

## Hvordan opplever mødre veiledning om spedbarnsmat?

—

Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Master i Helsefremmende arbeid

Margit Veia

Mai 2016

Antall ord: 19290

<u>Forfatter</u>	Margit Veia
<u>Grad</u>	Master i helsefremmende arbeid
<u>Fakultet</u>	Fakultet for helse- og sosialvitenskap
<u>Institutt</u>	Institutt for helsefremmende arbeid
<u>Veileder</u>	Berit Viken
<u>Innleveringsdato</u>	13.05.2016
<u>Oppgavens tittel</u>	Hvordan opplever mødre veiledning om spedbarnsmat?
<u>Antall ord</u>	19290
<u>Søkeord</u>	Veiledning, helsestasjon, barselgrupper, mestringsfølelse, spedbarnsmat, barnemat, fremmedgjøring, helsefremmende arbeid, matindustri

## Sammendrag

Fire av fem spedbarn i Norge gis industriprodusert mat. Å lage mat til spedbarnet er i vårt moderne samfunn i stor grad overlatt til industrien. Denne kvalitative undersøkelsen studerer hvilke opplevelser og tanker foreldre har i forhold til spedbarnsmat og introduksjon av fast føde til barnet. Problemstillingen er:

### - Hvordan opplever mødre veiledning om spedbarnsmat?

Studien utforsker hvilken informasjon mødre får om spedbarnsmat, og fra hvilke kanaler, og søker å vise faktorer som påvirker valgene de tar.

Teorigrunnlaget er Banduras teori om endring i helseadferd og mestringsevne (self-efficacy), som omhandler de prosessene som setter mennesker i stand til å ta ansvar for egen helse. Videre benyttes noe teori om fremmedgjøring fra blant annet Erich Fromm og Jürgen Habermas.

Studien har et kvalitativt design med en hermeneutisk tilnærming for å få forstå hvordan spedbarnsmødre opplever og erfarer veiledning rundt barnemat. Fokusgruppeintervju, flerstegsfokusgruppeintervju og individuelle intervju er brukt for å innhente data. Intervjuene er fortolket hermeneutisk og analysert etter inspirasjon fra Steinar Kvale og Svend Bringtman.

Studien viser at mødre savner at spedbarnsmat blir satt på dagsorden, og at de ønsker mer informasjon om dette fra helsestasjonen. Der de ikke får informasjonen de trenger fra helsestasjonen, søker de veiledning og råd i barselgruppen, fra internett eller spør sin egen mor. Mødrene forteller at de ble inspirert av hverandre i barselgruppen. Studien indikerer også at de var mer fornøyde, opplevde mestring, hadde følelse av kontroll og trygghet når de laget spedbarnsmat fra grunnen av.

Dersom man skal jobbe i tråd med prinsippene i helsefremmende arbeidet og Folkehelseloven, impliserer dette at helsestasjonen bør støtte og oppmuntre foreldre til å lage mer spedbarnsmat fra grunnen av. Ut i fra studien ser jeg at informantene med fordel kan gis bekreftelse på at de gjør ting riktig, og slik bli trygge på egne avgjørelser.

## **Abstract**

Four out of five infants in Norway are fed with food produced by the food industry. Our modern society has to a great extent given the responsibility of cooking for the infant to the food industry. This qualitative study is looking into different parents' experiences and thoughts regarding infant food and the infant's introduction to solid food. The problem is:

### **- How do mothers experience infant food guidance?**

The study explores which information mothers receive about infant food, and from which channels, in addition to aiming at showing some factors that affect their choices.

The theory is based on Bandura's theory about change in health behavior and self-efficacy, which deals with the process that enables people to take responsibility for their own health (Bandura, 1997). Furthermore, there are used some theories concerning alienation by Erich Fromm (Fromm & Mowinkel, 1993) and Jurgen Habermas (Habermas, Kalleberg & Eriksen, 1999), among others.

The study has a qualitative design, using a hermeneutical approach, to better understand how infant mothers experience guidance around infant food. Focus - group interviews, multistage focus - group interviews and individual interviews are used to collect data. Inspired by Steinar Kvale and Svend Bringtman (Kvale & Brinkmann, 2009) the interviews are analyzed and interpreted hermeneutically.

The study shows that mothers would like to have infant food on the agenda, as well as getting more information on this topic from the child health clinic. In order to compensate from lack of information from the child health clinic, they seek guidance and advice from the maternity group, from the Internet or they ask their mother. The mothers say that they were inspired by each other in the maternity group. In addition, the study indicates that they were more satisfied, experienced mastering, and had a feeling of control and confidence when they cooked infant food from first principles.

In case one is going to work according to the principles of health promoting work, and the Law of People's Health (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), this implicates that the child health clinic should support and encourage parents to cook more infant food from first principles. From the study I observe that the sources should be met with approval and

affirmation that they do things right, which will give them confidence to make their own decisions.

## Forord

Da fikk jeg levert masteren før jeg ble 50!

I skriveprosessen har det vært betryggende å ha en veileder som førstelektor Berit Viken ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Tusen takk nyttige og faglige innspill underveis.

Takk til informantene som vært positive og imøtekommende, stilt opp og gitt meg ny innsikt.

Takk til min søster Ellen Rosnes for innspill underveis, og at hun tok deg tid til å lese gjennom hele oppgaven! Takk til min svigerinne Anne Kyvig for bistand med å oversette sammendraget over til engelsk.

Takk til Tina og Carsten for gjestfrihet. Takk også til min søster Anna med familie som alltid tar godt imot meg. I løpet av masterstudiet har jeg fått mange gode opplevelser med de herlige tantebarna mine på Eik i Tønsberg!

Det har vært noen hektiske fire år med mye reising. Takk til Torgeir og guttene våre Gregor, Emanuel og Leon for at jeg fikk reise vestover på forelesninger. Jeg tror kanskje dere ikke er helt klar over hva jeg har holdt på. Av og til var glad til, så fikk dere ordne dere selv i perioder og spise den maten dere ville. Nå blir det andre boller!

Margit Veia

Tønsberg, 12 mai 2016

Formatted: Normal, Indent: Left: 0 cm, First line: 0 cm

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	3
Abstract.....	4
Forord .....	6
1 Innledning .....	9
1.1 Konsekvens av min forskning .....	10
1.2 Problemstilling .....	11
1.3 Bakgrunnsstoff .....	11
1.3.1 Helsestasjonens oppgave og mandat .....	12
1.3.2 Studie om brukeres opplevelser og oppfatninger av helsetjenester.....	13
1.4 Kunnskapshull .....	13
1.5 Oppbygning og innhold .....	14
2 Teori og tidligere forskning.....	15
2.1 Mestringsevne (self-efficacy).....	15
2.2 Fremmedgjøring .....	17
2.3 Empowerment.....	19
2.3.1 Veiledning av spedbarnsforeldre .....	19
3 Metode .....	22
3.1 Forskningsdesign .....	23
3.2 Fokusgruppeintervju - flerstegsfokusgruppeintervju.....	24
3.3 Individuelt intervju .....	25
3.4 Utvalg av respondenter .....	26
1.2 Gjennomføring .....	27

3.5	Transkribering av intervju .....	29
3.6	Analysemetode .....	30
3.7	Forskningsetikk og førforståelse .....	31
4	Funn .....	33
4.1	Tillit .....	33
4.1.1	Forventninger som ikke innfris.....	34
4.1.2	Motstridende veiledning og råd.....	35
4.1.3	Søker råd og veiledning blant sine egne i barselgruppen .....	36
4.1.4	Tillitt til matindustrien.....	38
4.1.5	Internett og litteratur .....	39
4.2	Sårbar gruppe.....	40
4.2.1	Syn på egen kunnskap og ferdigheter (mestringstro).....	42
4.3	Stolthet over å lage maten selv .....	43
4.4	Tidsklemma .....	45
5	Drøftning .....	48
5.1	Tar barselgruppen over veiledning fra helsestasjonen?.....	48
5.1.1	Maktgrunnlaget for tillitt endres.....	49
5.1.2	Barselgruppen – et helsefremmede tiltak?.....	51
5.2	Fratar helsestasjonen mødre troen på at de selv kan lage mat til barnet sitt?.....	52
5.3	Høyt forbruk av ferdigmat – et resultat av fremmedgjøring?.....	54
5.4	Praktisk kunnskapsformidling, et verktøy for å redusere sosial ulikhet? .....	56
5.4.1	Større vektlegging av praktisk kunnskapsformidling i fremtiden .....	57
5.5	Tidsklemma – noe som tres over hodet på småbarnsmødre? .....	58
6	Oppsummering og behov for videre forskning .....	60
	Litteraturliste .....	62



## 1 Innledning

Hver dag fødes det i overkant av 30.000 barn i Norge. Alle disse blir i løpet av første leveår introdusert for fast føde og skal lære seg å spise og bli glad i mat. Fire av fem spedbarn i Norge gis industriprodusert barnemat (Øverby & Helland, 2014). Å lage mat til spedbarnet, som foreldre i tidligere generasjoner har gjort med den største selvfølgelighet, er i vårt moderne samfunn i stor grad overlatt til industrien. Barnemat er et tema jeg har jobbet med i mange år og har mye kunnskap om. Jeg har skrevet flere bøker om teamet og er blant annet daglig leder for et selskap som tilbyr barnematkurs.

Jeg savner en helhetlig tilnærming til mat når det gjelder de minste i samfunnet. Mat er mer enn summen av næringsstoffer (Algotsen Stina & Östrom Åsa, 2011) (Enders, 2015). På konferansen *Måltids glede – sunt for alle* våren 2016, var de eldres kosthold i fokus (Regjeringen, 2016b). Forskning fokuserer på hvordan forbedre maten til eldre, og hvordan øke måltidsgleden. Praktisk formidling skal vektlegges. Det ser ut til at myndighetene beveger seg bort fra ernæringsfokus, og begynner å snakke om mat og råvarer. I forbindelse med utarbeidelse av ny handlingsplan for bedre kosthold, hvor barn, unge og eldre er de viktigste målgruppene, ønsker regjeringen innspill til konkrete tiltak og samarbeid som kan bidra til å skape økt mestring, og praktisk kunnskap om matlaging, råvarer og hygiene i alle aldersgrupper. De ønsker innspill på konkrete tiltak for å heve kompetansen hos både voksne og barn, og forslag til hvordan vi kan spre de gode eksemplene og forankre arbeidet lokalt (Regjeringen, 2016a). Det å gi barna et bredt spekter av gode råvarer, bidrar til god helse og ivaretar flere aspekter ved helsen, ikke kun fysiske, men også psykiske og sosiale aspekter. Det å sitte sammen med foreldrene og spise samme mat som de spiser og kjenne matglede er for eksempel et viktig sosialt aspekt.

Gjennom årene som kursholder og kostholdsveileder har jeg erfart at foreldre er motivert til å gi det nye familiemedlemmet den beste starten på livet. De er sultne på kunnskap og informasjon, tips og råd, og mange er villige til å forandre på egen livsstil, deriblant kosthold (Vea, 2011). Foreldre investerer store summer i eksperthjelp på barna (Hansson, 2013). En forklaring på at antall ”hjelpere” har eksplodert, går ut på at generasjonene ikke lenger har de samme mulighetene som tidligere til å støtte og hjelpe hverandre (Ulvestad, 2003, s. 101). Helsestasjonen er en arena i det helsefremmende arbeidet hvor målet er å

gjøre familier bedre i stand til å ta ansvar for egen helse. Har helsestasjonen betydning for hvilken mat foreldre gir barna sine? Bidrar veiledningen de får av helsesøster på helsestasjonen til at foreldre får tro på egen mestringsevne (self-efficacy) med hensyn til å lage barnematen selv?

Mange mødre blir tilbudt å være med i barselgrupper. I de fleste tilfeller organiseres dette via helsestasjonen, men det hender også at mødre organiserer seg på egenhånd. Jeg ønsker å undersøke om barselgruppen er en arena hvor mødre henter råd og veiledning om hva de kan gi barna sine å spise og drikke. Er kosthold et tema når mødre treffes? Påvirker mødre hverandre, og bidrar barselgruppene til at mødre får tro på egen mestringsevne?

Industrien er en sterk aktør innenfor spedbarnsmat, og de er representert på helsesøsterkongressen (Norsk sykepleierforbund, 2013). Barnematindustrien ønsker således å bygge sterke nettverk mot veiledningstjenesten. De tilbyr også å komme på besøk på helsestasjonen (HIPP). Barnematprodusentene tilbyr medlemskap på sine nettsider (HIPP; Nestlé). Medlemmene får jevnlig nyhetsbrev og tilbud hvor budskapet blant annet er at industriprodusert er bedre enn hjemmelaget (Sæther, 2014). Industrien formidler at ved å gi industriprodusert barnemat, kan foreldrene være trygge for at barnet får dekket alle sine behov. Påvirker dette mødre i valgene de tar?

### **1.1 Konsekvens av min forskning**

Resultatet av min forskning kan brukes til å styrke veiledningen helsestasjonen tilbyr nybakte foreldre. Interessante funn i prosjektet kan jeg videreformidle til helsesøstre og deres utdanningsinstitusjoner ved å holde foredrag. Jeg ønsker også å publisere en artikkel i det vitenskapelige tidsskriftet ”Sykepleien forskning” som utgis av sykepleierforbundet, og en kronikk i bladet deres ”Sykepleien”. Regjeringen har startet arbeidet med å lage en ny nasjonal handlingsplan for bedre kosthold som skal inneholde konkrete tiltak for å fremme et sunt og variert kosthold i befolkningen. Barn er en viktig målgruppe, og selv om det trengs enda mer forskning, ønsker jeg å gi innspill til arbeidet med denne handlingsplanen. Personlig vil jeg ha stor nytte av å sette meg inn i forskning rundt et emne jeg jobber med daglig, og et emne jeg formidler kunnskap om gjennom kurs og foredrag.

## **1.2 Problemstilling**

Jeg ønsker å gjøre en kvalitativ undersøkelse av hvilke opplevelser og tanker foreldre har i forhold til spedbarnsmat og introduksjon av fast føde til barnet. Jeg valgte å fokusere på mor i dette prosjektet siden jeg har brukt mødre i barselgrupper som informanter, og jeg har følgende problemstilling:

### **- Hvordan opplever mødre veiledning om spedbarnsmat?**

Jeg vil belyse problemstillingen ved hjelp av følgende forskningsspørsmål:

**- Hvilken informasjon får mødre om spedbarnsmat, og fra hvilke kanaler?**

**- Hva påvirker valgene de tar?**

**- Hvordan opplever mødre veiledning i henhold til introduksjon av fast føde til barnet?**

Ut fra det informantene forteller, håper jeg å få et inntrykk av hva det er som påvirker mødre til å endre helseadferd. Hva påvirker mødre i valg av spedbarnsmat? Har veiledningen de får på helsestasjonen betydning for hvilken mat de gir barnet sitt? Bidrar helsestasjonen til at mor får tro på egen mestringsevne (self-efficacy) når det gjelder å lage næringsrik mat fra grunnen av? Lytter mor etter råd fra familie, venner og/eller reklame? Utsettes mødre for påvirkning fra barnematindustrien? Jeg vil undersøke hva mødre gir barna å spise, om de er opptatt av næringsstoffene i spedbarnsmaten, og om de følger anbefalingene fra helsedirektoratet. Opplever foreldrene at myndighetene vet hvordan spedbarnsforeldres hverdag arter seg, om hvordan innstillingen, ferdighetene og kunnskapen om matlaging hos mødre er? Hvordan er den praktiske kunnskapsformidlingen? Er det noe de har behov for? Kan barselgrupper brukes som arena for helsefremmende arbeid?

## **1.3 Bakgrunnsstoff**

Etter Ottawa Charter ble det i helsepedagogisk sammenheng lagt mer vekt på empowerment (medvirkning) og betydningen av strukturelle faktorer i arbeidet med å gjøre folk i stand til selv å ta ansvar for egen helse (WHO, 1986). Green og Tones kaller den nye

måten å tenke på for "New health education" (Green & Tones, 2010). Viktige prinsippene i Ottawa Charteret er å redusere forskjeller, jobbe for rettferdighet og gi alle like muligheter for helse (equity), samt gjøre folk i stand til å ta ansvar for egen helse (empowerment). I helsefremmende arbeid brukes en salutogen tilnærming hvor målet er å fremme og styrke helsen, fremfor en patogen tilnærming som har gått ut på å behandle og forebygge sykdom og som ser helse som fravær av sykdom (Green & Tones, 2010, s. 12). Helsepedagogikk skal øke kompetansen blant offentlige helsearbeidere, samt utvikle personlige ferdigheter hos borgerne som bidrar til større medvirkning. Medvirkning og multimetodisk tilnærming kan forsterkere læringen (Green & Tones, 2010, s. 354). Praktisk kunnskapsformidling, for eksempel ved å vise konkret hvordan foreldrene kan lage næringsrik mat til barnet sitt og ikke bare snakke om det, er et eksempel på multimetodisk tilnærming som kan forsterke læringen.

### 1.3.1 Helsestasjonens oppgave og mandat

Helsestasjonen skal gi individuelt tilpassede råd basert på nasjonale anbefalinger for spedbarnsernæring. Målet er å styrke foresattes mestringsevne og tro på at de selv kan løse utfordringene. Veiledningen bør ta utgangspunkt i foresattes egne ønsker og behov, og tilpasses deres ressurser og evner (Helsedirektoratet, 2002). I det nye høringsutkast fra helsedirektoratet, "Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom", gis det anbefalinger om hva innholdet i konsultasjonene på helsestasjonen bør være. Helsestasjonen bør blant annet kartlegge hva barnet spiser og drikker en vanlig dag, mengder mat, måltidsrytme/tidspunkt for måltider og matvarevalg. Det vil bli naturlig å komme inn på foreldrenes kunnskap om mat og helse (Helsedirektoratet, 2016a). Dette gir helsepersonell mulighet til å kartlegge hvilken kunnskap foresatte har om mat og helse. I forhold til å gi råd om kostholdets innhold og måltidsvaner, gis det konkrete anbefalinger:

Foresatte skal få tydelige råd om hvordan man kan stimulere til matlyst og spising. Måltidene er en viktig læringsarena for barnet, et samlingspunkt og et psykososialt møte mellom barn og voksne. Barn vokser og utvikler seg i ulikt tempo. Dette kan medføre at barnet spiser mindre eller mer enn forventet. God atmosfære rundt måltidet kan bidra til at barnet spiser, øker sin sosiale kompetanse og gjør at mat og måltider oppleves som positivt. (Helsedirektoratet, 2016b).

Her ser vi at det legges stor vekt på det helhetlige helseaspektet rundt mat inkludert god atmosfære og sosial kompetanse. Kostholdet har viktig betydning for å fremme god helse og forebygge sykdom. Grunnet for gode matvaner legges allerede i sped- og småbarnsalderen (Helsedirektoratet, 2016a). Som en del av veiledningen deler helsesøstertjenesten ut hefte "Mat for spedbarn" til foreldrene som gir foreldre tips og råd (Lande, Arsky, & Sosial- og helsedirektoratet Avdeling for, 2002).

### 1.3.2 Studie om brukeres opplevelser og oppfatninger av helsetjenester

Kvalitative forskningsmetoder er velegnet når formålet med en studie er å finne ut noe om brukeres opplevelse og oppfatninger av helsetjenester, og hvordan de kommuniserer om dem seg i mellom (Forskningsetiske komiteer, 2010). Intervjuer og fokusgrupper som metode egner seg når hensikten med undersøkelsen er å få innsikt i individers erfaringer, og deres egne fortolkninger av disse (Forskningsetiske komiteer, 2010). En større spørreskjemaundersøkelser (kvantitativ studie), for eksempel den norske mor og barn undersøkelsen (MOBA), (Folkehelseinstituttet), kan være et godt utgangspunkt for en kvalitativ studie, for å løfte frem nye fenomener vedrørende forbruket av industriprodusert barnemat.

#### **1.1. Kunnskapshull**

Jeg har ikke funnet forskning på hvorfor forbruket av industrimat er høyt i Norge, og hva som påvirker foreldrene i hvilken mat de gir barnet sitt. Kan det høye inntaket av industriprodusert barnemat være en indikasjon på at foreldre er svært usikre når det kommer til dette å lage babymaten fra grunnen av? Er det lite fokus på praksisen under kostholdsveiledningen ved helsestasjonen? Opplever foreldrene at myndighetene gjennom helsetjenesten jobber for at de selv skal bli i stand til å ta ansvar for sin egen og familiens helse? Opplever foreldre å bli motivert til lage spedbarnsmaten fra grunnen av?

Det er få studier som beskriver brukernes opplevelser av kostholdsveiledningen de får i barselperioden, og hva som påvirker valgene spedbarnsforeldre tar. Det trengs mer forskning på hvordan og hvilken veiledning småbarnsforeldre får vedrørende kosthold til spedbarn, og jeg håper med dette prosjektet å bidra med noe ny kunnskap.

#### **1.4 Oppbygning og innhold**

I neste kapittel vil jeg se nærmere på selvmestringsteorien til Bandura, og på begrepet brukermedvirkning. Jeg ønsker også å se nærmere på forskning som er gjort på helsestasjonstjenesten. I kapittel 3. vil jeg presentere metoden jeg har valgt å bruke i oppgaven, reflektere rundt innhenting og analysering av data, samt gjøre noen etiske betraktninger. Presentasjon og drøftning av resultater kommer i kapittel 4, hvor jeg har valgt ut noen temaer fra datasamlingen som er interessante å diskutere nærmere. Drøftningen kommer i kapittel 5., oppsummering og behov for videre forskning i kapittel 6.

## 2 Teori og tidligere forskning

Det finnes mye forskning på næringsstoffer i spedbarnsmat. Derimot er det mindre forskning på helhetlig betydning av mat og måltider, og hvordan det påvirker barnet fremtidige helse og forhold til mat. Jeg velger å ikke gå dypere inn i forskning på spedbarnsmat i teoridelen, da det er andre tema som er mer relevante for problemstillingen. I denne oppgaven vil jeg undersøke brukeres opplevelser av veiledning, og velger derfor å presentere teorier relatert til dette. Først vil jeg presentere Banduras teori om endring i helseadferd og mestringsevne (self-efficacy), som omhandler de prosessene som setter mennesker i stand til å ta ansvar for egen helse. Empowerment er noe jeg også vil berøre, da dette er et tema jeg kommer inn på i drøftningsdelen, samt noen teorier rundt fremmedgjøring.

### 2.1 Mestringsevne (self-efficacy)

Albert Bandura, kjent for teorien om sosial læring, mener forventninger er viktige for hva slags aktiviteter vi vil begi oss inn på og satser på å gjennomføre (Bandura, 1977). Det er en teori med et optimistisk budskap som vektlegger modellering. Teorien ser både indre prosesser og ytre stimulering som viktig for læring, det at man kan lære noe av andre. Et sentralt begrep hos Bandura er "self-efficacy", det vil si betydningen av personens tro på egen mestringsevne (Bandura, 1997). Dess bedre resultat, dess mer motiverte er vi for å bruke energi på oppgaven. I følge Banduras sosiale læringsteori, er det tre forhold som står i samspill med hverandre:

- Ytre, sosial adferd

- Personens indre (kognitive) og følelsesmessige egenskaper

- Sosiale omgivelser

Vi som individer har en evne til å lære av alt det som skjer rundt oss, vi ser hvordan andre gjør det og tar etter (imiterer). Bandura understreker at det er forskjell på å ha kunnskapen som gjør imitasjon mulig, og å la dette komme til uttrykk i åpen handling (Bandura, 1977).

Banduras motivasjonsteori om forventinger, kjent som "self-efficacy" legger vekt på det kognitive aspektet (forventinger om mestring). Det har betydning for valg av aktiviteter, innsats og utholdenhet (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Bandura mener det er to ulike forventinger som har betydninger for motivasjon: "efficacy expectation" og "outcome expectation". Det første handler om forventninger om mestring, være i stand til å utføre en bestemt oppgave. Det siste handler om personens forventning og hva som kommer til å skje hvis han eller hun greier oppgaven. Forventinger om mestring har i følge Bandura betydning for atferd, tankemønster og motivasjon. Mestringsforventinger er bestemmende både for valg av aktiviteter, innsats og utholdenhet når oppgavene er vanskelige. Vi unngår ofte situasjoner og aktiviteter som stiller kompetansekrav vi tror vi ikke kan innfri (Bandura, 1997). Hvis for eksempel mor tror det å lage barnemat er altfor komplisert, at hun må kunne mye om jern, jod og andre næringsstoffer, kan hun unngå å ta fatt på denne oppgaven. Hun føler at hun ikke innfrir krav om kompetanse, at hun ikke kan nok om næringsstoffer som barnet trenger, for å kunne lage barnematen selv. Forventningen om å mestre vil være basert på fem ulike informasjonskilder:

1. Tidligere erfaring med å mestre på samme område.
2. Vikarierende erfaring: har sett andre som det er naturlig å sammenligne seg med utføre samme oppgave. Rollemodeller har stor innvirkning på særlig unge mennesker.
3. Verbal overbevisning: støtte og oppmuntring fra andre hjelper, det er ikke nødvendigvis kun egen erfaringer som teller.
4. Emosjonelle forhold: knyttet til handlingen eller til resultatet.
5. Personens tolkning: tolker egne prestasjoner.

Bandura løfter frem den store motivasjonsmuligheten som ligger i rollemodeller og i observasjonslæring. Han er opptatt av betydningen av direkte støtte og oppmuntring for personers forventinger. I dette tilfellet blir ikke mor kastet hjelpeløst tilbake på sine egen erfaringer og tolkninger av suksesser og nederlag. Det hjelper med positiv involvering fra andre.



Hvis for eksempel "mor" betrakter evner om noe de erverver seg gjennom innsats, og det å gjøre feil blir sett på som noe som hører med i læringsprosessen, vil "nederlag" underveis ikke virke negativt på forventinger om å mestre oppgaven. Hvis "mor" derimot ser på evner som noe stabilt, vil feiling underveis redusere forventningene om at de kan mestre oppgaven, det er lettere å tenke negativt og gi opp.

Hvis mors mål er å oppnå ytre belønninger for innsatsen sin (outcome expectancy), for eksempel ros fra de andre medlemmene i gruppen, vil forventning om belønning ha betydning for mors motivasjon for å utføre aktiviteten. Forventning om å mestre oppgaven vil da ikke være nok til å at mor gå løs på oppgaven. Mor vil også forvente å få belønning hvis hun mestrer oppgaven. Hvis målet med å ta fatt på oppgaven er å lære mer, utviskes forskjellen på forventning om mestring og forventning om konsekvens. Siden mestring av oppgaven innebærer at en har lært mer, vil den som har høy "efficacy expectation" også ha høy "outcome expectation" (Bandura, 1997). Erfaringen mor tidligere har hatt med å lage mat gir stor innvirkning på mestrings-forventningen mor har til oppgaven. Resultatet har ekstra stor effekt når mor har lite erfaring med matlaging og ikke er vant til å lage mat. Det har derfor svært negativ effekt dersom mor opplever å mislykkes i den nye oppgaven.

Makt kan være en positiv kapasitet til bruk i forhold til egne ressurser eller på vegne av andre i positiv betydning (Rundqvist, 2004). Makt kan gi en mulighet til å handle fritt (større handlefrihet), bestemme seg for eksempel for å lage maten fra grunnen av, eller ikke. Med mer kunnskap om hvordan lage mat, har mødrene større frihet til å velge det de synes er best. Har de egentlig et reelt valg når de mangler kunnskap? Når de har lav mestringsfølelse?

## **2.2 Fremmedgjøring**

Fremmedgjøring, alienasjon, er en prosess hvor resultatene av menneskets produktive, skapende virksomhet etter hvert behersker og tar makten fra dem som først skapte produktene. Begrepet har også et psykologisk-moralsk aspekt og innebærer da en nedverdiggende og demoraliserende reduksjon av mennesket som fritt skapende vesen, om visse uønskede forhold mellom mennesker og omverden. Denne side ved begrepet har spilt en stor rolle i moderne sosialfilosofi, særlig hos Sarte (fr. aliénation) og eksistensialistisk etikk ("Store norske leksikon : Norges ledende oppslagsverk gjennom 100 år,").

Pengehusholdningens store forandring mot større frihet innebar færre intime relasjoner mellom produsent og forbruker. Et problem er om individet er seg fremmedgjøringen bevisst, om uoverstemmelser mellom idealer og faktiske tilstander trenger inn i dets bevissthet (Israel & Eliassen, 1972).

Den hurtige tekniske utviklingen har medført drastiske endringer. De tekniske forandringene førte til masseproduksjon, som igjen gav grunnlag for masseforbruk. Reklame ble brukt for å stimulere og opprettholde forbruksnivået. Produktene ble varer med en bestemt bytteverdi. Erich Fromm mener den sosiale karakteren som oppstår i et samfunn som dette, kjennetegnes ved fremmedgjøring. Fromm bruker begrepet i dets psykologiske betydning, i den tilstand som tidligere ble kalt "fremmedhet". Med fremmedhet menes en måte å oppleve på som innebærer at personen føler seg selv som fremmed. Mennesket er blitt fremmed for seg selv, opplever ikke seg selv som skaperen av sin egen verden, av sine egne handlinger, men handlinger og konsekvenser av dem er blitt herre over mennesket og mennesket adlyder dem eller til og med tilber dem (Fromm & Mowinckel, 1993). Fromm sier at den fremmedgjorte opplever jeg'et som en ting. Alle jeg-opplevelser forutsetter at individet opplever seg som objekt for sin egen erkjennelse. Jeg'et oppfattes som en ting når det ikke er satt i relasjon til seg selv og til omverdenen på en skapende måte. Våre forbruksvaner er ofte en følge av behovs- og opplevelsessystemet til det fremmedgjorte mennesket. Vi kjøper ting for å kunne skryte av dem og for å nyte godt av den status de gir oss, ikke fordi vi trenger dem eller liker dem. Det fremmedgjorte menneske mangler et menneskelig forhold til de tingene det forbruker, er fremmed overfor sine medmennesker og fremmed overfor seg selv (Fromm & Mowinckel, 1993; Fromm & Solli, 1993).

Habermas' diagnose av problemene som kjennetegner dagens samfunn, er kjent som tesen om kolonisering av livsverdenen: offentligheten er blitt kolonisert av ekspertkultur, massemedia og pengemakt (Habermas, Kalleberg, & Eriksen, 1999). Den rasjonelle tenkemåte som er satt i system i det moderne samfunnet, bidrar til at mennesket fremmedgjøres i forhold til seg selv, andre mennesker og omgivelsene forøvrig. Dagens språkbruk preger helsevesenets syn på brukerne. Vi objektifiserer oss selv gjennom kropper som skal slankes, testes, trenes og pleies. I en kolonisert livsverden er det utfordrende å unngå objektifisering i helsefremmende arbeid (Thornquist, 2003, s. 26).

## 2.3 Empowerment

Empowerment er et overordnet begrep i det helsefremmende arbeid som ble lansert i Ottawa-charteret i 1986. Begrepet definerer en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (WHO, 1986). Begrepet har en tredelt betydning: å gi makt, å gjøre i stand til og å tillate. Empowerment er en prosess som krever deltakelse, og er ikke noe mennesker blir tilført ovenfra eller utenfra. I NOU 1998 beskrives empowerment slik:

- Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring" (Ellingsen & Norge Sosial- og, 1998).

Med utgangspunkt i tanken om helseopplysning som empowerment, skal helsepedagogikken styrke enkeltindividets evne til å ta kontroll over egen helse gjennom kunnskap, ferdigheter og verdier. Empowerment skal også skapes på samfunnsnivå for å oppnå støttende miljøer for helse. I følge Green og Tones må man også fokusere på betydningen av støttende miljøer gjennom Healthy Public Policy (HPP), for å unngå at enkeltindividet tilskrives for stort ansvar for egen helse. (Green & Tones, 2010).

Brukermedvirkningsbegrepet er ikke i samme grad som empowerment knyttet til å fremme deltakelse hos folk og gi enkeltpersoner direkte makt og kontroll. Begge begrepene kan knyttes til demokratitankegangen som implisitt vil omfordele makt og fremme sosial rettferdighet (Bergersen). Brukermedvirkning» er et begrep hvor myndiggjøring, medinnflytelse og deltakelse står sentralt, og et begrepet som i likhet med empowerment krever at brukerne deltar i prosesser der problemstillingene omhandler dem selv (Trude, 2004).

### 2.3.1 Veiledning av spedbarnsforeldre

I fagplanen til helsesøsterutdanningen står det at helsesøstre skal ha innsikt i brukermedvirkning. De skal ha inngående kunnskap om teorigrunnlaget for veiledning.

salutogenese og helsefremmende samtaler, ha kunnskap om empowerment som begrep og fenomen, og hva som motiverer til endring av levevaner. Når det gjelder ferdigheter skal de kunne identifisere barn unge og foreldres ressurser og evne til egenomsorg. Ernæring er et sentralt tema, men praktisk matlaging er ikke nevnt (Fakultet for helsefag, 2005).

Foreldre setter pris på veiledning som ikke er dømmende. De opplever det positivt når helsesøster legger vekt på empowerment under veiledningen. Det kan resultere i at folk får økt kunnskap om riktig kosthold for barna og seg selv. Denne måten å jobbe på kan være mye mer effektiv og nyttig enn det som vanligvis praktiseres (Barlow et al., 2010). Helsesøstrene skal gi råd i tråd med helsedirektoratets anbefalinger som sier at barna gradvis bør bli introdusert til nye matvarer, få et bredt smaksspekter, og at en gjerne kan lage maten selv (Helsedirektoratet, 2002) . Introduksjonen av fast føde til barn, og hvilken føde barna får, har sammenheng med veiledning fra helsesøster. De som introduserer mat tidlig, kan være uenig i anbefalingene, påvirkes av sin mor/svigermor, mangler oppmuntring fra venner eller får gratisprøver fra barnematprodusenter (Alder et al., 2004). En annen undersøkelse av praksisen i flere Europeiske land, viser at det var stor forskjell i anbefalinger og veiledningspraksis (Synnott et al., 2007).

Markedsføring av morsmelkerstatning reduserer mødres mestring og tro på at de kan amme barnet, særlig om informasjonen om morsmelkerstatning blir gitt av helsepersonell. Arbeidet med å øke ammefrekvensen er mer effektiv når mødre ikke blir presentert for reklame for morsmelkerstatning (Parry, Taylor, Hall-Dardess, Walker, & Labbok, 2013).

I flere kommuner i Norge er det gjort brukerundersøkelser av helsestasjonstjenesten. Undersøkelsen fra Randaberg kommune viser at helsestasjonen scorer over gjennomsnitt på "I hvilken grad brukerne opplever at de ansatte sin informasjon og veiledning er tilpasset hans/ hennes og barnets behov" innenfor amming og generell utvikling, vaksinasjon. Temaer som søvn og kosthold og veiledning i foreldrerollen er der en litt lavere score (Randaberg kommune, 2014). Snittet i Norge ligger på 4,8 av 7 som høyest score. Det er gjort noen studier på helsestasjonstjenesten, blant annet om grenseløse krav til helsestasjonen, dilemmaer og mestringstrategier (Andrews, 2002), og en del på brukervedvirkning i helsetjenesten (Hanssen-Bauer, 2014).

Jeg finner noe forskning om hvordan nå målet om å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, og hvordan helsestasjonen kan bidra til dette. En studie så på hvordan helsesøster bidrar til at de opplever mestring som foreldre. Studien hadde en kvalitativ tilnærming med halvstruktureerte intervju av 7 foreldre til 6 barn på 1 år. Disse foreldrene ønsket at helsesøster viste dem og barnet interesse, hadde respekt, empati, var varm og hadde tro på deres ressurser. Noen ønsket primært konkret råd og informasjon fra helsesøster. Noen søkte først og fremst følelsesmessig og anerkjennende støtte, som hadde betydning for mestring av foreldrerollen. Noen av foreldrene opplevde ikke å få sosial støtte som bidro til økt mestring. Studien viste behov for økt kunnskap om metoder i helsesøsters arbeid som kan bidra til å styrke mestringsfølelsen hos foreldre (Ruud, 2008).

En studie gjort at Ilje Tvei og Söderhamn, viste at frykten for ikke å ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å ta ansvar for et nyfødt barn, er sterkt. Informantene i undersøkelsen opplevde å få motstridende råd om amming. Presentasjon av forskjellige tekniske hjelpemidler førte til usikkerhet og tvil, men de som klarte å kombinere ulike råd om amming med egne løsningsalternativer opplevde mestring. Veiledning i gruppe styrket også selvfølelsen, og de hadde nytte av å utveksle erfaringer med andre mødre (Gry Nina Ilje & Ulrika Söderhamn Ulrika, 2015). Praktisk barnestell var også en ferdighet som var enklere å håndtere enn ammingen da det er en ferdighet som kan læres, og det viste seg også at det å ha søstre med barn var en stor ressurs. I denne undersøkelsen var søstre mer betydningsfulle som rollemodeller enn venninner, og de som hadde familie i nærheten, tok mindre kontakt med helsestasjonen.

### 3 Metode

Ut i fra problemstillingen har jeg valgt en kvalitativ design med hermeneutisk tilnærming for å få forståelse for hvordan spedbarnsmødre opplever og erfarer veiledning rundt barnemat. For å samle inn data benyttet jeg fokusgruppeintervju og individuelle intervju. Jeg har benyttet en forskningsmetode som bygger på Hans-Georg Gadamer hermeneutiske filosofi som tilstreber å forstå (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg utarbeidet forskningsspørsmål, avklarte egen forforståelse, og gjennom dialog med informantene og systematisk analyse av den transkriberte samtalen, fikk jeg økt forståelse. I følge Gadamer utvikles det dypere innsikt ved å utfordre egen forforståelse, stille spørsmål og formulere svar. Forforståelse, tidligere erfaringer, fagkunnskap og fordommer er viktige momenter i forhold til evnen til å forstå (Gadamer & Holm-Hansen, 2010). I en dialog møtes to forskjellige forståelseshorisonter. Når to selvstendige horisonter smelter sammen, er forståelse en prosess. En dypere innsikt oppnås når man går fra helhet til del og tilbake til helhet. Den hermeneutiske sirkel er et verktøy for forskeren for å forstå bedre del og helhet og utgjør forskerens forståelseshorison (Thornquist, 2003). Intervjuene fortolker jeg hermeneutisk da jeg fortolker informantenes synspunkter for å forstå sammenhenger på en annen måte enn de selv gjør.

Jeg har valgt mødre og ikke helsesøstre i denne oppgaven, da det er mottakerne av informasjonen jeg ønsker å intervju, og deres opplevelser jeg vil undersøke. Jeg vil prøve å forstå deres livsperspektiv, hva de egentlig sier og forteller, og fortolke det kritisk. Måten de forteller, formidler stoffet på, og måten de snakker med hverandre på, er også grunnlag for tolkning. Det informantene sier, er deres forståelse av virkeligheten er ikke nødvendigvis sannheten. Helsesøstre som gir veiledning, kan ha en helt annen oppfattelse av virkeligheten enn mødrene.

I dette kapittelet vil jeg begrunne mitt valg av forskningsmetode, valg av respondenter og gjennomføring av datainnsamling. I og med at min forskning er praksisnær, er det spesielt viktig å gjøre noen etiske betraktninger. Jeg vil også beskrive organiseringen og analysen av datamaterialet.

### 3.1 Forskningsdesign

Jeg valgte å ta i bruk to kvalitative tilnæringer av flere grunner. Jeg er en profilert person og jobber (kommersielt) med kurs og bøker knyttet til temaet barnemat. Det var en fare for at informantene ble påvirket av min posisjon og dialogen ble unaturlig og ubalansert. Informantene står sterkere sammen enn alene, og jeg valgte derfor å bruke fokusgruppeintervju. Temaet kan være følsomt, da noen blant annet kan oppleve at de ikke mestrer det å lage mat fra grunnen av, og derfor ønsket jeg å foreta individuelle intervju i tillegg for å høre hva noen av informantene mente enkeltvis.

I fokusgrupper blir intersubjektiviteten testet ut, ved at respondentene deler oppfatninger. Jo mer uavhengig respondentene er av hverandre når enighet oppstår, desto større blir gyldigheten uavhengig av kontekst. Riktig forståelse kan bedre testes ut ved å ha flere fokusgrupper med breddegenskaper i den betydning at de har trekk som skiller dem fra hverandre (Jacobsen, 2005). Jeg valgte derfor to fokusgrupper. I tillegg valgte jeg å foreta individuelle intervju av tre frivillige fra den ene gruppen i stedet for å ha et oppfølgende nytt fokusgruppeintervju.

Fokusgrupper er mindre egnet til å produsere data om individers livsverdener, men uttrykker det gruppen mener, og det trenger ikke alltid være riktig. Som deltaker i en fokusgruppe får du sagt mindre enn i et individuelt intervju. I et intervju vil jeg ha større anledning til å stille spørsmål om den enkeltes forståelser og erfaringer. Det gis ofte ærligere svar i et intervju enn gjennom samspill i en fokusgruppe. Den sosiale kontrollen i en fokusgruppe kan hindre at forskjeller i erfaringer og perspektiver rundt emnet kommer fram. Hvis idealet i barsegruppen er å lage mat fra grunnen av, kan det hindre enkeltpersoner i å være ærlige på hva de mener (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Individuelle intervju gir ikke mulighet for innspill og ideer fra andre. I denne situasjonen er det heller ikke den sosiale kontrollen fra likesinnede som kan føre til en mangel på beretninger om sosialt ”ukorrekte forståelser”. Faren for at respondentene påvirkes til å svare det de tror jeg forventer at de svarer, er større i et individuelt intervju enn i en fokusgruppenesetting. Det er i begge metodene viktig å være oppmerksom på stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Johannessen et al., 2010).

Det kan være lurt å kombinere forskjellige metoder i et forskningsprosjekt. Metodene utfyller hverandre gjensidig og sikrer kunnskapsproduksjon. Jeg valgte å ta utgangspunkt i to allerede etablerte barselgrupper, og vurderte det som mest interessant å starte med fokusgruppeintervju. Jeg vurderte det som interessant å følge opp med å intervju tre av gruppemedlemmene for å gå mer i dybden og høre de ulike deltakernes forståelse og erfaring rundt temaet (Johannessen et al., 2010). Sies det samme i en fokusgruppe som i et intervju? De forskjellige type data kan fungere som kontroll av validiteten og reliabiliteten i forhold til hverandre.

Jeg valgte å bruke en form for flerstegsfokusgruppeintervju i den ene fokusgruppen hvor jeg ikke hadde individuelle intervju. Flerstegsfokusgruppeintervju bruker samme gruppe til å undersøke et fokusert problem, tema eller fenomen gjennom flere møter. (Hummelvoll, 2003). Gjennom dialogene skapes muligheter for å løfte deltakernes erfaringer opp på et høyere abstraksjonsnivå. Gruppefølelsen etableres i sterkere grad enn ved tradisjonelle fokusgruppeintervjuer. Gruppemedlemmenes erfaringer utforskes og utfordres av andres erfaringer når flere møter handler om samme tema (Hummelvoll, 2010). I barselgruppen jeg intervjuet, opplevde jeg at gruppefølelsen allerede var etablert.

### **3.2 Fokusgruppeintervju - flerstegsfokusgruppeintervju**

Fokusgruppeintervju er en form for gruppeintervju som er sentrert om et tema, i dette tilfellet spedbarnsmat. Denne metoden vurderte jeg som egnet for å bringe frem foreldres erfaringer og opplevelser vedrørende veiledningen rundt temaet barnemat.

Metoden produserer data gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt og arrangert. Medlemmene diskuterer med hverandre og samtalelederen er aktiv, stiller oppfølgingsspørsmål og presiserer. Deltakerne velger fokus og innhold og synspunkter og meninger produseres, under samtalen (Halkier, 2010). Gruppemedlemmene stiller spørsmål ved hverandres uttalelser og kommenterer hverandres erfaringer og forståelser ut fra en kontekstuell forståelse som man ikke har som forsker. Gruppemedlemmene lærer av hverandre, ikke av forskeren. Ved bruk av fokusgrupper kan jeg få komplekse data om veiledningspraksisen ved helsestasjonen på en måte som ikke er særlig påtrengende overfor deltakerne (Halkier, 2010). Det er viktig at jeg som samtaleleder bidrar til at diskusjonen er ryddig og at klimaet er trygt. Faglig tyngde og



metodisk innsikt er viktig. Indirekte spørsmål, som for eksempel å be dem fortelle hva de mener med begrepet ”ren mat”, fungerer godt i en fokusgruppe. Det kan også være lurt å introdusere emnet med et direkte spørsmål, for eksempel det som er mitt tredje forskningsspørsmål rundt hva de gir barna å spise (Johannessen et al., 2010).

En fordel ved å bruke barselgrupper som fokusgruppe, er at medlemmene kjenner hverandre godt og de deler naturlig erfaringer med hverandre. De kan utdype hverandres perspektiver på grunn av felles erfaringer og opplevelser. Svakheten er at noen kan dominere gruppen og at gruppen er blitt påvirket av dennes meninger. De eksisterende sosiale relasjonene kan forkludre de innholdsmessige mønstrene i deltakernes uttalelser. De må også stå for uttalelsene i ettertid (Halkier, 2010). Det er flest mødre i barselgrupper, noe som kan gå utover validiteten da fedre også mater babyene sine.

### **3.3 Individuelt intervju**

Individuelt intervju var en god metode da jeg vil gi informantene større frihet til å uttrykke seg om erfaringer og oppfatninger rundt veiledningen om spedbarnsmat. Intervjuet skal samle inn åpne og nansere beskrivelser av ulike sider ved intervjupersonens opplevelse. I intervjuet blir det utvekslet synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som opptar dem begge. Samtalen har en viss struktur og hensikt. Jeg som forsker definerte og kontrollerte samtalen, og forskningsintervju er derfor ikke en konversasjon mellom likeverdige deltakere. Siden det finnes få forhåndsstrukturerte eller standardiserte prosedyrer for hvordan kvalitative intervjuer utføres, må mange metodologiske beslutninger fattes under intervjuet. Det krever et høyt ferdighetsnivå hos intervjueren (Kvale & Brinkmann, 2009).

Et intervju bør inneholde både faktaspørsmål og meningsspørsmål. I denne undersøkelsen ville jeg få frem dimensjonene foreldrene mente er viktige for undersøkelsen, og valgte derfor å bruke ustrukturert intervju, uformelt med åpne spørsmål, og semistrukturert intervju med spørsmål som fokuserte på de intervjuedes opplevelse av emnet.

Å spørre vedkommende hva han eller hun gjorde, er et operasjonaliserende spørsmål som er lett å måle svaret på. Jeg måtte være oppmerksom på at intervjupersonens svar noen ganger var flertydig. Det kunne skyldes kommunikasjonsvansker, være uttrykk for

inkonsekvenser, ambivalens eller motsigelser i den intervjuedes livssituasjon. De kunne også oppdage nye aspekter ved temaet barnemat, og spørsmålene kunne derfor gi anledning til refleksjonsprosesser.

### **3.4 Utvalg av respondenter**

Jeg hentet informanter fra to barselgrupper, rural og urban, strategisk utvalg, hvor medlemmene i gruppen hadde barn fra 4 – 6 måneders alder. Til intervju fikk jeg tre tilfeldige medlemmer av den ene barselgruppen som hadde barn i 6 måneders alder, og som hadde anledning til å møte meg samme kveld. I studier av konkrete praksiser, som i dette tilfellet er helsestasjonen, kan det være nødvendig å knytte funn til bestemte posisjoner, profesjoner eller personer i et system (Forskningsetiske kommiteer, 2010). Undersøkelsen kan oppfattes å være kritisk til veiledningspraksisen på helsestasjoner, og det kunne derfor vært interessant og nyttig å intervju helsesøstre for å få deres oppfatning av spørsmålet/problemet, noe jeg valgte å ikke gjøre i denne omgang. Om helsesøstrenes synspunkter samsvarer med brukernes, kan være et utgangspunkt for en oppfølgende undersøkelse.

Problemstillingen gjorde det formålstjenlig å ha en homogen gruppe. Det måtte være forelder og barn, og helst barn i alder der de introduseres for fast føde, 4 – 6 måneder gamle. Siden det var praktisk og enkelt å bruke barselgrupper, gjorde jeg det. Jeg ønsket ikke for høyt frafall, og trengte en gruppe med minimum 5-6 medlemmer. I den rurale gruppen hadde alle barn fra før, mens kun to hadde barn fra før i den urbane gruppen.

Refleksjonsnivået øker om informantene har mange av de samme opplevelsene. Når gruppen er i samme situasjon, kan det skape trygge rammer som fremmer aktiv deltagelse blant informantene. Jeg kunne valgt å intervju fedre også, og da hadde jeg nok fått andre data. I og med at flere fedre deltar i ”matingen”, kunne det vært interessant. Noen av informantene uttrykte at far var ivrig til å starte med fast føde. Jeg intervjuet ikke fedrene i dette prosjektet. Det kunne også vært interessant å se om det var andre tanker og meninger i en gruppe med informanter fra ulike migrantgrupper. Man kan også stille spørsmål om barselgruppene jeg intervjuet er for homogene, og at det var for lite bruddegenskaper i gruppen (Jacobsen, 2005). Jeg reflekterte også over om det primært er ressurssterke mødre som er medlemmer av barselgrupper.

Jeg hadde en stor grad av innvirkning på hvilke barselgrupper jeg valgte. Hensyn til lokalisering og reisevei påvirket noe. I utgangspunktet ønsket jeg å intervju 2 barselgrupper 2 ganger hver. Første gang mens barna deres var rundt 4 måneder (før de startet med introduksjon av fast føde), og deretter et påfølgende intervju to måneder etter når barna var 6 måneder. Det var ikke like enkelt å få tak i barselgrupper. Jeg forhørte først med en helsestasjon. Der ble jeg anbefalt å møte opp på et barseltreff i en bydel og se om jeg fikk vervet en barselgruppe der. Jeg fikk tak i en barselgruppe via en kollega av min svoger som jeg ikke kjente på forhånd. Det viste seg at flere i gruppen hadde barn som var over 6 måneder, samt at noen av mødrene var begynt i jobb. Det gjorde gjennomføringen vanskelig. Til slutt fikk jeg avtale med en gruppe via en av mine kursholdere, og en annen gruppe via en av mine studenter ved UIS. Hverken kursholder eller student var med i fokusgruppen, og ingen av de jeg intervjuet hadde vært på kurs med meg før intervjuet. Jeg visste ikke noe om hvem som var medlemmer i barselgruppene før jeg traff dem. Den ene barselgruppen hadde funnet hverandre via facebook og den andre var organisert via helsestasjonen.

## **1.2. Gjennomføring**

Jeg sendte informasjonsskriv til informantene i forkant for informert samtykke (vedlegg 2). For å forsikre meg om at jeg fikk svar på forskningsspørsmålene, utviklet jeg en intervjuguide som jeg brukte under alle intervjuene (vedlegg 3). Jeg ønsket ikke at spørsmålene alene skulle bli førende for hvordan samtalene utviklet seg, og tok med flere spørsmål jeg ville ha i bakhånd i fall jeg skulle trenge dem om samtalene skulle stoppe opp.

Gjennomføringen fant sted på dagtid, og jeg tilpasset meg og traff barselgruppene da de normalt pleide å treffes. Dagen var i utgangspunktet godt innarbeidet som møtepunkt, og disse treffene er noe gruppemedlemmene ser frem til og helst ikke vil gå glipp av. Oppmøte var derfor stort.

Intervjuet ledet jeg selv, og jeg brukte ikke referent/medhjelper. Det var vanskelig å få med seg en person siden intervjuet ble gjennomført på dagtid, og ikke i jobbsammenheng hvor jeg kunne få hjelp av en kollega. Jeg vurderte det også slik at det kunne være litt voldsomt å komme to eksterne på ”besøk” i en vel etablert gruppe. Muligens kunne det ha påvirket

informantene slik at de ble mindre avslappet. Jeg tok opptak av samtalene og gjorde noen små notater under selve intervjuet. I etterkant av intervjuet skrev jeg noen stikkordsnotater, samt pratet på lydopptakeren da jeg satte meg i bilen. Da fikk jeg lagret mine egne ferske tanker og oppfattelse jeg hadde gjort meg rundt intervjuet, samspillet dem i mellom, rammene, støy, stemning m.m.

Første fokusgruppeintervju ble gjort på kafé. Det var få gjester og rolig atmosfære på kafeen. Fordelen med å treffes der, var at ingen trengte å være vert, i motsetning til den andre gruppen. Jeg presenterte meg først, lot de få forsyne seg med kaffe/te og mat før vi startet samtalene. Jeg gav uttrykk for at jeg ønsket de skulle prate mest mulig, at jeg ville gi dem muligheter til å komme med forskjellige synspunkter, finne felles forståelse, at de kunne inspirere hverandre, at ulike synspunkt var nyttig å få frem osv. De andre intervjuene foregikk hjemme hos en av informantene, også de individuelle intervjuene.

Jeg hadde ikke mange faktaspørsmål i min intervjuguide, noe blant annet Kvale og Brinkmann anbefaler (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg innledet intervjuet med faktaspørsmål knyttet til informantenes familiesituasjon, hvor mange barn de hadde, alder og jobb o.l. Antall barn hadde relevans i forhold til oppgaven, men det var også hyggelig å bli kjent med dem og få en fin start. Jeg fortalte dem hva formålet med intervjuet var, stilte det første spørsmålet og utfordret dem på det første temaet i intervjuguiden. De svarte alle etter tur. Etter hvert tok jeg opp tråden videre ut fra hva de pratet om og lot informantene styre samtalen i mest mulig grad. Når det ble taust, gikk jeg tilbake til guiden og stilte flere spørsmål. Jeg var likevel varsom med å styre, siden det kan hemme utviklingen av gruppens indre dynamikk (Hummelvoll, 2010). Til slutt spurte jeg om de hadde noe annet de ville trekke frem, som de var opptatt av.

Jeg opplevde at det var forskjell på engasjementet blant informantene. Samtalene gikk mer flytende i den ene gruppen hvor de var svært pratsomme og gav rikelig med informasjon. Der kunne jeg lene meg tilbake og fungerte mer som ordstyrer. Et par var mer forsiktige enn andre, pratet lite og var mindre interessert i diskusjonen. Kan være de hadde lite å si, at de hadde et mindre bevisst forhold til temaet. Årsaken kan også være at deres barn var yngre og at de hadde ikke startet ordentlig med fast føde. Det var flere "tause" i den urbane gruppen som var organisert via helsestasjonen. Jeg fikk et inntrykk av at de ikke kjente

hverandre så godt, samt at aldersforskjellen på mødrene var større sammenlignet med den rurale gruppen. Medlemmene i den sistnevnte gruppen uttrykte at de trivdes svært godt sammen, at møtene var noe de så frem til.

I etterkant av første fokusgruppeintervju, og før neste møte med gruppen, sendte jeg et sammendrag av intervjuet (vedlegg 4). De fikk da muligheten til å komme med bemerkninger og kommentarer, noe som øker den dialogiske validering i størst mulig grad (Malterud, 2003). Jeg lot dem også få ta opp andre tema hvis de ønsket det, om de hadde tilføyelser.

Utfordringen var støy fra babyene, men det var jeg forberedt på. Det tok imidlertid bort noe av fokuset for enkelte av mødrene. Det hendte at mor forlot gruppen for å roe ned barnet. Jeg opplevde at noen var mer stresset enn andre. Jeg tok derfor opp tråden igjen på slutten, når de satt på gulvet med babyene krabbende foran seg. Det å intervju 3 i den ene gruppen på kvelden i ro og fred, gjorde også at jeg fikk mer utfyllende informasjon enn gjennom intervjuene som ble gjort på dagtid. I ettertid har jeg vurdert om det kunne vært bedre om de hadde kommet uten barna. I den første gruppen var halvparten uten barn, og det var enklere å få flyt i samtalen.

### **3.5 Transkribering av intervju**

Lydopptakene gjorde jeg på mobil, Iphone 5. Kvaliteten på lyden var god, men det var ikke bare enkelt å foreta intervju av fokusgrupper med mange spedbarn til stede. Det er mye støy på lydopptaket, og enkelte ganger var det vanskelig å høre hva informantene sa.

Jeg transkriberte på dialekt for å få frem nyansene tydeligere. Arbeidet gikk likevel ganske fort, da jeg er vant til å skrive på maskin. Jeg transkriberte alle intervjuene selv ganske snart etter intervjuene var gjort. Det var jeg glad for i ettertid siden jeg da husket bedre, og transkripsjonen gikk lettere. Siden jeg også gjennomførte 3 individuelle intervju, ble det en god del å transkribere. Jeg satte fiktive navn på informantene i de individuelle intervjuene. I råmaterialet prøvde jeg så godt jeg kunne å sette fiktive navn på deltakerne i fokusgruppene. Barneskrik og annen støy det vanskelig å få med seg hvem som sa hva, og jeg valgte å gå bort fra å sette navn på dem i oppgaven og brukte bindestrek i stedet. Jeg syntes det var spennende å foreta intervjuene. Refleksjonen rundt det som ble sagt, og

måten det ble sagt på startet straks jeg var i bilen og fortsatte under transkripsjonen av materialet. Kvale og Brinkmann (Kvale & Brinkmann, 2009) støtter synet på at transkripsjon av eget materiale utgjør en start av meningsanalysen. Etter den første transkripsjonen, ble jeg også mer bevisst på meg selv i intervjurollen. Jeg ble ikke så stresset under neste møte om mødrene tok seg en pause, og jeg startet opp samtalen igjen da alle hadde flyttet seg på gulvet. Da satte jeg på opptakeren igjen og fikk mer verdifull informasjon fra noen av informantene.

Underveis i prosjektet har jeg skrevet ned tanker og ideer som har dukket opp. Jeg har ikke skrevet systematisk forskerlogg, men har hatt et dokument på maskinen hvor jeg har notert momenter, refleksjoner, tips til litteratur og forskning underveis. Jeg har også gjort opptak av meg selv på telefonen da jeg ofte får tanker og ideer mens jeg kjører bil eller går tur i heia.

### **3.6 Analysemetode**

Jeg skal ikke hente svaret eller løsningen på det jeg er ute etter hos informantene, men søke innsyn i deres fortolkning av problemet og studere hvorfor de sier det de sier i henhold til hermeneutisk tradisjon (Johannessen et al., 2010). Både i planleggingen og i gjennomføringen av studien måtte jeg være bevisst mine egne holdninger, være åpen overfor nye og uventede fenomener og unngå ferdigoppsatte kategorier og fortolkningsskjemaer (Kvale & Brinkmann, 2009).

Å fortolke vil si å utvide forståelse ut fra det å forsøke å forstå mening, dykke ned i og sammenligne små mengder datamateriale (Halkier, 2010). Jeg har valgt analysemetode etter inspirasjon fra Kvale og Bringtman (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg kodet materialet, delte det opp i enheter/tema og søkte etter mønster og trender. Først skrev jeg stikkord i margen etter transkriberingen var gjort. Deretter merket jeg svarene med tema ut i fra hva som var blitt sagt, hva de hadde svart på ut fra intervjuguiden. Jeg så etter variasjon og nye momenter som dukket opp etter hvert, samt hvilke tema det var enighet og uenighet om. Etter samtale med veileder ble det litt klarere for meg hvilke kategorier jeg skulle dele funnene inn i (vedlegg 5).

Oversikten jeg skrev i starten var noe rotete med kategorier, tema og forskningsspørsmål om hverandre. Veiledning var for eksempel sentralt i min forskning. Det at informantene søkte veiledning handlet mye om tillit, og jeg valgte derfor tillitt som en kategori. Et annet funn var at de var stolte av å lage mat selv og kjente mestring (self-efficacy) ved dette. Jeg opplever også at dette er en sårbar gruppe (lett påvirkelige) og vil legge frem funn rundt dette temaet. Tidsklemma ble også nevnt et par ganger, og jeg valgte derfor å ha det som en kategori.

Jeg skrev et tankekart over hver kategori for å få en oversikt over hva jeg skulle ha med hvor. Et tankekart gav meg muligheten til å notere tanker underveis, og gav meg god oversikt.

### **3.7 Forskningsetikk og førforståelse**

Forskningen min er praksisnær, og selv-refleksivitet er et sentralt moment i masteroppgaven min. Underveis har jeg brukt mye tid på å være bevisst min forskerrolle, min egen posisjon som forsker, utfordringer og styrker. Jeg er svært engasjert i temaet, har personlige erfaringer, og min intuitive kunnskap kunne virke styrende på forskningsprosessen uten at jeg er klar over det selv. Ville jeg komme til å overse momenter i empirien som ikke passer inn i analysen? Jeg som forsker må være bevisst på hva jeg bringer med meg inn i forskningssituasjonen av oppfatninger, meninger, kunnskap, erfaringer og fordommer (Hummelvoll, Andvig, & Lyberg, 2010). Mens jeg arbeidet med masteroppgaven var det viktig at jeg under hele prosessen reflekterte over distansen mellom meg og mine personlige erfaringer, og det som skulle utforskes. Både i planleggingen og i gjennomføringen av studien måtte jeg være bevisst mine egne holdninger, være åpen overfor nye og uventede fenomener og unngå ferdigoppsatte kategorier og fortolkningsskjemaer (Kvale & Brinkmann, 2009).

Kjennskap til temaet er et stor motivasjon til å skrive masteroppgaven. Utfordringen er at alt jeg synes er interessant, ikke alltid er like relevant. Jeg har prøvd å være åpen for nye refleksjoner og betraktninger som avviker fra min førforståelse. Det har egentlig vært interessant da det har dukket opp momenter, temaer som jeg ikke hadde tenkt på forhånd, og som er interessante. Å ha en veileder som kunne gi tilbakemelding på og vurdere hvorvidt min førforståelse påvirket for eksempel utforming av intervjuguide i for stor grad.

har vært trygt. Jeg meldte undersøkelsen til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste), grunnet indirekte identifiserbare personopplysninger, før jeg begynte med intervjuene (vedlegg 1). Informantene stilte frivillig til intervju, og de fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst i prosessen. De fikk også vite at resultatene skulle brukes i en masteroppgave. Dette er i henhold til generelle forskningsetisk praksis (Forskningsetiske komiteer, 2010).



## 4 Funn

Det er viktig å ha kunnskap om intervjutemaet for å kunne stille gode spørsmål, men også viktig å reflektere rundt mine egne forutsetninger, min forståelse av hva fortolkningen bygger på vedrørende forskningstemaet (Kvale & Brinkmann, 2009). Min kunnskap og erfaring påvirket meg nok i forhold til hva jeg var på jakt etter, og hva jeg så som interessant. Kunnskap og erfaringer bringer jeg med meg inn i analysearbeidet. Jeg må ikke trekke forhastede konklusjoner i forbindelse med analysen av intervjudata, men være åpen og følsom overfor de mange nyansene i det informantene forteller meg i samtalene. Jeg har valgt å gjengi en god del av uttalelsene som direkte sitat, for på den måten å synliggjøre viktige uttalelser fra informantene, samt kommunikasjonen dem imellom. Jeg har valgt følgende kategorier:

- Tillit
- Sårbar gruppe
- Stolthet over å lage maten selv
- Tidsklemma

Jeg har ekskludert materiale som ikke omhandler spedbarnsmat. Informantene kom inn på blant annet temaet amming. Dette er et stort tema, og siden jeg i utgangspunktet hadde mer enn nok data som omhandlet veiledning og spedbarnsmat, valgte jeg å utelate det.

### 4.1 Tillit

Et av forskningsspørsmålene handlet om hvilke erfaringer informantene hadde vedrørende veiledning. Hvor søker de veiledning og informasjonen de trenger om barnemat? Og hvordan opplevde de veiledningen? Funnene indikerte at dette handler mye om tillitt. Informantene søker informasjon, veiledning og råd hos personer og kilder de har tillitt til.

Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste (Luhmann, 1979; Seligman, 1997).

Ut fra det informantene fortalte, søkte de mest råd og veiledning hos hverandre, på helsestasjonen, noe på nettet og noe hos mor. Reklame følte de seg ikke påvirket av, og søsken ble ikke nevnt. Da jeg spurte dem om de søkte veiledning hos mødrene sine, kom

det frem i den ene gruppen at de gikk til sin egen mor fremfor å søke på nettet. Besteforeldre som gav barna dessert og godteri før de foreldrene selv ønsket det, var også et tema i den rurale gruppen.

#### 4.1.1 Forventninger som ikke innfris

- Jeg føler at den informasjonen som gis på helsestasjonen skal være prima, men om den er det, det er noe annet!

Dataene viser at forventningene til helsestasjonen er høye. Men selv om denne informanten stilte spørsmålsteget med informasjonen fra helsestasjonen, uttrykte flere av mødrene at de hadde tillit til helsestasjonen og følte de kunne prate med helsesøster som de gikk til. Noen uttrykte at helsesøster var fantastisk og oppegående. En informant fortalte at helsesøster hadde redda ammingen da hun fikk det siste barnet. Andre igjen brydde seg lite om helsestasjonen stilte spørsmål vedrørende kompetansen på helsestasjonen:

- Eg bryr meg ikkje mye om helsestasjonen da.
- Så har de ikkje kompetanse på det, kanskje, og ikkje helsestasjonen heller...

Flere av informantene savnet og hadde forventninger om at helsesøster tok opp temaet barnemat. Begge fokusgruppene hadde følelsen av at det var mye annet helsesøstrene prioriterte å prate om. Veiledning om barnemat ble gitt for sent, hvis det i det hele tatt var et tema. Flere av informantene fortalte de hadde introdusert barnet for fast føde tidligere enn anbefalt, og før helsestasjonen tok opp temaet. En informant syntes det var et vanskelig tema å ta opp. I første intervju av den urbane gruppen, hadde ingen pratet med helsesøster om spedbarnsmat. Årsaken kunne være at barna var 4 måneder, eller at det var for mange andre tema som var viktige å prate om. Da jeg traff dem igjen to måneder etter, var det fremdeles få som sa de hadde fått veiledning om spedbarnsmat og hvordan lage den selv:

- Eg har ikkje fått noen anbefaling fra helsesøster enno. Det er nesten så eg tror at helsestasjonen anbefale på itteskudd og ikkje på forskudd [blir bekreftet av andre i gruppen].
- Eg spurte faktisk om mat, men då sko eg venta te 6 måneders kontroll. Då sa hu med konge ta ein time om mat, ka eg tenkte om mat.
- Då e det sikkert sånn at den timen komme ikkje automatisk, så må med spør om det.
- Har mye aent å snakke om, så når me komme te det, så sa hu at det va bare å gi så lite så mulig, og så tynt som mulig... Ja, eg e langt forbi det, eg e allerede på to porsjoner.

- Det er jo ingen som snakker om å lage hjemmelaget.

Mange av informantene var usikre på når de skulle begynne med fast føde. Noen men ikke alle hadde fått eller hørt noe om brosjyren ”Mat for spedbarn”, som de selv trodde het ”Tid for mat”. En av informantene lurte på om det kun var den informasjonen de skulle få. De hadde en forventning om at helsestasjonen skulle snakke mer om heftet:

- Du får den brosjyrå, men de snakke ikkje om det. De ser på ongen om han har det bra, måle han litt, tjohei, og så e det ut igjen. Det e helst eg så spør, men eg e heilt ok med det og, og så har eg den barselgruppå (Bente).
- Kan kje huska me har snakt om introduksjon og sånt, spurte helsesøstrå om det gjekk greit, og smoothie, så spurte ho ka eg gav. Så sa hu at eg kunne prøva å introdusere på middag, siden hu våkne så møje på nettene. Det e vel det eg har snakt om. Eg har jo ikke sport heller. Har fått nogen hefter, men eg e kje av dei så lese dei heller (Carina).

Ikke alle leste brosjyren eller spurte om veiledning, og flere mente at helsesøster forventer at brukerne spør når de trenger råd, at dette er brukerstyrt.

#### 4.1.2 Motstridende veiledning og råd

- Vanskelig å veta ka ein kan stola på. De må jo få i seg riktige ting. Eg vett jo jern e viktig

Det var vanskelig å vite hvem de skulle stole på da informantene fortalte at helsesøstre hadde ulike meninger. Jeg spurte derfor om de opplevde at helsestasjonen hadde ”nok” kunnskap om barnemat, og da svarte den ene informanten kontant: – Nei, tror ikkje de vet noen ting... Spørsmålet kan oppfattes som ledende, men intervjumaterialet viste flere steder at mange av mødrene hadde lav tillitt til den informasjonen de fikk om spedbarnsmat. Noen av informantene hadde også en annen oppfatning av hva som var bra for barnet, enn det de ble anbefalt av helsesøster.

- De sier bare det de har fått beskjed om de, fra de dere helse, helse...
- Helsedirektoratet (red).
- Ja.
- De går jo ut fra rettningslinjene.
- Det er jo anbefalinger om brød og lettmelk og slike ting. Jeg gir ungene mine H-melk jeg, det har jeg alltid gjort.

En helsesøster, som brukeren syntes var flink, hadde i følge informanten sagt at rådene kunne være gammeldags. Helsesøster kjente ingen som ikke introduserte mat allerede når

barnet var 4 måneder. Helsedirektoratet anbefaler fullamning i 6 måneder (Helsedirektoratet, 2002), men praksisen er en annen.

En av informantene gav uttrykk for, både i fokusgruppeintervjuet og i det individuelle intervjuet, sprikende veiledning i forhold til datterens fordøyelsesproblemer, og tok til slutt avgjørelser ut fra egen magefølelse:

- Det var kjempe vanskelig, fordi helsestasjonen sa eg skulle begynne med grøt, så blei det vanskelig, for ho fekk det ikkje av seg. Så gjekk vi te legen, og legen syntes det var utrolig at dei hadde sagt at ho skulle begynne med grøt. Så den seie det, og den seie det. Så har vi gitt ho noe avføringsmiddel, og det er jo ikkje anbefalt, men ka ska du gjer? Men det fekk vi deklartert med lege og helsestasjonen. Så var eg på legevakta, og ho legen der meinte eg ikkje burde gjer det. Så blei det litt sånn "åh, kven ska eg høyre på." sant? Så då berre kutta eg det, så nå har eg berre kjørt på med det som eg tenke e rett (Anne).

"Magefølelse" og intuisjon kan være uttrykk for taus kunnskap, som er kunnskap som er integrert i personen, og som personen selv ikke alltid er i stand til å begrepssette (Tveiten, 2013). Informanten fortalte videre at mange ville gi råd når barnet har kolikk, utenat de ble spurt om det og uten at de har satt seg inn i situasjonen.

Flere av informantene opplevde at det var andre råd de hadde fått med første barnet, sammenlignet med da de fikk sitt andre barn.

- Eg merke et generasjonsskifte. De er mye mer tolerante. Før var de "sånn gjer du det" – det var ikkje rom for å tenke sjøl, fornuft – blir oppmuntra til å stole mer på meg sjøl nå.

Med barn nr. 2 hadde hun større medvikning. En av informanenet som var nødt til å lage mer mat fra grunnen av på grunn av sykdom, stresst mindre med sitt andre barn.

#### 4.1.3 Søker råd og veiledning blant sine egne i barselgruppen

- Eg ville nok spurt dokker [barselgruppen] først, eller så ville eg ringt helsestasjonen. For de tar alltid telefonen.

Selv om informantene søkte råd og hadde tillit til helsestasjonen, uttrykte de fleste at barselgruppen var stedet de først søkte om råd og veiledning. Informantene trivdes godt i barselgruppene:

- Jeg føler vi får mye informasjon fra oss selv – fra barselgruppen  
- Er jo gode ting som vi også kan ha – du lagde jo noe som vi også kunne ha. Du hadde jo eple i en gryterett, og det hadde jeg aldri kommet på å ha oppi selv.

- Også er det barselgruppen. Der deler vi tips.

- Folk er snille i barselgruppå når de gir tips, ikkje kritikk. Me må respektera kvarandre. Me veldig forskjellig, både på vaksiner og mat (Bente).

De var forskjellig, men uttrykte det at de hadde respekt for hverandre. Den rurale gruppen hadde alle minimum 2 barn, var i samme livsfase og flere hadde partner som arbeidet offshore, på sjøen. I gruppen fikk de lette på trykket når de var irritert på partneren når han var hjemme, og når de var frustrerte over å være alene. Dette ble bekreftet i de individuelle intervjuene:

- Me e jo på same stadiet heile gjengen og har erfaring fra før. Me e voksnare, kanskje mer fornuftige. Du får mer info om hva du bør, og så er det hva de andre i gruppe lager, ka dei syns har fungert (Bente).

Barseltreffene var viktige. De treffes en gang i uka, og den rurale gruppen fortalte de var samlet i 4 timer. En av informantene flyttet legetimen om det var nødvendig. Det gode samholdet var til å føle på under intervjuene. Praten gikk livlig, de tok hensyn til hverandre og slappet godt av i hverandres selskap. De som hadde kunnskap delte med dem som var usikre, og de påvirket hverandre til å lage mat fra grunnen av:

- Ei i gruppå begynte plutselig å laga smoothie, dagen ittepå så va med 6 stk som gjorde det sama. Når den eine gjere det, så tenkte eg ”fader, det ska eg og gjer”. Bare tips te ka med kan laga smoothie av. Du klare ikkje alltid koma på ka du kan ha i an. Innputt, så får du hjernecellene dine te å tenka (Carina).

- Eg visste ikkje om avokado. Så det var knall kjekt at han kunne få det. Hadde ikkje komt på det sjøl. Både terapi og all slags der.

Spørsmålene jeg stilte handlet om veiledning vedrørende barnemat. Under diskusjonen begynte de å stille spørsmål til hverandre om ting de lurte på. En fortalte hun hadde lest at kyllingfilet kunne kokes i stedet for stekes, hvorpå en spurte hvordan vedkommende gjorde da hun kokte kyllingen, og fikk svar på det. Kommunikasjonen dem i mellom viste at de var trygge og hadde tillit til de som svarte. De som virket til å ha mest kunnskap og erfaring, delte med de som var usikre:

- Eg er litt usikker på om de ska spisa ein heil porsjon?

- Nei – det treng de ikkje, Ho spise aldri opp ein porsjon.

- Men det e noge de ikkje ska ha, det var derfor eg fant hefte fra helsestasjonen fra forrige gang. Kan han ha laks?”

- Det e vel kumelk og honning.

- Egentlig kan de ha alt... Salt skal du være forsiktig med. Brød e vel litt tidlig?

- Eg har hørt at ein kan begynne med brød.

I begge gruppene gav de barna ulike råvarer, og fikk tips av hverandre.

#### 4.1.4 Tillitt til matindustrien

- Den eg lage sjøl smake reinare.

Ut i fra intervjumaterialet, virker det som om flere av informantene har et ambivalent forhold til industriprodusert babymat. Noen av mødrenes uttalelser om industriprodusert barnemat var selvmotsigende. De har en mistanke om at den inneholder ingredienser som ikke er bra for barnet, samtidig som de serverer maten til barnet. Informantene uttrykker at de vet lite om hva babymaten inneholder, at de skulle visst mer, men at de stoler på at det er greit nok siden de selger det i butikken. De har likevel høy tillitt til maten som er i butikken. En av informantene mente helsestasjonen burde informert mer om hva ferdigmaten inneholder:

- Helsestasjonen har programmet sitt som de ska fylla, de ska seia det og det, men det er ikkje noge så seie at de informere at middagsglasene inneholde 1/3 av maten som burde vært der.

- Men hvorfor bruke du industriprodusert når du meine det kun inneholde 1/3 av maten? (Red)

- Når det står i butikkhyllene, så må det jo ver bra!

- Helsesøster var ikkje for eller imot. Heilt ok om du lage det sjøl, men også heilt ok om du kjøpe, for det e strenge krav her i Norge.

I dette ligger det også kritikk mot helsestasjonen for manglende opplysninger. Helsesøsters kommentar bidrar til at mødrene har høy tillitt til at ”butikken” og ”myndighetene” ikke tillater produkter i butikkhyllene som ikke er bra for barna. En informant så på seg selv som naiv og fortalte hun aldri leste innholdsfortegnelsen bakpå produktet. De hadde likevel tanker om tilsetningsstoffer. De syntes det var ekkelt å ikke vite og uttrykte misstillitt i så måte.

- Eg tenke og, ka e det de tilsette som gjør at glaset kan holde seg i 6 mnd.

- I flere år...

- Ja, ka e det dei putta i dei... som gjør at det kan være holdbart

- Det står ikkje kaldt ein gong. Det står temperert i butikken

- Det e jo ekkelt å tenke på. Det va jo ikkje så før i tiå, alt det ferdiga...

- Kjenne eg må laga.

Informantene reagerte på at maten setter farger på klærne og lurte på hvorfor. De gav likevel barna industrimat uten å undersøke videre hva den inneholder. Jeg spurte en av informantene om hun ville utdype det hun sa om tilsetningsstoffer.

- Egentlig burde eg visst mer om dette, men det gjer eg ikkje. Eg gjer det jo te ongen min. Det e jo godkjent for salg. Ideelt sett skulle ein jo lage alt sjøl, men det e jo ikkje alltid det går (Anne).

- Eg e ikkje opplyste i det heila tatt. Tror eg hadde fått hakaslepp om eg hadde gått på et kurs og fått hørt ka så faktisk e i de [produktene] (Bente).

Informanten er klar over at jeg holder kurs, og det kan være årsaken til at hun forteller om sin "uvintehet" vedrørende innhold i ferdigmaten. Hun tror kanskje jeg ønsker å høre henne fortelle om dette.

Informantene fortalte også at de ble engstelige når mattilsynet "viser ting", noe som jeg tolket slik at mattilsynet finner og advarer mot noe som ikke er bra i maten.

#### 4.1.5 Internett og litteratur

- Eg blir stressa av å google...

Flere informanter unngikk å søke etter informasjon på internett. Informantene i de individuelle intervjuene var mer tydelige på at de hadde nytte av internett, men de var nøye på hvor de hentet informasjon. Noen av informantene brukte internett aktivt og søkte etter kunnskap og tips på sosiale medier og blogger. Det var ikke alle nettforum de hadde like stor tillit til. Ingen brukte termingrupper for å finne tips og råd da de mente diskusjonene var hissige og voldsomme:

- Eg er medlem på hjemmelaget babymat. Der er det ikkje ufin tone.

De som brukte nettet, skaffet seg kunnskap om for eksempel hvordan koke kylling i stedet for å steke. Dette ble da et diskusjonstema videre i samtalen hvor vedkommende informant delte kunnskapen hun hadde funnet på nettet:

- Eg hørte med ei fra jobb så anbefalte en blogg som heter "Bare barnemat". Eg kikka litt på an, men då va han bare 4 mnd. Eg har tenkt å se på an igjen når eg skal begynne å laga. Det sto ein kunne koka kyllingen i stedet for å steika.

Kun en til to av informantene i hver gruppe fortalte de hadde brukt bøker aktivt og hatt nytte av det. De uttrykte at de laget en god del mat fra grunnen av, og var blant dem som veiledet de andre i gruppene. En av informantene syntes boken de hadde fått av en gammel tante i barselgave, var nyttig. Hun hadde gitt den i gave til en venninne. En av informantene som hadde lest samme boken, uttrykte hun hadde økt sin kunnskap på bakgrunn av det:

- Æ va nok litt påverka av det du [red.] har skrevet, så det har farga mæ – æ e blitt mer bevisst. Sjøl om æ ikkje har erfaringer, så har æ i alle fall læst en del. Hvis eg ikkje hadd læst, så hadde æ nok ikke hatt noen tanker om det å lage barnemat. Søskenbarnet mitt fikk den eine boka di, og det funka jo.

Det kunne vært vanskelig for informanten å kritisere meg som er forfatter av boken, men hun trengte ikke fortelle at søskenbarnet hadde fått den. Generelt var litteratur lite brukt. Flere hadde ikke sett i heftet fra helsestasjonen. Som en av informantene sa, så lå den nederst i sekken.

#### **4.2 Sårbar gruppe**

- Jeg er veldig usikker på om hun skal få begynne å teste nå – hu er litt over 3 måneder.

Informantene uttrykte behov for veiledning, råd, for kontakt og støtte. Samtalene dem i mellom viste at de stilte mange spørsmål til hverandre og støttet hverandre. De fulgte aldershenvisninger på grøtpakkene og middagsglassene slavisk. Flere var usikre på hvor lenge de skulle fullamme, og når introdusere fast føde:

- Kor møkje, kor fort og ka? Du har jo munge spørsmål.
- I dag blei eg usikker. Kan han ha dette, tenkte eg? Så måtte eg googla litt. Det e jo heilt tomt i hodet...(Bente)

Når de skulle introdusere fast føde, hva og hvor mye var tema de diskuterte mye seg i mellom. Som tidligere nevnt, brukte ikke alle hefte ”Mat for barn” fra helsestasjonen. Selv om de leste hefte, var flere av informantene usikre. Der står det at de skal fullamme til barnet er 6 måneder, mens helsesøster sier noe annet.

De mente selv at de ikke ble påvirket av reklamen, men at reklamen kunne være skjult. En informant hadde for eksempel kjøpt Nestlé grøt siden den var på tilbud. De påvirkes også av pris, og litt tilfældigheter. En informant fikk Nestlé morsmelkerstatning på sykehuset, og



valgte derfor dette merket når hun var i butikken. Utvalget i butikken hadde også betydning for hva de valgte.

Kommunikasjonen dem imellom fortalte mye om hvilke tanker de har om hva de selv mestrer. Det de fortalte at de gjør i praksis, forteller mye om hvor trygge de er og hvilken kunnskap de har. Noen uttrykte at det var enkelt å lage baby mat fra grunnen av:

- Nå huske eg ikkje heilt kor lenge de skulle koke maten, for eksempel kjøtt og sånt, for det ska jo være kokt?
- Komme vel an på ein visse grad?
- Eg huske at eg gjorde det sist. Kokte eple og pære, og det smake jo godt.
- Det er jo ikke noe hokus-pokus.

De var ikke redde for å stille hverandre spørsmål når de var usikre på noe:

- Men jeg vet ikke hva jeg skal gi i stedet for grøten. For du vett jo, og du tenker at det er nok næring - det vokser de på. Hva skal vi erstatte grøten med?

Noen av informantene slappet mer av og hadde større ro med barn nummer to. Andre husket lite fra tiden med første barnet:

- Forrige gang syntes eg det va litt vanskelig. Det var ein forventning om at du sko gjør alt rett.... det sko ver sånn... hei gjør du det? Det at du måtte liksom gje det besta.
- Så eg har ikkje satt meg skikkelig inn igjen no kos eg skal gjør det...

Begge gruppene uttrykte at helsesøster gav mindre veiledning om mat når de fikk andre barnet, men at de likevel hadde behov for veiledning om temaet. Jeg spurte informanten som fortalte at helsesøster poengterte at ferdigkjøpt er like bra, om hva hun tenkte om det:

- Eg trur hu ikkje vil gi oss meir press... Eg tror rett og slett det, at me ska få ta dei individuelle valgene (Bente).
- Skikkelig/ ekte mat: det er noe som ikkje er tilsett noge tenke eg.

Begreper som ren og ekte mat ble nevnt flere ganger. Flere av informantene uttrykte at økologisk er best, men få sa noe om hvorfor:

- Eg bruke mormelkerstatning, eller økologisk, for den e jo mildare for magen. Eg vett ikkje noge mer enn det.

Ren mat, ren fisk er idealet, men ikke alltid i praksis. De hadde også en formening om at innholdet i smoothieposene var rent:

Formatted: Bullets and Numbering

- Det finnes jo sonne smoothieposar kor du kan lage dine egne smoothier. De får ikkje trent motorikken med tongå med å tygga, som de gjør med skje og sånn type ting. Men de va kjekke de altså, inn i mellom. De e jo reine, og det er jo 100% frukt.

Jeg spurte hva de tenkte/mente med ren smak, og en av informantene svarte følgende:

- Hvis du vett det e heilt reint, naturlige stoffer, har du gjort det du kan på ein måte.

Den ”rene” maten av naturlige råvarer er det optimale. I et av intervjuene spurte jeg informanten om hvordan hun opplevde det å gi babyen industriprodusert når hun mente den hjemmelagede var ”renere”:

- Det er jo sårt, for du vet jo at det hjemmelaget er det reneste, det beste. Det er jo ikke tvil om det. Og det smaker jo ikke godt (Bente).

Flere av informantene var bevisste sine valg, og gikk ut i fra sin egen samvittighet. Det var ingen som kom hjem og ”arresterte” dem.

#### 4.2.1 Syn på egen kunnskap og ferdigheter (mestringstro)

- Tenke mye mer nå, men om eg e flinke nok, det e ein annen sak.

Informantene stilte mange spørsmål til hverandre, og en uttrykte tvil om hun var ”flink nok”. Jeg stilte dem spørsmålet om de opplevde å ha nok kunnskap om barnemat. Man kan diskutere hva ”nok” kunnskap er, og det kunne jeg også spurt dem om, noe jeg ikke gjorde. Svaret er likevel interessant:

- Nei, absolutt ikkje [alle... ler]
- Nei, eg vett ikkje kor eg ska leita.
- Vanskelig å veta ka ein kan stola på. De må jo få i seg riktige ting. Eg vett jo jern e viktig. Eg stole ikkje på google.
- Ja te å laga selv...
- Tror ikke det.
- Eg hadde det, men eg må sette meg inn i det.

De uttrykte ubehag over å ikke ha kontroll. Det var ubehagelig å lese artikler om hva som kunne være skadelig, når de hadde funne en bakterie i maten.

Det de praktiserer viser at de har en del kunnskap og erfaring, og stoler på seg selv og sine valg:

- Og så hadde eg oppi sånn usalta smør, og det ville ho ikkje ha. Vil prøve igjen, når ho e skikkelig svolten, prøve igjen så får vi sjå (Anne).

Denne informanten viser at hun har løsninger og plan for hva hun gjør videre for at barnet skal få i seg god næring. Hun følte også at hun var mer oppdatert enn foreldrene og svigerforeldrene. De la seg heller ikke opp i hva de gav til barnet. En annen fortalte at barnet hadde fått torsk og potet med gulrot til middag siden det var det de hadde til middag selv. Ikke alle var like glade i å lage mat, men ble inspirert av og til:

- Ei så hadde skrevet at hu hadde ein kresen unge og la ut ei oppskrift og eg syns det hørtas spennande ut. Lagde brød, og malte det ittepå. Men så hadde eg ikkje brødforn. Eg like egentlig ikkje å lage mat, det e mer stress enn kjekt, og spesielt når eg føle eg må (Carina).
- Ei i gruppå begynte plutselig å laga smoothie, dagen ittepå så va med 6 stk som gjorde det sama. Når den eine gjere det, så tenkte eg ”fader, det ska eg og gjer”(Carina).

Når de andre i barselgruppen kan, kan hun også! Samme informanten fortalte hun kunne bake tre brød på en dag hvis hun fikk inspirasjon.

### **4.3 Stolthet over å lage maten selv**

- Dritkry når me lagde smootie.

Å lage maten selv gav dem følelse av stolthet og mestring (self-efficacy). Det gav dem også følelse av trygghet og god følelse over at barnet fikk mat som smaker godt.

Informantene oppmuntret hverandre og skrøt av hverandres matlagingsferdigheter.

- Har bare gitt pulver – men tenker jeg skal lage selv, men det er så lettvindt. Har gitt avokado og slike ting.
- Det er jo bare bare å koke potet og gulrot når vi selv har mat.
- Ja, søtpotet, det likte hun knallgodt.
- Så bruke me meierismør og, selv om melange skal liksom være det sunne. Men det jo sånn fabrikkgreier. Men jeg bruker det i sauser da, synes det smaker best.

Vedkommende er bevisst som trosset anbefalingene, og viste tydelig at hun ikke var i tvil om hva hun syntes var best. Flere fortalte om barnas reaksjoner på maten de gav dem.

Mødrene var opptatt av smak og måltids glede:

- Eg ser at ho likar bedre den eg lagar sjøl enn den eg kjøpe. Kjenne det jo sjøl, at det er stor forskjell på smaken. Den eg laga sjøl smaka mykje reinare. Det kjeme eg te å fortsette med, for det e så enkelt (Anne).

Informantene uttrykte også at det egentlig kunne være enkelt å lage babymaten fra grunnen av:

- Jeg har en målsetning om å lage det selv. Det er jo bare å mose.
- Ja, det vil eg og gjør – søtpotet og sånn.
- Du fylle opp et isterningbrett som du fryser, så gir du en terning. Når du først koke opp, så koke du mer enn den ts.
- Det e jo genialt...
- Det e litt vanskelig med holdbarhet når du lage sjøl.
- Du fryse det jo, så lenge du fryse det så går det fint.

Som tidligere nevnt, syntes en av informantene at det var mer stress da hun fikk første barnet. Denne gangen eksperimenterte hun mer:

- Forrige gang syntes eg det var litt stress – men når du la vekk forventingspresset, så ble det gøy å eksperimentere og lage det selv.

Når veiledning fra helsestasjonen og fra leger var sprikende, valgte en av informantene å stole på seg selv. De som kunne lage mat, eller hadde funnet tips på nettet som de hadde prøvd ut, eller lest i bok, veiledet de andre. Informantene hadde for eksempel ikke kommet på å koke kjøttdeig hvis de ikke hadde fått tips via internett, og de syntes det var vanskelig å komme på hvilke grønnsaker de kunne blande sammen.

Informanten som slet med kronisk sykdom, inspirerte de andre i gruppen til å lage blant annet smoothie. Informanten bidrog til at andre i gruppen ble stolte, kjente mestring. Hun var i så måte en ressurs i barselgruppen.

En av informantene som åpent innrømmet at hun tok snarveier, var ikke mindre stolt av den grunn:

- Eg føle eg alltid tar snarveier. Heilt ærligt, så e det ikkje aktuelt for meg å stå 3 timer å lage mat som de sluke på et kvarter. Orker ikkje lage pastaen sjøl for eksempel. Koke jo poteter og sånne ting, lage sausen sjøl, men e ikkje så flinke med reint. Det blir litt kjøttdeig, og fisk – fiskekaker er fisk hos oss. Men det er jo ikkje nok fisk i fiskekaker. Reine fisk e jo reine mat. Men det e ikkje reelt for meg, men kanskje sånn i mellom. Men eg syns det e knall viktig med grønt te hvert måltid.

Selv om hun tar snarveier, viser hun at hun er bevisst på hvilke snarveier hun tar. Generelt er det få som lager pasta fra grunnen av, og vedkommende viser her at hun kan lage mat. Hun er bevisst på hva det er hun putter på bordet og har kunnskap om at grønt er viktig.

#### 4.4 Tidsklemma

Begrepet tidklemma ble nevnt, og om det ikke ble nevnt direkte, var det et underliggende tema. Flere ganger ble det nevnt at det i bunn og grunn var ganske enkelt å lage fra mat fra grunnen av, men ferdigmat tar likevel kortere tid og er et enkelt valg i en travel hverdag. Noen av informantene nevnte forventningene om å ha et ryddig og pent hus:

- Ting fra botn tar jo mye mer tid, enn om du smelle opp i ein ferdige ein. Det e jo derfor eg tar dei valgå eg tar, forenkla hverdagen min litt. Sånn at eg har tid te å ta litt husarbeid og.
- Ja det e liksom det, at av og te må ein velga vekk noge.

En informantene utdypet i individuelt intervju hva hun tenkte om tidsklemma. Hun nevnte forventinger om et ryddig hus, at alt skal være tipp topp. Jeg spurte henne hvorfor hun trodde det var slik?

- Me lage oss travle, me ska få te alt. Nå jobbe jo damene mer. Nå ser det jo ikkje ut så me har ongar. Rydde jo leker før de har fått slengt i fra seg. ”Å unnskyld rotet mitt,” så vett du det e strøkent. Det e kje rot, det e ein malplaserte ting i huset ditt. Kanskje opprettholde ein liten fasade. For det blir jo travelt hvis du legger opp til et uoppnåelig mål (Bente).
- Blir du stressa av det? (Red).
- Nei, nå har eg fått nr. 2, så nå er leker ein del av pynten min.
- Tidsklemmā, slik eg forstår deg nå, handler det om at dere lager dere travlere enn dere må? (Red).
- Absolutt. Snakket med helsestasjonen seinast i dag. Kor mye må eg, kor mye e det forventa at me ska prioritera ongen. Det e ofta slik at ”eg ska bara bretta den maskinen, ska bare rydda”. Sånn e det med maten også. Jo mer du lage te ongen din sjøl, jo mer kvalitetsikre du jo maten. 100 % kontroll på ka han får i seg (Bente).

I følge informantene i den rurale gruppen understreker helsestasjonen at småbarnsforeldre har det travelt, og presiserer at industrimat er like god som den de lager hjemme.

- Når jeg sa jeg skulle på barnematkurs, så sa hun: ”Kjempe bra, men her på helsestasjonen synes vi det er viktig at også ferdigmat er greit, at det også var riktig. Altså tidsklemma, at det er travelt, at det ikke skal legges press på deg å lage mat, at det skal være så sinnsykt travelt... At vi blir stressa, får dårlig samvittighet når vi tar en nødløsning. Det var bra å lage, men at det er godt nok det som er i butikken.

Jeg spurte henne hvordan hun opplevde dette at helsesøster sier ferdigkjøpt er like bra, og hun svarte at hun trodde de ikke ville legge press på dem. Ut i fra det informantene fortalte, hadde hun i dette tilfellet allerede tatt et valg for å gå på kurs.

Flere hadde barn fra før, og noen gav uttrykk for at det var travligere nå enn med det første barnet. En av informantene i den urbane gruppen fortalte om det første barnet som sov godt og var rolig, mens det andre barnet var aktivt og mer arbeid med. På en annen side uttrykte flere av informantene at de måtte lage mat til det eldste barnet likevel, så da var det ikke noe ekstra arbeid. Jeg spurte om det at de hadde barn fra før hadde noe å si for hvor mye mat de lagde til barnet:

- Gjedna det, for dei må jo ha mat.
- Dere snakker om tidsklemma...
- Nei.. ikkje så mye mer tid, ikke noe å bety.
- Eg lage middag sjøl hver dag, men det eg meine med tid, det e jo hvis eg ska stå ein heile dag å lage babyamat. Selvfølgelig, ein kan jo gjere det, ein må jo prioritere.

En av informantene følte det var forventning til at de skulle gjøre det beste da de fikk sin første barn, at maten skulle være økologisk, og at det tok tid å innfri disse forventningene.

- Det er jo et dagsprosjekt å komma seg te Ullandhaug for å kjøpa gulrøtter. Grunnen te at eg valgte økologisk forrige gang, var at det va så mye i media om Nestlé – litt sånn boikott...
- Då gjekk me på den økologiske gården å handla [ler], gutten fekk ein mat, og me fekk spisa fra butikken. Sko gjør det heilt itte bokå.

Informanten la dette frem på en slik måte at vi skulle forstå at hun var litt "sær" og "rar". Det var litt komisk å være så opptatt av økologisk, og nå i ettertid lo hun litt av seg selv.

Under samtalen i en av gruppene sier de først det er travelt og greit å kjøpe industriprodusert. Når en av informantene uttrykker at det ikke er så tidkrevende, bare å fryse, så er resten enige i det også. Deretter går de over på å prate om ferdigmaten, at den ikke er ren, at den må være tilsatt noe siden den holder seg så lenger, og derfor ville de i utgangspunktet lagt mest mulig fra grunnen av:

- Egentlig ville eg ha laga alt sjøl, sant, då ville eg hatt tid te å gjort det. Men det e jo ikkje sånt det e. Og då tenke eg det må vere greit å så kjøpe...[resten nikker og er enige].
- Og for at middagsglassene ska holda seg og, så må der ver tilsetningar.
- JA....
- Det kan kje ver reint.
- Det e jo faktisk bare å ta i frå fryseren og, når du ska på besøk.. e egentlig ikkje mer arbeid egentlig
- Ja, det e jo det...

Her er det flere ulike meninger og argumenter ut fra hva de praktiserer. Når man ikke har tid til å lage selv, har man en forklaring, eller begrunnelse for å velge industriprodusert.

Selv om de begrunner valget, er de likevel enige om at det egentlig ikke er mer arbeid. En av informantene som laget mye mat fra grunnen av, var ikke negativ til ferdigmat i perioder:

- Tenke no at det e greit når det er travle dagar, men litt kva ein prioritere også. Eg komme absolutt te å lage, men det betyr ikkje at eg ikkje komme te å bruke ferdigmat.

Informanten fortalte hun hadde en travel hverdag med mann som jobbet i Nordsjøen. Det var ikke alltid hun fikk tid til alt når han var reist.

## 5 Drøftning

Jeg må være oppmerksom på at informantenes svar noen ganger er flertydig. Det kan skyldes kommunikasjonsvansker, være uttrykk for inkonsekvenser, ambivalens eller motsigelser i den intervjuedes livssituasjon. De kan også oppdage nye aspekter ved temaet spedbarnsmat, og spørsmålene kan derfor gi anledning til refleksjonsprosesser (Johannessen et al., 2010). Etter å ha gått gjennom funnene, vil jeg svare på forskningsspørsmålene ut i fra kategoriene jeg valgte å organisere funnene i.

I empirien var det funn som handlet om tillitt til det offentlige og forsømmelse fra det offentlige som gikk ut på manglende informasjon og støtte i forhold til dette med introduksjon av fast føde. Det var mye usikkerhet blant mødrene når det gjaldt spedbarnsmat, men sterke bånd i barselgruppene hvor det oppstod mestringsfølelse og bemyndigelse.

Jeg ønsker å diskutere følgende temaer:

- Tar Barselgruppen over veiledning fra helsestasjonen?
- Fratrar helsestasjonen mødres tro på at de selv kan lage mat til barnet sitt?
- Fremmedgjort overfor naturlige råvarer?
- Praktisk kunnskapsformidling, - et verktøy for å redusere sosial ulikhet?
- Tidsklemma – noe som tres over hodet på småbarnsmødre?

### 5.1 Tar barselgruppen over veiledning fra helsestasjonen?

Svarene jeg fikk i intervjuene viser at informantene har mange spørsmål, og er usikre. Det gjør dem sårbare. Informantene uttrykker behov for veiledning, råd, kontakt og støtte. Veiledning de får er til en viss grad preget av tilfeldigheter. Hvilken helsesøster de går til og hvilken kompetanse helsesøster har om spedbarnsernæring, råvarer og matlaging har betydning. Medlemmene i barselgruppen er ofte tilfeldig satt sammen. Kompetansen innad i barselgruppen, og om gruppen domineres av enkelte personer har stor betydning. Ut fra funnene lar de seg lett påvirke og motiveres av hverandre. De mener selv de ikke har nok



kunnskap. Hvor skal de hente informasjon og råd? Hvordan kan de øke sin mestringsevne (self- efficacy) på å lage maten til barnet selv?

Flere av informantene mente veiledningen rundt spedbarnsmat og introduksjon av fast føde var mangelfull. Flere var misfornøyd med veiledningen de fikk, og noen var direkte uenige med det helsesøster anbefalte. De som hadde fått sitt andre barn, uttrykte også behov for veiledning. I følge informantene fulgte ikke helsestasjonen opp når det gjaldt råd og veiledning rundt mat og introduksjon av fast føde med hensyn til når begynne, hva de kunne gi, hvor mye osv. Det var opp til dem selv om spedbarnsmat ble et tema eller ikke. Manglende informasjon fra helsestasjonen, og til dels manglende tillitt medfører at mødre søker veiledning og råd om spedbarnsmat i barselgruppene, både den fysiske gruppen de er med i, og ”virtuelle” – barselgrupper / babymatforum på facebook og internett forøvrig.

Hensikten med helsestasjonens veiledning er å bidra til å styrke brukerens tro på seg selv og uavhengighet (Tveiten, 2007). Er synet på bruker i dette tilfellet, som ressurssterkt mor og kapabel til å lære å lage god og næringsrik spedbarnsmat, nok vektlagt? Påvirker opplevelsen og erfaringen fra veiledningen, med mangelfull informasjon om å lage spedbarnsmat, valgene mødre tar? Veiledning vil si å gi råd om det mødre trenger kunnskap om, og stille spørsmål om hvordan mødre kan forholde seg i fremtiden på bakgrunn av kunnskapen de nå har fått (Tveiten, 2007).

#### 5.1.1 Maktgrunnlaget for tillitt endres

Veiledning er et middel i empowermentprosessen. Som fagutøvere skal helsesøstre (helsestasjonen) legge til rette for at brukeren blir mest mulig i stand til å ta kontroll over forhold som berører eget liv og egen helse (Tveiten, 2007). En helsesøster er sertifisert på et område som gir autoritet i kraft av tradisjon, og tillitten er knyttet til helsestasjonen. Styrken på tilliten kan variere med grad av og grunnlaget for legitimitet, og den kan forvitte om helsesøster er upålitelig, eller om brukeren har valgfrihet. Informerte brukere utfordrer helsesøster og helsestasjonen på måter som før ikke var mulig. Tilgang på informasjon via internett bidrar til at brukere kan inneha bedre kunnskap om for eksempel spedbarnsmat enn helsesøster har. Dette kan endre maktgrunnlaget for tillit. Det kan oppstå

tvil om helsesøster kan jobben sin og påvirke vilkårene for. Tillit, makt og det å være sårbar knyttes ofte sammen (Grimen, 2001).

Når informantene sier at informasjonen ikke er prima, uttrykker de mistillit til helsestasjonen som de mener ikke formidler nok og riktig kunnskap, noe en av informantene uttrykte helt konkret ved å stille spørsmålstegn ved helsestasjonens kompetanse. Jeg har ikke intervjuet helsesøstre, så dette er kun brukernes oppfattelse. Men når brukerne betviler helsesøsters kompetanse, samt at forventninger ikke innfris, svekkes tillitten.

Barselgruppen har de derimot stor tillit til, og det tyder på at sosiale forhold er viktig. Flere av informantene hadde også nytte av utvalgte facebookgrupper og bloggsider på internett. Dette kan tyde på at mødrene søker informasjon og veiledning utenfor helsestasjon, at denne veiledningen har stor betydning for dem, for mestringsfølelsen og at de tar mer ansvar for egen helse.

Retningslinjene anbefaler fullamning til 6 mnd, noe som også står i hefte ”Mat til Spedbarn” som deles ut på helsestasjonen (Lande et al., 2002). En av informantene fortalte at helsesøster sa hun ikke kjente noen som ikke begynte å introdusere mat når barnet var 4 måneder. Andre igjen fortalte at helsestasjonen venter med å ta opp temaet spedbarnsmat, hvis de i det hele tatt snakker om temaet, til barnet er 6 måneder. Dette er en praksis som nok kan skape forvirringen blant foreldre. Helsesøster sier rett ut at det er vanlig å ikke følge det retningslinjene anbefaler. Hun forholder seg til virkeligheten, sine erfaringer som tilsier at de fleste begynner å introdusere mat fra 4 måneders alder. Kan dette bidra til at foreldre starter tidligere enn ønskelig med introduksjon av fast føde? Eller er retningslinjene urealistiske og virkelighetsfjerne? Er dette med på å skape usikkerhet blant mødre på hva som er riktig å gjøre? De som mener de har kunnskap om kosthold følger sin sin egen overbevisning og bryr seg ikke om retningslinjene.

Sprikende veiledning og råd skaper usikkerhet og gir liten troverdighet. I tilfellet hvor mor fikk tre ulike råd da barnet hadde problemer med hard mage, ble mor oppgitt og frustrert og tok til slutt ansvar selv. Mor ble ikke tatt på alvor, og kanskje fordi helsepersonellet manglet kunnskap om hvordan håndtere problemet, tok de for lett på veiledningen. De lyttet ikke til mor, som ikke fikk medvirke med sin kompetanse. Dette kan for mor

oppleves som useriøst og ”ovenfra - og ned” holdning, noe som ikke fremmer god helse. Når helsesøster viser mor til spesialist, lege, garanterer hun også for legens kompetanse. Mor stoler på legen siden helsesøster stoler på legen. Tillitt til ”mellompersoner” er en viktig mekanisme for spredning av tillitt. Rollen som helsesøster i denne sammenhengen, bygger på makt. Når kunnskap overføres fra et medlem i en gruppe til et annet, overføres også makt. I dette tilfellet overføres kunnskap om barnemat fra en person eller system til mor (Grimen, 2001). Mor sanksjonerte i dette tilfellet med å velge bort helsevesenet/legen, og stolte i stedet på sin egen magefølelse.

#### 5.1.2 Barselgruppen – et helsefremmede tiltak?

Mødrene i barselgruppen jeg intervjuet så ut til å motivere hverandre. De spurte hverandre, og fikk svar. At et gruppe medlem inspirerer resten av gruppen til blant annet å lage smoothie til barna sine, viser at hun er en rollemodell som i dette tilfellet bidrar til å gi resten av gruppen tro på at de selv kan lage mat selv, til at de fikk økt mestringsfølelse. De ble verbalt overbevist fra gruppe medlemmet, og var stolte og glade når de mestret og barnet spise det de hadde laget (Bandura, 1997). Gjennom dialogen innad i gruppen ble medlemmene stimulert til å reflektere, bli bevisst sine erfaringer, tanker og meninger. Medlemmenes selvstendighet og mestringskompetanse ble styrket. De gav hverandre råd, veiledning, bekreftelse og utfordringer og var stolte over det de fikk til. Det kan godt være noen følte seg utilstrekkelige, og som ikke fikk det like godt til som andre i gruppen. Det kom ikke konkret frem i funnene, men kunne gjelde dem som var minst engasjerte i diskusjonen, de som ytret seg minst.

Nettet er som en stor ”barselgruppe” som er åpen for alle og kan få en stor betydning i fremtiden, et verktøy i rask forandring som kan bidra til at kunnskapsformidling skjer raskt og effektiv. Nettsiden som ”Hjemmelaget baby mat”, slik den fungerer nå, er noe brukerne setter pris på. De har per i dag 16.000 brukere, og administreres av 3 mødre – som setter grupperegler og passer på at alle oppfører seg bra på siden. Å finne gode råd på nettet, som at kyllingen kan kokes i stedet for stekes, bidro til at den ene informanten fikk økt mestringsfølelse. Det viste seg også at hun formidlet dette videre til de andre i gruppen. De som hadde lest bøker og artikler delte også erfaringer fra disse kildene med resten av gruppen.

Barselgruppen bidrar til at de i større grad tar ansvar for seg selv og sin helse. De øker sin kunnskap gjennom sin deltagelse i gruppen, tar større kontroll over hva de gir babyen sin å spise. Kontroll var noe gruppen var opptatt av – jo større kontroll de hadde, desto større ble trygghetsfølelse. Når mødre oppdager, blir bevisst og styrker sin mestringskompetanse rundt det å lage babymaten fra grunnen av, kan det kanskje være tilfeldig eller takket være barselgruppen. I så måte kan vi si at helsestasjonen gjennom å organisere barselgrupper på sett og vis har lyktes med å gjøre folk i bedre stand til å ta ansvar for seg selv og barnas helse. Når det gjelder tilliten, kan den gjenvinnes med kunnskap. Spisskompetanse gjør helsesøstre i stand til å møte informerte foreldre, unngå misfornøyde brukere.

Hvis barselgruppen i praksis ”overtar” veiledningen vedrørende det som har med spedbarnsmat å gjøre, hvordan kan vi da sikre at alle får den veiledningen de trenger? De ”svakeste” i samfunnet har også rett på kunnskap de trenger for å få større makt og innflytelse for å kunne ta ansvar over barnets liv og helse (Green & Tones, 2010). Gruppene jeg intervjuet fungerte godt, men ikke alle barselgrupper fungerer like godt. Hva med dem som ikke føler seg hjemme i en barselgruppe?

## **5.2 Fratar helsestasjonen mødre troen på at de selv kan lage mat til barnet sitt?**

Funnene forteller at mødre etterlyser mer informasjon, tips og råd om mat og ernæring i barnets første år. Ut fra det mødre forteller at de gir barna sine, har flere av de en god del kunnskap. De som lager noe mat fra grunnen er stolte av det. Funnene viser også at de har mange spørsmål og utfordringer i forhold til dette med mat, og føler seg usikre. De savner mer informasjon, tips og råd om hva, når og hvor mye mat de skal gi babyen, men dette må de selv sette på agendaen. Nedprioriteres veiledningen rundt spedbarnsmat? I så måte unnlater helsestasjonen å veilede om et tema foreldre forholder seg til daglig og har behov for å snakke om. Det er også noe jeg erfarer gjennom min praksis:

- ”Jeg ble anbefalt Nestlé ferdiggrot av helsesøster, på grunn av alle viktige vitaminene den var tilsatt. Men jeg velger å trosse det og heller stole på meg selv. Syns det er rart at hun oppfordrer til å bruke Nestlé når jeg sier at jeg vil lage selv.”(Vea, 2011).

Kommentaren er skrevet på bloggen min av en leser. I min praksis møter jeg mødre som mestrer og ønsker å lage næringsrik mat til barnet sitt, men som blir møtt av helsesøster

som uttrykker skepsis og mistro til at vedkommende lager mat som inneholder den næringen barnet trenger. Hvis det stemmer, vitner det om mangel på empowerment (brukermedvirkning) under veiledning som ikke er helsefremmende. Det oppleves positivt og er mer effektivt når helsesøster legger vekt på empowerment under veiledningen. Foreldre setter pris på veiledning som ikke er dømmende (Barlow et al., 2010; Ruud, 2008).

Informantene gav tydelig inntrykk av at de er stolte og fornøyd når de lager maten fra grunnen av, selv noe så enkelt som en smoothie. De uttrykte at de egentlig var litt usikre på om det var bra å gi ferdigmat, at det er jo bedre å lage den selv siden de da ville vite hva som var i maten. Så hvorfor lager ikke mødre mer mat til barnet? Hva er årsaken til at mødrene ikke oppmuntres til å lage mer mat selv når det medfører at de blir både stolte og trygge? Når det å lage spedbarnsmat fra grunnen bidrar til å øke mestringsfølelsen, og til at mor føler hun tar bedre ansvar for barnets helse, endrer helseadferd (Bandura, 1997)? Mødrene unnskylder valget av industrimat med at mat i norske butikker må være trygg, noe helsesøster også bekrefter. Som en av informantene uttrykte, gjør helsesøster muligens dette for å gi dem god samvittighet.

Hvilken veiledning har vært nyttig og viktig for mødrene? En profesjonell helsesøster forventes å inneha kompetanse om hva som er bra å spise for spedbarn. Når helsesøster forteller at det er like bra med industrikjøpt når mor forteller at hun vil lære mer om å lage mat fra grunnen av, bidrar ikke helsesøster til å øke mestringsfølelsen hos mor (Bandura, 1997). Det kunne vært interessant å spørre informantene om hvorfor hun fortalte helsesøster at hun skulle på kurs. Var det fordi hun ville ha bekreftelse på at hun gjorde noe som var bra? Eller hadde hun gitt uttrykk for at hun var sliten, hadde dårlig tid og følte dårlig samvittighet over å ikke lage mat fra grunnen av? I dette tilfellet hadde vedkommende mor allerede tatt et valg for å gå på kurs. Ved å gi mor denne kommentaren, kan man stille spørsmålet om helsesøster trekker hennes beslutning i tvil. Hun bør kanskje ikke gå siden hun har det så travelt?

Med å legitimere ferdigmaten bidrar helsesøstre til at foreldre fraskriver seg ansvar fra å lage mat til barnet sitt selv. Ved å unnlate å veilede om hvordan mødrene kan lage spedbarnsmat fra grunnen av, reduserer helsestasjonen foreldres opplevelse av mestring, av

å ta kontroll over sitt eget liv. Utsagnet som at den ferdige er like bra viser at helsesøster ikke ønsker å fremstå som en person som anbefaler mor å lage maten fra grunnen av, at det er best. Tvert imot understrekes det at det er like bra med ferdigmat, men er den det? Tror helsestasjonen at det er det mødrene vil høre? Kan helsesøster være så opptatt med å støtte dem i valget av industriprodusert barnemat, at det går ut over veiledningen rundt det å lage den selv? Barnematindustrien sponser helsesøsterkonferanser (Norsk sykepleierforbund, 2013), noe som kan få helsesøstre til å fremstå som aktører med uryddige interesser. De kan bli oppfattet som aktører som er påvirket av barnematindustrien, noe som kan bryte ned tillitt da det kan oppstå mistanke om at helsesøster er blitt påvirket (Enders, 2015).

Det er for enkelt å gi mødrene et hefte ”Mat for spedbarn” (Lande et al., 2002), uten å prate om innholdet. Informantene fikk ikke noe forhold til hefte når de ikke ble introdusert for innholdet eller fikk veiledning i hvordan bruke det. Hefte ble liggende i bunnen av sekken. Man kan også stille seg spørsmålet om helsesøster tar det for gitt at brukerne ikke ønsker å lage mat fra grunnen av, og av den grunn ikke prater om hva som står i hefte.

Veiledning som bidrar til kunnskapsmangel, gir brukerne mindre makt, lavere mestringsfølelse og mindre kontroll. Ved å lage maten selv, opplevde informantene at barnet fikk ”reiner” mat, de følte de hadde kontroll, kjente stolthet og tilfredshet og det gav dem en god følelse. Kan mangel på informasjon om å lage spedbarnsmaten selv bidra til å svekke følelsen av det å mestre? Vi unngår aktiviteter som stiller krav om kompetanse vi tror vi ikke innehar. Kunnskap gir trygghet, som er med på å øke mestringsfølelsen (Bandura, 1997).

### **5.3 Høyt forbruk av ferdigmat – et resultat av fremmedgjøring?**

Hva sier det om samfunnet vårt dersom det vanligste er å gi spedbarna industriprodusert mat? Er det høye forbruket av industriprodusert spedbarnsmat et resultat av fremmedgjøring? Har de kommersielle aktørene klart å innbille foreldre om at den industriproduserte alternativet er bedre enn den de lager selv? Ser vi kun emballasjer og ikke råvarer? Funnene forteller at flere av informantene er lite kritiske til hva som står på emballasjen, og følger blant annet aldersanbefalingene som står på emballasjen. De velger mat ut fra hva som står på emballasjen, ikke ut fra hvilke råvarer de mener barnet trenger og hvilken kvalitet de innehar. Kan fokuset på næringsstoffer når man veileder om

babymat bidra til at foreldrene blir fremmedgjort overfor mat og råvarer og det å lage spedbarnsmaten selv? Informantene ville at barna skulle få i seg viktige næringsstoffer, og nevnte blant annet at jern var viktig. Informantene uttrykte usikkerhet og at de manglet kunnskap. De føler derfor at de ikke kan innfri og unngår å lage spedbarnsmaten selv (Bandura, 1997).

Informantene var opptatt av begreper som rent, økologisk og tilsetningsstoffer og trodde blant annet at økologisk var mildere for magen, at industrimaten inneholdt kun 1/3 av det den skulle. De har mange forestillinger om hva som er i ferdigmaten, mistanker om tilsetningsstoffer som ikke var bra og en av mødre mente hun ville fått hakeslepp om hun hadde visst hva som er i maten. Denne usikkerheten, er det et resultat fremmedgjøring, og utnyttes det i reklamen fra matindustrien? Faguttrykk og kompliserte ord som blant annet ”beriket med jern, kalsium, vitaminer tilpasset barnets behov” (Nestlé), er ord og setninger som får mødre til å tvile på seg selv. For de har jo ikke ”nok” om jern og barnet behov, og de er usikre på når introdusere hva og hvor mye. En av informantene uttalte hun var naiv siden hun ikke leste ingredienslisten bak på glassene. Årsaken til at småbarnsforeldre ikke leser ingredienslistene, kan være at de er for kompliserte og uforståelige. De har ikke grunnleggende kunnskap som skal til for å kunne forstå hva som står der, og dette bidrar også til fremmedgjøring. Naiviteten kan utnyttes. En person har mulig makt over en annen om han kontrollerer noe den andre har interesse i. Den andre kan derimot ikke kontrollere noe den første har interesse i. I dette tilfellet har derfor matindustrien kontroll over mor, og ikke omvendt. Slik asymmetri kan skape makt. Noen av informantene hadde full tillitt til det som sto i butikken. Det er naivt og kan utnyttes (Grimen, 2001). Selv om mødre mente at industrimaten ikke var bra, gav de likevel denne ”mistenkelige” maten til barnet sitt. For det som står i butikken er jo bra.

Deltakerne i mine fokusgrupper følte seg ikke utsatt for reklame, men mange aktører ser nok på denne gruppen som en kjøpesterk og lett påvirkelig gruppe. Å arrangere store barseltreff, er heller ikke bare veldedighet, men kan fungere som en ny måte for mediehusene å tjene penger på (Aftenposten, 2016). Arrangementene sponses av store og omdiskuterte aktører som Nestlé. Det er blitt strengere å markedsføre industriprodusert babymat på sykehus og helsestasjoner, men aktørene finner stadig nye veier for å nå usikre foreldre med markedsføring.

Mat er mer enn næringsstoffer, men likevel er det små krav til matvarekunnskap å spore i helsesøsterutdanningen (Fakultet for helsefag, 2005). Dette gjelder flere utdannelser. For 25 år siden hadde utdannelsen jeg tok tittelen ”Faglærer i ernæring, helse- og miljøfag”. Før min tid het det ”Hustellærerutdanning”. I dag har utdannelsen fått tittelen ”Samfunnsernæring. Den fysiske bygningen som huser utdanningen, ble flyttet fra Stabekk, som var omgitt av nydelige hager, trær og nedlagte grønnsakshager, til bygninger av betong og glass i Lillestrøm.

Avstanden mellom produkt og forbruker er blitt større, og vi har de siste årene på mange måter gått bort fra å spise mat, til å spise næringsstoffer. Maten er blitt et objekt, en ”ting” innpakket i emballasje. Vi beveget oss bort fra naturen, bort fra råvarene slik de opprinnelig var. Fremmedgjøring, som i dette tilfellet bidrar til kunnskapsmangel og lav mestringfølelse hos foreldre, er ikke helsefremmende.

#### **5.4 Praktisk kunnskapsformidling, et verktøy for å redusere sosial ulikhet?**

Mine informanter var tydelige på at de ikke visste nok, at dette var et tema de forventet ble tatt opp med dem, og det var noe de diskuterte i barselgruppen. Flere av mine informanter hadde gitt helsesøster signaler om at de ville ha en time om mat, men hva med dem som ikke spør? Hva med dem som ikke har noe kunnskap fra før, de som i det hele tatt ikke er klar over at de trenger råd og veiledning? Kan foreldrene være i stand til å ta avgjørelser hvis de føler at de ikke vet nok? Har brukerne reel brukermedvirkning når de ikke har kunnskap? Det at ”brukerne” er ekspert på seg selv, betyr det at de vet best? ”Selv om jeg er ekspert på meg selv, har jeg behov for rett til å få del i den kompetansen fagfolk har i forhold til mine anliggender? (Tveiten, 2007). Vi søker ikke ekstra kunnskap om det vi tror vi kan. Det gjelder også helsesøstre.

Kunnskap er makt – de som spør, de har i utgangspunktet ofte kunnskap. De leter på nettet, de diskuterer og leser bøker, de spør. Hvilken reel brukermedvirkning har de som i utgangspunktet ikke har peiling? De som slavisk følger informasjonen på emballasjen på grøtpakken eller middagsglassene? De som ikke er medlem i en barselgruppe, de uten eller som har et svakt sosialt nettverk?



De ressurssterke som allerede har erfaring og kunnskap om mat og matlaging stiller kanskje flere spørsmål enn helsesøster kan svare på. Mødre som setter seg godt inn i temaet, googler og leser bøker kan ha mer omfattende kunnskap og kompetanse om mat og matlaging, enn helsesøster. Temaet er viet liten plass i pensumet i helsesøsterutdanningen (Fakultet for helsefag, 2005). De som har liten kunnskap om råvarer og matlaging er i større grad utsatt for påvirkning fra markedskreftene, inkludert også helsesøstre som deltar på helsesøsterkonferanser (Grimen, 2001; Norsk sykepleierforbund, 2013).

#### 5.4.1 Større vektlegging av praktisk kunnskapsformidling i fremtiden

Informantene i oppgaven blir omtalt som en sårbar gruppe, noe funnene mine bekrefter. Å få et lite barn medfører mye ansvar, og for noen er det overveldende. Barn som ikke følger den gjennomsnittlige kurven for vekst, som ikke sover om nettene, som har vondt i magen, kan føre til bekymring og søvnløse netter. Huset skal holdes rent, og det er mye nytt å forholde seg til i den nye livssituasjonen. Hvilken veiledning bidrar til at mor føler seg mindre sårbar, bidrar til å økt mestringsfølelse hos mor? Noen av informantene hentet informasjon på internett. Nylig ble et forskningsprosjekt, BarnE-mat, satt i gang i regi av Universitetet i Agder. De ønsker å få svar på om kvalifiserte råd på nett fører til bedre matvaner og kosthold hos små barn. De søker etter 1000 familier hvorav halvparten får tilgang til nettportalen med veiledning og oppskrifter. Ut fra informasjonen jeg fikk fra mine informanter, kunne dette være et nettsted de ville brukt, siden det her ikke ville være ufin tone og kringling, som de opplever er virkeligheten på ”terminsidene”. Om denne siden vil fungere i fremtiden, vil det kunne være et godt hjelpemiddel for helsesøstre. Hva er motivet for en slik kampanje? Er nettet veien å gå? Vi ser matprogram på TV som aldri før, men lager sannsynligvis ikke mer mat fra grunnen av. Vil de som trenger det mest, som allerede putter oppskriftshefte nederst i sekken, bruke BarnE-mat på nettet? Helsedirektoratet vil ha innspill til ny handlingsplan for bedre kosthold (2017 – 2021), og ønsker blant annet forslag til konkrete kommunikasjonstiltak som kan bidra til å spise og tilpasse kommunikasjon, noe BarnE-mat i så fall vil være.

Funnene i mitt prosjekt viser at helsesøster har for lite fokus på heftet fra Helsedirektoratet, og at de tar opp temaet baby mat for sent. Det at brosjyren ligger i ”ranselen” og ikke brukes, forteller at det ikke nytter å kun dele ut skriftlig informasjon. Tekst på papir

inspirerer ikke like mye som det å utveksle erfaringer, se hvordan ting gjøres, smake og lære av andre "rollemodeller" (Bandura, 1997). Satser helsemyndighetene midlene på feil hest? Er det kun de ressurssterke som har nytte og glede av skrevet materiell? I handlingsplanen løfter Helsedirektoratet også frem et annet område:

*- Styrke praktiske ferdigheter i matlaging og skape mestring for alle. Helsedirektoratet ønsker innspill til konkrete tiltak og samarbeid som kan bidra til å skape økt mestring, og praktisk kunnskap om matlaging, råvarer og hygiene i alle aldersgrupper (Helsedirektoratet, 2016b).*

Her presiseres det at det bør satses på konkrete tiltak for å øke praktiske ferdigheter i matlaging. I mange år har vi fjernet oss fra råvaren, fokusert på næringsstoffer. Vi er fremmedgjort overfor naturen, overfor rene råvarer og hvordan lage mat, og det er ikke helsefremmende. Praktisk kunnskap bidrar til å øke kunnskapen om mat og råvarer og bidrar i så måte til å øke kunnskapen som fremmer helse.

### **5.5 Tidsklemma – noe som tres over hodet på småbarnsmødre?**

Noen av informantene brukte begrepet tidsklemma. Er "tidsklemma" blitt en metafor for det å ha det travelt? Begrepet ble i større grad brukt etter tidsklemmedebatt som pågikk i 2014, med utgangspunkt i psykolog Sissel Grans spalte Ung, sliten og lurt (Oddli, Kjøs, Næss, & Gran, 2004). Ulike forventninger fra samfunnet, familie, arbeidsgivere og fra en selv, kan være årsaken til at man havner i en klem mellom det man må gjøre, burde gjøre og ønsker å gjøre. Tiden strekker ikke til (Langedrag & Universitetet i, 2009).

Jeg stilte derfor mer utdypende spørsmål om hvordan mødrene oppfattet ordet tidsklemma. Svarene var interessante, og til dels selvmotsigende. Egentlig så hadde de tid, men de prioriterte å ha det ryddig i huset fremfor å lage mat. Det fremkom flere ganger under intervjuene, særlig fra dem som hadde noe erfaring med matlaging, at det egentlig ikke tok så lang tid å lage spedbarnsmat. Du kunne bare gi de en potet med smør på, fryse maten og ta den opp igjen. Noen var av den oppfatning at det tar en hel dag å lage spedbarnsmat, da er det kanskje ikke rart om de gir opp før de har prøvd. Mangel på kunnskap om hvordan lage mat til barnet på en effektiv måte, for eksempel ut fra hva familien ellers har til middag, kan være en faktor for at mange skylder på "tidsklemma" og kjøper ferdig i stedet.

Når helsesøsters holdning til at ferdigmat er like bra som hjemmelaget, samt begrunner det med tidsklemmeproblematikken, vil jeg stille spørsmålet om "tidsklemma" brukes for å legitimere bruken av industriprodusert baby mat. Å være fanget i tidsklemma, er det blitt en norm i samfunnet? Helsestasjonen forteller mødre at de ikke må ha "dårlig samvittighet" hvis de ikke lager maten fra grunnen av. Føler helsesøster seg kanskje forpliktet til å si at ferdigmaten er like bra, når hun forteller mor, som i utgangspunktet kanskje var stolt av å fortelle om matkurset hun skulle på, at industriprodusert er like bra?

Informanten som fikk høre av helsesøster at hun ikke skulle ha dårlig samvittighet over å gi barnet ferdigmat, fortalte i intervjuet at hun følte hun hadde 100% kontroll når hun laget maten selv. Kan det likevel være at informanten har et snev av dårlig samvittighet når det hun praktiserer ikke samsvarer med hennes indre overbevisning? Hjelper det å skylde på "tidsklemma" når hun innerst inne tenker at det er prioritering det er snakk om, at hun kan velge å rydde mindre for å få tid til å lage mer mat fra grunnen av? Dårlig samvittighet kan bidra til noe positivt, være startskuddet for en ny start, en forandring. Trygghet frigir også tid. Hvis mødre var trygge på dette med mat, visste hvordan de skulle lage mat, hva barna skulle få, når og hvor mye, ville kanskje skuldrene senkes og mestringsfølelsen øke. De ville finne løsninger, samt større frihet til å velge. De ville også kanskje vært mer fornøyd med situasjonen, og ikke kjent på den dårlige samvittigheten. Å bære frem et barn bærer med seg mye ansvar.

## **6 Oppsummering og behov for videre forskning**

Mødre savner at mat og kosthold blir satt på dagsorden, og ønsker mer informasjon om dette fra helsestasjonen. Når de ikke får informasjonen de trenger fra helsestasjonen, søker de veiledning og råd i barselgruppen, går på nettet eller spør mor.

Temaet hjemmelaget spedbarnsmat kan for enkelte ha en klam moralsk hånd over seg. Informantene diskuterte blant annet temaet ammepress, at mange oppfatter det å ikke amme som dårlig moral. Overfører vi de samme følelsene rundt den betente ammedebatten over på valget om å lage eller ikke lage spedbarnsmaten selv? Det er stor forskjell på å kunne velge og ikke kunne velge. Mange av de som ikke ammer, har ikke noe valg, og flere av dem bærer på en sorg over å ikke kunne amme barnet. Alle har i utgangspunktet et valg om de vil lage spedbarnsmaten fra grunnen av eller ikke. En av informantene brukte begrepet "riktig", at det å gi ferdigmat også var riktig. Å bruke begrepet "riktig" i denne sammenhengen er interessant. Hva er i så fall galt? Når man bruk ordene "riktig" og "galt" opp mot det å laga mat til babyen, legger man straks moral og etikk i tematikken. I dette ligger det et underliggende budskap om at det å lage barnematen selv er en god handling, og det å kjøpe ferdig er en ond handling. Er det like mye moral over å si at ferdigmat er greit, men at det å lage babymaten selv er bedre?

Funnene mine tilsier at mødrene er stolte og fornøyde, føler seg trygge og opplever mestring når de lager maten fra grunnen av. Måten de spør, og prater sammen på, viser at de er usikre. De trenger bekreftelse på at de ikke gjør feil. Noen tema innen barnemat har de ikke tenkt på, andre tema opplever de sannsynligvis som for komplisert og vanskelig, som for eksempel tilsetningsstoffer, og orker derfor ikke sette seg inn i emnet. Helsestasjonen bør derfor, hvis man skal jobbe i tråd med prinsippene i helsefremmende arbeidet og Folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), støtte og oppmuntre foreldre til å lage mer spedbarnsmat fra grunnen av. Det vil gi dem en større følelse av å ta kontroll og ansvar over det de gir barna, over barnas helse. Ut i fra disse funnene ser jeg at informantene trenger å få bekreftelse på at de gjør ting riktig. De trenger råd om hva de kan introdusere, hva barnet kan spise, bli trygge på egne avgjørelser og praksis styrke sin mestringstro. En konsekvens av dette kan være å satse mer på praktisk formidling. Det er behov for mer forskning i forhold til hva som fungerer innen helsefremmende

kommunikasjon. Denne undersøkelsen kan oppfattes å være kritisk til veiledningspraksisen på helsestasjoner. Å intervju helseøstre, høre hvilke tanker de har rundt temaet, kunne vært interessant og nyttig. Samsvarer helseøstrenes synspunkter med brukernes? Dette kan være utgangspunkt for en oppfølgende studie. Hvor stort fokus er det på hjemmelaget spedbarnsmat i helseøsterutdannelsen, og hvilken kompetanse har helseøstre på det å lage spedbarnsmat fra grunnen av?

Helsepedagogikk skal øke kompetansen blant offentlige helsearbeidere, samt utvikle personlige ferdigheter hos borgerne som bidrar til større medvirkning (Green & Tones, 2010). Målsettingen innen veiledning rundt barnemat bør være å legge til rette for at flest mulig foreldre blir trygge på at de selv kan lage næringsrik mat til barnet sitt. Samtidig må foreldre få god veiledning om industriprodusert mat når det er behov for det, på en måte som støtter opp om opplevelse av mestring.

Det er et stort helsefremmende potensial i det å gi foreldre god veiledning når de er i spedbarnsfasen, trygge dem på at de selv kan lage god mat (selv-efficacy), og vise praktisk hvordan gjøre det. Dette kan være et godt innspill til et konkret tiltak i forbindelse med utarbeidelsen av den nye handlingsplanen. (Regjeringen, 2016a). Spedbarnstiden kan være en god start på forandring og positiv endring av helseadferd. Kunnskap kan bidra til å bedre relasjonen til gode råvarer og matlaging som i det lange livsløp gir gode matopplevelser og matvaner, som igjen påvirker alle aspekter ved helsen på en god måte.

## Litteraturliste

- Aftenposten. (2016). *Norges største barseltreff*. Hentet 01.03.2016, 2016, fra <https://www.facebook.com/apbarseltreff/?fref=ts>
- Alder, E. M., Williams, F. L., Anderson, A. S., Forsyth, S., Florey Cdu, V., & van der Velde, P. (2004). What influences the timing of the introduction of solid food to infants? *Br J Nutr*, 92(3), 527-531.
- Algotsen Stina, & Östrom Åsa. (2011). *Sinnenas Skafferi*: Måltidsakademiens Förlag i Grthyttan AB.
- Andrews, T. (2002). Grenseløse krav i helsestasjonstjenesten – Dilemmaer og mestringsstrategier. *Sosiologisk tidsskrift*, 10(01), 27-47.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, J., Whitlock, S., Hanson, S., Davis, H., Hunt, C., Kirkpatrick, S., & Rudolf, M. (2010). Preventing obesity at weaning: parental views about the EMPOWER programme. *Child Care Health Dev*, 36(6), 843-849. doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01107.x
- Bergersen, R. *Hva er forskjellen på brukermedvirkning og empowerment?* . Hentet 11.05, 2016, fra [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Enders, G. (2015). *Sjarmen med tarmen*: Cappelen DAMM. (Darm mit Charme)  
Fakultet for helsefag, I. f. h., ernæring og ledelse. (2005). Program for Helsesøsterutdanning kull 2014. (Optrykk.
- Folkehelseinstituttet. *Den norske mor og barn-undersøkelsen*. Hentet april, 2013, fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- Forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. 2010, fra [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)
- Fromm, E., & Mowinckel, J. L. (1993). *Det sunne samfunn*. Oslo: Aventura.
- Fromm, E., & Solli, M. (1993). *Å ha eller å være?* [Oslo]: Aventura.
- Gadamer, H.-G., & Holm-Hansen, L. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion : planning and strategies*. Los Angeles: Sage.
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt - tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Gry Nina Ilje, T., & Ulrika Söderhamn Ulrika, S. (2015). Hva gjør førstegangsmødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(02), 151-164.
- Habermas, J., Kalleberg, R., & Eriksen, A. (1999). *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (K. Gjerpe, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hanssen-Bauer, M. W. (2014). Hvordan kan empowermentprinsipper gjøre helsestasjonen mer helsefremmende? Oslo: Gyldendal akademisk, 2014.
- Hansson, E. (2013, 19.01). Terapigenerasjonen, *Dagbladet Magasinet*, s. 24-33.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Folkehelseloven med merknader og forskrifter: lov om folkehelsearbeid, vedtatt 24.06.2011 nr. 29*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Helsedirektoratet. (2002). *Anbefalinger for spedbarnsernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016a). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. fra Helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2016b). *Innspill til lhandlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*. Hentet 01.03.2016, 2016, fra <https://helsedirektoratet.no>
- HIPP, Ø. *Vil du vite mer om økologisk barnemat?* . Hentet 14.05, 2015, fra [www.hipp.no](http://www.hipp.no)

- Hummelvoll, J. K. (2010). Flerstegsfokusgruppeintervju - en sentral metode i deltagerbasert og handlingsorientert forskningssamarbeid.
- Hummelvoll, J. K., Andvig, E., & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Israel, J., & Eliassen, R. (1972). *Om fremmedgjøring : fra Marx til moderne sosiologi*. Oslo: Pax.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. f. Rygge, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lande, B., Arsky, G. H., & Sosial- og helsedirektoratet Avdeling for, e. (2002). Mat for spedbarn (Rev. utg., 3. oppl. av Gunn Helen Arsky i samarbeid med Britt Lande ; foto: Astrid Hals. utg.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, Avd. for ernæring.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and power*. Chichester: John Wiley.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Nestlé, B. *Min Nestlé klubb*. Hentet 14.05, 2015, fra <https://www.nestlebarnemat.no>
- Norsk sykepleierforbund. (2013). *Kompendium Helsesøsterkongressen 2013*. Paper presentert på Helsesøsterkongress, Tromsø. [https://www.nsf.no/Content/1204105/KOMPENDIUM\\_HK2013-2.pdf](https://www.nsf.no/Content/1204105/KOMPENDIUM_HK2013-2.pdf)
- Oddli, H. W., Kjøs, P., Næss, S., & Gran, S. (2004). Livskvalitet i tidsklemma. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Parry, K., Taylor, E., Hall-Dardess, P., Walker, M., & Labbok, M. (2013). Understanding women's interpretations of infant formula advertising. *Birth*, 40(2), 115-124. doi: 10.1111/birt.12044
- Randaberg kommune. (2014). *Brukerundersøkelse helsestasjonstjenesten*. Hentet fra <http://www.rennesoy.kommune.no/>
- Regjeringen. (2016a). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen*. Hentet 09.05, 2016, fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Regjeringen. (2016b). *Måltidsglede - sunt for alle*. fra regjeringen.no
- Rundqvist, E. (2004). *Makt som fullmakt : ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Åbo Akademi Förlag, Åbo.
- Ruud, K. (2008). Helsesøsters bidrag til mestring av foreldrerollen: University of Stavanger, Norway. (Optrykk.
- Seligman, A. B. (1997). *The problem of trust*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Skaalvik, S., & Skaalvik, E. (2005). Self-Concept, Motivational Orientation, and Help-Seeking Behavior in Mathematics: A Study of Adults Returning to High School. *An International Journal*, 8(3), 285-302. doi: 10.1007/s11218-005-3276-3
- . Store norske leksikon : Norges ledende oppslagsverk gjennom 100 år. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Synnott, K., Bogue, J., Edwards, C. A., Scott, J. A., Higgins, S., Norin, E., . . . Adam, R. (2007). Parental perceptions of feeding practices in five European countries: an exploratory study. [Article]. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(8), 946-956. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602604
- Sæther, A. E. (2014). *Innlegg på siden*. Hentet 21.12., 2014, fra <https://www.facebook.com/barnematkurs?fref=ts>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Trude, G. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 12(02), 143-165.

- Tveiten, S. (2013). *Veiledning : mer enn ord* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Ulvestad, J. (2003). Folkeopplysning som dialog - utopi eller mulighet?: om forholdet mellom opplysning og hjelp - makt og posisjon (s. s. 101-122). Bergen: Fagbokforl.
- Vea, M. (2011). Hjemmelaget babygrøt. Hentet fra <http://margitvea.blogspot.no>
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*: WHO.
- Øverby, N. C., & Helland, S. H. (2014, 21 mai 2014). Med mot til å smake, Science, *Aftenposten*. Hentet fra [www.aftenposten.no](http://www.aftenposten.no)





Berit Viken  
Institutt for helsefremmende arbeid Høgskolen i Vestfold  
Postboks 2243  
3103 TØNSBERG

Vår dato: 24.11.2015

Vår ref: 45187 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45187 *Hvilke erfaringer har foreldre i hva som påvirker dem i valget av hvilken mat de gir barnet når barnet begynner med fast føde?*  
Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder*  
Daglig ansvarlig *Berit Viken*  
Student *Margit Veia*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering 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, 30.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

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

Avsleppskontorer / Contact Offices  
OSLO-NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@iuh.no  
TRONDHEIM-NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7031 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 02. kynto.svar@svi.ntnu.no  
TRONHØI-NSD, SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsdmaa@svu.uib.no

Vedlegg: 1

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### Foreldres valg av barnemat

#### Bakgrunn og formål

Dette prosjekter er en mastergradstudie i helsefremmende arbeid ved Institutt for helsefremmende arbeid, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Formålet med studien er å undersøke nærmere hvilke erfaringer spedbarnsforeldre har vedrørende veiledningen/informasjonen de får om barnemat, hvordan de opplever det og hva som påvirker valgene de tar.

#### Utvalg

Via bekjente eller helsestasjonen vil prosjektansvarlig spørre medlemmer av to barselgrupper om å delta i prosjektet. Det er ønskelig at barselgruppen har 5- 7 medlemmer.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Den som deltar må være med i en gruppesamtale/intervju i to omganger som vil vare i 1 time til 1 ½ time. Barna bør være mellom 4 og 6 måneder gamle under første gruppeintervju, 6 og 8 måneder under andre intervjuet.

Spørsmålene vil omhandle informantenes erfaringer og opplevelser knyttet til veiledningen de har fått rundt temaet spedbarnsmat. Samtalene vil bli tatt opp på bånd, men noe blir også notert ned fortløpende.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Dette er et anonymt gruppeintervju, og personopplysninger vil ikke være nødvendig. De opplysningene som vil komme frem under intervjuet, vil kun være tilgjengelig for student og veileder. Notatene vil registreres på en privat maskin med personlig kode. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.06.2016. Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Margit Veia, 48259233.

Prosjektveileder er Berit Viken, +4731009103

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

### Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg:2

## Intervjuguide for fokusgruppeintervju

Student: Margit Veia  
Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Her følger en tematisk guide med åpen spørsmål og emner. Samtalen kan gjerne utvikle seg fra intervjuguiden, og det er min oppgave å forfølge spor som er relevante, som deltakerne kommer inn på.

### 1) Innledning

Jeg forteller først litt om bakgrunnen for intervjuet. Noterer alder, kjønn og hvor mange barn de har.

Jeg vil legge til rette for at deltakerne skal få snakke løst og fast om temaet barnemat. Hvis det dukker opp et spennende tema, kan jeg lede diskusjonen inn på det. (Ev. hva med å be dem lage tankerkart om hva de gir barna – og hvor de har hentet inspirasjon/veiledning fra?)

- *Hvilke tanker og meninger har dere om barnemat?*

- *Hvilke opplevelser og erfaringer har dere gjort dere vedr. veiledning/informasjon har dere fått om temaet barnemat. Fra hvilke kanaler (informasjonskilder) har dere hentet eller fått informasjon og veiledning?*

### 2) Oppfølgingsspørsmål

Jeg vil skifte tema hvis jeg opplever at deltakerne gjentar seg selv. Jeg kan eventuelt stille følgende spørsmål:

- *Hva gir dere barna deres å spise? Fortell!*

Hvis de fremdeles ikke har startet med fast føde spør jeg: *Hva har dere tenkt å gi barnet når det begynner med fast føde?*

- *Hvilke tanker har dere gjort dere vedr. hva som er god mat til babyer?*

- *Opplever dere at dere har nok kunnskap om emnet?*

- *Opplever dere at helsestasjonen har god nok formidlingsevne om emnet?*

- *Hvilke opplevelser og erfaringer har dere av barnematreklame?*

- *Har dere fått råd av familie og venner?*

- *Hvordan synes du det er å lage mat?*

### 3) Avslutning

- Har dere noe å tilføye?

Avtaler neste møte for intervju hvor jeg vil følge opp spørsmålene fra dette første intervjuet, få dem til å fortelle om sine videre erfaringer. Hva spiser barnet nå, to måneder etter. Hvilke erfaringer har de gjort seg siden første møte. Nye tanker om temaet barnemat?

Vedlegg: 3

## OPPSUMMERING AV FOKUSINTERVJU KARMØY

### Meninger og tanker om barnemat:

- **Liker å lage mat**  
"Knalltrives"
  
- **Tidsklemma**  
"men det er den tidsklemma, har ikke alltid tid"  
"bonus når jeg får gjort det"  
"Når eg sa eg skulle på barnematkurs, sa hun det var kjempebra, men her på helsestasjonen synes de det er viktig at også ferdigmat er greit. Altså tidsklemma, at det er travelt, at det ikke skal legges press på deg til å lage mat, at det skal være så sinnsykt travelt, at vi blir stressa, får dårlig samvittighet når vi tar en nødløsning. Det er bra å lage, men at det er godt nok det som er i butikken".  
Kjøper mat når mannen er på sjøen. Hjemmelaget når mannen er hjemme.
  
- **Opptatt av ordentlig mat**  
"- at maten er brukenes, bryr meg om hva det er laget av og hva som er i.."  
"- at det er rent det de får...": grønnsaker, vann, ikke sukker, ikke tilsatt noe. En mor gir ungene H-melk- det har hun alltid gjort. Gir meierismør selv om Melange liksom skal være det sunne. Bruker bare litt, bremykt en blanding av smør og olje. Andre igjen tenker ikke over slikt, men kjøper blant annet "den blåe" uten melk og salt...  
- Tenker økologisk er best  
- Ferdigmat kan ikke være reint, det holder seg så lenge, må være tilsatt noe
  
- **Introduksjon**  
Irritert over far som er ivrig til å introdusere alt på en gang...  
Greit å vite om de reagerer på det de får  
Opptatt av reaksjoner på mat. Verdt å prøve flere ganger.
  
- **Besteforeldre**  
Irritert over besteforeldre som vil gi barnet dessert og cola, men ikke alle som bryr seg om det.
  
- **Ferdigmat**  
Lettvindt  
Noen gir pulvergrøt, og noen tenker å lage selv.  
Reagerer på at de har sjokolade i ferdigmaten i Spania.

Vedlegg: 4

OPPSUMMERING av fokusgruppeintervju - utdrag

Kategorier Fortolkning	Rural	Urban 1	Urban 2
<p><b>Tillit</b></p> <p><b>Forventninger som ikke innfris</b></p> <p><b>Motstridende veiledning og råd</b></p>	<p>A: Det er ikke så mye de snakker om dette på helsestasjonen føler jeg. Du får en brosjyre, ikke sant? Og så sier de at vi kan begynne fra 4 mnd, men ellers er det ikke så mye snakke om det der, synes nå jeg i allefall.</p> <p>C: Det er jo ingen som snakker om å lage hjemmelaget</p> <p>B: Når jeg sa jeg skulle på barnematkurs, så sa hun at – kjempe bra, men her på helsestasjonen synes vi det er viktig at også ferdigmat er greit. Alltså tidsklemma, at det er travelt, at det ikke skal legges press på deg å lage mat, at det skal være så sinnsykt travelt... At vi blir stressa, får dårlig samvittighet når vi tar en nødløsning. Det var bra å lage, men at det er godt nok det som er i butikken.</p> <p>E: Jeg bryr meg ikke mye om helsestasjonen da.</p> <p>D: Jeg føler at den informasjonen som som gis på helsestasjonen skal være prima, men om den er det – det er noe annet!</p> <p>C: De sier bare bare det de har fått beskjed om de, fra de dere helse... helse... - <i>Helsedirektoratet?</i></p> <p>C: Ja.</p> <p>A: De går jo ut fra rettningslinjene, så det må jo være. Det de sier på helsestasjoner...</p> <p>C: Det er jo anbefalinger om brød og lett melk og slike ting. Jeg gir ungene mine H- melk jeg, det har jeg alltid gjort.</p> <p>D: Håper du mener de eldste?</p> <p>Ja, for kumelk... (bryter inn)</p> <p>B: Erstatning koster så mye, så vi gir kumelk i stedet (latter).</p> <p>D: Så bruke med meierismør og, selv om melange skal</p>	<p>- Men eg har ikkje fått noen anbefaling fra helsesøster enno... Det er nesten så eg tror at helsestasjonen anbefale på itteskudd og ikkje på forskudd". (blir bekreftet av andre i gruppen)</p> <p>- Eg sporte faktisk om mat, men då sko eg venta te 6 måneders kontroll. Då sa hu med konne ta ein time om mat, ka eg tenkte om mat."</p> <p>- Då e det sikkert sonn at den timen komme ikkje automatisk, så må med spør om det"</p> <p>- Ja, det va eg som tok det opp</p> <p>- Har ikkje snakt om det på helsestasjonen. Hu e jo store, så eg merka hu blei veldig svolten om kveldane. Nå får hu grøt. Det hjalp godt på sovnen, men hu får som regel pupp først"</p> <p>- Den brosjyren som du får fra helsesøster som blir utgitt av helsedirektoratet om mat. Som æ fikk når de komme på hjemmebesøk.</p> <p>- Jeg er veldig usikker på om hun skal få begynne å teste nå – hun er litt over 3 måneder. Jeg har fått den brosjyren fra helsestasjonen, der det står at man skal fullamme til 6 måneder. Jeg tenker: er det bare det? En annen svarer så: Du kan gi ham grøt...</p> <p>- De meine jo litt forskjellig da..</p>	<p>- Eg brukte det hefte <i>Tid for mat</i>. – Kor har du fått tak i det? – Fra helsestasjonen, i den permen me fekk i begynnelsen. De har kje forandre på an siden eg fekk an fyste... Det står mye bra der..."</p> <p>- Det seie de på helsestasjonen at du ska ha, litt olivenolja.</p> <p>- På helsestasjonen sa hu at når hu blei 6mnd så kunne ho smake på kjøtt og fesk. Og då sa hu kjøtt og fesk!"</p> <p>- Ikkje så møyje de seie egentligt!</p> <p>- Har mye aent å snakke om, så når me komme te det, så sa hu at det va bare å gi så lite så muligt, og så tynt som mulig... Ja, eg e langt forbi det, eg e allerde på to porsjoner. Så eg var litt sånn..."</p> <p>- Eg e fornøyd med hu eg har, hu e flink."</p> <p>- Eg har henne eg og, go eg syns ho e flenk. Men som ho sa, at rådene kan ver veldig gammaldags, syns ho og at det ho visst ikkje om noen som ikkje begynt å introdusere for mat allerede når de va 4 mnd."</p> <p>- Eg syns det va vanskelig å ta opp rett og slett.</p> <p>- De va veldig på helsestasjonen at eg konne berre begynna når han var 4 mnd, men eg gjorde det sjøl om eg hadde tenkt å fyllamma te han va 6.</p> <p>- Helsesøster sa at de gjerne kunne få på fengra, få i henda, så de får smake selv.</p> <p>- Eg forvente at det e et tema, men de har kje sagt noge</p> <p>- Hu sa bare kjør på.</p> <p>- Hu sa me sko snakka om det, men det var kanskje fordi eg hadde stilt spørsmål."</p>

Vedlegg: 5