

KOSTHOLDSVALG BLANT NORSK-PAKISTANSKE KVINNER

*Hvilke kostholdsvalg kan identifiseres blant norsk-pakistanske
kvinner etter migrasjon til Norge?*

Rima Justine Rajendram



Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Dato: 15.05.2018

© Rima Justine Rajendram

2018

Tittel: Kostholdsvalg blant norsk-pakistanske kvinner

Forfatter: Rima Justine Rajendram

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Representeralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Migrasjon er en komplisert og dynamisk prosess som medfører store endringer i miljø og atferd. Disse individuelle, sosiale og miljømessige endringene kan påvirke innvandrers helse både positivt og negativt. Spesielt kan endringer i kostvaner, næringsinntak og fysisk aktivitet føre til økt risiko for kroniske livsstilsrelaterte sykdommer i etniske minoritetsgrupper. Både internasjonale og norske studier har de siste årene vist at det er en økt risiko for fedme, diabetes, hjerte- og karsykdommer og D-vitamin mangel blant deler av innvandrerbefolkningen sammenlignet med så vel befolkningen i opprinnelseslandet som i vertslandet.

Kvinnene har i de fleste kulturer ansvaret for familiens kosthold og helse. Kvinner som er trygge på egen kunnskap og bevisst på endringer som kan oppstå ved migrasjon, vil kunne virke positivt inn på hele familiens helse og i tillegg på andres helse i sitt sosiale nettverk (Aakervik, 2000). Dermed er formålet med min studie å synliggjøre individuelle begrunnelser for valg knyttet opp mot kosthold etter migrasjon. Problemstilling for masteroppgaven lyder slik: *“Hvilke kostholdsvalg kan identifiseres blant norsk-pakistanske kvinner etter migrasjon til Norge?”*

For å undersøke problemstillingen er individuelle semi-strukturerte dybdeintervjuer gjennomført. Utvalget i studien består av seks norsk-pakistanske kvinner i alderen 25-65 år som er bosatt i Oslo. Studien er påvirket av både fenomenologi (livsverdensfenomenologi) og sosialkonstruktivisme. Disse perspektivene er viktige for å kunne forstå hvordan kvinnes forståelse og oppfattelse av kosthold, helse, sykdom og omsorg er erfaringsbasert og kulturelt situert. Teoretiske begreper fra blant annet Talcott Parson, Clifford Geertz og Edward Taylor, og teoretiske modeller fra Jessie Satia-Abouta og Kockturck-Runefors blir viktige for å forstå og analysere datamaterialet. Datamaterialet er analysert ved bruk av Stegvis-Deduktiv-Induktiv-metode, som gir mulighet til å jobbe med empirien som utgangspunkt for utvikling av interessante temaer og konsepter.

Studien belyser valgene norsk-pakistanske kvinner tar basert på deres sosiokulturelle oppfatninger om ernæring, helse og sykdom, samt den biomedisinske ernærings og helsemessig

kunnskap, altså syntesekunnskap. Studien understreker at det er store individuelle forskjeller mellom de norsk-pakistanske kvinnene og deres oppfatninger om hva som er riktig og sunt kosthold. Til tross for de individuelle forskjellene er alle kvinnene i studien opptatt av helse og tar ulike kostholdsvalg med hensyn til hva som er helsefremmende og forebyggende. Kvinnene har ulike forståelser av helsebegrepet og hvordan helsen kan ivaretas. Funnene viser at det har skjedd en kostholdsakkulturasjon hos alle disse kvinnene.

Forord

Da er masteroppgaven ferdig! Arbeidet med masteroppgaven har både vært spennende og utfordrende, men aller mest lærerikt. I prosessen med å skrive oppgaven opplevde jeg store utfordringer, i form av språk, det å gå “nye veier” med hensyn til teori og ikke minst å forme oppgaven og fullføre den. Til tross for en hektisk periode, sitter jeg igjen med mye kunnskap om et spennende felt.

De siste to årene har gått veldig fort og det er mange som skal takkes for hjelp og støtte i denne perioden. Først og fremst vil jeg takke mine flotte informanter som har vært svært imøtekommende og som har delt sine erfaringer, meninger og tanker med meg. Jeg har fått mulighet til å utforske en veldig interessant tematikk. En stor takk til de som hjalp meg med å finne de aktuelle informantene. Takk til mine veiledere Torunn Arntsen Sajjad og Lisbeth Thoresen for god veiledning, konstruktive tilbakemeldinger og ikke minst for tilgjengelighet og motivasjon under skriveprosessen. Takk til Hans Wiggo Kristiansen og Hanna Selstø Haltehol for språkvask, gode tilbakemeldinger og refleksjonsmøter. Takk til min mentor fra OXLO, Øyvind Jørgensen for oppløftende samtaler og praktisk bistand. Takk til familien som har støttet og oppmuntret meg. Sist og ikke minst en stor takk til min ektemann Justine for tålmodighet, støtte og for at du har heiet på meg gjennom hele prosessen og har minnet meg på at det også finnes et liv utenfor Blindern.

Rima Justine Rajendram

Oslo, mai 2018

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Forord	5
1.0 INNLEDNING	10
1.1 Bakgrunn for valg av studiens tema.....	11
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling	14
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	16
2.1 Fenomenologi	16
2.1.1 Livsverdensfenomenologi.....	16
2.2 Sosialkonstruktivisme	17
2.2.1 Sosialkonstruert funksjonell helse	18
2.3 Relevante studier	18
2.4 “Kostholdsakkulturasjon”: Endring i kostholdsvaner etter migrasjon.....	20
2.5 Kultur	22
2.6 Identitet og mattradisjoner	23
3.0 METODE	25
3.1 Semistrukturerte dybdeintervjuer.....	25
3.1.1 Utvikling av intervjuguide	25
3.2 Utvalg og rekruttering.....	26
3.3 Intervjusituasjon og gjennomføring av intervjuer.....	28
3.3.1 Utdringer ved gjennomføring av intervjuene	30
3.4 Transkribering av intervjuene	32
3.5 Studiens validitet og reliabilitet	33
3.6 Forforståelse og posisjonering	35
3.7 Etske overveielser	38
4.0 DATAANALYSE	39
4.1 Tekstnær koding	40
4.2 Kategorisering.....	41
4.3 Utvikling og diskusjon av konsepter	46
5.0 RESULTATER OG DISKUSJON	48
5.1 Økt inntak av varm mat for å ivareta helse	48
5.1.1 Varm mat i Norge.....	48

5.1.2 Helseforståelse i en norsk-pakistansk kontekst.....	52
6.1.2 a. Helse som trivsel og balanse	53
5.1.2 b. Helse knyttet til rolle og ansvar	55
5.1.2 c. Det religiøse helseaspektet.....	59
5.2 Redusert bruk av stekefett.....	61
5.2.1 Mindre bruk av stekefett i maten	61
5.2.2 Motstand ved kjøkkenbenken	63
5.2.3 Bakgrunn for endring.....	65
5.2.4 Støttende strategier for å redusere og kontrollere fettinntak.....	66
5.2.5 Sosialt og kulturelt matpress	70
5.3 Tilrettelegging av barnets kosthold.....	73
5.3.1 Mødrene lager mer “norsk” mat	73
5.3.2 Fokus på barnets kosthold.....	77
6.0 AVSLUTTNING.....	84
6.1 Oppsummering av hovedkonsepter.....	84
6.2 Implikasjoner for praksis	86
Litteraturliste	88
Vedlegg 1: Informasjonsskriv	97
Vedlegg 2: Informasjonsskriv på urdu	100
Vedlegg 3: Intervjuguide	101
Vedlegg 4: NSD godkjenning	102

“Ikke leve for å spise, men spise for å leve”
- Kvinne i 50 - årene.

1.0 INNLEDNING

Migrasjon innebærer en “geografisk forflytning av permanent eller semi-permanent art” (Indseth, 2017: 20). Årsakene til at mennesker flytter over landegrensene er mange og sammensatte (Larsen, 2009). Menneskeskapt katastrofer som krig, forfølgelse og materiell nød regnes som primære årsaker til migrasjon og flukt. Migrasjon utfordrer samfunnet ved å skape nye muligheter for endring og bidrar til mangfold (Larsen, 2009).

Norge har som alle land opp gjennom historien vært preget av migrasjon. Helt frem til midten av 1960-tallet var utvandringen fra Norge større enn innvandringen (Magelssen, 2002). Men på slutten av 1960-tallet kom de første innvandrerne fra Pakistan og Tyrkia til Norge (Eriksen & Sørheim, 2009). Det var stort sett menn som kom som arbeidsinnvandrere fordi Norge hadde mangel på arbeidskraft. Den gang ble de kalt for gjestearbeiderne, et ord som ga uttrykk for en forventning om at de skulle dra tilbake til hjemlandet sitt når det ikke lenger var behov for dem (Nasir, 2017). Hovedtyngden av de pakistanske arbeidsinnvandrere kom fra provinsen Punjab. De immigrerte til Norge med et ønske om å forbedre sine kår gjennom å tjene nok penger til å støtte familien i hjemlandet økonomisk og til å gjøre det mulig for andre familiemedlemmer å komme etter. Den norsk-pakistanske forfatteren Mahmona Khan (2009) skriver i sin bok *Tilbakeblikk- da pakistanerne kom til Norge* at innvandring fra Pakistan har vært *kjedeinnvandring*. *Kjedeinnvandring* eller *Kjedemigrasjon* kan forstås som en prosess hvor immigranter følger etter sine familiemedlemmer til en bestemt destinasjon, ofte i et ukjent territorium. Etter innvandringsstoppen i 1975 kom pakistanerne til Norge primært gjennom familieforening og familietablering (Khan, 2009).

Innvandringen i de siste førti årene har bidratt til at Norge i sterkere grad enn før har blitt et flerkulturelt samfunn. Ved inngangen til 2017 utgjorde innvandrerbefolkningen 16,8 % av totalbefolkningen i Norge (SSB, 2017). Dette inkluderte både *innvandrere* og *norskfødte med innvandrerforeldre*. Begrepet “innvandrere” brukes både om personer som selv har innvandret til Norge og om personer med to utenlandskfødte foreldre. De største gruppene av innvandrere i dag kommer fra Polen, Litauen, Somalia, Sverige, Pakistan og Irak (SSB, 2016).

Norsk-pakistanere utgjør den femte største innvandrerguppen i Oslo (SSB, 2016). Hele 83 prosent av den norsk-pakistanske befolkningen er bosatt i Oslo og Akershus (Høydahl, 2013:16). Ved inngangen av 2017 var det ifølge SSB registrert 36 700 norsk-pakistanere i landet. Tallet inkluderer både pakistanske innvandrere og norskfødte med to pakistanskfødte foreldre (SSB, januar, 2017).

Migrasjon regnes som en komplisert og dynamisk prosess som medfører store endringer i miljø og atferd (Abebe, 2010). Disse individuelle, sosiale og miljømessige endringene kan påvirke innvandrers helse både positivt og negativt. Spesielt blir endringer i kostvaner, næringsinntak og fysisk aktivitet påvirket av at mange med etnisk minoritetsbakgrunn bosetter seg i urbane strøk, noe som fører til økt risiko for kroniske livsstilsrelaterte sykdommer i etniske minoritetsgrupper (Wandel & Olsen, 2005; Abebe, 2010:29). Både internasjonale og norske studier har de siste årene vist at det er en økt risiko for fedme, diabetes, hjerte- og karsykdommer og D-vitamin mangel blant deler av innvandrerbefolkningen sammenlignet med så vel befolkningen i opprinnelseslandet som i vertslandet (Abebe, 2010; Brunevand og Haug, 1993). Gjennom forskning på den pakistanske befolkning i Oslo, viser Gerd Holmboe-Ottesen (2009) til at pakistanere har høyest forekomst av fedme og diabetes av alle innvandrerguppene, og at forekomsten er mye høyere enn i befolkningen i deres opprinnelsesland. En viktig årsaksfaktor for mange av de nevnte sykdommene, er *ernæringstransisjon*. Noe som i denne konteksten betyr overgangen til et kosthold med mye kalorier og mettet fett og med lavt inntak av kostfibre, frukt og grønnsaker (Wandel & Olsen, 2012; Abebe, 2010:29). Andre faktorer som virker inn er: fysisk inaktivitet, samspill mellom genetisk følsomhet og miljøfaktorer som kosthold og mosjon, psykologisk stress, og endring i immunforsvaret. Også ulikhet i tilgang til helsevesenet grunnet barrierer som språk, mangel på informasjon, helsefremmende allmenndannelse (health-literacy), helsepersonells kunnskap og holdninger, og tillit spiller en rolle (Abebe, 2010:29; Indseth og Bregård, 2017:8).

1.1 Bakgrunn for valg av studiens tema

Tema for studien er kostholdsvalg blant norsk-pakistanske kvinner etter migrasjon. Det er flere grunner til at jeg har valgt å studere pakistanske kvinner og deres kosthold kvalitativt. En av grunnene er at forskning viser en økt forekomst av livsstilssykdommer som diabetes

type 2, fedme og hjerte- og karsykdommer i denne gruppen. Forskningslitteratur rapporterer at det er en høyere forekomst av og risiko for diabetes type 2 blant innvandrerkvinner fra det indiske subkontinentet. Ifølge undersøkelsen til Jenum, Holme og Birkeland (2005) var det 28 % av kvinner og 15 % av menn fra det indiske subkontinentet som var utsatt for å utvikle diabetes type 2. På samme måte fant STORK Groruddalen prosjektet en høy prevalens av svangerskapsdiabetes blant førstegenerasjons innvandrerkvinner fra det indiske subkontinentet og Nord-Afrika, med dobbelt så høy forekomst sammenlignet med norske kvinner (Jenum mfl., 2005; Abebe, 2010).

Eksisterende forskningsstudier viser at det er store endringer i kostvaner og næringsinntak blant pakistanske innvandrerkvinner etter migrasjon (Olsen & Wandel, 2005; Ottesen, 2009). Endringene inkluderer blant annet reduksjon i antall varme måltider, økt inntak av stekefett, sukkerholdige varer, kjøtt og meieriprodukter, og mindre inntak av grønnsaker, fiber, bønner og linser. I tillegg inkluderer endringene utvikling av det som er kalt et *bikulturelt* kostholdsmønster, det vil si at innvandrere beholder sitt tradisjonelle kosthold samtidig som de innlemmer vertslandets kostholdsmønster på enkelte områder (Satia-Abouta, Patterson, Neuhouser, og Elder, 2002). Slike endringer i kostvaner og næringsinntak, kombinert med redusert fysisk aktivitet, kan gi betydelige negative ernæringsmessige og helsemessige konsekvenser.

Sosiokulturelle og økonomiske faktorer, samt aspekter av sosial integrasjon, har også en betydelig effekt på innvandreres helse (Abebe, 2010). Dette danner et grunnlag for å utvikle intervensjoner som ikke bare skal omfatte kostholdsrad, men som også bør ha fokus på de mange faktorene som ligger bak de *kostholdsvalgene* norsk-pakistanske kvinner tar som gir positive endringer i kostholdet. En kvalitativ studie blant norsk-pakistanske kvinner i Oslo rapporterte en rekke faktorer som påvirker kostholdsendringer etter migrasjon. Religiøs og tradisjonell tro, holdninger til helse, barnas preferanser, arbeidsplaner, sosiale relasjoner, stress, klima, sesong og tilgang til bestemte matvarer var blant de viktigste faktorene (Olsen & Wandel, 2005; s. 335).

Pakistanske kvinner og deres kostholdsvaner er et tema hvor det finnes mye forskningsbasert kunnskap om. Likevel har jeg valgt å studere dette temaet med en intensjon om å utvide forståelser knyttet opp mot faktorer som er av betydning når norsk-pakistanske kvinner **velger** sitt kosthold etter migrasjon. Jeg vil legge vekt på endringene som har skjedd gjennom kvinnenes botid med hensyn til deres kunnskap om og forståelse av ernæring, helse og sykdom. I tillegg vil jeg undersøke hvordan kvinnene anvender denne forståelsen sammen med sin forforståelsen og tidligere kunnskap når de skal ta kostholdsvalg. Hensikten med en slik tilnærming er å forstå norsk-pakistanske kvinners kostholdsvalg i et bredere perspektiv fordi den kunnskap og forståelse de har kan være av stor betydning for helsevesenet. Den kunnskapen som en slik kvalitativ studie genererer kan være nyttig for helsepersonell og kan bidra til å utvide de forståelsesrammer ansatte i helsevesenet har i møte med denne og lignende målgrupper. Slik kan den bidra til bedre kvalitet på helse og kostholdsinformasjonen som formidles og til at helsetilbudet til denne målgruppen blir bedre.

En annen viktig motivasjonsfaktor med hensyn til valg av tema er min egen families migrasjon til Norge da jeg var tretten år gammel. Jeg er opprinnelig fra India, som er ett av nabolandene til Pakistan. India og Pakistan er begge en del av det indiske subkontinentet og har svært lik matkultur, samtidig som det er geografiske, klassemessige, religiøse og kulturelle forskjeller innad i begge land. Det er flere grunner til at jeg valgte å studere pakistanske kvinner og ikke indiske kvinner. For det første bor det flere innvandrere med pakistansk enn indisk opprinnelse i Norge. For det andre er det ulike migrasjonskontekster blant pakistanske og indiske kvinner i Norge. De fleste pakistanske kvinner har kommet til Norge gjennom familiegjenforening eller familieetablering, mens det finnes større variasjon i migrasjonsstrategier blant de indiske kvinnene i Norge. Noen indiske kvinner har kommet til Norge gjennom familiegjenforening men mange har også migrert som arbeidssøkere og studenter. En tredje faktor er at det er gjort mer forskning på pakistanske kvinner i Norge enn på indiske kvinner, noe som jeg har benyttet meg av for å orientere meg innen forskningsfeltet som en uerfaren masterstudent.

I løpet av de siste ti årene har det skjedd en sterk utvikling innen informasjons- og kunnskapsformidling i helsevesenet som i samfunnet forøvrig. Helsevesenet er blitt mer be-

visst på hvordan informasjon formidles. Videre har det skjedd en del endringer i pedagogikken som helsepersonell bruker i møte med innvandrere. Det er økt fokus på at helseinformasjon skal gis på brukerens språk slik at de kan tilegne seg kunnskapen. Diabetesforbundet har for eksempel tilrettelagt informasjon både skriftlig og muntlig ved hjelp av animasjonsvideoer og informasjonsbrosjyrer på flere språk. De har i tillegg en telefontjeneste hvor ansatte med ulik språkkompetanse kan gi relevant informasjon om diabetes type 2. Har disse forandringene i pedagogikken påvirket og bidratt til kostholdsending hos pakistanske kvinner? Har kvinnene i den nye generasjonen blitt mer endringsorienterte og i så fall hvorfor? Hvordan opplever kvinnene overgangen fra et tradisjonelt samfunn til et mer moderne samfunn? På hvilke måter merker pakistanske kvinner som lever i dagens norske samfunn at de er utsatt for en “utvidet informasjonsstrategi”, og når informasjonen virkelig fram? Opplever kvinnene selv at de blir påvirket av det nye “informasjonsklimaet” i Norge og Pakistan? Det var slike spørsmål som gjorde meg nysgjerrig og fikk meg til å bevege meg inn i forskningsfeltet.

1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Studiens konkrete mål er å synliggjøre individuelle begrunnelser for valg knyttet til eget kosthold etter migrasjon fra et utviklingsland til et industriland. Problemstillingen er, *Hvilke kostholdsvalg kan identifiseres blant norsk-pakistanske kvinner etter migrasjon til Norge?* Denne problemstillingen er blitt avgrenset og endret underveis i analyseprosessen, fordi empirien viste at kvinnene har foretatt tydelige valg i forbindelse med kostholdet. Den opprinnelige problemstillingen, som styrte studien frem til analyseprosessen lød som følger: *Hvilke kostholdserfaringer har kvinner med pakistansk bakgrunn etter migrasjon til Norge?* Dette var en mer åpen problemstilling som ble til ved oppstarten av studien. Hensikten var å oppdage ulike aspekter og erfaringer når det gjelder endringer i kostholdet etter migrasjon og ikke utelukke relevante temaer ved å snevre inn problemstillingen i en tidlig fase.

Med utgangspunkt i begrepet “kostholdserfaringer” hadde jeg til hensikt å kartlegge hvilke faktorer som påvirker kostholdsending. Tilgjengelighet av hjemlandets råvarer og matvarer, smakspreferanser, sosioøkonomiske forhold, kunnskap om sunn og usunn mat, helsestatus og tilpasning til det norske samfunnet er noen eksempler. Den opprinnelige problemstillingen ga

meg mulighet til å utforske kvinnenenes erfaringer, opplevelser og meninger knyttet til kostholdet generelt, og til å samle empirisk materialet til den videre analysen. Den nye problemstillingen derimot retter seg mer direkte og konkret mot konsepter og resultater som etter hvert trådte fram fra empirien, noe som gjør det lettere å skape en rød tråd gjennom oppgaven.

“Kostholdsvalg” omfatter de individuelle valgene kvinnene har tatt som har påvirket og bidratt til endring i deres kosthold. Det kan være alt fra at de “velger” enkelte råvarer fremfor andre råvarer til måten de velger å tilberede maten på. Jeg har også vært opptatt av hvordan de begrunner valgene de gjør, for eksempel hvorfor de velger å tilberede maten på en bestemt måte. I tillegg har jeg vært åpen for å inkludere andre valg som kvinnene tar som direkte eller indirekte påvirker kostholdet deres.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

For å undersøke studiens forskningsspørsmål må studiens teoretiske rammeverk bestå av teoretiske perspektiver som gjør det mulig å forstå hvordan kvinner erfarer, forstår og velger kosthold. Samtidig bør de teoretiske perspektivene bidra til å søke en dypere forståelse for det som er bakgrunn for valgene deres. På bakgrunn av dette er teorikapittelet todelt. I den første delen presenteres *fenomenologi* og *sosialkonstruktivisme* som relevante vitenskapsteoretiske rammer for studien. Det er lagt vekt på fenomenologi for å innhente empirisk materiale med hensikt å fremheve kvinnenens opplevelser og personlige erfaringer. Sosialkonstruktivisme er funnet relevant for å analysere kvinnenens opplevelser og personlige erfaringer knyttet til kostholdsvalgene deres. I den andre delen presenteres det relevante studier og teorier knyttet til feltet.

2.1 Fenomenologi

I medisin og helseforskning er det vanlig å bruke fenomenologi som vitenskapsteoretisk ramme for å studere informantenes opplevelser og personlige erfaringer (Svenaesus, 2005). Utgangspunktet for forskeren bør da være at alle opplevelsene har en meningsfull struktur. Forskerens rolle blir å forsøke å etablere en forståelse av det individuelle perspektivet ved å skape en nærhet til informantenes egne erfaringer, og selvforståelse uten å la analysen av materialet bli styrt av forutinntatte meninger og teorier (Svenaesus, 2005).

Fenomenologi er læren om fenomener. “Å bedrive fenomenologi er å gå tilbake til fenomenene slik de viser seg for oss ut ifra seg selv” (Svenaesus, 2005; 48). Fenomenologi er en stor tradisjon som har utviklet seg i nye retninger. Felles for de tidlige fenomenologene var at de i sine studier søkte meningsgrunnlaget for menneskelig erfaring, og som styrer hvordan mennesker fungerer med tanke på følelser, oppfatninger og tanker.

2.1.1 Livsverdensfenomenologi

Fenomenet livsverden ble utviklet av Edmund Husserl. Han beskrev det som et meningsmønster som hele tiden utgjør bakgrunn for våre bevissthetshandlinger (Bengtsson, 2006; Svenaesus, 2005). “En livsverdenstilnærming innebærer en forskning som er innrettet mot å stud-

ere verden som den viser seg for like konkret eksisterende mennesker” (Bengtsson, 2006: 38). Livsverden er definert som “ den konkrete virkeligheten som vi daglig møter og forhold-er oss til, som vi ikke kan skilles fra, og som vi deler med andre” (Bengtsson, 2006: 31). Jan Bengtsson skriver at det er fullt mulig å undersøke egen og andres livsverdener. Det vi bør være oppmerksom på da er at forskeren fremdeles er en del av livsverdenen og selv om vi studerer den, kan vi aldri komme unna den (Bengtsson, 2006). Livsverden er knyttet til enkelte individer og deres erfaringer. Jeg forstår Bengtsson slik at for å kunne oppnå en bedre forståelse av andres erfaringer og livsverdener, bør forskeren ta utgangspunkt i sin egen livsverden. Den forståelsen som oppnås da, vil være viktig men også begrenset, fordi slik Bengtsson (2006) er inne på det er umulig å forstå et annet menneske på samme måte som det forstår seg selv og sin livsverden. Det betyr at for å danne en forståelse av hva informantene konkret opplever i møtet med vestlige matvaner og matkultur, må det bygges en bro mellom informantenes og min livsverden.

2.2 Sosialkonstruktivisme

Sosialkonstruktivisme er en vel etablert samfunnsvitenskapelig tradisjon innen sosiologi. Denne vitenskapsteoretiske perspektivet innebærer at menneskers virkelighetsforståelse er kontinuerlig formet av opplevelser de har og situasjoner de befinner seg i (Burr, 2003; Gergen, 2011; Tjora, 2012). Det vi si at alt vi forstår om verden vi lever i, forstår vi gjennom våre subjektive referanserammer, altså vår livsverden. Vår sosiale kontekst, samt historiske og kulturelle bakgrunn skaper vår referanseramme, og uten den vil vi ikke kunne forstå nye fenomener som vi blir introdusert for. For å komme med et eksempel: vi blir bombardert med retningslinjer og anbefalinger å forholde oss til når det gjelder hva som er et sunt kosthold, hvor mye vi bør spise, hvor mye fysisk aktive vi bør være og ikke minst hvordan vi skal være fysisk aktive. I midlertidig vil hvert enkelt individ kun forstå og tolke disse anbefalingene og gi disse mening ut fra sin egen livsverden. Å implementere et sosialkonstruktivistisk standpunkt i denne studien innebærer å forstå at det som er sant og rett for en norsk-pakistansk kvinne, ikke behøver å være sant og rett for en annen norsk-pakistansk kvinne fordi de lever i ulike livsverdener. Deres livsverdener med deres kulturelle bakgrunn og sosiale konvensjoner er ulike. Og på bakgrunn av at mennesker hele tiden forholder seg til ulike sosiale relasjoner

og konvensjoner i en globalisert verden, så vil også deres “sannheter” hele tiden kunne være i endring (Gergen 2011).

2.2.1 Sosialkonstruert funksjonell helse

Helsesosiologi er et felt innen medisinsk sosiologi som viser hvordan sosiale og kulturelle forhold virker inn på sykdom, helse og medisinsk virksomhet (Tjora, 2012). Dette perspektivet innebærer at helse og sykdomskategorier er sosialt konstruerte og at de ikke defineres av “objektive kriterier” (Tjora 2012: 19). Det vil si at våre forestillinger om sykt og friskt, normalt og unormalt, sunt og usunt konstrueres gjennom menneskelig samhandling og samfunnskrefter. Det er mange måter å forstå helse på. Her vil jeg vektlegge det funksjonelle aspektet ved helsebegrepet, noe som vil være av betydning for å forstå de norsk-pakistanske kvinnene i min studie og hvordan de forstår sin fysiske helsen. Den amerikanske sosiologen Talcott Parsons på 1950-tallet formulerte en helsedefinisjon ved å koble roller og funksjon:

“Health may be defined as the state of optimum capacity of an individual for the effective performance of the role and tasks for which he has been socialized. It is defined with reference to the individual's participation in the social system, and also relative to his status in society” (Fugelli og Ingstad, 2014: 80; Mæland 2009: 35).

Ifølge Parson er helse en tilstand av optimal kapasitet til å kunne effektivt utføre de roller og oppgaver som man blir sosialisert til. Parsons helseoppfatningen tar utgangspunkt i menneskets posisjon i det sosiale systemet, formet av faktorer som kjønn, alder og sosial klasse (Fugelli og Ingstad, 2014; Mæland 2009). Det vil si at mennesket forventes å fylle sin spesifiserte rolle i familieliv, hverdagsliv, arbeidsliv og samfunnsnivå og at helse knyttes til menneskets evne til å oppfylle disse forventningene. Sykdom vil kunne oppstå dersom det blir en ubalanse mellom kapasitet og avkrevd rolle (Fugelli og Ingstad, 2014). De rollene som danner funksjonskravene er sosial konstruerte (Fugelli og Ingstad, 2014)

2.3 Relevante studier

I det følgende vil jeg presentere den forskningslitteraturen som har dannet utgangspunkt for denne studien. Det eksisterer et stort tilfang av forskningslitteratur med relevans for min

studie. Jeg har valgt å anvende det nyeste som er kommet på feltet og har derfor støttet meg på forskning som ikke er eldre enn femten år. Samtidig har jeg i litteratursøket mitt avgrenset meg til norske studier. Disse er først og fremst gjennomført i Oslo, hvor norsk-pakistanerne utgjør den femte største innvandrerguppen (SSB, januar, 2016).

To viktige forskningsbidrag om endringer i kostvaner etter migrasjon blant pakistanskfødte innvandrerkvinner i Oslo er de kvalitative studiene utført av Tonje Mellin-Olsen og Margaretha Wandel (2005) og Gerd Holmboe-Ottesen (2009). I disse studiene blir migrasjon ansett som en viktig påvirkende faktor for endringer i kostvaner. Studiene gir grundige beskrivelser av begrepene *ernæringstransisjon* og *kostholdsakkulturasjon* og drøfter den såkalte *Kockturk-Runefors modellen*. Resultater fra begge studiene viser at det skjer en hurtigere “fornorsking” av kostholdet blant pakistanske innvandrere enn det man skulle forvente ut fra Kockturk-Runefors modellens hypotese om endring. Overgangen til færre varme måltider og mer brødmat, samt barnas medvirkende rolle i kostholdet, blir ansett som hovedårsakene bak endringen (2005; 2009). Andre faktorer som påvirker kostholdet er religiøs og tradisjonell tro, holdninger til helse, barnas preferanser, arbeidsplaner, sosiale relasjoner, stress, klima, sesong og tilgang til bestemte matvarer (Olsen & Wandel, 2005; s. 335).

Det eksisterer flere kvantitative forskningsstudier på feltet, blant annet en RCT gjennomført av Marte K. Råberg Kjøllestad, Victoria Telle Hjellset, Benedikte Bjørge, Gerd Holmboe-Ottesen og Margareta Wandel (2010). Studien undersøker barrierer knyttet til det å spise sunn mat på hverdager. De viktigste barrierene som ble rapportert fra denne RCT-studien er motstand fra familien ved servering av mer grønnsaker, linser, bønner og fisk, spesielt fra barn. Sosiale sammenkomster blir et problem fordi der opplever kvinnene et stort press til å innta mer brus og søtsaker. Mangel på oppskrifter for å tilberede sunnere retter, for eksempel retter med fisk, og uhensiktsmessig bruk av stekefett i maten som følge av mangel på kunnskap eller feil måleteknikk, er andre barrierer. En annen RCT-studie gjennomført av de samme forskerne i 2011, har undersøkt hva slags oppfatninger og kunnskap norsk-pakistanske kvinner har med hensyn til kosthold og helse. Hele 87 prosent av kvinnene understreket at grønnsaker er sunt og godt for kroppen og bør være en del av det daglig kostholdet. 52 prosent mente det

samme om fisk. 66 prosent oppfattet at inntaket av sukker bør begrenses, og 60 prosent mente det samme om inntaket av fett (Kjøllestad mfl., 2011: 478).

Jeg vil også henviser til en annen RCT-studie utført av Kaja Marie Helland-Kigen, Marte K. Råberg Kjøllestad, Victoria Telle Hjellset, Benedikte Bjørge, Gerd Holmboe-Ottesen og Margareta Wandel (2012). Studiens hensikt var å forebygge diabetes type 2 blant norsk-pakistanske kvinner. For å få dette til, ble kvinnene motivert til å vedlikeholde endringer i kostholdet som kunne stabilisere glukose i blodet og være forebyggende på sikt. Det ble lagt vekt på både kosthold og fysisk aktivitet, og *empowerment* ble brukt som strategi. Resultatene viste en reduksjon i fett og sukkerinntaket, spesielt sukker fra brus, juice og leskedrikker. Samtidig viste resultatene en økning i inntak av grønnsaker og fisk (Helland-Kigen mfl., 2012:117).

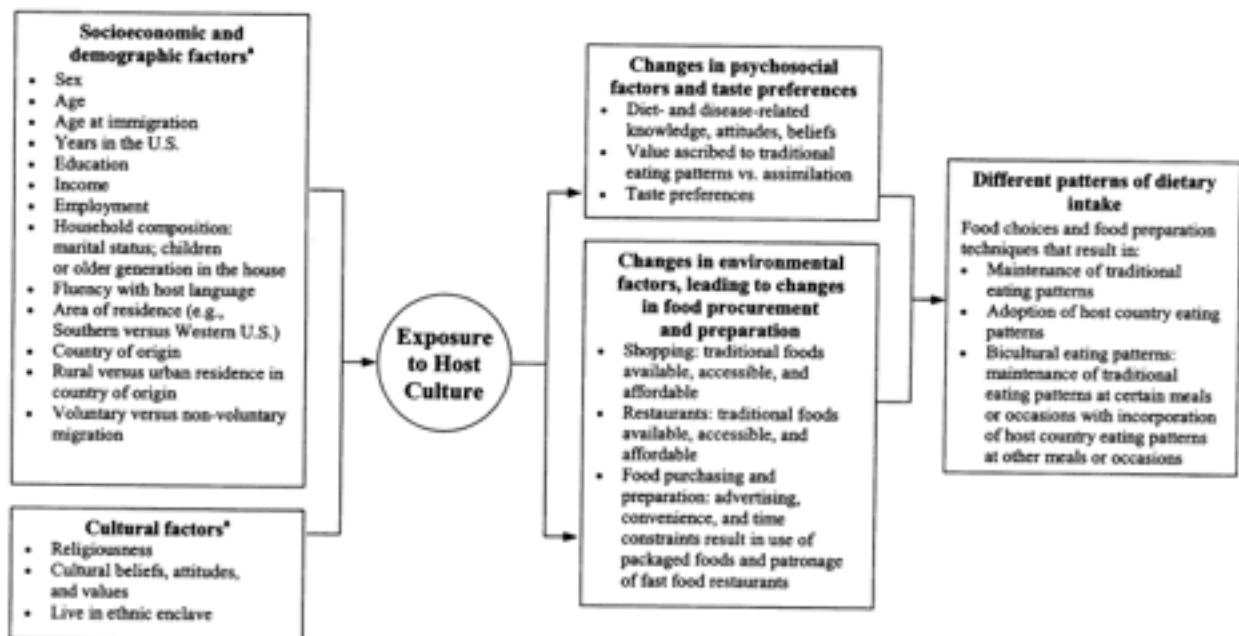
2.4 “Kostholdsakkulturasjon”: Endring i kostholdsvaner etter migrasjon

Begrepet akkulturasjon (*acculturation* på engelsk) brukes til å betegne prosessen hvor en gruppe, vanligvis en minoritetsgruppe, overtar de kulturelle mønstrene - for eksempel tro, religion, språk og kostholdsvaner fra en vertsgruppe (Satia-Abouta, 2003). Ved migrasjon oppstår det betydelige endringer i et menneskers liv, og kostholdet blir også påvirket. Endring av kostholdsvaner er beskrevet som kostholdsakkulturasjon (dietary acculturation) (Satia-Abouta, mfl., 2002). Satia-Abouta (2003:74) beskriver kostholdsakkulturasjon som en ikke-lineær, multidimensjonal, dynamisk og kompleks prosess som oppstår når innvandrere tilpasser spisemønsteret og matvanene sine til det nye miljøet de befinner seg i som følge av migrasjonen.

Studier viser at akkulturasjonen skjer raskere og mer effektivt blant innvandrerne som er høyt utdannet, kommer fra en by og har lignende utseende og kultur som personer i vertslandet (Satia-Abouta, 2003). Innvandrere som bosetter seg i “ghettoer” og som har kommet ufrivillig, for eksempel som flyktninger, vil oftest tilpasse seg langsommere til vertslandets kultur. Hvor lang tid denne prosessen tar, eller i hvilken grad den skjer i det hele tatt, avhenger av flere faktorer (Satia-Abouta mfl., 2002). Lang botid i vertslandet, høy utdannelse og inntekt,

arbeid utenfor hjemmet, små barn i familien og gode språkferdigheter i det nye språket er faktorer som gir større eksponering til vertslandets kultur og fremskynder akkulturasjonen (Satia-Abouta mfl., 2002: 1107). Andre faktorer som kan sette fart på kostholdsakkulturasjonen er eksponering fra media (internett, tv, aviser, bøker), manglende tilgang på tradisjonell mat fra hjemlandet og integrering i miljøer med mennesker fra vertskulturen (Satia-Abouta mfl., 2002: 1107).

Satia-Abouta har foreslått en modell (figur 1) for å forstå de kostholdsendringene som oppstår når personer migrerer til et nytt land. Modellen viser hvordan migrantene, med sine sosioøkonomiske, demografiske og kulturelle forutsetninger blir eksponert for en ny kultur. Møtet med den nye kulturen fører til endringer i psykososiale faktorer og smakspreferanser, samt endringer i miljømessige faktorer. Disse endringene kan resultere i tre ulike situasjoner: 1) Migrantene beholder sitt tradisjonelle kostholdsmønsteret, 2) De tilpasser seg totalt vertslandets kostholdsmønster eller 3) De danner et *bikulturelt* kostholdsmønster, det vil si at de beholder sitt tradisjonelle kosthold på enkelte områder samtidig som de innlemmer det nye landets kostholdsmønster på andre områder (Satia-Abouta, 2003: 76).



Figur 1: Satia-Aboutas foreslåtte modell på “kostholdsakkulturasjon”

2.5 Kultur

Kulturbegrepet omfatter de fleste forhold rundt oss som styrer vår måte å tenke og handle på i ulike situasjoner (Sander, 2017). Kultur er relativt (Eriksen og Sørheim 2009). Det vil si at kultur ikke er statisk men den utvikler seg med innflytelse fra andre kulturer (Eriksen og Sørheim 2009). Alle antropologer og sosiologer som jobber med begrepet kultur, mener at begrepet bør brukes med varsomhet fordi begrepet brukes til å beskrive mange forskjellige fenomener (Thorbjørnsrud 2008; Eriksen og Sørheim 2009; Helman, 2007). Ettersom begrepet kultur kan anvendes på mange ulike måter og i ulike kontekster er det viktig å tydeliggjøre begrepets ramme for studien i en tidlig fase.

Jeg forstår kulturbegrepet i lys av kulturdefinisjonene fra den amerikanske og engelske antropologene Clifford Geertz (1973) og Edward Taylor (1871). Geertz definerte kulturen som “et system av arvede konsepter uttrykt i symbolske former gjennom hvilke mennesker kommuniserer, vedlikeholder og utvikler sin kunnskap om og holdninger i forhold til livet” (Thorbjørnsrud, 2009: 211). Dermed er det problematisk å forestille seg mennesket uten kultur. Det er kultur som former et menneske, og påvirker menneskets atferd gjennom livet. Kulturen mennesket inngår i er den mest grunnleggende formen for sosialisering for å lære normene, verdiene, ferdighetene og kunnskapene om samfunnet mennesket lever i (Sander, 2017). Kulturen skaper balanse i forhold mellom individet og omgivelsene som individet befinner seg i, og den gir oss vår identitet ved å skape et større fellesskap, basert på felles verdier og normer (Sander, 2017). Thorbjørnsrud skriver at kulturforståelse handler om å “forstå seg selv og den andre i samspill med hverandre” (2009; 201). For å kunne forstå norsk-pakistanske kvinner og deres kostholdsvalg i møte med vestlige matvaner og kultur, er det hensiktsmessig å ha en forståelse for at “mennesker er kulturelle vesener som ut ifra kjønn, sosiale posisjon og personlige erfaringer fortolker, velger og handler innenfor de muligheter og begrensninger deres spesielle livssituasjon tilbyr. Ingen mennesker er like, og ingen styres mer av sin kultur enn andre”, som Thorbjørnsrud (2009: 209) skriver.

Taylors kulturdefinisjon (1871) som er over ett hundre år gammel, er også relevant for min studie fordi den legger vekt på hvordan samfunnet påvirker menneskets utvikling. I følge denne definisjonen er ikke forskjellene mellom folkeslagene medfødte men det skyldes at mennesker har levd i forskjellige samfunn og har lært seg ulike ferdigheter, kunnskaper og erfaringer for å tilpasse dette samfunnet (Eriksen og Sørheim, 2009). “Kultur er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, lov og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn” (Aakervik, 2000: 11; Eriksen og Sørheim, 2009: 25).

2.6 Identitet og mattradisjoner

Identitet er et omfattende begrep. I min studie skal jeg se på identitet knyttet til mattradisjoner i en migrasjonskontekst. Mattradisjoner er viktig identitetsmarkør for alle mennesker (Aakervik, 2000; Ottessen, 2009). Maten vi spiser og måltidene våre er viktig for hvordan vi opplever oss selv, omgivelsene våre og verden. Mat og identitet henger sammen med flere faktorer som for eksempel nasjonalitet, alder, kjønn, hvilken familie vi vokser opp i, hvilke venner vi har, hvilken tid vi vokser opp i, og hvilken kultur vi lever i (Matopedia, 2018). Disse faktorene vil påvirke spisevanene våre og vil bli en del av erfaringene våre om verden som vil påvirke vår identitetsfølelsen. Særtrekk ved mattradisjoner holdes ofte fast gjennom hele livet (Ottessen, 2009). Selv om det forekommer små endringer i matvanene, så beholdes hovedsakelig som oftest hovedrettene (basismat) og festmaten (Ottessen, 2009; Satia-Abouta mfl., 2002).

Kockturk-Runefors (1991) har konstruert en modell for kostholdsendringer ved migrasjon i en innvandrerbefolkning (Ottesen 2009). Modellen deler opp matvarer inn i tre kategorier: basismatvarer (*staples*), kompletterende matvarer (*compliments*) og tilleggsmatvarer (*accessories*). Basismatvarer er matvarer som utgjør en stor andel av det daglige kostholdet som f.eks ris, brød, pasta og poteter. I følge Kockturk-modellen knyttes basismatvarer til innvandrernes etniske identitet (Ottesen 2009). Basismatvarer er mindre påvirkelige for endringer og bevares lengst i innvandres kosthold, i motsetning til kompletterende (kjøtt, fisk, egg, meieriprodukter og grønnsaker) og tilleggsmatvarer (krydder, snacks, drikkevarer, frukt, desserter og godteri). Kockturck-modellens hypotese er at endring i kostholdet først skjer

gjennom tilleggsmatvarene og senere med basismatvarene (Ottesen 2009). Bakgrunnen for dette er at de små endringene i kostholdet glir umerkelig inn og skaper en annen sammensetting av kostholdet enn hverdagskosten i hjemlandet deres (Ottesen 2009). Samtidig ville det være store variasjoner mellom individer med hensyn til hva slags mat og mattradisjoner de velger etter migrasjon. Det vil være forskjeller mellom kvinner og menn, ulike aldersgrupper, yrkesgrupper, husmødre, arbeidsledige og etniske og nasjonale grupper (Aakervik, 2000). Flere undersøkelser har rapportert at den tradisjonelle maten får en dypere betydning som identitesbærer for de fleste etter migrasjon (Ottesen 2009; Aakervik, 2000).



Figur 2: Kockturk-Runefors-modell

Dette (Figur 2) er en analytisk modell etter Kockturk-Runefors (1991) og illustrerer to krefter som påvirker endringene i spisevaner i motsatt retning. Den ene er *identiteten* som tenderer til å motvirke endringer og den andre er *smaken* som kan fremskynde endringer. Basismatvarene som for pakistanere er ris, chapatti og paratha (ugjæret hvetebrød stekt i smør eller olje) er i følge Kockturk-Runefors de siste matvarer som blir byttet ut i kostholdet, siden disse bekrefter pakistanernes etniske identitet (Ottesen, 2009:447).

3.0 METODE

Aksel Tjora (2017) sier at validiteten på kvalitativ forskning styrkes ved at den som har utført forskningen forklarer hvordan den er praktisert. I dette kapittelet vil jeg, i tråd med dette redegjøre for mine metodiske valg med hensyn til fremgangsmåte for rekruttering av informanter, gjennomføring og transkribering av intervjuene, samt den øvrige datainnsamlingen. Til slutt skal jeg redegjøre for min forforståelse og posisjonering, og drøfte noen etiske overveielser knyttet til gjennomføringen av studiet.

3.1 Semistrukturerte dybdeintervjuer

Metoden som er valgt i denne studien er gjennomføring av semistrukturerte dybdeintervjuer. I følge Kvale og Brinkman (2009) gir slike intervjuer forskeren tilgang til informantenes egne erfaringer og opplevelser og gir mulighet til å gi nyanserte beskrivelser av informantenes *livsverden*. I gjennomføringen av de semistrukturerte dybdeintervjuene prøvde jeg å legge opp til en relativt fri samtale som kretset rundt noen spesifikke, forhåndsbestemte temaer. Gjennom å skape en avslappet stemning og legge opp til en romslig tidsramme, var det meningen å få informantene til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til fenomenet kosthold. Jeg ønsket å åpne opp for at informantene selv kunne formidle noe som ikke jeg hadde tenkt på forhånd. Slik håpet jeg på å unngå å reprodusere den kunnskapen jeg allerede hadde om fenomenet og resultater fra forskningsfeltet.

Tjora (2017) som knytter dybdeintervjuer til fenomenologien, skriver at forskeren gjennom å bruke en slik tilnærming forsøker å få deltakere til å sette ord på hvordan de forstår sin verden, vanligvis knyttet til et avgrenset fenomen. Gjennom dybdeintervjuene prøvde jeg å få frem kvinnenenes erfaringer, opplevelser, tanker og meninger knyttet opp mot tilpasning av kostholdet etter at de hadde migrert til Norge.

3.1.1 Utvikling av intervjuguide

Fenomenologiske studier handler om å “finne den sentrale underliggende meningen eller essensen i en opplevd erfaring” (Postholm, 2009: 78). For å gjøre dette brukte jeg en intervjuguide som et hjelpemiddel. I utviklingen av intervjuguiden, lagde jeg en liste med temaer

som jeg ønsket å bringe inn i intervjuene. May Britt Postholm (2009) fremholder at man ved en fenomenologisk tilnærming ikke lager ferdig formulerte spørsmål som deltakerne skal svare på. “Forskeren skal lage en temaliste som hun eller han ønsker skal bli berørt i løpet av intervjuet” (s.78). Dette innebærer at rekkefølgen på temaene som blir tatt opp ikke spiller noen rolle. Det vesentlige er at disse temaene blir berørt gjennom intervjuet (Postholm, 2009). Intervjuguiden ble laget på grunnlag av kunnskap fra tidligere gjennomførte studier, mine personlige erfaringer fra feltet og min forforståelse. Intervjuguiden ble gjennomgått og revidert i flere omganger i samarbeid med veilederen. Ved å forholde meg til en intervjuguide med en temaliste, hadde jeg stor frihet med hensyn til hvordan jeg formulerte hvert enkelt spørsmål til kvinnene og i hvilken rekkefølgen jeg stilte spørsmålene.

3.2 Utvalg og rekruttering

Utvalget i studien består av seks informanter. For å ikke avsløre identiteten til noen av informantene har jeg valgt å gi en samlet beskrivelse uten å gå for mye inn i historien til den enkelte kvinnen. Jeg har heller ikke tildelt informantene fiktive navn fordi jeg da hadde kunnet kommet i skade for å kalle informantene noe som en annen i deres nære familie heter. I den presentasjonen som følger prøver jeg å gi leseren et helhetsinntrykk av utvalget uten at hver enkelt kvinne står tydelig fram. Videre vil jeg bruke “kvinner” eller “kvinnene” for å referere til informantene.

De seks kvinnene i utvalget er i alderen 25- 65 år, har muslimsk bakgrunn og flyttet fra Pakistan til Norge i forbindelse med familieetablering. Alle kvinnene er bosatt i Oslo. **Fem** av dem flyttet til Norge i voksen alder, mens **en** av dem kom hit som ungdom sammen med sin familie. De seks kvinnene har tilsammen seksten barn. En kvinne har ikke barn, to har barn under 15 år, og resten har barn over 18 år. Felles for alle kvinnene er at de kan både det lokale språket punjabi og hovedspråket urdu, noe som betyr at de etter all sannsynlighet har gått på skole i hjemlandet fordi urdu kun læres på skolen i Pakistan. Disse kvinnene ble ikke spurt direkte om de har gått på skole i Pakistan fordi spørsmålet kunne oppleves som dømmende eller nedsettende. Kvinnene har en gjennomsnittlig botid i Norge på 15 år, der den lengste botiden er på 27 år, og den korteste er på 3 år. To av kvinnene er husmødre, mens de øvrige har arbeidserfaring. Tre av dem med arbeidserfaring har utdanning, men kun **en** av kvinnene

var yrkesaktiv da intervjuet ble gjennomført. Resten var enten sykemeldt eller i en jobbsøkningsprosess. Ingen av kvinnene hadde tidligere deltatt i en forskningsstudie. Å bli intervjuet var like nytt for dem som det var for meg i min rolle.

De seks kvinnene kan sies å utgjøre et strategisk utvalg, det vil si et utvalg hvor rekrutteringen er foretatt gjennom “systematiske vurderinger av ulike enheter som ut ifra teoretiske og analytiske formål er mest relevant og mest interessant” (Grønmo, 2004; 88). Asbjørn Johannessen (2010) fremhever viktigheten av å bestemme kriterier for å velge informanter fra målgruppen som skal delta i studien. Følgende inklusjonskriterier ble laget.

- Førstegenerasjons innvandrerkvinner fra Pakistan i aldersgruppen 25- 65 år.
- Migrert til Norge igjennom familiestiftelse, ekteskap i voksen alder.
- Snakker enten norsk, urdu eller engelsk. IKKE kun punjabi.
- Kvinner som ikke har deltatt i en forskningsstudie tidligere.
- Praktiserer islam, og/ eller kristendom.
- Både yrkesaktive og hjemmearbeidende.

For å rekruttere informanter brukte jeg mitt eget sosiale nettverk. Jeg fikk hjelp av to bekjente (som ikke kjenner hverandre) til å finne fram til kvinner som det kunne være relevant å inkludere i studien. Jeg hang dessuten opp informasjonsskrivet med en forespørsel om deltakelse på norsk og urdu i en skjønnhetssalong i Oslo der flertallet av kundene er pakistanske kvinner, og på et treningssenter i Oslo som jeg vet har en del kvinnelige medlemmer av pakistansk opprinnelse. I rekrutteringsfasen kom jeg i kontakt med mange kvinner, men ikke alle stilte seg like positive til å delta og flere takket nei. Noen kvinner viste interesse for å delta når de ble informert muntlig om intervjuet, men takket nei da de ble formelt forespurt og presentert for informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet. En av dem unnskyldte seg med at hun ikke fikk lov av mannen. En annen sa at hun var blitt syk og av den grunn ikke lenger kunne delta. Dette forsinket både rekrutteringsprosessen og intervjuperioden med noen uker. Rekruttering og gjennomføring av intervjuer foregikk parallelt.

Jeg valgte ikke å benytte kommunale frisklivssentraler og andre helsefremmende og forebyggende helsetjenester som rekrutteringsbaser. Grunnen til det er at målgruppen for slike tilbud er kvinner som har økt risiko for eller har utviklet sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Her får brukere hjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet og veiledning om sunt kosthold. Det betyr at de kvinnene med pakistansk minoritetsbakgrunn som jeg ville ha kommet i kontakt med på for eksempel frisklivssentraler, trolig allerede hadde vært utsatt for kulturpåvirkning og “fornorsking” med hensyn til ernæring og fysisk aktivitet. Å intervju kvinner som allerede var i sammenhenger hvor de får mye påfyll og informasjon oppfattet jeg som lite hensiktsmessig for denne studien. Jeg ville undersøke vanlige kvinner og deres erfaringer og valg.

Utvalget i denne studien er selvsagt ikke representativt for den pakistanske kvinnebefolkningen i Norge. Kvinnene hadde meldt seg frivillig til å delta. De var stort sett friske og så ut til å mestre sin livssituasjon. Noen av kvinnene i utvalget hadde diabetes type 2 men ingen av dem var alvorlige syke eller hadde store problemer med overvekt og fedme. Hensikten med studien har ikke vært å intervju syke og overvektige kvinner som ikke mestrer sin livssituasjon, men å synliggjøre hvilke individuelle kostholdsvalgene man finner innenfor den norsk-pakistanske kvinnebefolkningen.

3.3 Intervjusituasjon og gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjennomført i perioden fra 15. november 2016 til 20. desember 2016. Det første intervjuet var et prøveintervju. Informanten i prøveintervjuet var en kvinne som hadde flyttet til Norge som ungdom, ikke som voksen slik inklusjonskriteriene krevde. Grunnen til at jeg foretok prøveintervjuet var at jeg ville å forsikre meg om at spørsmålene jeg stilte ut fra intervjuguiden var forståelige for kvinnene. I tillegg ønsket jeg å teste ut bruk av lydopptaker til intervjuer, noe jeg ikke hadde erfaring med på forhånd. Jeg vurderte prøveintervjuet som vellykket ettersom det kun var behov for å gjøre noen mindre endringer i intervjuguiden for å styrke presisjonsnivået og unngå misforståelser.

Datamaterialet fra prøveintervjuet skulle egentlig ikke inkluderes i studien fordi denne kvinnen hadde litt annen migrasjonshistorie enn de øvrige kvinnene. Men ved transkribering av

prøveintervjuet oppdaget jeg at denne kvinnen ikke skilte seg så mye ut fra de andre kvinnene som jeg hadde forventet. Selv om kvinnen i prøveintervjuet migrerte til Norge som ungdom, skilte hun seg ikke vesentlig ut fra de øvrige kvinnene som alle hadde migrert til Norge i voksen alder i forbindelse med familiegjenforening. Jeg valgte derfor å inkludere også denne kvinnen i utvalget.

Hver kvinne valgte selv hvor intervjuet skulle finne sted. Tre av de seks intervjuene foregikk på et av personalkontorene på et frivilligsenter i Oslo, mens de tre øvrige ble foretatt hjemme hos kvinnene. Jeg opplevde at det å dra hjem til kvinnene ga en god kontekst for å få til en ubesværet samtale og utforske deres "livsverden", slik Tjora (2017) også anbefaler. Samtidig følte jeg at jeg i tillegg fikk innsikt i disse kvinnenes familiesituasjonen og sosioøkonomiske forhold ved å være hjemme hos dem. "Hjemme-konteksten" gav meg rammer for å igangsette en naturlig dialog om for eksempel hjemmeinnredning, og det var lettere å få dem til å fortelle utfyllende om kosthold og matlaging når intervjuet fant sted der hvor det meste av matlaging også fant sted. For å vise takknemlighet over kvinnenens vilje til å delta i studien, fikk de et takkekort og blomster. Det er en vanlig praksis i pakistansk og indisk kultur at man ikke kommer tomhendt første gang man besøker en person i dennes hjem. Dette satte kvinnene pris på og takket meg for. Disse kvinnene hadde på forhånd gjort klar en lett bevertning på bordet i form av hjemmelagde snacks, kjeks og kaker som de serverte sammen med te.

Før selve intervjuet startet, snakket jeg og kvinnene litt uformelt om hver vår bakgrunn, familie, oppholdstid og nåværende livssituasjon. Dette for å bli bedre kjent med hverandre og for å få informantene til å føle seg komfortabel. Slik Tove Thagaard (2003) skriver, var det et mål ved intervjusituasjonen å skape tillit og en fortrolig atmosfære som kan bidra til at kvinnene åpner seg om temaer som det ønskes informasjon om. Dette var spesielt viktig ettersom kvinnene aldri hadde deltatt i et intervju før. Ved å observere kvinnenens kroppsspråk og holdninger, og gjennom å besvare spørsmål de hadde til meg, ble jeg mer bevisst på hvordan de betraktet min posisjon som forsker. Tjora (2017: 116) fremhever også at den tilliten som opparbeides i startfasen av et intervju er avgjørende for kvaliteten på intervjuet, spesielt dersom

vi forsker på sensitive temaer. Noen av kvinnene viste stor interesse og nysgjerrighet for prosjektet og stilte meg mange spørsmål underveis.

Intervjuene som fant sted hjemme hos kvinnene krevde imidlertid mer styring og strukturering fordi det viste seg at enkelte av kvinnene var veldig pratsomme og kunne fortsette å prate “uformelt” om andre temaer enn de jeg var kommet for å søke kunnskap om. I slike tilfeller måtte jeg bryte inn og spørre kvinnene “*shuru karein?*”, som er på urdu og betyr “skal vi starte?” Intervjuene på kontoret var derimot enklere å starte og styre etter en kort introduksjon til tema. Alle intervjuene startet med at jeg fortalte hva undersøkelsen gikk ut på. De ble informert om at jeg hadde taushetsplikt og at alle personidentifiserbare opplysninger som kommer frem skulle anonymiseres. Jeg viste diktafonen og forklarte hvordan opptakene skal oppbevares, hvordan de skulle brukes og når de skulle slettes. Deretter gikk jeg gjennom informasjonskrivet med dem og fikk dem til å bekrefte sitt samtykke gjennom å skrive under på to samtykkeskjemaer. Kvinnene fikk beholde det ene samtykkeskjemaet og informasjonsskrivet som var oversatt til urdu.

Det å gjøre intervjuer med seks forskjellige informanter var en svært lærerik erfaring. Jeg gjorde meg mange refleksjoner både i forkant, under og etter intervjuene. I forkant av intervjuene var jeg forholdsvis sikker på at jeg ville mestre rollen som intervjuer. Etter det første intervjuet jeg gjorde etter å ha gjennomført det prøveintervjuet ble jeg usikker på om jeg hadde forberedt meg godt nok til å stille oppfølgingsspørsmål. Grunnen var at dette intervjuet tok mye kortere tid enn det jeg hadde forventet og jeg ble usikker på om jeg hadde fått svar som var fylldige nok. Da jeg transkriberte intervjuet, oppdaget jeg noen ukjente temaer og dimensjoner som jeg kunne ha utdypet mer dersom jeg hadde stilt gode oppfølgingsspørsmål om enkelte elementer som hun bragte frem i intervjuet. Jeg ble bedre på å stille oppfølgingsspørsmål i de neste intervjuene.

3.3.1 utfordringer ved gjennomføring av intervjuene

Hver intervjusituasjon var unik og gjennomføring av intervjuene stilte meg overfor mange forskjellige utfordringer. Noen av disse utfordringene kan kaste lys over både hvordan kvinnene betraktet kosthold som tema og hvordan de opplevde å bli intervjuet. Det første ek-

semplet er fra et intervju som fant sted i et kontorlokale som kvinnen selv valgte. Her merket jeg raskt at likhetene mellom meg og kvinnen når det gjaldt kjønn, språk og vår bakgrunn fra det indiske subkontinentet ikke var tilstrekkelig til å skape en fortrolig atmosfære. Jeg oppfattet svarene hennes som korte og lukkede til tross for at spørsmålene jeg stilte var ment å være åpne og reflekterende. Denne situasjonene opplevde jeg som stadig mer utfordrende, og intervjuet kom etterhvert til et “dødpunkt”. Etter å ha svart på et spørsmål kunne hun bli sittende taus mens hun smilte og lot blikket gli langs veggene på kontoret. Jeg tenkte at kvinnenes lukkede og passive atferd kanskje kunne ha sammenheng med at hun hadde vært mye i kontakt med helsevesenet grunnet sin helsesituasjon. For å forsikre meg om at hun ikke opplevde temaet som belastende, spurte jeg henne flere ganger underveis: “går det bra med deg?”, noe hun bekreftet hver gang. Hun assosierte meg kanskje med helsepersonell som hun tidligere hadde hatt konsultasjoner med. Intervjustedet var som nevnt et kontor, noe som kan ha forsterket denne assosiasjonen hos henne.

Som en intervensjon for å redusere den usynlige “kløften” som kvinnen kan ha følt mellom henne og meg, delte jeg min erfaring med hvordan jeg tilbereder en bestemt matrett på en sunnere måte. Dette visste å være en vellykket intervensjon som skapte nysgjerrighet hos kvinnen. Hun åpnet seg, stilte meg flere spørsmål og delte mer av sine erfaringer knyttet til mat og tilberedning. På den måten fikk jeg henne til å åpne seg mer, kanskje fordi hun innså at vi hadde noen felles kostholdserfaringer og kunne lære nyttige ting av hverandre. Hun sa det slik *“Neste gang skal jeg lage rett A slik du beskriver. Det høres godt ut. Du kan også prøve å lage retten på min måte. Det smaker veldig godt, det er sunt og inneholder ikke mye fett”*. Dette eksemplet illustrerer hvordan gjensidighet og utveksling av erfaring var essensielt for å innhente mer kunnskap gjennom intervjuene. I metodelitteraturen argumenteres det for at forskeren bør bruke seg selv som et forskningsinstrument. Malterud (2017:41) skriver at “kunnskap er et produkt av menneskelig persepsjon, tolkning og samhandling”. Forskningsprosessen og resultatene vil alltid være påvirket av forskerens person, uavhengig av forskningsmetode (Malterud, 2017). I denne utfordrende situasjonen følte jeg at jeg ved å dele noe av min egen forforståelse, erfaring og kunnskap med kvinnen klarte å skape nærhet og tillit. Dette er noe også Bengtsson (2006) er inne på når han skriver om brobygging mellom egen

og andres livsverden. Verdien av å tydeliggjøre meg selv overfor kvinnene i intervjusituasjonen har vært en viktig læring for meg i prosessen.

Det oppstod også et par utfordringer knyttet til det å intervju kvinnene hjemme, blant annet bakgrunnsstøy fra fjernsyn, telefoner som ringte og at det oppholdt seg flere personer i huset enn meg og kvinnen. I noen tilfeller opplevde jeg det at andre var til stede som forstyrrende i intervjusituasjonen, og jeg vil spesielt trekke fram en situasjon. Under ett av intervjuene satte svigermoren til kvinnen jeg skulle intervju seg ned ved siden av kvinnen og begynte å besvare spørsmålene jeg stilte. I denne situasjonen kunne jeg ikke be svigermoren om å forlate rommet eller unnlate å svare på spørsmålene, fordi det er uhøflig og direkte frekt å be eldre personer om å forlate rommet eller tie stille, spesielt i deres eget hus. For svigermoren var dette en helt naturlig kontekst, og hun ønsket bare å delta i noe som hun oppfattet som en “diskusjon”. Dette kan muligens ha påvirket svarene til kvinnen og svekket studiens reliabilitet (se kapittel 3.5). Denne episoden illustrerer også hvordan rammene for intervjusituasjonen var mye løsere og mer uformell når intervjuet fant sted hjemme hos kvinnene enn den var når intervjuene ble gjennomført på et kontor.

3.4 Transkribering av intervjuene

Ved bruk av dybdeintervjuer som metode anbefaler mye av metodelitteraturen bruk av lydopptak og fullstendig transkribering av materialet i etterkant. Digital diktafon ble benyttet til å ta lydopptak. Lengden på intervjuene varierte mellom 45 og 75 minutter. Lydopptaket ble overført til pc-en og filen fra diktafon ble slettet umiddelbart. Lydfilene ble deretter transkribert etter hvert intervju og ble slettet. Ingen personidentifiserbare opplysninger ble tatt opp på bånd. Transkriberingstid per intervju var et sted mellom sju og ni timer. Fire av de seks intervjuene foregikk på urdu, resten på norsk. Kvinnene kunne selv velge å bruke det språket de følte de mestret best.

De intervjuene som ble foretatt på urdu har jeg valgt å transkribere på urdu (med engelsk skrift). Videre valgte jeg ikke å oversette intervjuene fra urdu til norsk fordi det ville kunne ha svekket kvaliteten på empirien ved at viktig informasjon kunne ha blitt borte i oversettelsesprosessen. Dessuten ville det å oversette fire intervjuer fra urdu til norsk ha vært svært

tidskrevende. Sitatene fra urdu-intervjuene som brukes i oppgaven har jeg valgt å oversette til norsk, men noen steder i teksten har jeg skrevet et ord på urdu eller engelsk i parentes bak det norske ordet for å vise til hvilket ord kvinnene brukte, som for eksempel “varm (garam)”.

Alle kvinnene var flinke til å ordlegge seg og brukte også mange norske og engelske ord selv om hovedspråket i intervjuene var urdu. Jeg opplevde det å kunne snakke og forstå kvinnenes eget språk som en stor fordel fordi det gjorde at jeg lettere kunne forstå ulike språklige kontekster.

3.5 Studiens validitet og reliabilitet

Det forventes av en som utfører en kvalitativ undersøkelse at vedkommende gir innsikt i kontekstuelle forutsetninger som har hatt betydning for tolkning av problemstillinger, data og resultater (Malterud, 2017). “Kunnskap er makt, og skal deles med andre” (Malterud, 2017: 18). Begrepet validitet handler om i hvilken grad resultatene fra en studie er pålitelige, gyldige og overførbare (Kvale og Brinkmann, 2009). I kvalitative forskningsintervjustudier er forskerens kompetanse og egnethet av vesentlig betydning for data som genereres (Kvale og Brinkmann, 2009). Forskerens kompetanse sier noe om hvordan hun har utført intervjuene, gjort nødvendige notater, hvordan hun har transkribert, dokumentert, begrunnet og redegjort for det hun har gjort. Dette kaller Kvale og Brinkmann (2009) for studiens håndverksmessige kvalitet, og uten disse overveielser påstår de at det er ingen gyldighet i kvalitativ forskning. I tråd med dette har jeg gitt en grundig beskrivelse av metodiske overveielser i dette kapittelet.

“Troverdigheten i et kvalitativt forskningsintervju er knyttet til en åpen tilnærming, nøyaktighet, refleksivitet og evne til å møte dynamiske utfordringer i intervjusituasjonen” (Drageset og Ellingen, 2011:334). Forskerens vitenskapsteoretiske ståsted, verdi og kunnskapssyn har betydning for data som skapes. I tråd med dette har hele forskningsprosessen og det dynamiske aspekt i intervjusituasjonen blitt tydeliggjort fordi den har stor betydning for troverdigheten (Kvale og Brinkmann, 2009; Drageset og Ellingen, 2011). For å sikre validitet ble alle intervjuene transkribert av meg med mest mulig nøyaktighet. For å unngå å miste viktig informasjon oversatte jeg ikke urdu intervjuene til norsk. Jeg transkriberte intervjuene så fort som mulig etter at intervjuene hadde blitt gjennomført i tilfelle det skulle oppstå prob-

lemer med uforståelig innspilling. I tillegg tok jeg notater underveis i intervjuet, slik at jeg kunne henviser til notatene i tilfelle det skulle bli noen uoverensstemmelser. Jeg har beskrevet hele prosessen med intervjuet, samt utfordringer jeg møtte underveis og hvordan jeg valgte å håndtere utfordringene. Dette har jeg gjort for å vise refleksivitet, noe som igjen styrker studiens validitet (Kvale og Brinkmann, 2009).

Når det gjelder generalisering av resultater fra en kvalitativ studie skriver Malterud (2017) at “ingen kunnskap er allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål. Dette gjør *generaliserbarhet* til et problematisk begrep, uavhengig av forskerens formål om overførbarhet” (s. 23). Generalisering av studiens funn har vært et viktig spørsmål som jeg har reflektert over mange ganger underveis i skriveprosessen. Det å generalisere studiens funn til alle norsk-pakistanske kvinner i aldersgruppe 25-65 år vil være problematisk og uhensiktsmessig fordi studiens utvalg ikke er representativt for hele den norsk-pakistanske kvinnebefolkningen i Oslo. Studiens funn viser at det er store individuelle variasjoner mellom kvinnenenes forståelse av ernæring, kosthold, helse, sykdom og omsorg. Likevel kan studiens funn gjelde en bredere norsk-pakistansk kvinnebefolkning fordi de lever i et samfunn der det er økt fokus på helsefremming og forebygging. Kvinnene er dermed utsatt for samme utvidet “informasjonsstrategi” og “informasjonsklima” som kvinnene i utvalget mitt, noe som kan gjøre resultatene gjeldende overfor andre.

Begrepet reliabilitet handler om påliteligheten av data. Det er en angivelse av om en undersøkelse viser den virkelige situasjonen og i hvilken grad resultatene kan etterprøves (Befring, 2007; Kvale og Brinkmann, 2009). Reliabilitet måles på en skala som går fra høy til lav. Høy reliabilitet betyr at man forventer samme svar dersom alle spørsmålene blir stilt på nytt til samme intervjuobjekter (Befring, 2007; Kvale og Brinkmann, 2009). Dette er en test-retest metode som vil kunne gi en pekepinn på reliabiliteten av undersøkelsen (Befring, 2007).

Eksemplet jeg ga i kapittel 3.3 om svigermoren er et relevant eksempel som kunne ha påvirket kvaliteten på svarene jeg fikk fra kvinnen. Svarene hennes kunne kanskje vært annerledes og mer fyldige dersom ikke svigermoren satt ved siden av henne og avbrøt henne mens hun svarte? Dette tenker jeg kunne ha påvirket studiens reliabilitet. Få antall kvinner i utvalget og

det store aldersgapet mellom kvinnene kan også ha gjort studiens reliabilitet lavere enn hvis studien hadde vært gjennomført med flere kvinner som var mer jevnaldrende. Det er fordi mennesker resonnerer ulikt basert på alder og livserfaringer.

På en annen side fremhever Kvale og Brinkmann (2009) at en grundig beskrivelse av forskningsprosessen kan bidra til å styrke studiens reliabilitet. I tråd med dette har jeg vært transparent og beskrevet alle teoretiske, metodiske samt analytiske overveielser. I tillegg skal jeg i neste avsnitt gi en grundig beskrivelse av min forforståelse, nærhet og distanse knyttet til studiefeltet. Dette kan gi leseren selv mulighet til å vurdere om resultatene er gyldige og til å stole på.

3.6 Forforståelse og posisjonering

I en kvalitativ studie med intervju som metode, bruker forskeren seg selv som et instrument (Postholm, 2005). Forskeren filtrerer alt datamaterialet som har blitt innhentet hos informantene. Dermed er det viktig at forskeren så tidlig som mulig i sin studie kan gjøre rede for hvem hun er og sine erfaringer knyttet til feltet, altså gjøre rede for sin posisjonering i forhold til tema og studie. Malterud (2017) skriver at “det er naivt av forskeren å fornekte sin egen rolle og innbille seg at man som forsker kan bli en usynlig og uvirksom brikke i det spillet der kunnskap produseres” (s.41). I de neste avsnittene vil jeg gjøre rede for mine personlige erfaringer, min bakgrunn og min forforståelse knyttet til feltet. Tydeliggjøringen av min forforståelse var viktig for analyseringen av data fordi den gjorde meg mer bevisst på min posisjonering og rolle i forhold til forskningsfeltet og kvinnene jeg skulle intervjuet.

Det har både vært spennende og krevende å arbeide med en studie som interesserer meg både faglig og personlig. Spennende fordi jeg jobber med et tema som engasjerer meg og som jeg alltid har ønsket å jobbe med. Krevende fordi jeg under hele prosessen fram mot den ferdige masteroppgaven har måttet være ekstra oppmerksom på at jeg ikke bruker funnene mine fra intervjuene mine som en påskudd for å hevde eller bekrefte meninger og oppfatninger jeg allerede har, slik Malterud (2017:42) beskriver. På den andre siden har jeg hele tiden vært bevisst på at det ikke er mulig at kunnskap som blir til gjennom en intervjuundersøkelse forblir upåvirket av forskerens forforståelse.

Når det gjelder min faglige posisjonering, vil jeg særlig trekke fram min yrkesbakgrunn som sykepleier, tidligere medisinstudent og masterstudent på interdisiplinær helseforskning.

Denne helsefaglige bakgrunnen former den forståelsen jeg har av mennesker, sykdommer, liv og død. Gjennom den utdanningen jeg har tatt, har jeg blant annet lært at ethvert menneske er unikt, og at min oppgave som helsepersonell er å møte mennesker med respekt og imøtekomme deres behov i den situasjonen de befinner seg, samt tilby dem best mulig behandling og omsorg. På det personlige planet er jeg formet av min oppvekst og skolegang i hjemlandet mitt, India, og av min skolegang i Norge. I ungdomstiden gjorde jeg en mengde erfaringer som immigrant til Norge og med integreringsprosessen i et samfunn som på mange måter er annerledes enn det jeg ble født inn i. Her ønsker jeg å dele noen av mine erfaringer i møtet med norsk matkultur som kan belyse min egen posisjonering i forhold til det som er problemstillingen i denne studien, samt gi en bedre forståelse av min nærhet og distanse knyttet til studiefeltet.

Det å migrere til Norge og tilpasse seg livet i et nytt samfunn har vært en krevende prosess som har medført store endringer i livet mitt. I tillegg til utfordringer med å lære nytt språk og få helt nye venner, ble også mat en utfordring. Spesielt vanskelig opplevde jeg det å forholde meg til mat på skolen fordi varm matpakke plutselig ble byttet ut med brødkiver og kalde pålegg. Som barn i India (for ca. 14 år siden) opplevde jeg at det var lite bevissthet rundt ernæring, kosthold og fysisk aktivitet. Det ble ikke snakket noe særlig om dette verken på skolen, i familien eller i mediene. Jeg hadde ingen undervisning om ernæring verken på barneskolen eller ungdomsskolen i mitt hjemland. Det å være på skolen handlet først og fremst om å prestere i skolefagene. Første gang jeg fikk kostholdsveiledning var med helsesøster på en norsk ungdomsskole. Hun skulle kartlegge mine spisevaner, og hun var spesielt opptatt av hva jeg spiste til lunsj på skolen. Frukt, yoghurt og grove brødkiver med magre pålegg var hennes anbefalinger for hva som var “sunt” og hva jeg burde spise til lunsj. Dette stod i sterk kontrast til hva jeg var vant med fra hjemlandet. Å ha brødkiver og frukt i matpakken på skolen i hjemlandet ble sett ned på og omtalt som “fattigmat”. Indiske matpakker skulle bestå av fersk hjemmelaget og varm mat som mødrene tilberedte tidlig om morgenen før barna dro til skolen. Roti, parantha (ugjærret brød med smør), ris og frityrstekte snacks (pakora,

samosa) sammen med tilbehør er vanlig på barnas lunsjmeny. En slik fett- og kaloririk lunsj var mødrenes forsøk på å sørge for at deres barn hadde nok påfyll til å klare seg gjennom en lang og faglig krevende skoledag.

Endringen i matpakke-vanene mine her i Norge skjedde gradvis. Lunsj ble som oftest handlet inn i dagligvare butikken på vei til skolen, da foreldrene mine jobbet mye, og hadde lite tid til å tilberede matpakke til meg. Mitt første steg mot kostholdsintegrering var å begynne å lage matpakke selv, med grovt brød og ost eller kjøtt som pålegg. Dette gjorde jeg for ikke å skille meg ut fra de andre i klassen, selv om jeg ikke likte smaken av de brødkivene jeg tok med på skolen. Når det gjelder endringer i mitt eget kosthold, var det måltidene jeg hadde i forbindelse med sosiale sammenkomster som endret seg først, for eksempel lunsj på skolen. Dette samsvarer med Kockturk-Runefors-modellen, som viser at det er de mindre viktige måltidene eksempelvis lunsj, frokost og snacks som endrer seg først hos mennesker som migrerer til et nytt samfunn (Ottessen, 2009).

Heimkunnskap på ungdomsskolen ble en viktig informasjons og kunnskapskilde for meg. Jeg ble introdusert for hvilke matvarer som er sunne og hvilke som er usunne, hva et variert kosthold består av, samt grunnleggende kunnskap om næringsstoffer og livsstilssykdommer. Kroppsøvingstimene var også av betydning fordi jeg fikk anledning til å være fysisk aktiv, samt fikk kunnskap om viktigheten av mosjon og trening.

Basert på mine erfaringer som en migrant til et nytt land og møtet mellom mine forhåndslærte vaner og norsk matkultur, vil jeg si at jeg både har nærhet og distanse til det feltet jeg studerer. Nærhet på grunn av mitt kjønn og min bakgrunn fra det indiske subkontinentet, som innebærer at jeg behersker kvinnenenes språk, urdu, og at jeg har kjennskap til deres kultur og mattradisjoner. Også det at jeg har satt meg inn i tidligere forskningsstudier gir nærhet. Det som derimot skaper distanse til feltet og til kvinnene er først og fremst at min migrasjonskontekst har vært annerledes enn kvinnenenes. Jeg kom til Norge som ungdom og har gjennomgått en prosess av integrering og sosialisering som har endret meg på en mer grunnleggende måte enn den prosessen kvinnene har vært gjennom. Å migrere til et nytt land i voksen alder, i forbindelse med familiestiftelse, innebærer andre utfordringer enn de jeg har erfart. Andre

ting som skaper distanse mellom meg og kvinnene er min faglige bakgrunn og min yrkesrolle i det norske helsevesenet. Den nysgjerrigheten som denne annerledesheten har skapt har vært en viktig drivkraft i studien.

3.7 Ethiske overveielser

Jeg har i gjennomføringen av studien fulgt gjeldende regler for personvern slik de er formulert i *Lov om behandling av personopplysning* (Lovdata, 2015). På bakgrunn av at det kunne framkomme sensitive personopplysninger er studien meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), hvor studien ble godkjent. Dette ble kvinnene informert om både skriftlig og muntlig. Kvinnene fikk også informasjon om at alle lydopptak ville bli slettet umiddelbart etter transkribering og at de transkriberte filene ville bli slettet når oppgaven var ferdig. For å ivareta kvinnenes anonymitet har jeg valgt kun å omtale hvilken aldersgruppe de tilhører, der det er nødvendig, og ikke sagt noe om for eksempel hvor de bor i Oslo.

4.0 DATAANALYSE

Hensikten med kvalitativ analyse er å gjøre forskningen forståelig for en leser uten at leseren selv må gå gjennom rådataene (Tjora, 2017). I en kvalitativ analyse bør forskeren se utover egne forventninger for å finne det som virkelig ligger i empirien, noe som ifølge Tjora (2017) krever mye og intenst tankearbeid. Analysemetoden jeg benytter i denne studien er det Tjora kaller Stegvis Deduktiv Induktiv metode (SDI). Metoden ble valgt fordi jeg likte den induktive tilnærmingen som ga meg anledning til å jobbe med empirien som “definerende utgangspunkt for hva som er interessante temaer, spørsmål og konsepter” (Glasser, 2003:47). Ved hjelp av denne metoden har jeg jobbet trinnvis og beveget meg fra rådata og mot konsepter. SDI har mye til felles med såkalt Grounded Theory, men den forsøker å utvikle en induktiv tilnærming som er klarere og mer entydig enn Grounded Theory (Tjora, 2017). Forskeren jobber både *induktivt*, ved å jobbe fra data til konsepter og teorier, og *deduktivt*, ved å sjekke teorien opp mot empirien (Tjora, 2017). SDI-modellen er utviklet med det for øye å hente ut mest mulig av det potensialet som ligger i den empirien forskeren har generert.

I tabell 4 a, har jeg fremstilt de fire stegene som Tjoras analyse i hovedsak består av. Malterud (2017: 21) skriver at “(...) analysen skal foregå slik at andre senere kan følge den veien du har gått, anerkjenne din systematikk underveis og forstå konklusjonene. Analysen skal ikke bare gjennomføres – den skal også formidles.” På de neste sidene skal jeg beskrive hvordan jeg har benyttet SDI- metoden stegvis for å analysere datamaterialet jeg har generert.

Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4
Tekstnær koding	Kategorier	Utvikling av konsepter	Diskusjon av konsepter/utvikling av teori

Tabell 4 a: Analysestegene i SDI- metoden.

4.1 Tekstnær koding

Koding er det første steget i analysen etter datagenerering og spiller en viktig rolle i SDI-metodens vekt på induksjon (Tjora, 2017). For å danne slike koder, leste jeg gjennom intervjuutranskripsjonen og oppsummerte intervjuteksten avsnitt for avsnitt med en til fire setninger som formidlet noe om hva kvinnene sa, og ikke bare “hva de snakket om” (variabeltenkning). Etter å ha gått gjennom første intervjuutranskripsjon, gikk jeg videre til den neste og fortsatte med de samme opprettede kodene fra første transkripsjon og laget nye koder underveis. På den måten jobbet jeg gjennom hele datamaterialet og utarbeidet en liste med koder, som alle var generert induktivt med utgangspunkt i empirien. Dette var en tidkrevende, men nyttig prosess fordi jeg ble godt kjent med empirien jeg hadde samlet. Etter denne prosessen satt jeg igjen med mellom 20 og 25 koder fra hvert intervju, totalt 146 koder fra alle intervjuene. Enkelte koder fra samme intervju var ganske like, og ifølge Tjora (2017) er det ikke uvanlig at kodene overlapper hverandre. Disse kodene ligger tett opptil empirien, de er *empirinære koder*. Tjora (2017) sier at forskeren ikke skal være bekymret dersom antallet empirinære koder blir stort, fordi alle kodene er utviklet fra data, og ikke fra teori, hypoteser, forskningsspørsmål eller fra planlagte temaer og nettopp derfor kan de bli tallrike (s.198).

For å danne koder har jeg sortert deler av intervjutekster som omhandler samme tema, for eksempel “barnets kosthold” og samlet dem i en tabell. Deretter har jeg utviklet empirinære koder etter nærlesing av transkripsjoner. Kodene jeg har generert består av en til fire setninger. Dette er gjort for å inkludere det viktigste kvinnene snakket om, og jeg har gjort bruk av de samme ord og begreper som kvinnene selv brukte i kodene. Til sammen utgjør kodene et kodesett som kan sies å være en representasjon av empirien. Dette danner utgangspunktet for neste steg.

I tabell 4 b, viser jeg ett eksempel på hvordan jeg har generert empirinære koder fra den transkriberte teksten. Intervjuet denne teksten er hentet fra ble holdt på urdu og teksten er oversatt til norsk av meg.

Transkriberte tekst	Koding
<p><i>“Jeg sørger for at barna får varm og fersk frokost for å starte en tung dag. Jeg lar ikke barna spise kalde brødkiver eller gårdsdagens rester slik mange av mine venninner gjør. Til frokost lager jeg parante (stekte lefser), og steker egg, så velger barna om de vil spise egg med parante eller brød. Mmmmm. Jeg prøver å variere. “</i></p>	<p>Det er viktig å servere varm og fersk frokost til barna. For eksempel parante eller brød med stekte egg. Variasjon er viktig.</p>

Tabell 4 b: Utvikling av tekstnære koder

4.2 Kategorisering

Steg 2 i SDI- metoden er utvikling av kategoriene, som lages ved å samle relevante koder i grupper. Det er disse kategoriene som danner utgangspunkt for hvilke temaer som utvikles i analysen. Kategoriene som utvikles vil utgjøre oppgavens resultatdel ved å besvare problemstillingen. Tjora (2017) skriver at kategoriseringen har som mål å finne temaer som tar ut potensialet i empirien og gir svar på ens forskningsspørsmål. Samtidig innebærer det en risiko for å overforenkle eller stereotypisere (Halvorsen, 2003: 110). Bortfall av informasjon kan være et problem både under koding av empirien og under kategoriseringen (Halvorsen, 2003). Det er dermed viktig at forskeren er bevisst på dette. Jeg har tatt hensyn til dette ved å jobbe med å finne den riktigste oversettelsen av de urdu-ordene kvinnene brukte under intervjuene for å bevare essensen og meningen i konteksten.

Kategoriene ble laget ved at jeg samlet like koder i grupper som omhandlet samme tema, og oppsummerte alle kodene i samme gruppe under en kategori. Her var det viktig for meg at de kategoriene som ble utviklet kunne svare på forskningsspørsmålet mitt som opprinnelig var følgende *“Hvilke kostholdserfaringer har kvinner med pakistansk bakgrunn etter migrasjon til Norge?”*

Gjennom denne prosessen kom jeg fram til ca 14 kategorier, men på grunn av akademiske rammer kunne ikke alle kategorier utvikles til konsepter (steg 3). Disse kategoriene kan være interessante å utvikle med tanke på å studere eventuelt andre problemstillinger senere. Ifølge Tjora (2017:185) “målet med kategoriseringen er å komme fram til 3-6 temaer som både kan ta ut potensialet i empirien og svare på problemstillingen”. Etter at kategoriene ble dannet valgte jeg å endre problemstillingen min slik at den spør konkret etter det kategoriene besvarer. Jeg innså at kategoriene handlet om **valgene** kvinnene hadde tatt etter migrasjon med hensyn til deres kosthold. Dermed valgte jeg å endre den opprinnelige problemstillingen, slik jeg beskrev i kapittel 1.3.

I tabell 4 c, viser jeg hvordan jeg har samlet koder i grupper og utviklet kategoriene. Jeg fremstiller kategoriene som skal utgjøre hovedfunn i oppgaven og som skal brukes videre til å utvikle konsepter (steg 3) og diskusjon av konsepter (steg 4) med en større teoretisk styring.

Koder	Kategorier
<p>1) Spiser mer fisk (ca 2-4 ganger i uken) fordi den er varm for kroppen. Kjøtt og egg har også samme effekt. Grønnsaker er kalde og holder kroppen kjølig, og spises mer i Pakistan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Økt inntak av varmeskapende mat i Norge - Økt inntak av fisk - Balanse - Spiser både sunt og usunt - Helse
<p>2) Det er varmt i Pakistan derfor spises det lite av varmeskapende mat og mer av grønnsaker og frukt som holder kroppen kjølig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Helseforståelse - Sykdom i familien - Familiens helse er viktig
<p>3) På grunn av det kalde klimatiske forholdet er det behov for å spise mer varmeskapende mat i Norge som kjøtt, fisk, egg, smør, tørkede frukter og nøtter.</p>	
<p>4) Økologiske grønnsaker og frukt er sunnest.</p>	
<p>5) Fersk mat er best for helse.</p>	
<p>6) Folk i det pakistanske miljøet er mer helsebevisst nå enn for tjue år siden.</p>	
<p>7) Flere familiemedlemmer har livsstilssykdommer. Dette skaper uro og bekymring.</p>	

<p>1) Bruker mindre stekefett i maten til vanlig etter anbefaling fra helsepersonellet. Men lager maten til familien og gjester på gamle tradisjonelle måter med rikelige mengder olje og krydder for å gi maten smak.</p> <p>2) Spiser mindre fett for å forebygge hjerte og karssykdommer. Har byttet ut smør med oliven og raspolje.</p> <p>3) Brukte mye stekefett i maten før. Har redusert inntaket pga mye klaging hjemme. 4) Mannen mener at maten ikke smaker godt med mindre fett.</p> <p>5) Overdrevet bruk av stekefett i maten er helseskadelig.</p> <p>6) Det er dyrt å bruke mye fett i maten.</p> <p>7) Svigermor bruker mye stekefett. Det smaker godt, men er ikke bra for helsen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mindre bruk av stekefett i maten av helsemessige årsaker. - Fett er essensielt for smaken - Økt motstand hjemme - En endring etter migrasjon - Bruk av hjelpemidler og strategier for å redusere fettinntaket - Sosialt og kulturelt press
--	---

<p>1) Forsøker å oppdra barna med sunne vaner ved å begrense sukker, og fettinntaket og lage mer variert mat til hverdagen.</p> <p>2) Er opptatt av at barna ikke skal bli overvektige og syke.</p> <p>3) Det er foreldrenes ansvar å oppdra barna med sunne levevaner, og de bør selv fremstå som rollemodeller og spise sunt.</p> <p>4) Barna foretrekker mer “norsk” mat.</p> <p>5) Det er viktig å servere varm frokost til barna før de drar hjemmefra. For eksempel parante (stekte lefser), og stekte egg.</p> <p>6) Variasjon er viktig</p> <p>7) Barn lærer mye om helse og de er flinke til å passe på egen helse.</p> <p>8) Det er viktig at barna også spiser tradisjonelle pakistanske retter hjemme for å kunne opprettholde en nærhet til egen kultur.</p> <p>9) Lager “norsk” mat med pakistanske krydder for barna.</p> <p>10) Barna trener mye og trenger “ordentlig” mat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Barnets kosthold og helse - Ivaretakende mor - Rollemodeller - Ansvar - Morsrolle - Norsk mat - Variert kosthold - Tiltak/intervensjoner - Barneoppdragelse med hensyn til sunne vaner.
--	---

Tabell 4 c: Utvikling av kategorier

4.3 Utvikling og diskusjon av konsepter

I denne fasen analyseres data opp mot oppgavens teoretiske rammeverk. Målet med analysen er å utvikle konsepter og deretter skal disse konseptene utvikles til teori. Utvikling av teori som er SDI-metodens siste steg faller utenfor oppgavens ramme. Men konseptene som er utviklet skal drøftes i lys av relevant teori. Å utvikle konsepter betyr å fremstille funn i form av "...typologier, modeller, begreper, metaforer eller lovmessigheter som ikke er direkte knyttet til oppgavens empiri, men som har relevans utover dette" (Tjora, 2017: 215).

For å utvikle konsepter ble kategoriene samlet i grupper under ett overordnet tema. Målet med å danne konsepter er å samle kategorier, relevante teorier og perspektiver slik at resultatene kan holdes opp imot teorien. For å utvikle konsepter har jeg fulgt opp kategorier og søkt etter relevant og aktuell litteratur som kan gi teoretisk støtte til konseptene. I tabell 4 d, presenterer jeg konsepter som er utviklet fra kategorier. Disse konseptene skal i neste kapittel bli drøftet.

Kategorier	Konsepter (valg)
<ul style="list-style-type: none"> - Økt inntak av varmeskapende mat i Norge - Økt inntak av fisk - Balanse - Forståelse av sunn og usunn mat - Helse - Helseforståelse - Sykdom i familien - Familiens helse er viktig 	<p><i>Økt inntak av varm mat for å ivareta helse.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Mindre bruk av stekefett i maten av helsemessige årsaker. - Fett er essensielt for smaken - Økt motstand hjemme - En endring etter migrasjon - Bruk av hjelpemidler og strategier for å redusere fettinntaket - Sosialt og kulturelt matpress 	<p><i>Redusert bruk av stekefett</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Barnets kosthold og helse - Ivaretagende mor - Ansvar - Morsrolle - Rollemodeller - Norsk mat - Variert kosthold - Tiltak/intervensjoner - Barneoppdragelse med hensyn til sunne kostholdsvaner 	<p><i>Tilrettelegging av barnets kosthold</i></p>

Tabell 4 d: Presentasjon av kategorier og konsepter

5.0 RESULTATER OG DISKUSJON

I dette kapittel presenterer jeg de tre konseptene som ble introdusert i forrige kapittel og som er resultatet av analysen: *Økt inntak av varm mat for å ivareta helse*, *Redusert bruk av stektefett* og *Tilrettelegging av barnets kosthold*. Disse konseptene vil nå bli drøftet fortløpende i lys av det teoretiske rammeverket, min forforståelse og det som jeg mener er hensiktsmessig teori knyttet til feltet. Jeg har valgt å bruke sitater fra empirien og ikke tekstmære koder når jeg presenterer resultatene under. Dette gjør jeg fordi det skaper større nærhet til og innsikt i de opprinnelige dataene, som igjen styrker undersøkelsens pålitelighet (Tjora, 2012). I den drøftingen som følger er det flere temaer som overlapper hverandre. Det er også flere sitater som kunne ha blitt brukt under ulike kategorier fordi det er mulig å diskutere ulike aspekter ved den samme kategorien.

5.1 Økt inntak av varm mat for å ivareta helse

Under konseptet “Økt inntak av varm mat for å ivareta helse” presenteres og drøftes resultater relatert til kvinnes helseforståelse og *helse* var et sentralt tema i utviklingen av dette konseptet. Kvinnes helseforståelse spiller en vesentlig rolle for valgene de gjør for å tilrettelegge eget og andres kosthold. Helse var et gjennomgående tema i alle intervjuene ved at kostholdet umiddelbart ble knyttet til helse.

5.1.1 Varm mat i Norge

Nesten alle kvinnene i min studie fortalte at på grunn av de kalde klimatiske forholdene i Norge er det nødvendig for dem å velge mer “varm mat” for å ivareta helsen. Uttrykket “varm mat” forstås annerledes av disse kvinnene enn det som er vanlig i en norsk kulturell kontekst. “Varm mat” i en norsk kulturell kontekst defineres som en varmebehandlet rett som spises mens den er varm. Når de kvinnene jeg intervjuet snakket om “varm mat”, handlet det ikke om matens temperatur og hvorvidt maten var stekt eller kokt, men om matens *effekt* i kroppen (Aakervik, 2000; Dawes, 2006; Samuelsson, 2001). Mat som klassifiseres som “varm” vil ha en *varmegivende* effekt på kroppen og “kald mat” vil ha en *kjølende* effekt på kroppen (Aakervik, 2000; Dawes, 2006; Samuelsson, 2001). Ifølge kvinnene er fisk, kjøtt, egg, meieriprodukter, nøtter og tørket frukt eksempler på matvarer som vil ha en *varme-*

givende effekt på kroppen. Denne varmeeffekten vil beskytte kroppen mot ytre påkjenninger som for eksempel kulde, og den vil bidra til å opprettholde en balanse som vil virke sykdomsforebyggende (Eriksen og Sørheim, 2009; Horntvedt, 2015; Samuelsson, 2001; Magelssen, 2002). Videre fortalte disse kvinnene at det ikke er like stort behov for å spise “varm mat” i Pakistan fordi klimaet der er annerledes. Det er korte vintre og lengre sommere og temperaturen kan i mange måneder ligge på førti grader eller mer. Bruk av varmegivende mat som for eksempel fisk i slike klimatiske forhold, vil skape en ubalanse og dermed ikke ha en gunstig effekt på helsen (Samuelsson, 2001). Derfor spiste disse kvinnene mye frukt, grønnsaker, yoghurt, linser og bønner som de mente har en kjølede effekt i kroppen da de bodde i Pakistan.

Ifølge kvinnene hadde de lært å kategorisere maten som varm og kald av sine mødre og bestemødre (Kjøllestad, mfl., 2010; Dawes, 2006). Dermed kan denne kunnskapen forstås som en form for implisitt erfaringsbasert kunnskap som disse kvinnene har lært og er oppvokst med. Ifølge de eldre norsk-pakistanske kvinnene som deltok i Beate Sverre (2016) sin doktorgradsavhandling står “pakistansk kosthold” beskrevet i Koranen og disse eldre kvinnene mener at det er derfra de har lært det meste. “I Koranen deles kosten inn i varm og kald mat. Varm mat er proteinrik mat, mens frukt og grønnsaker er eksempler på kald mat. Kald mat er for eksempel bra for blodtrykket”, fortalte den ene eldre norsk-pakistanske kvinnen (Sverre, 2016: 157). Kvinnene som deltok i min studie nevnte ikke Koranen som en kunnskapskilde til forståelsen om varm og kald mat. De neste sitatene er fra to kvinner som beskriver at klima er en viktig påvirkende faktor for valg av varm og kald mat.

“Fisk holder kroppen varm (garam). Vi spiser mye fisk og kjøtt her (i Norge) fordi det er varmt for kroppen. Frukt og grønnsaker spiste vi mer av i Pakistan fordi det holder kroppen kjølig (thanda) når det er varmt ute”.

“På grunn av været (mausam) i Pakistan klarer vi ikke å spise så mye grillet (roast) mat. Vi kan ikke spise varm mat som fisk, den er veldig varm for kroppen. Vi kan spise mye fisk om vinteren (sardiyaan). Men i Pakistan er det kortere vintre, derfor spiser vi lite fisk der fordi været ikke tillater det. Her i Norge er det jo så kaldt at vi spiser så mye, men vi kjenner fortsatt ikke den varmeeffekten av maten i kroppen. Derfor trenger vi å spise enda mer varm mat

her som fisk, kjøtt, egg, tørket frukter, smør osv for ikke å bli syk. Mens i Pakistan er det så varmt og derfor er det mer behov for å spise frukt, grønnsaker, melk og yoghurt som kan holde kroppen kjølig (thanda)”.

Resultatet av analysen viser at fenomenet “varm” og “kald” har ulike kontekstuelle betydninger blant kvinnene. Den ene konteksten handler om å velge riktig mat for å tilpasse seg til klimaforholdene og ivareta helsen (Sverre, 2016). På den andre siden påpekte en av kvinnene at betydning av varm og kald ikke bare er begrenset til maten og matens virkning i kroppen, men at medisiner, sykdommer og kroppslige tilstander også kan ha varme eller kalde egenskaper (Horntvedt, 2015). Dette vil jeg illustrere med et eksempel fra en samtale jeg hadde med en ung norsk-pakistansk kvinne for noen år tilbake. Hun ga uttrykk for at hvis et jentebarn har høy forbrenning og svetter mye er det stor sannsynlighet for at kroppen hennes blir ansett som “varm” av hennes norsk-pakistanske mor og familien. For å normalisere kroppens tilstand, vil hennes norsk-pakistanske mor antakeligvis gi henne mer av “kald” mat som kan gi en kjølede effekt i kroppen og dermed nøytralisere overskuddet av varme, redusere svetting og skape balanse. Dette er også i tråd med det Tone Horntvedt (2015) skriver om kosthold som behandling og forebygging innen unanimesisin. Hun skriver at “i unanimesisin kan kostholdet justeres etter hvilken kroppslig tilstand man er i for å oppnå en kroppslig balanse” (s.79). Dette illustrerer hvordan fenomenet varm og kald har en utvidet kontekstuell betydning for helse.

Ifølge faglitteraturen så vel som kvinnenes beskrivelser er det slik at både mennesker og kroppslige tilstander kategoriseres som enten varme eller kalde, noe som gjør det logisk å tilføre kroppen den motsatte egenskapen for å oppnå balanse (Horntvedt, 2015; Aakervik, 2000; Morrison, 1996; Samulesson, 2001; Magelssen, 2002). Ifølge den folkelige balanseteorien som kvinnene setter sin lit til, opptrer sykdom som et resultat av ubalanse, og behandling handler om å gjenopprette balansen i kroppen (Horntvedt, 2015; Aakervik, 2000; Morrison, 1996; Samulesson, 2001; Magelssen, 2002). Lignende forståelser finnes også innenfor de store asiatiske medisinske tradisjonene som ayurvedisk medisin, unanimesisin, kinesisk medisin og tibetansk medisin. Innen alle disse medisinske tradisjonene står ideen om balanse og harmoni mellom varme og kulde, tørrhet og fuktighet sentralt (Eriksen og Sørheim, 2009;

Magelssen, 2002; Horntvedt, 2015; Aakervik, 2000; Morrison, 1996). Disse tradisjonene har mange fellestrekk, noe som gjør det problematisk å vite konkret hvor den folkelige forståelsen kvinnene har, kommer fra. Er den hentet fra det som står i den hellige boken Koranen, slik kvinnene fra Sverres (2016) studie fortalte? Er det en forståelse som kan spores tilbake til flere av de asiatiske tradisjonene, eller kommer den fra en bestemt tradisjon, for eksempel unanimesisin?

Det kvinnene i min studie forteller om fenomenet “varm” og “kald” og om viktigheten av balanse, er gjenkjennelig fra unanimesisinenes lære. Unanimesisin er et medisinsk- filosofisk system som er utbredt i den muslimske delen av verden (Eriksen og Sørheim, 2009; Magelssen, 2002). Ifølge denne lære består hvert individ av fire kroppsvæsker som er blod, slim, gul galle og sort galle (Eriksen og Sørheim, 2009; Magelssen, 2002). Alle disse kroppsvæskene har forskjellige egenskaper. Egenskapen til blod er definert som varmt og fuktig, slim som kaldt og fuktig, gul galle som varm og tørr og sort galle som kald og tørr (Magelssen, 2002:175). Det er den unike sammensetningen av disse kroppsvæskene som bestemmer individets personlighet. Både indre og ytre faktorer, eksempelvis skiftende årstider, matinntak, medisinbruk, fysisk aktivitet, følelsesmessige endringer, livsfaser og kjønn bidrar til å påvirke balansen. Sykdom manifesterer seg når det oppstår ubalanse i disse faktorene (Eriksen og Sørheim, 2009; Magelssen, 2002).

Til tross for at det er noen likhetstrekk mellom unanimesisin og kvinnenes kunnskap om varm og kald, balanse og ubalanse, kan ikke deres kunnskap ses på som ekspertkunnskap. Unanimesisin er en form for ekspertkunnskap på samme måte som biomedisin. Den kunnskapen kvinnene har kan sies å være en form for implisitt erfaringsbasert kunnskap og folkelig forståelse som de er blitt sosialisert til gjennom oppveksten (Sverre, 2016). Dette argumentet er også i tråd med ett av funnene til Olsen og Wandel (2005) som påpeker at en slik forståelse av varme-kulde og balanse-ubalanse er sterkt utbredt og finnes både blant norsk-pakistanske kvinner med og uten skolegang. Kvinnenes erfaringsbaserte og folkelige kunnskap kan forstås som “en syntese av pakistanske og norske ideer om kosthold som forebygger sykdommer og fremmer helse” (Sverre, 2016: 156)

På den ene siden påpeker kvinnene at de velger å spise mer varm mat i Norge for å ivareta sin egen og familiens helse, noe som medfører en kostholdsakkulturasjon (Satia-Abouta, mfl., 2002). På den andre siden blir det tydelig hvordan kvinnene handler ut ifra en forståelsesramme om kosthold og helse som er inspirert både av deres erfaringsbaserte folkelig kunnskap og ting de har lært om kosthold og helse i Norge. En av kvinnene fortalte at til tross for at hun har kunnskap om varm mat og balanse, forstår hun at ikke alle type matvarer som har varmegivende egenskaper er gunstige å spise i Norge. Et eksempel hun nevnte var at fett er veldig varmt for kroppen, men dersom hun skulle inkludere mer fett (ghee) i kostholdet for å motvirke kulde og beskytte kroppen, så ville dette ha en negativ virkning på helsen hennes. Fordi *“(…) økt bruk av fett kombinert med lite fysisk aktivitet spesielt om vinteren vil øke risiko for utvikling av andre sykdommer som hjerte og karsykdommer og høyt kolesterol”*.

Basert på det kvinnene forteller, forskningslitteratur og egne erfaringer kan det se ut til at kvinnenenes forståelse av kosthold ikke er statisk, men utvikles gjennom samhandling med mennesker i vertslandet og mennesker som tilhører deres pakistanske nettverk. Den folkelig og erfaringsbaserte kunnskapen de er vokst opp med, modifiseres og tilpasser seg kunnskap om kosthold som er rådende i Norge. Dermed kan disse kvinnenenes forståelse av kosthold ses på som en slags syntese mellom norske og pakistanske ideer om hvordan man fremmer helse og forebygger sykdom gjennom egne kostholdsvalg (Sverre, 2016).

5.1.2 Helseforståelse i en norsk-pakistansk kontekst

Helse som begrep er et relativt komplisert og sammensatt fenomen (Eriksen og Sørheim 2009; Kristoffersen, 2006). Hva en legger i begrepet helse vil være avhengig av den enkeltes sosiale og kulturelle bakgrunn, utdanningsnivå og personlige erfaringer. Når kvinnene ble spurt om hva helse betyr for dem, fikk jeg følgende svar: *“Helse er å leve godt uten mange sykdommer”*. *“Det er viktig å passe på egen helse for familien”*. *“God helse er å leve friskt”*. *“God helse er ikke nødvendigvis å leve lenge, men å leve godt så lenge man lever”*. *“God helse er å være sunn, aktiv og forebygge sykdommer”*.

Noen av kvinnene refererte også til familiens sykdomshistorie og uttrykte bekymring over risiko for å være arvelig disponert for sykdommer som diabetes, hypertensjon og hjerte- og

karsykdommer. Utsagnene over viser at kvinnene har forskjellige innfallsvinkler til helsebegrepet. For noen er forebygging av sykdom og det å ha et sunt kosthold viktig, mens andre er mer opptatt av å holde seg friske for å kunne ivareta familien sin. En av dem mener at det å leve et godt liv uten sykdommer er viktigere enn å bli gammel. Disse oppfatningene av helse skiller seg kanskje ikke så mye ut fra den “norske” helseforståelsen (Fugelli og Ingstad, 2014).

Per Fugelli og Benedicte Ingstad presenterer i boken *Helse på norsk* (2014) en studie av oppfatninger i “det norske folk” av hva som ligger i begrepet “god helse”. Utvalget studien er basert på er ikke representativt for den norske befolkningen, men den gir likevel et interessant innblikk i mange nordmenns forståelse av helse. Ifølge studien er helse et verdiladet begrep. Det er mange likhetstrekk mellom hvordan informantene i Fugelli og Ingstads studie definerer helse og de oppfatningene kvinnene jeg har intervjuet formidler. I *Helse på norsk*-studien ble helse relatert til opplevelse av trivsel, likevekt, balanse, det å bevege seg mot egne mål, livskraft og motstandskraft (Fugelli og Ingstad, 2014). Det å være fornøyd med eget liv til tross for de utfordringer egen livssituasjon byr på ble også assosiert med det å ha god helse, både av informantene fra *Helse på norsk*-studien og av kvinnene i min studie. I tillegg var fravær av sykdommer et viktig krav for å ha god helse for et fåtall av informantene (Fugelli og Ingstad, 2014).

6.1.2 a. Helse som trivsel og balanse

I tråd med resultatene til Fugelli og Ingstad (2014), oppfattet også kvinnene jeg intervjuet trivsel og livskvalitet som helsefremmende. Empirien min tydeliggjør at for kvinnene vil det å trives med livet sitt kunne veie opp for en usunn livsstil. Om de derimot ikke trives med livet sitt, vil det kunne føre til sykdom (Fugelli og Ingstad, 2014; Gjernes, 2003) Neste sitat er fra en kvinne som bruker Cola som et symbol for livskvalitet og nytelse, samtidig som hun oppfatter cola som en viktig energikilde.

“Jeg vet at vanlig cola inneholder masse sukker og det er usunt, men jeg kan ikke leve uten cola. Jeg har drukket cola nesten hverdag siden jeg var liten og bodde i Pakistan. Jeg takker Gud hver dag for at jeg ikke har noen sykdom. Men nå som jeg begynner å bli eldre så har

jeg kuttet ned på colainntaket mitt, altså for å forebygge diabetes. Så nå drikker jeg ikke like mye cola på hverdagene som jeg gjorde før. Det var en periode da jeg pleide å drikke en liter cola hver dag fordi jeg hadde en fysisk krevende jobb. Da drakk jeg nesten to halvlitersflasker med cola daglig for å få mer energi. Etter at jeg sluttet i den jobben, ble inntaket mitt redusert av seg selv fordi jeg ikke lenger hadde samme behov. Selv om jeg drakk mye cola så var jeg bevisst på inntaket mitt. Jeg forbrant masse kalorier og fett med det tunge arbeidet. Men nå som jeg har en mindre fysisk krevende jobb så drikker jeg ikke like mye cola lenger. Jeg må balansere”.

Samfunnsviter Trude Gjernes fant i sin doktorgradsavhandling (2003) at kvinnene som deltok i hennes studie oppga flere viktige grunner for å røyke. De la vekt på at det er bra for mennesket å nyte, og hvis nytelse er en sigarett er ikke denne sigaretten nødvendigvis usunn, fordi den demper kanskje stress som kan være helsefarlig og ubehagelig. På denne måten er ikke sigaretten nødvendigvis usunn fordi den skaper livskvalitet (Gjernes, 2003; 2004). Særlig interessant er Gjernes diskusjon om røyking som identitetsmarkør. “Røyking begrunnet av stress viser at aktøren er aktiv og travel, mens nytelsesorientert røyking viser at aktøren har kontroll over hvor mye hun røyker og at hun ikke røyker av nødvendighet, kjedsomhet, økonomiske bekymringer og røykesug” (Fugelli og Ingstad, 2014: 195; Gjernes, 2003) En slik tilnærming til nytelse, livskvalitet og balanse er også gjenkjennelig i sitatet fra “cola-kvinnen” ovenfor. Forståelsen av sunnhet og helse, slik det kommer til uttrykk i sitatet med “cola-kvinnen”, tolker jeg at dreier seg om flere ting. For det første at trivsel og nytelse i seg selv oppfattes som helsebringende, og hvis hun koser seg med en halvliter colaflaske hver dag, så kan det i lys av Gjernes (2003) tenkes at dette veier opp for de skadelige virkningene. For det andre forteller hun at kroppen hadde større behov for energi i en periode. Eller sagt på en annen måte kroppen hadde behov for mer sukker og dermed sa kroppen ifra om hva den hadde lyst på.

En sunn livsstil for denne kvinnen innebærer ikke at hun nekter seg selv det ene eller det andre, men om at hun finner rom for å kose seg. Det å velge å kose seg med for eksempel en cola hver dag skaper velvære og fremmer livskvalitet hos kvinnen. Jeg kan si meg enig i Gjernes teori om at balanse mellom sunt og usunt kan skape velvære ved at man for eksempel

kan unne seg noe “usunt” når man er sliten, eller har hatt en hektisk og tung arbeidsdag, slik kvinnen forteller (Gjernes, 2004). Denne balansen som kvinnen snakker om har en større kontekstuell betydning fordi den tar utgangspunkt i kvinnenes spesifikke livssituasjon og vaner, tradisjoner, sosiale og materielle muligheter samt begrensinger (Gjernes, 2004). Dette kan i lys av Gjernes (2004) forstås dit hen at for at denne kvinnen skal komme i balanse, må hun føre et slags regnskap over energiinntak og aktiviteter. For eksempel fører kvinnen et “cola-aktivitet-regnskap” med en debet- og kreditt-siden slik at hun kan nøytralisere sukkerinntaket, noe som i medisinsk forstand oppfattes som usunt. I tråd med det Gjernes (2003;2004) og Fugelli og Ingstad (2014) har kommet fram til i sine studier, er det viktig at individet beholder sin vurderingsevne og valgfrihet og ikke lar seg påvirke så mye av helse- og kostholdsinformasjon at det går ut over livskvaliteten.

På den ene siden viser resultater fra Fugelli og Ingstad (2016) og min egen studie at det ikke er store forskjeller mellom hvordan begrepet helse blir forstått av utvalg i disse to studiene. På den andre siden ser vi at det ikke finnes noe konkret og entydig svar på spørsmålet om hva god helse er. Det finnes ulike individuelle forståelser av hva helse er og hvordan god helse kan oppnås. Disse forståelsene kan vi kalle “folkelige helseforståelser” fordi de omfatter såkalte vanlige folks oppfatninger av helse (Gjernes, 2004). Å være vanlig i denne sammenheng betyr at vi relaterer oss til en annen livsverden enn den biomedisinske ekspertens vitenskapelige verden (Gjernes, 2004). De folkelige helsedefinisjonene kvinnene i min studie gir uttrykk for, kan forstås som implisitte og uformelle forståelser av helse.

5.1.2 b. Helse knyttet til rolle og ansvar

Et viktig aspekt som kommer frem i empirien er at kvinnene vektlegger familiens betydning og mener at det er viktig å ivareta egen helse for å kunne ivareta familiens helse. I tråd med Parsons (1981) rolle-baserte helsedefinisjon, er helse for noen av kvinnene en tilstand av optimal kapasitet som gjør at de kan være friske og fungere optimalt når de utfører sosiale oppgaver og plikter som er pålagt dem i den sosiale posisjonen eller roller de er i (Fugelli og Ingstad, 2014: 80; Mæland 2009: 35). Dette understreker at helse for kvinnene er nært knyttet til deres evne til å fungere rent fysisk. Kvinnene fortalte om ansvaret de har i familien, spesielt som mødre (se kapittel 5.3), men også som koner, døtre og svigerdøtre. Dermed ble det

enda viktigere for disse kvinnene å være friske og fysisk velfungerende. At god helse er knyttet til funksjonsevne, er også et av funnene til *Helse på norsk*-undersøkelsen (Fugelli og Ingstad, 2014). Ifølge informantene deres innebærer god helse “å ha optimal funksjonsevne i hverdagen og på jobben, men også at de er i stand til å gjennomføre det som gir trivsel og glede” (Fugelli og Ingstad, 2014: 79). Funksjonsevne knyttet til arbeidsdyktighet ble ikke direkte påpekt av kvinnene i min studie, noe som kan forklares med at ikke mange av dem var i arbeid i den perioden intervjuene ble gjennomført. En annen forklaring kan være at kvinner ikke er like tilbøyelige til å betone arbeidsførhet som menn, slik Fugelli og Ingstad påpeker: “Menn betoner arbeidsførhet sterkere enn kvinner [...] Kvinnene legger i større grad vekt på at helse er å mestre hverdagens nære krav” (Fugelli og Ingstad, 2014: 80).

De neste utsagnene er fra en kvinne i min studie som forklarer hvordan hun forstår helse og handler ut ifra sin helseforståelse for å tilrettelegge for familiens samlede helse.

“Helse betyr mye for meg og det er fordi jeg har en kronisk sykdom X [...] Jeg bor sammen med mannen min og har småbarn. Mannen min jobber veldig mye, derfor er jeg avhengig av å holde meg frisk hele tiden. Fordi det er jeg som gir barna mat og følger opp med leksehjelp, barnehagen, skole og alt det der, i tillegg til at jeg jobber fulltid. Så hvis ikke jeg er frisk så går det ut over barna fordi jeg ikke klarer å gi dem riktig oppfølging. Mmm, derfor er det veldig viktig for meg å være frisk og ha god helse.

Videre spurte jeg samme kvinne om hun var mest opptatt av egen helse, familiens helse eller helse på samfunnsnivå, og jeg fikk følgende svar:

“Nei! Ikke på samfunnsnivå. Jeg tenker mest på familien min. Jeg tenker mer på hva jeg kan bidra med slik at min familie kan få sunn mat og en god atmosfære rundt seg, slik at helsen deres er i god behold! Jeg leser på sosiale medier og internett alle de nye forskningsfunnene som kommer, for eksempel at man ikke skal bruke mye plast og aluminiumsfolie osv. Det blir jeg veldig påvirket av! Jeg blir psykisk sliten av å lese alle disse artiklene og sånne ting! Likevel går jeg inn på nettsidene og leser. Jeg klarer ikke å la være. Og da gjør jeg ting slik ting det blir anbefalt”.

Videre forteller hun at andre familiemedlemmer har fått kreftdiagnose og andre kroniske sykdommer i ung alder og sier følgende:

“Dette går veldig mye psykisk inn på meg og jeg blir bekymret. For eksempel har moren min en fortid med mye sykdom. Det gjør meg veldig redd! Når noen i familien blir syk er jeg veldig opptatt av at de skal få riktig diagnose og behandling! Og jeg sørger for at de tar medisinene sine og prøver å følge dem opp”.

I det første utsagnet knytter kvinnen god helse til det å klare å oppfylle morsrollen, altså til det å ha nok ressurser og krefter til å kunne bistå og være der for barna, gi dem omsorg og imøtekomme deres behov. I det andre og tredje utsagnet knyttes helse til ansvaret hun følger for å ivareta familiens samlede helsebehov og sørge for at familiens helse er i god behold. Dette gjør hun gjennom å oppsøke det hun ser på som nyttig informasjon og kunnskap om hva som er sunt og hva som kan være skadelig. Det å vite at familiemedlemmer har det bra og får den hjelp og oppfølging de har behov for, skaper trygghet hos denne kvinnen. At familien skaper trygghet og er viktig for identiteten til mange med flerkulturell bakgrunn, blir også påpekt av Eriksen og Sørheim (2009). Når det oppstår kritiske situasjoner som for eksempel når noen blir syke, kan det være helt avgjørende for mestring av kritiske situasjoner at de får hjelp og støtte fra familien (Eriksen og Sørheim, 2009). Familiens betydning ble også vektlagt av informantene som deltok i *Helse på norsk*-studien (2014). For disse informantene var familien både en helsekilde, et støtteapparat og en helsetrussel (Fugelli og Ingstad, 2014).

Det kvinnen forteller viser tydelig at familie og slektskap har avgjørende betydning for henne. Hun har en utvidet familieloyalitet, sterke sosiale forpliktelser og omsorgsansvar ovenfor barn og eldre ved sykdom, noe som er uløselig knyttet til hennes rolle og identitet (Eriksen og Sørheim, 2009; Sverre, 2016). Hun har i tillegg helsefaglig bakgrunn og møter gjennom arbeidstiden mange mennesker med psykiske og fysiske plager. Det kan muligens også være noe av forklaringen på den bekymringen og omsorgen hun gir uttrykk for når hun snakker om sin egen families helsesituasjon. Et lignende funn blir diskutert i Sverres (2016) avhandling som omhandler de eldre norsk-pakistanske kvinners helseidentitet og morsiden-

titet. Sverre ser på hvordan kvinnenenes helseidentitet og morsidentitet kan henge sammen med fortiden og fremtidsutsiktene deres (2016: 176). En slik tilnærming kan også brukes for å gi en alternativ forklaring på de valgene knyttet til familiens helse som de kvinnene jeg har intervjuet forteller om.

Denne kvinnen fortalte at hun tidligere har levd i en storfamilie i Pakistan, noe som innebærer at familien på godt og vondt finner løsninger på problemer og stiller opp som støttespillere for hverandre (Eriksen og Sørheim, 2009). Ifølge kvinnen sosialiseres barn i slike storfamilier ofte til å ta et kollektivt ansvar for sine familiemedlemmer. Dette betegner antropologen Bjørg Moen (2011) som en generasjonskontrakt, “en moralsk kontrakt for sosiale og nytterelasjoner i familier” (Moen, 2011: sammendrag). Denne erfaringen ser ut til å ha dannet grunnlag for hennes legitimitet, ansvar og identifikasjon som mor, datter, svigerdatter og kone (Sverre, 2016). I et livsløpsperspektiv kan det omsorgsansvaret kvinnene påtar seg forstås som en investering hun gjør med tanke på sin egen alderdom, noe både Moen (2011) og Sverre (2016) påpeker. “Dersom kvinnen hjelper barna så langt hun orker, øker forventningene og presset på barna at de må yte gjentjenester i form av omsorg for kvinnen når hun blir gammel” (Sverre, 2016: 177). I tillegg kan hun tenke at når barna ser sin egen mor vise omsorg og respekt ovenfor eldre i familien, lærer de å gjøre det samme, noe som igjen gjør at de vil yte omsorg for henne i fremtiden.

Moen (2011) påpeker i artikkelen sin at mange eldre pakistanere som bor i Norge har “forventninger til at deres sønner eller døtre og deres familie påtar seg ansvaret for dem i alderdommen, og voksne sønner og svigerdøtre opplever dette som forpliktende gjenytelser til sine foreldre og eller svigerforeldre” (Moen, 2011: sammendrag). De eldre deltakerne i Moens intervjuundersøkelse (1993) formidlet at de foretrekker svigerdøtre som er vokst opp i hjemlandet, blant annet fordi det er lettere å opprettholde kontrollen over svigerdøtre fra hjemlandet og på den måten sikre omsorg for eldre familiemedlemmer. De eldre selv mener at det er familien som best kan ivareta omsorgen og ikke det offentlige (Eriksen og Sørheim, 2009; Moen, 2011; Nasir, 2017). Eldre kvinner i Sverre (2016:176) ønsker og drømmer også om at deres barn skal stille opp som støttespillere og omsorgspersoner for dem i alderdommen.

Lignende ønsker og forventninger om omsorg fra egne barn i alderdommen ble ikke påpekt av kvinnene i min studie. Tvert imot la de stor vekt på hvordan de oppdrar barna til sunne livsstilsvaner (se kapittel 5.3.2) og hvordan de sørger på best mulig måte å ivareta familiens helse gjennom tilrettelegging av deres kosthold.

Et annen aspekt ved rolle og ansvar knyttet til familiens helse som kommer til uttrykk, er kvinnenens rolle som den som bringer informasjon til familien. På samme måte som kvinnen ovenfor oppsøker litteratur og forskning for å bidra med nyttige helseråd til familien, påpeker en annen kvinne at hun opplever ansvar for å informere, veilede og motivere svigermoren med hensyn til å bruke mindre fett i maten (se kapittel 5.2.1). Hun uttrykker bekymring over svigerforeldrenes helsetilstand og sier følgende: *“Begge svigerforeldrene mine er utsatt for sykdom X og det er derfor ikke bra at oljen renner fra tallerken under hvert måltid. Derfor har jeg sagt til svigermoren min at: “Du er veldig flink til å lage mat, men bare kutt ut litt olje så blir det her bra!”*

5.1.2 c. Det religiøse helseaspektet

Religiøs påvirkning på kostholdsvalg i form av “haram” og halal” ble også brakt inn i intervjuene av kvinnene. I tillegg kom noen av kvinnene spontant inn på at religiøs tro og håp har en positiv betydning for helsen. En kvinne sa følgende: *“Vi kan bare lage og spise fersk og god mat. God eller dårlig helse, det er **Allah** (Gud) som bestemmer”*.

Her ser vi hvordan religion inngår som et viktig aspekt ved kvinnenens forståelse av kosthold og helse. Ifølge islam har Gud beordret mennesker til å huske og nevne ham alltid og alle steder (IdealMuslimah, 2016). Det å nevne Guds navn høyt eller i stillhet er kjent som *dhikr* som betyr *ihukommelse av Gud (Allah) den høyeste* (ibid). Et eksempel på dette er uttrykket *“Insha Allah”* som er fra Koranen og har ulike oversettelser. Den mest tradisjonelle oversettelsen ifølge Store norske leksikon (2018) er, “om gud vil”. Å bruke uttrykket *“Insha Allah”* eller “Gud bestemmer” er en kjent tillært språklig talemåte som norsk-pakistanske og andre muslimer bruker for å uttrykke seg i ulike daglige kontekster. Dette kan forstås som en bekreftelse på et ønske vedkommende har om at noe positivt skal skje ved Guds vilje.

Kvinnens utsagn om at det er Gud som bestemmer om hennes helse er god eller dårlig kan forstås på flere måter. For mange med ikke-muslimsk bakgrunn og lite kjennskap til målgruppen kan dette utsagnet fremstå som et uttrykk for fatalisme. Fatalisme i en religiøs sammenheng er, ifølge Store norske leksikon (2018), troen på at alt som skjer er Guds vilje og forhåndsbestemt, og at mennesker er maktesløse i å endre det som skal skje. Men i lys av mitt nære kjennskap til feltet gjennom arbeidet med denne masterstudien og gjennom den sosiale kontakten jeg har med norsk-pakistanske og andre muslimer, forstår jeg det slik at det som denne kvinnen sier om Gud og sin helse ikke kan tolkes bokstavelig. Til tross for at hun sier at det er Gud som bestemmer om hennes helse er god eller dårlig, viser hun en forståelse for at Gud er den allmektige som har skapt mennesker med fri vilje og fornuft. Dermed er det opptil hver enkelt å ta ansvar for egen helse og gjøre alt som står i ens makt for å ivareta helsen. Dette uttrykker hun flere steder i intervjuet ved å begrunne og reflektere over valgene hun gjør om eget kosthold og egen helse. Når den eldre kvinnen sier ting som at “ det er Gud som bestemmer om min helse er god eller dårlig”, bruker hun tillærte talemåter. Det hun sier bør dermed ikke tolkes bokstavelig som et uttrykk for religiøs fatalisme.

Det neste sitat som er fra en annen kvinne illustrerer også hvordan Gud ofte blir nevnt i ulike helsesammenhenger i kvinnenenes dagligtale: *“Jeg takker Gud hver dag for at jeg ikke har noen sykdom. Men nå som jeg begynner å bli eldre så har jeg kuttet ned på colainntaket mitt for å forebygge diabetes”*. Dette viser at kvinnen har en forståelse for at Gud har skapt mennesker med fri vilje og fornuft og at individene står selv ansvarlige for å ivareta egen helse.

5.2 Redusert bruk av stekefett

Dette delkapittelet gir først en kort presentasjon av ulike faktorer og forhold som kvinnene påpeker har bidratt til at de har valgt å redusere mengden av stekefett i maten. Jeg drøfter videre ulike barrierer og ressurser som påvirker kvinnene i deres valg av endringer, samt ulike strategier og metoder kvinnene bruker for å kontrollere fettinntaket. Kvinnene snakket hovedsakelig om olje som primær fettkilde under matlaging. Dermed tar den følgende drøftingen kun for seg fett i form av oljer, smør (ghee) og margarin og ikke andre fettkilder som melk, meieriprodukter eller kjøtt. Slik jeg forsto det, definerte kvinnene “lite” i forhold til hva de mener at de gjorde da de kom til Norge og i forhold til hva andre gjør.

5.2.1 Mindre bruk av stekefett i maten

Alle de seks kvinnene i studien fortalte at de bruker mindre stekefett når de lager mat i Norge enn de gjorde da de flyttet til Norge. For kvinnene var dette en endring som hadde skjedd gradvis over mange år. Tidligere forskningsstudier har konkludert med at fettinntaket blant pakistanske innvandrere øker som følge av migrasjon (Olsen og Wandel, 2005; Kumar mfl, 2006; Dawes, 2006), men denne økningen avtar med oppholdstid i Norge, noe som også stemmer godt med mine funn (Olsen og Wandel, 2005). I en fokusgruppestudie gjennomført av Wandel og Olsen (2005) kommer det fram at norsk-pakistanske kvinner brukte primært smør og ghee til matlaging etter migrasjon. Etter hvert som oppholdstiden i Norge ble lenger, ble smør og ghee byttet ut med margarin og annen vegetabiliske oljer, for eksempel olivenolje, samtidig som mengde stekefett ble redusert av helsemessige årsaker (Olsen og Wandel, 2005).

Kvinnene i min studie ga ulike begrunnelser for at de valgte å bruke mindre stekefett. Men felles for alle kvinnene var at de ga forklaringer knyttet opp mot helse. Noen av kvinnene påpekte at de på grunn av familiens sykdomshistorie hadde valgt å begrense stekefettet for å forebygge hjerte- og karsykdommer. For disse kvinnene var det et forbyggende tiltak å redusere fettinntaket i hverdagen. En kvinne i 50 årene pekte på at grunnen til at hun hadde valgt å redusere mengden av stekefett i maten var at hennes barn sluttet å spise hjemme fordi de reagerte på det synlige, flytende fett i maten. Noe lignende ble også sagt av en annen kvinne om maten svigermoren laget:

“Min svigermor, å herregud! Jeg kan ikke spise den maten hun lager. Jeg må ta bort oljen fra maten fordi halve tallerkenen er full av olje. Hun lager kjempegod mat, hun er kjempeflink og maten hennes smaker som bryllupsmat. Maten hun lager har sånn “degi-smak” og den kommer jo av at hun bruker masse krydder og masse olje. Det er nøkkelen! Men jeg tenker at det ikke er nødvendig med så mye olje. Man kan også lage ganske god mat på en vanlig måte. [...] Det må være en balanse. Det er ikke bra at oljen renner fra tallerken til hvert måltid. Derfor har jeg sagt til svigermoren min at du er veldig flink til å lage mat, men bare kutt ut litt av oljen så blir det her bra!”

Kontrasten mellom den yngre og den eldre generasjonen av norsk-pakistanere kommer tydelig fram i det denne kvinnen forteller. Det er en interessant dynamikk som foregår mellom disse to generasjonene når det gjelder kunnskap, forståelse, omsorg og kjærlighet. I likhet med barna til kvinnen i 50 årene, tar kvinnen i 30 årene avstand fra den maten som hun får servert hjemme i og med at det er brukt så store mengder fett at det er synlig på serveringsfatet. På den ene siden kan det å ta avstand fra maten tilberedt i mye stekefett forstås som et forebyggende og helsefremmende tiltak. De yngre kvinnene har kunnskap om at mye fett er usunt, og derfor ønsker de å redusere fettinntaket. På den andre siden kan det forklares med at kvinnene som bruker mye stekefett og krydder baserer matlagingen sin på en annen forståelse av mat og helse (se kapittel 5.1). Disse kvinnene, som ofte tilhører den eldre generasjon, viser sin omsorg for egne barn og egen familien gjennom å holde i hevd tradisjonelle kokkekunnskaper som de har lært fra sine mødre og bestemødre i hjemlandet (Kjøllestad mfl, 2011; Sverre, 2016; Dawes, 2006). For å gjøre det må de holde seg til den riktige kombinasjon av krydder og fett som er påkrevd for å lage en smakfull rett med riktig farge, konsistens og lukt (Dawes, 2006). Ved å lage mat på denne måten, ivaretar de mattradisjoner fra hjemlandet samtidig som de sørger for å servere mat med mye næring (fett). Slik de selv ser det, imøtekommer de familiens helsebehov og ivaretar familiens helse, til tross for at de vet at denne maten ikke er like sunn for alle. Sitatet fra kvinnen i 50 årene bekrefter dette: *“Barna trenger å spise mektig og fettrik mat fordi de vokser opp og trenger energi. De klarer å forbrenne all den maten fordi de er unge og friske, men vi som er eldre og syke klarer ikke det lenger. Derfor bør vi være forsiktig, ikke barna”*.

Alle kvinnene jeg har intervjuet viste evne til å reflektere over hvilke konsekvenser bruk av mye stekefett i maten kunne ha for helsen. På den siden påpeker kvinnene at det å begrense stekefett er helsefremmende og forebyggende. På den andre siden er kvinnene enige i at store mengder olje og krydder er essensielt for å gi gryteretten (salen) den tradisjonelle smaken, lukten og konsistensen, det som ble referert til “degi- smak” (Dawes, 2003). Likevel mener kvinnene at de har tatt et riktig valg ved å redusere og være forsiktig (parhez) med stekefett i matlaging for å kunne ivareta egen og familiens helse.

5.2.2 Motstand ved kjøkkenbenken

Når kvinnene valgte å redusere mengden av stekefett i maten, møtte enkelte på noen barrierer hjemme ved kjøkkenbenken. Kjøllestad, mfl (2010) konkluderer også med at en av de viktigste barrierene norsk-pakistanske kvinner opplevde når de skulle spise sunnere var hensynet til familiemedlemmenes ønsker og forventninger i andre sosiale settinger (s.57). For å forstå den motstanden kvinnene møter når de vil redusere fettmengden, må vi ta hensyn til at kosthold og mattradisjoner er viktige identitetsmarkører for alle mennesker (Kjøllestad mfl, 2010; Eriksen og Sørheim, 2009; Aakervik, 2000). En av kvinnene beskrev en hendelse som var sterkt emosjonelt ladet for henne. Hun fortalte at hun en dag hadde laget en gryterett (salen) med mindre stekefett enn vanlig for å gjøre retten sunnere, men at hun møtte sterk motstand fra ektemannen hjemme. Den oppskriften hun hadde fulgt hadde hun funnet på en pakistansk tv-kanal. Ifølge ektemannen var gryteretten annerledes og smakløs. Han uttrykte skuffelse over hennes kokkekunnskaper og ba henne om ikke å lage slik smakløs mat til han i fremtiden.

Ut fra det denne kvinnen forteller, og ut fra forskningslitteraturen, kan det se ut til at mange norsk-pakistanske menn ikke alltid er like fleksible og samarbeidsvillige når det gjelder kostholdsendringer (Kjøllestad mfl, 2010; Sverre, 2016). En mulig forklaring er at mange av disse norsk-pakistanske mennene er oppvokst med et tradisjonelt kosthold i hjemlandet. Først var det deres mødre og senere deres koner, døtre og svigerdøtre som har tilberedt maten de spiser. En forandring i matens utseende, smak og lukt som følge av sunnere tilberedningsstrategier, kan dermed stå i kontrast til det som oppfattes som “riktig” og “tradisjonelt”

kosthold og kan dermed få negative reaksjoner hos dem (Kjøllestad mfl, 2010). Dawes (2006) påpekte at det var kvinnene som primært stod ansvarlig for å følge opp kostholdet til sine ektemenn med kroniske hjerte- og karsykdommer og diabetes. En annen forklaring på at ektemenn reagerer, kan være at norsk-pakistanske menn har begrenset kunnskap om kosthold og helse i og med at kjønnsrollene er såpass klart definert og det primært er deres koner som har autoritet på kjøkkenet (Eriksen og Sørheim, 2009). I avhandlingen til Sverre (2016) kom det også frem at de eldre norsk-pakistanske kvinnene opplevde det vanskelig å få mennene til å spise mer grønnsaker, fordi mennene mente at det å spise grønnsaker var det samme som å spise gress (s.157).

Kvinnen i 50-årene forteller at hun møtte motstand fra mannen når hun serverte en gryterett med mindre stekefett. Samtidig forteller hun at barna hennes som tidligere hadde klaget over at det er for mye olje i maten var fornøyd med gryteretten denne dagen og spiste godt. Dette viser hvordan generasjonsmotsetningene kommer til uttrykk innenfor en og samme familie og hvordan kvinner kan utsettes for krysspress i mange situasjoner.

Forskningsstudier konkluderer med at barn blir ansett som barrierer mot å opprettholde et sunnere kosthold (Wandel og Olsen, 2005; 2009; Kjøllestad mfl., 2010). Barna ble ikke nevnt som en utfordring og barriere mot et sunnere kosthold av kvinnene som deltok i min studie. Tvert om fortalte de eldre kvinnene (over 50-år) at de anså sine barn som en støtte og motivierende ressurs når de prøvde å legge om kostholdet, for eksempel gjennom å redusere bruken av fett i maten. Det kvinnene fortalte om sine barn i intervjuene tyder på at kunnskapsnivået blant norsk-pakistanske barn er bedre enn hos deres foreldre. I motsetning til sine foreldre er barna blitt sosialisert gjennom det norske skolesystemet og har gjennom det fått jevnlig informasjon om helse og kosthold. Barn av norsk-pakistanske foreldre er altså en viktig faktor når det gjelder kunnskapsformidling om kosthold og helse til sine mødre (Kjøllestad mfl, 2011; Wandel og Olsen, 2005), slik følgende utsagn fra intervjuene også illustrerer:

“Barna støtter meg. De sier til meg at du kommer til å klare dette. De motiverer meg”,
kvinne i 50-årene.

“Min datter lærer meg å lage sunn mat. Det smaker ikke veldig godt, men hun motiverer meg ved å si at det er bra for deg”, Kvinne i 60-årene.

5.2.3 Bakgrunn for endring

I min studie er kvinnene over 50 år mer opptatt av helsefremmende tiltak enn de yngre kvinnene. De godt voksne kvinnene endrer ofte sine matvaner fordi de har en konkret helseutfordring og fordi de har blitt anbefalt av legen til å gjøre det. To av kvinnene fortalte at de etter å ha møtt på noen barrierer hjemme (se kapittel 6.2.1) har valgt å lage et skille mellom kostholdet til “syke” og kostholdet til “friske”. Dette innebærer at deres egne måltider oftere består av mat som er kokt og inneholder mindre stekefett, mens maten til resten av familien tilberedes på tradisjonelle måter slik at den bevarer næring, smak og lukt. Overgangen til mindre stekt og mindre krydret mat var ifølge disse kvinnene vanskelig. Men med tiden har dette blitt en vanlig del av kostholdet deres. Dawes (2006) forklarer grundig i sin masterstudie hvorfor norsk-pakistanske kvinner velger å steke maten fremfor å koke, dampe eller spise den rå. Dette er knyttet til kategorisering av maten basert på tradisjonell medisin (Dawes, 2006: 35). Kvinnene i hennes studie sorterte matvarene i to kategorier kalt “pukka-mat og “kaacha”-mat. Disse kategoriene var relatert til fordøyelighet, spiselighet og matlagingsmetoder. Dette var videre relatert til tanker om renhet og urenhet. Pukka-matvarer var mat som var godt tilberedt isolert fra urenheter eller forurensing, mens kaacha eller ukokte matvarer var sårbare for urenhet fordi disse blir kokt uten fett. Mat som var vel tilberedt enten som karri eller stek var gjort “ren”. Ifølge disse kvinnene var kokte eller dampede matvarer som ikke inneholdt mye fett eller krydder egnet for eldre, syke og barn med svak fordøyelse. Mat tilberedt på denne måten sto i klar kontrast til sterke matvarer som ga næring (Dawes, 2006: 35).

Slike forestillinger om mat går også igjen hos noen av kvinnene i min studie, for eksempel når en av kvinnene i kapittel 6.2.2 forteller at: *“Barna trenger å spise mektig og fettrik mat fordi de vokser og trenger energi. De klarer å forbrenne all maten fordi de er unge og friske, men vi som er eldre og syke klarer ikke det lenger. Derfor bør vi være forsiktig, ikke barna”*. En slik tilnærming til mat kommer til uttrykk på ulike måter i intervjuene, for eksempel ved

at to av kvinnene som var over 50- år sier at de hadde valgt å gjøre et skille mellom kostholdet til de “friske” og de “syke”.

Slik jeg velger å tolke kvinnenes utsagn, har mer kunnskap og nye erfaringer ført til at det meningsinnholdet knyttet opp mot det å lage og spise mat med mye stekefett er blitt endret. Kvinnenes fortellinger tyder på at deres kunnskap, meninger og erfaringer med valg av mat og matlaging begynte å endre seg etter at de flyttet til Norge. En forklaring kan være at deres forståelsesramme og handlingsmønstre endret seg i tråd med hva de ble presentert for i møte med blant annet fastlegen, ernæringsfysiologer, helsestasjoner og andre kunnskapsinstanser. Deres livsverden, den “hverdagsverdenen” de lever i til daglig er endret. Livsverden er den primære opprinnelsen til forståelse og mening (Sveneaus, 2005; Bengtsson, 2006). Ifølge fenomenologisk tenkning kan ikke erfaringer endres eller skapes løsrevet fra tidligere erfaringer. I tråd med dette ser vi at kvinnenes kunnskap og praksis har endret seg, men at kvinnene på ulike måter integrerer det nye i det tradisjonelle og vice versa. Dette stemmer overens med det Sverre sier om syntesekunnskap (Sverre, 2016).

5.2.4 Støttende strategier for å redusere og kontrollere fettinntak

Kvinnene viser engasjement og vilje til å velge endring, men denne endringen bør ifølge kvinnene ta utgangspunkt i noe som er gjenkjennelig fra deres opprinnelige kostholdet. For eksempel forteller disse kvinnene at de inkluderer mer fisk i kostholdet fordi den inneholder sunt fett, men de tilbereder fisken både på tradisjonelle måter ved å bruke krydder og olje og på nye måter som det å steke i ovn.

Ernæringsfysiolog Lisa Garnweidner og hennes kollegaer viser i sin studie at kostholdsveiledning medførte økt forvirring blant ikke-vestlige deltagere med migrasjonsbakgrunn fordi kostholdsrådene ikke var i overensstemmelse med deres tradisjonelle matkultur (Garnweidner, Terragni, Pettersen og Mosdøl, 2012; Garnweidner, 2013). “For these women, receiving nutrition-related information based on the unfamiliar host country’s food culture may be a specific barrier when trying to follow the advice.” (Garnweidner, 2013:45). Dette ble også påpekt av to kvinner i mitt datamateriale. Kvinnene var henholdsvis i 50- 60-årene. Deres motivasjon til å endre kostholdet økte da de fikk en medisinsk diagnose og legen

anbefalte kostholdsendringer som en del av behandlingen. De fikk informasjon og konkrete råd om hva de burde endre i kostholdet sitt. Likevel savnet de informasjon om hvordan de kunne være mer kreative når de skulle forbedre det kostholdet de allerede hadde og gjøre de matrettene de og familien var vant til å spise, sunnere. Dette viser hvor viktig identiteten knyttet til egne mattradisjoner er for disse kvinnene. Aakervik (2000) hevder også at kostråd fra helsepersonell, for eksempel i form av råd om å gå over til norsk kosthold ved sykdom, kan stå i kontrast til hva den enkelte synes er viktig for seg selv og sitt liv. Kostholdsvaner er noe av det siste mennesket gir fra seg selv, skriver Aakervik (2000: 33). Dette ble tydeliggjort i en undersøkelse som ble utført blant diabetikere med pakistansk bakgrunn og hvordan deres møte med norsk helsevesen oppleves som Eriksen og Sørheim (1994) presenterer: “De fleste deltakere fulgte ikke kostrådene de fikk fordi de oppfattet rådene som befalinger om å spise norsk mat. Det å spise norsk mat på denne måten ble oppfattet som å oppgi sin pakistanske identitet” (Aakervik, 2000; 33-34). Dette er relevant også for kvinnene i min studie. Å bryte med mattradisjoner kunne oppleves som truende for kvinnes identitet. Dette kan være noe av forklaringen på hvorfor disse kvinnene heller ønsket å forbedre eget kosthold enn å gå over til det som de oppfatter som norske matvaner.

Ifølge kvinnene har pakistanske og indiske TV-kanaler blitt en viktig inspirasjon og kunnskapskilde der de har kunnet søke nyttige råd og ny kunnskap. Kjøllestad (mfl., 2011) peker på TV som en viktig kunnskapskilde for deltakere i hennes studie. Sverre (2016) kommer også inn på den betydningen pakistanske TV-kanaler har for eldre kvinner i hverdagen. Hjemlandets TV-kanaler bidrar til å skape nærhet til hjemlandets kultur, og kvinnene bruker TV som hjelpemiddel til å lære sine barn om deres kultur og morsmål urdu (Sverre, 2016: 140).

To av kvinnene i min studie formidlet hvordan *Jadoo TV*, som er en internettbasert distributør av sørasiatiske TV-kanaler, filmer og musikk, har spilt en viktig rolle i deres læring for å gjøre kostholdet sunnere. Begge kvinnene uttrykte at de savnet konkrete råd og informasjon fra helsepersonell om hvordan de kunne forbedre sitt opprinnelige kosthold (Garnweidner, mfl 2012). Kvinnene mente at de gjennom disse TV-kanalene har fått nyttig informasjon og konkrete råd på deres eget språk og tilpasset deres egen kulturelle forståelse av kosthold. Her

fant de nye, kreative og sunne oppskrifter på tradisjonelle retter. Dette opplevde kvinnene som nyttig.

“Jeg får mye informasjon ved å se på TV. Vi har Jadoo-TV hjemme, der har vi mange kanaler som gir nyttige helse- og kostholdstips. Noen ganger kommer det også flinke leger på disse mat-kanalene og gir informasjon om sykdommer som for eksempel diabetes, høyt blodtrykk, muskel- og leddsmarter og migrene. De forteller hva slags mat som er bra å spise hvis du har de forskjellige sykdommene. Jeg har lært å lage mat med mindre olje og desserter med mindre sukker ved å se på disse kanalene. Jeg er helt avhengig av å ha jadoo-TV hjemme.”

“Jeg fikk oppskrifter på supper og fisk fra ernæringsfysiologen, men jeg synes ikke det smakte godt. [...] Nå pleier jeg også å finne oppskrifter på Jadoo-TV, de viser hvordan vi kan lage “vår” (pakistanske) mat på en sunnere måte. Jeg lærer mye av det”.

En av kvinnene i 40-årene fortalte om en annen metode hun brukte for å begrense inntaket av stekefett hjemme. Hun fortalte at hun hadde kjøpt en “lav-olje-stekemaskin”, laget for bruk av lite olje under steking. Ifølge kvinnen ble maskinen hovedsakelig brukt til å steke pakistansk snacks som vanligvis må frityrsteges, for eksempel *pakora* og *samosa*. Samtidig fortalte hun at den kunne også brukes til å steke pommes frites, fiskepinner og kylling-nuggets til barna. Dette var “norsk mat” som barna likte (se kapittel 5.3). Dawes (2006) peker også på at snacks som *samosa* og *pakora* ofte blir tilberedt i det norsk-pakistanske husholdet fordi disse rettene kan forsterke identitetsfølelsen hos kvinnene. Disse formene for snacks blir ofte servert når man har besøk (ibid). Samtidig påviser Dawes (2006: 69) at inntak av “global-foods” som pommes frites, fiskepinner og kyllingnuggets øker blant norsk-pakistanske familier etter migrasjon, slik intervjuet med kvinnen i 40-årene tyder på.

Det kan se ut som om kvinnene bruker ulike (elektroniske) hjelpemidler som et tiltak for å begrense fettinntaket i hverdagen samtidig som de kan beholde og nyte en del av sin tradisjonelle mat. En kvinne i 30-årene påpekte at pakistanske snacks som *samosa* og *pakora* er viktig “kose-seg-mat” for henne og hennes mann. Men hun nevnte ikke hvordan disse ble tilberedt. En tredje kvinne, som likte å spise omelett til frokost hver dag, fortalte at hun hadde

begynt å bruke vaffeljern for å steke omeletten. På vaffeljernet trengte hun ikke å smøre med så mye olje som i en vanlig stekepanne. Kjøllestad (mfl, 2010) skriver at noen av de norsk-pakistanske kvinnene i hennes studie opplevde det som problematisk å redusere mengden av stekefett i maten. Utfordringene var hovedsakelig knyttet til måleteknikker og til at mindre stekefett gjorde at maten ikke lenger ble opplevd som smakfull og fristende (Kjøllestad, mfl., 2010). Det at mat tilberedt med mindre olje ikke smaker like godt blir også nevnt av kvinnen i 40-årene. Hun fortalte at hun brukte denne steke-maskinen kun for å steke snacks til seg selv og familien, men når hun fikk gjester på besøk, tilberedte hun snacks (og annen mat) på tradisjonell måte. Dette begrunnet hun med at *“gjestene ikke kan få sånn maskin-mat, det smaker ikke like godt”*.

Alle kvinnene i min studie var enige i at mye olje gir matrettene smak og konsistens. Likevel sørget de for å finne metoder og tiltak som kunne bidra til å begrense bruken av olje slik at de kunne beholde sine tradisjonelle snacks i kostholdet og dermed også bekrefte sin kulturelle identitet. Samtidig valgte kvinnene å tilberede snacks og annen mat på tradisjonelle måter når de hadde gjester, til tross for at gjestene kunne ha dårlig helse. Lignende holdninger ble også observert hos kvinnene som deltok i Dawes (2006) masterstudie: *“My guests health is not my problem and my house is not a hospital”*, uttalte en av informantene i den studien (Dawes, 2006: 64). Dette utsagnet kan forstås dit hen at kvinnene ønsker å fremstå som flinke vertinner ved å servere tradisjonell og velsmakende mat tilberedt med rikelig av *ghee (olje)* og mye krydder. En kvinne i Dawes studie reflekterte over denne praksisen. Hun formidlet at dersom hun serverte gjestene mat som var tilberedt i mindre fett, krydder eller sukker for å ta hensyn til deres helse, ville dette påvirke hennes rolle som vertinne på en negativ måte. Som følge av dette vil hun kunne bli oppfattet som en person med dårlig økonomi og bli kritisert for sine kokkekunnskaper (Dawes, 2006: 64). Dette er et tema som vil bli drøftet videre i neste delkapittel (5.2.5).

På bakgrunn av det som kommer frem i intervjuene og litteraturen kan det se ut som at disse kvinnene ønsker å spise sunnere ved å endre sitt kosthold. For å kunne endre kostholdet har de utviklet sine egne strategier og metoder. TV oppfattes av disse kvinnene både som en vik-

tig ressurs for læring og som et medium som skaper trygghet og tilhørighet til egen kultur og språk.

5.2.5 Sosialt og kulturelt matpress

Norsk-pakistanske kvinner opplever ofte et sosialt og kulturelt press med hensyn til mat og kosthold, i forbindelse med sosiale sammenkomster med familie og venner. Sosiale sammenkomster ble også ansett som en av de viktigste barrierene for å spise sunt i hverdagen av kvinnene som deltok i RCT-studien (Kjøllestad mfl., 2010). I studien til Olsen og Wandel (2005), påpeker norsk-pakistanske kvinner i Oslo at de presses sosialt til å servere og spise søt mat og søt drikke fordi dette er knyttet opp mot gjestfrihet. Noe lignende ble også påpekt av informantene i Dawes (2006) sin studie.

Som følge av kjedemigrasjon har de fleste pakistanske familier et stort familienettverk i Norge (Khan, 2009; Sverre, 2016; Nasir, 2017). Å ha et stort familie- og vennenettverk innebærer for de fleste å ha hyppige familietreff og sosiale sammenkomster. I felleskap med andre mennesker finner migranter fortrolighet, støtte, trygghet og mulighet til å utvikle seg (Sverre, 2016). Nesten alle kvinnene i min studie fortalte at de allerede hadde et familienettverk gjennom ektemannen i Norge da de flyttet hit. Noen av kvinnene var blitt gift med sine fettere og kjente familien fra før. På den måten ble det enklere for dem å tilpasse seg i det nye landet. I tillegg hadde kvinnene vært aktive og sosiale og skaffet seg et solid vennenettverk etter migrasjonen, et nettverk som primært bestod av andre norsk-pakistanere, men også av kvinner med andre etnisiteter. Her er et intervju sitat fra en kvinne som illustrerer at det både er sosialt givende og identitetsbekreftende å ha slike familiesammenkomster:

“Vi inviterer familie og venner når det er en høytidelig anledning, for eksempel når det er fødsel i familien, bursdag, bryllup eller eid. [...] Vi pakistanere er kjent for å ha familier og venner på besøk hele tiden. Vi pleier å være opptatt nesten hver helg. Enten pleier vi å være invitert på middag eller så får vi middagsbesøk av andre hjemme hos oss. Så det blir masse god mat i helgene i hvert fall. Vi kjenner veldig mange pakistanske familier i Oslo”.

En annen kvinne fortalte at hennes deltakelse i slike sosiale sammenkomster alltid resulterte i at hun spiste mer “usunn” mat enn det hun gjør til daglig fordi hun opplever at det er vanskelig å ikke spise maten som serveres på disse festene. Dette begrunnet hun med tre ting: For det første, kan verten og andre gjester tolke det som at maten ikke smaker godt og kan derfor oppleve vedkommende som uhøflig. For det andre, er maten på disse sammenkomstene som oftest særdeles velsmakende og fristende fordi den er tilberedt på tradisjonelle måter med mye fett (ghee) og krydder (Olsen og Wandel, 2005; Dawes, 2006; Lawton mfl., 2008). For det tredje så har hun erfart at det er et sterkt verbalt press fra vertinnen og andre gjester for å få gjestene til å forsyne seg med mer mat.

I tråd med det som er beskrevet i avsnittene over, kan det se ut som om sosiale sammenkomster medfører et sterkt sosialt og kulturelt matpress for både vertinnen og gjestene. Det sosiale presset mot vertinnen går på det å oppfylle de tradisjonelle kravene til vertsrollen ved å servere gjestene flere retter med autentisk, tradisjonell middagsmat. Som vertinne kan hun enten velge å ignorere eller ta hensyn til gjestenes helsesituasjon (Dawes, 2006). Det sosiale presset for gjestene derimot, innebærer en opplevelse av plikt til å delta på disse sosiale sammenkomstene og å føle seg beæret ved å vise takknemlighet. Dette kan blant annet vises ved å forsyne seg rikelig med maten som blir tilbudt, og ikke ta hensyn til at måltidet kan ha negativ innvirkning på helsen deres. Noen kvinner velger å ikke si noe om egne kostholdsbegrensinger når de er på besøk hos andre, både fordi det å fortelle andre om en kronisk sykdom kan være forbundet med skam (Olsen og Wandel, 2005) og fordi det å takke nei til maten kan oppfattes som veldig uhøflig.

Det er ikke bare kvinner som skjuler sine kostholdsbegrensinger som møter på sosialt press fra andre. En kvinne forteller hvordan hun opplever press fra sine venninner på sosiale sammenkomster, til tross for at venninnene er godt informert om hennes helsestatus. Hun forteller:

[Mine] venninner kan tvinge meg til å spise mer ved for eksempel å si at: -Det går bra idag, spis.- Jeg har laget dette spesielt til deg, du kan slanke deg fra i morgen. - Du må ikke slutte

med alt. - Du kan spise i dag, du er ikke sammen med oss hver dag. - En dag gjør ingenting. Jeg føler at den ene dagen ødelegger alt, og i morgen kommer aldri”.

Videre påpekte denne kvinnen at økt press fra venninner har vært en viktig medvirkende årsak til at hun ikke klarte å holde fast ved den kostholdsendingen hun hadde jobbet med over lengre tid. En annen kvinne nevnte at hun velger ikke å delta på slike fester for å unngå å bli påvirket av det sosiale presset. Hun er småbarnsmor og mener at det ikke er nødvendig å dra på så mange fester og å ha mange fester hjemme:

“Min tid går først og fremst til barna mine og mannen min. Så jeg vil ikke ha mange på besøk hjemme som sitter ved bordet og prater og spiser når familien min kommer hjem, eller i helgene når familien min er samlet. Å ha et stort nettverk er veldig vanlig blant pakistanske familier. Vi har ikke så stort nettverk. Vi besøker bare svigerfamilien min, men ikke så ofte. Så kanskje vi er litt annerledes enn andre pakistanske familier?”

På bakgrunn av det kvinnene sier i intervjuene om sine erfaringer, kan det se ut som en utsettes for et sosialt og kulturelt matpress uavhengig av om man er frisk eller syk. Presset rammer vertinnen like mye som gjestene. Det er med andre ord, mange mennesker som ubevisst og uten negative intensjoner presser andre til å ta negative kostholdsvalg. Dette presset er en del av den kulturelle konteksten knyttet til høflighet og gjestfrihet. Denne høfligheten og gjestfriheten er viktig for å vedlikeholde nettverk og sosiale relasjoner, men kan også resultere i en opplevelse av sosial tvang og over tid bidra til dårligere helse.

5.3 Tilrettelegging av barnets kosthold

Dette delkapittelet skal handle om hvordan kvinnene reflekterte over sin rolle som mor og de valgene de gjør som mødre med hensyn til barnas kosthold og helse. Uavhengig av alder, botid i Norge og barnas alder, fortalte alle kvinnene hvordan deres valg av kosthold blir påvirket av barnets helse, ernæringsbehov, smak og preferanser.

5.3.1 Mødrene lager mer “norsk” mat

Fem av de seks kvinnene som deltok i min studie hadde barn. Kostholdet deres hadde blitt endret ved at de blant annet hadde begynt å spise mye norsk mat til daglig, som for eksempel fisk. Videre beskrev de kostholdet sitt som variert. Det at barna deres og andre familiemedlemmer liker å spise “norsk” mat fremfor pakistansk mat til daglig var en av hovedgrunnene til at kvinnene valgte et variert kosthold. Sitatene under illustrer dette poenget og viser også hvordan kostholdet deres er blitt endret fra å være mer tradisjonelt til å bli mer sammensatt etter migrasjonen. Det har med andre ord skjedd en kostholdsakkulturasjon i hverdagen deres (Satia-Abouta, 2003).

En kvinne i 60-årene sa følgende:

*“Alle mine barn er født og oppvokst i Norge. De er voksne og er ikke så glad i pakistansk mat. De er mye ute på grunn av jobb og skole og spiser mye norsk mat til vanlig. Men hjemme prøver jeg å få dem til å smake på og å spise pakistanske retter, fordi da er det enklere når de reiser til Pakistan. Fordi da kjenner de smaken på maten og det blir enklere for dem å tilpasse seg. Jeg lager deres “norske” mat med våre tradisjonelle krydder (masala), noe de liker svært godt. For eksempel marinerer jeg fisk med hvitløk og annen krydderblanding (masala) og steker den i ovn med grønnsaker. Eller å lager jeg kjøttdeigen til pizza, pasta og taco med pakistanske krydder. Da får disse “norske” rettene - pizza, taco og pasta - enda bedre smak. Norsk mat er vanligvis **smaksløs**, det er krydderne **våre** som tilsetter smak i maten”.*

En annen kvinne, som var en småbarnsmor, sa det slik:

“Mine barn liker ikke maten jeg lager til dem. Jeg bruker ikke så mye krydder og fett i maten deres fordi de liker ikke typisk pakistansk mat. De er mer lasagne- og spaghetti-typen. Derfor

lager vi mer “norsk” mat hjemme hos oss, og det er hovedsakelig lasagne, spaghetti, pizza, taco og sånne ting. Men i helgene har jeg sagt til barna mine at det skal være ordentlig god pakistansk mat, **“mettende mat”**. Da lager jeg hovedsakelig biryani, pulao (ris med kjøtt, kylling eller grønnsaker), gryteretter og grønnsaksretter med chappatti og parantha (ugjæret lefse stekt i olje eller smør) til frokost på morgenen!”.

En tredje kvinne fortalte:

“Norsk” mat for meg er noe som er veldig lett, godt, enkelt og sunt! Vi spiser veldig mye fisk, men vi spiser ikke ordentlig fisk, vi spiser mye fiskekaker og fiskegrateng. Ferdiglaget fiskegrateng er jo ikke ordentlig fisk. Men laks spiser vi en gang i uka. Vi spiser ordentlig laks, jeg pleier å kjøpe økologisk. Eller noen ganger så kjøper jeg torsk og lager gryterett, sånn curry gryte med kokt ris. Vi spiser det slik. Nei, norsk mat generelt synes jeg mmmm.... For eksempel lager jeg veldig mye kjøttkaker, det er jo nesten samme som kofta (indisk/pakistansk versjon av kjøttkaker) bare med brun saus”.

En fjerde kvinne, påpekte at norsk mat er raskere å tilberede:

“Noen ganger liker jeg å lage “norsk” mat til mine barn fordi det ikke tar så lang tid som vår pakistanske mat. For å lage ordentlig pakistansk mat må du stå på kjøkkenet i flere timer- du må vaske, rense, skjære, steke og koke. Mens norsk mat setter du bare i ovnen så er den ferdig på en halvtime. Eller du kan koke makaroni og pasta, det tar ikke mer enn ti minutter. Brød, baguetter og salat er enda lettere. Det er det nordmenn spiser hele tiden”.

Disse sitatene illustrer at det er vanlig i norsk-pakistanske hjem å praktisere et *bikulturelt* spisemønster (Satia-Abouta, 2003), noe som inkluderer tradisjonelle pakistanske retter som er blitt endret og lages noe mindre tradisjonelt og som ofte erstattes av “norsk” mat på hverdager. I likhet med det Olsen og Wandel (2005) fant i sin studie, har kvinnene i min studie utviklet egne oppskrifter ved å kombinere “norsk” og pakistansk matkultur, spesielt etter ønsker fra sine barn, men også ved å tilføre tradisjonelle pakistanske smakselementer til det de oppfatter som “norsk” mat. Kvinnene forteller at de har tatt inn mange typiske norske fiskeretter i kostholdet fordi barna etterspør denne maten og også fordi fisk er “varm” for kroppen (se kapittel 5.1.1). De velger å tilberede fisken med krydder fra det pakistanske

kjøkken. Dette valget medfører endring i både basismatvarer, kompletterende matvarer og tilleggsmatvarer (Olsen og Wandel, 2005; Dawes, 2006; Ottesen 2009). Det kan være flere grunner til at de gjør dette, men det kvinnene selv legger vekt på er barnas matpreferanser og tiden de har til rådighet for å tilberede mat i hverdagene: “Norsk” mat er ofte så mye raskere å tilberede. En annen faktor som kan se ut til å påvirke kvinnene til å lage mer “norsk” mat er, tapet av storfamilien i hjemlandet, noe som medfører at det er færre voksne tilstede under måltidene. Barnas matpreferanser får derfor ofte lov til å dominere hverdagsmåltidene i mange norsk-pakistanske familier (Olsen og Wandel, 2005).

Noen av kvinnene trakk fram at barna deres ikke liker pakistansk mat. En forklaring til dette, som også Ottesen (2009) nevner, er at barn i tidlig alder – for eksempel gjennom barnehagen og skolen – blir introdusert for og sosialisert til å like andre typer mat enn det som tradisjonelt serveres i hjemmene deres. Denne eksponeringen kan få barna til å endre smak slik at de ønsker å spise mer “norsk” mat (Ottesen, 2009).

“Norsk” mat, slik kvinnene beskriver den, er noe som er enkelt, lett og hurtig å tilberede. Noen synes den er sunn og god, mens andre synes den er smaksløs og trenger å bli tilsatt pakistansk krydder. Lignende beskrivelser ble også gitt av afrikanske og asiatiske innvandrerkvinner som deltok i Lisa Garnweidners doktorgradsstudie (2013): “Participants perceived the food of the host country as tasteless and boring, simple and time-saving, healthy and sometimes healthier than their original food” (Garnweidner, 2013: 35). På den ene siden kan det forstås at kvinnene beskriver “norsk” mat ut fra deres egne erfaringer med “norsk” mat. På den andre siden er det interessant at de fleste matrettene som kvinnene klassifiserer som “norsk” mat ikke er typisk norske. Pizza, pasta, spaghetti, lasagne og taco kommer fra det italienske og/eller meksikanske kjøkkenet. Kvinnene nevner også fisk som “norsk” mat, og da hovedsakelig laks og torsk. Denne tilberedes med pakistansk krydder, enten i ovn eller som gryte, og spises sammen med ris og grønnsaker. Dette kan sees i lys av det Aakervik (2000:33) skriver om identitet og mattradisjoner: Krydder blir et symbol (et metonym) for etnisk identitet for disse kvinnene. Mister de krydderet og kryddersmaken, mister de på en måte også identiteten. Dette samsvarer dårlig med Kockturk-Runefors-modellens (Ottesen, 2009) hypotese om at endringen først skjer gjennom tilleggsmatvarer og sist med basismat-

varer. Ifølge Kockturk-Runefors-modellen er krydder blant de tilleggsmatvarene som blir byttet ut først sammenlignet med ris og *chapatti*, som er basismatvarer for pakistanere og blant de siste matvarene som blir byttet ut i kostholdet, siden disse bekrefter pakistanernes etniske identitet (Ottesen, 2009). Mine resultater derimot kan tyde på at smak og identitet ikke er to motstridende krefter som virker i hver sin retning, men at identiteten for kvinnene i min studie bekreftes gjennom smak. Det kommer frem i flere av mine intervjuer at det er smaken på maten kvinnene opplever som identitetsfremkallende, ikke nødvendigvis basismatvarene.

Maja Tove Garnaas (2012: 42) viser i sin masterstudie hvordan en norsk-pakistansk mor møter på et dilemma fordi hennes datter foretrekker å spise kinesisk ris, som er “klumpete”, fremfor pakistansk ris, som ikke er “klumpete”. Dette opplever moren som et anstøt mot de kokkekunnskaper hun har lært av sin mor i hjemlandet. Denne moren assosierer den “klumpete” kinesiske risen med “norskhet” fordi hun mener at det er nordmenn som har lært datteren å spise “klumpete ris”. Ifølge denne moren var den “ikke-klumpete” risen en metafor for etnisk identitet på samme måte som krydder er et symbol (et metonym) for etnisk identitet for kvinnene i min studie (Garnaas, 2012: 42).

En kvinne svarte følgende da hun ble spurt om hva som er typisk norsk mat:

“Sånn typisk som nordmenn spiser? Det er jo pølser, kjøttkaker, fiskekaker, potet, fårrikål, svinekjøtt, lapskaus og sånne ting da. Men jeg lager egentlig ikke typisk norsk mat hjemme fordi mye av den maten kan vi ikke spise. Men ja vi spiser veldig mye fisk for eksempel laks, torsk og seibiff med grønnsaker, poteter og saus”.

Mange av disse “typisk norske” matrettene som kvinnen nevner er forbudt (*haram*) i islam og er derfor utelukket fra denne kvinnens matlaging. Men i og med at fisk, *halal*-kjøttkaker, poteter og saus ikke har religiøse forbud knyttet til seg, har alle kvinnene i min studie inkludert denne type mat i kostholdet sitt. På bakgrunn av dette kan det forstås at kvinnene har delt inn “norsk” mat i to kategorier. Den første er det som er “typisk norsk” og som ifølge kvinnene spises hovedsakelig av nordmenn. Det andre er et egenutviklet “norsk kosthold” påvirket av kostholdsakkulturasjon (Satia-Abouta mfl., 2002; Satia-Abouta, 2003). Dette er hovedsakelig et multikulturelt kosthold med retter fra hele verden. Dawes (2006: 54) kaller

disse rettene for “modern global-foods”. Det er retter som utgjør en del av så vel barnas som de voksens kosthold. Når kvinnene snakker om “norsk” mat i denne siste betydningen, forstås all “ikke- pakistansk” mat som “norsk” mat. Sitatene som er gjengitt ovenfor viser hvordan kvinnene strategisk velger å inkludere matretter som er forenlige med deres religiøse tro og barnas smakspreferanser, og at de ofte gjør dette på grunn av at disse matrettene er lett tilgjengelige og har kort tilberedningstid (Olsen og Wandel, 2005; Dawes, 2006).

Markedsføringen og den økte tilgjengeligheten i det norske samfunnet av mat med opprinnelse i andre lands matkulturer kan sees på som en vesentlig tilleggsfaktor for hvorfor kvinnene velger å inkludere retter fra andre verdensdeler i deres “norske” kosthold. For eksempel finnes det et enormt utvalg av mat fra det italienske, meksikanske, amerikanske, indiske, thailandske og kinesiske kjøkken i norske butikkhylle og frysedisker. Dette kan for mange, og særlig for kvinner som ikke kan lese norsk være villedende og føre til at de karakteriserer opprinnelige utenlandske matretter som «norsk mat».

En faktor som jeg mener spiller en vesentlig rolle for hva kvinnene velger å inkludere i sitt «norske kosthold» er *gjenkjennelighet*. Som diskutert i kapittel 5.2.3 ønsker kvinnene at den endringen de gjør i kostholdet sitt ikke skal være så dramatisk at matens smak og konsistens slutter å være gjenkjennelig fra deres opprinnelige kosthold. På samme måte viser intervjuene at mat som har likhetstrekk med kvinnenens tradisjonelle retter har lettere for å bli inkludert i kostholdet deres. Kjøttkaker med brun saus ligner for eksempel på den tradisjonelle pakistanske retten *kofta curry*. Taco består av omtrent de samme ingrediensene som kvinnene har i sitt eget pakistanske kjøkken: Kjøttdeig (*keema*), bønner (*rajmah*), tortilla lefse (*chapatti*) og salat. Pizzabunn laget av hvetemel tilberedes etter omtrent samme oppskrift som *naan-brød*. Spaghetti ligner på den berømte desserten *seviyaan* som lages både med og uten melk. I tillegg er dette retter som i dag er en integrert del av matkulturen i det urbane miljø på det indiske subkontinentet og som derfor assosieres med de øvre sosiale klassene i hjemlandet.

5.3.2 Fokus på barnets kosthold

Barnas kosthold og hvordan det påvirker barnas helse framover var et tema som fikk mye oppmerksomhet i intervjuene med alle kvinnene som hadde barn. De påpekte hvor vesentlig

det var for dem å kunne imøtekomme barnas ernæringsbehov og gjennom det ivareta deres helse. De ga uttrykk for hvordan hensynet til barnas kostholdet i stadig økende grad har påvirket de kostholdsvalgene de gjør i hverdagen (Olsen og Wandel, 2005; Dawes, 2006; Ottesen, 2009). To av kvinnene som begge var i 30- årene, fortalte hvordan de forsøker å tilrettelegge for at barna deres (som er under 15 år) skal kunne utvikle sunne kostholdsvaner for fremtiden, få en sunn livsstil og et liv uten sykdommer. Disse unge mødrene hadde et sterkt fokus på sunnhet og risikoforebygging. De vektla foreldrenes ansvar, slik følgende utsagn fra dem illustrerer:

“Foreldre har ansvar og må fortelle og vise barna hva som er bra for dem og hva som er dårlig. Barn lærer mye av foreldrene sine. Det er foreldrenes ansvar! Vi må selv være rollemodeller for barna. Når mannen min spiser godteri på en ukedag for eksempel, så kjefter jeg på ham. Hvis vi vil at barna ikke skal spise godteri på en ukedag, så bør ikke vi heller gjøre det. Jeg er en litt streng mor, men det er bra for dem! Det er for fremtiden deres”.

“Jeg prøver å fremstå som et forbilde for barna mine. Derfor drikker jeg ikke cola hjemme. Jeg drikker cola mens jeg er på jobb. Hvis jeg kjøper cola og tar med hjem, så pleier jeg å gjemme den slik at ikke barna finner den. Det er ikke bra for dem. De må holde seg til lørdagsgodt.”

“Jeg er veldig opptatt av at barna ikke skal få i seg masse sukker. For eksempel når eldste sønnen min når går på besøk til andre så sier han “nei takk” til brus og “ja takk” til melk. Han ser på alt og balanserer hva han spiser og drikker slik at han ikke overdriver med sukker. Fordi han vet at det er farlig! Jeg har oppdratt barna til at de må tenke godt gjennom hva de spiser. Jeg har lært dem at det er veldig viktig med grønnsaker og frukt hver dag! Sønnen min er ikke så glad i frukt egentlig, men jeg prøver å få han til å spise mer for å like det. Men han er veldig glad i melk, så han får næring på den måten. Han er ellers glad i all slags mat. Jeg har hørt at de fleste norsk-pakistanske barn bare vil spise kylling og ingenting annet, men slik er det ikke hos oss. Mine barn er glad i alt! Vi har et veldig variert kosthold”.

Jeg stilte kvinnen som sa dette siste et oppfølgingsspørsmål om hva hun tenker er grunnen til at familien har et variert kosthold. Til det svarte hun følgende:

“Jeg tenker bare at det er mange overvektige og store barn i pakistanske familier og innvandrersfamilier generelt og foreldrene bryr seg lite om sånne ting. Så jeg vil ikke tillatte mine barn å spise hva som helst. Jeg tenker at lørdag er dagen for sukker og godteri. Jeg er ikke så glad i godteri heller. Nordmenn sier at når det er lørdag så kan du spise så mye du vil! Men jeg vil ikke tillatte det hjemme hos meg! De må ha en begrensning. Jeg er veldig streng på sånne ting! Jeg prøver mitt beste for at de ikke skal få i seg masse sukker, fet mat som hamburgere eller spise på McDonalds hver uke slik som andre norsk-pakistanske barn gjør. Det er veldig sjelden vi spiser ute. Jeg foretrekker å lage mat hjemme, med begrenset olje og sukker. [...] Jeg ser at det er mange barn som sliter med redusere sukkerinntaket og får diabetes som barn. Jeg liker ikke overvektige barn. Barna må være slanke og aktive og ha et sunt kosthold”.

Kvinnene viser at de er opptatt av hvordan foreldre fungerer som rollemodeller for barna sine og at de har en avgjørende innflytelse på barnas matvalg. Dette er også i tråd med Helsedirektoratets Retningslinjer for forebygging og behandling av fedme og overvekt hos barn og unge: “Foreldrenes unormale spisemønster kan være forbundet med høyere kroppsvekt hos barnet” (Helsedirektoratet, 2010: 23). Utsagnene over illustrerer hvordan disse kvinnene, ut fra den forståelsen og kunnskapen de har om ernæring, helse, sykdom og omsorg, legger til rette for barnas kosthold og matvalg. Kvinnene fremstår ikke som annerledes enn for eksempel en norsk mor som er opptatt av sitt barns ernæring, sunnhet og helse. I de undersøkelsene Fugelli og Ingstad (2014) har gjort blant nordmenn, ble et sunt norsk kosthold assosiert med hjemmelaget mat. Det hjemmelagde ble stående som et ideal fordi man har mer kontroll over hva det inneholder. Ferdigmat, derimot, ble sett på med skepsis. De norske barnefamiliene presiserte at måltidene var en arena for å skape gode matvaner (Fugelli og Ingstad, 2014: 169). De samme tankene blir også fremhevet av flere av mine informanter. Også de påpeker at hjemmelaget mat er sunnest og best for barna. Dermed kan det se ut som at disse norsk-pakistanske mødrenes oppfatning av hva som er sunt og helsefremmende for barn, ligner mye på hvordan “norske” foreldre forstår barnas sunnhet knyttet opp mot kostvalg og matvaner.

Å imøtekomme barnets ernæringsbehov og ivareta barnets helse er en vesentlig del av morsrollen. Dette er noe alle mødre prøver å gjøre uavhengig av etnisitet og kultur. Det er en måte de som mødre viser omsorg og kjærlighet ovenfor sine barn, noe som også Ida Erstad (2015) understreker i sin avhandling. Men det er individuelle variasjoner i hvordan hver enkelt mor velger å oppfylle sin morsrolle med hensyn til barnets kosthold. I utsagnene over identifiserer kvinnene seg med den norske tradisjonen med "lørdagsgodt" og lærer barna fra tidlig alder at godteri er begrenset til lørdager. Lørdagsgodt er en tradisjon som mange nordmenn har vokst opp med (Garnaas, 2012). "Selve ideen er plantet i dem fra barnsben av, og ligger der bevisst eller ubevisst" (s. 47). Denne forståelsen av lørdagsgodt, helse, kosthold og morskap kan forstås som et resultat av kvinnenes pakistansk-norske syntesekunnskap (Sverre, 2016). Disse kvinnene har født sine barn i Norge og har vært mye i kontakt med helsevesenet blant annet gjennom helsestasjon og fastlege. Her har de mottatt informasjon om helse og sykdomsforebygging både med tanke på sine barn og seg selv gjentatte ganger. I tillegg kan økt fokus på kosthold, fysisk aktivitet, helse og sykdomsforebygging i barnehage, skole og i samfunnet for øvrig være med på å forsterke budskapet om helse og sunnhet.

Ikke alle kvinnene i min studie som hadde født barn i Norge vektla kosthold og helse på samme måte som de to kvinnene jeg har sitert ovenfor. En kvinne i 50-årene var primært opp-tatt av å sørge for at barna får tilstrekkelig med næring gjennom maten hun lager. For denne kvinnen var det viktig at barna spiser den maten hun lager til dem. I intervjuet fortalte hun at hun alltid tilsatte litt ekstra fett (ghee) i maten til barna. Dette gjorde hun fordi de er i en alder hvor de vokser mye og er mye fysisk aktive gjennom blant annet å trene. Derfor har de større behov for den energien de får gjennom fett, hevdet hun. Lignende holdninger ble også formidlet av noen av de norsk-pakistanske kvinnene som deltok i Dawes sin (2006) studie. Ifølge en av disse kvinnene var det å sikre at barnet fikk nok næring og energi, en slags "investering" i egen alderdom (Dawes, 2006: 39). Hun anså sønnenes ernæringsstatus som viktigere enn døtrene fordi døtrene giftes bort mens sønnene er ansvarlige for å gi foreldrene omsorg i alderdommen. Dette var en vanlig kulturell norm i det patriarkalske samfunnet som hun var vokst opp i, et investeringsperspektivet som kan relateres til begrepet "generasjonskontrakt" som ble diskutert i kapittel 5.1.4 (Moen, 2011). Å tilberede energi- og fettrik mat er ifølge

denne kvinnens forståelse gunstig for ivareta sønnens helse og en viktig måte for henne å vise omsorg og kjærlighet på. I dette eksempelet ser vi hvordan bruk av fett (ghee) i maten kan være knyttet til kjønn – det er noe en kvinne (mor) gjør for en mann (sønn) (Dawes, 2006: 39). En slik kjønnspreget holdning ble imidlertid ikke påpekt av kvinnene i min empiri, tvert imot uttrykte en kvinne bekymring for kostholdet og ernæringsstatusen for både sine døtre og sønner.

Norsk-pakistanske sped- og småbarnsmødre som deltok i Erstads (2015) avhandling uttrykte en lignende bekymring for at deres barn ikke spiste nok. Både i Erstads studie og ifølge en av kvinnene i min studie, er det å være en god mor assosiert med at barnet spiser godt. “A good mother makes sure that her children eat” (Erstad, 2015: 156). I likhet med den ene kvinnen i min studie, påpekte en mor i Erstad (2015: 156) at mødre er ansvarlige for å gi barnet “ordentlige måltider” (real meals). Disse ordentlige måltidene bør, ifølge denne moren bestå av basismatvarer og kompletterende matvarer som ris, kylling og kjøtt, eller brød og pasta (Erstad, 2015: 156). Fersk hjemmelaget og næringsrik mat var for kvinnen i min studie “ordentlig” mat. Videre påpekte denne kvinnen i min studie at hun stoler på sine barns kunnskaper om det å fremme egen helse gjennom fysisk aktivitet og trening. Men når det gjelder ernæring så er det hun som er ekspert og vet best hva som er sunt og til det beste for barnas helse. Følgende to sitater fra denne kvinnen illustrerer hvordan morsrollen for henne er knyttet opp mot at hun sørger for at barnet får tilstrekkelig næring til å starte dagen, og hennes bekymring for at barnets næringsinntak ikke er godt nok.

“Jeg står opp tidlig hver dag og lager fersk frokost til mine barn. Hvis jeg ikke kan gi mine barn fersk mat før de drar hjemmefra, så er det skamfullt for meg. Fersk hjemmelaget mat smaker best og bringer god helse”.

“Nei, jeg tenker ikke så mye på deres fysiske helse fordi jeg vet at de er voksne og vet best selv. De går på trening og passer på egen helse. Jeg tenker mest på hvordan jeg kan gi dem god og fersk mat hverdag fordi fersk mat er best for helsen. Jeg lager fersk og variert mat til dem hverdag. Det er viktig for meg at de spiser hjemme. For eksempel liker jeg ikke når min

datter sier at hun er på diett og ikke spiser ordentlig mat. Jeg forteller henne at hun kommer til å bli syk hvis hun fortsetter å spise salat (blad-mat)''.

Å gi fysisk og moralsk støtte til barna og å samarbeide med hensyn til kostholdsending er to andre aspekter ved morskap som ble tydeliggjort i min empiri. En kvinne påpekte hvordan hennes morsrolle er knyttet til det å hjelpe døtrene sine med å endre kostholdet når de "slanker seg". Hun fortalte hvordan hun ga praktisk støtte til døtrene ved å finne sunne oppskrifter og lage mat etter disse oppskriftene når døtrene har behov for en tilrettelagt, streng diett. Døtrene har ifølge denne kvinnen ikke tid til å tilrettelegge sitt eget kosthold fordi de har en stram dagsplan. Døtrene tilbringer mye av dagen på skole og jobb og er dermed mer sårbare med hensyn til å velge usunn mat. Kvinnens morsrolle innebærer i denne sammenhengen at hun følger opp døtrene ved å tilberede sunne måltider som frokost, matpakke, middag og kveldsmat til dem og ved å passe på at disse måltidene inntas til rett tid. Videre påpekte hun at hennes eget kostholdet også blir påvirket av dette fordi hun selv spiser "slankemat" i disse periodene for å gi døtrene moralsk støtte, dette til tross for at hun har ikke behov for å slanke seg.

Retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge anbefaler at: "Familien må involveres aktivt i utredning, diagnostikk og behandling, og endring av levevaner bør omfatte hele familien. Foreldrene er sentrale rollemodeller og støttespillere for barna" (Helsedirektoratet, 2010: 11). I denne sammenheng ble ikke hel-sevesenet nevnt. Kvinnen sa ingenting om hun følger opp døtrene på bakgrunn av at hun har fått beskjed om eller veiledning til å gjøre dette. Likevel går det fram av det hun forteller at hun har påtatt seg ansvaret for å støtte sine døtre ved å gi dem oppfølging for å fremme og ivareta helsen deres. Neste sitat utdyper hvordan kvinnen tilrettelegger kostholdet til sine døtre.

"Jeg har sluttet å lage mat av rødt kjøtt som lam og biff til dem fordi det inneholder mye fett og ikke er bra. Jeg bruker mer grønnsaker, kylling og fisk som jeg tilbereder med begrenset olje, mer hvitløk, ingefær og annet krydder som er sunt og bra for forbrenningen. Noen ganger lager jeg også smoothie til jentene. Det er veldig sunt og mettende''.

Dette konseptet om *tilrettelegging av barnets kosthold* sammen med tidligere konsepter illustrer hvorfor det kan være problematisk å generalisere kunnskap fra forskningsstudier som omhandler kostholdet til “norsk-pakistanske kvinner” eller “innvandrere”. Gjennom eksemplene som er presentert og diskutert i dette kapitlet, ser vi at det er store individuelle forskjeller kvinnene imellom når det gjelder deres forståelse av egen morsrolle og hvordan de ser på kosthold, helse og sykdom til tross for at de har samme etniske tilhørighet. Det er tydelige variasjoner i hvordan disse kvinnene velger å utøve sin morsrolle. Hva de identifiserer, vurderer og praktiserer som vesentlig for barna sine vil være avgjørende for hvordan de tenker og handler i forhold til kosthold og helse.

6.0 AVSLUTNING

Dette kapittelet gir en oppsummering av hovedkonsepter og diskusjon, etterfulgt av noen refleksjoner om hvilke implikasjoner dette har sett ut fra et helseperspektiv. Studien understreker først og fremst at det er store individuelle forskjeller mellom norsk-pakistanske kvinnene og deres oppfatninger om hva som er riktig og sunt kosthold. I tillegg har kvinnene ulik forståelse av helsebegrepet og hvordan helsen best kan ivaretas gjennom kostholdsvalg. Utvalget for studien er selvsagt ikke representativ for den norsk-pakistanske gruppen i Norge, men gir likevel et interessant innblikk i hvordan norsk-pakistanske kvinner forstår kosthold og helse, og hvordan de velger å innrette seg etter den forståelsen de har.

6.1 Oppsummering av hovedkonsepter

Hensikten med studien har vært å undersøke kostholdsvalg blant norsk-pakistanske kvinner etter migrasjon og studiens problemstilling har vært *“Hvilke kostholdsvalg kan identifiseres blant norsk-pakistanske kvinner etter migrasjon til Norge?”* Svaret på denne problemstillingen, basert på studiens resultater, er at kvinnene er svært opptatt av helse og gjør ulike kostholdsvalg ut fra hva de oppfatter som helsefremmende og forebyggende. Disse valgene gjøres på bakgrunn av en slags syntese av ulike kunnskapstradisjoner og sosiokulturelle oppfatninger om ernæring, helse og sykdom, hvor også biomedisinsk ernærings- og helsekunnskap er en viktig bestanddel. Funnene tyder på at det har skjedd en kostholdsakkulturasjon hos alle kvinnene. Denne kostholdsakkulturasjon er i samsvar med modellen om et *bikulturelt* kostholdsmønster som Satia-Abouta (2003) har beskrevet.

Følgende mønstre er identifisert i det kvinnene forteller om sine kostholdsvalg:

For det første ser vi at kvinnene velger å spise mer “varm mat” i Norge enn det de opprinnelig gjorde da de bodde i Pakistan. Dette valget er begrunnet med det kalde klimaet i Norge. Her baserer kvinnene sin forståelse på sosiokulturelle oppfatninger om kosthold, helse og sykdom med røtter i tradisjonell asiatisk medisin. Ifølge denne tradisjonen har visse typer mat en varmegivende effekt på kroppen (Aakervik, 2000; Dawes, 2006; Samuelsson, 2001; Horntvedt, 2015; Magelssen, 2002). Denne varmegivende effekten virker sykdomsforebyggende og helsefremmende ved å skape en balanse mellom kroppen og ytre forhold (Samuelsson, 2001; Eriksen og Sørheim, 2009; Horntvedt, 2015; Magelssen, 2002).

For det andre tyder resultatet av analysen på at kvinnene gjør kostholdsvalg som innebærer at de reduserer mengden stekefett i maten. Dette gjør de av helsemessige årsaker. For å mestre denne endringen med hensyn til å begrense bruken av stekefett har kvinnene utviklet forskjellige strategier. Et eksempel er det å ta i bruk elektroniske hjelpemidler som spesielle “steke-maskiner”. Disse maskinene brukes hovedsakelig for å steke tradisjonelle snacks, som er en viktig identitetsmarkør. Pakistanske og indiske tv-kanaler er en viktig informasjonskilde hvor kvinnene finner relevant helserelatert informasjon og sunne oppskrifter på deres tradisjonelle retter. Kvinnene utviser engasjement og vilje til å gjøre endringer i kostholdet, men ønsker samtidig at denne endringen baserer seg på noe som er gjenkjennelig fra deres tradisjonelle kosthold. Kvinnene velger å lage et skille mellom kostholdet til “syke” og kostholdet til “friske”, noe som gjør det lettere for dem å fortsette med sine kostholdsendringer uten å påvirke og endre kostholdet til alle familiemedlemmene. Videre velger kvinnene å fortsette med å tilberede mat på tradisjonelle måter til spesielle familiesammenkomster. Kvinnene opplever hyppige sosiale sammenkomster som en arena hvor det kan bli et stort problem med hensyn til det å spise sunt, noe som også samsvarer med annen forskningslitteratur (Olsen og Wandel, 2005; Kjøllestad mfl., 2010).

For det tredje har vi sett at kvinnene legger stor vekt på barnas sunnhet og helse når de tilrettelegger kostholdet i familien, noe som også påvirker valgene kvinnene gjør med tanke på sitt eget kosthold. Kvinnene la vekt på ulike ting når det gjelder barnas helse og kosthold. Noen var opptatt av å oppdra barna til sunne livstils- og kostholdsvaner, for eksempel gjennom å lære dem normen om “lørdagsgodt”. Andre viste mer bekymring for at næringsinntaket til barna er for lite sett i forhold til hvor mye de trener og er i aktivitet. For disse kvinnene var det viktig å gi barna mer fettrik mat. Studien understreker at kvinnene og familiene deres har utviklet *bikulturelle* spisevaner (Satia-Abouta, 2003). Det vil si at de har utviklet egne oppskrifter ved å kombinere den matkulturen de har møtt i Norge med den de har med seg fra Pakistan (Satia-Abouta, mfl., 2002; Olsen og Wandel, 2005; Ottessen, 2009). Denne maten kalte de for “norsk” mat.

“Norsk” mat var strategisk inkludert i kostholdet, men tilpasset religiøse og kulturelle oppfatninger av hva som er påbudt (*halal*) eller forbudt (*haram*) i islam (Wandel og Olsen, 2005). Også faktorer som barnas matpreferanser, tilberedningstid, gjenkjennelighet og tilgjengelighet var av betydning når kvinnene valgte å bruke mer “norsk” mat. Til tross for at det hadde skjedd en kostholdsakkulturasjon og kvinnene hadde begynt å spise mat de oppfattet som “norsk”, brukte de mye pakistanske krydder i maten for å tilsette “pakistansk smak”. I denne sammenheng ble krydder et symbol (et metonym) for etnisk identitet for disse kvinnene. Dette funnet samsvarer ikke med Kockturk-Runefors-modellen (Ottessen, 2009) som hevder at endringen i kostholdet først skjer gjennom tilleggsmatvarer som for eksempel krydder og snacks, og til slutt gjennom endring av basismatvarer som ris og chappatti. Funnene mine understreker at smak er av stor betydning for kvinnenes identitet. I tillegg gir kvinnene uttrykk for at deres kokkekunnskaper og matlagingsevner er en viktig ressurs for egen læring, forbedring og improvisering av kostholdet.

6.2 Implikasjoner for praksis

Denne studien vil ikke være fullstendig uten å diskutere hvordan kunnskap om kvinnenes kostholdsvalg og helseforståelse kan anvendes i folkehelsearbeidet. En av målsettingene med å jobbe med denne studien har vært å legge vekt på de endringene som er skjedd i løpet av kvinnenes botid i Norge med hensyn til deres kunnskap om og forståelse av ernæring, helse og sykdom. I tillegg ville jeg undersøke hvordan kvinnene anvender denne forståelsen sammen med sin forforståelse og tidligere kunnskap når de tar kostholdsvalg. Tanken har vært at kunnskapen om en bredere forståelse av norsk-pakistanske kvinners kostholdsvalg vil kunne være til stor hjelp for helsevesen blant annet i råd og veiledningssituasjoner. Sykepleier og sosialantropolog Ragnhild Magelssen (2002) skriver for eksempel at “helsepersonellet og pasienter med innvandrerbakgrunn gjensidig strever med hverandre i sine møter og disse møtene blir ofte beskrevet som *kulturkollisjoner*” (s. 13-14).

Min studie retter søkelyset på hvordan norsk-pakistanske kvinner prøver å gjøre helsefremmende endringer i sitt kosthold etter migrasjon til Norge. Studien søker å gi en utvidet kunnskap om kvinnenes ulike måter å tenke på rundt temaer som kosthold, ernæring, helse,

sykdom, omsorg og morskap. Et slikt kunnskapsbidrag kan ha betydning for helsevesenet på flere måter:

For det første kan slik kunnskap bidra til å heve kompetansen og utvide forståelsesrammene til ansatte i helsevesenet som møter den norsk-pakistanske gruppen og andre innvandregrupper hvor temaene som er nevnt ovenfor er relevante. For det andre kan denne kunnskapen være nyttig i både tverrfaglig samarbeid og når vi kommuniserer med pasienter som har tilsvarende bakgrunn. Denne kunnskapen kan for eksempel hjelpe oss til å stille andre og mer relevante spørsmål som kan bli en slags “døråpner” i dialog med pasienter. At helsepersonell viser forståelse og har kunnskap om kulturen til pasienten, kan gi en trygghet i møtene som fører til at pasienten deler informasjonen som gir en bedre og mer riktig forståelse av helsetilstanden. Dette kan danne grunnlaget for at råd og veiledning som blir gitt, er enda mer relevant i den aktuelle situasjonen. Slik det også ble illustrert i metodekapittel (4.3.1), er gjensidighet og utveksling av erfaring en forutsetning for skape tillit og nærhet.

En tredje faktor er at kvinnenes kostholdsforståelse, mestringsstrategier og helseoppfatninger vil kunne ha en nytteverdi i det forebyggende helsearbeid og bidra til myndiggjøring (empowerment) av pasientene i veiledning og rådgivning. Denne kunnskapen kan også være til nytte for de som jobber med helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge av innvandrere med pakistansk bakgrunn. Kostholdsveiledning er hele tiden aktuelt i møte med barn og unge. Det å gi veiledning til de som kommer fra hjem hvor mødrene har en annen forståelse og bakgrunn, byr på utfordringer både for barnet/ungdommen og veilederen. Derfor er dette svært relevant kunnskap også for de som jobber med det forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot barn og unge.

Helt til slutt vil jeg igjen understreke at det er store sosiale og individuelle forskjeller mellom kvinnene i min studie. Funnene kan ikke generaliseres til å gjelde alle norsk-pakistanske kvinner som er mellom 25-65 år og bosatt i Oslo. Allikevel tenker jeg at det å lytte til enkeltpersonenes stemme forteller oss noe som er viktig. Kvinnene snakker ikke bare om seg selv, det de sier og formidler også angår mange andre i deres miljø. Så blir det opp til det enkelte helsepersonell å vurdere hvordan denne kunnskapen kan anvendes og implementeres.

Litteraturliste

Aakervik, G. (2000) *Innvandring, helse og mat. Kunnskapsutvikling om endringer i helse ved migrasjon*. Oslo: Almanter Forlag.

Abebe, D.S (2010) *Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A research review*. (NAKMI report 2/2010). Hentet fra:

<https://www.nakmi.no/publikasjoner/dokumenter/Public-Health-Challenges-of-Immigrants-in-Norway-nakmireport-2-2010.pdf> Lest: 10.08.2017

Aksnes, M. (2010) Hva er identitet? Kommunikasjon og kultur Hentet fra: <https://ndla.no/nb/node/65720?fag=6118> Lest 24.09.2017

Befring, E. (2007) *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Samlaget forlaget

Bengtsson, J. (2006) En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologisk bidrag*. Høgskoleforlaget.

Berger, P. L. & Luckmann, T. (2009), *Den samfunnskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Brunvand, L., Haug, E. (1993) *Vitamin D deficiency amongst Pakistani women in Oslo*.

Hentet fra: http://www.readcube.com/articles/10.3109/00016349309068035?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED Lest 06.01.2018

Burr, V. (2003), *Social constructionism*. (2. utg). London: Routledge.

Dawes, T. (2006) *Socio-cultural perceptions and practices of dietary choices with focus on fat intake in middle aged Pakistani women in Oslo- a qualitative study*. Materoppgave. Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultetet. Universitetet i Oslo. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30122/TwinklexDawes.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Lest: 16.11.2016

Drageset, S. og Ellingsen, S. (2011) Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju> Lest 16.03.2018

Eriksen, T.H & Sørheim, T.A (2009) *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. (4.utg.) Gyldendal Akademisk. Oslo.

Eriksen, T.H & Sørheim, T.A (1994) I: Aakervik, G. (2000) *Innvandring, helse og mat. Kunnskapsutvikling om endringer i helse ved migrasjon*. Oslo: Almanter Forlag.

Erstad, I. (2015) *Here, now and into the future: Child rearing among Norwegian-Pakistani mothers in a diverse borough in Oslo, Norway*. Doktorgradsavhandling. Sosialantropologisk institutt. Samfunnsvitenskapelig fakultet. Universitet i Oslo. Hentet fra: https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/50187/Erstad_phd%20materie.pdf?sequence=1&isAllowed=y Lest 14.02.2017

Fangen, K. (2010) *Deltagende observasjon*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Garnaas, M. T. (2012) *Kake er alltid halal. Om kommunikasjon av sunnhet på en voksenopplæring i Groruddalen*. Masteroppgave. Sosialantropologisk institutt. Samfunnsvitenskapelig fakultet. Universitet i Oslo. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/16243/rettetversjon-Garnaas-master.pdf?sequence=2> Lest 26.10.2017

Garnweidner, L. M., Terragni, L., Pettersen, K. S og Mosdøl, A. (2012): Perceptions of the host country's food culture among female immigrants from Africa and Asia: Aspects relevant for cultural sensitivity in nutrition communication. *Journal of Nutrition Education and Behavior* (sammendrag) Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22306469> Lest 17.03.2018

Garnweidner, L, H (2013) *Promoting a healthy diet in antenatal care. Qualitative studies of barriers to nutrition communication among women of different ethnic backgrounds in the Oslo Area*. Doktorgradsavhandling. Det medisinske fakultet. Universitet i Oslo.

Geertz, C. (1983) I: Leseth, A.B & Tellmann, S.M. (2014) *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen AS.

Geertz, C. (1973). Religion as a cultural system. I C. Geertz (red). *The interpretation of cultures: selected essays* (s. 87-125). Basic books: New York. Hentet fra: https://monoskop.org/images/5/54/Geertz_Clifford_The_Interpretation_of_Cultures_Selected_Essays.pdf Lest 29.11.2017

Gergen, K. J. (2011), *En invitation til social konstruktion*. (2. utg). København: Mindspace.

Gjernes, T. (2004) Helsemodeller og forebyggende helsearbeid (artikkel) Hentet fra: <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Helsemodeller-og-forebyggende-helsearbeid/> Lest 13.02.2018

Gjernes, T. (2003) *Helseopplysning og motstrategier. En studie av hvordan helseinformasjon blir mottatt av forskjellige grupper av kvinner*. Doktorgradsavhandling. Sosiologisk institutt. Universitetet i Bergen.

Glasser, G. (2002) I: Tjora, A. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget.

Halvorsen, K. (2003) *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Helman, C, G. (2007) *Culture, Health and Illness*. (5 utg), Forlag: Hodder Arnold.

Helsedirektoratet (2007) *Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/431/Retningslinjer-for-mat-og-maltider-i-barnehagen-IS-1484.pdf> Lest 23.03.2018

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelse- tjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/389/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf> Lest 24.03.2018

Helsedirektoratet (2016) *Kostråd fra Helsedirektoratet*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/kostrad-fra-helsedirektoratet#2.-ha-en-god-balanse-mellom-hvor-mye-energi-du-far-i-deg-gjennom-mat-og-drikke,-og-hvor-mye-du-forbruker-gjennom-aktivitet.-> Lest: 24.09.2017

Helsedirektoratet (2018) *Barnehage- mat, måltider, kosthold. Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/barnehage-mat-maltider-kosthold#retningslinjer-for-mat-og-maltider-i-barnehagen> Lest 23.03.2018.

Høydahl, E. (2013): *Innvandrerens bosettingsmønster. Innvandrere i bygd og by*. Hentet fra: https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/109961?_ts=13e4015a728 Lest: 22.08.2016

IdealMuslimah (2016) *The meaning of Dhikr*. Hentet fra: <http://idealmuslimah.com/58-spirituality/remembrance/358-the-meaning-of-dhikr.html> Lest 21.09.2017

Indseth, T. (2017) *Innvandring til Norge (NAKMI)*. Oslo Universitetssykehus. Hentet fra: <http://www.nakmi.no/om/ansatte/charlott-nordstrom/kursmaterieell/dag-1-innforing-i-migrasjon-og-helse-nakmi-23-02-2017.pdf> Lest 03.01.2018

Indseth, T., Bregård, I.M. (2017) *Likeverdige helsetjeneste. Hvilke barrierer kan pasienten møte i helsevesenet?* (NAKMI) Oslo Universitetssykehus. Hentet fra:

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Folkehelse/Likeverdige%20helsetjenester%20-%20hvilke%20barrierer%20kan%20pasienten%20møte%20i%20helsevesenet,%20Thor%20Indseth%20og%20Ida%20Marie%20Bregård,%20NAKMI.pdf> Lest: 30.02.2018

Jenum, A.K, Holme, I og Birkeland, K. (2005). Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in urban Western society: Implications for prevention. *Diabetologia*. 48 (3): 435-439.

Johannessen (2010) I: Johannesen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg).Oslo. Abstrakt forlag.

Kjøllestad, M.R., Hjellset, V.T., Bjørge, B., Ottesen, G.H. og Wandel, M. (2010) Barriers to healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted interventions. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol 38: 52-59.

Hentet fra: http://sjp.sagepub.com/content/38/5_suppl/52.full.pdf+html Lest: 08.08.2016

Khan, M (2009) *Tilbakeblikk- Da pakistanerne kom til Norge*. Pax Forlag.

Kigen, K.M.H., Kjøllestad, M.R., Hjellset, V.T., Bjørge, B., Ottesen, G.H. og Wandel, M. (2012) Maintenance of changes in food intake and motivation for healthy eating among Norwegian-Pakistani women practicing in a culturally adapted intervention. *Public Health Nutrition*. Vol 16: 113-122.

Koçtürk Runefors T. (1991) A model for adaption to a new food pattern: the case of immigrants. I: Fürst EL, Prättälä R, Eckstöm M, Holm L, Kjærnes U (red.). *Palatable Worlds; Socio-cultural Food Studies*. Oslo: Solum. 85-192.

Kristoffersen, K. (2006) *Helsens sammenhenger: helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Kumar, B. (2010). Migrasjon, etnisitet og helse. I B. Viken & B. N. Kumar (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 27-58). Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg). Oslo. Gyldendal Akademisk.

Larsen, B.I (2009) *Migrasjon og helse - utfordringer og utviklingstrekk*. (Helsedirektoratets rapport) Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/696/Utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk-IS-1663.pdf>
Lest 26.10.2017

Lovdata (2015) *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31> Lest 13.02.2017

Magelssen, R. (2002) *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene*. Forlag Akribe.

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Marcussen, M (1973) *Helbredende urter - deres virkning, sammensætning og anvendelse*. (13. utg.) Allerød: Forlaget Ny tid og vi.

Matopedia (2018). *Mat og identitet*. Hentet fra: <https://www.matopedia.no/elevboker/ungdomstrinnet/leksjon-20-mat-og-identitet/#identitetogmat> Lest: 23.04.2018

Moen, B (2011) "Det står i Koranen": Familieforpliktelse overfor eldre i pakistanske familier. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*. Hentet fra sammendrag: <https://www.idunn.no/nat/2011/01/art01> Lest 26.03.2018

Moen, B (1993) I: Eriksen, T.H., Sørheim, T.A (2009) *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. 4.utg. Gyldendal Akademisk.

Morrison, J. (1996) *Boken om Ayurveda: en veiledning til personlig velbefinnende*. Oslo Gyldendal. Hentet fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/78888e9e7378e7ec8cc57a421755d878.nbdigital?lang=no#0> Lest: 26.10.2017

Mæland, J. G. (2009) *Hva er helse?* Universitetsforlaget.

Nasir, A. (2017) *Kunsten av å være pakkis*. Oslo: Kolofon forlag

Olsen, T.M, Wandel, M. (2005) Changes in food habits among Pakistani immigrant women in Oslo, Norway. *Ethnicity & Health*. Vol 10: 311-339.

Ottesen, G.H. (2009) Endringer i kostvaner etter migrasjon blant pakistansk fødte innvandrere i Oslo. *Medisinens Randsoner*. Vol 6: 445-452.

Hentet fra: http://michaelquarterly.no/index.php?seks_id=77580&a=1 Lest: 08.08.2016

Postholm, M.B. (2005) Kvalitativ metode generelt og tre tilnærminger spesielt. *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Samulesson, J (2001) *Islamisk medicin*. Studentlitteratur AS.

Sander, K. (2017) *Kultur*. (estudie). Hentet fra: <https://estudie.no/kultur-sub-kultur/> Lest 12.02.2018

Satia-Abouta, J., Patterson, R. E., Neuhouser, M. L. & Elder, J. (2002). Dietary acculturation: Applications to nutrition research and dietetics. *Journal Of The American Dietetic Association*, 102(8), 1105-1118.

Satia-Abouta, J. (2003) *Dietary Acculturation: Definition, Process, Assessment and Implications*. Hentet fra: <https://pdfs.semanticscholar.org/f27d/6b1251ccd68eaf504d1be8-faac924f848c8c.pdf> Lest 23.08.2016

Statistisk sentralbyrå (2014): Folkemengde ved inngangen og utgangen av året. Hentet fra: <http://www.ssb.no/202757/folkemengde-ved-inngangen-og-utgangen-av-året-og-endingene-i-løpet-av-året.innvandringskategori-og-landbakgrunn>. Lest: 24.08.2016.

Statistisk sentralbyrå (2016): Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Hentet fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>. Lest: 24.08.2016.

Store norske leksikon (2018). *Fatalisme*. Hentet fra: <https://snl.no/fatalisme> Lest: 08.03.2018

Store norske leksikon (2018). *Allah*. Hentet fra: <https://snl.no/Allah> Lest: 08.03.2018

Svenaesus, F. (2005) Fenomenologi: med livsverden som grunnlag. *Sykdommens mening- og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal.

Svenaesus, F. (2005) Sykdommen: den hjemløse tilværelsen. *Sykdommens mening- og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal.

Sverre, B.L. (2016) *Migrasjon og helse. En etnografisk studie av eldre pakistanske kvinner i det norske samfunnet*. Doktorgradsavhandling. Avdeling for helsefag. Det medisinske fakultet. Universitet i Oslo.

Thagaard, M (2003) *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitativ metode*. (2 utg), Fagbokforlaget.

Thorbjørnsrud, B. (2009) Kulturelle fortolkningsrammer I: Brodtkorb, E., Rugkåsa, M. (2009) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse og sosialprofesjonene*. 2.utg. Gyldendal akademisk.

Tjora, A (2012) *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tjora, A (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Tjora, A (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Wandel, M & Ottesen, G.H. (2012) Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food & Nutrition Research*. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492807/> Lest: 09.08.2016

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om intervju deltagelse i forbindelse med en masteroppgave

Bakgrunn og tema for studien

Jeg er masterstudent i interdisiplinær helseforskning ved Universitetet i Oslo og skriver nå den avsluttende masteroppgaven. Tema for oppgaven min er *Kostholdserfaringer hos norsk-pakistanske kvinner*. Mer konkret ønsker jeg å undersøke hvilke kostholdsrelaterte erfaringer og utfordringer pakistanske kvinner har etter migrasjon til Norge.

Kriterier til deltagere

- Kvinne fra Pakistan i aldersgruppen 25-65 år.
- Kommet til Norge i voksen alder.
- Yrkesaktiv eller hjemmearbeidende.
- Har **aldri** blitt intervjuet før, eller vært en del av forskningsstudie tidligere.
- Må kunne snakke enten norsk, urdu eller engelsk.
- Praktiserer islam eller kristendom.

Intervjusituasjonen

Jeg vil gjøre intervjuer med fem kvinner. Temaer for intervjuet vil være informantenes erfaringer om endring av kosthold etter flytting til Norge. Spørsmål i intervjuet vil dreie seg om informantenes tanker, meninger, opplevelser og erfaringer knyttet til deres kosthold. Intervjuet vil ta omtrent 60 til 90 minutter, og kan foregå på urdu hvis informanten ønsker det. Under intervjuet får også informanten mulighet til å bringe inn temaer hun synes er viktige. Intervjuet vil bli tatt opp på en diktafon som skal bli transkribert og slettet umiddelbart etter transkribering. Den transkriberte teksten vil bli slettet etter endt masteroppgaven, senest ved utgangen av 2017. Informanten kan velge intervjustedet selv.

Hva innebærer deltagelsen i denne studien?

Det er frivillig å delta i studien og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil all innsamlede data om deg bli slettet. Som forsker er jeg underlagt taushetsplikt i forhold til den informasjonen jeg mottar. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Jeg ønsker å bidra med viktig kunnskap innen feltet, og er dermed avhengig av dine erfaringer og opplevelser. Ved å delta på en slik kvalitativ studie vil dine erfaringer bli til nyttig kunnskap som vil kunne få betydning. Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du kan sende meg en sms eller en e-post med ditt navn og telefonnummer slik at jeg kan komme i kontakt med deg. Kjenner du noen andre som oppfyller overnevnte kriterier og du tenker kunne ha lyst å være med på intervjuet, kan du gjerne gi dem telefonnummeret mitt eller e-post adressen min.

Følg fri til å ta kontakt med meg på [90 66 64 33](tel:90666433), eller sende en e-post til r.a.seth@studmed.uio.no eller rima_annie@hotmail.com, hvis det er noe du lurer på. Du kan også ta kontakt med min prosjektleder Torunn Arntsen Sajjad på t.a.sajjad@medisin.uio.no for spørsmål.

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

Med vennlig hilsen

Rima Annie Seth

Masterstudent ved Universitetet i Oslo.

Adresse:

Psykologisk institutt,

Harald Schjelderups Hus

Forskningsveien 3A

0373 Oslo.

SAMTYKKE

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet *Kostholdserfaringer hos norsk-pakistanske kvinner*, og er villig til å delta i intervjuet.

Dato:

Underskrift:

Vedlegg 2: Informasjonsskriv på urdu

میرا نام ریمّا ہے اور میں ماسٹر کر رہی ہوں۔ میں صحت کے بارے میں تحقیق کر رہی ہوں۔ میں اپنے ماسٹر کا مقالہ لکھ رہی ہوں، جو ناروے میں مقیم پاکستانی خواتین کے کھانے کے تجربات اور عادت کے بارے میں ہے۔

مجھے اپنے اس پروجیکٹ کو کرنے کے لیے آپکی مدد کی ضرورت ہے۔ میں آپکا انٹرویو کرنا چاہتی ہوں۔ اس پروجیکٹ میں آپ کا نام ظاہر نہیں ہو گا۔ میرے سوالات آپکے کھانے اور طرز زندگی میں آنے والی تبدیلیوں کے بارے میں ہوں گے، جو کے ناروے منتقل ہونے کے بعد ہوئی ہیں۔ اس انٹرویو کے ذریعے میں آپکے تجربات کو تحریر کرنا چاہتی ہوں۔ اپنے مقالہ کے لیے آپ سے ملی ہوئی تمام ذاتی معلومات گمنام رہے گی (نام اور پتہ) آپکا انٹرویو ریکارڈ کیا جائے گا، جو پروجیکٹ کے ختم ہونے پر خارج کر دیا جائے گا، کے آخر میں 2017

انٹرویو میں حصہ لینے کے لیے آپکی 25 سے 65 کے درمیان عمر ہونی چاہیے اور آپ 18 سال کی عمر کے بعد ناروے آئی ہو، مثل شادی کے بعد۔ میری تحقیق کا حصہ بننے کے لیے آپہ پہلے ناروے میں کسی انٹرویو میں حصہ نہ لیا ہو۔

آپکو نارویجن یا اردو بولنی آنی چاہیے اور آپ مسلمان یا عیسائی ہو۔

انٹرویو کے لیے مجھے 5 خواتین کی ضرورت ہے۔ انٹرویو تقریباً ڈیڑھ گھنٹے کا ہو گا، جو میں ریکارڈ کرو گی۔ انٹرویو کرنے کے لیے میں آپکے گھر آؤ گی، جس وقت آپکو مناسب لگے۔ اس انٹرویو میں آپ حصہ اپنی مرضی سے لے سکتی ہیں اور کسی بھی وقت انٹرویو چھوڑ سکتی ہیں، بغیر کوئی وجہ بتانے۔

اگر آپ انٹرویو چھوڑتی ہے تو آپکا تمام انٹرویو اور آپکی دی ہوئی تمام معلومات خارج کر دی جائے گی۔

ماسٹر کے طالباء کو رازداری رکھی ہوئی ہے۔ آپ سے ملی ہوئی تمام معلومات کا ذکر کسی سے بھی نہیں کیا جائے گا، آپ کا نام، پتہ اور تمام معلومات کسی کو بھی ظاہر نہیں ہو گی۔

اگر آپ میرے مطالعہ میں حصہ لینا چاہتی ہیں یا کسی کو جاننی ہیں جو حصہ لے سکتا ہے تو میرے نمبر 90666433 یا مجھے میل بھیج کر رابطہ کریں۔

t.a.seth@studmed.uio.no / rimsa_annie@hotmail.com

شکریہ

Vedlegg 3: Intervjuguide

Bakgrunnsopplysninger som navn, alder og botid i Norge.

- Erfaringer og opplevelser knyttet til migrasjon og flytting.
- Utfordringer etter flytting med hensyn til mat og kosthold. Evt. andre utfordringer.
- “Kosthold”.
- Endringer i livsstil etter migrasjon med hensyn til ernæring og kosthold.
- Mest utfordrende å forholde seg til etter at endringen som har fremkommet.
- Beskrivelse av hvordan et måltid tilberedes hjemme, enten pakistansk eller norsk.
- Tilberedning av tradisjonelle pakistanske retter hjemme.
- “Norsk mat”.
- “Sunt kosthold” ifra hjemlandet og i Norge.
- Sunnhet og samspill i familiene.
- Barn og kosthold.
- “Helse” på individ og samfunnsnivå.
- “Livsstilssykdommer”
- Informasjonskilder og ressurspersoner med hensyn til kosthold og helse.
- Kostholdsråd som opptrer i mediene og fra helsevesenet.

ANDRE KOMMENTARER/TEMAER

Vedlegg 4: NSD godkjenning



Torunn Arntsen Sajjad
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 27.10.2016

Vår ref: 50317 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>50317</i>	<i>Kostholderfaringer hos Norsk-Pakistanske kvinner</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Torunn Arntsen Sajjad</i>
<i>Student</i>	<i>Rima Annie Seth</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldepikt/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, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved MSC's rutiner for elektronisk godkjenning