

MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG

Artikkel og overbyggingsdel (kappe)

27. oktober 2016

«Amming er godt, men ikke nok»

En kvalitativ studie om somaliske mødres ammepraksis i Norge

Kandidater: 108 og 113

Hovedveileder: Ellen Blix

Biveileder: Zada Pajalic

Antall ord kappe: 7699

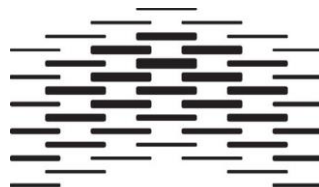
Antall ord artikkel: 3000

Fakultet for helsefag

Institutt for helse, ernæring og ledelse

Avd.

Kjeller



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Sammendrag

Tittel: «Amming er godt, men ikke nok» - En kvalitativ studie om somaliske mødres ammepraksis i Norge.

Hensikt: Å få kunnskap om somaliske mødres erfaringer og oppfatninger om egen ammepraksis.

Problemstillingen: Hvordan beskriver somaliske mødre egen ammepraksis i Norge, og hvilke kunnskapsbehov har de?

Metode: Datamaterialet er innhentet fra fire fokusgruppeintervjuer bestående av total 22 somalisk kvinner.

Resultat: Kvinnene hadde en positiv holdning til amming, men få fullammet. Kvinnene beskrev hvordan deres ammepraksis ble påvirket av familien og nettverket, der råd om spedbarnsernæring ofte ikke samsvarte med informasjonen gitt av helsepersonell. Flere kvinner uttrykte vanskeligheter med å navigere mellom motstridende råd. Et ønske om muntlig informasjon fremfor skriftlig ble også påpekt.

Konklusjon: Helsepersonell bør være bevisste på kulturelle og tradisjonelle oppfatninger som kan påvirke målgruppens beslutninger i forhold til amming. Her bør det tilrettelegges for kultursensitiv ammeveiledning.

Nøkkelord: Kvalitativ, fokusgrupper, amming, somaliske mødre, Norge

Summary

Title: «Breastfeeding is good but not enough» - A qualitative study of Somali mothers breastfeeding practices in Norway

Objective: To explore Somali mothers' beliefs and experiences around infant feeding practices.

Research question: How do Somali mothers describe their own breastfeeding practices in Norway, and do they express needs for knowledge concerning breastfeeding?

Methods: Four focus groups consisting of 22 Somali women were conducted.

Results: The women had a positive attitude towards breastfeeding, but few breastfed exclusively. They described how family and network influenced their breastfeeding practices in which they often received contradictory advices. Several women expressed difficulties in navigating between conflicting advices. Oral information rather than written was also highlighted.

Conclusion: Health professionals should be aware of the cultural and traditional beliefs that may affect the Somali mothers' decisions in breastfeeding and suggests a need for cultural specific approaches in breastfeeding guidance.

Key words: Qualitative, focus groups, breastfeeding, Somali mothers, Norway

Forord

Kunnskap om ammepraksis blant etniske minoriteter er en aktuell og relevant emne for dagens Norge. Gjennom denne masteroppgaven har vi utforsket somaliske mødres ammepraksis. Hensikten med en slik studie var å se om det er behov for å bedre vilkårene for amming i denne gruppen. Vi håper studien kan være interessant og til inspirasjon for alle ammeveiledere.

Masteroppgaven består av en artikkel og en overbyggingsdel (kappe). Artikkelen er strukturert etter Sykepleien Forskning, hvor vi ønsker å få den publisert. Kappen er en mer inngående redegjørelse av bakgrunn og metode. Her blir det teoretisk rammeverk også beskrevet. Leseren anbefales å lese artikkelen først (Vedlegg 7).

Masteroppgaveskrivningen har vært krevende og utfordrende, men også spennende og lærerikt. Vi ønsker å takke alle for interessen dere har vist oss i dette arbeidet. En varm takk til hovedveilederen, Ellen Blix, professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Takk for det enorme engasjementet du har vist oss og for konstruktiv veiledning. Vi kunne ikke ha kommet så langt uten deg. Vi vil også rette en stor takk til vår biveileder, Zada Pajalic, førsteamanuensis, for alle analytiske utfordringer og oppmuntringer underveis. Takk for uunnværlig støtte.

Takk til alle dere som har lest oppgaven og kommet med gode innspill. Spesielt takk til de 22 somaliske mødre som deltok i denne studien. Masteroppgaven hadde ikke blitt til uten dere.

Til slutt, spesielt takk til familien og venner for omsorg, støtte og tålmodighet. Takk for all oppmuntringen.

Amina Ali Abdi & Susan Abukar Ibrahim

Oslo, oktober, 2016

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon	1
1.2	Formål og problemstilling.....	2
2.0	Teoretisk rammeverk	4
2.1	Somalia og somalierne	4
2.1.1	<i>Et historisk tilbakeblikk i Somalia</i>	4
2.1.2	<i>Ammepraksis i Somalia</i>	5
2.2	Fra en somalisk til en norsk ammekultur	6
2.2.1	<i>Akkulturasjon</i>	7
3.0	Design og metode	9
3.1	Bakgrunn for valg av design	9
3.2	Fokusgruppeintervju som forskningsmetode	10
3.2	Rekruttering og deltakere	11
3.3	Strukturering og gjennomføring av fokusgrupper.....	11
3.4	Intervjuguide	12
3.5	Forforståelse	13
3.5.1	<i>Posisjonering</i>	14
3.6	Transkribering	15
3.6.1	<i>Dataanalyse</i>	15
3.7	Etiske overveielser	17
4.0	Oppsummering av artikkelen	19
5.0	Diskusjon	21
5.1	Metodediskusjon	21
5.1.1	<i>Pålitelighet</i>	21
5.1.2	<i>Bekreftbarhet</i>	23

5.1.3 Overførbarhet.....	23
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
6.0 Konklusjon.....	25
6.1 Funnenes betydning for praksis og videre forskning	25
7.0 Referanser	26
8.0 Vedleggsliste.....	31

Oversikt tabeller

Tabell 1 Eksempel fra analyseprosessen.....	17
---	----

Oversikt figurer

Figur 1 Oversikt over tema og kategorier	19
--	----

1.0 Introduksjon

Samfunnsutviklingen i Norge går i retning av økt kulturell mangfold med flere etniske grupper. Det gir både nye utfordringer og muligheter. Innvandrere fra hele verden utgjør nesten 14 % av befolkningen, mens norskfødte med innvandrerforeldre utgjør 2,9 % (Statistisk sentralbyrå, 2016). Dette vil resultere i en stadig økning av norskfødte barn med innvandrerforeldre.

Somaliere utgjør den femte største gruppen av flyktninger fra ikke-vestlige land (ibid.) og er den gruppen som føder flest barn (Folkehelseinstituttet, 2016). Det er 28300 somaliske innvandrere i Norge, mens deres etterkommere utgjør 11800 (Statistisk sentralbyrå, 2016). På midten av 1980-tallet kom de første flyktningene fra Nord-Somalia, det som nå kalles Somaliland (Fangen, 2008; Lie, 2004). Først fra 1999 og fremover kom den store innvandringen av somaliere til Norge på grunn av borgerkrig i landet (Henriksen, 2007, 2010). Hovedvekten av innvandrerne fra Somalia er i fruktbar alder, de fleste er i alderen 20 til 30 år. De fleste, spesielt kvinner, har kommet til Norge uten grunnskole og yrkeserfaring (ibid.).

I nasjonal strategi for innvandreres helse 2013-2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) fremheves økt innsats på innvandrerbefolkningens helse, også innenfor svangerskap- og barselomsorgen. Dette for å oppnå et inkluderende og likeverdig samfunn som kan fremmes ved å synliggjøre utfordringer knyttet til innvandrernes helse. Utfordringene er mange og går blant annet på språkvanskeligheter, kulturforståelse, men også på den enkeltes helsefremmende allmenndannelse (eng. health literacy) (ibid.). En del av strategien er å sette fokus på helsepersonells kunnskap og kompetanse om bestemte helseutfordringer hos minoritetsgrupper.

Forskning har vist at de somaliske kvinnene skiller seg ut som en spesiell medisinsk utfordrende gruppe i fødselsomsorgen (Bakken, Skjeldal, & Stray-Pedersen, 2015; Belihu, Davey, & Small, 2016; Johnson, Reed, Hitti, & Batra, 2005; Small et al., 2008). De somaliske kvinnene er mer utsatt for komplikasjoner i forbindelse med fødselen, for eksempel har de større risiko for akutt keisersnitt og for å føde barn på overtid. Videre er det vist at somaliere i Norge opplever sosial stigmatisering i møte med det norske samfunnet, herunder helsevesenet (Fangen, 2006).

Ved migrasjon til et nytt land vil amming påvirkes, noe som vil medføre en ekstra dimensjon av ammekompleksiteten (Schmied et al., 2012). Kvinner som har migrert anses som en særlig sårbar og utsatt gruppe med behov for støtte til amming (Giles et al., 2007). Forskning på somalieres ammepraksis etter migrasjonen har vært sparsom. Internasjonale studier demonstrerer de

ammeutfordringene somaliske kvinner møter i vesten (Ingram, Cann, Peacock, & Potter, 2008; Steinman et al., 2010; Textor, Tiedje, & Yawn, 2013). Ifølge en amerikansk studie av somaliske mødres ammepraksis har bruken av morsmelkerstatning økt fra 50 % til 90 etter at de har immigrert til USA (Carpenter, Vaucher, & Brownlee, 1999).

I Norge har forskning om somaliernes ammepraksis blitt satt på dagsorden i senere tid. Det kan forklares ved at somalierne er en relativ ny innvandrerguppe i Norge (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2009; Henriksen, 2010). Det beror også på at de regelmessige undersøkelsene i Norge om spedbarnsernæring hovedsakelig har inkludert mødre født i Skandinavia (Øverby, Kristiansen, & Frost, 2008). Dette med unntak av den landsdekkende undersøkelsen som ble gjennomført i 2013 (Lande & Helleve, 2014) der mødre fra Europa og utenfor Europa var inkludert.

Nylig ble det forsket på ammepraksis og kosthold blant norsk-somaliske og norsk-irakiske barn ved seks og tolv måneders alder. Undersøkelsen viste lav forekomst av fullamming (Grewal, Andersen, Sellen, Mosdol, & Torheim, 2015). De somaliske mødrene begynte å amme rett etter fødsel, men mange introduserte vann og morsmelkerstatning svært tidlig (Wandel et al., 2016). Studien (Grewal et al., 2015) tyder på at det forekommer etniske forskjeller i forhold til fullamming. En kan tenke at det på sikt kan medføre ulikheter i helse ettersom det er dokumentert at amming er svært gunstig for både mor og barn (Horta & Victora, 2013; Hörnell, Lagström, Lande, & Thorsdottir, 2013). Derfor poengteres viktigheten av å arbeide for å utjevne ulikheter i amming (Robertson, 2015).

Bakgrunnen for denne masteroppgaven er at man fremdeles vet for lite om somaliske kvinners ammepraksis. Fokuset vårt falt på målgruppen da belysning av dette temaet anses for å være relevant og aktuelt for dagens Norge, hvor kunnskap om amming blant ulike minoritetsgrupper er fragmentert og mangelfull. Fra Nasjonalt kompetansesenter for Amming har vi fått innspill som bekrefter problemstillingens aktualitet og undersøkelser rundt emnet er etterspurt.

1.2 Formål og problemstilling

På grunnlag av den begrensede forskningen om emnet finner vi det hensiktsmessig å benytte masteroppgaven til å se nærmere på somaliske mødres ammepraksis i Norge. Vi ønsker også å bidra til økt refleksjon og oppmerksomhet rundt emnet da vi opplever manglende rom i offentlig debatt for ammepraksis i flerkulturell kontekst.

Hensikten er å få mer kunnskap om emnet slik at vi får bedre kunnskapsgrunnlag til å kunne støtte målgruppen. Vi ser noen sentrale aspekter ved problemstillingen som vi ønsker å utforske nærmere. Det første handler om kvinnenes kunnskap om amming. Det andre er mødrenes beskrivelse av deres kunnskapsbehov, da vi mener det er viktig at kvinnene selv formulerer sine behov. Videre ser vi et behov for å belyse målgruppens erfaringer med råd og veiledning fra helsepersonell og nettverk.

Manglende viten om målgruppens kunnskap, erfaringer og utfordringer i forhold til amming, mener vi, kan medvirke til at kvinnene ikke får god ammeveiledning. Noe som kan resultere i utilstrekkelig omsorg. Derfor stiller vi følgende spørsmål:

Hvordan beskriver somaliske mødre egen ammepraksis i Norge, og hvilke kunnskapsbehov har de?

2.0 Teoretisk rammeverk

Ifølge Malterud (2011) er den teoretiske referanserammen "briller" forskeren tar på når materialet leses for å identifisere mønstre. I dette kapittelet vil vi derfor presentere sentrale teorier som fremmer forståelsen og belyser problemstillingen. Her har vi valgt ut teorier som vi har funnet hensiktsmessige i forhold til emnet.

2.1 Somalia og somalierne

Det kan være utfordrende å forstå somalierne og deres situasjon i Norge uten å kjenne til deres historie og bakgrunn. Derfor vil vi i dette underavsnittet kort redegjøre for somaliernes historie og deres ammepraksis i eget land.

2.1.1 Et historisk tilbakeblikk i Somalia

I Afrikas horn, området i den østligste del av Afrika, har vi Somalia. Blant Afrikas folkeslag fremstår somaliere som homogene. De har samme språk, kultur, religion og 98 % av landets befolkning har samme etnisitet (Fangen, 2008). Riktig nok har somaliere fragmenterte klanlinjer, de har patriarkisk og hierarkiske slektskapsystem. Klantilhørighet spiller en stor rolle og er den viktigste sosiale gruppen man tilhører (Landinfo, 2015). I Somalia er de kollektivistiske samfunnsstrukturene herskende, hvor storfamilien har stor betydning for den enkelte.

Krigføringen i 1988 i den nordlige delen utviklet seg til full borgerkrig i 1991 og landet hadde statssammenbrudd (Linke & Raleigh, 2011). Siden har landet vært preget av ødeleggelser og sikkerhetsmessige utfordringer. Som konsekvens fulgte massiv utvandring hvor somalierne ble en av de største gruppene av flyktninger i verden (Warfa et al., 2012). Det somaliske folket har levd med borgerkrig og fravær av myndighetsstyre i over 20 år, noe som gjør Somalia til det mest langvarige tilfellet av fullstendig statskollaps i moderne historie. I dag er landet i gang med gjenoppbygging, men er fortsatt preget av en svak og fragmentert ledelse (Regjeringen.no 2015).

2.1.2 Ammepraksis i Somalia

Somalia bidrar sterkt til den høye barnedødeligheten globalt. Hvert syvende barn dør innen 5-årsalderen (UNICEF, 2015), mens 323.350 barn under fem årsalderen lider av underernæring (Food Security and Nutrition Analysis Unit, 2016).

I utviklingslandene spiller morsmelk ernæring en svært viktig rolle i arbeidet for å redusere sykdom og fremme liv. Tidsskriftet *The Lancet* anslår at utilstrekkelig amming hvert år medfører hele 804.000 barnedødsfall. Potensielt sett anses fullamming i første levehalvår som den største innvirkning på dødelighet og kan redusere dødsfall hos barn under fem år med hele 13 prosent (Black et al., 2013).

I kjølvannet av krig og naturkatastrofer har internasjonale organisasjoner involvert seg i helsearbeidet i Somalia. En studie gjort på vegne av flere aktører har forsket på utfordringer knyttet til spedbarnsernæring (Food Security Analysis Unit (FSAU), 2007). Datamaterialet er innhentet fra tre forskjellige områder: nordvest, nordøst og syd sentralt i Somalia. De skiller innbyggere mellom nomader, fastboende jordbrukere og personer fra urbane områder.

Amming kan sies å være like så naturlig som det er kulturelt. De somaliske kvinnene har både kulturelle og religiøse forutsetninger for å amme og de har et positivt syn på amming. Likevel indikerer tilgjengelig forskning alarmerende ammepraksis (ibid.). Mange barn i Somalia blir utsatt for forsinket ammestart. Forekomsten av tidlig ammestart var estimert til 23,4 % (Food Security and Nutrition Analysis Unit, 2009). I KAPS-studien (FSAU, 2007) rapporterte mødrene at amming ble utsatt fordi det hersker en oppfatning om at den nybakte moren ikke har melk og at det nyfødte barnet trenger vann. Barnet gis derfor vann eller sukkervann de første to til tre dagene selv om tilgangen til rent drikkevann er svært dårlig mange steder (Food Security and Nutrition Analysis Unit, 2009). I mange områder har man ikke tradisjon for å gi kolostrum. Det ble begrunnet med at råmelken var for tykk, skitten, giftig og usunn for barnets helse.

Resultatene viste en lav frekvens av fullamming. Prevalensen av fullamming var estimert til 5,3 prosent i henhold til WHO's definisjon om å ikke gi annet tillegg fra fødsel til seks måneder. Dette var assosiert med at fullamming som konsept var ukjent i det somaliske samfunnet (FSAU, 2007). Vann var vanlig å gi og ble ansett for å være livsviktig for det nyfødte barn. Flertallet hadde forstått konseptet fullamming som å amme og gi tillegg i form av vann og morsmelkerstatning, men det forekom forskjeller i denne praksisen. Nomadekvinner og kvinner fra landsbyer har definert fullamming som å gi morsmelk i tillegg til sukkervann i tre til seks måneder, mens de fra urbane

områder hadde praksis for å gi morsmelk og vann de første tre dagene for deretter å introdusere andre former for morsmelkerstatning. Nomadene og fastboende bønder hadde større ammefrekvens i motsetning til kvinnene i urbane områder. Flere kvinner rapporterte også "for lite melk" som et problem. Videre ble viktigheten av ammelengden påpekt, da kvinnene henviste til Koranen, Islams hellige bok, som anbefaler mødre om å amme sine barn i to år. Det mente kvinnene var viktig å etterleve.

KAPS-studien tyder på at kvinnes kollektivistiske grunnholdning og oppfatning preger ammepraksisen i Somalia på godt og vondt. Bestemødre og eldre kvinner hadde stor innflytelse på ammepraksisen. De overleverte kunnskapen om amming og spedbarnsernæring til nybakte mødre. Til tross for den sterke kulturen om amming ble tradisjonen om å gi tilleggsnæring videre brakt, noe som mer eller mindre eliminerte konseptet fullamming i kvinnes ammepraksis. Dette kan være uheldig da fullamming kan forebygge sykdom hos barn (Victora et al., 2016) men også bidrar til å forhindre kvinnene i å bruke forurenset vann til å blande morsmelkerstatning (Food Security and Nutrition Analysis Unit, 2009).

2.2 Fra en somalisk til en norsk ammekultur

I Norge vil de somaliske mødre møte en ny og annerledes ammekultur. Her vil ikke barna deres dø om de ikke ammes. Til gjengjeld kan deres migrantliv føre til nye utfordringer da deres ammepraksis kan kollidere med vertslandets (Textor et al., 2013). Selv om mange forhold knyttet til amming er universelle, vil det likevel forekomme etniske forskjeller i amming så vel som kulturelle. For helsepersonell som møter de somaliske kvinnene er kunnskap om hvordan de best kan hjelpe dem en forutsetning. Somaliske innvandrerkvinner er ingen homogen gruppe. Utfordringene vil være mangfoldige og vil omhandle mennesker med forskjellig kultur, livserfaringer og bakgrunn. Det er viktig at man ikke generaliserer, noe som igjen fordrer at helsepersonell skiller mellom kulturelle og individuelle mønstre i somaliske mødres ammepraksis.

Kultur er, ifølge Helman (2007), et sett med retningslinjer, både eksplisitt og implisitt, som individer tilegner seg som medlem av et bestemt samfunn. Ved bruk av symboler, språk, kunst og ritualer gir det medlemmene en måte å overføre disse retningslinjene til neste generasjon. Kultur kan ses på som en arvelig filter som den enkelte oppfatter og forstår verden ut fra, og omfatter både det å tenke, føle og handle. I hvert samfunn kan man finne forskjellige nivåer av kultur. Disse

strekker seg fra det som er manifestert i en kultur og er synlig for omverden, slik som sosiale ritualer, tradisjonsklær, tradisjonsmat og høytider, til et dypere nivå av kultur, det som bare er kjent for medlemmene av den bestemte kulturen. I praksis vil det si at bak alt det som i en kultur er synlig, ligger det en rekke implisitte antagelser, tro og regler som danner den spesifikke gruppens kulturelle grammatikk (ibid.).

Kultur har også innflytelse på menneskets matvaner så vel som kvinnens ammepraksis (Helman, 2007). Ved migrasjon til et nytt land vil kvinnenenes ammepraksis bli påvirket av kontekstuelle faktorer som endring av familiens struktur, kulturelle normer, kvinnenenes sosioøkonomiske status og migrasjonshistorie (McFadden, Atkin, & Renfrew, 2014). Det er vist at kulturelle og tradisjonelle overbevisninger knyttet til spedbarnsernæring kan skape utfordringer i forhold til vertslandets anbefalinger og retningslinjer (Kannan, Carruth, & Skinner, 1999)

2.2.1 Akkulturasjon

Ved migrasjonsforskningen fremkommer akkulturasjon som et viktig aspekt (Bøhn, 2008). Kultur er blitt et mer flytende konsept som i flere samfunn gjennomgår en endring- og tilpasningsprosess (Helman, 2007). Akkulturasjon er den prosessen hvor kulturelle og psykologiske endringer skjer, som et resultat av kontakten mellom flere kulturgrupper (Berry, 2003).

Det å migrere til et nytt land innebærer for den enkelte belastninger og utfordringer (Kumar, 2010). Hvordan enkelte mestrer den nye situasjonen avhenger av ulike forhold (Berry, 2003). Personlige forutsetninger, omstendighetene rundt migrasjonsprosessen samt mottagelse og muligheter i det nye landet er av stor betydning. Vertslandet stiller nye krav parallelt som en må lære en ny kultur og livsstil å kjenne. Den nye tilværelsen kan oppleves stressende. Berry (2003) deler akkulturasjonsprosessen inn i fire ulike strategier: integrering, assimilering, separering og marginalisering. Dersom man velger integrasjon som strategi velger individet å opprettholde sin kulturelle bakgrunn, samtidig som en lærer og deltar i den nye kulturen. Med assimilering derimot, velger den enkelte å adoptere vertslandets kultur oftest på bekostning av den opprinnelige kulturen. Når individet ønsker å leve etter ens egen opprinnelses kultur og tradisjoner refereres det til separeringsstrategi som ofte innebærer en avvisning av majoritetskulturen. Marginalisering som strategi derimot, fører til at individet trekker seg ut av det sosiale og kulturelle felleskapet i det nye landet, men også egen kulturell opprinnelse (ibid.).

Hvilke akkulturasjonsstrategi individet velger for at tilpasse seg den nye kulturen er avhengig av holdninger til egen kultur, identitet og interaksjon med den nye kulturen (Berry, 2003).

Andre Faktorer som kan påvirke akkulturasjonsprosessen er arbeid utfor hjemmet, utdanningsnivå og språkforståelse (Berry, 2005).

3.0 Design og metode

I dette kapittel vil oppgavens design og metodevalg bli redegjort.

3.1 Bakgrunn for valg av design

Den vitenskapelige tilnærmingen som tas i bruk må være relevant i forhold til studiens problemstilling. Forskningsformålet avgjør hvilke forskningsdesign som anvendes (Patton, 2002). Ettersom hensikten er å utforske kvinnenes ammeerfaringer er kvalitativ tilnærming velegnet. Kvalitativ forskningsdesign vektlegger forståelse snarere enn forklaring (Tjora, 2012). Designet kjennetegnes ved å være eksplorerende, empiridrevet og tar for seg et fortolkende paradigme. Den kan avdekke meninger, betydninger og nyanser om menneskelige egenskaper som tanker, opplevelser og erfaringer (Tjora, 2012) så vel som den kan belyse dynamiske prosesser og samhandlinger (Malterud, 2011).

Vi vil ta for oss et eksplorerende og beskrivende design som passer godt for utforskning av problemstillinger som det finnes lite forskning på (Patton, 2002; Polit & Beck, 2012), noe som er tilfellet for de somaliske kvinnene i Norge (Wandel et al., 2016).

Den kvalitative forskningsstrategien bygger på teorier om fenomenologi (menneskelig erfaring) og hermeneutikk (fortolkning) (Patton, 2002, pp. 104-107, 113-115). Vi vil ikke ta for oss en filosofisk tilnærming, da det krever en viss metodologisk kompetanse som begge forfattere ikke besitter. Dog er en forstående og fortolkende hermeneutisk dimensjon nødvendig i all kunnskapsutvikling (Thomassen, 2006). Vi vil derfor bearbeide empirien ut fra en metodeorientert hermeneutikk (Thornquist, 2003) slik vi kan få innsikt i emnet, hvor det å kunne forstå og fortolke datamaterialet er forutsetning. Gjennom fortolkning av kvinnenes perspektiver vil vi kunne nå frem til forståelse av deres ammepraksis. Her er det essensielt å redegjøre for hva forforståelsen er da hensikten er å få en korrekt forståelse av datamaterialet (Thomassen, 2006; Thornquist, 2003). Under dette kapittelet vil vår forforståelse bli gjort rede for.

Marshall and Rossman (2011) hevder at valg av design og metode ikke kun er avhengig av forskningsspørsmålet, men at det også styres av andre forhold som designets troverdighet, etiske overveielser, forskerens ressurser og metodekompetanse, samt det idemessige rammeverket hvor begrepsmessig og teoretisk forståelse av problemstillingen utvikles. Dette har vi tatt høyde for

under utarbeidelse av prosjektplanen. Samtidig gir det kvalitative designet plass til fleksibilitet og refleksivitet, hvor prosessen kan justeres ettersom man oppdager nødvendigheten for endring (Malterud, 2011). Som en systematisk del av forskningsarbeidet stilles det krav til at alle faser i forskningsprosessen beskrives. Vi har her ført prosjektlogg hvor fortløpende notater om forskningsprosessen er beskrevet. Videre er det viktig at det tas høyde for det som kan påvirke forskningsprosjektet, nemlig studiens troverdighet. Dette vil bli redegjort for under metodediskusjonen.

3.2 Fokusgruppeintervju som forskningsmetode

Metode brukes som middel til å produsere det ferdige produktet, som i dette tilfellet er kunnskap om emnefeltet. Bjerg (2011) betegner metode som fremgangsmåten når man innsamler og analyserer data slik at man får belyst problemstillingen tilstrekkelig. I denne studien er det mest hensiktsmessig å velge det kvalitative forskningsintervju da det er velegnet til å belyse individers opplevelser, intensjoner og handlinger (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskningsintervjuet er noe likt den hverdagslige samtalen, men det preges av struktur og systematikk. Intervjuformen involverer en viss profesjonalitet med tanke på metode og spørreteknikk (ibid.).

Som metode har fokusgruppeintervju samme styrke og kvalitet som andre kvalitative metoder (Krueger & Casey, 2009; Morgan, 1997), og vil kunne frembringe tilstrekkelig mengde empiri. I et fokusgruppeintervju brukes gruppedynamikken til å produsere kvalitative data. Til forskjell fra andre intervju typer er det selve interaksjonene mellom deltagerne samt moderatorens rolle som leder og ordstyrer som står sentralt (Barbour & Kitzinger, 1999; Krueger & Casey, 2009). Ved å samle et antall somaliske kvinner for å diskutere et eller flere forhåndsbestemte temaer innenfor deres ammepraksis vil samspeillet mellom deltagerne kunne åpne for en annen innsikt enn den vi får ved individuelle intervjuer. Her får vi anledning til å stille spørsmål til flere kvinner samtidig, noe som vil kunne medføre at kvinnenes kollektive ordvekslinger får frem flere spontane ekspressive synspunkter og perspektiver. Ifølge Barbour & Kitzinger (1999) er fokusgrupper ideell som metode når man vil utforske individers erfaringer, meninger og ønsker. Metoden er også anvendelig når man vil gi stemme til minoritetsgrupper eller utforske kulturellspesifikke spørsmål (Chiu & Knight, 1999; Morgan, 1997). På bakgrunn av studiens problemstilling er metoden derfor velegnet.

3.2 Rekruttering og deltakere

Inklusjonskriteriene for kvinnenenes deltakelse i fokusgruppeintervjuene var myndige, etnisk-somaliske friske mødre med et friskt barn i alderen 2 til 30 måneder. Syke mødre og barn ble ekskludert, da vi var interessert i ernæringspraksis rettet mot fullbårne og friske barn som anbefalingene er tiltenkt.

Vi rekrutterte deltakerne til studien vår i perioden mai – august 2016. For å skaffe informanter kontaktet vi forskjellige helsestasjoner i Oslo, åpen barnehager, Røde Kors kvinnekafé, somaliske kvinneforeninger og voksenopplæring. Vi tok først kontakt per telefon for deretter å sende e-post med prosjektbeskrivelse samt informasjonsskriv på norsk og somalisk til interesserte. Vi fikk tilbakemelding om at de respektive stedene ikke kunne hjelpe oss med rekrutteringen. Da det har vært utfordrende å rekruttere somaliske informanter valgte vi å gå bredere ut ved bruk av "snøballmetoden". Det er en metode som kan brukes formelt og uformelt ved rekruttering av grupper som ellers er vanskelig å nå (Snijders, 1992) Vi oppsøkte den somaliske moskeen i Oslo som ga oss mulighet til å informere muntlig om prosjektet vårt der og dele ut informasjonsskriv til interesserte, samt henge opp informasjonsskriv på norsk og somalisk. 12 aktuelle kandidater ble rekruttert, syv av disse møtte opp til et av intervjuene. To kunne ikke, men de ble tatt inn til et annet tidspunkt. En av informantene som hadde stort nettverk og var kjent i miljøet, var veldig engasjert i temaet vårt, og hjalp oss med å rekruttere videre i Oslo området.

For å sikre størst mulig variasjon i utvalget prøvde vi å gå bredere ut med tanke på å rekruttere fra forskjellige kommuner og fylker. Vi ble tipset om en nøkkelperson fra den somaliske kvinneforeningen i Telemark. Vi kontaktet kvinne per telefon og hun fikk tilsendt informasjonsskriv per e-post. Kvinnen rekrutterte 12 informanter fra lokalmiljøet hvorav syv kom til det endelige fokusgruppeintervjuet.

3.3 Strukturering og gjennomføring av fokusgrupper

Antall informanter en fokusgruppe skal basere seg på er avhengig av studiens formål (Barbour & Kitzinger, 2009). Det anbefales å la studiens problemstilling og forskernes ressurser avgjøre hvor stort utvalg som er nødvendig (ibid.). Vi vurderte utvalget ut fra oppgavens størrelse, den disponible

tiden vi hadde og viktigst av alt for å ha håndterbare data som kunne analyseres forsvarlig og grundig.

Prinsippet om strategisk utvalg er vanlig å etablere i en kvalitativ studie, enten om det er i forhold til inklusjonskriterium eller gruppens sammensetting (Malterud, 2011). Vår hensikt var å få mest mulig bredde i utvalget slik at det kunne bidra til mangfold og få frem ulike perspektiver og erfaringer om problemstillingen. I to av fokusgruppeintervjuene var gruppenes sammensetting noe homogene. I den ene gruppen hadde vi mødre med lang botid i Norge og i samme aldergruppe, men variasjoner i forhold til utdannelsesnivå og antall barn. I den andre hadde vi mødre med kort botid i Norge, noenlunde samme utdannelsesnivå, men med variasjon i alder og antall barn. De to siste fokusgruppene var mer heterogene i forhold til alder, botid og utdannelsesnivå. Likevel ble det vurdert at de sentrale forutsetningene for optimal homogenitet i gruppens sammensetting, som vil kunne styrke gruppedynamikken, var tilstede. Optimal homogenitet vil si at deltakerne har felles interesse som vil kunne generere gruppediskusjon (Krueger & Casey, 2009). Kvinnene i vår studie hadde samme etnisitet, kulturbakgrunn som ammet i et nytt land, noe som kan gi solid datamateriale i forhold til vår problemstilling.

Tre av intervjuene ble holdt på Høgskolen i Oslo og Akershus og den siste på en helsestasjon i Telemark. Kvinnene kunne velge om de ville snakke på somalisk eller norsk. Ved tre av intervjuene valgte kvinnene å diskutere både på norsk og somalisk, noe som fungerte bra for dem. Det fjerde intervjuet med syv kvinner ble gjennomført på somalisk etter kvinnenes ønske.

Moderatoren presenterte emnene og la til rette for at alle kom til orde. Observatørens rolle var å notere hvordan den enkelte kvinnes ytringer påvirket de andre deltakere, mens vi var sammen om å oppsummere inntrykk og hovedtematikene. Dette gjorde at vi reflekterte mer over intervjusituasjonene samt veien videre med tanke på forbedringer og justeringer underveis.

3.4 Intervjuguide

For å sikre en form for systematikk i datainnsamlingen, samt strukturere fokusgruppene vil bruken av en intervjuguide kunne hjelpe oss med å avdekke problemstillingen. Vi har anvendt semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015), hvor vi på forhånd kunne fastlegge de temaer vi ønsket å få belyst. Det at intervjuet er semistrukturert vil si at det ikke har en streng struktur, idet man gir informantene rom for spontane ytringer, tankesprang og assosiasjoner.

For å skape datamateriale med god kvalitet anbefaler Krueger (1998b) at man innhenter feedback fra andre. Vi har brukt hverandre til dette. Samtidig har vi hentet inspirasjon fra forskning (Ingram et al., 2008; Steinman et al., 2010; Textor et al., 2013) som omhandler somaliere og andre minoritetsgruppers ammepraksis slik at vi kunne utforme vår intervjuguide med vår problemstilling for øye. Vi har utviklet en tematisk guide som også inneholder formulerte spørsmål og stikkord (Vedlegg 4). Spørsmålene hadde en deskriptiv form, for eksempel "Prøv å beskrive, hvordan opplevde dere ... fortell om ...", slik at kvinnene selv kunne komme til syne med deres perspektiver. Spørsmålene var lett forståelig og ble formulert enten på norsk eller somalisk. Innledningen omfattet spørsmål om kvinnenes bakgrunn, antall barn og botid i Norge. Vår hensikt var å prøve og stimulere til god samhandlingsflyt mellom kvinnene, men samtidig oppsto det også behov for avbryte når vi trengte å komme videre i nye temaer. Her brukte vi intervjuguiden til å sikre en form for systematikk i datainnsamlingen hvilket hjalp oss med å navigere inn i bestemte temaer slik vi kunne avdekke tema som kvinnene selv ikke hadde vært inne på. Vi opplevde ikke problemer med å avklare eller stille oppfølgende spørsmål til motstridende synspunkter og erfaringer. Avslutningsvis hadde vi en debriefing hvor vi ga rom for ytterligere avklaringer i forhold til prosjektet. Her stilte kvinnene oss faglige spørsmål som vi på best mulig måte svarte på. Noen av disse spørsmålene kom spontant under intervjuene, men moderator hadde eksplisitt forklart at det kunne vente til etter intervjuet.

3.5 Forforståelse

Forskerens subjektivitet, rolle og posisjon vil ha betydning for den kvalitative forskningen. Valg av tema som utforskes så vel som forskningsprosessen påvirkes av vårt ståsted, personlige erfaringer og faglige interesser. Det som kan være av betydning er *hvordan* påvirkningen manifesterer seg i prosessen. Forforståelsen kan ses som en bagasje forfatteren har med seg. Den kan gi næring og styrke til prosjektet, men kan også overdøve den kunnskapen som datamaterialet kunne ha gitt på grunn av manglende refleksjon og erkjennelse (Malterud, 2011). Bevisstgjøring av vår forforståelse er derfor betydningsfullt, og er noe vi kan reflektere over og hente frem når data innhentes, tolkes og analyseres. Den forskning og faglitteratur som vi måtte sette oss inn i for å få mer kunnskap om temaet vil prege oss. Dette har vi løpende reflektert over gjennom hele prosessen, hvor prosjektloggen ble brukt til bevisstgjøring slik at vi kunne være bevisst på oss selv, våre informanter og de innsamlede data.

Ingen av forfatterne har reflektert over somaliske mødres ammepraksis før vi leste artikkelen av (Grewal et al., 2015) som har inspirert oss til denne studien. Vi ble begge fanget av problemstillingen som er relevant for jordmoryrket. I tillegg kunne den ene av forfatterne, som er tobarnsmor, kjenne seg igjen i de utfordringene som ble presentert i studien. Vi valgte at denne forfatteren fungerte som moderator, noe som vi mente kunne skape en god relasjon til kvinnene. Den andre forfatteren har erfaring med amming i sin yrkesutøvelse som sykepleier, men ikke med amming i somalisk kontekst. Denne forfatteren fungerte som observatør, noe vi mente ville kunne bidra til økt objektivitet. At vi er to somaliske kvinner med helsefaglig bakgrunn med stor interesse for problemfeltet, mente vi, vil kunne gi oss en unik posisjon til å utforske problemstillingen.

Med utgangspunkt i vår forforståelse har vi en oppfattelse om at de somaliske kvinnene besitter en annen form for kunnskap om temaet som kan være fremmed for vertslandet. På bakgrunn av forskningslitteraturen antok vi at de somaliske kvinnene ikke blir sett av helsepersonell og at deres behov for ammeinformasjon, veiledning og oppfølging ikke avdekkes. Dog innhentes data med et åpent sinn med plass for uventede konklusjoner. Det er vår hensikt å gi stemme til disse kvinnene slik de kan belyse deres ammeerfaringer og behov.

3.5.1 Posisjonering

Vår posisjon som somaliere, men også som forskere kan påvirke resultatene som presenteres i denne studien (Malterud, 2011). Dette har vi tatt stilling til. Som norsk-somalier og dansk-somalier vet vi hvordan det er å balansere mellom to kulturer. Dette har vært en viktig ressurs i møte med minoritetskvinner fra Somalia, da det ikke var kulturelle eller språklige barrierer i samhandlingen. I intervjusituasjonen visste vi hvordan vi skulle agere i henhold til somaliske normer og tradisjoner og dermed har vi ikke hatt behov for kulturell formidling. Likevel har vi vært oppmerksomme på informantenes forforståelse av vår posisjonering. For eksempel med tanke på hvordan informantene oppfatter oss, der de refererer til forutinntatte referanser som de mener vi forstår. Et annet perspektiv på dette er det som kalles gjensidig felleskunnskap hvor man ikke er oppmerksom på visse fenomener i den gjensidige felleskunnskapen fordi man deler dem (Wadel & Fuglestad, 2014). Derfor har vi bedt om utdypelse og presisering for å forstå informantene korrekt. Videre har vi sett innad i vår egen kultur for å være mer observant samt stille reflekterende spørsmål, men også for å fange opp eventuelle intrakulturelle variasjoner.

Det at vi er to personer under intervjusituasjonen har også vært en styrke da vi kunne supplere hverandre. Innledningsvis ble informantene informert om våre respektive roller. Den ene

forfatteren fungerte som moderator og den andre observatør. Under intervjusituasjonen har observatøren notert seg gruppeinteraksjonen. Vi har vært åpne for nye perspektiver som uventede fenomener som intervjupersonene bringer frem. Det med tanke på å utvise en form for bevisst naivitet.

3.6 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere (Kvale & Brinkmann, 2015). Det vil si at man skifter form fra talespråk til skriftspråk. Det medfører at intervjusamtaler hvor det har vært direkte sosialt samspill mellom mennesker med fremtredende stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsspråk blir abstrahert og fiksert i et skriftlig språk. Likevel er transkripsjon en nødvendighet for at intervjuavtalene kan struktureres slik at datamaterialet er egnet for analyse.

Vi har tatt opp alle intervjuene med en lydopptaker av god kvalitet og som reduserer bakgrunnsstøy. Opptakene har tilsammen en varighet på 6,02 timer som i transkribert form svarer til 122 sider. Hver forfatter har transkribert to av intervjuene. Vi ble enige om å transkribere ordrett inklusiv gjentakelser, de nonverbale uttrykk som latter, betoning og pauser. Vi har forsøkt å bevare hele innholdet ved å gjengi informantens tale så godt som mulig. Da flere av våre informanter snakket somalisk under gruppeintervjuet har vi under transkripsjonen vært nøye med å hjelpe disse informantene med å viderefremme deres synspunkter og erfaringer. Vi har oversatt fra somalisk til norsk. I oversettelsen har vi skrevet mer sammenhengende skriftspråkstil hvis det ikke var gjentakelser eller annet som kunne skape brudd i setningen.

For å sikre god kvalitet i transkripsjonsarbeidet har vi lyttet til båndet flere ganger og rettet opp feil.

3.6.1 Dataanalyse

For å analysere datamaterialet har vi tatt utgangspunkt i Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse. Det er en systematisk gjennomgang av datamaterialet for å identifisere ulike temaer og mønstre. Hensikten med kvalitativ innholdsanalyse er å gjennomgå materialet systematisk slik at relevant data for problemstillingen blir kategorisert og registrert (ibid.). Fordelen med kvalitativ innholdsanalyse er at metoden kan tilpasses forskernes erfaringer (Lundman & Graneheim, 2012). Vi har også hentet inspirasjon fra Krueger (1998a) i forhold til analyse av fokusgruppeintervjuer da han mener analysen av denne intervjumetode er unik sammenliknet med

individuelle intervjuer (p. 20). Derfor har vi i analyseprosessen brukt våre refleksjoner av gruppeinteraksjonen.

Det Graneheim and Lundman (2004) beskriver som «unit of analysis» utgjør vår analyseenhet som er datamaterialet fra de fire intervjuene. I starten av analyseprosessen leste begge forfatterne det transkriberte intervjumaterialet samt intervjunotene flere ganger for få danne oss et helhetlig bilde. Samtidig noterte vi våre tanker og refleksjoner parallelt. Selv om vi tenkte helhetlig har vi underveis vært nødt til å lese et intervjumateriale av gangen. For hvert intervjumateriale markerte vi meningsenhetene. En meningsenhet beskrives som ord, setninger eller en paragraf som relaterer til samme mening (Ibid.). Vi fokuserte konkret på hva kvinnene sa. Med utgangspunkt i konteksten ble meningsenhetene kondensert for å ikke miste meningsinnholdet. Videre har vi abstrahert de kondenserte meningsenhetene til et høyere abstraksjonsnivå ved å kode dem. I alt ble 81 koder identifisert. Det foreligger både en beskrivelse og tolkning i kodingsprosessen. Videre i bearbeidelsen diskuterte vi kodenenes likheter og forskjeller. Dette ga oss større rom for fortolkning slik at nødvendige subkategorier ble dannet. En av veilederne var aktivt med i bearbeidelsen av analysens systematiske del. Vi kom frem til ni subkategorier. Da begynte vi å se kritisk på disse subkategoriene, parallelt med rådata. Her så vi muligheten for å sammenfatte noen av subkategoriene. Til slutt satt vi med seks subkategorier som kodene ble plassert under.

Det grunnleggende i innholdsanalyse er å komme frem til kategorier som er dekkende for rådataen. Vi forsikret oss om at ikke noe datamateriale falt mellom to kategorier samt at dataene hver for seg kom under de respektive kategoriene. Her endte vi opp med fire kategorier med to subkategorier hver. Ifølge Graneheim and Lundman (2004) kan forskeren abstrahere kategoriene til et latent nivå ved å samle det manifeste innholdet i de kategoriene som er identifisert i analyseprosessen. Vi fant et tema som vi mente favnet vårt datamateriale.

Tabell 1: Eksempel fra analyseprosessen

Kategorier	To støttende ressurser å ta stilling til		Flaske som tradisjon og praksis	
Subkategorier	Støtte i å amme	Å navigere mellom forskjellige råd	Introduksjon til erstatning	Faktorer som påvirke
Koder	<ul style="list-style-type: none"> • Nettverkets betydning • Å bli sett • Oppfølging • Hjelp i postpartum perioden • Tradisjon for å amme • Religiøs plikt til å amme 	<ul style="list-style-type: none"> • Motstridende råd • Vanskelig å si imot • De eldre vet bedre • Råd fra helsestasjon • Råd fra familien • Fremmedes innblanding 	<ul style="list-style-type: none"> • Planer om å gi Nan • For lite melk • Flaskepress • Barnet ammestreiket • Lettere med flaske • Keisersnitt og blodtap 	<ul style="list-style-type: none"> • Råd om Nan • Morsmelken er ikke nok • Nan for vektøkning • Synet på et sunt barn • Selvregulering • Avlastning

3.7 Etiske overveielser

Etiske overveielser er noe man må ta stilling til gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (Vedlegg 1). Det var ikke nødvendig å søke regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Vi var opptatt av å overholde de etiske prinsippene om informantenes informerte samtykke, frivillighet og autonomi (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2014). Vi hadde to kontaktpersoner som hjalp oss med rekrutteringen. De videreformidlet vår forespørsel ved å informere kvinnene om prosjektets formål og innhold muntlig og/eller skriftlig. De som var interessert tok kontakt med oss eller kontaktpersonene. Noen av de interesserte ga oss tillatelse til at vi kunne ta kontakt. Før hvert intervju ble samtykkeerklæringene innhentet hos samtlige kvinner. Her sikret vi oss at samtykket var informert ved å muntlig fortelle om studien, hva deres deltakelse innebar og om frivilligheten. Vi forklarte formålet med diktafonen og hvordan deres utsagn kunne bli brukt i studien.

Lydfiler og dokumenter med personidentifiserbare opplysninger som navn og telefonnummer har blitt behandlet konfidensielt (Kvale & Brinkmann, 2015) ved å oppbevare dem i

et avlåst skap i tråd med Høyskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer for innsamling og behandling av forskningsdata (Høyskolen i Oslo og Akershus, 2016). Lydopptakene ble overført til minnepinne og vil bli destruert ved prosjektslutt. Det transkriberte datamaterialet inneholder ikke person- eller stedidentifiserbare opplysninger. Alle kvinnene har fått fiktive navn som ikke har sammenheng med deres riktige navn. Sykehusene og helsestasjonene som ble nevnt vil heller ikke kunne gjenkjennes. Det fremkommer opplysninger om kvinnenens etniske bakgrunn, derfor vil vi også lagre transkripsjonsmaterialet på en minnepinne. Videre har vi vurdert det etiske aspektet ved de bakgrunnsdata som presenteres i studien. De sitatene som inngår i studien presenteres kun med kvinnenens fiktive navn for å unngå at enkeltpersoner blir identifisert. Deltakernes alder, antall barn og botid i Norge vil heller ikke fremkomme av den grunn

Fokusgruppeintervjuet vil kunne gi informantene mulighet til å dele og drøfte erfaringer som for enkelte kan være en styrke. På den andre siden kan temaet amming fremkalle sterke følelser og meninger hos informantene. Vi har ammeproblemer som et tema i vår intervjuguide, noe som kan fremkalle sensitive opplysninger til kvinnenens helsetilstand. I tillegg kan de, som en minoritetsgruppe, føle seg fremmedgjort i forhold til deres skikker, erfaringer og holdninger om temaet. Dette tar vi hensyn til før, under og etter intervjuet ved å skape tillit og lojalitet i relasjonen. Videre utvises varsomhet og det gis rom for pauser.

4.0 Oppsummering av artikkelen

Artikkelen (Vedlegg 7) er utarbeidet i henhold til Sykepleien Forskning (Vedlegg 5). Det fremkommer to tabeller i artikkelen. De er satt inn i teksten for å gjøre det mer lesbart og praktisk, men før innsendelsen vil tabellene bli lagt i eget dokument.

I artikkelens første del blir temaet og problemstillingen introdusert. Videre har vi skrevet kortfattet om metoden og materialet. En mer inngående beskrivelse gis i kappen.

Figur 1: Oversikt over tema og kategorier



Et tema og tre kategorier ble identifisert gjennom analyseprosessen.

De somaliske mødrene i studien snakket om utfordringer knyttet til deres ammepraksis. Til tross for at alle var positive til ammingen, hadde likevel de fleste introdusert morsmelkerstatning tidlig.

Flaskepress og ønsket om lubne barn var noen av grunnene til introduksjon av morsmelkerstatning.

Det å forholde seg til forskjellige informasjonsressurser, som til tider er svært motstridende, var noe alle kvinnene i denne studien delte. Det kom frem at kvinnenets nettverk hadde stor innflytelse på deres ammepraksis. Kvinnene etterspurte kultursensitiv ammeinformasjonen der helsepersonell er bevisste på kulturelle utfordringer slik at målrettede tiltak iverksettes.

Videre i diskusjonsavsnittet har vi drøftet funnene opp mot forskning, teorier og praksis. Betydningen av kvinnes oppfattelse av egen ammepraksis, herunder barrierer for fullamming ble også diskutert. I kappen vil vi drøfte fullamming mer inngående. I artikkelen drøftes kvinnes opplevelse av å amme mellom to kulturer, hvor en av utfordringene var å navigere mellom motstridende råd. Informasjonsformidling er noe kvinnene anså for å være av betydning og som vi har fremhevet i diskusjonsavsnittet. Kort beskrivelse av studiens styrker og svakheter fremkommer i artikkelen, men utdypes i kappen. Artikkelen avsluttes med en konklusjon for praksis og for fremtidig forskning.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere metoden og resultatene mer inngående enn det vi fikk plass til i artikkelen.

5.1 Metodediskusjon

Innenfor kvalitativ forskning har ulike tradisjoner preget valg av begreper som anvendes som kvalitetsindikator (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2015; Patton, 2002; Seale, 1999). I kvalitativ så vel som kvantitativ metode brukes begreper som reliabilitet, validitet og overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004; Seale, 1999). Graneheim and Lundman (2004) foreslår anvendelsen av begrepet troverdighet og knytter det til den kvalitative tradisjon, når studier analysert med innholdsanalyse rapporteres. Troverdighet omfatter hele studiens kvalitet hvor man ser kritisk på fremgangsmåten, herunder metoden som er benyttet, intervjusituasjonen, møtet med informantene, forfatterens roller og forforståelser og ikke minst tolkning av data. Troverdighet oppnås gjennom pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

5.1.1 Pålitelighet

Pålitelighet handler om forskningsprosessen herunder hvor godt studiens data og analyseprosess adresserer det tiltenkte fokuset.

Studiens metodiske tilnærming har vært velegnet til å besvare problemstillingen. Fokusgruppeintervjuene ga oss en gylden mulighet, idet temaene kunne diskuteres mellom kvinnene, men også hvor moderator kunne følge opp interessante funn. Som nevnt har gruppesammensetningen både vært mer homogen i noen og mer heterogen i andre. Dette hadde ingen betydning da de samme perspektivene på emnefeltet kom frem i begge gruppene. Generelt sett har interaksjonen mellom kvinnene vært god. De hadde gruppetilhørighet, var åpne og komfortable overfor hverandre, hvilket ga rom for spørsmål og kommentarer til hverandres uttalelser. Dette bidro til klargjøring av kvinnes likheter og ulikheter. En utfordring har vært å forholde seg til passive eller dominerende deltakere under fokusgruppene. Det førte til at moderatoren hadde en form for påvirkning på gruppeinteraksjonen. I likhet med annen kvalitativ forskning er det en utfordring som forekommer (Howatson-Jones, 2007), men likevel kunne dette

påvirke kvaliteten på diskusjonen og datamaterialet i sin helhet. En annen ting som kunne påvirke kvaliteten på gruppediskusjonen var de kortvarige forstyrrelsene vi hadde da to av kvinnene gikk til og fra den ene gruppediskusjonen.

Snøballrekrutteringsmetoden har vært mest bekvem å bruke i denne studien, da det var utfordrende å rekruttere deltakere. Vi har forsøkt å få mest mulig bredde i vårt utvalg. Kvinnene hadde forskjellige erfaringer og var heterogene i forhold til alder, utdanningsnivå, antall barn og botid i Norge. Dette var en styrke og har bidratt til et rikere datamateriale. Ved hvert fokusgruppeintervju har vi opplevd frafall. De fleste meldte ikke sitt fravær og dermed kan vi ikke vite grunnen til dette. Av de få som meldte avbud anga de mangel på barnepass som begrunnelse. En kan anta at frafallet også kan skyldes metodevalget, da det kan tenkes at vi har ekskludert kvinner som ikke er komfortable med å snakke i grupper. Vi erfarte at noen av kvinnene i fokusgruppeintervjuene kjente hverandre, men deres bekjentskap påvirket ikke de andre deltakernes gruppetilhørighet, og dermed ikke intervjuinteraksjonen. Som nevnt var kvinnene komfortable og diskuterte fritt deres erfaringer.

Gjennom analyseprosessen har vi prøvd å oppnå pålitelighet. De meningsbærende enheter vi har identifisert inneholder hverken flere avsnitt eller fragmenterte deler, dermed kunne vi arbeide med håndterbare enheter samtidig som vi ikke mistet betydningen av teksten under kondenseringen. Begge forfatterne har vært sammen om å arbeide med analysen og underveis har vi diskutert frem og tilbake, noe som vi mener er en styrke. Datamaterialets pålitelighet kan også illustreres ved å se på hvor godt kategorier og temaer er dekkende for innholdet. Dette har vi systematisk arbeidet med sammen med en av våre veiledere for å finne likheter og ulikheter mellom kategoriene, noe som ifølge Greinheim og Lundman (2004) øker påliteligheten.

Vår forforståelse kan og bør ikke elimineres. Tvert imot er forskeren en del av den konteksten som undersøkes. Det fordrer bevissthet og refleksjon slik at god datakvalitet kan sikres. For å bidra til at resultatene som presenteres er objektive og pålitelige har vi reflektert over om kvinnenes perspektiver kommer tydelig frem eller om de er farget av vår forforståelse, særlig da hovedtemaet handler om "å amme mellom to kulturer". Vi har gått tilbake til notatene i prosjektloggen, diskutert internt og lest råmaterialet igjen, dermed har vi sikret at vi har beskrevet og synliggjort kvinnenes perspektiver. Det at moderatoren stilte avklarende spørsmål som "Du sa at du ga NAN, når begynte med å gi NAN?" eller meningsavklarende spørsmål "Hva mener du med... kan du si litt mer om det?", bidro også til økt pålitelighet. Videre har vi diskutert om vi har funnet det vi trodde vi ville finne. Det viste seg at kvinnene hadde en annen kunnskap om amming enn vi

antok. Dog viser funnene at de fleste kvinnene opplevde at de ble sett av helsepersonell. De fikk hjelp og veiledning av helsepersonell, men de etterlyste mer kultursensitiv informasjon, noe som ikke helt er i overensstemmelse med vår forforståelse. Vi ble overrasket over at «flaskepress» tilsynelatende var et utbredt fenomen blant somaliere, samt at kvinnene hadde fragmentert forståelse av begrepet fullamming.

Kan vår posisjonering ha påvirket studiens funn? Det er et legitimt spørsmål. Det var ikke kulturelle og språklige barrierer mellom oss og kvinnene Det var lett å skape tillit til dem. Kvinnene viste oss genuin interesse. Deres åpenhet om amming ga oss et inntrykk av at amming generelt er et åpent tema blant somaliere. Som nevnt hadde kvinnene ikke utfordringer med å belyse deres perspektiver eller være uenige. Etersom funnene noenlunde er i konsensus med tidligere forskning antar vi at vår posisjonering ikke har hatt en negativ påvirkning. Likevel spekulerer vi på om fokusgruppeintervju med erfarne forskere kunne ha frembrakt annen kunnskap og andre perspektiver.

Det ses som en styrke at vi hadde samme rolle som moderator og observatør gjennom alle fokusgruppeintervjuene.

5.1.2 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet peker på viktige forhold rundt innsamling av data. Datamaterialet i denne studien anses for å være tilstrekkelig, forsvarlig og konsistent. Som beskrevet ble de fire fokusgruppeintervjuene gjennomført over tre måneder, som er innenfor en relativt kort tidsperiode. Det ses som en styrke da det ikke forekom store endringer gjennom forskningsprosessen. Vi brukte temaguiden til å strukturere fokusgruppene, samtidig var vi åpne for nye innsikter. Etter hvert intervju gjennomgikk vi funnene og diskuterte hvilke områder som trengte oppfølgingsspørsmål. I hovedtrekk fokusert vi på å balansere mellom det «å stille oppfølgingsspørsmål» og «å gi kvinnene muligheten til å diskutere samme temaer».

5.1.3 Overførbarhet

Variasjonen i studiens utvalg har medført flere nyanser av erfaringer og har dermed gitt et rikt datamateriale. Kvinnenes kollektive synspunkter gjenspeiler seg i annen forskning, noe vi mener fremmer resultatets troverdighet. Det kan også medføre at andre somaliske kvinner i Norge vil kjenne seg igjen og kan derfor gi innsikt av betydning i andre kontekster.

5.2 Resultatdiskusjon

Det er tydelig at somaliske kvinner ut fra denne og andre studier (Ingram et al., 2008; Steinman et al., 2010) er motivert for å amme da det ligger i kulturen og religionen deres. Derimot trenger de bevisstgjøring om viktigheten av fullamming. Norske studier rapporterte at tidlig introduksjon av tilskudd, ammeproblemer, mors utdanning og keisersnitt var forbundet med tidlig opphør av fullamming (Haggkvist et al., 2010; Kristiansen, Lande, Overby, & Andersen, 2010). Det er også vist at varigheten av fullamming er sterkt knyttet til kvinnens kunnskap om amming (Chezem, Friesen, & Boettcher, 2003), noe som kan bety at kunnskap om amming fremmer praktisering av fullamming. De fleste kvinnene i vår studie hadde en forståelse av fullamming som var preget av forvirring. De viste også usikkerhet i forhold til prinsippet om tilbud og etterspørsel. Det er vist at dersom kvinnen tilbys ammeveiledning i svangerskapet samt i barselperioden, øker fullammingens varighet (Su et al., 2007). I norsk kontekst ligger forholdene til rette for dette da nasjonale retningslinjer anbefaler at gravide får ammeinformasjon, samt at det tilrettelegges for amming på føde-/barselavdelingene (Helsedirektoratet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Umiddelbart ser vi at det likevel kan være utfordrende å fullamme, når kvinnens omgivelser støtter og oppmuntrer til flaske der lubne barn er målet. Dette underbygges av kvinnenes opplevelse av at morsmelken ikke er tilstrekkelig føde. I en studie anga en somalisk kvinne at hun ville ha fullammet dersom hun visste at brystmelken var tilstrekkelig (Ingram et al., 2008). Selv om informasjon om fullamming var gitt, følte kvinnene seg ikke trygge nok til å overstyre rådene de fikk fra kvinnene i deres nettverk (Ibid.). For å bryte med kulturelle barrierer for fullamming trenger somaliske mødre mer støtte i form av kunnskap, men også ved å fremme deres mestringsfølelse. Troen på egen mestringsevne i forhold til amming er sterkt forbundet med vellykket fullamming (Dennis & Faux, 1999; Noel- Weiss, Rupp, Cragg, Bassett, & Woodend, 2006).

Studier peker på at det er en sammenheng mellom mødres opplevelse av å ha for lite melk og lav mestringsstro i å lykkes med fullamming (Otsuka, Dennis, Tatsuoka, & Jimba, 2008; Sacco, Caulfield, Gittelsohn, & Martinez, 2006). Helsepersonell bør ha en åpen dialog og adressere kvinnens oppfatning av det å ha utilstrekkelig brystmelk. Samtidig bør kvinnenes uttrykte behov for bekreftelse om at morsmelken kan være nok, imøtekommes.

6.0 Konklusjon

Funnene fra denne studien tilfører kunnskap som kan være nyttige for helsepersonells ammeveiledning til somaliske mødre i Norge. Samtidig understrekes det at somaliske kvinner ikke er en homogen gruppe. Individualisert veiledning må være en forutsetning.

6.1 Funnenes betydning for praksis og videre forskning

Med denne studien har vi forsøkt å forstå, fortolke og forklare våre informanternes erfaringer og opplevelser i håp om at det gir helsepersonell bedre grunnlag for å legge til rette for at flest mulig somaliske mødre kan fullamme. Særlig viktig er det å påpeke at de fleste kvinnene hadde en annen forståelse av konseptet fullamming, samt at de opplevde flaskepress. Kvinnene fremhevet selv viktigheten av at helsepersonell tar utgangspunkt i kulturrelaterte problemstillinger i ammeveiledningen. Dette er viktige perspektiver som fagpersoner bør vite om. Arbeidet for å fremme fullamming hos målgruppen bør starte i svangerskapet. Her bør ammeveiledningen tilpasses den enkelte kvinnen.

For at vi skal kunne redusere etniske forskjeller i amming bør man på nasjonalt nivå legge til rette for at innsatsen er kultursensitiv. Søkelyset bør rettes mot hvorvidt helsepersonell har nok kunnskap til å møte etniske minoriteter. Videre bør opplæring i kultursensitivitet være en integrert del av ammeveiledningskurs som tilbys helsepersonell som kommer i kontakt med gravide, fødende og barselkvinner.

Nye studier bør undersøke hvilken innflytelse familien har på kvinnenens ammepraksis, og hvordan støtten best kan gis.

7.0 Referanser

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2009). *Somaliere i Norge - en arbeidsgrupperapport*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/aid/publikasjoner/rapporter_og_planer/2009/r_somaliere_i_norge.pdf
- Bakken, K. S., Skjeldal, O. H., & Stray-Pedersen, B. (2015). Immigrants from conflict-zone countries: an observational comparison study of obstetric outcomes in a low-risk maternity ward in Norway. doi:10.1186/s12884-015-0603-3
- Barbour, R. S., & Kitzinger, J. (Red.). (1999). *Developing focus group research : politics, theory and practice*. London: Sage.
- Belihu, F. B., Davey, M.-A., & Small, R. (2016). Perinatal health outcomes of East African immigrant populations in Victoria, Australia: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 86. doi:10.1186/s12884-016-0886-z
- Berry, J. W. (2003). Conceptual approaches to acculturation. I K. M. Chun, P. B. Organista, & G. Marín (Red.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 17-37). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697-712. doi:10.1016/j.ijintrel.2005.07.013
- Bjerg, O. (2011). Metoder og erkendelsesteori. I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg. ed.). København: Munksgaard.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., . . . Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427-451. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-X
- Bøhn, H. (2008). Acculturation and Identity in Adolescents in Norway. *Journal of Intercultural Communication*(18, October 2008).
- Carpenter, S., Vaucher, Y. E., & Brownlee, A. (1999). Cultural Transition and Infant-Feeding Practices among Somali Immigrant Women in San Diego, California. *Pediatr Res*, 45, 279A.
- Chezem, J., Friesen, C., & Boettcher, J. (2003). Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32(1), 40-47.
- Chiu, L.-F., & Knight, D. (1999). How useful are focus groups for obtaining the views of minority groups?. I R. S. Barbour & J. Kitzinger (Red.), *Developing focus group research : politics, theory and practice* (s. 113-126). London: Sage.
- Dennis, C. I., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*, 22(5), 399-409. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199910)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4
- Fangen, K. (2006). Stolthet og krenkelse: Somalieres opplevelser av tilværelsen i Norge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(12), 1309-1319.
- Fangen, K. (2008). *Identitet og praksis : etnisitet, klasse og kjønn blant somaliere i Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2016). Fruktbarhet, fødealder og helse - faktaark med statistikk. Hentet 7. maj 2016 fra <https://www.fhi.no/fp/svangerskap/statistikk/fruktbarhet-fodealder-og-helse---fa/>

- Food Security Analysis Unit (KAPS). (2007). *Somali Knowledge, attitude and practices study (KAPS): infant and young child feeding and health seeking practices*. Hentet fra https://ethnomed.org/clinical/pediatrics/somali_knowledge_attitude_practices_study_dec07.pdf
- Food Security and Nutrition Analysis Unit. (2009). *National Micronutrient and Anthropometric Nutrition Survey*.
- Food Security and Nutrition Analysis Unit. (2016). *Somalia Food Security and Nutrition Analysis*. Hentet fra
- Giles, M., Connor, S., McClenahan, C., Mallett, J., Stewart-Knox, B., & Wright, M. (2007). Measuring young people's attitudes to breastfeeding using the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Public Health*, 29(1), 17-26. doi:10.1093/jpubhealth/fdl083
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grewal, N. K., Andersen, L. F., Sellen, D., Mosdol, A., & Torheim, L. E. (2015). Breast-feeding and complementary feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey. *Public Health Nutr*, 19(4), 703-715. doi:10.1017/S1368980015001962
- Haggkvist, A. P., Brantsaeter, A. L., Grjibovski, A. M., Helsing, E., Meltzer, H. M., & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutr*, 13(12), 2076-2086. doi:10.1017/s1368980010001771
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness* (5. utg.). London: Hodder Arnold.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet),
- Henriksen, K. (2007). *Fakta om ti innvandregrupper i Norge*. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2007/29. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200729/rapp_200729.pdf
- Henriksen, K. (2010). *Levekår og kjønnsforskjeller blant innvandrere fra ti land*. Rapport 2010/6. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201006/rapp_201006.pdf
- Horta, B. L., & Victora, C. G. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: A systematic review*. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
- Howatson-Jones, L. (2007). Dilemmas of focus group recruitment and implementation: a pilot perspective.(focus groups). *Nurse Researcher*, 14(2), 7.
- Hörnell, A., Lagström, H., Lande, B., & Thorsdottir, I. (2013). Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food & Nutrition Research*, 57, 10.3402/fnr.v3457i3400.20823. doi:10.3402/fnr.v57i0.20823
- Høyskolen i Oslo og Akershus. (2016). Behandling og lagring av forskningsdata. Hentet 02. juni 2016 fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Interne-ressurser-og-rutinebeskrivelser/FoU-haandbok/Behandling-og-lagring-av-forskningsdata>
- Ingram, J., Cann, K., Peacock, J., & Potter, B. (2008). Exploring the barriers to exclusive breastfeeding in black and minority ethnic groups and young mothers in the UK. *Matern Child Nutr*, 4(3), 171-180. doi:10.1111/j.1740-8709.2007.00129.x

- Johnson, E. B., Reed, S. D., Hitti, J., & Batra, M. (2005). Increased risk of adverse pregnancy outcome among Somali immigrants in Washington state. *Am J Obstet Gynecol*, 193(2), 475-482. doi:10.1016/j.ajog.2004.12.003
- Kannan, S., Carruth, B. R., & Skinner, J. (1999). Cultural Influences on Infant Feeding Beliefs of Mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(1), 88-90. doi:10.1016/S0002-8223(99)00024-3
- Kristiansen, A. L., Lande, B., Overby, N. C., & Andersen, L. F. (2010). Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr*, 13(12), 2087-2096. doi:10.1017/s1368980010002156
- Krueger, R. A. (1998a). *Analyzing & reporting focus group results* (Vol. 6). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Krueger, R. A. (1998b). *Developing questions for focus groups* (Vol. 3). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups : a practical guide for applied research* (4. utg.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Kumar, B. N. (2010). Migrasjon, etnisitet og helse. I B. Viken & B. N. Kumar (red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 27-57). Bergen: Fagbokforl.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lande, B., & Helleve, A. (2014). *Amming og spedbarns kosthold : landsomfattende undersøkelse 2013* (Rapport IS-2239). Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/273/Amming-og-spedbarns-kosthold-landsovmfattende-undersokelse-2013-IS-2239.pdf>
- Landinfo. (2015). Somalia: Klan og identitet. Hentet 18. maj 2016 fra http://www.landinfo.no/asset/3232/1/3232_1.pdf
- Lie, B. (2004). *Fakta om ti innvandrergupper i Norge* Rapporter (Statistisk sentralbyrå : online), Vol. 2004/14. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200414/rapp_200414.pdf
- Linke, A., & Raleigh, C. (2011). State and Stateless Violence in Somalia. *African Geographical Review*, 30(1), 47-66. doi:10.1080/19376812.2011.10539135
- Lundman, B., & Graneheim, H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Marshall, & Rossman, G. B. (2011). *Designing qualitative research* (5. utg.). Los Angeles: Sage.
- McFadden, A., Atkin, K., & Renfrew, M. J. (2014). The impact of transnational migration on intergenerational transmission of knowledge and practice related to breast feeding. *Midwifery*, 30(4), 439-446. doi:10.1016/j.midw.2013.04.012
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., & Woodend, A. K. (2006). Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 616-624. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x

- Otsuka, K., Dennis, C. L., Tatsuoka, H., & Jimba, M. (2008). The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37(5), 546-555. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00277.x
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Regjeringen.no (2015). *Somalia - reiseinformasjon*. Hentet 10. maj 2016 fra https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_somalia/id2429007/
- Robertson, A. (2015). Breastfeeding initiation at birth can help reduce health inequalities. *Entre Nous*(81), 21-22.
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sacco, L. M., Caulfield, L. E., Gittelsohn, J., & Martinez, H. (2006). The conceptualization of perceived insufficient milk among Mexican mothers. *J Hum Lact*, 22(3), 277-286. doi:10.1177/0890334406287817
- Schmied, V., Olley, H., Burns, E., Duff, M., Dennis, C. L., & Dahlen, H. G. (2012). Contradictions and conflict: a meta-ethnographic study of migrant women's experiences of breastfeeding in a new country. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 163. doi:10.1186/1471-2393-12-163
- Seale, C. (1999). *The quality of qualitative research*. London: Sage.
- Small, R., Gagnon, A., Gissler, M., Zeitlin, J., Bennis, M., Glazier, R., . . . Vangen, S. (2008). Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(13), 1630-1640. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01942.x
- Snijders, T. A. B. (1992). Estimation On the Basis of Snowball Samples: How To Weight? *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 36(1), 59-70. doi:10.1177/075910639203600104
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* (IS-1179). Oslo: Direktoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>.
- Statistisk sentralbyrå. (2016). *Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre*. Hentet 01. maj 2016 fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2016-03-03>
- 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. doi:10.1111/j.1740-8709.2009.00185.x
- Su, L. L., Chong, Y. S., Chan, Y. H., Chan, Y. S., Fok, D., Tun, K. T., . . . Rauff, M. (2007). Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ*, 335(7620), 596. doi:10.1136/bmj.39279.656343.55
- Textor, L., Tiedje, K., & Yawn, B. (2013). Mexican and Somali immigrant breastfeeding initiation and counseling: a qualitative study of practices. *Minn Med*, 96(12), 46-50.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- UNICEF. (2015). Child and Maternal Health. Retrieved from <http://www.unicef.org/somalia/health.html>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., Franca, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., . . . Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Wadel, C. C., & Fuglestad, O. L. (Eds.). (2014). *Feltarbeid i egen kultur* (Rev. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Wandel, M., Terragni, L., Nguyen, C., Lyngstad, J., Amundsen, M., & de Paoli, M. (2016). Breastfeeding among Somali mothers living in Norway: Attitudes, practices and challenges. *Women and Birth*. doi:10.1016/j.wombi.2016.04.006
- Warfa, N., Curtis, S., Watters, C., Carswell, K., Ingleby, D., & Bhui, K. (2012). Migration experiences, employment status and psychological distress among Somali immigrants: a mixed-method international study. *BMC Public Health*, 12(1), 749. doi:10.1186/1471-2458-12-749
- Øverby, N. C., Kristiansen, A. L., & Frost, L. A. (2008). *Spedkost - 6 måneder : landsomfattende kostundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Spedkost 20062007 (IS-1535)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/706/Spedkost-6-maneder-landsomfattende-kostholdundersokelse-2007-IS-1535.pdf>

8.0 Vedleggsliste

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykke på Norsk

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykke på Somaliske

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Forfatterveiledning

Vedlegg 6: Følg brev til redaktør

Vedlegg 7: Artikkel: «Amming er godt, men ikke nok» - En studie om somaliske mødres
ammep praksis i Norge

Vedlegg 1

Ellen Blix

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og
Akershus Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO



Vår dato: 19.05.2016

Vår ref: 48455 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.04.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48455</i>	<i>Norsk-Somalisk mødres viten om amning og deres innformationskilder</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Blix</i>
<i>Student</i>	<i>Amina Abdi</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database,
<http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 27.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Amina Abdi aminaab@hotmail.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS	Harald Hårfagres gate 29	Tel: +47-55 58 21 17	nsd@nsd.no	Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data	NO-5007 Bergen, NORWAY	Faks: +47-55 58 96 50	www.nsd.no	



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48455

FORMÅL

Formålet med prosjektet er å undersøke norsk-somaliske mødres kunnskap om amming. Videre tar studien sikte på å avdekke hvorfor norsk-somaliske mødre ammer mindre enn etnisk norske mødre.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (norsk-somaliske mødre) informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet er greit utformet, men studentenes og veileders kontaktinformasjon må tilføyes.

REKRUTTERING

I følge meldeskjemaet skal utvalget rekrutteres på helsestasjonen ved 12-ukers kontroll. Dette innebærer at helsepersonell fra helsestasjonen skal kontakte utvalget på studentenes vegne. Norsk-somaliske mødre som er interessert i å delta blir deretter satt i kontakt med studentene.

Personvernombudet finner at hvis rekrutteringen foregår på denne måten blir konfidensialitet og frivillighet ivaretatt på en tilfredsstillende måte. Videre er det svært viktig at det understrekes for mødrene at deltagelse i prosjektet ikke er en del av behandlingen de får på helsestasjonen og at hvis de ikke ønsker å delta vil ikke dette ha en påvirkning på oppfølging fra helsestasjonen.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Utvalget er valgt på bakgrunn av at de har en norsk-somalisk bakgrunn, derfor behandles det sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn. Videre blir det i intervjuguiden stilt spørsmål om

problemer med amming. Personvernombudet tar derfor høyde at det også kan fremkomme sensitive opplysninger relatert til helseforhold.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Høgskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger. Ettersom det skal behandles sensitive personopplysninger, er det viktig at dere krypterer opplysningene tilstrekkelig.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

I meldeskjemaet/informasjonskrivet har dere informert om at forventet prosjektlutt er 27.10.2016. Ifølge meldeskjemaet skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

Forespørsel om deltakelse i masterprosjektet

Vil du bidra til økt innsikt i amning blant somaliske mødre?

Norsk-somaliske mødre født i Somalia inviteres herved å delta i et gruppeintervju, som handler om amming. Vi er to masterstudenter på høyskolen Oslo og Akershus, som ønsker å få innspill fra deg, som har et barn mellom 2 og 30 måneders alderen.

Bakgrunn og formål

For å fremme befolkningens helse må satsingen begynne i spedbarnsalderen med fokus på sunt kosthold. Her har amming gunstig effekt langsiktig og er et viktig tiltak for å forebygge sykdom hos mor og barn.

Nylig forskning på ammepraksis og kosthold blant norsk-somaliske barn ved seks og tolv måneders alder, viser, at kun sju prosent av de norsk-somaliske barna ble fullammet. Derfor ønsker vi å utforske mer om norsk-somaliske mødres ammepraksis da hensikten er å få økt kunnskap og forståelse.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Denne undersøkelse innebærer at du aktivt deltar i gruppeintervjuet, som vil ha karakter av samtale og diskusjon. Vi ønsker at du kommer med innspill til tematikken. Dersom du velger å delta i denne studien bidrar du med viktig og ny kunnskap om amning blant somaliske mødre. I den forbindelse vil vi bruke lydopptak under intervjuet, som vil vare 1,5 til 2 timer.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alt som fremkommer i intervjuene vil bli behandlet konfidensielt. Kun prosjektgruppen vil ha tilgang til datamaterialet, herunder intervjuopptakene. Opptakene destrueres ved prosjektslutt. Skriftlig datamaterialet vil være anonymisert og du vil ikke kunne identifiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes: 27.10.16

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn, og alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen som er vedlagt.

Ønsker du å delta eller har du spørsmål til studiet, ta kontakt med:

Amina Abdi

Susan Ibrahim

Ellen Blix, veileder

Tlf. 46747623

Tlf. 41605581

Tlf. 90589315

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke

Jeg har lest og forstått informasjonen over og er villig til å delta i prosjektet.

Sted og dato

Deltakers signatur

Cilmibaaris nasujinta iyo nafaqeynta caruurta

Ma doonaysaa in aad ka qeyb qaadatid mashruuca aqonkororsiga naas nujinta hooyooyinka somaliyeed?

Hoyooyinka soomaliyeed ee ku nool dalka norway waxaan ku casumeeyna ineey inagala qeyb qaataan cilmibaaris ku sabsan naas nujinta iyo nafaqeynta caruurta 2 illaa 30 bilood ah.

Sababaha cilmibaarista

Waxaa cilmibaaris lagu sameeyey aqoonta hooyooyinka u leyihiin 'nasujinta iyo nafaqeynta caruurta ka yar 12 bilood, waxaa cilmibaaristas lagu ogaaday in hooyooyinka soomaalida 7% kaliye si fican u naasnujiyan caruurtoda, sidaasi darteda waxaana laga marmi karin in hooyooyinka somaliyeed lagu wacyi geliyo muhimada nasujinta ubadkooda.

Wadahadal ama dood wadaag

Wadahadalka ama dood wadaag waxaa aad loodaneynaya fikirka hooyooyinka soomaaliyeed ee nasujinta iyo nafaqeynta caruurta, waa muhiim in qof walbo fikradiisa iyo aqoonta u leyahay la helo. Si mustaqbalka loogu faideeyo hooyooyinka kale ee soomaaliyeed iyo kuwa ajanibta ahaba. Wareysiga waxu qadan donaa waqti koban, ugu badnaan 2 saac, waxaana lagu hadlaya af somali ama luuqada noorwejiga. Waxaana doodan soo qabanqaabiyey oo idinkala qeyb qaadanaya laba gabdho oo soomaliyeed, Susan iyo Amina ,waxna ka bartan jamacada Oslo iyo Akershus qeybta umulisada.

Maxaa dhacayo wareysiga ka dip

Wareysiga iyo dooda cilmi barista waxaa lo isticmalaya cilmibaaris muhim u ah hoyoyinka, dhalaanka iyo caalamka oo dhan. Cajalada lagu duubo wareysiyada waan tirtireynaa mashuuca marku dhamaado. Wax walbo aan qorno ama aan duubno waa qarsoodi sir ah, qofka ka qeyb qaato lama soo bandhigi doono.

Ka qeybqadashada

Ikhtiyaar ayaad u ledahay inaad ka qeybqaadato, xor baana utahay inaa markaad rabtidna ka baxdid. Hadaad daneyneyso inaad ka qaybqadato ama suaalo aad ka qabto cilmibariista, fadlan nala soo xariir.

MAHADSANID

Amina Abdi	Susan Ibrahim	Ellen Blix, (Talobixiso)
Tlf. 90589315	Tlf. 41605581	Tlf.46747623

Ogolaasho

Waan akhristey warbixinta kusaabsan baaritaankaan oo waan ogolahay in aan ka qeyb qaato mashruuca.

Meesha iyo taariikhda

Saxiixa ka qeybqaataha

Telefoonkaaga:

Intervjuguide

Faser	Intervjutema	Intervjuspørsmål	Stikkord
Fase 1: Rammesetting	Introduksjon & presentasjon Prosjektets formål. Hvem er vi, formålet med fokusgruppeintervjuet. Tidsramme Gjøre oppmerksom på at intervjuet vil bli opptaket på lydbånd samt om anonymisering	Kan dere fortelle oss litt om dere (Inkl. sivil status, jobb/skole, alder, ant barn, ant år i Norge)	Barn født i Somalia?
Fase 2: Erfaringer og fokusering	Erfaringer med å amme Ammingens betydning Viktige forhold ift. barnets trivsel Ammeproblemer	På hvilke måte ammer dere: hvor lenge, antall gange i døgnet, nattamming, amming utenfor hjemmet Hvordan vurderer dere om barnet har fått i seg nok mat/ for lite mat? Hvordan ser dere på morsmelken? Fordele for mor og barn? Hvordan roer dere barnet når det gråter og er urolig? Hva kan være årsakene? Har dere trøstetriks for skrikende og urolige barn? Var dere forberedt på at det kunne oppstå amme problemer? Hvilke? Fikk dere hjelp (partner, familie, venner, helsepersonell)?	Ammer dere til faste tider eller ammes barnet når det vil? Har dere hørt om begrepet «økedager»? Melkeproduksjon (for lite melk? for mye melk? tiltak Hvilke erfaring har dere med håndmelking og bruk av brystpumpe? Har barselpersonell visst dere prinsippene?

	Planer for amming Holdninger til fullamming, råmelk og tillegg Praksis i hjemlandet Helsepersonells betydning for kvinnen og familien	Før barnet ble født, hvilke planer hadde dere for spedbarnsernæring? Ble dere støttet i deres valg? Hvem (partner, familie, venner, helsepersonell)? Hvor lenge ønsker dere å fortsette å amme? Hvilken betydning har råmelken for dere? Hva legger dere i ordet «fullamming»? Hva er deres synspunkter om å fullamme barnet? Hva tenker dere om «morsmelkerstatning»? Fins det tradisjonelle spedbarnsernæring som dere har fra Somalia, som dere fortsatt gir til barna (honning, sukkervann, vann, andre tillegg?) Hvordan oppfatter dere den informasjon dere fikk om amming under svangerskapskonsultasjonen?	Evt. tidligere barn, hvor lenge har dere ammet? Ble du selv ammet? Hvor lenge? Når skal barnet introduseres for vann, sukkervann, melk (kumelk), mat? Kvaliteten (forståelig, god, dårlig, mangel på tolk) Ble deres egen kunnskap og ønsker tatt hensyn til? Føler dere sett av helsepersonellet?
Fase 3: Tilbakeblikk	Foretrukne informasjonskanal Avslutning: Oppsummering og debriefing	Hvis vi skulle utforme informasjon om amming til dere, hvordan ønsker dere å ha det (skriftlig, muntlig, video, kurs/seminar). Oppsummere funn	Hva med bruk av tolk, oversatt informasjonsmateriale? Er der noe dere vil legge til ?

Sykepleien

Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. *Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.*

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og Internett. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHOLD I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften [Skrivetips](#). Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#). For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

[STROBE](#) (ulike kvantitative studier)

[COREQ](#) (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

[CONSORT](#) (randomiserte studier)

[COSMIN](#) (utvikling av måleinstrumenter)

[TREND](#) (ikke-randomiserte forsøk)

[PRISMA \(SF\)](#) og [Reinar og Jamtvedt 2010](#) (kunnskapsoppsummeringer)

[QUADAS 2](#) (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom).

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

2. Sammendrag

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

Det engelske sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstreses og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

Resultater. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker [kvantitativ metode](#) får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

[Figurer og tabeller](#)

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av [CONSORT-gruppen](#)

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige 30.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved innsendingen lenker manuskriphåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J Adv Nurs 2006;55:215–29.
2. **Fraser DM,** Cooper MA. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York.1980 (s 78 – 101).
5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.

6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).

7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskriphåndteringssystem på få følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følg brev til redaktør/Cover letter

I følgebrevet/cover letter må forfatterne oppgi:

1. Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.
2. Forslag på minst to aktuelle habile og kompetente fagfeller (navn og kontaktinformasjon). Med habile mens at fagfellene ikke er tidligere kollegaer, har studert sammen eller har en privat relasjon. Med kompetente menes doktorgrad eller tilsvarende, men mastergradskompetanse kan godtas hvis vedkommende har erfaring i tema og/eller metode. Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.
3. En redegjøring på om resultatene er publisert tidligere. For eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Innsending av revidert manuskript

1. Etter fagfelleevaluering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.
2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatterne har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør og dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.
3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt
4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>, følg lenken i svarbrev fra redaktør

Godkjenning av manuskript

1. Forfatter får beskjed fra redaktør når artikkelen er godkjent for publisering
2. Det er viktig å følge instruksjoner fra redaksjonen vedrørende korrektur av endelig manuskript

Oversetting til engelsk

1. Sykepleien forskning vil oversette alle originale forskningsartikler til engelsk
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt engelsk versjon til gjennomlesning før publisering.
3. Den engelske versjonen vil være tilgjengelig i nettversjonen av tidsskriftet

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel "XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen". Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

Adresse til tidsskriftet:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for [Erklæring om interessekonflikter](http://www.sykepleien.no/) finnes på <http://www.sykepleien.no/>

29. september 2014, 11:44

09. februar 2016, 11:35

Følg brev til redaktør

Vi sender dere forskningsartikkelen «Amming er godt, men ikke nok» - En kvalitativ studie om somaliske mødres ammepraksis i Norge, i håp om at dere vil vurdere den for publikasjon i Sykepleien. Resultatene presentert i denne forskningsartikkelen har vekket forfatterens interesse for å skrive et artikkelmanuskript. Vi ønsker å bidra til økt refleksjon og oppmerksomhet rundt emnet da vi opplever manglende debatt om ammepraksis i flerkulturell kontekst. Vi håper også at funnene kan være til inspirasjon for ammeveiledere i møte med de somaliske mødrene.

Det er ønskelig å publisere i sykepleie forskning, da tidsskriftet via internettet vil være tilgjengelig for sykepleiere, jordmødre, helsesøster og andre interesserte som kan ha utbytte av funnene i denne artikkel.

Vi viser til at vi har oversteget antall tillatte referanser fordi det har vært nødvendig å ha med for å belyse emnet. Vi håper derfor at dere vil gjøre en unntak. Vi ser også at det er varierende praksis når det gjelder dette.

Hva er det man vet om emnet fra før:

Tidligere forskning viser lavere forekomst av fullamning hos somaliske mødre. Somaliske mødre introduserer morsmelkerstatning svært tidlig. De har også utfordringer med å navigere mellom motstridende råd fra familie og helsepersonell.

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap:

Studien tyder på at oppfattelsen om at «morsmelken er ikke tilstrekkelig» gir større rom for flaskepress i det somaliske miljøet. Kvinnene foreslår selv tiltak for å bedre deres ammepraksis.

Forslag til fagfeller:

Laura Terragni, førsteamanuensis, laura.terragni@hioa.no

Anne Bærug, Cand. scient ernæring, anne.baerug@oslo-universitetssykehus.no

Vi foreslår disse to fagfellene da Laura Terragni har inngående kunnskap innen kultur perspektivet. Anne Bærug leder Nasjonalt kompetansesenter for Amming og besitter bred kunnskap om amming.

Artikkelen er basert på en masteroppgave i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Oppgaven vil ikke være tilgjengelig før artikkelen er publisert.

På vegne av forfatterne

Amina Ali Abdi

Eiksveien 73

1361 Østerås

Tlf.: 46747623

aminaab@hotmail.no

«Amming er godt, men ikke nok» - En studie om somaliske mødres
ammepraksis i Norge

Amina Ali Abdi, masterstudent i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus
Susan Abukar Ibrahim, masterstudent i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus

På vegne av forfatterne
Amina Ali Abdi
Eiksveien 73
1361 Østerås
Tlf.: 46747623
aminaab@hotmail.no

Antall tegn: 19798

Antall ord: 3000

Antall tabeller: 2

Tittel

«Amming er godt, men ikke nok» - En studie om somaliske mødres ammepraksis i Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning viser en lav forekomst av fullamming hos norsk-somaliere, hvor gapet mellom det norske anbefalingene for spedbarnsernæring og nåværende ammepraksis blant somaliske innvandrere stort.

Hensikt: Målet med denne studien var å utforske og beskrive de somaliske kvinners ammepraksis i Norge.

Metode: Et utforskende og beskrivende kvalitativt design ble brukt.

Snøballrekrutteringsmetode ble benyttet til å rekruttere 22 somaliske kvinner, som deltok i fokusgruppediskusjonene. Data ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse.

Resultater: De fleste av mødrene var ikke kjent med begrepet «fullamming». Imidlertid rapporterte de kulturelle og religiøse grunner som påvirket deres ammepraksis positiv. Til tross for dette uttrykte nesten alle flaskepress i det somaliske miljøet, usikkerhet knyttet til morsmelkens tilstrekkelighet og ønsket om lubne barn, noe som påvirket ammingen negativt. Mødrene uttrykt et ønske om kulturelt sensitiv informasjon.

Konklusjon: Studien gir økt innsikt i barrierer for fullamming, derav ser vi behovet for videre forskning om hvordan de somaliske mødrene kan støttes i å fullamme.

Nøkkelord: Kvalitativ, fokusgrupper, amming, somaliske mødre, Norge

Title

«Breastmilk is good but not enough» - Somali mothers breastfeeding practices in Norway

Abstract

Background: Previous research indicates low exclusive breastfeeding rates among Norwegian-Somalis. There is a wide gap between the Norwegian recommendations for infant feeding and the current breastfeeding practices among Somali mothers.

Aim: The objective of this study was to explore and describe the actual breastfeeding practices among Somali mothers living in Norway.

Method: An explorative and descriptive study with a qualitative design was conducted using snowballs samplings. 22 Somali women took part in focus group discussions and the data was analyzed by using content analysis.

Results: Most mothers were not familiar with the concept of exclusive breastfeeding. However, they reported a strong cultural and religious support for breastfeeding. In spite of this, many factors affected breastfeeding negatively. Almost all women expressed concerns about the adequacy of their breast milk. They also experienced pressures of cultural influences endorsing a “chubby child”, hence the need to formula feed. The mothers expressed a desire for cultural sensitive information about exclusive breastfeeding.

Conclusion: The study provides a valuable insight and illustrates barriers to exclusive breastfeeding, hence the need for research on how to support exclusive breastfeeding among Somali mothers.

Key words: Qualitative, focus groups, breastfeeding, Somali mothers, Immigrant, Norway.

Introduksjon

Amming er en kompleks adferd som påvirkes av kvinnenes kulturelle og sosiale bakgrunn, det miljøet de lever i og den støtten de får av helsevesenet (1). Mødrenes sivilstatus, alder, utdanningsnivå og røykevaner er av betydning for initiering av amming samt ammevarigheten. Kvinner med høy utdanning ammer lenger enn de med lav utdanning (2). Forskning tyder på at det forekommer etniske forskjeller når det gjelder amming (3). Studier fra USA fant at ammefrekvensen, når kvinnenes sosioøkonomiske status er justert for (SØS), var høyere blant utenlandskfødte enn for innfødte (4-6). Kvinnens migrantstatus hadde en stor betydning for deres ammepraksis. Jo lengre botid i vertslandet og jo mer assimilert de var desto lavere ammefrekvens. Funnene er noe varierende men tendensen er likeartet i England (7) og andre land i Vest-Europa (8, 9).

Imidlertid kan påvirkning av sosio-demografiske parametre variere mellom landene. En svensk studie rapporterte ingen etniske forskjeller i amming inntil seks måneder, men fant at flere innvandrerkvinner fortsatte ammingen inntil 12 måneder (10). Det viste seg at morens SØS hadde større betydning enn hennes landbakgrunn. I en populasjonsbasert studie fra Danmark konkluderte forfatterne at det var etniske forskjeller i amming (3). Suboptimal amming forekom mer blant innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land. I Norge derimot, er det foreløpig gjort lite forskning om ammepraksis blant kvinner med innvandrerbakgrunn selv om innvandrere utgjør hele 14 % av befolkningen (11). Imidlertid ble det forsket på ammepraksis og kosthold blant 107 norsk-somaliske og 80 norsk-irakiske barn (12). Studien viste blant annet at de to gruppene henholdsvis fullammet syv prosent og ti prosent ved fire måneders alder. Det er betydelig lavere enn norskfødte med skandinaviske foreldre, hvor 48 prosent ble fullammet ved fire måneder (2).

Det er veldokumentert at amming har mange fordeler for både mor og barn (13). Morsmelk og amming har immunologiske, psykologiske og utviklingsmessige egenskaper og er ansett å være den mest komplette form for næring tidlig i livet. I et samfunnsøkonomisk perspektiv fremheves nytteverdien ved at flest mulig spedbarn ammes. Eksempelvis kan helsetjenestens utgifter reduseres som følge av mindre sykkelighet hos barn (1). Nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler fullamming i seks måneder, definert ved at man kun gir morsmelk og ikke annen tilleggsnæring (14, 15). Helsedirektoratets oppdaterte retningslinje tilsier det samme og vektlegger individuell veiledning (16).

Et viktig mål med folkehelsearbeid er å utjevne sosiale ulikheter i helse (17). Det kan antas at fokus på å redusere etniske forskjeller på fullamming også er vesentlig. Dermed er det ytterst aktuelt for jordmødre å identifisere særlig utsatte grupper slik at tilpasset ammeveiledning kan gis i

svangerskapet. På grunnlag av den begrensede forskningen som finnes om somaliske mødres ammepraksis i Norge, er hensikten med denne studien å bidra til økt kunnskap om kvinnenes ammeerfaringer. Videre vil vi utforske hvilke kunnskapsbehov kvinnene har.

Metode

Studien har et eksplorerende og deskriptiv kvalitativ design (18) med fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode (19).

I perioden mai til august 2016 ble informantene rekruttert ved bruk av snøballmetoden (20) som gjør det lettere å rekruttere grupper som kan være vanskelig å nå. Utvalget bestående av 22 somaliske mødre, ble rekruttert gjennom det somaliske lokalmiljøet av nøkkelpersoner i Akershus og Telemark og en moske i Oslo. Inklusjonskriteriene var myndige, etnisksomaliske mødre med barn i alderen 2 til 30 måneder. Syke mødre og barn ble ekskludert. Fra juni til august 2016 ble fire fokusgruppeintervjuer holdt på høgskole og på helsestasjon. Kvinnene kunne velge om de ville snakke norsk, somalisk eller blandet, da forfatterne behersker begge språk. En fokusgruppe ble gjennomført på somalisk og de resterende på norsk og somalisk. Semistrukturert temaguide (21) ble utformet, som inneholdte temaer om ammeerfaringer, oppfatninger og holdninger. En av forfatterne fungerte som moderator gjennom alle fokusgruppeintervjuene, mens den andre forfatteren var observatør. Gruppediskusjonene som varte fra 80 til 120 minutter ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert ordrett.

Dataanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse (22) ble brukt til å analysere datamaterialet. Først leste forfatterne transkripsjonsmaterialet flere ganger for å få oversikt. Notater og refleksjoner tatt under og etter fokusgruppediskusjonene ble brukt i analyseprosessen. Meningsbærende enheter ble identifisert og kondensert, deretter ble disse kodet. Koder med tilsvarende innhold ble satt sammen til subkategorier av forfatterne og en ekstern analytiker. Videre ble tre kategorier dannet med et overordnet tema. Analyseprosessen ble avsluttet etter at samtlige med-analytikere hadde høy grad av samstemmighet.

Tabell 1: Et eksempel fra analyseprosessen

Tema				
Å balansere mellom råd fra helsepersonell og landskvinner				
Meningsenhet	Kondenserende meningsenhet	Koder	Sub kategori	Kategori
«Jeg har blitt rådet (av somaliske kvinner red.) til å ikke si til helsestasjonen at jeg gir flaske, men hvordan skal jeg si det. Han vil slett ikke ha bryst på dagtid, Men hun (helsesøsteren red.) har ikke spurt. Jeg har vært der tre gange, hun har ikke spurt om det.»	Ble rådet til å ikke fortelle at hun gir flaske	Tillit til helsepersonell	Å navigere mellom forskjellige råd	To støttende ressurser å ta stilling til
«... De nærmeste familien, de sa at alle ammer, men det er også greit å gi noe tillegg, det er greit liksom ...»	Ble oppfordret til å gi tillegg	Råd om å gi Nan	Faktorer som påvirker	Flaske som tradisjon og praksis

Etikk

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, prosjektnummer 48455). Informasjonsskriv og samtykkeerklæring på norsk og somalisk ble delt ut til interesserte. Før fokusgruppeintervjuene mottok deltagerne muntlig og skriftlig informasjon om frivillighet og mulighet til å trekke seg underveis. Informert samtykke ble innhentet. Datamaterialet ble anonymisert og behandlet konfidensielt. Kvinnene fikk tildelt fiktive navn.

Resultater

Alle kvinnene i vår studie er født i Somalia. Det var store variasjoner i alder, utdanningsnivå, antall barn og botid i Norge.

Tabell 2: Oversikt over informantene

Karakteristikk	Antall informanter
Alder	
Under 30 år	14
30 til 40 år	6
Over 40 år	2
Antall barn	
1 – 2 barn	15
3 – 5 barn	6
Over 6 barn	1
Botid i Norge	
Under 5 år	1
5 – 10 år	4
Over 10 år	17
Utdanningsnivå	
Grunnskole	9
Videregående	7
Høgskoleutdanning	4
Ingen skolegang	2

Resultatene er sammenfattet i et hovedtema: «Å amme mellom to kulturer» som har tre kategorier: «Amming: muligheter og begrensninger», «Flaske som tradisjon og praksis» og «To støttende ressurser å ta stilling til».

Å amme mellom to kulturer

Kvinnene i denne studien hadde en positiv innstilling til amming og begrunnet det med kulturell, religiøs og sosial påvirkning. Seks av kvinnene fullammet, to ga morsmelkerstatning mens de resterende 14 delammet. Kvinnene beskrev hvordan de befant seg mellom to ammekulturer. På den ene siden kom kvinnene fra en sterk tradisjonsbundet kultur, hvor kvinnenettverket har vært et viktig støtteapparat. På den andre siden er støtteapparatet i Norge noe annerledes, idet støtte til ammeetablering, råd og oppfølging tilbys via sykehus og helsestasjoner.

Når kvinnene snakket om råd, støtte og betraktninger rundt amming trakk de frem betydningen det somaliske kvinnenettverket har. Nettverket, som kvinnene beskrev som «somaliske kvinner, de eldre, familien» omtales ganske likt. De somaliske kvinnene har et sterkt ideal om å hjelpe hverandre. Deres refleksjoner og perspektiver på amming pekte i retning av at det var en kvinnesak. Mannen derimot, var passiv eller fraværende. Dette medførte også at de «andre kvinnene» fikk et større handlerom.

I Somalia var det mange som hjalp mor og barn og de forklarte hvor viktig den kollektivistiskorienterte storfamilien var. Kvinnene beskrev hvordan livet i Norge ble sårbart uten storfamilien, når de skulle klare seg selv, ofte med en stor barneflokk.

Kvinnene beskrev amming som en naturlig fase i moderskapet, men påpekte også ammepress, noe de følte kom fra begge kulturer. «Hibaq» formulerte det slik:

«... På en side presser den norske kulturen og hele samfunnet oss til å amme, på den andre siden sier somaliere at et rundt barn som er lubben er søtt, det er sånn det skal være for at ungen skal være sunn, og da er det NAN som kan muliggjøre det.»

Alle kvinnene opplevde flaskepress i det somaliske miljøet, men kun få kvinner så det som et problem. Dette var kvinner som hadde vokst opp i Norge. De følte at morsmelken var tilstrekkelig føde til spedbarnet. Kvinnene reflekterte over dette og uttrykte at de befant seg i et spenningsfelt mellom «morsmelken-kan-være-nok-kulturen» og «morsmelken-er-ikke-nok-kulturen». Noen av kvinnene fortalte at de tok et standpunkt, ofte etter å ha gitt etter for flaskepresset. De andre kvinnene så det ikke som et problem og kunne derfor balansere mellom begge ammekulturer.

Amming: muligheter og begrensninger

Kvinnene hadde kunnskap om ammingens fordeler og så det som en religiøs plikt å amme. I tre fokusgrupper beskrev kvinnene morsmelk som blod og så på det som en form for kroppsvæske. Dette, forklarte de, var grunnen til at de ga vann til spedbarn. Morsmelken ble beskrevet slik:

«Morsmelken er som blod sier vi somaliere ... Det brenner barnet. Gi henne vann og avkjøl henne ...» (Fariido)

Begrepet fullamming var ukjent for de fleste av kvinnene. Mange hadde en oppfattelse av at de fullammet, men likevel kom det frem at de ga vann og/eller erstatning, som «Adna» fortalte:

«... Jeg fullammer når jeg er hjemme. Når jeg er ute får han NAN ...»

Brystmelken ble beskrevet som å være for tynn til å kunne mette barnet, dermed var morsmelken ikke ansett å være tilstrekkelig. Det kom frem at kvinnene hadde en oppfattelse av å ha lite melk. Kvinnene viste også usikkerhet forbundet med prinsippet om tilbud og etterspørsel.

Flere av kvinnene fikk informasjon om amming fra helsepersonell gjennom brosjyrer og/eller ammevideo. Kvinnene forklarte at noe av materialet var på somalisk. Noen oppga at ingen utenom familien hadde snakket med dem om amming. Andre påpekte språkbarrieren og uttrykte at informasjon om amming som deles ut eller henger oppe på helsestasjoner, ikke var ment for dem. «Ikke alle kan lese det» sa «Ibtisam». Kvinnene fortalte hvordan de og andre somaliere ikke vektlegger skriftlig informasjon like høyt som muntlig. De beskrev behovet for konkret og lettforståelig informasjon på somalisk, gjerne i forsamling med andre somaliere, for eksempel temakvelder. Kvinnene poengterte viktigheten av å inkludere lokalsamfunnet i kunnskapsformidlingen om fullamming, hvor behovet for bekreftelse om at fullamming er mulig ble understreket.

Flaske som tradisjon og praksis

Av de ammende mødre var det kun få som ikke hadde introdusert morsmelkerstatning. Kvinnene snakket spontant om "flaskepress" og hvordan de ble påvirket til å gi barnet sitt flaske. Så snart de hadde født kom rådene om å gi flaske fra nærmiljøet som «Halima» påpekte:

«Åh du er jo så tynn, har du melk. Se på de små puppene. Du har jo ikke melk. Nå må du gi melk, hvor er Nan». Ikke sant. Det kan være din egen mor, din tante eller din søster. Der er vanskelig å si imot ...»

Noen av kvinnene viste usikkerhet i forhold til hvordan de skulle takle de første to-tre dagene på sykehuset før melkeproduksjonen kom i gang. Dette skapte også konflikter på barselavdelingen, da noen av kvinnene kranglet seg til å kunne gi morsmelkerstatning. Flere av kvinnene forklarte at barnet fikk erstatning på sykehuset, dermed fortsatte de med å gi morsmelkerstatningen hjemme. Andre oppga at de fikk klare råd fra helsepersonell om å ikke gi NAN, som «Shamso» fortalte:

«Jeg ammet og ga NAN. Jeg fikk beskjed om å ikke gi NAN, men jeg ga likevel.»

Kvinnene forklarte at de møtte sterke reaksjoner fra nærmiljøet hvis barnet var for tynt. Dette gjorde at de ofte satt igjen med dårlig samvittighet, og flere måtte ty til flaske.

Kvinnene hadde en positiv holdning til morsmelkerstatning. De forklarte at NAN ga metthet og muliggjorde at barnet ble stort og sterkt. En annen grunn til å venne barnet til flaske var behovet for avlastning og barnepass. Det var ikke vanlig for kvinnene å bruke pumpet morsmelk, men det ble drøftet som et godt alternativ som de ikke hadde tenkt på.

For mødrene var lubne barn veldig viktig. De beskrev et felles kroppssyn som manifesterte seg i deres kultur, som «Hibaq» uttrykte: «*Somaliere elsker lubne barn*». Andre fikk det påpekt av nærmiljøet, som det fremkommer i sitatet:

«De sier "hva hvis de kommer etter deg" (barnevernet i.e.). Du gir ikke nok ernæring til barnet ditt. Så spurte jeg alltid etter noe som kunne øke hans appetitt.» (Fardowsa)

To støttende ressurser å ta stilling til

For kvinnene var det ikke normen at mannen var deltakende i deres ammepraksis. Det er en somalisk tradisjon at kvinnelige familiemedlemmer hjelper til i postpartum-perioden. Noen av kvinnene fikk støtte av familien under ammeprosessen, mens andre uttrykte savnet av storfamilien. Flere uttrykte at rådene de fikk av familiemedlemmer ofte var i konflikt med helsepersonellens ammeveiledning. For å navigere mellom de motstridende rådene brukte de forskjellige strategier. Noen av kvinnene ønsket å følge rådene fra egen mor, eller de eldre somaliske kvinnene og begrunnet det med erfaringsgrunnlaget de har. Andre uttrykte en større tiltro til helsepersonell. Det var også en del som tok til seg råd og veiledning fra både familien og helsepersonell, som «Mariam»:

«Du prøver deg frem med råd og veiledning fra begge leirer. Jeg tar fra begge sider, men ender jo nok med å følge det som virker mest riktig.»

Det var delte meninger når kvinnene snakket om veiledningen og oppfølgingen de fikk av helsepersonell. Noen av kvinnene fikk god oppfølging mens enkelte fremhevet manglende støtte og holdninger som de tolket stigmatiserende.

Diskusjon

Resultatene viser hvordan kvinnene befant seg mellom to ammekulturer. På den ene siden ble de påvirket av kulturelt og tradisjonelt betingete forhold. På den andre siden fikk de anbefalinger fra helsepersonell som ikke alltid samsvarte med deres ammetradisjoner. Kvinnene etterlyste tilpasset informasjon om amming der det somaliske lokalsamfunnet også inkluderes.

Et viktig funn i studien er at de fleste kvinnene antok at de fullammet selv om de ga tilleggsnæring. Det indikerer at deres oppfatning av begrepet ikke samsvarer med helsepersonellens. Det kan argumenteres med at kunnskap om fullamming ikke ble formidlet eller forstått. Fullamming var et ukjent begrep blant våre informanter, noe som også forekom i andre studier (23,24).

Opplevelsen av å ha for lite melk var en felles bekymring blant kvinnene i vår studie, noe som understøttes av tidligere funn (23,24). En amerikansk studie forklarer dette med kvinnenes postmigrasjon-tilværelse. De somaliske mødrene erfarte en stressende hverdag i vesten uten støtte og hjelp fra storfamilien, noe som kan påvirke melkeproduksjonen negativt (23). Særlig fordi kvinnene var vant med et postpartum ritual der den nybakte moren har en hvileperiode på 40 dager (23). Fenomenet «for lite melk» er også å finne i Somalia hvor nettverkets støtte er tilstede (25).

Kombinasjonen av morsmelk og morsmelkerstatning var foretrukket praksis blant kvinnene. Oppfattelsen om at morsmelken ikke er tilstrekkelig føde for barnet, ønsket om lubne barn, samt ytre påvirkninger var tilsynelatende barrierer for fullamming. Noen av kvinnene i vår studie berettet at de fortsatte med å gi erstatning etter utskrivelsen fra barselavdelingen. Bruken av morsmelkerstatning på sykehuset kan av disse kvinnene tolkes som godkjenning eller anbefaling fra helsepersonell, da det tyder på at de har fått utilstrekkelig ammeinformasjon. På grunn av språkbarrieren undrer vi på om kvinnene fikk med seg helsepersonellens verbale meldinger som fremmer fullamming. Reevalueringen av Mor-barn-vennlig sykehus viste at 31 % av friske, fullbårne barn fikk morsmelkerstatning på føde-/ barselavdelingene (26). Her fortalte noen av jordmødrene at storforbruket av morsmelktillegg også skyldes utfordringer med å nå frem med ammeinformasjon til utenlandske kvinner og påpekte kultur- og språkforskjeller som hindrende faktorer.

Kvinnene i studien beskrev utfordringer når rådene de fikk fra familien og helsepersonell var motstridende. Dette støttes av flere studier (23, 24, 27, 28), der det påpekes at det ikke er uvanlig at vestlig kunnskap om amming ofte kolliderer med den tradisjonelle ammekunnskapen innvandrerkvinner har med seg. Det er påvist at familien og nettverkets betydning kan ha større påvirkningskraft enn tidligere antatt (27, 29, 30).

De somaliske kvinnene har med seg en sterk ammekultur og har migrert til et land, hvor amming også er normen. I Somalia var storfamilien, som kan bestå av slektninger så vel som naboer, et viktig støtteapparat (25,31). Dette fremhevet også kvinnene i vår studie. Støtten fra nettverket var fundamental for kvinnenens ammepraksis (23), noe som innebærer at alle kommer med råd og oppfordringer som påvirker dem (32). Vi anser inkludering av storfamilien som en vital del av arbeidet med å fremme fullamming hos denne gruppen, noe som har båret frukter i en annen studie (33). Det er vist at støtte fra familie kan øke fullamming med 48 % og involvering av lokalsamfunnet med 20 % (1). I en studie fra England fremhevet de somaliske kvinnene større behov for støtte fra sine egne, primært for å unngå kulturelle og språklige barrierer (32). Dette var også et ønske blant våre informanter.

Imidlertid uttrykte kvinnene i vår studie et ønske om muntlig informasjon fremfor skriftlig. Dette kan ha sammenheng med at somaliere er kjent for å ha en muntlig kultur, og skriftlig informasjon som bøker og brosjyrer blir ofte ikke lest (34).

Det å amme i et nytt land påvirker kvinnens ammepraksis (6). Det kan forklares i et akkulturasjonsperspektiv, hvor sammenhengen mellom etniske minoriteters ammepraksis i vertslandet og tilpasningsprosessene studeres. En studie rapporterte at kvinner med lav akkulturasjonsnivå ikke påvirkes av vertslandets kultur, men at de ammer i henhold til opphavslandets tradisjoner (35). En annen viser til mer komplekse forhold og fremhever at det er kvinnenens omstendigheter som påvirker deres ammepraksis (36). Foreløpig har de somaliske kvinnene kort botid i Norge og ingen studier er gjort på området. Fra denne begrensede studien er det vanskelig å trekke noen klare linjer, likevel spekulerer vi på om akkulturasjon i denne forstand kan ha en positiv effekt på amming for de somaliske kvinnene. Kvinnene med en høyere utdanning og med lang botid ga uttrykk for større tiltro til at morsmelken kan være tilstrekkelig føde for spedbarnet og fullammet eller hadde intensjon om å fullamme etter anbefalingene. Dermed tolkes det som at akkulturasjonen har gitt disse kvinnene økt mulighet for å kunne fullamme.

Styrker og svakheter

Det er en styrke at det ikke var kulturelle eller språklige barrierer i denne studien fordi forfatterne er kjent med begge kulturer og språk. En mulig svakhet ved denne studien er at noen av kvinnene som har takket ja til å delta ikke møtte opp til det endelige fokusgruppeintervjuet. Det kan tenkes at de kunne ha avdekket andre perspektiver og at vi derfor ikke har nådd data-metning. Likevel har utvalgets størrelse og spredning gitt rik og mangfoldig data. Fokusgruppeintervjuene har bevart integriteten av kvinnenes kollektive synspunkter men også forskjeller.

Konklusjon

Kvinnenes kollektive opplevelse av at "*morsmelk er godt men ikke nok*" er en dekkende beskrivelse av deres ammepraksis i Norge. Sosiale, kulturelle og språklige forhold synes å bidra til denne opplevelsen. Studien bidrar med viktig innsikt som vil kunne gi helsepersonell bedre grunnlag for å sikre somaliske mødre bedre vilkår for amming. Funnene underbygger også et behov for italesetting av flaskepresset i det somaliske miljøet.

Kunnskapen som fremkommer i denne studien er fra kvinnene selv og kan være overførbart til helsepersonells ammeveiledning til somaliske mødre i Norge.

Den viktigste kliniske implikasjonen synes å være at svangerskapsomsorgen tilrettelegger for kultursensitiv informasjon om amming både til den enkelte moren og lokalmiljøet.

Helsepersonell bør ta utgangspunkt i kvinnens forutsetninger, planer og ønsker i forhold til amming. Dette vil trolig kunne fremme kvinnens forutsetninger for å ta et informert valg.

Videre forskning bør identifisere hvordan de ammende mødres nettverk kan involveres i kunnskapsformidling. Fokus bør også rettes mot utvikling av kultursensitive intervensjoner som kan fremme fullamming hos målgruppen.

Referanser (Vedlegg 6)

1. **Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al.** Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016 ;387(10017):491-504.
2. **Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC, Andersen LF.** Factors associated with exclusive breastfeeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr*. 2010;13(12):2087-96.
3. **Busck-Rasmussen M, Villadsen SF, Norsker FN, Mortensen L, Andersen A-MN.** Breastfeeding practices in relation to country of origin among women living in Denmark: a population-based study. *Maternal and child health j*. 2014;18(10):2479-88.
4. **Gibson-Davis CM, Brooks-Gunn J.** Couples' immigration status and ethnicity as determinants of breastfeeding. *The American Journal of Public Health*. 2006;96(4):641-6.
5. **Merewood A, Brooks D, Bauchner H, MacAuley L, Mehta SD.** Maternal birthplace and breastfeeding initiation among term and preterm infants: a statewide assessment for Massachusetts. *Pediatrics*. 2006;118(4):e1048-54.
6. **Singh GK, Kogan MD, Dee DL.** Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States, 2003. *Pediatrics*. 2007;119 Suppl 1:S38-46.
7. **Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C.** Do early infant feeding practices vary by maternal ethnic group? *Public Health Nutr*. 2007;10(9):957-64.
8. **Bulk-Bunschoten AM, Pasker-de Jong PC, van Wouwe JP, de Groot CJ.** Ethnic variation in infant-feeding practices in the Netherlands and weight gain at 4 months. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*. 2008;24(1):42-9.
9. **Rio I, Castello-Pastor A, Del Val Sandin-Vazquez M, Barona C, Jane M, Mas R, et al.** Breastfeeding initiation in immigrant and non-immigrant women in Spain. *European journal of clinical nutrition*. 2011;65(12):1345-7.
10. **Wallby T, Hjern A.** Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish county. *Acta paediatrica*. 2009;98(11):1799-804.
11. **Statistisk sentralbyrå.** Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre [Internet]. Statistisk sentralbyrå. 2016 [cited 010516]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2016-03-03>.
12. **Grewal NK, Andersen LF, Sellen D, Mosdol A, Torheim LE.** Breast-feeding and complementary feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey. *Public health nutrition*. 2015;19(4):703-15.
13. **Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al.** Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
14. **World Health Organization & UNICEF.** Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, Switzerland: World Health organization, 2003. (Rapport nr.: 9241562218). Tilgjengelig fra: (Nedlastet 28.04.16)
15. **Helsedirektoratet.** Anbefalinger for spedbarnsernæring. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo. 2001. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/240/Anbefalinger-for-spedbarndsernering-IS-1019.pdf> (Nedlastet 27.04.16)
16. **Helsedirektoratet.** Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring. I: Helsedirektoratet, Oslo. 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spedbarnsernæring.pdf> (Nedlastet 12.10.16)

17. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf (Nedlastet 16.05.16)
18. **Polit DF, Beck CT.** Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9. utg. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health; 2012.
19. **Morgan DL.** Focus groups as qualitative research. 2. utg. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997.
20. **Snijders TAB.** Estimation on the basis of snowball samples: How to weight? Bulletin de Méthodologie Sociologique 1992(36):59-70.
21. **Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J.** Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
22. **Graneheim UH, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; 24(2):105-12.
23. **Steinman L, Doescher M, Keppel GA, Pak-Gorstein S, Graham E, Haq A, et al.** 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. 2010;6 (1):67-88.
24. **Wandel M, Terragni L, Nguyen C, Lyngstad J, Amundsen M, de Paoli M.** Breastfeeding among Somali mothers living in Norway: Attitudes, practices and challenges. Women and birth: journal of the Australian College of Midwives. 2016.
25. **Food Security Analysis Unit.** Somali Knowledge, attitude and practices study (KAPS): infant and young child feeding and health seeking practices. 2007.
26. **Bordvik, M.** Mister status som mor-/barn-vennlig [Internet]. Dagensmedisin.no. 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/04/25/mister-status-som-mor-barn-vennlig/>. (Nedlastet 08.08.16)
27. **Marshall JL, Godfrey M, Renfrew MJ.** Being a 'good mother': Managing breastfeeding and merging identities. Social Science & Medicine. 2007;65 (10):2147-59.
28. **Textor L, Tiedje K, Yawn B.** Mexican and Somali immigrant breastfeeding initiation and counseling: a qualitative study of practices. Minnesota medicine. 2013;96 (12):46-50.
29. **McFadden A, Atkin K, Renfrew MJ.** The impact of transnational migration on intergenerational transmission of knowledge and practice related to breast feeding. Midwifery. 2014;30(4):439-46.
30. **Grassley J, Eschiti V.** Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? Birth. 2008;35(4):329-35.
31. **Missal B, Clark C, Kovaleva M.** Somali Immigrant New Mothers' Childbirth Experiences in Minnesota. J Transcult Nurs. 2015;27(4):359-67.
32. **Ingram J, Cann K, Peacock J, Potter B.** Exploring the barriers to exclusive breastfeeding in black and minority ethnic groups and young mothers in the UK. Maternal & Child Nutr. 2008;4(3):171-80.
33. **Ingram J, Johnson D, Hamid N.** South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. Midwifery. 2003;19(4):318-27.
34. **Arbeids- og inkluderingsdepartementet.** Somaliere i Norge - en arbeidsgrupperapport. Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2009.
35. **Choudhry K, Wallace L.** Breast is not always best: South Asian women's experiences of infant feeding in the UK within an acculturation framework. Matern Child Nutr. 2010;8(1):72-87.
36. **Gallegos D, Vicca N, Streiner S.** Breastfeeding beliefs and practices of African women living in Brisbane and Perth, Australia. Matern Child Nutr. 2015;11(4):727-36.