

MASTEROPPGAVE

Samfunnsernæring

2014

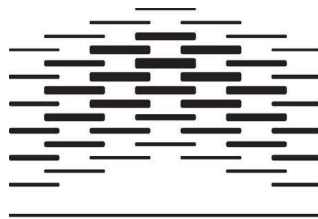
Spedbarn og kosthold

Irakiske innvandrermodres holdninger og praksis

Kjersti Selseth

Fakultet for helsefag

Institutt for samfunnsernæring



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

FORORD

Nå er denne reisen snart ved veis ende. Akkurat nå føles det litt godt. Det har vært en intensiv avslutningsperiode.

Disse to siste årene har, men spesielt det siste, vært som en reise i en ny og spennende verden. Det har vært utrolig spennende, lærerik og utviklende å få ta del i innvandrerødrenes verden. Jeg har virkelig fått utvidet min horisont. Jeg visste knapt hvor Irak befant seg på kartet da jeg startet i høst, og enda mindre om irakere og deres liv, Nå føler jeg at jeg nesten kan skrive en hel bok om dem. Jeg er meget takknemlig at jeg fikk være en del av InnBaKost-prosjektet. Jeg har så mye mer kunnskap og erfaring nå enn jeg hadde for ett år siden.

Det er flere som fortjener takk.

Først og fremst en stor takk til de irakiske mødrene som delte sine erfaringer med oss.

Så vil jeg takke veilederne Laura Terragni og Marina de Paulo for innspill, kunnskap og tålmodighet.

Deretter vil jeg takke Fafo for tilgangen til studieplass, Fafo's kokk for god forpleining, og Hibba og Navnit + InnBaKost gjengen for samarbeidet.

Bibliotekarene på Høgskolen i Oslo og Akershus, avd Kjeller takkes for meget god service.

Min studievenninne Julianne, som jeg har delt kontor med det siste året, har vært god å ha. Ønsker å takke henne for godt selskap, omsorg, mange gode diskusjoner og erfaringsdeling.

Den som kanskje fortjener den aller største takken er mannen og kjæresten min, Per. Han har tilrettelagt og gjort hverdagen enklere dette siste året. Han har orket å høre på både min entusiasme og frustrasjon, og ikke minst han har støttet med når det har blitt i mot. Helt uunnværlig har han vært.

Kjersti Selseth

Oslo, mai 2014

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
FIGURER OG TABELLER.....	4
SAMMENDRAG	5
SUMMARY	6
1. Innledning.....	7
1.1 InnBaKost.....	7
1.2 Masteroppgaven	9
1.2.1 Problemsstilling	9
1.2.2 Oppgavens oppbygging	9
1.2.3 Valg av tidsskrift	10
1.2.4 Avgrensning og begrepsavklaringer	10
2. Bakgrunn	11
2.1 Endring i kosthold og matvaner grunnet migrasjon (Dietary acculturation)	11
2.2 Bakgrunnsinformasjon om irakere.....	15
2.2.1 Landet de flyktet fra	16
2.2.2 Spedbarnskosthold i Irak.....	16
2.2.3 Det generelle kostholdet i Irak.....	17
3. Metode.....	18
3.1 Valg av metode.....	18
3.2 Kvalitativ metode	18
3.3 Grounded Theory	18
3.4 Det kvalitative intervjuet.....	19
3.5 Utvalg og rekruttering	19
3.6 Datainnsamling og gjennomføring av intervju.....	20
3.7 Bruk av tolk.....	21
3.8 Transkribering, koding og dataanalyse.....	22
3.9 Etske betraktninger.....	25
4. Diskusjon av metode	25
4.1 Intervjusituasjonen/gjennomføringen av intervjuet.....	26
4.2 Mangelfulle språkferdigheter.....	26
4.3 Bruk av tolk.....	27
4.4 Transkribering, koding og analyse.....	27
4.5 Masterstudents forforståelse.....	28

4.6	Studiens validitet	28
4.7	Oppsummering og forslag til hvordan funnene kan jobbes videre med.....	31
5.	LITTERATURLISTE	33

FIGURER OG TABELLER

Figur 1: Oversikt over InnBaKost-prosjektet.....	7
Figur 2: Satia-Aboutas modell av dietary acculturation.....	11
Figur 3: Koctürks modell av endring av matvaner ved migrasjon.....	12
Figur 4: Beskrivelse av kosthold i Irak.....	16
Figur 5: Eksempel på utvikling av kategorier.....	23
Tabell 1: Informantene – irakiske innvandremødre.....	19
Tabell 2: Eksempel på koding – Open Code.....	22
Tabell 3: Eksempel på systematisering i matrise.....	23

SAMMENDRAG

Tema i masteroppgaven er irakiske innvandrermodres holdninger og praksis i forbindelse med spedbarnskosthold, samt hvordan de forholder seg til råd fra familie og helsestasjon. Oppgaven inngår som en delstudie av et større forskningsprosjekt (InnBaKost) om kosthold og innvandrerbarn (fra Irak og Somalia), og mødrenes erfaringer med helsestasjonen. Irakiske og somaliske mødre ble valgt fordi de er to av de innvandrergruppene som vokser hurtigst i Norge, og som var blant de som hadde høyest fødselstall i 2010 og 2011.

Hovedprosjektet, InnBaKost, er et samarbeidsprosjekt som ble initiert av Fafo i 2012. Bakgrunnen for prosjektet var mangel på kunnskap om innvandrerbarns kosthold, og mødrenes erfaringer med helsestasjonen. Hensikten med disse dataene er på lang sikt å utvikle kultursensitive tilnærminger i helse- og ernæringskommunikasjonen.

Masteroppgavens problemstilling er som følger: *«Hvordan er irakiske innvandrermodres holdninger og praksis i forbindelse kostholdet til spedbarn, og hvordan forholder de seg til rådene de får?»*

Studien har et kvalitativ design. Dataene ble innhentet ved hjelp av dybdeintervju med 15 irakiske innvandrermodre med barn på tolv måneder. Dette er en oppfølgingsstudie hvor mødrene ble intervjuet først gang da barnet var seks måneder. Datainnsamlingen og analysen er inspirert av Grounded Theory. Intervjuene ble gjennomført mellom februar og desember 2013. Deltagerne ble rekruttert i Oslo og omegn.

Masteroppgaven består av to deler. En innledning/kappe og en vitenskapelig artikkel. Kappen inneholder teori, metode, metodediskusjon og en kort oppsummering av resultatene. Artikkelen er en vitenskapelig artikkel med IMRAD struktur. Resultatene og resultatdiskusjonen i sin helhet vil kun bli presentert i artikkelen.

Resultatene viser at mødrene er positive til amming, og de fleste ammer i hvert fall til barnet er ett år. De fleste mødrene er helsebevisste, og opptatt av kosthold. De foretrekker å lage maten fra bunnen av fordi da er maten fersk og trygg (halal). Mødrene er usikre på hva norsk mat er, men de ser det ikke som noe stort problem. De antar at de kommer til å lære mer om norsk mat når barnet begynner i barnehagen. Mødrene er åpne for råd både fra bestemor og helsestasjonen. Helsestasjonen hadde stor tillit hos mødrene.

Konklusjon: Det er viktig å støtte opp om mødrene positive syn på amming og spedbarnskosthold slik at de kan opprettholde de gode kostholdsvanene.

SUMMARY

The aim of this Masters thesis is to explore the Iraqi immigrant mother's feeding practices, and how these practices correlate with the advice given by the family and the health clinics.

The thesis is part of the InnBaKost research project. InnBaKost was initiated by Fafo in 2012. The objective the project is to assess the diet and feeding practices of the infant and young children of immigrant mothers from Somalia and Iraq. The project also studied the experience of mothers when meeting with the Norwegian health systems and receiving counseling on infant and child feeding practices.

The project intends to produce knowledge that improves counseling for non-Norwegian mothers with regards to nutrition. It will also develop tools to assess diet and feeding practices of infants and children that can be used in future studies.

The study design is qualitative. The data were collected through in-depth interviews with 15 Iraqi immigrant mothers, and their 12 months old infants. This was a follow-up study. The mothers were interviewed for the first time when their infant children were six months old. Analysis of the findings was inspired by Grounded Theory.

The thesis consists of two parts. Part one is an introduction with background on the theory, discussion of the methodology, and a short summary of the findings. Part two is the scientific article, including presentation and discussion of the findings.

The research findings conclude that immigrant Iraqi mothers had a positive attitude towards breast feeding; most of them had breastfed for more than one year. The mothers preferred to make the dinner for the infant from scratch. Halal meat was important. They were unsure what Norwegian food was. The mothers received advice about infant feeding from both the family and the health clinic. They had confidence in the health clinic.

Conclusion: It will be important to support the mother's positive attitude to towards breastfeeding and infant feeding so they can keep it up.

1. Innledning

Riktig ernæring tidlig i livet er viktig (Wilson et al., 1998). Behovet for næringsstoffer endrer seg raskt de to første årene (Scott Jane, Campell & Davies, 2007). Tidlig fokus på ernæring kan forbygge utviklingen av overvekt og ikke-smittsomme sykdommer senere i livet (Koletzko, 2005). Det er også viktig at innføring av mat skjer i rett tid både med hensyn til barnets vekst og utvikling (Thompson & Bentley, 2013). Kostholdsvaner som etableres tidlig i livet kan påvirke den langsiktige helsen (Lanigan, 2007; Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen & Nicklaus, 2011).

Det er gjennomført to nasjonale kostholdsundersøkelser i Norge med et utvalg av norske spedbarn på 6, 12 og 24 måneder (Øverby, 2008, 2009). Disse studiene ekskluderte mødre som var født utenfor Skandinavia.

Innvandrerbefolkningen er mer enn fordoblet de siste ti årene.(Østby, 2013). Omtrent 14 % av dagens totale befolkning er innvandrere. Dette inkluderer barn født i Norge av to innvanderforeldre. Irakere er blant de innvandergruppene som øker mest (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2014b).

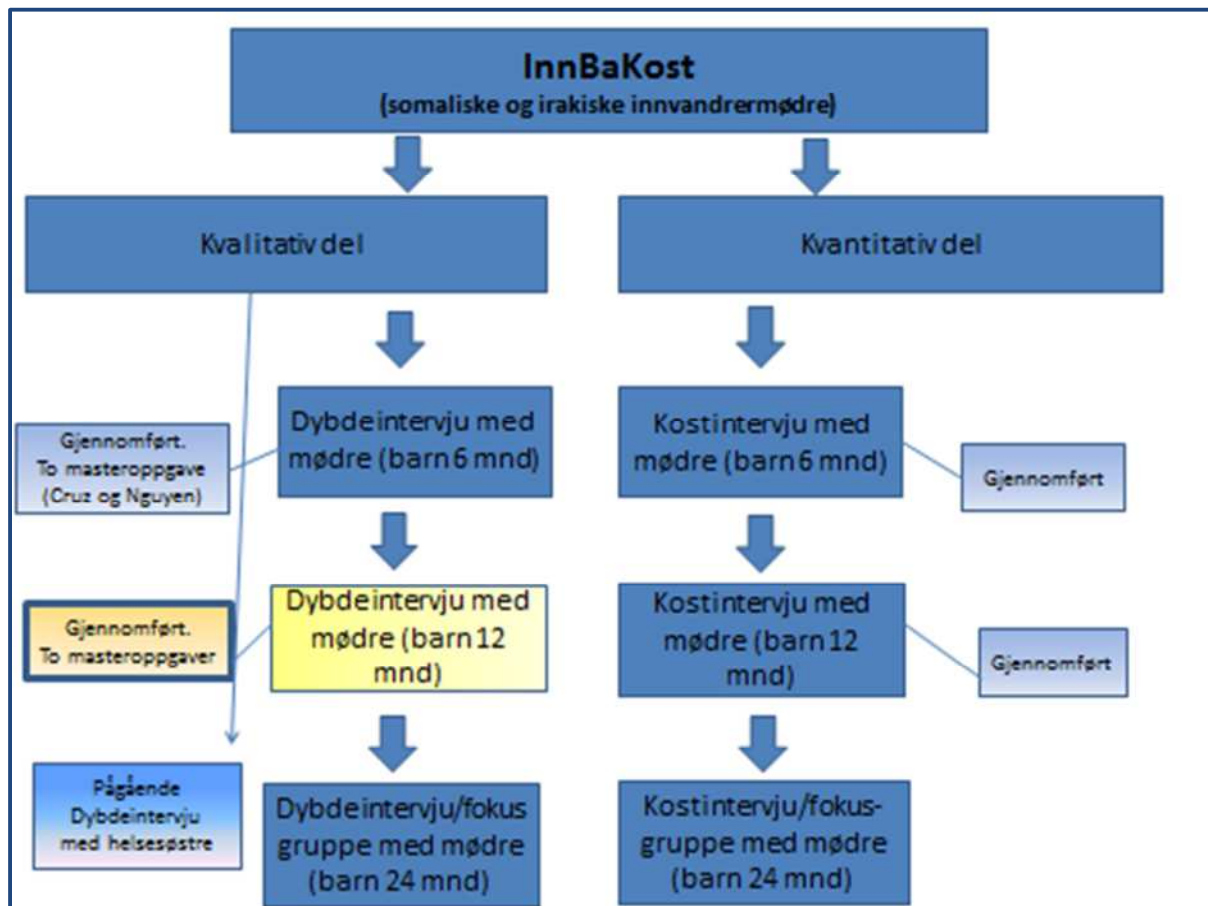
Det er få studier i Norge som har fokus på innvandrerbarns kosthold. Studiene som har vært gjennomført på innvandrerkosthold har hatt sine begrensninger. De har kun fokusert på enkelte næringsstoffer (jern og vitamin D) (A Madar, 1997; A. Madar, Stene & Meyer, 2009; Wandel, Fagerli, Olsen, Borch-Johnsen & Ek, 1996) og utvalget har vært lite. Begrensningene tatt i betraktning, disse studiene beskriver høy forekomst av anemi og jernmangel blant barn med foreldre fra Tyrkia, Pakistan (Wandel et al., 1996) og Somalia (A Madar, 1997). Vitamin D-mangel blant spedbarn av foreldre med opprinnelse fra Pakistan, Tyrkia og Somalia er også beskrevet (A. Madar et al., 2009).

1.1 InnBaKost

Denne masteroppgaven er en del av forskningsprosjektet InnBaKost. Formålet med InnBaKost-prosjektet var å studere innvandremødre fra Somalia og Irak sin praksis i forbindelse med amming og kosthold til sine barn, samt mødrenes kommunikasjon med helsestasjonen. Det skal gjøres ved hjelp av datainnsamling når barna var 6, 12 og 24 måneder. Årsaken til at disse to gruppene ble valgt, var fordi de er to av de mest

hurtigvoksende ikke-vestlige innvandrergroppene, i tillegg til at de hadde høyest antall fødsler i 2010 og i 2011 (SSB, 2014a). Hensikten med de innsamlede dataene er på lang sikt å utvikle kultursensitive tilnæringer i helse- og ernæringskommunikasjonen.

Prosjektet har en kvalitativ og en kvantitativ del (Fig.1). Begge med data fra både somaliske og irakiske innvandrer-mødre når barna er 6, 12 og 24 måneder. Det har blitt gjennomført kvalitative intervjuer med mødrene da barna var seks måneder. Disse intervjuene fokuserte hovedsakelig på praksis og holdninger til amming og introduksjon av fast føde, samt forholdet til helsestasjonen. Studiene endte opp i to masteroppgaver, en om irakiske mødre (Cruz, 2013) og en om somaliske mødre (Nguyen, 2013). I tillegg ble det skrevet en artikkel for publisering i et vitenskapelig tidsskrift, «Challenges in immigrant mothers' infant feeding practices - a qualitative study of Iraqi and Somali mothers living in Norway» (Cruz, Nguyen, Wandel & Paoli, 2013). Det pågår også en studie som ser på helsesøstres opplevelse av å gi råd til innvandrer-mødre. Denne er planlagt ferdig høsten 2014.



Figur 1. Oversikt over InnBaKost-prosjektet.

1.2 Masteroppgaven

Denne masteroppgaven er en del av det kvalitative prosjektet i InnBaKost og de irakiske mødrene med barn på tolv måneder (gul boks i figur 1). Den er en oppfølgingsstudie til studien som ble gjort da spedbarna var seks måneder. Denne studien så på mødrenes praksis og holdninger i forbindelse med spedbarnas kosthold, samt hvordan mødrene forholdt seg til rådene de fikk. Kunnskapen, som er ervervet fra denne og den første studien, gir økt kunnskap om irakiske innvandrermodres praksis rundt spedbarnskostholdet, og kan bidra med viktig kunnskap for å kunne utvikle råd og anbefalinger som er kultursensitive.

1.2.1 Problemsstilling

Min problemsstilling er: *Hvordan er irakiske innvandrermodres holdninger og praksis i forbindelse med kostholdet til spedbarn, og hvordan forholder de seg til rådene de får?*

For å belyse problemsstillingen er følgende forskningsspørsmål formulert:

1. *Hva slags mat gir irakiske mødre sine spedbarn?*
2. *Hvordan begrunner de valgene de tar?*
3. *Hva slags råd får de?*

For å besvare disse spørsmålene ble det gjennomført kvalitative dybdeintervjuer med 15 irakiske småbarnsmødre.

1.2.2 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven består av to deler. En innledning/kappe og en vitenskapelig artikkel.

Kappen består av en innledning og bakgrunn hvor relevant forskning om temaene: endringer i kosthold ved migrasjon, konsekvenser av endringene, og irakere vil bli omtalt. Deretter vil valg av metode og metodediskusjon bli presentert, og til slutt vil det være en kort oppsummering av resultatene.

Artikkelen vil ha en oppbygging som en tradisjonell vitenskapelig artikkel med IMRAD struktur. Resultatene og resultatdiskusjonen vil kun bli presentert i artikkelen.

1.2.3 Valg av tidsskrift

Nordisk tidsskrift for helseforskning er valgt som tidsskrift for artikkelen fordi det har en bred fagprofil, og det tar høyde for et bredt spekter av innfallsvinkler. Målgruppen for tidsskriftet er undervisnings- og forskningspersonalet ved institusjoner i Norden som arbeider med helsefagutdanning.

Etter at masteroppgaven er levert og godkjent, blir artikkelen gjennomgått enda en gang med veiledere og andre medforfattere før den sendes inn.

1.2.4 Avgrensning og begrepsavklaringer

1.2.4.1 Avgrensninger

Denne studien kan ses på med flere interessante tilnærminger, og derfor er det tatt noen valg. Når det gjelder praksisen i forbindelse med spedbarnskostholdet, har jeg fokusert mest på maten. Dette fordi den forrige studien på irakiske kvinner som ble foretatt av Joanna Cruz (Cruz, 2013) fokuserte mest på amming.

Foruten vann, er det ikke blitt fokusert på drikke i denne studien.

1.2.4.2 Begrepsavklaringer

I denne studien er inklusjonskriteriene at mødrene skulle være født i Irak eller irakisk Kurdistan. I norske statistikker er det ikke mulig å skille på kurdere og irakere (Henriksen, 2010) derfor har jeg valgt å omtale alle som irakere.

Jeg omtaler prosjektet InnBaKost for «prosjektet», og min oppgave/studie for «studien» eller «oppgaven»

I oppgaven benytter jeg begrepene «helsestasjonen» og «barnehagen» om personene som jobber der. Eksempel: «Helsestasjonen sa» - da er det helsesøster eller en annen person som jobber på helsestasjon som sa noe.

Begrepet «spedbarnskosthold» blir brukt både om amming og fast føde i denne oppgaven når ikke annet er spesifisert.

Gjennom oppgaven og artikkelen omtaler jeg meg selv i tredjeperson, som masterstudenten i kappen, og som forskeren eller forfatteren i artikkelen. Unntaket er i den delen jeg diskuterer

de valgene som er tatt, som i metodediskusjonen. Der føler jeg det ville være unaturlig å omtale seg selv i tredjeperson.

2. Bakgrunn

2.1 Endring i kosthold og matvaner grunnet migrasjon (Dietary acculturation)

Når mennesker flytter fra et land til et annet medfører det endringer i livet, og også kostholdet (Satia-Abouta, Patterson, Neuhouser & Elder, 2002). Endring i kostholdsvaner er beskrevet som «dietary acculturation».

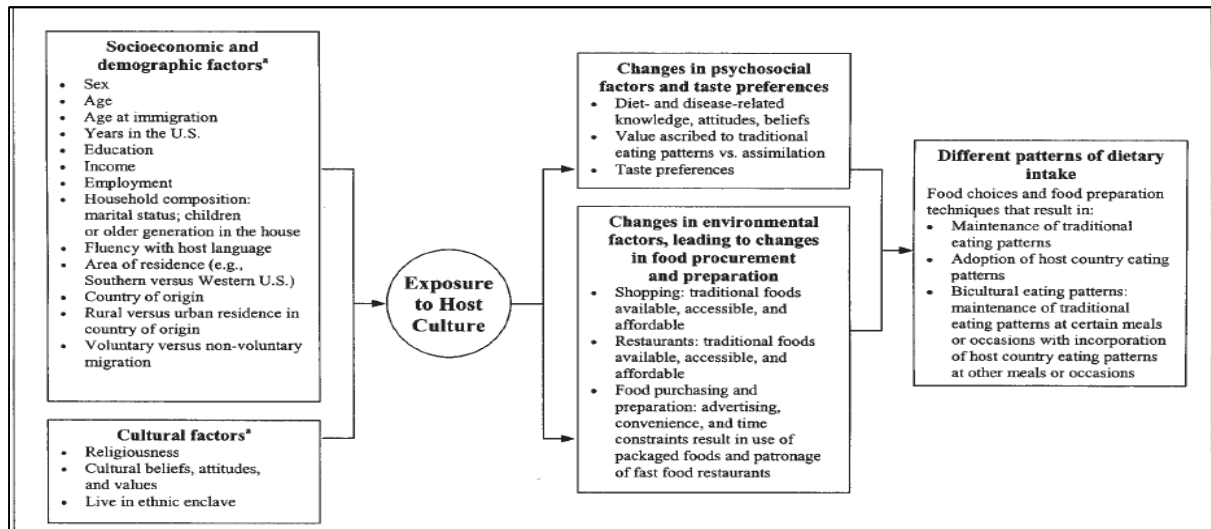
«Dietary acculturation» er en prosess som oppstår når innvandregrupper tilpasser seg spisemønsteret og matvalgene i det nye miljøet. Det er ikke en enkel lineær prosess, men en multidimensjonal, dynamisk og kompleks prosess (Satia-Abouta, 2003).

Studier viser at generell akkulturasjonen skjer raskere der innvandrerne kommer fra en by, er høyt utdannet, har et lignende utseende og kultur som personene i det nye landet (Satia-Abouta et al., 2002). Innvandrere som bosetter seg i «ghettoer» og som har kommet ufrivillig til det nye landet, som for eksempel som flyktninger, tilpasser seg som oftest langsommere til det nye landets kultur. Hvor raskt denne prosessen tar, eller i hvilken grad den skjer, avhenger av flere faktorer (Satia-Abouta et al., 2002).

Satia-Abouta har foreslått en modell (figur 2) for å forstå de kostholdsendingene som skjer når personer flytter fra et land til et annet (Satia-Abouta et al., 2002). Modellen viser hvordan en person/gruppe med sine sosioøkonomiske, demografiske og kulturelle faktorer blir eksponert for et nytt lands kultur. Videre fører dette til endringer i psykososiale faktorer og smakspreferanser, samt endringer i miljømessige faktorer. Disse endringene kan resultere i tre ulike mønstre: 1) Beholde det tradisjonelle spisemønsteret, 2) Tilpasse seg totalt vertslandets spisemønster eller 3) Bikulturelt spisemønster, det vil si at man beholder sitt tradisjonelle spisemønster på enkelte områder samtidig som man innlemmer det nye landets spisemønster på andre områder.

Studier har vist at lenger botid i vertslandet, høy utdannelse og inntekt (Park, Paik, Skinner, Ok & Spindler, 2003), arbeid utenfor hjemmet, det å ha små barn, og gode språkferdighet i det nye språket gir større eksponering til hovedkulturen (Satia-Abouta et al., 2002). Dette fører igjen til større grad av akkulturasjon. Andre faktorer som øker akselerasjonen på

akkulturasjonen kan være eksponering fra media (tv, aviser, bøker), utilgjengelighet av tradisjonell mat, og vennskap med noen som tilhører den nye kulturen.

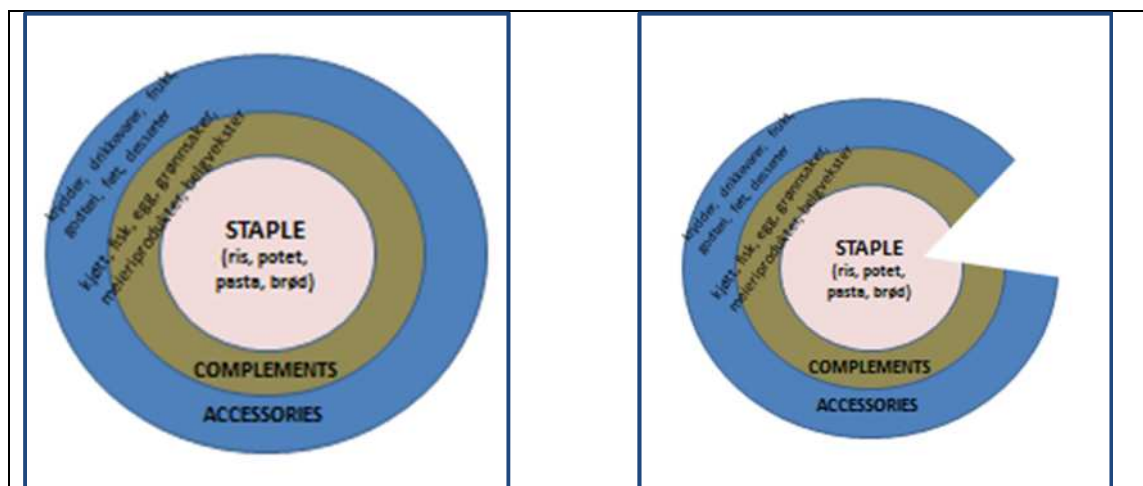


Figur 2. Satia-Aboutas foreslåtte modell på «dietary acculturation»

Faktorer som påvirker akkulturasjonen er nå beskrevet. Videre skal prosessen rundt hva som endrer seg bli presentert.

Det er en nær sammenheng mellom identitet og matvaner. Noen måltider og deler av måltidet har større betydning for den kulturelle og personlige identitet enn andre deler (Devine, Sobal, Bisogni & Connors, 1999).

Koçtürk har konstruert en modell (figur 3) som viser hvordan *matvanene* endrer seg ved migrasjon (Hjern, Koçtürk-Runefors & Jeppson, 1990). Modellen har delt inn måltidets matvarer i tre grupper, 1) hovedbasismatvarer («staples») som potet, ris, brød og pasta, 2) kompletterende matvarer («complements») som kjøtt, fisk, egg, meieriprodukter, grønnsaker og belgvekster, 3) tilleggsmatvarer («accessories») som krydder, drikkevarer, frukt, desserter, godteri og fettstoffer. Det som endres først er tilleggsmatvarene. Dette er matvarer som enkelt kan byttes ut med andre matvarer uten at det oppleves at måltidet blir grunnleggende endret. Derne endres de kompletterende matvarene. Hovedbasismatvarene er de som bevarer lengst i innvandreneres kosthold. Først når disse endres, er det snakk om endring til en annen matkultur.



Figur 3. Kocutürks modell over hvordan matvarene endrer seg ved migrasjon

Studier viser også at *måltidsmønsteret* endrer seg i en viss grad ved migrasjon til et vestlig land (Nicolaou, 2009; Terragni, Garnweidner, Pettersen & Mosdøl, 2014). Betydningen det enkelte måltidet har for den kulturelle identiteten, samt i hvor stor grad man ønsker å bevare måltidet, er avgjørende for om det endres. I følge Kocutürk er det først småspisingen mellom måltidene som økes. Den endrer seg som oftest til usunnere matvarer. Det neste som endres er frokosten. Den regnes for å være det minst særegne ved en kultur («less culture-loaded») (Kocutürk, 1995). Dernest er det lunsjen som endres. Det er i forbindelse med lunsjen innvandrerne kommer mest i kontakt med den nye kulturen i og med at dette måltidet som oftest spises utenfor hjemmet (Kocutürk, 1995; Terragni et al., 2014). Det siste måltidet som endrer seg, hvis det noen gang vil endre seg, er middagen. Middagsmåltidet er der man bevarer tradisjonen, både på grunn av innholdet og fordi det er her familien samles hjemme. Man ser at matvanene endres mer på hverdagene. Mens det i helger, høytider, ferie og særlig helligdager gjøres mer ut av de tradisjonelle måltidene (Devine et al., 1999; Hjern et al., 1990; Mellin-Olsen & Wandel, 2005).

Flere studier viser hvordan kostholdet og matvanene endres ved emigrering fra et ikke-vestlig til et vestlig land (Gilbert & Khokhar, 2008; Hjern et al., 1990; Nicolaou, 2009; Nielsen, Krasnik & Holm, 2013; Rosenmöller, Gasevic, Seidell & Lear, 2011). Kostholdet blir som oftest mindre helsefremmende. Inntak av sukker, fett, salt og bearbeidet mat øker, mens inntak av frukt og grønnsaker, samt belgfrukter og nøtter, minker (Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012). Studier på innvandrere i Norge viser at denne endringen fører til en rekke kostholdsrelaterte sykdommer (Abebe, 2010; Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012), slik som diabetes type 2 (Hjellset, Bjørge, Eriksen & Høstmark, 2011; Jenum, 2005), hjerte- og

karsykdommer (Glenday, Kumar, Tverdal & Meyer, 2006), fedme (Kumar, 2005), samt vitamin D-mangel (Holvik, 2005; Meyer, Holvik, Lofthus & Tennakoon, 2008).

Det er ikke kun voksne innvandrere som har kostholdsrelaterte sykdommer. Studier fra både Norge og utlandet viser at innvandrerbarn også får sykdommer som er relatert til kostholdet, som blant annet overvekt (Fredriks et al., 2005; Kirchengast & Schober, 2006; Pollestad Kolsgaard et al., 2008). Nevnte studier er gjort på skolebarn og tenåringer, ikke små barn. Enkelte mangelsykdommer er utbredt blant barn. Vitamin D-mangel forekommer hos mange som immigrerer til land med kjøligere klima (Glerup, Rytter, Mortensen & Nathan, 2004; Hintzpeter, 2008; A. Madar et al., 2009). Ser man på norske forhold, er de mest utbredte kostholdsrelaterte helseproblemene hos barn jern- og vitamin D-mangel (Brunvand, 2001). I den grad man kan kalle karies i tennene kostholdsrelatert, er det også et problem hos innvandrerbarn. En studie viser at forekomsten av karies er mye høyere hos barn av innvandrere, enn barn ellers i befolkningen. Det ses tydeligst når barna er i tre-års alderen (Skeie, Espelid, Skaare & Gimmestad, 2005). Årsakene til karies hos innvandrerbarn er sammensatte. Søt drikke eller melk på sengen, samt foreldrenes «ugunstige holdninger» til kosthold og tannhygiene er hovedårsakene (Skeie, Espelid, Klock, Skaare & Holst, 2011; Skeie, Riordan, Klock & Espelid, 2006).

I Norge er det forsket lite på innvandrer mødrenes holdninger til spedbarnskosthold. Det er gjort en studie i Danmark (Nielsen et al., 2013) på hvordan innvandrer mødre opplever møtet med en ny matkultur og hvordan de forholder seg til den i forhold til sin opprinnelige matkultur når de skal lage mat til familien. Andre studier med innvandrer mødre viser at mødrene i hverdagen ikke er så opptatt av hvilken kultur maten kommer fra (Marquis & Shatenstein, 2005; Nicolaou, 2009), men ved høytider og familiefeyringer var deres etniske kultur viktig (Devine et al., 1999). Mødrenes hovedfokus var at maten var bra for barna. Hva mødre la i dette begrepet var varierende. For noen var det sunnhet, for andre var det smak, trivsel eller rett og slett det barnet ville ha (Devine et al., 1999; Marquis & Shatenstein, 2005; Ristovski-Slijepcevic, Chapman & Beagan, 2010). Samtidig ønsket de at barna skulle spise både den tradisjonelle maten og den «nye» maten. På den måten å kunne være en del av familien og tradisjonene på den ene siden, og samtidig være en del av det nye samfunnet på den andre siden (Nicolaou, 2009; Nielsen et al., 2013).

Funn fra en nylig gjennomført studie i Norge viser at innvandrer mødre møter utfordringer når de skal tilpasse seg en ny matkultur (L. M. Garnweidner, Terragni, Pettersen & Mosdøl,

2012). Maten i deres hjemland er annerledes enn de er vant med når det gjelder smak, tillagningsmetode og tillagningstid. Flere opplever den nye maten som smakløs og kjedelig (L. M. Garnweidner et al., 2012). Når mødrene kommer i kontakt med helsestasjonen for å snakke om kosthold, kan misforståelser lett oppstå (Fagerli, 2005; Lisa M Garnweidner, Pettersen & Mosdøl, 2013). Helsestasjonstjenesten har en vesentlig rolle i å formidle informasjon om helsefremmende kosthold til mødre og småbarnsfamilier (Helsedirektoratet, 2011). Studier viser at helsepersonell har begrenset kunnskap om forskjellige matkulturer og hvordan denne kulturen påvirker brukernes forståelse av de rådene som blir gitt (Fagerli, 2005). Denne studien vil være et bidrag til økt kunnskap om irakiske innvandremødres holdninger og praksis rundt spedbarnskostholdet i Norge, samt hvordan de forholder seg til rådene de får av familien og helsestasjonen.

2.2 Bakgrunnsinformasjon om irakere

Det er cirka 710 000 innvandrere i Norge, noe som utgjør omtrent 14 % av befolkningen (SSB, 2014b). De fleste bor i Oslo-området, omtrent 30 % av Oslos befolkning er innvandrere (SSB, 2014a). Det bor omtrent 30 000 irakere i Norge, og av disse er en fjerdedel født i Norge med to irakiske foreldre (SSB, 2014b).

Statistisk sentralbyrås definisjon av innvandrere:

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

Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge, har to foreldre som er innvandrere, og fire besteforeldre født i utlandet.

Irakere er den nest største flyktninggruppen i verden med over to millioner personer på flukt. De fleste har flyktet til et naboland, som oftest Syria eller Jordan (Daher, Ibrahim, Daher & Anbori, 2011), men det finnes også store grupper i Europa (The UN Refugee Agency [UNHCR], 2007).

De fleste irakere som er bosatt i Norge har kommet som flyktninger. Irakerne har relativt kort botid i Norge. De fleste irakere (85 %) har mindre enn ti års botid i landet. Det er mange unge mennesker i denne innvandrergruppen, få er over 50 år. De fleste som er født i Norge er under skolepliktig alder (Østby, 2013). Det er flest unge voksne menn som i første rekke kommer.

Disse har enten ikke stiftet familie ennå, eller så har de foreløpig ikke fått gjenforening med sine familier (Henriksen, 2010). De fleste innvandrerne fra Irak (8 av 10) er oppvokst i en større by i opprinnelseslandet (Henriksen, 2010). Det er ikke vanlig at irakere, kvinner som menn, deltar i samfunnet som medlemmer av innvandrerforeninger, menigheter eller idrettslag (Henriksen, 2010).

2.2.1 Landet de flyktet fra

Det er stor fattigdom i Irak. Omtrent en fjerdedel av befolkningen lever på mindre enn 2,2 US\$/dag. Spedbarnsdødeligheten er meget høy. Av 1000 levende fødte barn, dør 32 av dem før de fyller ett år. Hovedsakelig dør barna av diare og lungebetennelse. Feil- og underernæring er et stort problem, og kun halvparten av barna får de anbefalte vaksinene (UNICEF, 2011). Underernæring er en av de mest alvorlige helseproblemene blant førskolebarn (Musaiger, Hassan & Obeid, 2011). I tillegg er det høy forekomst av struma som følge av meget lavt inntak av jod, samt mangel på vitamin A og D (Musaiger et al., 2011). Det meste av helsetjenester og skolesystem kollapset under den amerikanske invasjonen av Irak i 2003 (Webster, 2011). Mange kan ikke lese og skrive fordi barn og ungdom ikke fullfører grunnskolen. Tre av ti kvinner mellom 15 og 24 år kan ikke lese og skrive, og det er ganske vanlig at kvinner gifter seg og stifter familie når de er ganske unge. En av fem unge kvinner mellom 15 og 19 år er allerede gift (UNICEF, 2011).

2.2.2 Spedbarnskosthold i Irak

Studier fra Irak viste at ammefrekvensen var høy, men at fullamming var uvanlig blant kvinner i Irak og resten av Midtøsten (Dashti, Scott, Edwards & Al-Sughayer, 2010). Kun ett av ti barn blir fullammet ved tre måneders alder (UNICEF, 2011). Over halvparten av alle barn fikk sukkervann rett etter fødsel, særlig hvis barnet hadde gulsott (Ameer, Al-Hadi & Abdulla, 2008). I følge WHO blir 68 % av ett-åringene ammet, og 36 % av to-åringene (World Health Organization [WHO], 2006).

Det var veldig vanlig å gi melk på flaske ved siden av amming helt fra barnets første levemåned (Ameer et al., 2008). Studier viste at mange kvinner trodde de ikke hadde

tilstrekkelig med brystmelk til barnet, og derfor startet de tidlig med melk på flaske. Noen ga industrifremstilt morsmelkerstatning, mens andre ga utblandet dyremelk (Ameer et al., 2008). Det var veldig vanlig å introdusere fast føde når barnet var fire til seks måneder, 71 % gjorde det. Kjeks, grønnsakssuppe og ris var vanlig introduksjonsmat (Benyamen & Hassan, 1998).

2.2.3 Det generelle kostholdet i Irak

Beskrivelser av kostholdsvaner i et land blir nødvendigvis meget generelle. Det finnes store forskjeller innen samme land. Det er forskjell mellom by og land, ung og gammel, rik og fattig, høy utdanning og ingen utdanning. Som regel er det noen fellestrekk som gjør at man kan si noe om et lands matkultur. Irak har vært i krig i mange år, og det har vært etterfølgende sanksjoner mot landet, noe som har medført vansker med å få tilgang til enkelte matvarer.

Under vises en meget overflatisk beskrivelse av et typisk måltidsmønster, matretter og matvarer på en vanlig dag i en storby i Irak.

Frokost – om morgenen

Søt te, brød, kokt egg eller speilegg, smelteost og gaymar (en slags tykk fløte, kan minne om kremost, brukes som smør) ELLER grillet kjøtt, omelett med stekt kjøttdeig, løk og tomat.

Lunsj – 16 tiden

En risrett og gryterett servert brød og yoghurt-drikk. Noen ganger salat ved siden av.

En gryterett kan bestå av kjøtt av lam, kylling eller okse, grønnsaker og tomatsaus.

Middag – 21 tiden

Kan være rester fra lunsjen, eller grillet kjøtt, kjøttboller, brød, salat, fetaost og yoghurt. Ikke fast tidspunkt. Den som føler for det spiser.

Mellommåltider

Kjeks med søt te, frisk eller tørket frukt, nøtter og frø.

Det blir servert brød til alle måltider. Ris er basismatvaren. Auberginer og okra er de viktigste grønnsaker. Belgfrukter brukes en del i gryteretter. Frisk og tørket frukt spises som dessert og mellommåltider. Yoghurt blandet med vann som drikke. Ost er en viktig ingrediens i irakisk mat, det kan være fersk fåreost, lagret ost og smelteost. Fisk er dyrt og anses som delikatess, spesielt røykt.

Figur 4. Beskrivelse av kostholdet en typisk dag i en storby i Irak (Fødevedirektoratet, 2002)(Lisa Lidberg, personlig kommunikasjon, 17. februar 2014)

3. Metode

3.1 Valg av metode

Hensikten med denne studien er å beskrive irakiske spedbarnsmødres praksis og holdninger i forbindelse med kostholdet til deres barn, samt hvordan mødrene forholder seg til råd de får av familien og helsestasjonen. Ettersom det er lite empirisk data på dette området, ble det valgt å benytte kvalitative dybdeintervjuer i datainnsamlingen. Datainnsamlingen og analysen er inspirert av Grounded Theory. Det involverte en systematisk tilnærming av de funnene som de analyserte dataene ga. Nevnte tilnærming er anbefalt i utforskning av temaer som er lite forsket på tidligere (Dahlgren et al., 2007).

3.2 Kvalitativ metode

Den vitenskapsteoretiske metoden en velger vil ha betydning for hvilke data en samler inn og analysemetode en bruker. Gjennom en kvalitativ metode ønsker man å gå i dybden av et sosialt fenomen for å oppnå en god forståelse (Thagaard, 2009). Kvalitativ metode brukes når man ønsker å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2011). En styrke ved kvalitative tilnærminger, er at vi kan studere fenomener som det er vanskelig å få tilgang til ved bruk av andre metoder (Thagaard, 2009). Kvalitative studier har tradisjonelt en induktiv tilnærming, det vil si at det teoretiske perspektiv utvikles på grunnlag av dataanalyse (Thagaard, 2009). Målet er å utvikle beskrivelser og begreper, samt gi karakteristikker via analyser for ett gitt felt (Malterud, 2011). Ettersom det finnes relativt få studier i Norge som har sett på irakiske innvandrerkvinnens praksis og holdninger når det gjelder kostholdet til deres spedbarn, samt hvordan de forholder seg til råd de får, vil en kvalitativ tilnærming kunne gi bedre innsikt og høyere forståelse av temaet enn en kvantitativ tilnærming ville oppnådd (Thagaard, 2009).

3.3 Grounded Theory

Grounded Theory ble valgt fordi det var ønskelig å oppdage noe nytt, forklare et fenomen, i motsetning til tradisjonell hypotesetesting som tar utgangspunkt i en bestemt teoretisk eller empirisk basert antagelse om forklaring som deretter testes ut. Man forsøker å utvikle nye teoretiske begreper som setter søkelys på ulike aspekter av fenomenet (Carter & Little, 2007;

Dahlgren et al., 2007). Teoretiske begreper utvikles på grunnlag av systematiske analyser av data (Dahlgren et al., 2007). I Grounded Theory står datainnsamling, analyse og teori nært hverandre. Datainnsamling og analyse er en parallell prosess (Dahlgren et al., 2007). Ved fortløpende å sammenligne nye data med tidligere innhentete data, utvikles kategorier og relasjonene mellom dem oppdages. Når ytterligere datainnsamling ikke lenger gir ny kunnskap, men bare bekrefter den kunnskapen som er utviklet underveis, avsluttes datainnsamlingen og etter hvert analysene (Dahlgren et al., 2007).

3.4 Det kvalitative intervjuet

Kvalitativt intervju ble valgt fordi intervjuet står ofte for hovedmaterialet i Grounded Theory (Dahlgren et al., 2007). Dette er en egnet metode for å forsøke å forstå verdenen sett fra informantens ståsted og hvor det konstrueres kunnskap gjennom samtaler mellom intervjuer og informant (Dahlgren et al., 2007). I denne studien ønsket vi å få ny kunnskap om erfaringer og opplevelser rundt et tema, i dette tilfelle innvandrerkvinner og kostholdet til spedbarn. Det har vært gjennomført lignende studier flere steder i Europa (McFadden, Renfrew & Atkin, 2013; Nielsen et al., 2013) hvor kvalitativ metode ble benyttet og hvor det ga et rikt datamateriell.

3.5 Utvalg og rekruttering

Dette er en oppfølgingsstudie i det pågående InnBaKost prosjektet. Det første intervjuet ble gjennomført da barnet var cirka seks måneder. Inklusjonskriteriene var: irakiske mødre født utenfor Norge med barn på seks måneder, født i Norge. Denne studien skulle gjennomføres med de samme mødre når barnet var omtrent tolv måneder. Forskerne fra seks-månedersstudien (Cruz, 2013) benyttet mange ulike rekrutteringsmetoder («multi recruitment strategy») (Dyas et al., 2008). Utvalget var et strategisk utvalg. Det ble rekruttert fra steder man antok målgruppen oppholdt seg, som helsestasjoner, kvinnekaféer, åpen barnehage, moskeer, og aktivitetsgrupper i Røde Kors' regi. Snøballmetoden ble også benyttet ved at man spurte de som allerede var rekruttert om navn på andre med de samme egenskaper, og/eller gjennom venner av tolkene. Parallelt med rekrutteringen til den kvalitative delen av studien, pågikk også rekruttering til studier på den kvantitative delen av InnBaKost-prosjektet. Noen av mødrene fra den kvantitative delen sa seg villig å være med på den kvalitative delen. I

tillegg ble det sendt en søknad til REK om bruk av Folkeregisterets lister. Denne ble innvilget, og en liste med navn og adresse til irakiske mødre som hadde barn i den rette alder ble oversendt. En tolk tok deretter kontakt med disse kvinnene, enten per post og/eller telefon.

På grunn av frafall på fire mødre fra den første studien, ble ytterligere fem rekruttert ved hjelp av de samme metodene. Til sammen besto utvalget av 15 kvinner.

I tabellen under presenteres mødrene. Man ser at de fleste var i tjuetårene da de kom til Norge. Omtrent halvparten av mødrene har kun ett barn. De fleste hadde høyere utdanning fra Irak. De som har tatt utdannelsen sin i Norge er merket med*.

Tabell 1. Informantene – irakiske innvandremødre.

Navn (fiktivt)	KVINNENS ALDER (år)	BOTID I NORGE (år)	ANTALL BARN	HØYESTE UTDANNELSE (*= tatt i Norge)	GJENTAGENDE INTERVJU
Hasna	25 år	2	1	Videregående	Ja
Farida	28 år	4	1	Bachelor el.	Ja
Noura	25 år	17	1	Bachelor el.*	Ja
Karima	25 år	4	1	Bachelor el.	Ja
Salma	21 år	8	2	Grunnskole*	Ja
Sanaa	28 år	20	2	Bachelor el.*	Ja
Latifa	40 år	7	6	Bachelor el.	Ja
Mouna	29 år	4	1	Bachelor el.	Ja
Saida	33 år	4	2	Bachelor el.	Ja
Fatima	28 år	2	1	Bachelor el.	Ja
Amal	43 år	18	3	Videregående*	Nei
Sofia	28 år	22	2	Bachelor el.*	Nei
Aicha	36 år	8	2	Bachelor el.	Nei
Leila	26 år	2	1	Bachelor el.	Nei
Khadija	30 år	4	2	Bachelor el.	Nei

*= utdannelsen er tatt i Norge

3.6 Datainnsamling og gjennomføring av intervju

Dataene ble samlet inn ved hjelp av dybdeintervjuer av 15 irakiske mødre med barn som var ± 12 måneder. Deltagerne ble tilbudt tolk enten på arabisk eller kurdisk ved inngåelsen av intervjuavtalen. Forut for samtalene ble det foregående intervjuet med kvinnene gjennomgått slik at man kunne følge opp og eventuelt utdype temaer av interesse som kom opp den gangen. Hovedtemaene i det første intervjuet med mødrene var: Mødrenes kunnskap, holdninger og erfaring med amming og spedbarnskosthold, i tillegg til mødrenes erfaringer med helsestasjonen (Cruz, 2013).

Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2 og 3). Innenfor Grounded Theory-tilnærmingen vektlegges viktigheten av å være fleksibel for å få informanten til å utdype interessante tema som fremkommer underveis i intervjuet (Charmaz, 2014). Intervjuguiden var utviklet slik at man fikk belyst de samme temaene som ved den første studien, men denne gangen tilpasset barn på tolv måneder. I intervjuene med de nyrekrutterte mødrene, ble spørsmål om amming fra den første studien inkludert.

De første intervjuene ble utført av en av prosjektlederne ved InnBaKost da masterstudenten ennå ikke deltok i prosjektet. De senere intervjuene ble gjennomført av masterstudenten eller av en av prosjektlederne på InnBaKost. Der prosjektleder var hovedintervjuer, var masterstudent medintervjuer. Masterstudenten deltok på ni av intervjuene.

Intervjuene foregikk på steder valgt av mødrene. De ble gjennomført enten i informantens hjem, på kafe, på helsestasjon, i åpen barnehage eller på forskerens arbeidssted (Fafo). Det var sjelden kun informant og intervjuer tilstede under intervjuet. I tillegg var det ofte en student og tolk tilstede. Ved tre intervjuer var barnets far tilstede. Som oftest var ett eller to av kvinnenens barn tilstede under intervjuet, noe som medførte en del støy og var til tider distraherende både for informant og intervjuer. Enkelte ganger hadde informanten dårlig tid, men til tross for dette ble de viktigste temaene dekket under intervjuene.

En digital lydopptaker ble benyttet, og hvert intervju var på 35 til 70 minutter. Alle informantene mottok et gavekort pålydende kr 150,-. Datainnsamlingen foregikk i fylkene Oslo, Akershus, Vestfold og Østfold i perioden februar til desember 2013.

3.7 Bruk av tolk

Det ble valgt å bruke tolk da intervjuere og enkelte av informantene ikke snakket samme språk. Deltagere med språkvansker har tradisjonelt blitt ekskludert fra forskning på grunn av språkbarrierer, men på samme tid har det vært et ønske om forskning som gir minoritetsgruppene en stemme (Wallin & Ahlström, 2006). I de fleste tilfeller har ikke forskere de nødvendige språkferdighetene som skal til for å kommunisere med minoritetsgrupper (Murray & Wynne, 2001). For å kunne utføre forskning med disse gruppene og for at folk som ikke har intervjuspråket som førstespråk skal få muligheten til å uttrykke seg fullt ut, bør man vurdere om det skal benyttes tolk (Murray & Wynne, 2001). Det

er vist at når personer snakker sitt andrespråk, oppfatter de seg selv mindre selvsikre, glade og intelligente (Wallin & Ahlström, 2006).

Skal man intervju noen fra en annen kultur, kan det være en fordel med en tolk som kjenner kulturen. Tolken kan, i tillegg til å oversette det som blir sagt, fungere som en portåpner og kulturguide. Personen kan også være en rådgiver med hensyn til hvordan spørsmålene bør stilles for å oppnå den responsen man ønsker (Murray & Wynne, 2001).

Det er diskusjoner blant forskere om hvem tolken bør være. Bør det være en som har gode forbindelser til den etniske gruppen det skal forskes på, eller bør det være en ukjent (Wallin & Ahlström, 2006). Det er fordeler og ulemper ved begge alternativer. Er tolken kjent i miljøet, kan informantene frykte for taushetsplikten ikke blir overholdt. Tolken kan også være selektiv i sin oversettelse for å beskytte miljøet de begge kommer fra (Wallin & Ahlström, 2006). Dersom tolken er ukjent med miljøet, kan det være at informanten ikke stoler på denne. Følgelig vil da informanten ikke åpne seg. Derfor skal man være nøye med å velge en tolk som er både kulturelt akseptabel og språklig dyktig (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009).

I denne studien ble det benyttet en ung kvinnelig tolk. Hun kom ikke fra samme land som informantene, men hun snakket samme språk (arabisk) og tilhørte samme religion. Tolken har aner fra Midtøsten, men har vokst opp i Norge. Hun har studert sosiologi, og var godt kjent med InnBaKost-prosjektet da hun også var ansatt som forskningsassistent. Hun hadde også deltatt på noen av intervjuene med mødrene i første del av InnBaKost-prosjektet.

I og med at tolken kjente prosjektet godt, ble hun i de fleste tilfellene mer en medintervjuer enn en direkte tolk. I de tilfellene hvor informantene var fra Kurdistan og det var behov for tolk, ble det benyttet en mannlig tolk. Det ble tolket i tredjeperson.

3.8 Transkribering, koding og dataanalyse

Lydfilene fra intervjuene ble transkribert ordrett. Masterstudenten transkriberte de aller fleste (n=12) intervjuene i studien. De andre ble transkribert av tolken/forskningsassistenten fordi de ble gjennomført før masterstudenten kom med i prosjektet. Masterstudenten var ikke tilstede ved alle intervjuene (n=6), men har lyttet til alle lydopptakene fra intervjuene, også de som ble transkribert av forskningsassistenten. All koding og analyse er foretatt av masterstudenten.

Datainnsamling, kodingen og analyse var, som tidligere nevnt, inspirert av prinsippene i Grounded Theory (Dahlgren et al., 2007). Transkribering av intervju er steg to i Grounded Theory (Dahlgren et al., 2007). I de intervjuene hvor det ble benyttet tolk, gikk tolken igjennom enkelte av lydfilene og de transkriberte intervjuene i ettertid for å sjekke om at alt var kommet med. De transkriberte intervjuene ble deretter overført til analyseprogrammet Open Code (versjon 4.0.2) for koding. Analysen startet med en gjennomlesning av alle intervjuene for å få et helhetlig inntrykk av materialet. Deretter ble linje for linje kodet. Kodene beskrev innholdet på linjen (tabell 2). Hensikten med dette var å identifisere viktig informasjon i materialet. Dette er steg tre i Grounded Theory, og det kalles «open coding». Informasjonen fra de forskjellige informantene ble også sammenlignet, «constant comparison». Informasjonen ble systematisert i en matrise (tabell 3). Matriser gir et visuelt bilde av tendenser i materialet og er derfor velegnet til å foreta sammenligninger mellom data fra ulike informanter (Thagaard, 2009). Informasjonen i matrisen ble supplert med notater som ble tatt under intervjuet og under kodingen. I det fjerde steget kalt «selective coding» ble materialet gått gjennom på nytt og de viktigste kodene ble valgt ut og samlet i kategorier (figur 5). I denne fasen ble noen av kodene endret, og noen ble slått sammen. Deretter ble det lett etter forbindelser. Dette er steg fem i Grounded Theory og kalles «theoretical coding». Benevnelsene på stegene i Grounded Theory som er benyttet her er beskrevet av Dahlgren, som han igjen har fra Glaser. Strauss og Corbin bruker annen terminologi på steg fire og fem. De kaller dem henholdsvis «focused coding» og «axial coding» (Corbin & Strauss, 1990; Dahlgren et al., 2007)

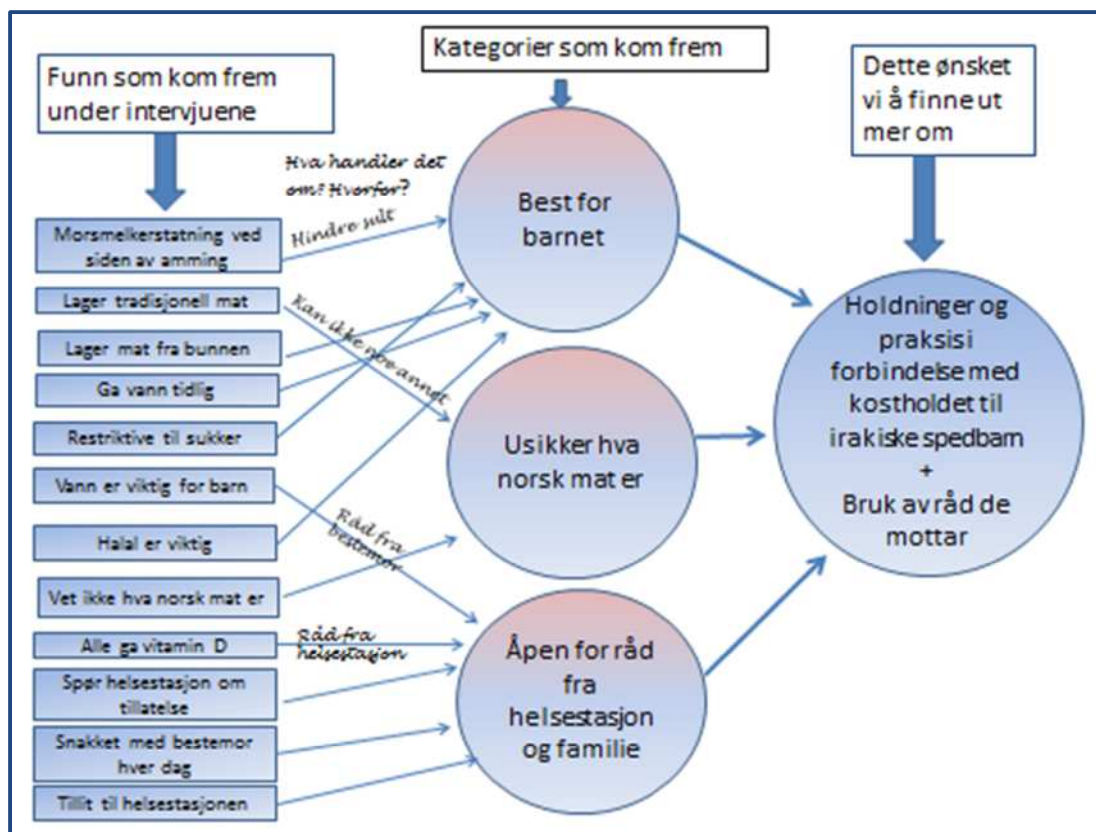
Memos ble også brukt aktivt under analysen. Memos er små notater en skriver til seg selv underveis i kodingen over ting som kommer til hodet der og da. De kan omhandle forklaringer på hva en legger i de enkelte kodene (Charmaz, 2014), eller forbindelser mellom temaer og/eller personer som man ser underveis. I følge Charmaz (2014) vil aktiv bruk av memos gjennom prosessen hjelpe en å bli aktivt engasjert i materialet, utvikle egne idéer og finjustere videre datainnsamling.

471 I: men du har også mat du lager selv? Hjemmelaget.	hjemmelag, middag
472 K: ja, ja. Selvfølgelig hjemmelaget.	hjemmelag, middag
473 I: har du noen gang kjøpt en sånn boks, hva heter de der?	fersk, halal, hipp, utfordring
474 K: eh eh nei, fordi det er med halal og sånne ting. Så det	fersk, halal, hipp, utfordring
475 er litt spesielt her (ler). Vi kan ikke kjøpe alt som..	fersk, halal, hipp, utfordring
476 I: er det på grunn av halal, eller fordi det ikke smaker	fersk, halal, hipp, utfordring
477 godt? Det finnes sånne grønnsaksblandinger tenker jeg.	fersk, halal, hipp, utfordring
478 K: ja, selvfølgelig men det er enkelt å lage hjemme. Det er	fersk, halal, hipp, utfordring

Tabell 2. Eksempel fra Open Code på koding

	II2	II7	II8	II9	II10	II11	II12	II14	II15	II16	II17	II18	II19	II20
Tidspunkt for innføring av fast føde	ca 5 mnd	ca 4 måneder	ca 4 måneder	6 mnd	4 mnd	Smaksprøver fra 40 dager. 4 mnd	4 mnd	Smaksprøver fra 4 mnd. Spiste fra ca 6 mnd.	4 mnd smaksprøver av grøt, 6 mnd annen mat på glass	ca 4 måneder	Smaksprøver fra 4 mnd. Spiste fra ca 6 mnd.	ca 4 måneder	6 mnd	5 mnd grøt mnd annen mat
Barnemat på glass	Prøvd, barn vil ikke	Ja	Prøvd, barn vil ikke	prøvd, barn vil ikke	Prøvd, barn vil ikke	Nei	Nei	Nei	Ja	Prøvd, barn vil ikke	Av og til	prøvd	Prøvd kun fruktmos, ikke middag	Av og til
Hjemmelaget	Mor lager mat	Hos bestemor og tante	Mor lager	mor lager	mor lager	Mor lager	Mor lager	Mor lager.	Barnet foretrekker glass	Mor lager	Mor lager		Mor lager	mor lager
Hvorfor denne maten	Tradisjon blant kurdere	Enkelere å kjøpe enn å lage selv.	Mor visste ikke hva man ga småbarn. Kjøpte da mat på butikken som var tilpasset barnets alder.			Best for barnet. Mener ferdigmat ikke er bra.	Helsesøster sa det. Mor har aldri kjøpt ferdigmat.	Da hun fikk vanlig hjemmelaget mat ville hun ikke ha grøt lenger. Barnet spiser alt.	Barnet liker det. Prøver å gi han smaksprøver av hjemmelaget mat, men barnet foretrekker mat på glass.		Mor ønsker å lage det meste fra bunnen. Lage gulrot i stedet for potet. Barnet foretrakk gulrot.	Grøt fordi de sa det på helsestasjon. Barnet vil ikke ha grøt mer. Vil ha mat som de andre spiser.		Barnet foretrekk hjemmelaget mat
Dette spiser barnet nå	Som familien. Mindre krydder.	Som familien. Mindre krydder.	Alt. Får most kylling. Ikke kjøtt ennå..	Som familien. Av og til moses maten.	Som familien.	Som resten av familien.	Som familien	Som familien. Forsiktig med salt og pepper.	Akkurat spiser ikke barnet så mye annet enn mat på glass og drikker melk.	Samme som familien. Brød med pålegg . Arabisk middag. Får melk på flaske.	Som familien. Gir barnemat på glass av og til.	Som familien.		Akkurat spiser ikke barnet så mye melk. Mor det er på tennene kommer.
Hva spises mellom måltidene	Kjeks. Frukt.	Frukt. Tørket frukt. Is. Kjeks	Mariekjeks. Appelsinjuice. Eple.	Frukt, kjeks, juice, melk og amming		Tørket frukt, dadler. Frisk frukt. Yoghurt.	Frukt og grønnsaker. Dadler. Antakelig yoghurt	Frukt, grønnsaker, kjeks, boller, cornflakes,	Frukt. Smoothie.	frukt, juice	Frukt.	Ammer, frukt, kjeks, is. Noen ganger agurk	Frukt. Juice. Amming. Kjeks.	Kjeks. Frukt. Amming. Melk.

Tabell 3. Eksempel fra matrisen på hvordan informasjonen fra informantene ble systematisert og sammenlignet.



Figur 5. Eksempel på hvordan funn blir til kategorier

3.9 Etske betraktninger

De etiske sidene er viktig å overholde og det er strenge krav til ivaretagelse av informanternes personvern ved forskning. Siden InnBaKost-prosjektet innbefattet forskning på mennesker ble det sendt en søknad til Regional komite for medisinsk forskningsetikk [REK] (vedlegg 4). Den ble godkjent. Før intervjuet startet ble deltakerne informert om studien og dens formål. I tillegg fikk de informasjon om at deltakelsen var frivillig, at de kunne trekke seg når de måtte ønske det samt at både de som personer og informasjonen ville bli anonymisert. Etter dette ble et skriftlig informert samtykke underskrevet. De fikk også med seg en kopi av informasjon om prosjektet hjem (vedlegg 1).

4. Diskusjon av metode

Formålet med oppgaven var å forsøke å utvikle kunnskapen omkring irakiske innvandrermodres holdninger og praksis i forbindelse med spedbarnskosthold, samt hvordan de forholder seg til råd de får.

I metodediskusjonen vil jeg først beskrive noen forhold som kan ha påvirket resultatene i denne studien og min tolkning av materialet. Deretter vil studiens validitet gjort rede for.

4.1 Intervjusituasjonen/gjennomføringen av intervjuet

Dette var en oppfølgingsstudie. Det ideelle er at en og samme person intervjuer informanten ved alle intervjuene i en intervjurekke. Dette vil skape et tillitsforhold som kan gjøre at man får et rikere materiale (Hermanowicz, 2013). Dette lot seg ikke gjøre da denne studien er en del av et større prosjekt. Enkelte ganger deltok tolken på begge intervjuene, og var da den personen informantene fikk et slags tillitsforhold til.

Det var sjelden kun intervjuer og informant tilstede under intervjuet. I følge Murray (2001) er det ugunstig med mange personer tilstede under et intervju. Det kan være vanskelig for informanten å dele sensitiv informasjon (Murray & Wynne, 2001). I denne studien virket det som om informanten ikke brydde seg om at flere var tilstede. Intervjuene omhandler heller ikke direkte sensitiv informasjon. Fordelen med å være så mange under intervjuene, var at en av disse kunne benyttes som barnevakt dersom det ble behov for det.

Ved gjennomgang av lydopptakene ble det oppdaget at barna som var tilstede, til tider overdøvet samtalen. Dette samme gjaldt lyd fra kaffemaskiner og trafikk. Slik uønsket støy var i tillegg til informantenes utfordrende språkkuttale («gebrokne norsk»), og personer som pratet samtidig, noe som til tider gjorde transkriberingen meget utfordrende. Notatene som ble skrevet under intervjuet ble da viktige. Da dette ble oppdaget, prøvde man å unngå at lignende situasjoner skulle oppstå ved neste intervju.

4.2 Mangelfulle språkferdigheter

I denne studien benyttet åtte av 15 informanter seg av tilbudet om å ha tolk under intervjuet. Det viste seg i ettertid at ikke alle hadde behov for tolk. Det var også tilfeller hvor informanten sa det ikke var behov for tolk, hvor det allikevel hadde vært ønskelig. Flere av de som ikke benyttet seg av tolk i vår studie, kunne føre en enkel og grei hverdags samtale på norsk. Under intervjuet viste det seg at de hadde et mangelfullt ordforråd og at forståelsen av enkelte ord var mangelfull. Men i og med at vi hadde mulighet til å ordlegge oss annerledes, ble nok det meste oppklart.

Vi kunne ha valgt kun å benytte oss av kvinner som snakket forskerens språk flytende. Dette ble gjort ved en lignende studie i Danmark (Nielsen et al., 2013). Sannsynligvis ville vi da hatt vanskeligheter med å rekruttere nok informanter, og vi ville ikke fått et like stort mangfold. Nå fikk vi mødre som både hadde lang og kort botid i Norge.

4.3 Bruk av tolk

Det er både fordeler og ulemper med bruk av tolk. Vi fikk sannsynligvis bedre innpass hos enkelte på grunn av tolken. Ulempen var at samtalen ble litt kunstig da den måtte gå gjennom tolk. Det er en mulighet at noe av informasjonen forsvant på veien mellom informant og forsker fordi samtalen gikk via tolk. I følge Wallin er det ikke alltid mulig for en tolk å gi en eksakt oversettelse av en dialog. Tolken må velge hva som skal bli presentert og på hvilken måte (Wallin & Ahlström, 2006). Det er heller ikke alltid korrekt å tolke ord for ord, da hvert språk har sine egen karakteristiske form, ordbruk og grammatikk for å uttrykke meninger (Wallin & Ahlström, 2006).

Når intervjuene blir utført med tolk, er denne personen like mye part i forskningsprosessen som intervjueren. Fordelen med en aktiv tolk er mer flyt og økt forståelse. Ulempen er mindre kontroll for intervjueren (Wallin & Ahlström, 2006). I denne studien anser jeg det som en styrke å ha en aktiv tolk fordi det ga mer flyt i samtalen.

Det ble tolket i tredje person. Det var ikke et bevisst valg. Det ble slik fordi det følte riktig. Det er diskusjoner blant forskere (Brämberg & Dahlberg, 2013; Squires, 2009; Wallin & Ahlström, 2006) om tolken skal tolke i første (direkte) eller tredje person. Tolkens arbeid synliggjøres bedre i forskningsprosessen når det tolkes i tredje person. Det viser at informanten ikke kan kommuniserer uten en tolk/tospråklig person tilstede (Wallin & Ahlström, 2006). På den andre siden blir informanten mer synlig dersom det tolkes i første person (Brämberg & Dahlberg, 2013), og tolken blir mer en overfører av informasjon enn en aktiv deltager (Squires, 2009).

4.4 Transkribering, koding og analyse

Det ideelle er at en og samme person gjennomfører og transkriberer alle intervjuene fordi da får man mer nærhet til informanten og stemningen. I denne studien ble intervjuene

gjennomført av tre ulike personer. Det er også en fordel at den personen som analyserer, er tilstede under intervjuene da det foregår også en non-verbal kommunikasjon under en samtale.

4.5 Masterstudents forforståelse

I den kvalitative forskningen er det viktig at forskerens forforståelse kommer tydelig frem slik at den ikke overskygger materialet eller får leseren til å undre seg over hvilket forhold forskeren selv har til temaet som belyses. Som forsker må en bevisstgjøre og redegjøre for sin forforståelse (Thagaard, 2009).

Jeg (masterstudenten/forskeren) hadde på forhånd liten kunnskap om innvandrere og deres kultur. Jeg har vokst opp i Norge med norske foreldre, og har bodd mesteparten av livet mitt der med unntak av tre lengre utenlandsopphold. Ernæring og helse er en del av min utdanning og mitt yrkesliv, og jeg har selv hatt småbarn.

I mangel på kunnskap om innvandrere og irakere, og hvordan det er å være innvandrer, leste jeg mye litteratur om emnet. Jeg tror det kan ha påvirket min analyse på en positiv måte, satt det i et mer riktig perspektiv. Min ernæringsbakgrunn tror jeg ubevisst påvirket meg i begynnelsen. En av veilederne, som ikke har ernæringsbakgrunn, anbefalte litteratur som så på mat og kosthold fra en annen side enn bare sunnhet og næringsstoffer. Forforståelse kan være nyttig for forstå temaet bedre, men på en annen side kan forskeren gå inn i et prosjekt med begrenset horisont eller manglende evne til å lære av sitt materiale (Malterud, 2011). Det er viktig å ha et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse.

4.6 Studiens validitet

Validitetskriteriene for Grounded Theory studier er i følge Dahlgren beskrevet i Glaser & Strauss som grundig («rigor») og troverdighet («credibility»). Ofte presenteres de som fitness, workability og relevance (Dahlgren et al., 2007).

En teori passer («fits») når kategoriene passer til de innsamlede dataene. Dataene skal komme til forskeren, i stedet for at forskeren «tvinger» dataene til å passe inn i en allerede forhåndsbestemt kategori (Dahlgren et al., 2007).

I denne studien var det ingen forhåndsbestemte kategorier. Kategoriene «best for barnet», «usikker hva norsk mat er» og «åpen for råd» kom frem gjennom en induktiv prosess begrunnet i datamaterialet.

En teori virker («works») når den er god nok til å forklare hva som skjer eller forutser hva som skjer i virkeligheten eller på et konseptuelt nivå. Fokuset er på om teorien er nyttig og praktisk anvendbar (Dahlgren et al., 2007).

Funnene fra studiene viser mødrenes erfaringer med og holdninger til spedbarnskosthold, og hvordan de forholder seg til råd av familie og helsestasjonen. Dette er nyttig kunnskap som kan benyttes blant annet som et bidrag for utvikling av kultursensitive råd og anbefaler.

En teori har relevans («relevance») så sant informantens kjerneproblem er tolket på en naturlig Grounded Theory-måte. I følge Glaser behøver ikke en som forsker å forklare hvorfor hans/hennes problemstilling har forskningsverdi. Relevans kan ikke begrunnes med forutinntatte teorier (Dahlgren et al., 2007).

I denne studien ble ikke Grounded Theory benyttet slavisk. Det ideelle er at datainnsamling og analyse skjer parallelt, ved at man først intervjuer noen få informanter, og analyserer disse intervjuene for å se om noe som gjentar seg. Deretter fortsetter man intervjuingen/datainnsamlingen. I vårt tilfelle ble alle intervjuene foretatt før den grundige analysen kom i gang. Noe analyse ble gjort underveis, og vi endret også intervjuguiden noe ut fra temaer som mødrene bragte frem. Vi ser at enkelte temaer kunne med fordel vært utdypet nærmere, særlig rundt mat og matvalgene. Samtidig ser vi at temaet amming er rimelig mettet da denne studien og Cruz' studie er samsvarende. Det betyr at denne har delvis «relevance» i en streng Grounded Theory-sammenheng.

Glaser diskuterer også mer vanlig brukte kriterier for «credibility» (troverdighet), «transferability» (overførbarhet) og «confirmability» (bekreftbarhet) til Grounded Theory. Han hevder at gode Grounded Theory-studier ikke har noe problem med å innfri disse (Dahlgren et al., 2007).

Grounded Theory innfrir kriteriet om *troverdighet* siden det er abstrakt og ikke bundet til tid, sted og mennesker. Det generer nye konsepter, hypoteser og teorier i stedet for å beskrive materielle forekomster på en slik måte at det kan bli satt spørsmål ved. Kriteriet om troverdighet er derfor til en stor grad irrelevant i avanserte Grounded Theory-tilnærminger (Dahlgren et al., 2007). Kriteriet om *overførbarhet* er innfridd i Grounded Theory, i og med at Grounded Theory nesten automatisk overfører funn (fra en informant til en annen). Å lete etter likheter er vesentlig i «constant comparisons»-prosessen, og en teori blir skapt for å

passe til data, og for å være aktuell i ulike sammenhenger. Men hensikten er ikke at man skal overføre kunnskapen/teorien fra studiens utvalg til befolkningen (Dahlgren et al., 2007).

Kriteriet om bekreftbarhet er lett å innfri i Grounded Theory fordi målet med Grounded Theory er ikke å bevise, rettferdiggjøre eller bekrefte noe. Det er en levende teori, som er mulig å modifisere ved behov (Dahlgren et al., 2007).

Mye det som ligger bak troverdighetsprinsippet i Grounded Theory er å gi leseren en rettferdig mulighet å følge forskerens tolkning. Sannhetsbegrepet er relativ, og at Grounded Theory-tilnærmingen er åpen for alternative og endrede tolkninger (Dahlgren et al., 2007).

Hva har så masterstudenten gjort for å øke troverdigheten og gyldigheten av studien?

I denne studien har masterstudenten beskrevet både metoden og analyseprosessen grundig slik at leseren kan følge hvordan funnene har fremkommet. I tillegg er mødrenes ordrette sitater benyttet slik at man kan skille mellom primær data og forskerens/masterstudentens fortolkninger.

Masterstudenten har benyttet lydopptaker under intervjuene som gjorde at hun lyttet mer aktivt under intervjuene og unngikk mye notering. Det var da enklere å følge opp, og det ble mer flyt i samtalen. En annen fordel med lydopptaker var at masterstudenten kunne lytte til intervjuet flere ganger, dette gjorde seg særlig gjeldende under transkriberingen.

Både intervjuer og tolk var kvinner, med unntak av enkelte få tilfeller. Det medførte nok at vi fikk mer informasjon enn om intervjuer hadde vært mann fordi både studiens tema og kvinnenenes religion tilsa det. Intervjuerne hadde alle hatt småbarn, noe som gjorde at samtalen ble mer personlig og følgelig ga dypere informasjon.

Resultatene i denne studien styrkes i og med at både det første og det andre intervju som er foretatt på irakiske mødre viser mye av det samme. Sammen er disse to studiene sterkere enn om de hadde vært enkeltstående. Man kan også anta mødre som sa seg villige til å delta på begge intervjuene, var mer fortrolig med studien slik at vi fikk mer og dypere informasjon. Funnene ble i tillegg diskutert med den arabiske tolken, noe som også styrket resultatene.

Bruk av kjerneinformant ville sannsynligvis ha styrket funnene ytterligere. Men det lot seg ikke gjennomføre i denne omgang. Når man tar med seg dette inn i neste runde av InnBaKost-prosjekt blir kanskje disse funnene ytterligere styrket.

4.7 Oppsummering og forslag til hvordan funnene kan jobbes videre med

Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om irakiske innvandrermodres holdning og praksis i forbindelse med spedbarnskostholdet samt hvordan de forholdt seg til rådene de fikk av familien og helsestasjonen.

Studien viste at de irakiske spedbarnsmødre stort sett ammet barna i minst ett år. Få fullammet. Mødrene trodde de ikke hadde tilstrekkelig med brystmelk så de begynte å gi morsmelkerstatning samtidig. I deres kultur var det vanlig å gi morsmelkerstatning i tillegg til amming. Mødrene bør oppmuntres til å vente med eller unngå morsmelkerstatning og veiledes hvordan øke melkemengden. Mødre må overbevises om at de mest sannsynlig har nok brystmelk.

Flesteparten av mødrene foretrakk å lage tradisjonell irakisk middagsmat fra bunnen av fordi de mente dette var det tryggeste med hensyn til halal. Halal-produkter var viktig for mødrene. Dette er viktig informasjon dersom man skal veilede denne gruppen om kosthold.

Flere av mødrene visste ikke hva norsk mat var. De vil da ha vanskelig for å forstå og nyttiggjøre seg av innholdet i en brosjyre om spedbarnskosthold selv om den er oversatt til morsmålet deres. Det vil være behov for en brosjyre, gjerne tospråklig, som er mer tilpasset et flerkulturelt Norge.

Mødrene anså det ikke som et stort problem at de ikke visste hva norsk mat var, de så ikke behovet for norsk mat i det daglige. Det ville først bli viktig når barnet begynte i barnehage. Og da kunne mødrene, i følge dem selv, se og lære av hva de andre spiste. Denne informasjonen kan være nyttig for barnehagen slik at man kan veilede denne gruppen om mat i barnehage.

Mødrene hadde stor tillit til helsestasjonen. De lyttet til anbefalingene og fulgte de rådene de mente passet for dem. Råd om fullamming og vann fulgte de sjelden. Dersom en mor ikke følger helsestasjonens anbefalinger, behøver det ikke å bety at hun har misforstått. Mødrene fikk råd på helsestasjonen om å gi barnet et vitamin D-tilskudd noe alle i denne studien gjorde. Det kan tyde på at Helsedirektoratets kampanje for å redusere vitamin D-mangelen hos innvandrerbarna, ved å dele ut gratis vitamin D-dråper via helsestasjonen, har vært vellykket.

Bestemødrene var viktige rådgivere for mødrene. De snakket samme språk og var ofte lettere tilgjengelig enn helsestasjonen. Rådene bestemødrene ga baserte seg ofte på deres egne erfaringer fra Irak. Mødrene kunne bli forvirret når de fikk motstridende råd fra bestemødre og helsestasjonen, og konfronterte av og til den ene med den andres utsagn. Dette kan reduseres ved at bestemødrene blir invitert sammen med mødrene på noen av konsultasjonene på helsestasjon, men det forutsetter at de befinner seg i samme land.

5. LITTERATURLISTE

- Abebe, D. S. (2010). *Public Health Challenges of Immigrants in Norway: a research review*. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research.
- Ameer, A., Al-Hadi, A. & Abdulla, M. (2008). Knowledge, attitudes and practices of Iraqi mothers and family child-caring women regarding breastfeeding. *Eastern Mediterranean health journal*, 14(5).
- Benyamien, Y. & Hassan, M. (1998). Feeding patterns in the first two years of life in Basra Iraq. *Eastern Mediterranean health journal*, 4(3), 448-451.
- Brunvand, L., Brunvatne, R. (2001). Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 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.
- Carter, S. M. & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. London: Sage.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21. doi:10.1007/bf00988593
- 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*, Universitetet i Oslo). Oslo.
- Cruz, J. R. H., Nguyen, C., Wandel, M. & Paoli, M. (2013). *Challenges in immigrant mothers' infant feeding practices - A qualitative study of Iraqi and Somali mothers living in Norway* Unpublished
- Daher, A., Ibrahim, H., Daher, T. & Anbori, A. (2011). Health related quality of life among Iraqi immigrants settled in Malaysia. *BMC Public Health*, 11(1), 407.
- Dahlgren, L., Emmelin, M., Winkvist, A., Lindhgren, M., medicin, U. u. I. f. f. o. k. & Epidemiologi, U. u. I. f. f. o. k. m. (2007). *Qualitative Methodology for International Public Health: Epidemiology and Public Health Sciences*, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University.
- Dashti, M., Scott, J. A., Edwards, C. A. & Al-Sughayer, M. (2010). Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. *International breastfeeding journal*, 5(7).
- Devine, C. M., Sobal, J., Bisogni, C. A. & Connors, M. (1999). Food choices in three ethnic groups: Interactions of ideals, identities, and roles. *Journal of Nutrition Education*, 31(2), 86-93.
- Dyas, J., Apekey, T., Tilling, M., Middleton, H., Sharp, J., Orner, R. & Siriwardena, A. (2008). Experiences of insomnia for patients and prescribers in the primary care consultation - a focus group study. *Society for Academic Primary Care Annual Scientific Meeting, Galway, 9-11 July 2008*.
- 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.
- Fredriks, M. A., Buuren, S., Sing, H., Remy, A., Maarten Wit, J. & Pauline Verloove-vanhorick, S. (2005). Alarming prevalences of overweight and obesity for children of Turkish, Moroccan and Dutch origin in The Netherlands according to international standards. *Acta Paediatrica*, 94(4), 496-498.
- Fødevarerdirektoratet. (2002). *Maden hos invandrere og flygtninge i Danmark* (Fødevarer rapport 2002:07). Hentet fra <http://www.foedevarestyrelsen.dk/Publikationer/Alle%20publikationer/2002007.pdf>
- Garnweidner, L. M., Pettersen, K. S. & Mosdøl, A. (2013). Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*, 29(12), e130-e137. doi:10.1016/j.midw.2012.12.006

- 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. *Journal of nutrition education and behavior*, 44(4), 335-342.
- Gilbert, P. A. & Khokhar, S. (2008). Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutrition Reviews*, 66(4), 203-215.
- Glenday, K., Kumar, B. N., Tverdal, A. & Meyer, H. E. (2006). Cardiovascular disease risk factors among five major ethnic groups in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(3), 348-355.
- Glerup, H., Rytter, L., Mortensen, L. & Nathan, E. (2004). Vitamin D deficiency among immigrant children in Denmark. *European journal of pediatrics*, 163(4), 272-273.
- Helsedirektoratet. (2011). *Helsestasjon 0-5 år*. Hentet 30. april 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/helsestasjon-0-5-ar/Sider/default.aspx>
- Henriksen, K. (2010). *Levekår og kjønnsforskjeller blant innvandrere fra ti land* (Rapport (Statistisk sentralbyrå) nr 06: 2010). Hentet fra http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201006/rapp_201006.pdf
- Hermanowicz, J. (2013). The Longitudinal Qualitative Interview. *Qualitative Sociology*, 36(2), 189-208. doi:10.1007/s11133-013-9247-7
- Hintzpeter, B., Scheidt-Nave, C., Müller, M. J., Schenk, L., Mensink, G. B. M. (2008). Higher prevalence of vitamin D deficiency is associated with immigrant background among children and adolescents in Germany. *The Journal of Nutrition*, 138, 1482-1490.
- Hjellset, V., Bjørge, B., Eriksen, H. & Høstmark, A. (2011). Risk Factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Immigrants: The InvaDiab-DEPLAN Study on Pakistani Immigrant Women Living in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(1), 101-110. doi:10.1007/s10903-009-9290-3
- Hjern, A., Kocturk-Runefors, T. & Jeppson, O. (1990). Food habits and infant feeding in newly resettled refugee families from Chile and the Middle East. *Scandinavian journal of primary health care*, 8(3), 145-150.
- Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2012). Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food & Nutrition Research*, 56.
- Holvik, K., Meyer, H. E., Haug, E., Brunvand, L. (2005). Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo Norway: the Oslo Immigrant Health Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(1), 57-63.
- Jenum, A. K., Graff-Iversen, S., Birkeland K. I. (2005). Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for preventions. *Diabetologia*, 48(3), 435-439.
- 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.
- Koçtürk, T. (1995). Structure and change in food habits. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 39(1), 2-4.
- Koletzko, B., Dodds, P., Akerblom, H., Ashwell, M. (2005). *Early nutrition and its later consequences: new opportunities*. New York: Springer.
- Kumar, B. N., Meyer, H. E., Wandel, M., Dalen, I., Holmboe-Ottesen, G. (2005). Ethnic differences in obesity immigrants from developing countries in Oslo. *International Journal of Obesity*, 30(4), 684-690.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lanigan, J., Turnbull, B., Singhal, A. (2007). Toddler diets in the U.K: deficiencies and imbalances. 2. Relationship of toddlers diet to later health. *Journal of Family Health Care*, 17(6), 197-200.
- Madar, A. (1997). *Kosthold og jernstatus hos somaliske barn 2-4 år i Osloregionen*, Ernæringsinstituttet, Universitetet i Oslo). Oslo.

- Madar, A., Stene, L. & 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(7), 1052-1058.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Marquis, M. & Shatenstein, B. (2005). Food Choice Motives and the Importance of Family Meals Among Immigrant Mothers. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 66(2), 77-82. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fsr&AN=17407247&site=ehost-live>
- McFadden, A., Renfrew, M. J. & Atkin, K. (2013). Does cultural context make a difference to women's experiences of maternity care? A qualitative study comparing the perspectives of breastfeeding women of Bangladeshi origin and health practitioners. *Health Expectations*, 16(4), e124-e135. doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00770.x
- Mellin-Olsen, T. & Wandel, M. (2005). Changes in food habits among Pakistani immigrant women in Oslo, Norway. *Ethnicity & Health*, 10(4), 311-339.
- Meyer, H. E., Holvik, K., Lofthus, C. M. & Tennakoon, S. U. B. (2008). Vitamin D status in Sri Lankans living in Sri Lanka and Norway. *The British Journal Of Nutrition*, 99(5), 941-944.
- Murray, C. D. & Wynne, J. (2001). Researching community, work and family with an interpreter. *Community, Work & Family*, 4(2), 157-171. doi:10.1080/713658930
- Musaiger, A. O., Hassan, A. S. & Obeid, O. (2011). The paradox of nutrition-related diseases in the Arab countries: the need for action. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 8(9), 3637-3671. doi:10.3390/ijerph8093637
- Nguyen, C. (2013). *Infant feeding practices of Somali mothers residing in Norway : A qualitative study*, Universitetet i Oslo. Oslo.
- Nicolaou, M., Doak, C. M., van Dam, R. M., Brug, J., Stronks, K., Seidell, J. C. (2009). Cultural and social influences on food consumption in Dutch residents of Turkish and Moroccan Origin: a qualitative study. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(4), 232-241.
- 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 & Child Nutrition*. doi:10.1111/mcn.12043
- Park, S., Paik, H., Skinner, J. D., Ok, S. & Spindler, A. A. (2003). Mothers' acculturation and eating behaviors of Korean American families in California. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 35(3), 142-147.
- Pollestad Kolsgaard, M. L., Andersen, L. F., Tonstad, S., Brunborg, C., Wangensteen, T. & Joner, G. (2008). Ethnic differences in metabolic syndrome among overweight and obese children and adolescents: the Oslo Adiposity Intervention Study. *Acta Paediatrica*, 97(11), 1557-1563.
- Ristovski-Slijepcevic, S., Chapman, G. E. & Beagan, B. L. (2010). Being a 'good mother': Dietary governmentality in the family food practices of three ethnocultural groups in Canada. *Health*, 14(5), 467-483. doi:10.1177/1363459309357267
- Rosenmøller, D. L., Gasevic, D., Seidell, J. & Lear, S. A. (2011). Determinants of changes in dietary patterns among Chinese immigrants: a cross-sectional analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 8(1), 42-49. doi:10.1186/1479-5868-8-42
- Satia-Abouta, J. (2003). Dietary acculturation: definition, process, assessment, and implications. *International Journal of Human Ecology*, 4(1), 71-86.
- Satia-Abouta, J., Patterson, R. E., Neuhouser, M. L. & Elder, J. (2002). Dietary acculturation: Applications to nutrition research and dietetics. *Journal Of The American Dietetic Association*, 102(8), 1105-1118. doi:10.1016/s0002-8223(02)90247-6
- Schwartz, C., Scholtens, P. A., Lalanne, A., Weenen, H. & Nicklaus, S. (2011). Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*, 57(3), 796-807.

- Scott Jane, Campell, D. & Davies, M. (2007). Mothers and infants. I M. Lawrence, & T. Worsley (Red.), *Public Health Nutrition - from principales to practice* (s. 74-99). Australia: Open University Press.
- Skeie, M. S., Espelid, I., Klock, K. S., Skaare, A. & Holst, D. (2011). SMÅTANN -prosjektet har gitt ny kunnskap om småbarns helse. *Den norske tannlegeforenings tidene*, 121(4), 220-226.
- Skeie, M. S., Espelid, I., Skaare, A. & Gimmestad, A. (2005). Caries patterns in an urban preschool population in Norway. *European journal of paediatric dentistry: official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 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.
- Squires, A. (2009). Methodological challenges in cross-language qualitative research: A research review. *International journal of nursing studies*, 46(2), 277-287.
- Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2014a). *Fruktbarhet og annen demografi hos innvandrere og deres barn født i Norge* (Rapport (Statistisk sentralbyrå) nr 6:2014). Hentet fra http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/159524?_ts=143d903c2f8
- Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2014b). *Innvandrere og norskfødte med innvandreforeldre pr 1. januar 2014*. Hentet 1. mai 2014 fra <http://www.ssb.no/innvbef/>
- 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
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- The UN Refugee Agency [UNHCR]. (2007). *Statistics on displaced Iraqi around the world*. Hentet fra <http://www.unhcr.org/470387fc2.html>
- Thompson, A. L. & Bentley, M. E. (2013). The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity. *Social science & medicine*, 97, 288-296.
- UNICEF. (2011). *The Situation of Children and Women in Iraq - Highlights from the Multiple Indicator Cluster Survey 4 (MICS 4)*. Hentet fra <http://www.unicef.org/iraq/>
- Wallin, A.-M. & Ahlström, G. (2006). Cross-cultural interview studies using interpreters: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 723-735. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03963.x
- Wandel, M., Fagerli, R. A., Olsen, P. T., Borch-Iohnsen, B. & Ek, J. (1996). Iron status and weaning practices among Norwegian and immigrant infants. *Nutrition Research*, 16(2), 251-265.
- Webster, P. C. (2011). Iraq's health system yet to heal from ravages of war. *The Lancet*, 378(9794), 863-866.
- Wilson, A. C., Forsyth, J. S., Greene, S. A., Irvine, L., Hau, C. & Howie, P. W. (1998). Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *Bmj*, 316(7124), 21-25.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *The WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding - Iraq*. Hentet fra <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/>
- Østby, L., Henriksen, K. (2013). *Samfunnsspeilet 5/2013*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <http://ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-hva-vi-naa-vet-og-ikke-vet>
- Øverby, N. C., Kristiansen, A.L, Andersen, L.F, Lande, B. (2008). *Spedkost - 6 måneder Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Øverby, N. C., Kristiansen, A.L, Andersen, L.F, Lande, B. (2009). *Spedkost - 12 måneder Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 måneder gamle barn*. Oslo: Helsedirektoratet.

Vedlegg 1 Invitasjon til InnBaKost prosjektet

Vedlegg 2 Intervjuguide – InnBaKost – 12 måneder

Vedlegg 3 Intervjuguide – InnBaKost – 12 måneder - forenklet

Vedlegg 4 Godkjenning fra REK

Artikkel

«Hjelp! Hva skal jeg gi barnet mitt?»

Irakiske innvandrermodres møte med den norske matkulturen

Kjersti Selseth

Kjersti Selseth, Høgskolen i Oslo og Akershus, Avdeling for helsefag, institutt for samfunnsnærings

Sammendrag

Mål

Hovedhensikten med denne studien er å forbedre kunnskapen om irakiske innvandrermodres holdninger og praksis i forbindelse med amming og spedbarnskosthold, samt hvordan de forholder seg til rådene de får av sine mødre/svigermodre og helsestasjonen.

Metode og utvalg

Dataene ble samlet inn ved hjelp av kvalitative dybdeintervjuer av 15 irakiske innvandrermodre med barn på ca. tolv måneder. Dette er en oppfølgingsstudie fra da barnet var seks måneder. Deltagerne ble rekruttert fra sentrale Østlandet. Intervjuene ble gjennomført i 2013.

Hovedresultater

De fleste mødrene ammet barnet i mer enn et år. Få fullammet. De fleste mødrene var helsebevisste, og opptatt av kosthold. Maten foretrakk de å lage fra bunnen av. Halal-produkter var viktig. Mødrene var usikre på hva norsk mat var, men selv så de ikke det som noe stort problem. Mødrene var åpne for råd fra både bestemor og helsestasjonen. Helsestasjonen hadde stor tillit hos mødrene.

Konklusjon

Det er viktig å støtte opp om mødrenes positive holdninger til amming og kosthold.

Nøkkelord: innvandrere, amming, helsestasjon, spedbarnskosthold, Irak,

Abstract

Objective: To explore the infant feeding practices of Iraqi immigrant mothers and how these practices correlate to the advice mothers received from their family and the health clinic.

Design: Qualitative in-depth interviews. A purposive sample of mothers recruited through a multi recruitment strategy.

Participants: 15 Iraqi born immigrant mothers with a child twelve months old, born in Norway and residing in the Oslo area. Ten of the mothers were a follow-up study.

Analysis: Analysis of the interviews was inspired by Grounded theory.

Results: The mothers had breastfed longer than one year. They preferred to make dinner for the infant from scratch. Halal meat was important. The mothers were unsure what Norwegian food was. They received advice about infant feeding from both the family and the health clinic. The mothers had confidence in the health clinic.

Conclusion: It will be important to support the mother's positive attitude to toward breastfeeding and infant feeding.

Keywords: immigrants, breast feeding, health clinic, infant feeding, Iraq

Innledning

Innvandrerbefolkningen er mer enn fordoblet de siste ti årene (Østby, 2013). Omtrent 14 % av dagens totale befolkning er innvandrere. Dette inkluderer barn født i Norge av to innvandrereforeldre. Irakere er blant de innvandreregruppene som øker mest (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2014).

Riktig og tilstrekkelig ernæring tidlig i livet er viktig (Wilson et al., 1998). Det er også viktig at innføring av mat skjer til rett tid både med hensyn til vekst og utvikling (Scott Jane, Campell & Davies, 2007; Thompson & Bentley, 2013). Tidlig fokus på ernæring kan påvirke utviklingen av overvekt og ikke-smittsomme sykdommer senere i livet (Koletzko, 2005). Kostholdsvaner som etableres tidlig i livet kan det påvirke den langsiktige helsen (Lanigan, 2007; Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen & Nicklaus, 2011).

Det er gjennomført to nasjonale kostholdsundersøkelser i Norge med et utvalg av norske spedbarn på 6, 12 og 24 måneder (Øverby, 2008, 2009). Disse studiene ekskluderte mødre som var født utenfor Skandinavia.

Det er få studier i Norge på kosthold blant innvandrerbarn. De som har vært gjennomført har hatt sine begrensninger. Studiene har fokusert kun på enkelte næringsstoffer (jern og vitamin D) og utvalget har vært lite (A. Madar, Stene & Meyer, 2009; Wandel, Fagerli, Olsen, Borch-Iohnsen & Ek, 1996). Begrensningene tatt i betraktning, studiene viser høy forekomst av anemi og jernmangel blant barn med foreldre fra Tyrkia, Pakistan (Wandel et al., 1996) og Somalia (A Madar, 1997). Vitamin D-mangel blant spedbarn av foreldre med opprinnelse fra Pakistan, Tyrkia og Somalia er også funnet (A. Madar, Stene, et al., 2009).

Når mennesker flytter fra et land til et annet medfører det endringer i livet, også kostholdet (Satia-Abouta, Patterson, Neuhouser & Elder, 2002). Endring i kostholdvanene er beskrevet som «dietary acculturation».

Studier viser hvordan kostholdet endres når man emigrerer fra et ikke-vestlig til et vestlig land (Gilbert & Khokhar, 2008; Hjern, Kocturk-Runefors & Jeppson, 1990; M. Nicolaou, Doak, C.M., van Dam, R.M., Brug, J., Stronks, K., Seidell, J.C., 2009; Nielsen, Krasnik & Holm, 2013; Rosenmøller, Gasevic, Seidell & Lear, 2011). Kostholdet blir som oftest mindre helsefremmende. Inntak av sukker, fett, salt og bearbeidet mat øker, mens inntak av frukt og grønnsaker samt belgfrukter og nøtter minker (Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012). Studier på innvandrere i Norge viser at denne endringen fører til en rekke kostholdsrelaterte sykdommer

(Abebe, 2010; Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012) som diabetes type 2 (Hjellset, Bjørge, Eriksen & Høstmark, 2011; Jenum, 2005), hjerte- og karsykdommer (Glenday, Kumar, Tverdal & Meyer, 2006), fedme (B. N. Kumar, Meyer, H.E., Wandel, M., Dalen, I., Holmboe-Ottesen, G., 2005), samt vitamin D-mangel (Holvik, 2005; Meyer, Holvik, Lofthus & Tennakoon, 2008).

En nylig gjennomført studie i Norge viser at innvandremødre møter utfordringer ved tilpassing til ny matkultur (L. M. Garnweidner, Terragni, Pettersen & Mosdøl, 2012). Maten i det nye landet er annerledes enn den de er vant til når det gjelder smak, tillagningsmetode og tillagningstid (L. M. Garnweidner et al., 2012). Når kvinnene kommer i kontakt med helsestasjonen for å snakke om kosthold, kan misforståelser lett oppstå (Fagerli, 2005; Lisa M Garnweidner, Pettersen & Mosdøl, 2013). Helsestasjonen har en viktig rolle i å formidle informasjon om helsefremmende kosthold til mødre og småbarnsfamilier (Helsedirektoratet, 2011b). Studier viser at norsk helsepersonell har begrenset kunnskap om ulike matkulturer og hvordan kulturen påvirker brukernes forståelse av de rådene som blir gitt (Fagerli, 2005; L. M. Garnweidner et al., 2012).

For å kunne nå den ulike innvandrerbefolkningen med tilpassede råd og anbefalinger, er det nødvendig med økt kunnskap og dokumentasjon om de forskjellige gruppene. Dette for å forbygge og behandle helseproblemer. Som et bidrag til dette ble det i 2012 startet et forskningsprosjekt, InnBaKost (Fafo, 2013). Formålet med prosjektet var å studere kosthold og praksis rundt spedbarn- og småbarnskostholdet til innvandremødre fra Somalia og Irak. Dette skulle gjøres ved hjelp av datainnsamling da barna var 6, 12 og 24 måneder.

Mødrene i denne studien ble intervjuet første gang da barnet var omtrent seks måneder gammelt (Cruz, 2013). Den studien viste at de fleste mødrene ammet, men ga barnet annen drikk i tillegg allerede fra tidlig alder. Morsmelkerstatning ble oppfattet som en enkel løsning om det oppsto problemer med ammingen. Fast føde ble introdusert ved fire måneders alder. I tillegg viste studien at mødrene stort sett var fornøyd med helsestasjonen (Cruz, 2013).

Dataene som presenteres i denne artikkelen baseres på oppfølgingsintervjuer med irakiske mødrene da deres barn var ett år. Den fokuserer på mødrenes praksis og holdninger i forbindelse med spedbarnas kosthold, samt hvordan mødrene forholder seg til råd fra familien og helsestasjonen.

Denne oppfølgingsstudien vil, sammen med studien til Cruz (Cruz, 2013) være et bidrag til økt kunnskap om irakiske innvandrermodres holdninger og praksis rundt amming og spedbarnskosthold i Norge, som igjen kan benyttes ved utvikling av kultursensitive råd og anbefalinger.

Metode

Dette er en oppfølgingsstudie i InnBaKost-prosjektet der 15 irakiske spedbarnsmødre ble intervjuet første gang da barnet deres var cirka seks måneder. Mødrene ble rekruttert av forskerne fra den første studien. Det ble benyttet ulike rekrutteringsmetoder (multi-recruitment strategy) (Dyas et al., 2008)). Forskerne oppsøkte steder der man antok målgruppen oppholdt seg, slik som helsestasjoner, kvinnekaféer, åpen barnehage, moskeer og aktivitetsgrupper i Røde Kors' regi. Snøballmetoden ble også benyttet ved å spørre de allerede rekrutterte om navn på andre med de samme egenskapene, og/eller gjennom venner av tolkene.

Alle mødrene i første intervjurunde ble kontaktet på nytt da barnet var omtrent tolv måneder. Ti av fjorten mødre ønsket å bli med videre. På grunn av frafall i den første studien, ble ytterligere fem mødre rekruttert, basert på metningsprinsippet. Hovedtemaer i det første intervjuet var mødrenes kunnskap, oppfatning og forståelse av spedbarnskosthold, med særlig fokus på amming og mødrenes erfaringer med helsestasjonen. I denne studien var hovedtemaene de samme, men tilpasset barnets alder som nå var tolv måneder. Datainnsamlingen og analysen er inspirert av prinsippene i Grounded Theory.

Det er benyttet en semistrukturert intervjuguide. Innenfor Grounded Theory-tilnærmingen vektlegges viktigheten av å være fleksibel for å få informanten til å utdype interessante tema som fremkommer underveis i intervjuet (Charmaz, 2014).

Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatteren eller av en av prosjektlederne. Intervjuene ble foretatt der informanten ønsket. De ble gjennomført enten i informantens hjem, på kafe, på helsestasjon, i åpen barnehage eller på prosjektets kontor. Ved tre intervjuer var også barnets far tilstede, og som oftest var informantens barn tilstede.

I åtte intervjuer ble det benyttet tolk. Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av en digital lydopptaker. Hvert intervju varte fra 35 - 70 minutter, og alle informantene mottok et gavekort pålydende kr 150,-. Datainnsamlingen foregikk i fylkene Oslo, Akershus, Vestfold og Østfold i perioden februar - desember 2013.

Lydfilene fra intervjuene ble transkribert ordrett. I de intervjuene der tolk ble benyttet, gjennomgikk tolken enkelte av lydfilene og de transkriberte intervjuene i ettertid for å sjekke om at alt var kommet med. De transkriberte intervjuene ble deretter overført til analyseprogrammet Open Code (versjon 4.0.2) for koding. Analysen startet med en gjennomlesning av alle intervjuene for å få et helhetlig inntrykk av materialet. Deretter ble linje for linje kodet. Videre ble de viktigste kodene valgt ut og samlet i kategorier. Ved fortløpende å sammenligne nye data med tidligere innhentede data, utvikles kategorier, og relasjonene mellom dem oppdages. Når ytterligere datainnsamling ikke lenger gir ny kunnskap, men bare bekrefter den kunnskapen som er utviklet underveis, avsluttes datainnsamlingen og etter hvert analysene (Dahlgren et al., 2007).

Etiske betraktninger

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK). Anonymitet ble sikret ved at informantene fikk en identitetskode. Informasjon som kunne avsløre informanten ble ikke transkribert. Før intervjuet startet, ble mødrene informert om studien og dens formål. I tillegg fikk de informasjon om at deltakelsen var frivillig, at de kunne trekke seg når de måtte ønske og at personer og informasjon ville bli anonymisert. Deretter ble et skriftlig informert samtykke signert. De fikk også med seg informasjon om prosjektet hjem.

Resultater

Målet med denne studien var å få kunnskap om irakiske mødres holdninger og praksis i forbindelse med spedbarnets kosthold og hvordan de forholdt seg til rådene de fikk. Både mødrenes mødre og svigermødre var viktige for mødrene. I denne studien er de omtalt om hverandre, slik at for enkelhets skyld benyttes kun begrepet «bestemor» når det er snakk om mødrenes mor og/eller svigermor.

Sitater fra mødrene er benyttet ordrett. Bak det fiktive navnet står mors alder og hvor lang botid hun har i Norge.

Bakgrunnsinformasjon

De 15 irakiske mødrene, som deltok i denne studien, var i alderen 21 til 43 år (tabell 1). De hadde bodd i Norge mellom 2 - 22 år. Kun fire av mødrene var kommet til Norge som barn/ungdom. De fleste innvandret da de var i 20-årene, og da kom de enten som flyktninger, eller ved familiegjennforening. Kun to av mødrene hadde barn før de kom til Norge. Alle mødrene var muslimer.

Tolv av mødrene hadde høgskoleutdannelse, de fleste fra Irak. De resterende tre hadde videregående skole eller grunnskole som sin høyeste utdannelse.

Alle mødrene var gift og bodde sammen med far til barnet. De fleste mødrene hadde kortere botid i Norge enn mennene deres. Alle mødrene i studien, med unntak av tre, hadde kun barn under skolepliktig alder. Halvparten av mødrene hadde kun ett barn.

Omtrent halvparten av mødrene var hjemmeværende. De andre var i en fase der de avsluttet sin barselpermisjon og skulle tilbake til jobb eller skole, mens et par var jobbsøkende.

Mødrenes språkferdigheter i norsk var meget varierende. Åtte benyttet seg tilbudet av å ha tolk tilstede.

Tabell 1. Bakgrunnsinformasjon – irakiske innvandrer mødre

Karakteristika	N = 15
Alder	
20 – 29 år	10
30 – 39 år	3
40 – 49 år	2
Botid i Norge	
< 5 år	8
5 – 10 år	3
> 15 år	4
Yrkesstatus	
Hjemmeværende	7
I arbeid/jobbsøkende	8
Antall barn	
1	7
2	6
3	1
6	1
Høyeste fullførte utdannelse	
Grunnskole	1
Videregående skole	2
Høgskole/Universitet, bachelor	12
Ammelengde	
< 6 måneder	3
6 – 12 måneder	2
Ammet ved 12 måneder – intervju tidspunkt	10
Gjentagende intervju	10
Førstegangsintervju	5

Mødrenes ammepraksis og holdninger til amming

«Morsmelk er bra, men er det nok?»

Det var ingen tvil blant mødrene om at morsmelk og amming var bra for barnet, og at det var det beste barnet kunne få. Til tross for dette, fullammet ingen av studiens mødre i seks måneder. Flere var usikre på om morsmelk alene var tilstrekkelig for at barnet skulle bli mett. Av den grunn startet mødrene tidlig med morsmelkerstatning ved siden av ammingen. En mor mente at ved å gi barnet morsmelkerstatning, fikk hun også større frihet fordi flere personer kunne gi barnet mat. Mødrene uttrykte at det ikke var noe alternativ å bruke brystpumpe og gi morsmelk fra flaske, dette syntes de var for tidskrevende og komplisert. De var heller ikke komfortable med å amme på offentlige steder som kafeer og kjøpesentre. De som avsluttet ammingen tidlig trodde de ikke hadde tilstrekkelig med melk og at barnet hadde vanskelig med å suge fra brystet.

«Ja, jeg fullammet, maten var bare smaksprøver»

Det var forvirring blant flere av mødrene rundt begrepet fullamming. At fullamming var å gi kun brystmelk, og ikke en gang vann, var det flere som ga uttrykk for at de ikke var klar over. I tillegg var det flere av kvinnene som mente at de hadde fullammet da barnet kun hadde fått smaksprøver av mat, ikke hele måltider. Et eksempel på dette kan ses av samtalen med Sofia.

Intervjuer: Hvor lenge ammet du han? Fullammet

Sofia: Til han var et år. Fullamming

Intervjuer: Fullamming? Da tenker vi....

Sofia: (overlapp) du tenker bare pupp? 6 måneder. Fra han var 4 måneder har jeg introdusert litt smaksprøver. Det har vært sånn en teskje. Ikke sånn at han blir mett av.

(Sofia, 28 år, botid 22 år)

«Hadde vært lettere å amme lenger i Irak»

De fleste mødrene i studien ammet da barnet var ett år, men flere hadde startet avvenningen. Hovedårsaken til avvenningen var at mødrene skulle tilbake i jobb eller skole og det vanskeliggjorde ammingen. Andre årsaker til at de ønsket å trappe ned ammingen var at barnet begynte å bli stort, det spiste annen mat og morsmelk var ikke lenger så viktig del av kostholdet.

Det var en oppfatning blant mødrene at det ville vært enklere å amme lenger i hjemlandet enn i Norge. Dette fordi de i hjemlandet hadde mer familie rundt seg som kunne hjelpe med barnepass og husarbeid, samt å avlaste mor.

En av mødrene, Latifa, som hadde erfaring med å være småbarnsmor både i Irak og i Norge, syntes det var mer stritt å ha spedbarn i Norge i motsetning til i Irak. I Norge var hun alene om ansvaret for barnepass, matlaging og husarbeid, samtidig som mannen måtte jobbe og tjene penger. I hjemlandet ville hun fått hjelp av mor og søstre til å hjelpe seg med dette.

«Det er veldig vanskelig når jeg bor her. Masse ting å gjøre. Jeg må gjøre alt. I Irak alle gjør noe i huset. Alle hjelper [til]. I Norge, er bare meg(.....) mannen min jobbe, må jobbe, jeg trenger mat og klær, ikke sant han hjelper, men ikke som mamma og søstre.» (Latifa, 40 år, botid 7 år)

«Vann er viktig, ikke sant?»

Mange av barna ble gitt vann ganske tidlig. Det var ikke uvanlig å gi barnet sukkervann allerede rett etter fødsel. Sukkervann skulle lindre mageknip og kolikksmerter. De fleste fikk vann fordi oppfatningen var at alle mennesker, uavhengig av alder, måtte ha vann. Flere trodde at barnet trengte vann og flere mente dette var riktig til tross for at helsesøster sa noe annet. De mente at det var viktig at barn fikk vann og at alle arabere mente det samme, uttalte en av mødrene.

«De [helsesøster] sier i fra til meg fra seks måneder. Men før seks måneder jeg gir han [sønnen] vann. Det er viktig, fordi vann er viktig ikke sant... (.....)...Alle arabiske damer gir vann. I alle arabiske land er vann viktig.» (Aicha, 36 år, botid 8 år)

Mødrenes praksis og holdninger rundt spedbarnskostholdet

«Fersk, trygt og hjemmelaget»

De fleste mødrene i denne studien introduserte barnet for fast føde ved fire måneders alder. Dette var i følge mødrene noe som ble anbefalt på helsestasjonen. Noen startet med grøt, og det mest vanlige var å bruke industrifremstilt grøtpulver. Dette var et produkt som de var kjent med fra hjemlandet. Andre ga moste grønnsaker.

De fleste mødrene valgte å lage barnets middagsmat fra bunnen av. Fra barnet var omtrent sju/åtte måneder spiste det tilnærmet lik mat som resten av familien spiste. Mødrene tok av litt

mat til spedbarnet før de krydret familiens mat. Flere familier unngikk å salte og krydre maten så mye til daglig. De mente det ikke var sunt med de helseutfordringene deres kultur hadde, slik som Sanaa uttrykker det her:

«Jeg har gjort det til en vane [å ikke salte mye]. Det er ganske vanlig i vår kultur at man får (ler) både høyt blodtrykk og sukker(syke) og ja....Jeg har det liksom i bakhodet så de trenger ikke å elske salt liksom...» (Sanaa, 28 år, botid 20 år)

Det var flere årsaker til at mødrene selv valgte å lage barnets middagsmat. Noen mente det var like enkelt, da de likevel laget middag til resten av familien, mens andre mente det var det sunneste da de benyttet kun ferske råvarer. Noen uttrykte også at det var viktig at barnet ble vant til familiens mat. De fleste mente at det var tryggeste å lage maten selv med hensyn til halal. Et par av kvinnene hevdet at de ikke kunne stole på den ferdiglagde barnematen. Mouna uttrykker sin skepsis slik:

*«Selv om det er grønnsaker, de setter til noe som ikke er halal. Så det blir vanskelig»
(Mouna, 29 år, botid 4 år)*

Det var også slik at barnet foretrakk den hjemmelagde maten fremfor grøt og industrifremstilt barnemat på glass. Da barna var blitt ett år, spiste de fleste samme mat som resten av familien uten noen større tilpasninger.

Selv om de fleste foretrakk å lage mat fra bunnen av, var noen av de førstegangsfødende kvinnene i begynnelsen usikre på om hva slags mat en baby skulle spise. De valgte derfor å kjøpe barnemat på glass for å være sikker på at barnet fikk den maten og næringsstoffene det trengte.

*«Jeg begynte å gi henne glass for det var enklere og jeg var sånn usikker på hva jeg skulle gi henne rett og slett. Hva kunne jeg gi, hva skulle jeg ikke gi»
(Sanaa, 28 år, botid 20 år)*

«Når jeg har liten tid, lager jeg norsk mat»

I følge mødrene foretrakk de fleste familiene å spise tradisjonell hjemmelaget mat fra opprinnelseslandet, særlig middagen. Det var stort sett kvinnene som hadde hovedansvaret for

matlagingen. I følge mødrene var det tidkrevende å lage irakisk mat. I de familiene hvor mor jobbet utenfor hjemmet eller gikk på skole, ble det laget litt mindre irakisk mat i hverdagen. Flere anså norsk mat som enkel og rask, så dette lagde de når de hadde dårlig tid. Samtidig ga flere mødre uttrykk for at de ikke helt visste hva norsk mat var, og det var de ikke alene om. En av mødrene hadde spurt sine medelever på norsk-kurset hva norsk mat var, men ingen visste det. De som visste litt om norsk mat, mente at nordmenn spiste mye fisk og grønnsaker. En kvinne fortalte at hun laget «sånn norsk mat de serverte på IKEA». Enkelte ga uttrykk for at de ønsket å vite hva norsk mat var og hvordan man tilberedte det, mens andre ga uttrykk for at de ikke brydde seg om norsk mat og hva som var vanlig å spise i Norge. De foretrakk den maten og smaken de var vant til og som de visste hvordan skulle lages. De så ingen grunn til å spise noen annen mat. Latifa var en av mødrene som mente at norsk mat ikke var så viktig.

Intervjuer: «Er det noe mat fra Norge som du spiser?»

Latifa: «Ingenting» (ler masse masse) (Latifa, 40 år, botid 7 år)

«Hun må jo like norsk mat...»

I tillegg til å spørre mødrene om hva de mente norsk mat var, ble de også spurt om det var viktig for dem å gi barnet norsk mat i og med at barnet skulle gå i norsk barnehage. Her var det delte meninger. Flere mente at det ikke var noe problem om barnet ikke spiste norsk mat, mens Noura var helt klar på at barnet måtte venne seg til å spise brød ellers ville det ikke gå så bra når barnet skulle begynne i barnehagen.

«Hun må jo like norsk mat. Altså hun skal jo i barnehagen, hun kan ikke gå i barnehagen i åtte timer uten å spise. Det går ikke.» (Noura, 25 år, botid 17 år)

Grunnen til at en annen mor ville sende med datteren norsk mat, var at det ville bli enklere for barnet å ha med dette, og som hun sa:

«Maten [den norske]det blir litt enklere enn vår mat. Ris og krydder og sånn, det er litt spesielt å ha med i barnehage» (Mouna, 29 år, botid 4 år)

Siden de fleste kvinnene i studien var førstegangsfødende og/eller kun hadde små barn som ikke gikk i barnehage, virket det som om de ikke helt hadde tenkt på det som et stort problem. De mente at de kom til å lære mer om norsk mat når barnet begynte i barnehage.

«Jeg vet ikke om norsk mat og sånne ting.... Det er ikke vanskelig når jeg begynner med barnehage. Jeg skal se hva de andre gir til barna. Jeg kan også prøve.»

(Mouna, 29 år, botid 4 år)

«Best for barnet»

I samtalene ga mødrene uttrykk for at det som var viktigst for dem, var at maten og drikken de ga barnet var «best for barnet». Frukt, grønnsaker og fisk ble nevnt av de fleste som mat som var best for barnet, i tillegg til ferskt og ubearbeidet kjøtt. Foruten å få grønnsaker til middag, fikk barna gjerne både frukt og grønnsaker mellom måltidene, særlig frukt. Egg og melk var også to produkter som kvinnene mente var viktig for barnets vekst og utvikling. Under er noe av det mødrene sa som var best for barnet.

«Jeg vil gjerne gi henne fisk, mer fisk enn rødt kjøtt for eksempel, ja også grønnsaker og frukt. Det er jeg litt opptatt av å gi henne» (Saida, 33 år, botid 4 år)

«Det er grønnsaker, kjøtt og kylling uten mye salt og sterke krydder»

(Fatima, 28 år, botid 2 år)

«Vegetarmat og ris og sånn» (Aicha, 36 år, botid 8 år)

«Egg, egg det er viktig for barn. Ikke bare for barn, for voksne også. Jeg leste flere ganger på internett akkurat hvorfor må spise egg. Du får bra helse».

(Hasna, 25 år, botid 2 år)

«Sukker er litt vanskelig...»

Det var varierende holdninger til sjokolade, kjeks, is, godteri og kaker. De fleste mente at sjokolade og godteri ikke burde spises hver dag, men at barn på ett år fikk smake på dette var helt greit. Barnet fikk ofte sjokolade og godteri hvis mor eller far spiste det selv. Flere mødre mente at det ikke var riktig overfor barnet å nekte det godteri når de selv spiste det. Det ble også spist mer søtsaker og kaker når de var på familiebesøk. Både besteforeldre, tanter og onkler syntes det var stas å gi det lille barnet søtsaker og kaker. Noen av mødre, som Saida, prøvde å begrense inntaket av sukker, men det var ikke så enkelt:

«Sukker er litt vanskelig fordi jeg prøvde å ikke gi henne sukker fordi jeg liker ikke at barna spiser sukker. Det blir en vane for henne» (Saida, 33 år, botid 4 år)

Mens sjokolade og godteri var noe de prøvde å begrense i hverdagen, var kjeks, kaker og is sammen med frukt, juice og nøtter noe barna gjerne fikk daglig mellom måltidene. Både frisk og tørket frukt, særlig dadler, ble gitt.

Råd fra familien og helsestasjonen

Mødrene fikk råd om amming og kosthold til barnet både fra familien og helsestasjonen. I tillegg benyttet de seg av Internett for å finne informasjon om spedbarnskosthold.

Familien

«Hun ringer hver dag»

Tradisjonelt betyr storfamilien mye for disse mødrene. Om familien bodde i Norge, i Irak eller et annet sted i verden, var ikke et hinder for å holde kontakten. De kommuniserte ofte via telefon eller Internett. Flere nevnte at de «skypet» daglig med sin familie. Det var særlig bestemor som mødrene kommuniserte med.

«Hun bor i Irak, men hun ringer hver dag og snakker på internett»

(Karima, 25 år, botid 4 år)

Rådene mødrene fikk av bestemødrene omhandlet som oftest tidspunkt for introduisering av ulike matvarer, amming, om det skulle gis vann eller ikke, samt bruk av morsmelkerstatning. Flere av mødrene syntes at det kunne være både til hjelp og litt forvirrende å få råd av bestemor. Aicha forklarer:

«Min mor kanskje hjelpe meg, men kanskje hun har en annen ideer. Og kanskje hun sier; du må gjøre sånn, sånn, sånn. Men det vil jeg ikke».(Aicha, 36 år, botid 8 år)

Det var ikke alltid disse rådene var i samsvar med hva mødrene selv mente eller hadde fått kunnskap om. Som Khadija forteller:

«Mamma snakker med meg. Jeg går på helsestasjonen, jeg snakker med helsesøster. Mamma sa for eksempel da han [sønnen] var en måned; du må gi vann. Jeg sier nei, jeg spørre sykepleier på helsestasjonen, hun sa ikke gi noe vann. Ikke gi vann. Du må amme». (Khadija, 30 år, botid 4 år)

I dette tilfellet valgte Khadija å følge helsestasjonens anbefalinger fremfor sin mors råd. Andre ganger fulgte hun morens råd. Til tross for småkonflikter og forvirring rundt rådene mødrene fikk av bestemødrene, uttrykte de også at de satte stor pris på sin familie og den hjelpen de fikk. Det var lett å spørre om råd i og med at de var mer eller mindre i daglig kontakt med hverandre. For flere av mødrene var det også enklere å snakke med bestemor enn de på helsestasjonen. Bestemor var som regel alltid tilgjengelig og hun snakket samme språk.

«Jeg er faktisk mer opptatt av den helsegreie enn han»

Det var ikke bare bestemødrene i familien som hadde meninger om hva som skulle serveres og hvordan ting burde gjøres. Det hadde ektemennene også. I følge mødrene, snakket de og mennene deres sammen om kosthold og hva de skulle gi og ikke gi barnet. Men mødrene var den i familien som hadde hovedansvaret for matlaging og innkjøp. Det var også stort sett hun som bestemte hva som skulle lages. Til tross for at mødrene i utgangspunktet bestemte menyen, måtte de noen ganger lage mat de selv ikke syntes så mye om for å tilfredsstille mann og/eller barna sine ønsker. Mødrene var ikke bare opptatt av barnets helse og kosthold, de var også opptatt av sin egen og ektefellens helse. Hun ønsket at hele familie skulle spise mer sunn mat, som fisk og grønnsaker. Men mannen på sin side ville gjerne ha mer kjøtt, krydret og fet mat, eksempelvis hamburger og kebab. I følge mange av kvinnene skulle det ikke være så mye fett, salt eller sterke krydder i maten dersom den skulle defineres som sunn. Et eksempel var når Saida lagde fisk til middag, og mannen nektet å spise. Hun måtte da ordne noe annet til han. Hun ble så spurt hva han ønsket i stedet, og hun svarte:

«Hamburger for eksempel (ler) noen ganger han spiser sånn som fiskepinner, men laks liker han ikke» (Saida, 33 år, botid 4 år)

Deretter forsetter hun:

«Jeg er faktisk mer opptatt av den helsegreie enn han. (.....)Jeg vil kontrollere han (ler). Men det er vanskelig» (Saida, 33 år, botid 4 år)

Så for å slippe diskusjon og gjøre måltidet til en kamp, lagde hun heller noe som mannen likte og som dermed hele familien spiste.

Fedrenes manglende fokus på helse, reflekterte også holdningene til søtsaker. I flere tilfeller uttrykte mødrene at de var mer restriktiv til og forsiktig med sukker enn far, og at dette kunne medføre diskusjoner i hjemmet. Karima forteller hvordan hun opplever dette:

«Pappaen hennes gir henne sukker, og sjokolade og sånne ting.. (.....).. ikke hver dag men når han spiser sjokolade han, så han gir henne. Han gir henne chips også. Sånn vanlig chips, potetgull. Det er ting jeg ikke vil gi henne, men det kan jeg ikke kontrollere. Jeg gir bare i helgen, men jeg kan ikke kontrollere pappa. Når han spiser han bare gir henne. Noen ganger så krangler jeg med han. «Nei, nå må du slutte». Noen ganger gir jeg meg og okey» (Karima, 25 år, botid 4 år)

Erfaringer med helsestasjonen

«De sier det på helsestasjon»

Alle mødrene i studien besøkte helsestasjonen regelmessig, der de blant annet fikk kostholdsråd. De var stort sett fornøyd med tilbudet, og tillitten til helsestasjonen var stor hos de fleste. Helsestasjonen var viktig for kvinnene og deres praksis rundt kostholdet til barnet. Mødrene spurte nærmest helsesøster om tillatelse før de introduserte noe nytt. Som Amal er et eksempel på her:

*«jeg spurte forrige time,(.....), jeg spurte henne [helsesøster] om **det var lov** å gi henne samme mat. Det er veldig bra» (Amal, 43 år, botid 18 år)*

De rådførte seg også med helsestasjonen om hva slags mat de skulle sende med barnet i barnehagen fordi de var usikre hva nordmenn spiste. I følge mødrene ga også helsestasjonen råd om både sukker og vann:

*«De sa jo mindre sukker, bedre for barna. Det er bedre for tennene hennes»
(Salma, 21 år, botid 8 år)*

*«Fordi jeg gir morsmelk er det ikke nødvendig med vann. De sier på helsestasjon.»
(Khadija, 30 år, botid 4 år)*

Tran og vitamin D-dråper var ikke mødrene vant med fra de selv var små. I denne studien ga alle mødrene, med unntak av en, barnet sitt et vitamin D-tilskudd. Mødrene sa de hadde lært at dette på helsestasjonen. Den moren som ikke ga vitamin D, mente vitaminer i naturlig form var best for kroppen, så hun lagde fiskemiddag til barnet minst tre ganger i uken i vinterhalvåret.

«Jeg har valgt å følge helsestasjonens råd»

I og med at mødrene fikk råd fra både familien og helsestasjonen førte dette til i enkelte tilfeller til motstridende råd. Ofte fulgte mødrene helsestasjonens råd fremfor familiens råd, da de mente at helsestasjonen var spesialister på norske forhold, mens familien var best på irakiske forhold. Kvinnene mente også at bestemødrenes råd var noe utdaterte, for det var jo lenge siden de selv hadde hatt barn. Som Sanaa uttrykker:

«...men jeg har valgt å følge opp deres [helsestasjonen] råd mest. (.....) i forhold til det som skjer nå i dag er det mye annet det som var da [den gangen bestemor hadde små barn]» (Sanaa, 28 år, botid 20 år)

Men ikke alle mødrene var like fornøyde med hjelpen de fikk på helsestasjonen. Som Sofia forteller her:

«Jeg ville ikke gi [industrifremstilt] grøt. Jeg ville lage fra bunnen av. Jeg hadde et ønske. Følte ikke at jeg fikk hjelp av dem [helsestasjonen]. Hver gang sa de at jeg kunne bare kjøpe den. De sa den var tilsatt alt jeg trenger. Jeg ville jo liksom lage den selv. Da ble det sånn at jeg måtte lete selv. Fant noe fra Statens ernæring...jeg husker ikke helt. Der fant jeg oppskrifter på grøt.» (Sofia, 28 år, botid 22 år)

Flere av studiens mødre overlot ikke alle avgjørelsene rundt kostholdet til familien eller helsestasjonen. Mødrene lyttet til rådene, men tok deretter sine egne valg som de følte passet til deres situasjon der og da. Noen ganger var handlingene mot råd og anbefalinger de hadde fått, men som mødrene selv mente var riktig for dem.

Resultatdiskusjon

I denne studien har vi fått innsikt i irakiske innvandrer-mødres praksis og holdninger i forbindelse med kostholdet til spedbarn, i tillegg til hvordan de håndterte rådene de fikk av familien og helsestasjonen.

Dette var en oppfølging av studien Cruz gjorde da barnet var omtrent seks måneder. Den studien tok for seg perioden fra barnets fødsel frem til cirka seks måneder (Cruz, 2013; Cruz, Nguyen, Wandel & Paoli, 2013). Denne studien her vil ta for seg perioden frem til barnet er cirka ett år. Funnene fra denne studien vil bli diskutert både i lys av Cruz' studie og andre studier.

Hva gir irakiske mødre sine spedbarn?

Vi ønsket å finne ut hva de irakiske innvandrer-mødrene ga spedbarnet sitt. Funnene fra studien viste at de fleste mødrene ammet barnet sitt i mer enn ett år. Det var få som hadde fullammet. I tillegg til å amme ga de gjerne vann og/eller morsmelkerstatning. Da barnet var i fire til seks måneders alderen ble det introdusert for smaksprøver av fast føde. Fra åtte til ni måneders alder fikk de fleste barna samme middag som resten av familien. Mødrene ga barnet

stort sett irakisk mat som de hadde laget fra bunnen, men uten sterke krydder og salt. For de fleste mødrene var det viktig å bruke halalkjøtt.

Dette var hva mødrene ga barnet sitt. Det som er vel så interessant er hvorfor valgte de dette kostholdet til barnet sitt. Det var to hovedårsaker som pekte seg ut. Det ene var at mødrene ønsket å gi barnet det som de mente var «best for barnet», og det andre var at de var usikre på hva norsk mat var.

Best for barnet

Grunnen til at mødrene ga den mat og drikke til barnet som de gjorde, var fordi de mente den var best for barnet. Mødrene valgte å amme barnet sitt fordi de mente det var best for barnet. Da mødrene opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig med brystmelk, ga de morsmelkerstatning i tillegg til ammingen for at barnet ikke skulle være sultent. Flere studier viser at mødrenes opplevelse av å ha for lite morsmelk, gjør at de begynner med morsmelkerstatning eller annen melk (Ameer, Al-Hadi & Abdulla, 2008; Choudhry & Wallace, 2012; Steinman et al., 2010). Det er nok ikke bare på grunn av barnets beste de ga morsmelkerstatning. Det var også en enkel løsning når de mente de ikke hadde tilstrekkelig brystmelk. Det var enkelt å gi morsmelkerstatning når de var utenfor hjemmet. De var ikke komfortable med å amme offentlig.

For mødrene i denne studien var det naturlig og viktig at barnet fikk vann i tidlig alder, og enkelte barn hadde fått vann allerede den første uken i livet (Cruz, 2013). Mødrene i denne studien fortalte at dette var en del av deres kultur, og flere av bestemødrene oppfordret mødrene til å gi barnet vann. En kunnskapsoppsummering viser at det er vanlig å gi vann i tidlig alder flere steder i verden, og at nyfødte blir tilbudt vann på fødestuen av helsepersonell i flere land i Afrika og Asia (Williams, 2006). Det er ingen offisielle råd i Norge for når man kan gi spedbarn vann, utenom rådene rundt amming, som sier at man ikke skal gi vann så lenge man *fullammer* (Helsedirektoratet, 2011c). I heftet «anbefalinger for spedbarnsernæring» for helsepersonell (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2001) står det: «vann bør gis som tørstedrikk og mellom måltidene», alder er ikke nevnt. I og med at disse mødrene ikke fullammer, har de heller ingen offisielle anbefalinger å forholde seg til. Samtidig som det er ønskelig at små spedbarn ikke skal drikke vann, har det pågått en storstilt kampanje i regi av norske myndigheter for å få befolkningen til å drikke mer vann (Helsedirektoratet, 2012).

De fleste mødrene i studien laget mat fra bunnen av fordi de fikk barnet fersk mat, samtidig som de visste hva maten inneholdt. Det var viktig for de fleste mødrene at maten var halal. Halal styrte hva slags mat barnet fikk, og var en av hovedårsakene til at mødrene lagde barnematen selv. Flere var skeptiske til om den industrifremstilte barnematen var halal selv om det sto at den kun inneholdt grønnsaker. Flere studier viser at halal er viktig for mange innvandrere (L. M. Garnweidner et al., 2012; Terragni, Garnweidner, Pettersen & Mosdøl, 2014). Det er ikke bare innvandrere som foretrekker å lage spedbarnsmaten fra bunnen av. En studie gjort i fem europeiske land viste at også etniske europeere foretrakk å lage spedbarnsmaten selv. De likte også å vite hva maten inneholdt, men da fikk det på ferskhets og krydder, og ikke halal som var vesentlig (Synnott et al., 2007).

Et annet funn som viser at mødrene vil det beste for barnet, er at de hevder å ha en restriktiv holdning til sukker og søte saker, og at de ikke gir barnet godteri så ofte. Tidligere studier som har vært gjennomført blant voksne innvandrere i Norge (Holmboe-Ottesen & Wandel, 2012; B. Kumar, Holmboe-Ottesen, Lien & Wandel, 2004) og ungdommer i Danmark (Osler & Hansen, 1993) viser at innvandrere fra ikke-vestlige land har et høyt inntak av sukker. En studie utført i Norge blant tre- og femåringer viser at ikke-vestlige innvandrerbarn har høyere forekomst av karies enn andre barn, og at årsakene kan skyldes inntak av søte saker og foreldrenes holdninger (Skeie, Espelid, Klock, Skaare & Holst, 2011; Skeie, Riordan, Klock & Espelid, 2006).

Funnene kan tyde på at når mødrene gir barnet vann tidlig og gir morsmelkerstatning ved siden av ammingen, er det ikke fordi de ikke kjenner til anbefalingene. Men de gjør det fordi de mener det er det som er best for deres barn, og fordi det passer bedre for dem å gi morsmelkerstatning.

Usikker om hva norsk mat er

De fleste mødrene i denne studien var usikre på hva norsk mat var, eller hva nordmenn spiste. Det kom frem en generell oppfattelse at norsk mat var rask og enkel å tilberede. Det er i samsvar med en tidligere studie utført i Norge (L. M. Garnweidner et al., 2012). Noen av mødrene i denne studien var opptatt av at barnet måtte lære å spise norsk mat. Dette ble begrunnet med at barna kom til å komme i situasjoner hvor kun norsk mat ville bli servert, som for eksempel i barnehagen. Så for at barnet ikke skulle sulte, var dette en nødvendighet. Funnene støttes av en studie blant innvandrer-mødre i Danmark som viser at dersom barna skulle trives både under tradisjonelle familiemiddager og i det nye samfunnet, var det viktig at

de ble eksponert for begge matkulturer (Nielsen et al., 2013). For mødrene i denne studien var det ingen utfordring å fortsette og lage den irakiske maten som de var vokst opp med, likte, og som de visste hvordan de skulle tilberede. I følge mødrene var det god tilgang på kjente råvarer og halal-produkter i «innvandrerebutikker» i deres nærmiljø. Studier viser at for nyankomne innvandrere kan vanlige dagligvarebutikker være en utfordring da produktene er ukjente for dem (Terragni et al., 2014). Kontinuitet med de opprinnelige mattradisjonene ser man også i andre studier i Norge (L. M. Garnweidner et al., 2012; Wandel, Råberg, Kumar & Holmboe-Ottesen, 2008), og i andre land (M. Nicolaou et al., 2009; Nielsen et al., 2013; Park, Paik, Skinner, Ok & Spindler, 2003). Denne studien er gjennomført i Osloområdet. Om det hadde vært like enkelt for mødrene å fortsette sin opprinnelige mattradisjon dersom de hadde bodd i mindre sentrale strøk av Norge er usikkert.

Mødrene var åpne for råd

Mødrene møtte mange nye utfordringer da de kom til Norge. De fikk råd både av bestemødrene og helsestasjonen om hvordan de skulle gjøre det i det nye landet. Rådene dreide seg ofte om tidspunkt for introdusering av ulike matvarer, amming, om det skulle gis vann eller ikke, samt bruk av morsmelkerstatning. På ene siden representerte bestemødrene den irakiske kulturen og dens verdier. Mens på den andre side representerte helsestasjonen den norske kulturen med sine verdier.

Mødrene hadde stor tillitt til helsestasjonen. De mente de var spesialister på barn og norske forhold. Denne tilliten til helsepersonell støttes av to studier utført blant innvandrere i Norge (Cruz, 2013; Lisa M Garnweidner et al., 2013). Dette gjør helsestasjoner til viktige arenaer for kunnskap om norske forhold. Helsestasjonen har også blitt kritisert for mangel på kunnskap om kulturen mødrene tilhører (Fagerli, 2005; Lisa M Garnweidner et al., 2013). Flere studier fra utlandet viser at det oppstår misforståelser mellom innvandrere og helsepersonell grunnet kulturforskjeller. Flere misforståelser beror på ulike forventninger til hverandre (McFadden, Renfrew & Atkin, 2013; Rossiter, Ledwidge & Coulon, 1993; Steinman et al., 2010).

Rådene fra bestemødrene og helsestasjonen kunne til tider være motstridende. Mødre følte seg dratt i begge retninger, og var usikre på hvem de skulle tro på. Det var en balansegang mellom gammel og ny kultur, og de lyttet til begge. Noen ganger konfronterte de den ene parten med hva den andre hadde sagt, eksempelvis om det barnet skulle få vann eller ikke. De motstridene rådene mellom familien og helsestasjonen handler ikke bare om kultur. Den finnes også innen en og samme kultur (Synnott et al., 2007), og oppstår fordi mødrene og bestemødrene tilhører to ulike generasjoner (Choudhry & Wallace, 2012). Mødrene i denne studien mente også at

bestemødrenes råd var noe utdaterte fordi det var lenge siden de selv hadde hatt barn. Lignende funn viste også studien til Choudhry (2012) som var gjennomført blant sørasiatiske mødre og bestemødre i Storbritannia. En studie fra England viser positive resultater ved å ta med bestemødre på både fødselsforberedende kurs og på avtaler på helsestasjoner (Ingram, Johnson & Hamid, 2003) fordi da fikk bestemødrene den samme informasjonen som mødrene. Dette lar seg ikke alltid gjøre fordi mødrene og bestemødrene bodde i hvert sitt land. Cruz' studie viser at bestemødrene er viktige for mødrenes ammepraksis (Cruz, 2013), og dette er i samsvar med andre studier fra utlandet (Ingram et al., 2003) (Grassley & Eschiti, 2008). Men å bo tett på storfamilien fremmer nødvendigvis ikke amming. Studier viser at det kan bli lite privatliv til amming, og at bestemor oppfordrer til bruk av morsmelkerstatning slik at hun kan være mer sammen med barnet (McFadden et al., 2013; Twamley, Puthussery, Harding, Baron & Macfarlane, 2011).

Mødrene i denne studien overlot ikke alle avgjørelsene rundt kostholdet til familien eller helsestasjonen. De tok også egne valg. Til tross for at mødrene kjente til anbefalinger for amming og kosthold, valgte de det som passet dem og deres situasjon best. Som da de valgte å gi vann til barnet selv helsestasjonen ikke anbefalte dette. Flere studier viser at dette ikke er uvanlig at man velger å følge de rådene som passer sin situasjon (Anderson et al., 2001; Synnott et al., 2007).

Et viktig funn fra denne studien er at praktisk talt alle mødrene fulgte helsestasjonens råd om å gi barna sine et vitamin D-tilskudd. Tidligere studier viser at mangel på vitamin D og rakitt var en av helseutfordringene blant innvandrerbarn både i Norge og i andre europeiske land (Brunvand, 2001; Glerup, Rytter, Mortensen & Nathan, 2004; Hintzpeter, 2008; A. Madar, Stene, et al., 2009). Det ble foretatt en intervensjonsstudie i 2004-2006 i Oslo (A. Madar, Klepp & Meyer, 2009). Den viste at utdeling av gratis vitamin D-dråper på helsestasjonen sammen med en spesialtilpasset brosjyre, bedret vitamin D statusen hos spedbarn med innvandrerbakgrunn. Helsedirektoratet innførte i 2008 (Helsedirektoratet, 2011a) et landsdekkende tilbud om gratis vitamin D-tilskudd til alle spedbarn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Tilbudet gjelder i barnets første seks levemåneder. I skrivende stund pågår det en oppfølgingsstudie som evaluerer ordningen med utdeling av gratis vitamin D dråper, og om det har medført en nedgang i forekomsten av vitamin D-mangel og rakitt hos innvandrerbarn. Ingen resultater foreligger ennå (professor, dr med Haakon E Meyer, personlig kommunikasjon, 29.april 2014).

Styrker og svakheter ved studien

Til slutt må noen av studiens begrensninger diskuteres. I noen intervjuer hadde enkelte mødre utfordringer med å uttrykke seg på norsk, men i og med at forskerne hadde mulighet til å ordlegge seg annerledes, ble nok det meste oppklart. I enkelte tilfeller ble også mødre kontaktet i ettertid for utfyllende informasjon. I de tilfellene hvor mødre hadde større utfordringer med språket ble det benyttet tolk. Det burde nok vært med tolk på alle intervjuene selv om mødre sa det ikke var behov. Vi kunne ha valgt kun å benytte oss av kvinner som snakket forskerens språk flytende. Sannsynligvis ville vi da hatt vanskeligheter med å rekruttere nok informanter, og vi ville ikke fått et like stort mangfold. Nå fikk vi mødre som både hadde lang og kort botid i Norge. Lydopptaker ble benyttet under intervjuene. Det gjorde at intervjuer kunne lytte mer aktivt under intervjuet, og at man i ettertid kunne høre det flere ganger hvis noe var uklart. Fem av de femten mødre var nyrekrutterte i dette oppfølgingsintervjuet. Deres erfaringer og opplevelser er i samsvar med funn fra den første studien (Cruz, 2013). Dette styrker funnene.

Konklusjon

Denne studien viste mange positive aspekter ved mødrenes handlinger og holdninger. Mødre var positive til amming, og de fleste ammet barnet i mer enn et år. De fleste mødre var helsebevisste og opptatt av kosthold. De foretrakk å lage irakisk mat fra bunnen av, både til barnet og resten av familien, fordi da var maten fersk og trygg. Med trygg mente mødre halal. Halalkjøtt var viktig for de fleste av dem. Halal styrte hva slags mat barnet fikk, og var en av hovedårsakene til at mødre lagde barnematen selv. Det var, i følge mødre, ingen utfordring å fortsette og lage irakisk mat i Norge med hensyn til råvarer. Det var god tilgang på kjente råvarer og halal-produkter i «innvandrerbutikker» i deres nærmiljø. Studien viste også at mødre var usikre på hva norsk mat var, men at de ikke anså det som noe stort problem. De antok at de kom til å lære mer om norsk mat når barnet begynte i barnehage. Mødre var åpne for råd fra både bestemor og helsestasjonen, og de hadde stor tillit til helsestasjonen.

For å unngå at de, i utgangspunktet, sunne matvaner endres til et mindre helsefremmende kosthold i det nye landet, vil det være behov for at denne gruppen får støtte for sin sunne praksis og informasjon om hva et helsefremmende og sunt kosthold er. Det blir da viktig å finne sosiale arenaer hvor innvandremødre besøker. Det er to sosiale institusjoner som

skiller seg ut, nemlig helsestasjonen og barnehagen. Ved siden av helsestasjonen var barnehagen det stedet hvor kvinnene møtte norsk kultur. Dette gjør helsestasjoner og barnehager til viktige arenaer for kjennskapen til Norge. Alle mødrene i studien besøkte helsestasjonen regelmessig. Noen av mødrene hadde allerede barn i barnehage, mens andre hadde planer om å ha barnet i barnehage med tiden.

Referanser

- Abebe, D. S. (2010). *Public Health Challenges of Immigrants in Norway: a research review*. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research.
- Ameer, A., Al-Hadi, A. & Abdulla, M. (2008). Knowledge, attitudes and practices of Iraqi mothers and family child-caring women regarding breastfeeding. *Eastern Mediterranean health journal*, 14(5).
- Anderson, A. S., Guthrie, C.-A., Alder, E. M., Forsyth, S., Howie, P. W. & Williams, F. L. (2001). Rattling the plate—reasons and rationales for early weaning. *Health Education Research*, 16(4), 471-479.
- Brunvand, L., Brunvatne, R. (2001). Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121(6), 715-718.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. London: Sage.
- Choudhry, K. & Wallace, L. M. (2012). 'Breast is not always best': South Asian women's experiences of infant feeding in the UK within an acculturation framework. *Maternal & child nutrition*, 8(1), 72-87.
- Cruz, J. R. H. (2013). *Infant feeding practices of Iraqi mothers residing in Norway : In-depth interviews with Iraqi mothers of six months old infants*, Universitetet i Oslo). Oslo.
- Cruz, J. R. H., Nguyen, C., Wandel, M. & Paoli, M. (2013). *Challenges in immigrant mothers' infant feeding practices - A qualitative study of Iraqi and Somali mothers living in Norway* Unpublished
- Dahlgren, L., Emmelin, M., Winkvist, A., Lindhgren, M., medicin, U. u. I. f. f. o. k. & Epidemiologi, U. u. I. f. f. o. k. m. (2007). *Qualitative Methodology for International Public Health: Epidemiology and Public Health Sciences*, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University.
- Dyas, J., Apekey, T., Tilling, M., Middleton, H., Sharp, J., Orner, R. & Siriwardena, A. (2008). Experiences of insomnia for patients and prescribers in the primary care consultation - a focus group study. *Society for Academic Primary Care Annual Scientific Meeting, Galway, 9-11 July 2008*.
- Fafo. (2013). *InnBaKost: Ernæring og helse blant barn med innvandringsbakgrunn*. Hentet fra <http://www.fafo.no/ais/health-environment/innbakost.html>
- 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.
- Garnweidner, L. M., Pettersen, K. S. & Mosdøl, A. (2013). Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*, 29(12), e130-e137. doi:10.1016/j.midw.2012.12.006
- 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. *Journal of nutrition education and behavior*, 44(4), 335-342.
- Gilbert, P. A. & Khokhar, S. (2008). Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutrition Reviews*, 66(4), 203-215.
- Glenday, K., Kumar, B. N., Tverdal, A. & Meyer, H. E. (2006). Cardiovascular disease risk factors among five major ethnic groups in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(3), 348-355.
- Glerup, H., Rytter, L., Mortensen, L. & Nathan, E. (2004). Vitamin D deficiency among immigrant children in Denmark. *European journal of pediatrics*, 163(4), 272-273.
- Grassley, J. & Eschiti, V. (2008). Grandmother Breastfeeding Support: What Do Mothers Need and Want? *Birth*, 35(4), 329-335. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00260.x

- Helsedirektoratet. (2011a). *Gratis vitamin D-dråper til barn med innvandrerbakgrunn*. Hentet 30. april 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/strategier-og-satsninger/Sider/gratis-vitamin-d-draper-til-barn-med-innvandrerbakgrunn.aspx>
- Helsedirektoratet. (2011b). *Helsestasjon 0-5 år*. Hentet 30. april 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/helsestasjon-0-5-ar/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2011c). *Riktig næring for små mager*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/kostholdsrad/spedbarn/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2012). *Vann*. Hentet 13. mai 2014 fra <http://www.matportalen.no/matvaregrupper/tema/drikke/vann>
- Hintzpete, B., Scheidt-Nave, C., Müller, M. J., Schenk, L., Mensink, G. B. M. (2008). Higher prevalence of vitamin D deficiency is associated with immigrant background among children and adolescents in Germany. *The Journal of Nutrition*, 138, 1482-1490.
- Hjellset, V., Bjørge, B., Eriksen, H. & Høstmark, A. (2011). Risk Factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Immigrants: The InvaDiab-DEPLAN Study on Pakistani Immigrant Women Living in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(1), 101-110. doi:10.1007/s10903-009-9290-3
- Hjern, A., Koçturk-Runefors, T. & Jeppson, O. (1990). Food habits and infant feeding in newly resettled refugee families from Chile and the Middle East. *Scandinavian journal of primary health care*, 8(3), 145-150.
- Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2012). Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food & Nutrition Research*, 56.
- Holvik, K., Meyer, H. E., Haug, E., Brunvand, L. (2005). Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo Norway: the Oslo Immigrant Health Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(1), 57-63.
- Ingram, J., Johnson, D. & Hamid, N. (2003). South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. *Midwifery*, 19(4), 318-327.
- Jenum, A. K., Graff-Iversen, S., Birkeland K. I. (2005). Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for preventions. *Diabetologia*, 48(3), 435-439.
- Koletzko, B., Dodds, P., Akerblom, H., Ashwell, M. (2005). *Early nutrition and its later consequences: new opportunities*. New York: Springer.
- Kumar, B., Holmboe-Ottesen, G., Lien, N. & Wandel, M. (2004). Ethnic differences in body mass index and associated factors of adolescents from minorities in Oslo, Norway: a cross-sectional study. *PUBLIC HEALTH NUTRITION-CAB INTERNATIONAL*, 7, 999-1008.
- Kumar, B. N., Meyer, H. E., Wandel, M., Dalen, I., Holmboe-Ottesen, G. (2005). Ethnic differences in obesity immigrants from developing countries in Oslo. *International Journal of Obesity*, 30(4), 684-690.
- Lanigan, J., Turnbull, B., Singhal, A. (2007). Toddler diets in the U.K: deficiencies and imbalances. 2. Relationship of toddlers diet to later health. *Journal of Family Health Care*, 17(6), 197-200.
- Madar, A. (1997). *Kosthold og jernstatus hos somaliske barn 2-4 år i Osloregionen*, Ernæringsinstituttet, Universitetet i Oslo). Oslo.
- Madar, A., Klepp, K. I. & Meyer, H. E. (2009). Effect of free vitamin D2 drops on serum 25-hydroxyvitamin D in infants with immigrant origin: a cluster randomized controlled trial. *European journal of clinical nutrition*, 63(4), 478-484.
- Madar, A., Stene, L. & 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(7), 1052-1058.
- McFadden, A., Renfrew, M. J. & Atkin, K. (2013). Does cultural context make a difference to women's experiences of maternity care? A qualitative study comparing the perspectives of breast-

- feeding women of Bangladeshi origin and health practitioners. *Health Expectations*, 16(4), e124-e135. doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00770.x
- Meyer, H. E., Holvik, K., Lofthus, C. M. & Tennakoon, S. U. B. (2008). Vitamin D status in Sri Lankans living in Sri Lanka and Norway. *The British Journal Of Nutrition*, 99(5), 941-944.
- Nicolaou, M., Doak, C. M., van Dam, R. M., Brug, J., Stronks, K. & Seidell, J. C. (2009). Cultural and social influences on food consumption in Dutch residents of Turkish and Moroccan origin: a qualitative study. *Journal of nutrition education and behavior*, 41(4), 232-241.
- Nicolaou, M., Doak, C.M., van Dam, R.M., Brug, J., Stronks, K., Seidell, J.C. (2009). Cultural and social influences on food consumption in Dutch residents of Turkish and Moroccan Origin: a qualitative study. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(4), 232-241.
- 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 & Child Nutrition*. doi:10.1111/mcn.12043
- Osler, M. & Hansen, E. T. (1993). Dietary knowledge and behaviour among schoolchildren in Copenhagen, Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 21(2), 135-140.
- Park, S., Paik, H., Skinner, J. D., Ok, S. & Spindler, A. A. (2003). Mothers' acculturation and eating behaviors of Korean American families in California. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 35(3), 142-147.
- Rosenmöller, D. L., Gasevic, D., Seidell, J. & Lear, S. A. (2011). Determinants of changes in dietary patterns among Chinese immigrants: a cross-sectional analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 8(1), 42-49. doi:10.1186/1479-5868-8-42
- Rossiter, J. C., Ledwidge, H. & Coulon, L. (1993). IndoChinese women's breastfeeding practices following immigration to Sydney: a pilot study. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 10(3), 3-9. Hentet fra <http://europepmc.org/abstract/MED/8240763>
- Satia-Abouta, J., Patterson, R. E., Neuhouser, M. L. & Elder, J. (2002). Dietary acculturation: Applications to nutrition research and dietetics. *Journal Of The American Dietetic Association*, 102(8), 1105-1118. doi:10.1016/s0002-8223(02)90247-6
- Schwartz, C., Scholtens, P. A., Lalanne, A., Weenen, H. & Nicklaus, S. (2011). Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*, 57(3), 796-807.
- Scott Jane, Campell, D. & Davies, M. (2007). Mothers and infants. I M. Lawrence, & T. Worsley (Red.), *Public Health Nutrition - from principles to practice* (s. 74-99). Australia: Open University Press.
- Skeie, M. S., Espelid, I., Klock, K. S., Skaare, A. & Holst, D. (2011). SMÅTANN -prosjektet har gitt ny kunnskap om småbarns helse. *Den norske tannlegeforenings tidene*, 121(4), 220-226.
- 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.
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. (2001). *Anbefalinger for spedbarnsernæring - til helsepersonell*. Oslo
- Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2014). *Innvandrere og norskfødte med innvandreforeldre pr 1. januar 2014*. Hentet 1. mai 2014 fra <http://www.ssb.no/innvbef/>
- 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 & child nutrition*, 6(1), 67-88.
- Synnott, K., Bogue, J., Edwards, C., Scott, J., Higgins, S., Norin, E., . . . Adam, R. (2007). Parental perceptions of feeding practices in five European countries: an exploratory study. *European journal of clinical nutrition*, 61(8), 946-956.
- 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
- Thompson, A. L. & Bentley, M. E. (2013). The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity. *Social science & medicine*, 97, 288-296.
- Twamley, K., Puthussery, S., Harding, S., Baron, M. & Macfarlane, A. (2011). UK-born ethnic minority women and their experiences of feeding their newborn infant. *Midwifery*, 27(5), 595-602.
- 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.
- Wandel, M., Råberg, M., Kumar, B. & Holmboe-Ottesen, G. (2008). Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo: the effect of demographic, socio-economic and integration factors. *Appetite*, 50(2), 376-385.
- Williams, H. G. (2006). 'And not a drop to drink' -- why water is harmful for newborns. *Breastfeeding Review*, 14(2), 5-9.
- Wilson, A. C., Forsyth, J. S., Greene, S. A., Irvine, L., Hau, C. & Howie, P. W. (1998). Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *Bmj*, 316(7124), 21-25.
- Østby, L., Henriksen, K. (2013). *Samfunnsspeilet 5/2013*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <http://ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-hva-vi-naa-vet-og-ikke-vet>
- Øverby, N. C., Kristiansen, A.L, Andersen, L.F, Lande, B. (2008). *Spedkost - 6 måneder Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Øverby, N. C., Kristiansen, A.L, Andersen, L.F, Lande, B. (2009). *Spedkost - 12 måneder Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 måneder gamle barn*. Oslo: Helsedirektoratet.

Forespørsel om å delta i InnBaKost-prosjektet

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

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

Hvem søker vi?

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

Hva innebærer studien?

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

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

Hva skjer med informasjonen om deg?

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

Frivillig deltakelse

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

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Bakgrunnsinformasjon om studien

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

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

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

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

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

Studien innebærer ingen medisinske undersøkelser eller målinger.

Tidsrom

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

Mulige fordeler

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

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

Mulige ulemper

En mulig ulempe med å delta i studien kan være at noen synes det er uvant eller privat å snakke om spørsmål som handler om ammepraksis, mat og helse. De som deltar trenger imidlertid bare å svare på spørsmål de føler seg komfortable med. Du trenger ikke oppgi grunn for å avstå fra å svare på enkeltspørsmål og det vil ikke få følger videre i prosjektet.

Kompensasjon

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

Annet

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

Kapittel B – informasjon om personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er alder, familiesammensetning, fødeland, språk, utdanning, yrkesstatus, hvor lenge du har bodd i Norge, høyde og vekt. Det vil være en separat navneliste med kontaktinformasjon for at vi skal kunne oppsøke deg til oppfølgingsstudiene når barnet er 1 og 2 år gammelt. Informasjonen vil bli lagret på Fafo under tilsyn av prosjektlederen. Det blir ikke gjort noen kopling mot andre registre som kan ha opplysninger om deg. Fafo ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Informasjonen som registreres i studien skal kun brukes slik det er beskrevet i forhold til hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende 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 deltakere 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)

Intervjuguide

Dybdeintervjuer av mødre med spedbarn i 12 måneders alderen med innvandringsbakgrunn fra Somalia og Irak.

Tema og hovedspørsmål

Intervjuguiden har som mål å dekke følgende tema:

- Amming: Holdninger og erfaringer i de første 12 månedene
- Introduksjon av barnemat og ved 6 til 12 måneders alder. Holdninger og erfaringer
- Viktig: informantens kunnskap om norsk «barnemat»
- Måltider i familien: Hvordan er de organiserte? Barnets deltakelse - får barna den samme maten som voksne? Hvis det er forskjeller, hva består forskjellene i? Eller er den ikke krydret?
- Informasjon og råd om barnemat på helsestasjonen i den første 12 måneders perioden.
- Motstridende verdier og praksis relatert til amming og barnemat.
- Familienettverkets rolle med hensyn til amming og barnemat.
- Rollen som andre sosiale nettverk har til amming og barnemat.
- Vurdering av måten amming/spedbarnsernæring har foregått frem til oppfølgingsintervju nr. 2.
- Planer i forbindelse med barnemat - nå og fremover.
- Mat i barnhagen - ideer om hvilken mat skal de ha med seg?

- HUSK! Skriv inn: tran, kostnader og praksis i hjemlandet med hensyn til morsmelkerstatning, gi melk om natten

Nedenfor er en liste over spørsmål. Hovedspørsmål og hovedmål for studien er å samle informasjon om syn, opplevelse, kunnskap og praksis i forbindelse med barnemat og ernæring hos målgruppen. I tillegg er det å utforske deltakernes erfaring med helsestasjon og helsepersonell.

Introduser deg selv og fortell hva vi er interessert i. Sørg for at de har forstått at du ikke er fra helsevesenet. Fortsett med å spørre om barnet – hans/hennes navn – kommenter utseende på en positiv måte – og få dialog

Åpningsspørsmål

Kan du fortelle meg om hvordan det har gått siden vi sist snakket mht amming, barnemat, søvn, sykdom etc.

Følg også opp på info du har fra siste intervjuet.

Innledende spørsmål

- Kan du fortelle meg litt om hva du har gitt og gir barnet av mat?
- Kan du fortelle meg om hva ditt barn har spist og drukket i løpet av dagen? (Morgen, når han/hun våkner, mitt på dagen, mellommåltider, middag, mat/drikke om kvelden før han/hun legger seg, mat om natta)
- Er dette mat som barn vanligvis får i Somalia/Irak??
- Husker du – eller har du blitt fortalt - hva slags mat fikk du som barn?
- Hva er (familiens) tradisjoner knyttet til barnemat i hjemlandet? Hvordan påvirker disse tradisjonene den maten du gir ditt (spesielt sistfødte) barn? Er det andre ting som du tror påvirker hva du gir av barnemat i praksis (i ditt hjemland eller i Norge). Kan du være snill å gi meg noen eksempler.
- Følger du noen av disse tradisjonene i Norge? (barneoppdragelse og spedbarnskost)? Er det viktig for deres Somaliske/Irakiske identitet å gi barnet mat som er typisk fra deres hjemland? Er det noe mat som du mener er spesielt viktig å gi til ditt barn som er bra for hans/hennes helse?
- Hva slags mat gir du barnet som du mener er norsk? Deltar du i barselgrupper, åpen barnehage eller samlingssteder for mødre hvor dere spiser sammen og gir råd til hverandre? Er det også norske mødre og barn der? Hva synes du om maten de norske mødrene gir barna sine? Bruker du samme type mat?
- Er det viktig for dere å gi norsk mat for å integrere barnet/dere selv i norsk kultur og identitet?

Overgangsspørsmål

- Måltider i familien
- Kan du fortelle hvordan måltidene er organisert i din familie? Hvilke måltider spiser dere sammen? Når, hvem deltar, hva spises der, er det felles mat eller ulike mat for barn og voksne? Hva er «barnemat»?

- Snakker dere sammen i familien om maten? Og snakker dere sammen om maten til barnet? Snakker du med din ektemenn eller mor/svigermor om barnets helse og maten du gir til ditt/dine barn? Hvem er ansvarlig for å kjøpe inn mat, tilberede og mate barnet? Ser du noen forskjeller på denne arbeidsfordeling i Norge sammenlignet med ditt hjemland?
- Spiser dere ofte ute? Hvor spiser dere? Hva bestiller dere for barnet? Hvorfor dette? (valg av mat) Take away mat? (pizza, hamburger, pommes frites, kebab, brus, milkshake, is, nuggets)??
- Fredags/lørdagskos? (potetgull, godteri, sjokolade, brus etc.)
- Gir din ektemann/mor eller svigermor råd om barnet/barnas helse, amming og barnemat? Er det andre familiemedlemmer som gir deg råd om dette? Hva synes du om rådene du får og hvordan kan du relatere deg til deres råd?
- Er det andre som gir deg råd om dine/ditt barns helse, og hvordan du ammer eller hva slags mat du gir dem?

Hovedspørsmål

- Nåværende ammepraksis
- Ammer du ditt barn nå? (J/N) Spør hvor lenge hun fullammet (for å sammenligne med info vi fikk ved første intervjuet)?
- Hvordan kan du oppsummere din erfaring og praksis knyttet til amming frem til nå?
- *For mødre som fortsatt ammer:* hvor lenge planlegger du å amme?
- *Hvis mor fortsatt ammer* prøv og finne ut hvor ofte og hvor mye? Spør hvis hun gir barnet morsmelkerstatning eller kumelk? type fastføde/væsker. Undersøk grunner til hennes praksis og kulturelle syn.
- *Hvis nei:* Hva slags mat/drikke ga du til barnet fram til du sluttet med ammingen? Finn ut grunner for hennes praksis og kulturelle syn. Finn ut om hennes opplevelse med introduksjon av andre matvarer/væske.
- Hvordan har din opplevelse med amming vært siden vi sist traff deg?
- Har det vært noen problemer knyttet til ammingen etter det første intervju? Finn ut om mangel av brystmelk. Hvis ja, hva har du gjort? Søkte du råd noe sted – hvor? Hva har du blitt fortalt med hensyn til det å øke brystmelk-produksjonen og hva gjorde du?
- Hva mener du er best for barnet: morsmelkerstatning eller brystmelk? Hvorfor synes du det?

- Tror du at kroppsideal (fine bryst etc) påvirker ammelengden hos irakiske/somaliske kvinner i Norge? Hva tror du er grunnen til at somaliske/irakiske kvinner ammer kortere enn mødrer som bor i Somalia/Irak? Hvordan har din erfaring vært med amming med ditt barn/barna? Har du følt press fra noen på å gi morsmelkerstatning (NAN) derfor slutter de å amme tidligere?
- Bruker ditt barn smokk? Når, hvor lenge og hvorfor? Tilsetter du noe honning på smokken? Irakisk: Har kommet frem i et intervju at barnet får tørket spiserør fra sau, som de steker i ovnen med litt salt. Dette blir brukt som smokk, årsak: smokk inneholder ukjente kjemikalier.
- For de mødrene som ammet eksklusivt i 4-6 måneder/eller bare lenge: hør om hvordan dette tas i mot i det irakiske/somalisk miljø?

Innføring av mat

- Repetisjon: Hva var det første som ble gitt til ditt barn av mat og drikke? Ved hvilken alder? Mors grunner til kostholdspraksis: finn ut tradisjonelle praksis.
- Har dere introdusert noe nytt til barnet siden sist gang? / Hva slags mat har barnet fått fram til nå? Spør henne om bruk av morsmelkerstatning, kumelk, andre typer spedbarns mat og grunner til at hun har valgt dem. Finn ut grunner til hennes praksis og kulturelle syn. (Probe for usunne og sunne produkter uten å nevne usunt/sunt ved navn: brus, kjeks, potetgull, pommes frites, godteri, kake, dessert, is, lokom (Irak), kumelk med tilsatt sukker (smaksatt melk, sjokolade, og sunn: jordbær, banan, annen frukt, yoghurt,... etc.)
- Er det noen spesiell årsak til at du gir denne type mat? Finn ut erfaringer med introduksjon av andre type matvarer/drikker.
- Hva liker barnet ditt å spise? Hva liker det ikke? Hvor mye bestemmer du hva ditt barn skal spise og hvor mye lar du ham/henne styre? Innføring av andre matvarer (hva, når, hvordan, hvorfor, ritualer)
- Er det mat som du pga din religion eller kultur ikke kan gi til ditt barn? Hva er årsaken til dette?
- Får barnet ditt vann, saft, brus, juice, morsmelkerstatning, kumelk, te, sukkervann og brystmelk (pumpet)? Annen væske? Får de det via flaske eller kopp?

- Gir dere barnet mat fra ferdigglass kjøpt i butikken eller hjemmelaget? Hva slags ferdigmat? Hva inneholder den hjemmelagde maten? Krydder, salt, pepper, kjøtt, kylling, fisk, grønnsaker, frukt.
- Gir dere te til barnet? Gir dere fortsatt te til barnet? Hva slags type te? Har dere sukker, melk, honning i teen? Hvor ofte? Eksempler som har blitt nevnt av informantene: Kamillete, marimia (sterk lukt, ser ut som kvister, lysegrå, parfymesmak), nobat (ser ut som krystaller, safran og sukker). Alle disse typer te blir gitt når barnet har luft eller vondt i magen.
- Gis honning? På smokk, flaske, i te osv
- Lokom (dessert, legges i en tøy bit som barnet får og kan sutte på)
- Hvor handler dere mat inn mat? Mest «innvandrebutikker»? Handler dere i Sverige? Hvorfor?

For mødre som har flere barn: Har det vært noen endringer i amming eller barnemat sammenlignet med dine eldre barn? ? Hvis ja, hva slags forandringer og hvorfor? Det her blir også spurt i første intervju men vi følger opp og sjekker.

- Hvis du skulle snakke med en mor om amming og barnemat, hva slags råd ville du ha gitt henne basert på dine erfaringer? (Dette skulle blitt spurt om ved 1. intervjuet, se om hun sier det samme.)

Kan du fortelle meg om hva som har påvirket din ammepraksis og hva du gir ditt barn å spise? Finn ut:

- kommentarer fra familie og venner
- råd gitt av helsepersonell eller andre
- arbeid og familie relaterte problemer
- sykdom hos spedbarn

Mødrenes syn på optimal barneernæring og rådgivning.

- Hva legger du i begrepet ”sunn mat”, og hvor viktig synes du dette er i forhold til ditt barns kosthold?
- Hva er dine oppfatninger om hva som er den beste maten for små barn (med fokus på alder 6-12 måneder)? Hva synes du om den maten du har gitt til barnet ditt? Har det vært noen utfordringer i forhold til tid, økonomi eller barnets preferanser?).

- Følger du med i media når det blir tatt opp saker om amming og barnemat?

Barnehage

- Har barnet begynt på barnehage/barnepass/dagmamma eller besteforeldre?
- Hvis ja: Når og hvorfor begynte barnet med det?
- Hvor lenge er de i barnehagen (hel eller halv dag)?
- Hva slags mat får barnet i barnehagen? Sender dere med matpakke (hva da?)
- Har dere fått noen kommentarer på hva barnet kan ha med seg i barnehagen? (sukkerfri barnehage)
- Hvis barnet ikke i barnehage: Hva er grunnen til det? (probe: Kontantstøtte)
- Hvis mye hos besteforeldre/andre slektninger: Hva får de når de er hos dem? Er det noen konflikt i forhold til maten barnet får hos besteforeldre/andre slektninger?
- Hvis besteforeldre/andre slektninger: Hva gir de? Eller har du gjort i stand mat på forhånd til barnet?

Rådgivning

- Hva slags type informasjon om amming og barnemat har vært nyttig for deg?
- Hvor har du fått denne informasjonen?
Hva slags hjelp/støtte trenger du med hensyn til ditt barns kosthold?
- Hvem mener du er den beste personen som kan gi deg råd om amming og hva slags mat du bør gi barnet ditt?
- Bruker du Internett for å innhente informasjon? Hvilke sider foretrekker du å bruke?
Kan man stole på det man finner på Internett?

Tjenester på helsestasjon

- Hva er din erfaring med helsestasjon frem til nå?
- Hva slags råd har du fått fra helsesøster/andre helseomsorgsarbeidere med hensyn til barnemat, barneernæring og barns helse?
- Hvordan opplever du måten helsesøster snakker til deg om barnemat og helsen til småbarn?
- Hva har du blitt fortalt om spedbarnsernæring/ammings/tilleggs kost? Hva slags råd har du fått angående oppstart av tilleggs kost og tilleggs kost som du bør gi? Hadde disse rådene/informasjonen vært nyttig for deg?

- Hvordan oppfatter du råd om ernæring og helse gitt til deg av helsesøster? Synes du informasjonen var lett eller vanskelig å forstå eller var det vanskelig å følge rådene? Vet du om andre måter å gi mat til ditt barn som er bedre enn rådene som du har fått fra helsestasjonen? Fikk du råd om å ikke følge den tradisjonelle praksisen som du har fra hjemlandet? Hvis så, fortell meg om det.
- Ville det vært en fordel om de på helsestasjonen snakket ditt morsmål? Og/eller har informasjon (brosjyrer, fakta-ark, nettsider) på ditt morsmål?
- Har du deltatt i noen spesielle ernæringsprogram eller andre helseprogram på helsestasjon siden sist gang?

Slutt spørsmål (Alt tatt i betraktning spørsmål (sammendrag spørsmål / avsluttende spørsmål)

Har du noen spørsmål eller forklaring til noe vi ikke har nevnt om barnemat og amming?

Har du noe mer du ønsker å tilføye?

<p><u>Svangerskap og fødsel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan var svangerskapet? (Siste og evt. Tidligere svangerskap) - Hvordan gikk fødselen? <p>Planla/tenkte du på hva slags mat du ville gi barnet ditt mens du gikk gravid?</p>	<p><u>Innføring av mat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nåværende ammepraktis - Første mat som ble gitt, årsaker. - Hvordan tilberedes maten? - Erfaringer med innføring av mat - Hva liker barnet å spise - Drikke (saft, juice, melk, vann) - Ferdigmat vs. Hjemmelaget - Frukt og grønnsaker - Somalisk mat vs. Norsk mat (årsaker, viktig å gi norsk mat?) <p><i>Hva ga du barnet ditt av mat i løpet av dagen i går? (24 t) + klokkeslett</i></p> <p>Mødre som har flere barn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endringer? - Erfaring over tid 	<p><u>Rådgivning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Info som har vært nyttig for deg - Hvor får du info og fra hvem? - Hvem vil du helst ha råd fra? Årsaker - Internett/aviser/bøker/ukeblader? - Spør du om du lurer på noe? 	<p><u>Barnehage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mat i barnehage - Matpakke? Hva sendes med? <p>Om slektninger passer på barnet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har mor kontroll på hva som blir gitt barnet?
<p><u>Amming</u></p> <p>Rett etter fødsel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Når, hvordan - Evt. Hvorfor ikke - Annen mat/drikke - Hjelp/støtte? Hvem/hvordan - Hvis ikke: Hva skulle du ønske? <p>Fullamming/eksklusiv amming</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja/nei? Evt. Hvor lenge - Årsaker til ja/nei - Når sluttet du? Årsaker - Annen mat/drikke (vann) <p>Problemer med amming</p> <p>Erfaring med amming</p>	<p><u>Måltider i familien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan er de organiserte? Spiser dere måltider sammen? - Barnas deltagelse – samme mat som de voksne? - Forskjeller? Hvilke? Krydder? 	<p><u>Helsestasjon</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfaringer - Benytter du deg av helsestasjonen? Hvorfor/hvorfor ikke? - Kostholdsråd/info - Lett/vanskelig å forstå helsesøsters råd? - Bedre råd fra andre? <p>Ernæringsprogram/helseprogram</p> <p>Mødre med flere barn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endringer fra første barn? Får du fortsatt informasjon eller forventer de at du kan det du skal kunne om mat og barn? <p>Hadde det vært ønskelig for deg at noen på helsestasjonen snakket ditt morsmål?</p>	<p><u>Annet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosttilskudd; tran, vit-D - Søtsaker (hvor ofte, hva, hvem gir?) - Bakervarer, boller - Kafébesøk - Restaurantbesøk - Innkjøpsrutiner/vaner, hvor handler dere og hvorfor - <i>Hva er det beste du kan gi barnet ditt av mat/hva er sunn mat for barnet ditt?</i>

Intervjuguide – 12 måneder m/ spørsmål fra 6 måneder, forenklet versjon

Vedlegg 3

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

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

Vurdering

Komiteen vurderer prosjektet som viktig forskning på barns helse.

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

Vedtak

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

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

Godkjenningen gjelder til 01.08.2015.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

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

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

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

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen
Professor

Katrine Ore
Rådgiver

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