det fordi det var tidsbesparende:

«Noen ganger jeg lager selv når jeg har tid, har jeg ikke tid kjøper jeg fra butikken [Barnemat på glass]»

(Fatuma, 33 år, 16 år i Norge) **FG4**

En av mødrene hadde lest på nett at det var tungmetaller i barnegrøten, så derfor ville hun ikke kjøpe barnemat på glass, fordi det gikk under samme kategori som barnegrøten for moren. Mødrene i studien var enstemmige om at hjemmelaget mat var det best for deres barn, fordi det hadde bedre kvalitet og ble sett på som ferskere enn ferdiglagde produkter. Mødrene som handlet barnemat på glass kjøpte produkter som inneholdt fisk, grønnsaker og frukt. Kjøtt kunne de ikke kjøpe på grunn av frykten for at det skulle inneholde halal.

5.2.2 Småbarnsernæring

I den andre delen av studiens funn vil småbarnsernæringen presenteres. Barnet befinner seg nå i slutten av det første leveåret, og over i det andre leveåret (12–32 måneder). Denne delen vil også belyse det andre forskningsspørsmålet:

Hvilke holdninger og praksis har de i henhold til småbarnsernæring?

Mødrenes holdninger, erfaringer og påvirkningsfaktorer vil også forklares nærmere. Studiens funn vil bli presentert i følgende rekkefølge, med to hovedtemaer:

1. Veien til voksenmat
2. Sukkerholdig mat og drikke

Hvilke holdninger og praksis har de i henhold til småbarnsernæring?

Veien til voksenmat

Når barnet skulle begynne å spise det samme som resten av familien, varierte. Mødrene fortalte at det var vanlig at barnet begynte med vanlig mat som resten av familien fra fire måneder i Somalia. Enkelte av mødrene ga det samme til barnet når de hadde besøk, for å unngå å lage ekstra mat. Introduksjon av vanlig mat som resten av familien spiste, varierte fra åttémåneders til to år. Selv om barnet fikk det samme som familien innen ettårsalder, var mødrene forsiktige med krydder- og saltinntaket til barnet. Tidspunktet for introduksjon av voksenmat, var på grunn av tennene en avgjørende faktor hos enkelte av mødrene. Amiira hadde en logisk forklaring på nettopp dette:

«Når de [barna hennes] er ni måneder [introduserte hun voksen mat] (...) jeg tror før det de har vanskelig med å tygge (...) selv mener jeg tennene [avgjør når voksen mat skal introduseres for barnet]»

(Amiira, 29 år, 14 år i Norge) **FG2**

Når barnet var to år var det vanlig med brødskive eller vitaprix til frokost med juice eller melk som drikke. Matvarer som var vanlige hos mødrene til middag var ris, pasta, kokte grønnsaker, fisk (laks), poteter og pannekaker (angera). De fleste mødrene hadde barnet i barnehagen, og da sendte de ofte med brødskiver. Pålegg som var vanlig å bruke var smør, makrell i tomat, ost, kaviar og brun ost. Mødrene beskrev *norsk mat* som enkel mat, med lite smak og krydder.

«Potet kokt i vann, grønnsaker kokt i vann, fisk kokt i vann. Veldig enkel mat å lage (...) lager når jeg skal slanke meg»

(Fatduma, 32 år, 11 år i Norge) **FG4**

Ved gjennomføring av FG2 ble matretter som for eksempel pølse og pizza definert av Amiira som typisk norsk mat:

«Hva vi spiser av norsk mat er sånn enkel mat hos oss (...) lørdager og søndager det kanskje er norsk mat (...) Det er enklere, da slipper du å gå på kjøkkenet [ler] (...) på lørdager og søndager pølse og pizza»

(Amiira, 29 år, 14 år i Norge) **FG2**

Flertallet av mødrene ga kumelk før leggetid eller i flaske som barnet fikk med seg i sengen. En av mødrene fortalte at hennes barn på to år fortsatt fikk velling på flaske både morgen og kveld, og hun blandet ut vellingen med melk. Enkelte av mødrene hadde også fått beskjed av sin mor om ikke å gi lever eller nyre til deres barn, fordi det ikke var bra og barnet kunne miste taleevnen og utvikle autisme. Flere av mødrene hadde snakket med helsestasjonen om dette, og helsestasjonen hadde respondert med at dette ikke stemte:

«Sånn som vår mor sier om lever, at lever ikke er bra fordi barn begynner ikke å snakke hvis du gir dem lever, mens på helsestasjonen sier de at lever er bra (...) Jeg følger helsestasjonen og gir lever»

(Maryan, 28 år, 12 år i Norge) **FG1**

Det kom tydelig frem blant mødrene at de var troende til sin religion, og at det hadde en stor påvirkningsfaktor på deres matvarevalg. Alle mødrene var enige i at deres barn skulle spise halal mat.

Mødrene som snakket og forsto det norske språket, søkte på nett etter råd om småbarnsernæring. Det virket som at disse mødrene stolte på det som sto skrevet på nett, og

stilte seg ikke kritiske til nettsidene. En av mødrene hadde lest i Aftenposten om at fisk innehold tungmetaller. Helsestasjonen var ikke enig i det som sto i avisen, men moren valgte likevel å la seg påvirke av det som sto skrevet i avisen, fordi de ble framstilt i avisen som profesjonelle fagpersoner:

«Jeg leste for eksempel fra en artikkel [i Aftenposten] om at fisk ikke var bra for barnet også gikk jeg til helsestasjonen og sa «hei jeg har lest dette», også sa de at det bare var tull. Men så viser det seg at profesjonelle har sagt at det er ikke bra for barnet å gi fisk, all type fisk så jeg har sluttet å gi»

(Fatduma, 32 år, 11 år i Norge) **FG4**

Deretter fortsatte hun:

«Jeg gir dem ikke fisk i det hele tatt. Jeg spiser fisk, men jeg gir ikke barna»

Flertallet av mødrene framstilte helsestasjonen som den mest pålitelige kilden, og mente at det var de som satt med kunnskap innenfor ernæring. Utover i fokusgruppene uttalte mødrene det motsatte og mente at morsinstinktet hadde den største betydningen. Følgende viser at mødrene gir motstridende svar, ut ifra det de meddelte tidligere i fokusgruppen. Aisha beskrev viktigheten med å lytte til egne erfaringer:

«Altså jeg tenker at i dine morsinstinkter så baserer du på det som er riktig både helsemessig, og for utviklingen og alt mulig. Det er du som mor som vurderer hva barnet ditt skal få ikke sant (...) Det blir litt sånn at morsinstinktet baseres på den kunnskapen som er tilgjengelig, for at du skal tilegne det da for at du skal gi barnet ditt riktig kosthold»

(Aisha, 27 år, 18 år i Norge) **FG4**

En av de somaliske mødrene som hadde bodd i Norge helt siden hun var åtte år gammel, fortalte at flere av de rådene som kom fra det somaliske nettverket, ofte ikke stemte. For å unngå konflikter mente hun at det kunne være nødvendig å spille med når hennes somaliske familie kom med råd. Om hun skulle fått et barn til, ville hun gjennomført det på følgende måte:

«Jeg vet at nå tenker jeg at hvis jeg skulle fått ett barn til, så vet jeg at jeg hadde kanskje sagt til familien min «jaja jeg gjør det», ville kanskje ikke sagt direkte til de «nei jeg gir ikke» for å slippe den [mas fra hennes familie], men jeg hadde latet som jeg kanskje hørte «jaja jeg er helt enig». Det har jeg gjort i mange situasjoner ikke sant, at man vokser opp i noe annerledes enn det man blir overbevist om ikke sant»

(Deeqa, 27 år, 19 år i Norge) **FG. 2**

Det kom tydelig fram i fokusgruppene at det var ulike påvirkningsfaktorer som mødrene møtte på i hverdagen. Mødrene ble påvirket av rådene som kom fra det somaliske nettverket, råd fra helsestasjonen og gjennom det de leste på nett.

Sukkerholdig mat og drikke

Mødrene var enige i at for mye søtsaker ikke var bra for barnet, og siden småbarn ikke kunne styre dette selv, var det foreldrenes ansvar å velge for dem. Flertallet av mødrene nevnte tilgjengelighet som en viktig faktor. Aisha, mor til tre, beskrev sin utfordring rundt sukkerholdig mat og drikke som følgende:

«Vi unngår å kjøpe det barnet er glad i, at vi ikke har tilgjengelig chips, godteri og sjokolade. Det kjøpes bare på fredager, og da kan de spise fra og med fredag ettermiddag og frem til søndag, for de har jo fri [fra barnehage og skole]. To åringen min er veldig bestemt, hun sier «nei mamma jeg vil ha is», «det blir ikke is i dag, det blir det den og den dagen». Så man må gjenta seg selv når man har en to åring, de glemmer det fort»

(Aisha, 27 år, 18 år i Norge) **FG4**

Mødrene beskrev sukkerholdig mat og drikke som ugunstig for barnets tannhelse. Hvor ofte barnet fikk godteri eller søtsaker varierte blant mødrene, fra fire ganger i uken til én gang i måneden. Godteri som ofte ble gitt var potetgull, is, sjokolade og bakervarer. Aisha fortalte at det er viktig å forklare barnet om konsekvensene som kan oppstå ved inntak av mye sukker:

«Jeg tenker at i henhold til det med søtsaker, brus og sånne ting, er det litt enklere når man tilpasser etter alder. Når de er små barn er det mer mamma som bestemmer litt mer egentlig, og hva som er tilrettelagt. Når de blir ti/tolvåringer som går i butikken selv så er det mer den mentale, eller det vi vil at de skal lære. Vi må la dem forstå det mentale, ikke ved å si «nei du skal ikke ha det». For eksempel hvis du sier «driker du brus hver dag så er det farlig for deg, du kan få sukkersyken». Altså konsekvensene, gjøre dem konsekvente, det er kanskje litt mer det som skal stoppe dem da»

(Aisha, 27 år, 18 år i Norge) **FG4**

Ingen av mødrene ga brus til det yngste barnet på to år, men saft og juice var vanlig å innta opptil flere ganger daglig. Noen av mødrene ferskpresset juicen sin selv, mens andre kjøpte ferdigprodusert juice fra butikken. En av mødrene fortalte at hun brukte juice som medisin på sitt barn, når hun hadde mye slim i halsen, og det hjalp bedre enn legemiddelet hun fikk av legen. Juice som ble inntatt var eple- og appelsinjuice:

«Jeg gir både appelsinjuice og eplejuice og jeg pleier å kjøpe inn saft, men det er de ikke så veldig glad i så det er mest juice de drikker. Barnet på to år gir jeg også appelsinjuice til»

(Jamaad, 37 år, 11 år i Norge) **FG3**

Sunn fornuft i henhold til søtsaker var noe som gikk igjen i fokusgruppene hos mødrene, og flere av mødrene fortalte at de ennå ikke hadde gitt noe søtt til sine barn. Småbarnet hadde ikke godt av sukker, og mødrene ønsket å vente med å introdusere det så lenge som mulig. Flere av mødrene hadde fått råd fra både helsestasjonen og barnehagen om å gi barnet sukkerholdig mat og drikke kun i helgene, og mødrene så på dette som nyttig:

«(...) det er veldig godt og det holder foreldrene på balanse eller i riktig spor når du hører fra både helsestasjonen og barnehagen at det skal være sunt kosthold og lite sukker»

(Aisha, 27 år, 18 år i Norge) **FG4**

Ut ifra det mødrene fortalte, framsto de som helsebevisste og de var strenge på hva barnet skulle spise og ikke spise. Noen av mødrene fortalte til og med at de ikke lenger kjøpte vanlig saft med sukker, og valgte heller saft med kunstig søtningsstoff fordi de hadde hørt at det var bedre. Selv om de var bevisste, følte også enkelte at samfunnet hadde blitt altfor helsebevisste. Sukkerfri barnehage var et tema som ble diskutert blant mødrene i den andre fokusgruppen:

«Jeg har litt problemer med at jeg syns vi begynner å bli litt helsefriker, det irriterer meg litt da, men det er meg (...) pass på ditt og datt, og jeg synes det begynner å bli litt mye, men det er kanskje fordi mitt barn går på sukkerfri barnehage. Jeg tenker sånn «ÅÅÅ» det er greit å passe på, men de [barnet] har ikke lov til å ha med noe søtt, ikke noe syltetøy, altså ingenting får vi ikke lov til å ha med oss (...) leste sist nå at til og med melk ikke var bra fordi det var melkesukker. Da tenkte jeg liksom« Oi!», det er litt mye syns jeg»

(Deeqa, 27 år, 19 år i Norge) **FG2**

Kroppsspråket til de andre mødrene i gruppen viste at de var enige i det Deeqa fortalte. Amiira fortalte at hun også hadde opplevd lignende, med ett av hennes barn i en sukkerfri barnehage. Mødrene fremsto som at det var viktig å være bevisste, men ikke fanatiske på den måten som Deeqa fremstilte hennes opplevelse.

Flertallet av mødrene brukte begrepet *lørdagsgodt* som en strategi for å hindre barna fra konstant mas om søtsaker. Når vi spurte mødrene om hvem som bestemte over hva barnet skulle spise, var mødrene ganske enstemmige. Flere sa i kor at «oya!» (mor) bestemte hva barnet skulle spise. Selv om mor bestemte, var det også enkelte av mødrene som understrekte

at det var viktig å kommunisere med far også, slik at de var enige. Enkelte mente moren hadde mest kontroll og far hadde lettere for å gi etter. Deeqa fortalte for resten av gruppen hvordan hun ofte opplevde det:

«De får det av pappaen [godteri], han er mye snillere! Hvis han er ute i butikken og de sier de vil ha kjærlighet og de skriker, så er han mer den der «okei ta da». Mens jeg er litt mer sånn at jeg kan bære ut begge to, mens han syns det er litt flaut. Han er sånn som kan gi det også er han veldig sånn «de er barn, det skader ikke»»

(Deeqa, 27 år, 19 år i Norge) **FG2**

Mødrene som hadde flere barn var enige i at eldre søsken hadde en påvirkning på de yngre søsknene:

«De eldste [barna] er de som går til butikken. Vi bor rett over Joker så det er bare å gå ned også kjøper de det godteriet de skal ha. Kjøper de for mye så tar jeg litt bort for det går ikke, man skal ikke sitte å spise godteri hele kvelden. Da sier jeg «neinei dette er for mye» (ler), så tar jeg litt bort også sier jeg «dette er nok», også gir jeg litt mindre til de minste og han lille [to år] får bare to»

(Sahra, 31 år, 21 år i Norge) **FG4**

Mødrene fortalte at sukkervann var noe mødre i Somalia ga i gamle dager, og det var ikke så vanlig å gi i Norge. Rådet om sukkervann var noe de fikk av sine besteforeldre og det ble gitt av ulike årsaker. Det skulle hjelpe mot luft i magen, for å få i seg mer næring, og fordi det skulle øke opptaket av vann. Sukkervann var det få av mødrene som hadde gitt til sitt barn, de mente at det var mer vanlig i Somalia. En av mødrene hadde fått anbefalt av helsestasjonen å gi sukkervann til barnet sitt, fordi det skulle hjelpe mot kolikk:

«Når ... [barnet] hadde kolikk fikk jeg beskjed [av helsestasjonen] om at jeg kunne gi henne sukkervann (...) jeg skulle koke sukker og gi henne det (...) det hjelper mot luft i magen»

(Yasmiin, 26 år, 17 år i Norge) **FG5**

Ut ifra de overnevnte sitatene fra enkelte av mødrene, ga de ett inntrykk av at de ønsket å være strenge, og begrense sukkerinntaket til sine småbarn.

På den annen siden erfarte de å møte på ulike utfordringer, hvor blant annet faren og eldre søsken påvirket det yngste barnet til også ville smake på søtsakene.

5.2.3 Mødrenes møte med helsestasjonen i Norge

I den tredje og siste delen av studiens funn vil mødrenes erfaring med helsestasjonen presenteres. Denne delen vil belyse det tredje forskningsspørsmålet:

Hvordan opplever mødrene møtet med helsestasjonen?

Mødrene hadde en blandet opplevelse i møte med helsestasjonen i Norge, og både de positive og negative erfaringene vil bli presentert. Det er i denne delen et stort fokus på rådgiving og hvordan rådene ble fremstilt for mødrene. Deres tanker rundt integreringen i Norge vil også fremstilles mot slutten av kapitlet. Studiens funn vil bli presentert i to hovedtemaer:

1. Kommunikasjon og informasjonsformidling
2. Kulturforskjeller – «Du er aldri integrert i Norge»

Hvordan opplever mødrene møtet med helsestasjonen?

Kommunikasjon og informasjonsformidling

Mødrene meddelte at de opplevde helsestasjonen som veldig positive til amming. Maryan fortalte at hun fikk nyttig informasjon om de ulike helsebeskyttende effektene amming medførte. På bakgrunn av informasjonen de fikk på helsestasjonen, kan det ha vært med på å påvirke mødrene til en positiv holdning om amming. Informasjonen om amming som de fikk på helsestasjonen eller hos jordmor, ble fremstilt på norsk, enten muntlig eller i form av brosjyrer og cd-er:

«Første gang jeg var hos jordmor fikk jeg informasjon gjennom en cd, som fortalte om hvorfor amming er bra. Hvilke helsebeskyttelser det gir barnet, men hvilke helsebeskyttelser det også gir til moren å amme»

(Maryan, 28 år, 12 år i Norge) **FG1**

Utover i fokusgruppene fortalte mødrene at brosjyren om vaksinasjon var oversatt til somali, men ingen av mødrene hadde mottatt noen brosjyrer angående småbarnsernæring, verken på norsk eller somali.

«Det er mye brosjyrer der [helsestasjonen], men jeg har ikke fått så mange. Den om vaksinasjon har jeg fått, men ikke noe om mat»

(Amino, 38 år, 17 år i Norge) **FG5**

Enkelte av mødrene mente at rådene ikke var beregnet for mødre som hadde lave lese- og skriveferdigheter:

«Men det er mange som ikke kan lese, tenk på de som ikke kan lese på en måte. Du husker bedre hvis du snakket med et menneske og noen sier til deg»

(Faisa, 42 år, 24 år i Norge) **FG4**

Flertallet av mødrene hadde en positiv opplevelse med helsestasjonen, men følte at det ble altfor mye informasjon på engang. Mødrene fortalte at mye av informasjonen på helsestasjonen ble formidlet muntlig. Enkelte av mødrene syntes dette var problematisk, og det var ofte de ikke forsto informasjonen som ble gitt. Hawa og Jamaad hadde to ulike oppfatninger av møtet med helsestasjonen:

«Når man er på helsestasjonen får man ofte masse brosjyrer, med masse forskjellig informasjon og det er ikke sikkert at du forstår de brosjyrene. Kan hende du bare tar de med og legger de vekk, så det hadde vært bedre om de skrev det på somali eller at de satte av mer tid til å snakke og gi råd»

(Hawa, 32 år, 12 år i Norge) **FG1**

«Jeg føler meg veldig trygg på helsestasjonen for jeg har fått ganske gode svar når jeg har gått dit eller hatt bekymringer. Et eksempel er at han ikke likte morsmelk så veldig god, og jeg lurte på hva jeg burde gi. Når du først i det hele tatt kommer til helsestasjonen så er det de som pleier å stille deg mange spørsmål, og da føler jeg at de bryr seg om deg og barnet ditt»

(Jamaad, 37 år, 11 år i Norge) **FG3**

Enkelte av mødrene opplevde møtet med helsestasjonen som nyttig, men opplevde at de fikk mer informasjon med den førstefødte sammenlignet med når de fikk flere barn:

«Når du først får barn, så er alt nytt og du vet ikke så mye og du får mange råd. Når du får andre ungen så har du fortsatt den kunnskapen fra første unge, og du får kanskje ikke like mye råd [fra helsestasjonen]»

(Habaaq, 31 år, 4 år i Norge) **FG2**

Flertallet av mødrene mente rådene om amming og bruken av tran/vitamin D-dråper hadde vært nyttig:

«Det viktigste de [helsestasjonen] har gitt meg er hvor viktig amming er og hvor viktig tran er»

(Hawa, 34 år, 12 år i Norge) **FG1**

Mødrene var enstemmige om at vitamin D var viktig, og alle sa at de ga det daglig til sine barn, men glemte ofte å ta det selv. Mødrene reflekterte over at det var viktig med vitamin D fordi de ikke fikk nok av vitaminet gjennom sollyset. De var nøye med at deres barn skulle få tran eller vitamin D-dråper, men flere fortalte at de ikke like smaken av tran, derfor unngikk de å ta det selv:

«Tar av og til tran [moren]. Jeg er ikke så glad i det, og liker ikke den lukten. Jeg mangler alltid da når jeg går til legen [Vitamin D]»

(Khadro, 26 år, 10 år i Norge) **FG5**

Mødrene brukte ulike metoder for å få i sine barn tran. En av mødrene blandet tranen ut i vannglasset til barnet slik at barnet ikke skulle gjenkjenne smaken av tranen, og fikk det derfor lettere i seg. Ut ifra det mødrene fortalte så hadde de fått en tydelig beskjed av de på helsestasjonen om at det var viktig å gi vitamin D til sine barn.

Det var enkelte av mødrene som hadde bodd i Norge i en kort periode, og hadde derfor ikke venner og familie å henvende seg til. Videre fortalte disse mødrene at på helsestasjonen følte de seg trygge og opplevde en følelse av å bli sett:

«Jeg føler det er greit på helsestasjonen for jeg har ikke så mange andre her [i Norge], så jeg har egentlig ingen andre steder jeg føler meg like trygg på som helsestasjonen. Jeg spurte de fleste spørsmålene det er mulig å spørre, og jeg har alltid fått gode svar»

(Idman, 28 år, 3 år i Norge) **FG3**

Selv om mødrene følte de manglet informasjon om småbarnsernæring på helsestasjonen, mente mødrene at de selv kunne være en avgjørende faktor for nettopp dette:

«Jeg følte det var mer veiing og sånne ting som var i fokus [helsestasjonen], hvordan ungen skulle ligge og sånne ting (...) kanskje det er at vi ikke spør selv [råd om småbarnsernæring]»

(Yasmiin, 26 år, 17 år i Norge) **FG5**

Det var få av kvinnene som hadde fått tilbud om barselgruppe, og de som hadde hørt om det, hadde ikke deltatt på det tidligere. Mødrene informerte om at dette virket interessant og ville vært noe de hadde ville deltatt på, om de hadde fått mer informasjon om tilbudet. På den annen siden var det mange mødre som hadde flere barn og informerte om at dette virket som noe de ikke hadde tid til å prioritere:

«Nei, jeg har ikke hørt om det i det hele tatt [barselgruppe]»

(Idman, 28 år, 3 år i Norge) **FG3**

Flere av mødrene opplyste at de ikke hadde fått tilbud om tolk under sine konsultasjonstimer. De mødrene som fikk tilbud om tolk, var for det meste i form av telefontolk, eller så hadde mødrene med seg et familiemedlem eller en somalisk venninne som kunne det norske språket bedre.

Kulturforskjeller – «Du er aldri integrert i Norge»

Mødrene beskrev helsestasjonen som en pålitelig kilde, men opplevde at de ikke hadde forstått deres kultur fullstendig, og fokuserte mer på de generelle rådene for sped- og småbarn:

«(...) De gir generelle råd om hva som er best for de fleste barn ikke sant [helsestasjonen]. Det er noen barn som ikke faller under de generelle rådene»

(Faisa, 42 år, 24 år i Norge) **FG4**

Det helsestasjonen hadde lært om deres kultur, kunne oppleves som litt støtende og dømmende hos enkelte av mødrene:

«(...) kunne for eksempel si [de på helsestasjonen] «ja alle somaliere er opptatt av tykke barn», og jeg tenkte liksom det kan ikke du bare kaste ut uten å møte dem [somaliere]»

(Deeqa, 27 år, 19 år i Norge) **FG2**

Siden enkelte av mødrene følte at helsestasjonen ikke forsto deres kultur, valgte de derfor ikke å stille spørsmål. Noe som er motsigende, da de tidligere har sagt at de har tillitt til helsestasjonen i Norge. De spurte heller venner og familie om råd siden de kunne den somaliske kulturen. Det var flere tilfeller hvor mødrene begynte å prate om andre temaer enn kun deres møte med helsestasjonen. Noen av mødrene syntes det er vanskelig å bo i Norge, fordi de ikke alltid følte seg sett og forstått. Videre beskrev enkelte av mødrene Norge som et papirsamfunn hvor alt skal loggføres, og dette opplevdes som skremmende for mange. Flertallet av mødrene følte at de ikke hadde lov til å feile på samme måte som en etnisk nordmann. I dette tilfellet var det kanskje enklere å si at de fulgte rådene de fikk på helsestasjonen, fremfor å si at de gjorde det motsatte, fordi frykten for konsekvensene var for store. I FG2 beskrev Deeqa denne utfordringen på følgende måte:

«Jeg vet ikke, men jeg tror kanskje det har noe med overvåking jeg. Jeg tror veldig mange [somaliere] tenker at alt det de sier og gjør blir registrert. Dermed kan det komme tilbake ikke sant. Alt i Norge er veldig papirsamfunn, og det merker man på små ting som pedagog, eller ting barnet ditt trenger ekstra»

(Deeqa, 27 år, 19 år i Norge) **FG2**

Vider fortsatte hun:

«(...) hvis man sier «nei jeg sliter med tran», så tenker man at det blir registrert, og kanskje det blir brukt imot meg»

Selv om mange av mødrene hadde bodd i Norge i flere år, syntes de integreringen til Norge var vanskelig, og det var ikke alltid like enkelt å tilpasse seg:

«(...) selv om jeg har bodd her i 14 år. Uansett jeg er fra Somalia (...) Når du har store klær, med stor kjole»

(Aamina, 32 år, 14 år i Norge) **FG2**

Ved gjennomføring av FG2 fortsatte samtalen om integrering videre rundt middagsbordet, ute i lokalet etter gjennomført fokusgruppe. Det var tydelig at mødrene hadde mye å snakke med hverandre om rundt temaet integrering. I studiens periode var det ofte mødrene sporet av, og begynte å prate om andre temaer som barnevernet. Videre hadde deltakerne mange historier å fortelle til hverandre som de enten selv hadde opplevd, eller fra noen de kjente. Mødrene beskrev frykten for barnevernet som følelse av alltid å være på «vakt». Det kom tydelig frem i studiens periode at mødrene ønsket å gjøre det rette for sine barn, og var engstelige for ikke å gjøre det rette, i frykt for at det kunne brukes imot dem senere.

6.0 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet er inndelt i to deler: Metodediskusjon og resultatdiskusjon. Metoden vil diskuteres studiens styrker og svakheter, mens i resultatdiskusjonen vil hovedfunnene bli diskutert og sammenlignet med tidligere litteratur. Resultatdiskusjonen vil bli belyst gjennom studiens tre forskningsspørsmål.

6.1 Metodediskusjon

I denne studien var det ønskelig å undersøke ulike temaer som vi fra før hadde en begrenset forståelse og kunnskap om i Norge. Kvalitativ forskning var det med på å styrke forståelse innenfor ulike temaer. For det første kan det gi forskeren en bredere forståelse fremfor kun én forklaring. For det andre gir det også muligheten til å beskrive ulike erfaringer og holdninger sammenlignet med å predikere noe, som er vanlig i kvantitative forskningsmetoder (Malterud, 2011). Ved å bruke fokusgrupper som innsamlingsmetode, var det mulig å samle mye informasjon fra mødrene over en kort periode. Videre fikk vi muligheten til å observere mødrenes forhold og diskusjoner seg imellom. Ifølge Morgan (1997) er en av fordelene med å bruke fokusgrupper at det gir deltakeren og forskeren en form for fleksibilitet.

Validitetskriteriene for kvalitativ forskning er, som nevnt tidligere, troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet⁶ (Guba & Lincoln, 1989). *Troverdighet* tar stilling til tilliten i datamaterialet. *Overførbarhet* er i henhold til om funnene kan overføres til lignende grupper i samfunnet. *Pålitelighet* handler om å sammenligne materiellet og funnene, og ta hensyn til forandringer som oppstår underveis i forskningsprosessen, og hvordan dette er med på å påvirke studiens funn, mens *bekreftbarhet* innebærer å utforske nøytraliteten av datamaterialet (Guba & Lincoln, 1989). Videre i metodediskusjonen vil datainnsamlingen og dataanalysen bli drøftet i lys av disse kriteriene.

6.1.1 Utvalg og rekruttering

Det var problematisk å rekruttere deltakere til studien. Rekruttering av minoritetsgrupper har tidligere blitt sett på som en utfordring (Garduno-Diaz, Husain, Ashkanani & Khokhar, 2013). Ved oppstart av studien var det ønskelig å rekruttere de samme mødrene fra seks og tolv måneders studien (dybdeintervjuer), men det lot seg ikke gjennomføre. Flere deltakere fra de tidligere studiene kunne ha styrket studiens funn ytterligere.

⁶ De fire kriteriene er oversatt fra engelsk til norsk av studenten. På engelsk uttales det som følger: *credibility*, *transferability*, *dependability* og *confirmability* (Guba & Lincoln, 1989).

Ved oppstart av denne studien (august 2014) ble det bestilt nye lister fra folkeregisteret, som skulle gi studenten tilgang til flere somaliske mødre med småbarn i alderen 24 (\pm åtte) måneder. Totalt i studien var det kun én kvinne som ringte selv og informerte om at hun ville delta, de andre måtte kontaktes via telefon eller gjennom samtale fra tolk og andre somaliske deltakere (RDS). Dette kan tyde på at det mest sannsynlig ikke er en effektiv gruppe å rekruttere via informasjonsskriv, da det er sjelden de ringer selv for å delta. Ifølge Johansen et al. (2009) er muntlig informasjon mer omfattende, men kan inkludere flere deltakere, fordi det er enkelte minoritetsgrupper som har lave lese- og skriveferdigheter. Ved kun å sende ut skriftlig informasjon, ble det heller ikke i denne studien tatt hensyn til mødrenes leseferdigheter, noe som kan ha ført til at enkelte ikke har fått utbytte av informasjonsskrivet. Dette kan ha vært en svakhet i studiens rekrutteringsperiode.

En annen utfordring i rekrutteringsfasen var leting etter telefonnummer til mødrene. Mange av kvinnene, som det var tilgang på i folkeregisteret, var ikke å finne i telefonkatalogen. Det var også flere telefonnummer som ikke var i bruk eller permanent avslått. Listen fra folkeregisteret ga tilgang på flest mødre som oppholdt seg i Oslo- og Akershus-området. Ifølge statistikken (SSB, 2014b) er mange somaliere bosatt i Buskerud-området. Listen fra folkeregisteret ga ikke tilgang til mange mødre i dette området, og det var problematisk for studenten å rekruttere til fokusgruppen i Drammen ($n=3$). Imidlertid kan dette ha resultert i at potensielle deltakere kan ha gått tapt ved ikke å utvide søket etter somaliske mødre i Drammens-området.

En av de største utfordringene var at mange takket ja til deltakelse, men kom ikke på selve gjennomføringen av fokusgruppen. For å unngå misforståelser ringte tolk noen dager i forveien, og sendte en tekstmelding samme dag for påminnelse om deltakelse. De fleste mødrene hadde glemt avtalen og trengte en påminnelse. Det var nødvendig å over rekruttere deltakere til fokusgruppene, fordi gjennomsnittlig falt rundt halvparten av de som var rekruttert fra. I rekrutteringsprosessen oppsto det noen misforståelser mellom deltakerne og tolken. Ved gjennomføring av den andre fokusgruppen kom det mødre med barn som ikke stemte med inklusjonskriteriene (>6 år). Disse mødrene fikk muligheten til å delta, fordi vi følte at det ikke var etisk besværlig å sende dem hjem igjen, ettersom de hadde brukt tid til å komme til fokusgruppen. Deres datamateriell kunne ikke brukes i selve oppgaven på grunn av risikoen for hukommelsesbias.

Datoene til fokusgruppene var heller ikke enkle å fastsette. Dato for tredje fokusgruppen var et eksempel på nettopp det. Datoen for gjennomføring var fastsatt samme helg som muslimenes feiring av *Id*. Det måtte derfor gjøres noen endringer i datoene

underveis i prosessen for å rekruttere flest mulig deltakere. Mødrene kunne velge mellom seks ulike datoer for deltakelse, og ved å tilby gjennomføring av fokusgruppene i helgene, var det flere mødre som hadde muligheten til deltakelse.

6.1.2 Fokusgrupper og studiens deltakere

Ved gjennomføring av fokusgruppene var det både en moderator, observatør og tolk til stede. Følgende kan ha vært med på å styrke studiens bekreftbarhet, fordi det var flere tilstede som kunne bekrefte mødrenes utsagn.

Moderatoren kan ha en stor påvirkning på kvaliteten til dataen, med tanke på at personen styrer og leder gruppen. Moderatoren kan være med på å påvirke den naturlige flyten i gruppen (Morgan, 1997). Gjennomføring av fokusgrupper med en moderator som ikke har gjennomført fokusgrupper tidligere, kan være med på å påvirke gruppedynamikken. Det kan oppstå situasjoner hvor moderatoren fokuserer mer på å følge en intervjuguide, fremfor å lede diskusjonen (Berg & Lune, 2014). I denne studien ble tre av fem fokusgrupper gjennomført av veilederne. De hadde tidligere erfaring med å gjennomføre fokusgrupper, og var trygge på rollen som moderator. Studenten gjennomførte de to siste fokusgruppene og ett dybdeintervju. Hun hadde fra før ingen erfaring med å gjennomføre fokusgrupper. Når studenten ikke fungerte som en moderator, var hun til stede i alle fokusgruppene. Studenten så på det som lærerikt å fungere som observatør, før moderator rollen skulle inntas. I starten opplevde studenten moderatorrollen som krevende og utfordrende. For ikke å oppleve stille perioder, kan det i enkelte tilfeller ha blitt stilt for raske oppfølgingsspørsmål, som kan ha ført til at mødrene mistet sin tid til å reflektere over spørsmålet.

Ifølge Malterud (2012) er det optimale antallet i en fokusgruppe mellom fem til ti deltakere. I denne studien var det stor variasjon i antall deltakere, med kun én mor på det minste og syv mødre på det meste. Ifølge Krueger og Casey (2009) har antallet deltakere i gruppen stor betydning for om alle deltakerne får mulighet til å dele sine erfaringer eller ikke. For mange deltakere kan medføre til støy i gruppen og flere deltakere kan få lyst til å dele sine meninger, men det er verken rom eller tid for det i fokusgruppen. Ved gjennomføring av den første fokusgruppen, kom det syv mødre. Den første fokusgruppen var den største gruppen i studiens periode. Etter gjennomføring konkluderte vi med at dette var altfor mange deltakere i én gruppe. For det første var det i enkelte tilfeller problematisk å få alle mødrene til å være delaktige, og for det andre var det tydelig at noen var mer engasjerte enn andre. Dette kan ha påvirket de andre mødrene sin deltakelse, som igjen kan ha resultert i at nyttig informasjon har gått tapt fra følgende mødre. Den andre utfordringen som kunne oppstå ved

gjennomføring av for store fokusgrupper var overlapping, hvor de mødrene som snakket, pratet i munnen på hverandre, og enkelte av deltakerne skapte støy i form av snakking med sidemannen.

Ifølge Krueger og Casey (2009) kan få deltakere i en gruppe være positivt, for det gir flere deltakere muligheten til å dele sine meninger, men på den andre siden kan det føre til færre totale erfaringer og meninger i gruppen. En fokusgruppe med antall deltakere under det anbefalte, har Krueger og Casey (2009) valgt å kalle en *mini-fokusgruppe*. Studenten opplevde, en mini-fokusgruppe og ett dybdeintervju i studiens periode. Til den tredje fokusgruppen, hadde det blitt rekruttert totalt seks deltakere, men kun to mødre kom som avtalt. Det var planlagt å gjennomføre en sjettede fokusgruppe, og det hadde blitt rekruttert fem deltakere, men kun én mor dukket opp. Derfor ble det gjennomført et dybdeintervju.

Mødrene hadde viet sin tid til dette møtet, og på grunn av dette ble begge møtene gjennomført som planlagt. Mødrenes bakgrunnsinformasjon i mini-fokusgruppen var veldig forskjellig, med en variasjon av antall barn og år i Norge. Mødrene delte sine erfaringer med hverandre, og det oppsto en god gruppedynamikk. Moren som deltok i dybdeintervjuet ga en dypere forståelse innenfor ulike temaer, og kom med interessante tanker og erfaringer.

Innsamling av data gjennom flere metoder kalles for en *triangulering* (Dahlgren et al., 2007). Dybdeintervjuet var det siste som ble gjennomført i datainnsamlingen, og studenten fikk muligheten til å stille mer utfyllende spørsmål, som ikke hadde vært mulig i fokusgruppene. Følgende kan ha vært med på å styrke studiens troverdighet. Ifølge Dahlgren et al. (2007) kan det være anbefalt å kombinere fokusgrupper sammen med dybdeintervjuer, for å se om det er noen sammenheng mellom de individuelle erfaringene og erfaringene som deles i en fokusgruppediskusjon. Det var ønskelig å rekruttere deltakere fra seks- og tolv månedersstudien, men flere av deltakerne var vanskelig å få tak i og det ble kun rekruttert fem mødre fra de tidligere studiene. For å styrke studiens troverdighet ytterligere, kunne det vært ønskelig å rekruttere flere deltakere fra de tidligere studiene.

Ifølge Krueger og Casey (2009) er det viktig å undersøke ulike faktorer som kan påvirke en fokusgruppe med minoritetsgrupper. For å unngå for komplisert og ustrukturert gjennomføring, er det anbefalt å dele gruppene etter for eksempel språkferdigheter, kjønn, alder og utdanningsnivå (Krueger & Casey, 2009). På grunn av problematikk rundt rekrutteringen var ikke dette mulig. Fokusgruppene hadde en variasjon av norskferdigheter, alder, antall barn og utdanningsnivå. Ved å inkludere deltakere som har ulik bakgrunnsinformasjon kan ha styrket studiens overførbarhet. De mødrene som var mest

delaktige i fokusgruppene, var de med flest barn, kunne det norske språket og hadde høyest utdanningsnivå. I den ene gruppen som var norsktalende, var alle mødrene med i diskusjonen.

Atmosfæren i fokusgruppen kan indirekte ha påvirket studiens troverdighet. Studenten gjorde det hun kunne for å øke mødrenes komfort i fokusgruppediskusjonen. Plasseringen av stolene rundt bordet kunne være avgjørende for om mødrene følte seg avslappet eller ikke. Tolk ble plassert i den ene enden av bordet, litt avvikende fra resten av gruppen. Dette var nødvendig for å unngå at mødrene henvendte seg primært til tolken, fremfor moderatoren. Observatør og moderator var plassert ovenfor hverandre, slik at de kunne få blikk kontakt. Mødrene plasserte seg der de måtte ønske rundt bordet. På Røde Kors sine lokaler i Drammen hadde vi muligheten til å sitte i en sofa ved et lite bord. Det skapte en ro og trygghet hos deltakerne, og det virket som samtalen gikk lettere for mødrene når fokusgruppen ikke ble for formell. Ifølge Krueger og Casey (2009), kan servering av mat og lokalets område, være en avgjørende faktor for deltakernes komfort. Det virket som om mødrene verdsatte lett servering under fokusgruppen og et mer komplett måltid etter gjennomføring.

For å øke studiens troverdighet ytterligere, hadde det iddele vært om deltakerne leste igjennom det transkriberte materialet etter gjennomført fokusgruppe. På denne måten kunne misforståelser, eller feiltolkninger av studenten unngås. Tid var en begrensning i studien, og kvalitetssikring fra mødrene var ikke gjennomførbart.

6.1.3 Bruken av tolk

Det var både fordeler og ulemper ved bruk av tolk i studiens periode. Ved å bruke tolk i fokusgruppene ble det flere parter å forholde seg til for både moderator og deltakerne. Det oppsto enkelte situasjoner der det var vanskelig for moderatoren å stille oppfølgingsspørsmål på de riktige tidspunktene. Årsaken til dette var at tolken måtte oversette det som ble sagt, og når tidspunktet var inne for å stille oppfølgingsspørsmålet, kunne deltakerne ha gått over til et nytt tema, og det falt seg ikke lenger naturlig å stille et oppfølgingsspørsmål. Flertallet av mødrene som var med i studien hadde lave norskferdigheter, og foretrakk derfor en tolk til stede. Ved å bruke tolk var det med på å skape en trygghet hos mødrene, og det var lettere å fange opp misforståelser, som ved enkelte tilfeller kunne oppstå hos begge parter. Følgende kan ha vært med på å styrke studiens troverdighet. Det bidro også til å øke deltakerantallet til studien, for det ble rekruttert deltakere som hadde bodd i Norge både en kort og lang periode. Følgende kan styrke studiens overførbarhet.

Begge tolkene var født og oppvokst i Norge, og hadde en god forkunnskap til den somaliske kulturen og språket. På den andre siden hadde ingen av tolkene barn selv, og heller

ingen utdanning innenfor ernæring og helse, noe som kan ha svekket deres forståelse til deltakernes tanker og holdninger i henhold til sped- og småbarnsernæring. I denne studien var ikke valget av kvinnelig eller mannlig tolk et ultimatum. Fafo hadde kun tilgang på kvinnelige tolker. Det kan tenkes at en kvinnelig tolk egnet seg best, fordi studien inkluderte kun mødre.

Ifølge Squires (2009) er tolkens rolle å oversette fra et språk til et annet, hvor det er flere parter til stede som ikke snakker det samme språket. Tolkens hovedrolle i denne studien var å stille seg selektiv og primært oversette. I enkelte tilfeller kunne det oppstått en bedre flyt i fokusgruppen om tolk var mer delaktig, med tanke på at tolken kjente kulturen bedre enn observatøren og moderatoren.

Det diskuteres om tolk skal oversette i første eller tredje person (Brämberg & Dahlberg, 2013; Esposito, 2001; Squires, 2009). Ifølge Brämberg og Dahlberg (2013) er tolkens rolle å oversette så eksakt og verbalt som mulig, og det er derfor viktig at tolken oversetter i første person. Ved å oversette i «jeg-form» kan det virke som tolk prøver å oversette så nøyaktig som mulig. De to kvinnelige tolkene gjennomførte dette litt forskjellig. Den ene tolken oversatte for det meste i «jeg-form», mens den andre tolken oversatte for det meste i tredje person. Det var ikke planlagt på forhånd hvilken form tolkene skulle oversette i, og tolkene oversatte på grunnlag av dette i den formen som passet dem best. Ifølge Squires (2009) mister tolken sin sentrale rolle ved ikke å være objektiv i han eller hennes oversettelse, noe som kan være med på å påvirke deltakerens utsagn. Derfor vil tolkens objektive rolle ha en mindre påvirkning på datamaterialet (Squires, 2009).

Tre av fem fokusgrupper ble gjennomført av to forskjellige tolker. Det innebærer at det ble brukt én tolk under fokusgruppen og en annen tolk for kvalitetssikring av det transkriberte materialet. Ved å bruke en annen tolk under transkriberingen, kan det ifølge Brämberg og Dahlberg (2013) være med på å styrke validiteten til datamaterialet. Ved gjennomføring av de resterende fokusgruppene (n=2), var det kun tilgang på én tolk, noe som innebar at samme tolk måtte være tilstede under fokusgruppen og hjelpe til i etterkant med transkriberingen. En slik gjennomføring er ikke anbefalt i henhold til at det ikke blir brukt en objektiv person for kvalitetssikring av datamaterialet (Brämberg & Dahlberg, 2013).

I noen av fokusgruppene hadde tolken problem med å oversette i henhold til formuleringen. Det var enkelte ord eller ordtak som ikke fantes i deres vokabular på somali, et eksempel var begrepet, fullamming. En tidligere studie gjennomført på somaliske kvinner bosatt i Minnesota, erfarte også følgende utfordring med å arbeide på tvers av ulike språk (Pavlish et al., 2010). I slike situasjoner er det ifølge Squires (2009) viktig at tolken prøver å omformulere spørsmålet eller svaret, slik at det er forståelig for forskeren eller deltakerne.

Formulerer ikke tolken seg riktig i slike situasjoner, kan det oppstå misforståelser, og formidlingen av spørsmålet eller svaret kan formuleres på feil forutsetning enn det opprinnelige var ment (Brämberg & Dahlberg, 2013; Esposito, 2001). Det må tas i betraktning at misforståelser av enkelte ord kan ha oppstått i fokusgruppene. Misforståelser underveis kan ha påvirket studiens troverdighet.

6.1.4 Bruken av båndopptaker

Før oppstart av fokusgruppene ble det alltid spurt om tillatelse fra moderatoren til mødrene om bruken av båndopptaker, og 21 av 22 deltakere godtok nettopp dette. Ifølge Dahlgren et al. (2007) vil det ved bruken av en båndopptaker oppstå detaljert informasjon. Ved gjennomføring av dybdeintervjuet, hadde moren et sterkt ønske om at vi ikke skulle bruke en båndopptaker. Hun så på det som ubehagelig, og dette var noe som måtte respekteres. Følgende resulterte i at alt som ble sagt måtte noteres skiftelig. Ved gjennomføring av dette intervjuet var kun tolk og student til stede, uten hjelp fra en observatør. Det var ikke rom for pauser til å notere den informasjonen som ble sagt, noe som resulterte i at det ble for det meste skrevet ned stikkord fremfor hele setninger. Ved kun å notere vil ikke forskeren klare å få med seg alt, og måtte notere kun det som hun så på som nødvendig, på denne måten kan nødvendig informasjon ha gått tapt (Dahlgren et al., 2007). Informasjonen som ble notert i dybdeintervjuet ble ikke kodet i OpenCode.

Ved å bruke en båndopptaker i studiens periode kan ha styrket studiens bekreftbarhet. Vi fikk muligheten til å ta opp det verbale som ble sagt, men det fanget ikke opp den nonverbale kommunikasjonen. Det var derfor viktig med gode notater fra observatøren, for ikke å miste nødvendig informasjon. Ved å bruke en båndopptaker, var det mulig å lytte til gruppesamtalen flere ganger, og i enkelte tilfeller ble ny informasjon oppdaget, som ikke ble observert under selve gjennomføringen av fokusgruppen. På den ene siden ga bruken av båndopptakeren både observatøren og moderatoren muligheten til å observere mødrene grundigere mens de diskuterte, fremfor å ha hovedfokuset på å notere. På denne måten fikk moderatoren muligheten til å være mer delaktig i fokusgruppen, som kan ha påvirket til å gi en bedre flyt i samtalen. Det er usikkert om mødrene lot seg påvirke av båndopptakeren tilstede. Det må tas i betraktning at deltakerne kan ha holdt tilbake nødvendig informasjon.

6.1.5 Transkribering og kodingsprosessen

Alle fokusgruppene ble transkribert, kodet og analysert av studenten, i tillegg deltok hun i alle fokusgruppediskusjonene, noe som innebærer at hun har vært mye i feltet, og det er en større sannsynlighet for at deltakernes virkelighet har kommet frem i studien. Ifølge Malterud

(2011) kan dette være med på å styrke validiteten til data materialet. Det kan være både positive og negative sider ved nettopp dette. Med ikke å inkludere for mange personer til å transkribere og kode, førte det heller ikke til ulike oppfatninger av materialet, men på den andre siden kan nødvendig informasjon ha gått tapt i transkriberingsperioden. For å øke studiens bekreftbarhet, ble det brukt en tolk til kvalitetssikring av det transkriberte materialet. Tolken lyttet til samtalen på båndopptakeren, og tilførte eventuelle endringer eller ord som ikke hadde blitt oppfattet i første omgang av studenten.

For å øke troverdigheten til funnene i datamaterialet, har det blitt skrevet ordrette sitater fra mødrene, for å kunne skille mellom forskerens og deltakernes tanker. Ifølge Esposito (2001) kan gjennomføring av kvalitative studier med deltakere som prater et annet språk, føre til misforståelser, og forskeren kan ha tolket sitater og hendelser annerledes enn den primære hensikten.

For å øke studiens pålitelighet, skrev studenten en rapport over fokusgruppe gjennomføringen. I denne rapporten ble det reflektert over gruppedynamikken, spesielle hendelser som oppsto, endringer i intervjuguiden og notater fra moderator/observatør og tolk. I analyseprosessen var disse notatene til stor hjelp, og det kan ha vært en avgjørende faktor for at viktige hendelser ikke gikk tapt.

Ved uklarheter i båndopptaket, kan det være en fordel at personen som transkriberte, var tilstede i fokusgruppen (Malterud, 2011). Det var ønskelig å gjennomføre transkriberingen en kort periode etter gjennomført fokusgruppe. På denne måten var det enklere å huske hva som ble sagt. Transkriberingsprosessen tok lengre tid enn forventet, og det kunne ta opptil flere dager før transkriberingen var fullverdig. Transkriberingen var derfor ikke lenger friskt i minne, og enkelte ord eller hendelser kan ha gått tapt. Datoene for fokusgruppene var hovedsakelig satt opp med én til flere ukers mellomrom. To av fokusgruppene ble holdt samme helg, fordi det passet best for mødrene som ble rekruttert. Det var ikke gjennomførbart å transkribere fokusgruppen fra lørdagen før fokusgruppen på søndagen.

Ved gjennomgang av båndopptakeren, ble det oppdaget faktorer som påvirket lyden. Eksempler på dette var mumling, lav stemme, ekko i rommet, barnegråt og lignende. Dette resulterte i at transkriberingsprosessen tok lengre tid enn forventet. I en av fokusgruppene hadde en deltaker med seg det ene barnet inn under gjennomføringen, og i enkelte tilfeller overdøvet barnet mødrene sine stemmer. Det var vanskelig å transkribere når flere av deltakerne snakket i munnen på hverandre, beveget på seg ved for eksempel flytting av møbler, og av deltakere som kom for sent til møtet. Annen støy var uforståelige setninger,

hvor enkelte av mødrene ikke pratet det norske språket fullverdig. Igjen var gode notater fra fokusgruppen nødvendig for at transkriberingen skulle bli så nøyaktig som mulig.

Ifølge Strauss og Corbin (1990) er det anbefalt å transkribere og analysere de første intervjuene før gjennomføring av de neste. I denne studien ble ikke dette gjennomført helt etter anbefalingen, og selve kodingsprosessen begynte en måned etter første fokusgruppe. Det finnes flere måter å gjennomføre «åpen koding» (steg tre i grounded theory) på. Det vanligste er å kode hver setning, avsnitter eller hele dokumentet (Strauss & Corbin, 1990). I denne studien ble hver setning i det transkriberte materialet kodet, og ifølge Strauss og Corbin (1990) gir dette en detaljert form for informasjon.

Det er viktig å ta i betraktning at åpen koding, selektiv koding og teoretisk koding er gjennomført kun av studenten. Derfor er analyse prosessen basert på studenten sin oppfatning av datamaterialet. Videre er den teoretiske fasen basert på de ulike kodene og kategoriene som studenten mente hadde en betydning, og ønsket å sette i sammenheng med hverandre. For å styrke studiens bekreftbarhet, ble det første steget i kodingsprosessen (åpen koding) diskutert i samarbeid med veiledere. For å styrke studiens bekreftbarheten ytterligere, hadde det vært ideelt å diskutere den selektive og teoretiske prosessen i samarbeid med flere. Tid var en begrensning og følgende var derfor ikke mulig å gjennomføre i studiens periode.

6.1.6 Forforståelsen

Forforståelsen til studenten er noe som indirekte kan ha påvirket studiens troverdighet. Ifølge Malterud (2011) kan forkunnskapen bidra til at forskeren har en begrenset horisont og/eller manglende forståelse til å sette seg inn i studiens hensikt. Som tidligere nevnt i avsnittet om transkribering, kan forskerens oppfatning av datamaterialet påvirke dataanalysen. I dette tilfellet kan studentens bakgrunnskunnskap innenfor ernæring ha påvirket studiens troverdighet. Det faktumet at studenten var en ung norsk kvinne, kan ha påvirket hennes relasjoner i møte med deltakerne, som var på mange måter annerledes fra kvinnene. Studentens tolkning av mødrenes erfaringer, kan ha blitt påvirket av hennes bakgrunn og følgende må tas i betraktning.

For å styrke studiens pålitelighet, har studenten redegjort for sin forforståelse innenfor ernæring. Før oppstart av studien var det nødvendig å undersøke deltakernes kultur ved å lese tidligere litteratur. Forkunnskap om deltakernes kultur gjorde det enklere å stille oppfølgingsspørsmål. Studenten hadde ingen barn selv, og hadde derfor ikke mulighet til å identifisere seg med de faktorene som innebar å være en mor. På bakgrunn av dette var det ikke mulig å sette seg inn i mødrenes bekymringer og/eller tanker på samme måte som om

hun hadde vært i en lignende situasjon. Følgende kan vinkles til det positive, hvor studenten videre ikke fikk muligheten til å sammenligne med egne erfaringer. For å øke studiens pålitelighet, ble intervjuguiden utviklet i samarbeid med veiledere og medstudent. Intervjuguiden ble på grunnlag av dette ikke preget av kun studentens kunnskap og kompetanse innenfor ernæring.

Ved gjennomføringen av noen fokusgrupper, fortalte moderator og observatør ved en forglemmelse, om sin bakgrunn innenfor ernæring, noe som kan ha vært en svakhet i studien. Det kan ha ført til at den subjektive meningen ikke ble uttrykket som ønsket. Det kan indirekte ha påvirket hvilke erfaringer mødrene ønsket å dele, i tillegg til at de kan ha følt behovet for å fortelle det rette fremfor det som var sannheten.

6.1.7 Overførbarhet

Kvalitativ forskning bygger sjelden på mange enheter, hvor det er normalt å ha materiale på rundt ti til 25 deltakere (Malterud, 2011). Masteroppgaven inneholder ett begrenset innblikk av somaliske mødres holdninger og erfaringer, med kun 22 deltakere. Studiens funn kan på grunnlag av dette ikke overføres til den generelle befolkningen av somaliske mødre bosatt i Norge. På en annen side har resultatene i studien flere likhetstrekk fra de tidligere studiene til InnBaKost, noe som kan styrke funnene ytterligere. Eksempler på funn som også har dukket opp i de tidligere studiene, var mødrenes opplevelse av lav melkeproduksjon, den stressende tilværelse på helsestasjonen og mødrenes erfaring med å oppleve motstridende råd (Cruz, 2013; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Selseth, 2014). Disse likhetstrekkene kan være noe som kan overføres til tilsvarende grupper med somaliske mødre bosatt i områder som Oslo, Akershus og Buskerud. Studien intervjuer kun mødre. Fedre og andre familiemedlemmer som er tilknyttet barnet, ble ikke intervjuet og vi mister informasjon fra andre synsvinkler. Vi får kun informasjon gjennom mødrenes tanker og erfaringer. Det kan være interessant og verdifullt å intervju flere familiemedlemmer for å se situasjoner fra ulike perspektiver.

6.2 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen er inndelt i to deler: Oppsummering av studiens funn og diskusjon av resultatene. Hovedfunnene diskuteres og sammenlignes med tidligere litteratur. Enkelte av resultatene kan støttes opp mot data fra de tidligere studiene til InnBaKost (Cruz, 2013; Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Selseth, 2014). Da dette er en oppfølgingsstudie på den somaliske delen, vil hovedsakelig resultatene fra de tidligere dybdeintervjuene som ble

gjennomført på de somaliske mødrene, trekkes frem (Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013). Diskusjonen av resultatene vil bli fremstilt gjennom studiens tre forskningsspørsmål:

1. *Hva mener mødrene om amming, og hvilke erfaringer har de med sin ammepraksis i Norge?*
2. *Hvilke holdninger og praksis har de i henhold til sped- og småbarnsernæring?*
3. *Hvordan opplever mødrene møtet med helsestasjonen?*

Først følger en oppsummering av studiens hovedfunn.

6.2.1 Oppsummering av studiens hovedfunn

Hensikten i studien var å utforske somaliske mødres erfaringer med og holdninger til sped- og småbarnsernæring, samt hvilke faktorer som påvirker deres praksis. Temaer som ble diskutert underveis i fokusgruppene var amming, spedbarnsernæring, småbarnsernæring og deres møte med helsestasjonen i Norge. Mødrene hadde en positiv holdning til morsmelk og ønsket å amme sitt barn så lenge som mulig. Mødrene hadde forskjellige erfaringer med deres ammepraksis i Norge. Opplevelsen av lite melk i brystene og et morsmelkerstatningspress fra det somaliske nettverk, var faktorer som kunne påvirke deres ammepraksis. Mødrenes religion ble presentert som viktig for mødrene, og de ønsket å følge Koranens råd om amming, og spise mat som var lovlig (halal) ifølge den islamske religionen.

Mødrene fremsto som helsebevisste og var enige om at barnet hadde behov for næringsrik og fersk mat. På grunn av dette mente mødrene at hjemmelaget mat var bedre fremfor industribasert barnemat. Videre ønsket mødrene å begrense sukkerinntaket til sine barn og flere mente det norske begrepet *lørdagsgodt* var en god regel for å sette begrensninger.

Mødrene fikk råd om sped- og småbarnsernæring fra det somaliske nettverket, helsestasjonen og nettet. Videre erfarte deltakerne enkelte motstridende råd fra helsestasjonen og det somaliske nettverket, som ble beskrevet som utfordrende.

Mødrene hadde ulike opplevelse av møte med helsestasjonen i Norge. Mødrene mente at kulturforskjeller kunne være en barriere i rådgivingen. Flere av mødrene meddelte at helsestasjonen ikke hadde en god nok forkunnskap og forståelse for deres kultur, og derfor ga for generelle råd. På en annen siden ble helsestasjonen fremstilt som den mest pålitelige kilden hos mødrene. Videre var det flere av mødrene som ikke hadde fått tilbud om tolk i møtet med helsestasjonen. Mødrene fortalte at de mottok en del skriftlig informasjon, men savnet råd og informasjon om sped- og småbarnsernæring.

6.2.2 Diskusjon av resultatene

Hva mener mødrene om amming, og hvilke erfaring har de med sin ammepraksis i Norge?

Positive til amming

Mødrenes hadde en positiv holdning til amming, og mente at det var det beste for barnet. Følgende har også vist seg å forekomme hos andre ikke-vestlige innvandrere bosatt i vesten (Ayub, 2008; Marshall et al., 2007; Selseth, 2014). I likhet med litteraturen (Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013; Steinman et al., 2010) hadde deltakernes religion en betydning for mødrene, og rådet om amming som sto skrevet i Koranen, kunne være en påvirkning for mødrene til å amme sine barn. Sammenlignet med en studie gjennomført på pakistanske mødre i Norge, hadde Koranen også en betydning for deres ammepraksis (Ayub, 2008). Forskeren fikk imidlertid inntrykk av at Koranen ble sett på som en religiøs motivasjon, og flere av mødrene visste ikke hvor lenge Koranen anbefalte å amme (Ayub, 2008). En kvalitativ studie fra Somalia konkluderte med at en normal ammelengde i hjemlandet var mellom ett til tre år (Food Security Analysis Unit Somalia [FSAU], 2007). Videre har en tidligere studie fra USA vist at somaliske mødre erfarte å ha en kortere ammeperiode sammenlignet med hjemlandet (Steinman et al., 2010).

Forståelse av begrepet fullamming

Mødrenes ammepraksis i Norge kan være preget av deres kunnskap og vaner de har tatt med seg fra hjemlandet. Introduksjonen av vann fra fødsel ble beskrevet av mødrene som et kulturelt preg. Videre ga de uttrykk for at dette var noe de hadde tatt med seg til Norge fra Somalia. Som tidligere nevnt er det anbefalt å fullamme i seks måneder, uten noe annet tillegg av fast føde og vann (WHO, 2008; WHO & UNICEF, 2003). På lik linje med Lyngstad (2014) og Nguyen (2013) sine studier, var fullamming ikke et kjent begrep blant mødrene. En sammenligning av mødrenes ammepraksis i Norge og Somalia er vanskelig å gjennomføre, fordi det er få studier om mødrenes ammepraksis i Somalia. Det har imidlertid blitt gjennomført en kvalitativ studie i Somalia (KAP-studien), som undersøkte mødrenes kunnskap, holdninger og praksis (FSAU, 2007). I KAP-studien viste det seg at det engelske begrepet *exclusive breastfeeding* (fullamming) ikke var et kjent begrep i Somalia, og de som hadde hørt begrepet hadde en annen oppfatning enn den primære betydningen. Videre trodde de begrepet omhandlet å gi morsmelk, annen melk og vann i seks måneder (FSAU, 2007).

Det er trolig ikke bare somaliske innvandrere i Norge som misforstår begrepet fullamming. I den irakiske delen til InnBaKost oppsto det forvirringer blant mødre når fullamming ble nevnt (Selseth, 2014). Videre har det vist seg at kun 38 prosent av irakere bosatt i Irak hadde riktig forklaring på begrepet *exclusive breastfeeding* (Ameer, Al-Hadi & Abdulla, 2008). Den lave forekomsten av fullamming har også blitt rapportert i andre studier gjennomført på somaliske mødre bosatt i Norge (Cruz et al., under utgivelse; Grewal et al., under utgivelse; Madar et al., 2009). Sammenlignes disse funnene opp imot spedkost undersøkelsen fra 2008, var det kun ni prosent av de etnisk norske mødre som fullammet ved seks måneders alder (Øverby et al., 2008). Ut ifra funnene fra masteroppgaven og tidligere litteratur kan det se ut som at det er en lav forekomst av fullamming både hos innvandrer-mødre, og etnisk norske mødre bosatt i Norge.

Lav melkeproduksjon

Selv om mødre var positive til morsmelk, var det flere faktorer som kunne påvirket mødrenes ammepraksis etter de hadde flyttet til Norge. Opplevelsen av å produsere for lite brystmelk i henhold til spedbarnets behov, var et problem som hadde oppstått hos enkelte av mødre i studien. Somaliske mødres erfaring av å produsere for lite melk, har imidlertid også dukket opp i andre lignende studier fra USA (Steinman et al., 2010; Taxtor et al., 2013). Følgende kom også frem i både seks- og tolv månedersstudien til InnBaKost (Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013). Utilstrekkelig med morsmelk har også blitt sett på som en utfordring blant andre innvandringsgrupper bosatt i vestlige områder (Marshall et al., 2007; Taxtor et al., 2013). For å øke melkeproduksjonen, fikk mødre råd fra det somaliske nettverket. Det vanligste rådet var å øke mat- og væskeinntaket, gjerne i form av juice eller søt te med melk. Følgende forklaring kom også frem i en kvalitativ studie av somaliske mødre bosatt i Minnesota (Missal, Clark & Kovaleva, 2015). Imidlertid kom det motsatte frem i Taxtor et al sin studie fra 2013. I denne studien mente de somaliske mødre at følgende råd kun var en myte, og at de på helsestasjonen hadde sagt at det ikke hadde noen betydning, så lenge de opprettholdt et balansert kosthold. I Grotnes (upublisert masteroppgave) sin studie av helsesøstre i Norge, meddelte helsepersonellet at de ønsket å påvirke ikke-vestlige innvandrere i Norge til å amme så lenge de hadde muligheten. De ønsket å påvirke mødre til å amme ved å beskrive om de positive effektene til morsmelken, og informere om at til og med små mengder morsmelk kunne være tilstrekkelig for spedbarnet.

Det er usikkert hva som kan være den utløsende påvirkningsfaktoren til at mødre opplever en lav melkeproduksjon i brystene. Flere av mødre som nevnte lav

melkeproduksjon, beskrev også opplevelsen av stressende tilværelser i Norge. Følgende har også vist seg i lignende studier fra både Norge og USA (Lyngstad, 2014; Steinman et al., 2010). En studie gjennomført på somaliske mødre bosatt i Seattle, konkluderte med at mødrene opplevde tilværelsene i vesten som både stressende og utfordrende for dem å gjennomføre sine tradisjoner slik som *40-dagers hvilen* tilsier, fordi de ikke opplevde den samme roen som de hadde i hjemlandet (Steinman et al., 2010).

Morsmelkerstatningspress

I studiens periode kom det frem blant mødrene at morsmelkerstatning i tillegg til morsmelken, ble sett på som et kulturelt preg og kunne påvirke deres ammepraksis. En studie gjennomført i statene viste at somaliske mødre hadde et ønske om at deres spedbarn skulle være lubne, og startet derfor tidlig med en kombinasjon av morsmelk og morsmelkerstatning (Hill, Hunt & Hyrkäs, 2012). Mødrene hadde ulike oppfatninger av lubbenhet hos barn. Enkelte mente at dette var en gammel myte, mens andre kunne se på det som en utfordring. I Lyngstad (2014) sin studie opplevde mødrene dette som forvirrende. De somaliske kvinnene meddelte at vekstkurven på helsestasjonen kunne indikere at barnet var for tykt, mens det somaliske nettverket kunne si det motsatte. I en tilsvarende studie av Taxtor et al. (2013) om mødrenes ammepraksis og ammeveiledning, informerte de somaliske mødrene om at de hadde fått motstridende råd fra familiemedlemmer og helsesøsteren angående hvordan ammepraksisen skulle gjennomføres. Et eksempel på dette var om en mor som hadde fått beskjed av helsesøster om ikke å amme sitt barn etter sengetid, fordi hennes barn veide mer enn anbefalt. Dette rådet ble oppfattet som misvisende for moren, fordi i hennes kultur var lubne barn sett på som «sunne barn» (Taxtor et al., 2013). Afrikanske innvandrere bosatt i Australia beskrev at en høy kroppsvekt, hadde stor verdi i Afrika og var et symbol på blant annet suksess. På den andre siden ble en lav kroppsvekt assosiert med fattigdom (Wilson, Renzaho, McCabe & Swinburn, 2010). Videre i denne studien beskrev en ung somalisk kvinne dette som utfordrende, fordi hennes somaliske mor ville at hun skulle legge på seg, noe hun slettes ikke ønsket (Wilson et al., 2010). Imidlertid har det vist seg at det ikke bare er somaliske kvinner som kan ha denne oppfatningen av barnets kroppsstørrelse (Chaidez, Townsend & Kaiser, 2011). En lignende studie på meksikanske innvandrere bosatt i USA, viste at kroppsstørrelsen også her hadde en betydning. En mor fortalte i denne studien at hun hadde fått beskjed av venner og bekjente at hennes barn var for tynt. Videre reflekterte hun over at årsaken kunne være at hun ammet fremfor å gi melk på flaske (Chaidez et al., 2011). En tidligere rapport fra Seattle i 2003 viste at et av de vanlige helseproblemene blant somaliske barn bosatt i USA,

var overvekt og fedme (Haq, 2003). Ut ifra informasjonen mødrene meddelte i denne studien og funn fra tidligere litteratur, kan den kulturelle betydningen av morsmelkerstatning være med på å forårsake overvekt hos unge barn. En tidligere oppsummeringsstudie fra 2008, konkluderte at barn med overvekt i ung alder, hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å utvikle overvekt i voksen alder, sammenlignet med normalvektige barn (Singh, Mulder, Twisk, Van Mechelen & Chinapaw, 2008).

Hvilke holdninger og praksis har de i henhold til sped- og småbarnsernæring?

Hjemmelaget mat

I studiens periode kom det frem at mødrene hadde et sterkt ønske om at deres barn skulle opprettholde en god helse. Mødrene ble framstilt i studien som helsebevisste, og de ønsket å lage mat fra bunnen av om de hadde muligheten. Hjemmelaget mat ble sett på som bedre kvalitet enn industribasert barnemat. Følgende funn kom også frem hos både de somaliske og irakiske mødrene i tolv måneders studie til InnBaKost (Lyngstad, 2014; Selseth, 2014). I anbefalingen *mat for spedbarn* utgitt av helsedirektoratet, står det skrevet at hjemmelaget mat kan være bedre enn industriefremstilt barnemat fordi det ofte inneholder mer smak og barnet venner seg raskere til familiens mat. Industribasert barnemat ble framstilt i anbefalingene som et raskt og enkelt alternativ til de med dårlig tid (Helsedirektoratet, 2013). Ifølge Steinman et al. (2010) ønsket ikke mødrene å kjøpe industribasert barnemat, i bekymring for at maten ikke var fersk nok. Fersk mat har også blitt assosiert som et sunnere alternativ sammenlignet med industribasert og frossen mat i en engelsk studie (Lawrence et al., 2007). I Terragni et al. (2014) sin kvalitative studie fra Norge, var det en somalisk kvinne som fortalte at frossen mat var noe de aldri spiste i Somalia. Videre hadde dette noe med tilgjengeligheten i hjemlandet, hvor hun var vant til å handle på store supermarkeder, med tilgang på fersk mat. Overgangen var stor når hun kom til Norge, hvor mye av maten var frossent (Terragni et al., 2014).

En eldre kvantitativstudie fra 1997 viste også her at de fleste somaliske mødre var opptatt av hva barnet deres spiste. Ferskhets var også et tema som dukket opp i denne studien. Mødrene svarte at det var viktig at matvarer som frukt, grønnsaker og kjøtt måtte være ferskt. Ensidig kosthold var heller ikke gunstig for barnets helse (Madar, 1997). Pakistanske kvinner bosatt i Oslo regionen har også nevnt det med fersk mat i en kvalitativ studie fra 2007. Det kom frem at tilgangen på for eksempel friske frukter og grønnsaker ikke var det samme som i Pakistan. Tilgjengeligheten på varene i Norge var til stede, men hadde ikke like mye smak som i hjemlandet (Mellin-Olsen & Wandel, 2005).

Det er imidlertid ikke bare ikke-vestlige innvandrere som har bosatt seg i vestlige områder, som ønsker å lage hjemmelaget mat til sine barn. En studie fra Danmark viste at de danske deltakerne så på hjemmelaget mat som det beste for barn, men hadde heller ikke noe problem med å kjøpe industribasert barnemat (Nielsen, Michaelsen & Holm, 2014). I småbarnskost-undersøkelsen fra 2007 kom det frem at flertallet av etnisk norske mødre laget hjemmelaget grøt framfor industribasert barnegrøt (Kristiansen & Andersen, 2009). Hos de somaliske mødrene i studien som ikke laget hjemmelaget barnemat, ble tiden framstilt som en begrensning. Følgende har også vist seg å være en påvirkningsfaktor i andre lignende studier (Lawrence et al., 2007; Tiedje et al., 2014). Ut ifra masteroppgavens funn og tidligere litteratur er det mye som tyder på at matens kvalitet kan ha en betydning på hvilken mat mødrene gir til sine sped- og småbarn.

Viktig med halal

Religion hadde en påvirkning på mødrenes praksis, og det var viktig at deres barn spiste halal. At maten skal være halal slaktet har også blitt meddelt i andre studier gjennomført på muslimske innvandrere bosatt i Europa (Garnweidner et al., 2012; Jonsson et al., 2002; Lawrence et al., 2007; Lyngstad, 2014; Mellin-Olsen & Wandel, 2005; Selseth, 2014; Terragni et al., 2014). Frykten for at enkelte matvarer skal inneholde gris, kan påvirke deres matvarevalg (Garnweidner, 2013; Haq, 2003; Mellin-Olsen & Wandel, 2005; Offelen, Sherman, May & Rhodes, 2011). Følgende kom frem i en amerikansk rapport fra 2003 hvor somaliske foreldre fortalte at de ikke ønsket å gi sine barn matvarer som for eksempel ost og yoghurt, i frykt om at det kunne inneholdt gris (Haq, 2003). Somaliske mødre har tidligere meddelt at en oversikt over matvareprodukter som inneholder svinekjøtt, kan gjøre det enklere for dem å handle i matbutikker (Offelen et al., 2011). På en annen siden kan dette være en utfordring for dem som ikke kan lese. I Mellin-Olsen og Wandel sin kvalitative studie fra 2005, kom det frem at pakistanske kvinner bosatt i Oslo, hadde problemer med å handle matvarer like etter migrasjonen til Norge. Årsaken var at enkelte hadde problemer med å forstå varedeklarasjonen fordi de ikke kunne lese.

Begrense inntaket av sukker

Et høyt inntak av sukker mente mødrene ikke var bra for den fysiske helsen til barnet. Lignende funn har også vist seg i andre studier fra både Europa og USA (Madar, 1997; Nielsen et al., 2013; Sherry et al., 2004). Mødrene fortalte at de selv var strenge på søtsaker, og beskrev fedrene som de «snille». Lignende funn kom også frem i Lyngstad (2014) og

Selseth (2014) sine studier. Ifølge Madar sin studie fra 1997 svarte de somaliske mødrene også her, at søtsaker som godteri og sukkerholdig drikke, ikke var bra for barnets helse. Det er imidlertid ikke bare somaliske mødre bosatt i Norge som er bevisste på søtsaker. En tidligere studie fra Danmark undersøkte tyrkiske og pakistanske innvandrermodres holdninger og erfaringer. I denne studien kom det frem at mødrene var bevisste på matvarefronten. Det var viktig for dem at barnet fikk i seg rikelig med energi, vitaminer, frukt og grønnsaker (Nielsen et al., 2013).

Til tross for følgende funn har tidligere forskning vist at innvandrerbarn i Norge har en høyere forekomst av karies, sammenlignet med etisk norske barn (Brobakken et al., 2003; Gimmestad et al., 2006; Skeie et al., 2005; Skeie et al., 2006; Wigen & Wang, 2010). Søt drikke etter sengetid kunne være en økende faktor til karies blant innvandrerbarn ved treårsalder ifølge Skeie et al. (2006). I studiens periode fortalte mødrene at det ikke var uvanlig at deres barn drakk saft og juice daglig. Ifølge Wigen og Wang (2010) er den mest utsatte gruppen ikke-vestlige barn, med foreldre som har en lav utdanning. Det er anbefalt å begrense inntaket av sukkerholdig mat og drikke til små barn (Hay et al., 2001). Søtdrikkevarer gitt på flaske er viktig å begrense, fordi det kan gi store syreskader på tennene til barnet (Hay et al., 2001). I Nova-rapporten fra 2011, fortalte helsesøstrene at de ofte brukte skremselspropaganda til foreldrene når de så tidlige tannproblemer hos småbarn. Dårlig tannhelse forekom ofte blant innvandrere mente helsesøstrene. Bilder av tannproblemer blant småbarn ble vist til foreldrene, og hadde en positiv virkning ifølge helsesøstrene (Danielsen et al., 2011). Tilgjengeligheten på søtsaker kunne være en avgjørende faktor mente mødrene. Følgende har også kommet frem i en kvalitativ studie fra Australia. I denne studien kom det frem at tilgjengeligheten på bearbeidet mat var lettere tilgjengelig i matbutikkene, sammenlignet med deres hjemland Somalia (Wilson et al., 2010).

Viktig med inntak av vitamin D

Andre faktorer som var viktig for mødrene var vitamin D inntaket til deres barn. Deltakerne hadde fått med seg hvor viktig vitamin D var, og mente dette rådet var et av de viktigste rådene de hadde fått på helsestasjonen. Lignende kom også frem i tolv månedersstudien, hvor mødrene også her hadde fått råd om vitamin D-tilskudd fra helsestasjonen. Mødrene hadde i denne studien fått beskjed om at det var nødvendig med tilskudd på grunn av lite sol i Norge, og at det var viktig for beinhelsen (Lyngstad, 2014). Mødrene ga et inntrykk av at de var nøye med å gi det til sine barn, men tok det ikke selv. En eldre kvantitativ studie fra 1997 viste at alle mødrene svarte at de ga barnet daglig kosttilskudd i form av tran og/eller Sanasol (Madar,

1997). Ifølge litteraturen lider ikke-vestlige innvandrere i Norge av vitamin D mangel (Eggemoen et al., 2013; Madar et al., 2009).

For å forebygge utviklingen av rakitt blant ikke-vestlige innvandrere i Norge, har det siden 2007 vært utdeling av gratis vitamin D-dråper til spedbarn med ikke-vestlig innvandringsbakgrunn (Helsedirektoratet, 2009a). Denne ordningen gjelder fra fødsel til seks måneders alder, og utdeles på helsestasjonen. Helsedirektoratet har videre oversatt informasjonsbrosjyrer fra norsk til fem andre språk, hvor somali er blant ett av disse. Brosjyrene skal deles ut samtidig som utgivelse av tilskuddet (Helsedirektoratet, 2009a). I 2011 ble det gjennomført en randomisert kontrollstudie av åtte helsestasjoner i Oslo området. I denne studien var det ønskelig å undersøke om den skiftelige informasjonen om vitamin D hadde noen effekt på ikke-vestlige innvandringsgrupper i Norge. Somaliske mødre var blant dem som ble studert. Det viste seg at skriftlig informasjon på deres morsmål hadde ingen effekt på deres vitamin D-status. Videre ble det konkludert med at det er nødvendig å utvikle mer effektive strategier for å bedre deres vitamin D-status, enn skriftlig materiell på deres morsmål (Madar, Klepp & Meyer, 2011).

Endring av matvaner etter migrasjon

Det kan imidlertid virke som om mødrene har blitt påvirket av de kulturelle mønstrene vi har i Norge, som introduksjon av brødmat. Pålegg som kaviar, brun ost og makrell i tomat ble nevnt blant mødrene. I en tidligere studie fra Norge, ble brødmaten definert som noe uvisst i starten etter migrasjon, og det var problematisk å vite hva som skulle smøres på matpakken til deres barn. Videre ønsket mødrene å gjøre dette riktig, i frykt for at deres barn skulle skille seg ut (Terragni et al., 2014). Det var tydelig at mødrene som hadde bodd i Norge flere år, hadde blitt påvirket av den norske kulturen. Begrepet lørdagsgodt var et godt eksempel på følgende, og mødrene så på det som nyttig for å begrense godteri inntaket til sine barn. Endring i matvaremønster og matvarevalg oppstår ofte etter migrasjon (Satia-Abouta, 2003). Selv om mødrene hadde endret sine matvaner til norsk pregede matvarer og matvaner, var det også viktig å spise kulturell somalisk mat. Norsk mat har tidligere blitt beskrevet som «smakløst» og «kjedelig» (Garnweidner, 2013; Garnweidner et al., 2012). At ikke-vestlige innvandrere fortsetter med å opprettholde sine opprinnelige mattradisjoner har vist seg i andre norske- og svenskestudier (Garnweidner, 2013; Garnweidner et al., 2012; Jonsson et al., 2002; Mellin-Olsen & Wandel, 2005; Persson et al., 2014; Selseth, 2014; Terragni et al., 2014).

Åpne for råd angående sped- og småbarnsernæring

Mødrene i studien fremsto som åpne for råd og informasjon om ernæring. En studie fra Minnesota (Offelen et al., 2011) viste også her at de somaliske mødrene var ivrige etter å lære om ernæring og maten de spiste. Ifølge Offelen et al. (2011) var mødrene entusiastiske etter å lære, og var åpne for råd om ernæring og helsemessige effekter. Mødrene fortalte at de ønsket mer informasjon om ernæring til sine barn av de på helsestasjonen. Ut ifra sped- og småbarnskost-undersøkelsene så ønsket også etnisk norske mødre mer råd om både sped- og småbarnsernæring. I følgende studier svarte cirka halvparten av deltakerne at de ønsket mer informasjon om kosthold og helse (Kristiansen & Andersen, 2009; Øverby et al., 2009; Øverby et al., 2008).

I seks måneders studien til InnBaKost kom det frem blant de somaliske mødrene at de følte at rådene ikke var tilrettelagt for deres kultur (Nguyen, 2013). Hvordan mødrene sorterte de ulike rådene de fikk i henhold til sine barn, beskrev mødrene som utfordrende til tider, fordi de hørte så mange ulike råd, fra forskjellige områder. Følgende har også kommet frem i tidligere forskning (Steinman et al., 2010; Taxtor et al., 2013). Mødrene reflekterte over at morsinstinktet hadde størst betydning, og var følgende som avgjorde for hva de skulle lytte til ved opplevelsen av motstridende råd. Mødrene begrunnet det med at moren hadde den sterkeste tilknytningen til barnet. På den andre siden kom det frem i Steinman et al. (2010) sin studie at mødrene ofte kombinerte rådene. Her forklarte flere av mødrene at de startet med å følge doktorens råd, og fungerte ikke følgende i første omgang, så var det deres eget instinkt som ble vektlagt for videre avgjørelse. I denne studien var det enkelte av mødrene som beskrev at de valgte å bruke en kombinasjon av råd fra doktoren og behovet for å følge sine egne instinkter (Steinman et al., 2010).

Hvordan opplever mødrene møtet med helsestasjonen?

Lav kulturforståelse

Kulturforskjeller var et tema som kom opp i studien, hvor mødrene følte at deres kultur ikke alltid ble forstått i møte med de norske rådene. Følgende har også kommet frem i en eldre studie fra 2005 blant pakistanske innvandrere bosatt i Oslo. Enkelte av deltakerne i denne studien fortalte at de erfarte å motta råd basert på de norske rådene, hvor ikke deres kultur ble tatt i betraktning (Fagerli, Lien & Wandel, 2005). En tidligere studie fra Minnesota konkluderte med at kulturforskjellen mellom helsestasjonen og somaliske mødre, kan ha en påvirkning på ammepraksisen til mødrene, og innvandrer-mødrene følte seg ofte misforstått av

helsesøster (Taxtor et al., 2013). Steinman et al. (2010) gjennomførte en studie i USA med fokusgrupper på somaliske mødre. Mødrene meddelte at de i enkelte situasjoner opplevde motstridende råd, og at rådgivningen ikke alltid tok hensyn til deres religion. Det var viktig at de som ga dem råd på helsestasjonen eller hos legen, måtte sette seg bedre inn i deres religion. Videre begrunnet mødrene dette med at alle mennesker er forskjellige, med for eksempel ulike religioner og kulturer (Steinman et al., 2010). På den andre side har helsesøstre meddelt at de synes veiledningen av innvandrer-mødre er utfordrende å gjennomføre, og fikk ofte et inntrykk av at de ikke lyttet til rådene som de ga på helsestasjonen (Taxtor et al., 2013). I en kvalitativ studie fra Norge kom det frem at ikke-vestlige innvandrere fra Somalia, Pakistan og Tyrkia meddelte at de opplevde å få en dårligere behandling i det norske helsevesenet, sammenlignet med den etisk norske befolkningen (Goth & Berg, 2011). Helsearbeidere i Norge har påpekt at det er ønskelig å tilrettelegge veiledningen til hvert enkelt individ, hvor alle skal behandles på helt lik linje (Fagerli, Lien, Botten & Wandel, 2005). I en kvalitativ studie fra Minnesota fortalte somaliske kvinner at helsevesenet i USA hadde et ansvar for å sette seg inn i deres kultur. Videre mente de at kulturforskjellen var med på å skape en barriere mellom deres kommunikasjon med helsevesenet. Ifølge kvinnene kunne økt kunnskap være med på å øke kvaliteten til behandlingen de mottok (Plaisted, 2002). Selv om mødrene mente at de på helsestasjonen manglet en kulturforståelse, ble helsestasjonen definert som den mest pålitelige kilden i henhold til sped- og småbarnsernæring. Dette er noe mødrene også meddelte i både seks- og tolv månedersstudien til InnBaKost (Lyngstad, 2014; Nguyen, 2013), og har også blitt fortalt i en lignende studie fra Danmark (Nielsen et al., 2013).

Tilbud om tolk

Ved å bruke tolk i konsultasjonstimene kunne misforståelser unngås, mente mødrene, noe som ble sett på som en utfordring fordi ikke alle mødrene hadde fått tilbud om tolk. Lignende kom også frem i Steinman et al. (2010) sin studie, hvor mødrene mente at tolk kunne være en avgjørende faktor for om de forsto det som ble sagt på helsestasjonen eller ikke. Tall fra 2005–2006 viser at kun fire av ti somaliske innvandrere i Norge fikk tilbud om tolk under siste legebesøk (Blom, 2008). På den annen siden kan bruk av tolk også by på utfordringer for individet. Ifølge Goth og Berg (2011) sin kvalitative studie i Norge var deltakerne engstelige for at det som ble sagt i samtalen med legen, skulle spres videre gjennom tolken. Det skapte videre bekymring for at rykter skulle spres. Som en konsekvens av denne bekymringen, valgte enkelte å ha med familiemedlemmer eller venner for å oversette. I en kvalitativ studie

gjennomført på sykepleiere i Danmark, så helsepersonellet på tolk bruk som en stor ressurs. Videre mente de at språk kunne være et problem i samtale med minoritetsgrupper (Nielsen & Birkelund, 2009). Sykepleierne fortalte videre at de ønsket å begrense bruken av tolk, fordi det var en stor belastning for økonomien til sykehuset. Bestilling av tolk var avhengig av alvorlighetsgraden. Var det ikke snakk om et alvorlig tema, prioriterte de å bruke familiemedlemmer som kunne det danske språket til oversettelse, fremfor bestilling av tolk (Nielsen & Birkelund, 2009). Ut ifra masteroppgavens funn og tidligere litteratur, kan det virke som at tolk tjenesten ikke alltid fungerer som det skal.

Skriftlig vs. Muntlig informasjon

Brosjyrer utgitt på helsestasjonen bør være skrevet på personens morsmål (Straus, McEwen & Hussein, 2007), men tidligere forskning kan være en indikasjon på at muntlig informasjon er mer vanlig sammenlignet med skriftlig informasjon i den somaliske kulturen (Offelen et al., 2011; Straus et al., 2007). I Straus et al. (2007) sin studie mente somaliske helsearbeidere at muntlig informasjon var mer vanlig i den somaliske kulturen, og det ble sett på som en utfordring når flere av brosjyrene skulle oversettes fra engelsk til somali, fremfor å gi rådgivning muntlig til individet. I en tidligere studie fra Minnesota meddelte somaliske mødrene at enkelte hensyn kan være nødvendig å ta i betraktning (Offelen et al., 2011). De mente at det var viktig for fagpersonell å vite at den somaliske kulturen hovedsakelig besto av en muntlig kultur. Mødrene kom med eksempler på virkemidler som spill, skuespill og historiske fortellinger. Mødrene mente følgende kunne være gode metoder å formidle informasjon (Offelen et al., 2011). I Norge har både Helsedirektoratet, Mattilsynet og helse- og velferdsetaten i Oslo kommune oversatt flere brosjyrer fra norsk til ulike språk, hvor somali er blant en av dem. Nasjonal kompetanse for minoritetshelse har en oversikt over oversatte brosjyrer på sin hjemmeside (Nasjonal kompetansenhet for minoritetshelse [nakmi], Undated). Årsaken til at mødrene ikke har mottatt følgende brosjyrer er uvisst, og det kan være flere ulike forklaringer til nettopp dette. På den ene siden kan det funderes over om helsepersonellet er fullstendig klar over følgende tilbudet, eller så kan det være at helsepersonellet ser at skriftlig materiell ikke gir noen effekt, og verdsetter derfor muntlig informasjon fremfor skriftlig. Imidlertid kom det også frem under studien, at ikke alle mødrene stilte spørsmål under møtet med helsestasjonen. Følgende kan også være en faktor til at mødrene ikke mottok skriftlig informasjon om småbarnsernæring.

7.0 KONKLUSJON

Masteroppgaven gir et innblikk i enkelte somaliske mødre sine holdninger, erfaringer og praksis i henhold til sped- og småbarnsernæring, samt hvordan deres møte har vært med helsestasjonen i Norge. Stressende tilværelser, motstridende råd og kulturforskjeller var faktorer som kunne påvirke deres praksis. Mødrene poengterte at de hadde en stor tillitt til helsestasjonene. Følgende indikerer at helsestasjonen er en viktig arena i møte med innvandringsmødre i Norge. Det er mye som tyder på at rådene må tilrettelegges mer tilpasset de ulike kulturer, for at informasjonen som blir formidlet skal være forståelig. Det er et økende behov for at helsepersonell tar hensyn til at kulturelle faktorer kan ha en påvirkning på mødrenes matvalg til sine sped- og småbarn. Det er nødvendig å ta i betraktning at mødre har et ønske om å opprettholde sine kulturelle matvaner, samtidig som de blir påvirket av matvaner vi har i Norge. Videre kan det være utfordrende for mødre å vite hvilke råd de skal lytte til, på grunn av ulike råd fra forskjellige arenaer i samfunnet. Ut ifra det mødre fortalte kan det virke som at muntlig informasjon er høyere verdsatt enn skriftlig, derfor er det viktig med tolk til mødre med lave norskerferdigheter.

Et interessant funn i studien var at mødre så på gruppediskusjoner med andre somaliske mødre i Norge som både nyttig og lærerikt. Følgende kan være noe å ta i betraktning, og kan bidra til at innvandrere med lagt og kort opphold i Norge, møtes for å dele sine tanker og erfaringer med hverandre. Mødrene fikk blant annet råd om kosthold til deres barn fra venner og familie. Det kan være interessant å inkludere følgende personer til gruppemøtene. På denne måte kan helsestasjonen formidle rådene til flere personer som kan ha en påvirkning på barnet. Dette kan være med på å minske forutsetningene for motstridende råd.

Informasjonen mødre formidlet i InnBaKost prosjektet kan brukes videre til å forbedre rådgivningen og kommunikasjonen på blant annet helsestasjonen i Norge. I tillegg bidrar det til en dypere forståelse innenfor mødrenes sped- og småbarnsernæring.

Det er imidlertid behov for flere kvalitative studier som undersøker innvandrere bosatt i Norge, andre områder enn Oslo.

REFERANSER

- 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. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(5), 1003-1014.
- Andreassen, K. K., Dzamarija, M. T. & Slaastad, T. I. (2013). *Innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre – befolkningsstatistikk stort mangfold i lille Norge*. Hentet 06. Mai 2015 fra <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/stort-mangfold-i-lille-norge>
- Ayub, S. (2008). *Morsmelk, en gave fra Gud...En kvalitativ studie om amming og norsk-pakistanske kvinner* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Berg, B. L. & Lune, H. (2014). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (8. utg.). Edinburgh: Pearson Education.
- Blom, S. (2008). *Innvandrerens helse 2005/2006*. Hentet 11. Mai 2015 fra http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200835/rapp_200835.pdf
- Brobakken, S. S. K., Helgesen, A. G. & Skaare, A. B. (2003). Kariesforekomst blant treåringer i et storbyområde med mange innvandrere. *Nor Tannlegeforen Tid*, 113(12), 610-612.
- Brunvand, L. & Brunvatne, R. (2001). Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 121(6), 715–718.
- Brämberg, 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.
- Chaidez, V., Townsend, M. & Kaiser, L. L. (2011). Toddler-feeding practices among Mexican American mothers. A qualitative study. *Appetite*, 56(3), 629-632. doi: 10.1016/j.appet.2011.02.015.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2. utg.). London: SAGE.
- 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* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Cruz, J. R. H., Nguyen, C., Wandel, M. & Paoli, M. M. d. (under utgivelse). Challenges in immigrant mothers' infant feeding practices. A qualitative study of Iraqi and Somali mothers living in Norway.
- Dahlgren, L., Emmelin, M. & Winkvist, A. (2007). *Qualitative Methodology for International Public Health*. Sweden: Umeå University.
- Danielsen, K., Engebriksen, A. I. & Finnvold, J. E. (2011). "For å jobbe her må en være interessert i folka som bor her". *Helsesøstre og brukere på tre helsestasjoner i Alna*

- bydel (NOVA-rapport nr. 22/2011). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Debebe, Z. (2012). Eastern Mediterranean Region. I A. Thaker. & A. Barton (Red.), *Multicultural Handbook of Food, Nutrition and Dietetics* (s. 236-244). Nottingham: Wiley-Blackwell.
- Eggemoen, Å. R., Knutsen, K. V., Dalen, I. & Jenum, A. K. (2013). Vitamin D status in recently arrived immigrants from Africa and Asia: a cross-sectional study from Norway of children, adolescents and adults. *BMJ Open*, 3(10), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003293.
- Epland, J. & Kirkeberg, M. I. (2014). *Barn i lavinntektshusholdninger. Flere innvandrerbarnfamilier med lavinntekt*. Hentet 06. Mai 2015 fra <http://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrerbarnfamilier-med-lavinntekt>
- Esposito, N. (2001). From Meaning to Meaning: The Influence of Translation Techniques on Non-English Focus Group Research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 568-579. doi: 10.1177/104973201129119217.
- Fafo. (udatert). *InnBaKost: Ernæring og helse blant barn med innvandringsbakgrunn*. Hentet 06. Mai 2015 fra <http://www.fafokiv.no/ais/health-environment/innbakost.html>
- Fagerli, R. A., Lien, M. E., Botten, G. S. & Wandel, M. (2005). Role dilemmas among health-workers in cross-cultural patient encounters around dietary advice. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(5), 360-369. doi: 10.1080/14034940510005888.
- Fagerli, R. A., Lien, M. E. & 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.
- Fangen, K. (2008). *Identitet og praksis: Etnisitet, klasse og kjønn blant somaliere i Norge*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Food and agriculture organization of the united nations (FAO). (2005). *Nutrition Country Profile Somalia*. Hentet 13. Mai 2015 fra <ftp://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/ncp/som.pdf>
- Food Security Analysis Unit Somalia (FSAU). (2007). *Somali knowledge, attitude and practices study (KAPS): Infant and young child feeding and health seeking practices*. Hentet 13. Mai 2015 fra http://ethnomed.org/clinical/pediatrics/somali_knowledge_attitude_practices_study_dec07.pdf/view?searchterm=KAPS
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=helsestasjonen>

- Foss, A. H. (2006). *Fruktbarhet blant innvandrerkvinner. 1 av 5 nyfødte har foreldre som har innvandret*. Hentet 13. Mai 2015 fra <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyfodte-har-foreldre-som-har-innvandret>
- Garduno-Diaz, S., Husain, W., Ashkanani, F. & Khokhar, S. (2013). Meeting challenges related to the dietary assessment of ethnic minority populations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(4), 358-366. doi: 10.1111/jhn.12153.
- Garnweidner, L. M. (2013). *Promoting a healthy diet in antenatal care: Qualitative studies of barriers to nutrition communication among women of different ethnic backgrounds in the Oslo Area* (Doktoravhandling), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Garnweidner, L. M., 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. *Nutrition Education and Behavior*, 44(4), 335-342. doi: 10.1016/j.jned.2011.08.005.
- Gele, A. A., Johansen, E. B. & Sundby, J. (2012). When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*, 12(697), 1-10. doi: 10.1186/1471-2458-12-697.
- Gele, A. A. & Mbalilaki, A. J. (2013). Overweight and obesity among African immigrants in Oslo. *BMC Research Notes*, 6(119), 1-6. doi: 10.1186/1756-0500-6-119.
- Gimmestad, A. L., Holst, D. & Grytten, J. (2006). Tannhelse og etnisk bakgrunn. Barn og ungdom i Oslo fra 1999 til 2004. *Nor Tannlegeforen Tid*, 116(13), 836-841.
- Goth, U. G. S. & Berg, J. E. (2011). Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *European Journal of General Practice*, 17(1), 28-33. doi: 10.3109/13814788.2010.525632.
- Grewal, N. K., Andersen, L. F., Sellen, D., Mosdøl, A. & Torheim, L. E. (under utgivelse). Breastfeeding and feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey. *Public Health Nutrition*.
- 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: 10.3390/nu6062333.
- Grotnes, A. (upublisert masteroppgave). *Exploring public health nurses experience on communicating infant feeding and nutrition advice to immigrant mothers residing in Norway* (Masteroppgave). Høyskolen i Oslo og Akershus, Oslo.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. London: Saga Publications.
- Haakonsen, J. M. (2005). Somalia - historie, kultur og samfunn. I K. Nes, T. Skoug & M. Strømstad (Red.), *Somaliere i Norge. Perspektiv på språk, religion og integrering* (s. 11-32). Oslo: Oplandske Bokforlag.

- Haq, A. S. (2003). *Report on Somali diet: Common Dietary Beliefs and Practices of Somali Participants in WIC Nutrition Education Groups*. Hentet 13. Mai 2015 fra <https://ethnomed.org/clinical/nutrition/somali-diet-report.pdf>
- Hay, G., Lande, B., Grønn, M., Wathne, K.-O., Alexander, J., Kolset, S. O. & Saugstad, O. D. (2001). *Anbefalinger for spedbarnsernæring* (IS-1019). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>
- Helsedirektoratet. (2009a). *Gratis vitamin D-tilskudd til spedbarn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn*. Hentet 13. Mai 2015 fra http://www.matportalen.no/kosthold_og_helse/tema/kosttilskudd/gratis_vitamin_d-tilskudd_til_spedbarn_med_ikke-vestlig_innvandrerbakgrunn
- Helsedirektoratet. (2009b). *Migrasjon og helse - utfordringer og utviklingstrekk* (IS-1663). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* (Veileder IS-1924) Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene-IS-1924.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (IS-1972). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Mat for spedbarn* (IS-1047). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* (IS-2170). Oslo: Helsedirektoratet.
- Henriksen, K. (2007). *Fakta om 18 innvandrergrupper i Norge*. Hentet 13. Mai 2015 fra http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200729/rapp_200729.pdf
- Henriksen, K. (2010). *Levekår og kjønnsforskjeller blant innvandrere fra ti land*. Hentet 13. Mai 2015 fra http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201006/rapp_201006.pdf
- Hill, N., Hunt, E. & Hyrkäs, K. (2012). Somali Immigrant Women`s Health Care Experiences and Beliefs Regarding Pregnancy and Birth in the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(1), 72-81. doi: 10.1177/1043659611423828.
- Hjälmhult, E. (2014). Å identifisere hovedutfordring til deltakerne - nøkkelen til hele teorien? I E. Hjälmhult, T. Giske & M. Satinovic (Red.), *Innføring i grounded theory* (s. 25-35). Oslo: Akademika forlag.
- Horst, C., Ibrahim, F. K., Baumbach, B., Hussein, M., Muuse, H. & Osman, S. (2013). *Somalis in Oslo. Somalis in European Cities*. Open society foundations: United States.

- 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.
- Islam, M. Z., Viljakainen, H. T., Kärkkäinen, M. U. M., Saarnio, E., Laitinen, K. & Lamberg-Allardt, C. (2012). Prevalence of vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism during winter in pre-menopausal Bangladeshi and Somali immigrant and ethnic Finnish women: associations with forearm bone mineral density. *British Journal of Nutrition*, 107(2), 277-283. doi: 10.1017/S0007114511002893.
- Johansen, K. S., Bjørge, B., Hjellset, V. T., Ottesen, G. H., Råberg, M. & Wandel, M. (2009). Changes in food habits and motivation for healthy eating among Pakistani women living in Norway: result from the InnvaDiab-DEPLAN study. *Public Health Nutrition*, 13(6), 858-867. doi: 10.1017/S1368980009992047.
- 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. doi: 10.1046/j.1470-6431.2002.00247.x.
- Kirchengast, S. & Schober, E. (2006). to be an immigrant: A risk factor for developing overweight and obesity during childhood and adolescence? *Journal of Biosocial Science*, 38(5), 695-705. doi: 10.1017/S0021932005027094.
- Kjøllestad, M. K. R., Hjellset, V. T., Bjørge, B., Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2010). Barriers to healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5), 52-59. doi: 10.1177/1403494810378923.
- Kjøllestad, M. K. R., Hjellset, V. T., Bjørge, B., Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2011). Food perceptions in terms of health among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. *International journal of public health*, 56(5), 475-483. doi: 10.1007/s00038-010-0191-y.
- Kristiansen, A. L. & Andersen, L. F. (2009). *Småbarnskost - 2 år. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 2 år gamle barn. Småbarnskost 2007 (IS-1731)*. Oslo: Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups. A practical Guide for Applied Research* (4. utg.). London: SAGE Publications.
- Kumar, B. N. (2010). Migrasjon, etnisitet og helse. I B. N. Kumar & B. Viken (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 28-54). Oslo: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lawrence, J., Devlin, E., Macaskill, S., Kelly, M., Chinouya, M., Raats, M., . . . Shepherd, R. (2007). Factors that affect the food choices made by girls and young women, from minority ethnic groups, living in the UK. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 20(4), 311-319. doi: 10.1111/j.1365-277X.2007.00766.x.

- 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*. (Masteroppgave), Høgskolen i Akershus, Kjeller.
- Madar, A., Klepp, K. & Meyer, H. (2011). The effect of tailor-made information on vitamin D status of immigrant mothers in Norway: a cluster randomized controlled trial. *Maternal and Child Nutrition*, 7(1), 92-99. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00238.x.
- Madar, A. A. (1997). *Kosthold og jernstatus hos somaliske barn (2-4 år) i Osloregionen*. (Masteroppgave), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Madar, A. A., Stenea, L. C. & Meyer, H. E. (2009). 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(07), 1052-1058. doi: 10.1017/S0007114508055712.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Marshall, J. L., Godfrey, M. & Renfrew, M. J. (2007). Being a 'good mother': Managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine*, 65(10), 2147-2159. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.06.015.
- Maxwell, S. M., Salah, S. M. & Bunn, J. E. G. (2006). Dietary habits of the Somali population in Liverpool, with respect to foods containing calcium and vitamin D: a cause for concern? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 19(2), 125-127. doi: 10.1111/j.1365-277X.2006.00672.x.
- McEwen, A., Straus, L. & Croker, H. (2009). Dietary beliefs and behaviour of a UK Somali population. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(2), 116-121. doi: 10.1111/j.1365-277X.2008.00939.x.
- Mellin-Olsen, T. & Wandel, M. (2005). Changes in Food Habits among Pakistani Immigrant Women in Oslo, Norway. *Ethnicity & Health*, 10(4), 311-339. doi: 10.1080/13557850500145238.
- Missal, B., Clark, C., & Kovaleva, M. (2015). Somali Immigrant New Mothers' Childbirth Experiences in Minnesota. *Journal of Transcultural Nursing*, 1-9. doi: 10.1177/1043659614565248
- Moen, T. A. & Ahmed, S.-O. (2005). Å være somaliske foreldre i Norge. I K. Nes, T. Skoug & M. Strømstad (Red.), *Somaliere i Norge. Perspektiv på språk, religion og integrering* (s. 194-201). Oslo: Oplandske Bokforlag.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2. utg.). London: SAGE publications.

- Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (nakmi). (Undated). *Oversatte brosjyrer*. Hentet 13. Mai 2015 fra <http://www.nakmi.no/Details.asp?cname=Oversatte%20brosjyrer&cid=47>
- Nguyen, C. (2013). *Infant feeding practices of Somali mothers residing in Norway - A qualitative study*. (Masteroppgave), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Nielsen, A., Krasnik, A. & Holm, L. (2013). Ethnicity and children's diets: the practices and perceptions of mothers in two minority ethnic groups in Denmark. *Maternal and Child Nutrition*, 1-14. doi: 10.1111/mcn.12043.
- Nielsen, A., Michaelsen, K. F. & Holm, L. (2014). Beyond an Assumed Mother–Child Symbiosis in Nutritional Guidelines: The Everyday Reasoning Behind Complementary Feeding Decisions. *Child Care in Practice*, 20(3), 329–346. doi: 10.1080/13575279.2014.905452.
- Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses’ experiences when meeting minority ethnic patients. *Scand J Caring Sci*, 23(3), 431-437. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x.
- Nordic Council of Ministers (NNR). (2014). *Nordic Nutrition Recommendations 2012: Integrating nutrition and physical activity* (5. utg.). Danmark: Norden.
- Nutbean, D., Harries, E. & Wise, M. (2010). *Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories* (3. utg.). Australia: McGraw-Hill.
- Offelen, S. V., Sherman, S., May, J. & Rhodes, F. (2011). Designing Nutrition Education Programs for Somali Audiences: The Role of Cultural and Religious Practices. *Journal of Extension*, 49(3), 1-5.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pavlish, C. L., Noor, S. & Brandt, J. (2010). Somali Immigrant Women and the American Health Care System: Discordant Beliefs, Divergent Expectations, and Silent Worries. *Soc Sci Med*, 71(2), 353-361. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.010.
- Persson, G., Mahmud, A. J., Hansson, E. E. & Strandberg, E. L. (2014). Somali women’s view of physical activity – a focus group study. *BMC Women's Health*, 14(129), 1-11. doi: 10.1186/1472-6874-14-129.
- Plaisted, L. (2002). *Improving primary health care provision to Somalis: Focus groups with Somali women*. Minneapolis, MN: Minnesota International Health Volunteers.
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S. & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural Sensitivity in Public Health: Defined and Demystified. *Ethnicity & Disease*, 9(1), 10-21.
- Satia-Abouta, J. (2003). Dietary Acculturation: Definition, Process, Assessment, and Implications. *International Journal of Human Ecology*, 4(1), 71-86.

- Selseth, K. (2014). *Spedbarn og kosthold, Irakiske innvandrermodres holdninger og praksis*. (Masteroppgave), Høyskolen i Akershus, Kjeller.
- Sherry, B., McDivitt, J., Birch, L. L., Cook, F. H., Sanders, S., Prish, J. L., . . . Scanlon, K. S. (2004). Attitudes, practices, and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse white, Hispanic, and African-American mothers. *Journal of the American Dietetic Association, 104*(2), 215-221. doi: 10.1016/j.jada.2003.11.012.
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., Van Mechelen, W. & Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity reviews, 9*(5), 474-488. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x.
- Skeie, M. S., Espelid, I., Skaare, A. B. & Gimmestad, A. (2005). Caries patterns in an urban preschool population in Norway. *Eur J Paediatr Dent, 6*(1), 16-22.
- Skeie, M. S., Riordan, P. J., Klock, K. S. & Espelid, I. (2006). Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 34*(2), 103-113. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00256.x.
- Squires, A. (2009). Language barriers and qualitative nursing research: methodological considerations. *Int Nurs Rev, 55*(3), 265-273. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00652.x.
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2014a). *Innvandrere etter innvandringsgrunn, 1. januar 2014*. Hentet 13. Mai 2015 fra <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2014b). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2014*. Hentet 13. Mai 2015 fra <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2014-04-24#content>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2015a). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2015*. Retrieved 13. Mai 2015, from <http://www.ssb.no/innvbef>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2015b). *Nøkkeltall for innvandring og innvandrer*. Hentet 13. Mai 2015 fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrer/nokkeltall/innvandring-og-innvandrer>
- 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*(1), 67-88. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00185.x.
- Straus, L., McEwen, A. & Hussein, F. M. (2007). Somali women`s experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery, 25*(2), 181-186. doi: 10.1016/j.midw.2007.02.002.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: SAGE publications.

- Taxtor, L., Tiedje, K. & Yawn, B. (2013). Mexican and Somali immigrant breastfeeding initiation and counseling: a qualitative study of practices. *Minnesota Medicine*, 96(12), 46-50.
- Terragni, L., Garnweidner, L. M., Pettersen, K. S. & Mosdøl, A. (2014). Migration as a Turning Point in Food Habits: 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.
- Tiedje, K., Wieland, M. L., Meiers, S. J., Mohamed, A. A., Formea, C. M., Ridgeway, J. L., . . . Sia, I. G. (2014). A focus group study of health eating knowledge, practices, and barriers among adult and adolescent immigrant and refugees in the United States. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(63), 1-16. doi: 10.1186/1479-5868-11-63.
- Wandel, M., Fagerli, R. A., Olsen, P. T., Borch-Johnsen, B. & Ek, J. (1996). Iron status and weaning practices among norwegian and immigrant infants. *Nutrition Research*, 16(2), 251-265.
- World health organization (WHO). (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices - Part 1: Definitions*. Fra http://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_updated_indicators_2008_part_1_definitions.pdf
- World health organization & The United Nations Children`s Fund (WHO & UNICEF). (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Fra <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>
- Wigen, T. I. & Wang, N. J. (2010). Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 38(1), 19-28. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00502.x.
- Wilson, A., Renzaho, A., McCabe, M. & Swinburn, B. (2010). Towards understanding the new food environment for refugees from the Horn of Africa in Australia. *Health & Place*, 16(5), 969-976. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.06.001.
- Øverby, N. C., Kristiansen, A. L. & Andersen, L. F. (2009). *Spedkost - 12 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 måneder gamle barn. Spedkost 2006-2007* (IS-1635). Oslo: Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo.
- Øverby, N. C., Kristiansen, A. L. & Frost, L. A. (2008). *Spedkost - 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Spedkost 2006-2007* (IS-1535). Oslo: Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo

Vedlegg

Vedlegg 1: Anbefalt daglig inntak for barn i alderen 2-5 år.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til å delta i InnBaKost prosjektet (somal og norsk)

Vedlegg 3: Dypere forklaring av InnBaKost prosjektet med samtykke skjema

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Budsjett

Vedlegg 6: Manual for tolk

Vedlegg 7: Studiens godkjenning av REK

Vedlegg 1: Anbefalt daglig inntak for barn i alderen 2-5 år.

Tabell 1: Anbefalt daglig inntak for barn i alderen 2-5 år. Er basert på de nordiske anbefalingene (Nordic Council of Ministers [NNR], 2014)

Anbefalt daglig inntak	Energigivende næringsstoffene ^a	Ikke-energigivende næringsstoffer
Proteiner	10-20 E %	
Fett	25-40 E %	
Mettet fett	≤10 E %	
Karbohydrater^b	45-60 E %	
Tilsatt sukker	≤10 E %	
Vitamin. A, RAE^c		350
Vitamin. D, µg		10
Vitamin. E, µ-TE^d		5
Tiamin, Mg		0,6
Ribloflavin, Mg		0,7
Niacin, NE^e		9
Vit. B6, Mg		0,7
Folat, µg		80
Vit. B12, µg		0,8
Vitamin. C, Mg		30
Kalsium, Mg		600
Jern, Mg		8

^a Presenteres i energiprosent/dag

^b Kostfiber, 2-3g/Mj/dag

^c Retinol aktivitets ekvivalenter

^d α-tokoferolekvivalenter

^e Niacinekvivalenter

Er du født i Somalia eller Irak 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 Somalia og Irak?

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 morsmelkserstatning, 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
Norsk (for Somaliere)	Lørdag	25.10.2014	Kl.15.30 – 17.00	Oslo, Fafo
Somali	Søndag	14.09.2014	kl.12.00 - 13.30	Oslo, Fafo
	Lørdag	27.09.2014	kl.15.30 – 17.00	Oslo, Fafo
	Søndag	28.09.2014	kl.15.30 – 17.00	Oslo, Fafo
	Søndag	23.11.2014	kl.13.30 – 15.00	Drammen, Røde Kors
	Søndag	01.02.2015	kl.13.30 – 15.00	Oslo, Fafo
Arabisk	Lørdag	27.09.2014	kl.12.00 – 13.30	Oslo, Fafo
	Lørdag	25.10.2014	kl.12.00 – 13.30	Oslo, Fafo
	Søndag	23.11.2014	kl.15.30 – 17.00	Drammen, Røde Kors
Kurdisk	Søndag	14.09.2014	kl.15.30 - 17.00	Oslo, Fafo
Norsk (for irakere)				Fafo, Oslo

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 om deltakelse på studien. Prosjektmedarbeideren vil fortelle mer om prosjektet og du kan deretter selv bestemme om du vil delta eller ikke.

Norsk:

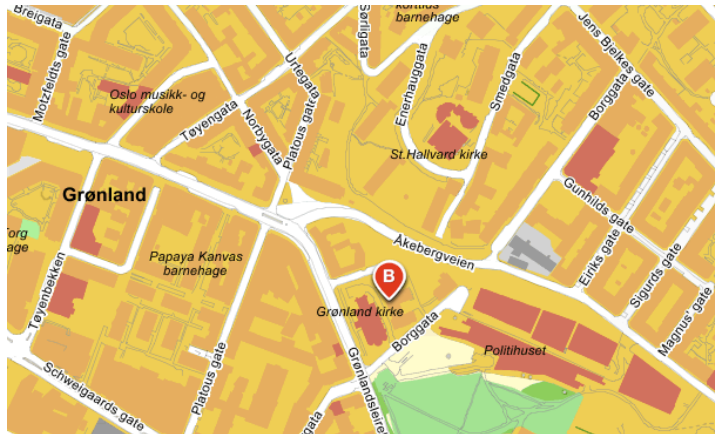
Prosjektleder
Marina de Paoli
Telefon: 916 26 463
Epost: mdp@fafomail.no

Somali:

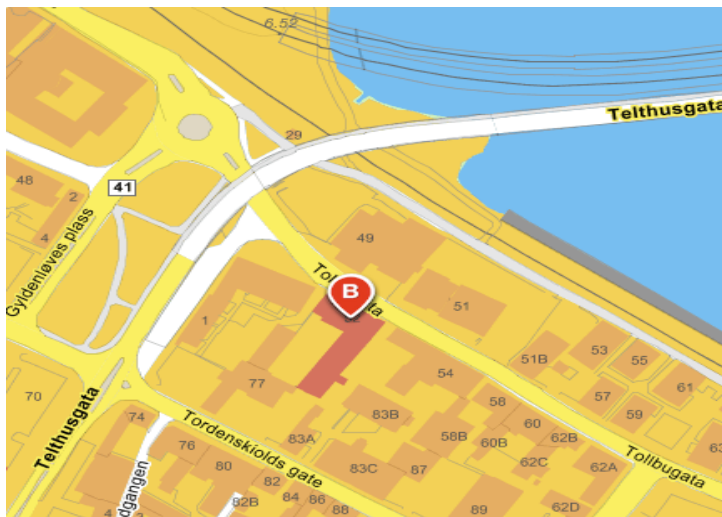
Prosjektmedarbeider
Hawa Muuse
Telefon: 904 73 701

Prosjektmedarbeider
Ayaan Ahmed
Telefon: 404 71 338

Fafo: Borggata 2B, Oslo



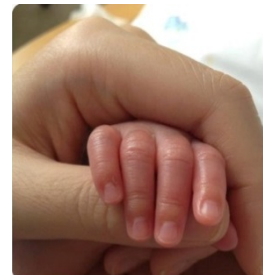
Røde Kors: Tollbugata. 52, 3044 Drammen



Miyaad ku dhalatay Soomaliya ama Ciraaq maana haysata caruur jira sanad iyo bar ilaa labo sano iyo bar?

Miyaad doonaysa in ad ka qaybqaadato mashruuc cilmibaaris oo ku saabsan raashinka ay cunaan caruuraha aasaaskooda ajaanibka ah iyo latalinta helsestasjonka?

Waxaanu halkan kugu casuumayna ka qabqadasho wadahalal mashruuca Innbakost. Innbakost waa cilmi baaris ku saabsan nafaqada iyo caafimadka caruurta ajaanibka ah. Danta wadahalalkan waxaa weeye si cilmi loga qato hooyoyinka waxaay caban oo cunan caruurtodu, iyo sidi lo wanaajin karo taloyinka caafimadka ku sabsan. Waxaanu doonayna in anu koox ahan wadahalal layeelano hooyoyinka ka yimid Soomaliya iyo Ciraaq.



Sababte Soomaliya iyo Ciraaq?

Norway dhowr jeer oo hore waxaa baaritan lagu sameyay nafaqaada iyo rashinka caruurta haysta waarid noorweyji ah, laakin caruurta wadamada ajaanibka ka yimi kama ay qaybqadan baaritan hore. Hooyoyinka soomalida iyo ciraaqinta waxaa dadka ajaanibka loga dheex doortay sababto ay tahay iyaga ugu dhalitaan badan ajaanibka Norway.

Wadahalal koox ah.

Wareysigan waaxan ku samaynayna af soomali, af noorweji, af kurdish iyo af carabi. Waxaanu dooronay inn la qabto maalmaha sabti iyo axad, maadaama dadku badana wakhtigas ay fiiraqo yihin. Wadahalalku wuuxu soconaya sacad ila sacad iyo bar. Waaxyalaha an idinka wareysanayno waa; naas nuujinta iyo caanaha la qaaso, cuntada caruurta, cuntada reerka iyo taalada helsestasjon'ka, asxabta iyo familiga ay qaybsadan oo ku sabsan cuntada iyo naas nuujinta.

Hadiyad iyo ilmo ilaaliye.

Waxaad helaya si mahadnaq 200 kr, cunto iyo cabitan waa loo qaybin dadka ka qaybqata wadahalalkan. Hadi ad garanaysid dad kale oo dalkaga hooyo ka yimid ee haysta caruur sanad iyo bar - ilaa labo sano iyo bar nala xiriirisid 150 kr oo mahadnaq baa lugu siin cala qof. Kharashka inn ad no timaaddid hadi ad Oslo ama Drammen kabaxsantahay anaga kabixiinayna. Shiirka intu socdo dad ilmaha ilaaliya qolka waay joogan xiita.

Wakhtiga.

Adiga ikhtiyaar u leh wakhtiga ku fiican o ad ka qaybqadan kartid:

Luuqada	Maalinta	Dato	Saacada	Meesha
Af soomali	Axad Sabti Axad Sabti	14.09.2014 27.09.2014 28.09.2014 04.10.2014	kl.12.00 - 13.30 kl.15.30 – 17.00 kl.15.30 – 17.00 kl.12.00 – 13.30	Oslo, Fafu Oslo, Fafu Oslo, Fafu Drammen, Røde Kors
Af carabi	Sabti Sabti	27.09.2014 04.10.2014	kl.12.00 – 13.30 kl.15.30 – 17.00	Oslo, Fafu Drammen, Røde Kors
Af kurdish	Axad Sabti	14.09.2014 28.09.2014	kl.15.30 - 17.00 kl.12.00 – 13.30	Oslo, Fafu Oslo, Fafu
Af noorweji (ciraaqinta) -Norsk	Axad	05.10.2014	kl.12.00 - 13.30	Fafu, Oslo
Af noorweji (soomalida) -Norsk	Axad	05.10.2014	kl.15.30 – 17.00	Fafu, Oslo

Maxaanu ku samaynayna warkan ka helno?

Cajalad baa lugu dubi wareysiga, kabacdi waanu tirtirayna mashruucan marku dhamaado. Waax kasta an ka qorno waa information qaarson ee sir ah, oo qofka add tahay weligiis la soo bandhigi maayo.

Waan kula soo xiriirayna.

Ikhtihaar ayaad u ledahay inaad ka qayqadato, marka aad rabtidna waa didi karta baaritankan. Hadi ay jiran waxyaalo adag ama adan ku qanacsanayn waa nala socodsiin karata.

Marka hadi ad donaysid inn ad ka qaybqadato mashruucan anaga kula soo xiriirayna, ama adigu telefoon nagala so xiriir, qof kashaqeya mashruucan aya ku sharaxaya cilmi baariskan, markas kabacdi doro inn ad ka qaybqadanaysid iyo in kale.

Norsk:

Hoggamiyaha mashruucan
Marina de Paoli
Telefoon: 916 26 463
Epost: mdp@fafomail.no

Soomali:

Shaqaaale mashruucan
Hawa Muuse
Telefoon: 904 73 701

Shaqaaale mashruucan
Ayaan Ahmed
Telefoon: 404 71 338

Ka fiiri tilmaan adrees waraaqda ku qoran af noorweji

Vedlegg 3: Dypere forklaring av InnBaKost prosjektet med samtykke skjema

Vedlegg 3: Dypere forklaring av InnBaKost prosjektet med samtykke skjema

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.

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 Fafø under tilsyn av prosjektlederen. Det blir ikke gjort noen kopling mot andre registre som kan ha opplysninger om deg. Fafø 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.

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 fullamning*)
- ✓ 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?

Vedlegg 5: Budsjett

Budsjett fokusgruppe for 2 masteroppgaver 2014-2015

Totalt: 20,000 (NOK)

Kategori av utgifter	Utgifter (NOK)	Kvitteringsnummer
Test mat		#1
Mat (14.09.14)	200	#2 #3 #4
Pengegave (14.09.14)	1 786	#5
Mat (27.09.14)	2 650	#6 #7 #8 #9
Pengegave (27.09.14)	563	#10
Mat (28.09.14)	1 950	#11
Pengegave (28.09.14)	188	#12
Mat (25.10.14)	400	#13 #14 #15
Pengegave (25.10.14)	291	#16
Mat (23.11.14)	1 200	#17 #18
Pengegave (23.11.14)	303	#19
Barnepasser (23.11.14)	1 700	#20
Rekrutterings hjelp (23.11.14)	600	#21
Mat (01.02.15)		#23
Pengegave (01.02.15)	750 1200	#22
Totalt	239 14 020	



Manual for tolk i InnBaKost-prosjektet

FAFO 2012

FAFO

Fafo er en uavhengig stiftelse som forsker på arbeidsliv, velferdspolitik og levekår, nasjonalt og internasjonalt. Fafo er stiftet av Landsorganisasjonen i Norge, Orkla ASA, Umoe As, Elkem ASA, Coop Norge, Sparebank 1 Gruppen, Fagforbundet og Telenor AS. Postadresse: Postboks 2947 Tøyen, 0608 OSLO. Besøksadresse: Borggata 2B. Telefon: 22088600, Telefax: 22088700

Forord

Denne manualen er en veiledning for tolk som deltar i InnBaKost-prosjektet i Oslo, høsten 2012. Manualen vil gi oversikt over retningslinjer som vil bli gjennomgått underopplæring av tolk.

Undersøkelsens bakgrunn og hensikt

Ammepraksis blant mødre med somalisk og irakisk innvandringsbakgrunn

Forskningsinstituttet FAFO skal gjennomføre en undersøkelse av kostholdet blant 6 måneder gamle spedbarn med somalisk og irakisk 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. I tillegg å få et bedre grunnlag for å forebygge kostholdsrelaterte helseproblemer i denne aldersgruppen.

Det er en mangel på informasjon om ammepraksis og spedbarnsernæring blant kvinner med innvandringsbakgrunn. Årsaken er ofte ekskludering av kvinnene i nasjonale amming og spedbarnskost studier. En studie som InnBaKost er viktig for å bedre kunnskapen på dette området. Undersøkelsen kan gi funn som vil være nyttig i utforming av strategier for å gi råd om amming og spedbarnsernæring til mødre med innvandringsbakgrunn. Helsepersonell vil muligens ha nytte av denne kunnskapen i møte med mødre med innvandringsbakgrunn. I tillegg til å bidra med økt kunnskap rundt ammepraksis og spedbarnskost.

Din rolle i prosjektet

Innsatsen til tolk vil være avgjørende for kvaliteten av datamaterialet. Nøyaktighet av oversetting av intervjuguide og tolk under intervju skal gi en best mulig beskrivelse over informantens oppfatning, holdning og syn rundt amming og spedbarnskost.

Samtidig vil dere få informasjon om mødrenes ammepraksis og spedbarnsernæring. Dette er et viktig prosjekt og vi håper dere er opptatt av at intervjuene gjennomføres på best mulig måte.

Personvern

FAFO har fått godkjent søknad fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK er en komité som undersøker om prosjekter er i samsvar med forskningsetikkloven og helseforskningsloven.

Hvem skal intervjues?

Det er imidlertid lite kunnskap i forhold til kosthold og ammepraksis hos mødre 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 studier dokumenterer hvor stor betydning kosthold 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 i tillegg manglende kjennskap på helsestasjon om tradisjonell barnemat og barneoppdragelse blant innvandrerbefolkningen som kan svekke rådgivningssituasjonen ved møtet med kvinner av innvandrerbakgrunn på helsestasjonen.

I denne studien vil enkeltpersoner som oppfyller inklusjonskriteriene bli rekruttert til intervju. Inklusjonskriteriene er mødre med innvandringsbakgrunn fra Somalia eller Irak, barnet er 6 måneder gamle og at barnet er friskt og ikke har en sykdom/tilstand som krever at barnet går på et spesielt kosthold. Informantene har blitt rekruttert på forhånd

Hvordan være en god tolk under intervjuet?

I dette avsnittet skal vi beskrive hvilken fremgangsmåte som skal benyttes under intervju. Du vil på forhånd bli informert om når og hvor intervjuene skal foregå. Det vil tilsammen utgjøre omtrent 15 intervjuer av enkeltpersoner.

- 1) Presenter deg selv for informanten, fortell at du vil fungere som tolk under intervjuet. Og at du er et mellomledd, påpeke at samtalen er mellom intervjuer og informant.
- 2) Oversett direkte og nøyaktig, unngå unnløst av informasjon. Vi ønsker mest informasjon.
- 3) Unngå å gjøre forkortelser på det som blir sagt (forforståelse på ting, ikke ta det som en selvfølge at vi har kjennskap til det som blir sagt mellom deg (tolk) og intervjuobjektet
- 4) Unngå egne kommentarer og meninger.
- 5) Prøv å oversette fortløpende.
- 6) Vær oppmerksom på kroppsspråket ditt (vær nøytral i reaksjonen din, ikke gi uttrykk for om du er enig eller uenig med informanten.
- 7) Du har taushetsplikt.

Kvalitetskontroll

Under intervjuet er det viktig at spørsmålene som vi stiller blir riktig oversatt og formulert til intervjuobjektet, slik at vi får svar på det vi har spurt om. Etter intervjuene vil disse bli skrevet ordrett på data. Under transkribering kan uklare svar bli oppdaget underveis, vi kan dermed ønske oppklarhet fra deg.

Oppbygning av tillit hos informanten

I alle dybdeintervjuer er det viktig at tolken forsøker å skape tillit hos dem som skal intervjues. Dette gjelder spesielt når mødre med innvandringsbakgrunn skal intervjues, fordi mange av dem kan være usikre på hva opplysningene skal brukes til og til hvem som egentlig står bak undersøkelsen. De kan også være usikre på om tolken virkelig er den han eller hun gir seg ut for å være. For at intervjuerne skal kunne overbevise intervjuobjektene om hvem som står bak undersøkelsen vil intervjuerne bli utstyrt med:

- 1) Identifikasjonspapirer med bilde,
- 2) Et informasjonsbrev fra FAFO, og
- 3) Et kort med telefonnummer og navn på en av de prosjektansvarlige ved FAFO

- 1) Forklare nøye hvem han/hun er
- 2) Forklare hva som er hensikten med prosjektet.
- 3) Forklare hva FAFO er
- 4) Forklare at det er viktig for kvaliteten på prosjektet at alle som takket ja til å delta svarer på spørsmålene.

Vær oppmerksom på at personen sier ja til å bli intervjuet ikke behøver å bety at du har personens tillit. Tillit er viktig for å få så gode og oppriktige svar som mulig. En intervjuer må aldri forsøke å presse intervjuobjektene til å svare på en bestemt måte.

Dersom du får følelsen av at intervjuobjektet ikke gir helt sannferdige svar, kan du forsøke å på en vennlig eller spøkefull måte å peke på motsigelser i den informasjonen som du får. Dette må gjøres med varsomhet.

Generelle retningslinjer

1: Ikke bli aggressiv. Gi ikke intervjuobjektet følelsen av å bli kalt for løgner. Prøv heller å antyde at de husker feil, enn å gi inntrykk av at du tror de holder tilbake informasjon.

2: Hvis det er klare motsigelser i svarene som avgis bør du høflig gjøre oppmerksom på dette. Du kan unnskyldte deg med at du vil måtte forklare dette for prosjektansvarlig, eller at dataprogrammet ikke vil akseptere slike svar, og at du derfor må oppklare det.

Holdningsspørsmål

Intervjuguiden inneholder en del spørsmål om mødrenes kulturelle syn og praksis til spedbarnskost. Dette er spørsmål som ikke har noe riktig eller galt svar, og det er viktig at du som tolker ikke på noen måte gir uttrykk for hva du selv mener.

Høflighet og diskresjon

En del av de spørsmålene som stilles kan virke nærgående og ubehagelige for intervjuobjektet. Det er viktig at du som tolker har en tilbakeholden rolle når disse spørsmålene stilles. Du må ikke gi inntrykk for overraskelse, misnøye eller fordømmende holdninger til de svarene som gis. Du bør for eksempel ikke riste på hodet eller smile av det som blir sagt.

Forklar hensikten med prosjektet hvis informanten spør

For å skape tillit hos intervjuobjektene vil du i mange tilfeller måtte forklare nøyte om hva som er hensikten med undersøkelsen. Når du forklarer bør du huske følgende:

- Snakk klart og tydelig. Forsøk å unngå vanskelige ord og uttrykk. Ikke snakk for fort, men hold en vennlig og profesjonell tone.
- Fortell at du arbeider for FAFO, som er en selvstendig forskningsstiftelse. Gjør klart at deltagelse i dybdeintervjuet er frivillig.
- Understrek at dybdeintervjuet er viktig for intervjuobjektet, fordi resultatene kan brukes til utarbeiding av tiltak for å forebygge kostholdsrelaterte helseproblemer blant spedbarn med innvandringsbakgrunn.

Profesjonell adferd

Når du skal ut og være tolk, forventes det at du opptrer profesjonelt. Det å være profesjonell innebærer en rekke faktorer:

- 1: Du må ha kunnskaper om InnBaKost-prosjektet, slik at du kan forklare hva som er hensikten med det. Du må også kjenne litt til FAFO.
- 2: Du må virke overbevisende i intervjusituasjonen. Dette innebærer at du må kjenne intervjuguiden så godt at du kan behandle det på en rolig og sikker måte. Du bør prøve å unngå å virke rotete og klønete, for eksempel å bla fram og tilbake i intervjuguiden og lete etter noe. Det er lurt å ha noen penner i reserve, slik at du slipper å låne.
- 3: Du bør opptre høflig. Forsøk å opptre rolig og vis respekt for private saker. Det gir et dårlig inntrykk å tygge tyggegummi, bite i penner osv.
- 4: Utseende og påkledning: husk på at det ikke er deg selv du presenterer i intervjusituasjonen. Kle deg ordentlig, unngå det ekstreme og påfallende. Bruk klær og sminke i nøytrale toner.

Vedlegg 7: Studiens godkjenning av REK



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: Fafo 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 ammep praksis 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@faho.no

Katrine Ore
Rådgiver