

Marit S. Skeie, Sima Rafey og Kristin S. Klock

Kosthold hos førskolebarn med mødre av henholdsvis norsk bakgrunn og asiatisk innvandrerbakgrunn i Oslo 2002

Undersøkelsens hensikt var a) å fremskaffe opplysninger om kostholdsvaner blant 3- og 5-åringer med asiatisk innvandringsbakgrunn som kan ha betydning for generell og oral helse og b) beskrive eventuelle forskjeller i kostholdsvaner mellom 3- og 5-åringer med asiatisk og norsk bakgrunn. Material og metode: Denne undersøkelsen var en del av SMÅTANN-undersøkelsen i 2002, men her inngikk kun 3- og 5-åringer med enten norsk mor (N-gruppe, n= 616) eller med mor av asiatisk opprinnelse (A-gruppe, n= 45). Datamaterialet gjaldt barns kostholdsvaner; type mat/drikke konsumert og mat- og drikkemønster. Resultat: Barn i A-gruppen inntok hyppigere mer sukkerholdige, muligens også mer fettrike mat-/drikkevarer og hadde oftere inntak av slik mat/drikke mellom måltidene enn N-barna. Enkelte forskjeller avdekket i kostholdsvaner mellom gruppene, hadde sammenheng med forskjellen i utdanningsnivået til foreldrene. Av foreldrene i A-gruppen opplyste 28,9% (13/45) at de tilførte sukker i barnas drikke og 26,7% (12/45) at barna fikk melk med til sengs. Brusforbruket og inntak av godterier, sjokolade og kjeks var høyt både i A- og N-gruppen. Konklusjon: Begge gruppene barn hadde et forbedringspotensial med tanke på kostholdsvaner, men spesielt barna fra A-gruppen. Studien avdekker et behov for forskning med fokus på det multikulturelle aspektet ved ernæring.

Kostholdsvaner blir grunnlagt i tidlige barneår (1, 2) og er prisgitt foreldrenes valg. Sunne kostvaner beskytter mot sykkelighet og dødelighet senere i livet (3). Av den grunn er barn og ungdom en viktig målgruppe i det sunnhetsfremmende kostholdsarbeidet (4). I nyere tid

har kostvanene i Norden endret seg. En del av disse endringer har vist seg å være spesielt ugunstige for kostrelaterte tilstander/sykdommer så som overvekt, diabetes, dentale erosjoner og karies (5).

Enkelte innvandrergrupper i Norge har større ernæringsrelaterte helseproblemer enn gjennomsnittet i befolkningen. Alvorlig jern- og D-vitaminmangel blant innvandrerbarn er rapportert (6, 7), og høyere forekomst av rakitt er funnet blant barn med innvandrer- enn med norsk bakgrunn (6). Selv om fedme i forbindelse med økt sukkerinntak er påvist blant norske barn fra 4-årsalder (8), er overvekt og fedme mer utbredt blant innvandrerbarn (9). En studie i Norge fra 2004 til 2007 konkluderte med at i gruppen med overvekt og fedme, forekom «Metabolsk syndrom» (MS) hyppigere hos barn og unge med innvandrerbakgrunn fra Midtøsten og Sør-Asia. De var også mer sårbare for opphopning av MS med en økt tendens til fedmeutvikling (10). Det har lenge vært kjent at forekomsten av diabetes er høy blant asiater (11) og at behandlingen av sykdommen ofte støter på kulturelle barrierer (12). Etniske gruppeforskjeller hos barn og unge med hensyn til å utvikle overvekt, fedme, diabetes og senere i livet risiko for hjerte-karsykdommer, er også dokumentert i andre land. En studie i England viser at asiatiske barn i større grad enn de engelske er i faresonen (13, 14).

Hovedbudskap

- Studien avdekker at både barn fra A- og N-gruppen, 3 og 5 år gamle, hadde et forbedringspotensial med tanke på kostholdsvaner, men spesielt barn fra A-gruppen
- Enkelte forskjeller i kostholdsvaner mellom gruppene hadde sammenheng med foreldrenes utdanningsnivå
- For at helsepersonell skal kunne gi målrettet kostholdsråd til barn som er bosatt i Norge med asiatisk innvandrerbakgrunn, bør forskningen i feltet ernæring fokusere på deres kulturbakgrunn og på hvordan de tilpasser kostholdsvanene sine til norske forhold

Forfattere

Marit S. Skeie, førsteamanuensis. Institutt for klinisk odontologi – pedodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Sima Rafey, tannlege. Fyllingsdalen

Kristin S. Klock, professor. Institutt for klinisk odontologi – samfunnsodontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Ernæringsproblemer og et ugunstig kosthold har også konsekvenser for orale helse. Det er veldokumentert at spesielt blant barn med minoritetsbakgrunn, har kostvaner betydning for utvikling av småbarnkaries (Early Childhood Caries, ECC) (15). Flere forskere har påpekt at asiatiske innvandrerbarn er utsatt for en høy kariesforekomst (16–19). Derimot er lite litteratur tilgjengelig når det gjelder forekomst av dental erosjon blant barn med asiatisk innvandrerbakgrunn (20).

Selv om innvandrerbefolkningen i Norge er svært heterogen, har den migrasjonsprosessen felles; etableringen i et nytt land med annen kultur og fremmed språk. Ikke sjelden medfører det endringer i kosthold, fysisk aktivitet og helse (21, 22). Også måltidsmønsteret blir påvirket av det som gjelder i det samfunn de flytter til (22).

Ifølge Statistisk sentralbyrå utgjorde innvandrere 11,4% av befolkningen per 01.01.2010. Størst har veksten vært i Oslo hvor 27% av befolkningen nå har innvandrerbakgrunn (23). Den største innvandrergruppen kommer fra Asia med majoriteten fra Pakistan, og den er samtidig den gruppen som har bodd lengst i Norge. Derfor er den asiatiske innvandrerpopulasjonen ofte undersøkt med tanke på helseforskjeller i forhold til norske barn.

Denne utviklingen i befolkningssammensetningen tilsier at kostholdsveiledning i dag må tilpasses individuelle forutsetninger, så som individets kultur og språkbakgrunn (24). Helsesøstre har gitt uttrykk for at dette arbeidet oppleves vanskelig (25), noe som delvis kan skyldes språkproblemer, men også mangel på kulturtilpasset kommunikasjon. Kostholdsinformasjon basert på den typiske norske maten kan oppfattes provoserende for mottakeren (26).

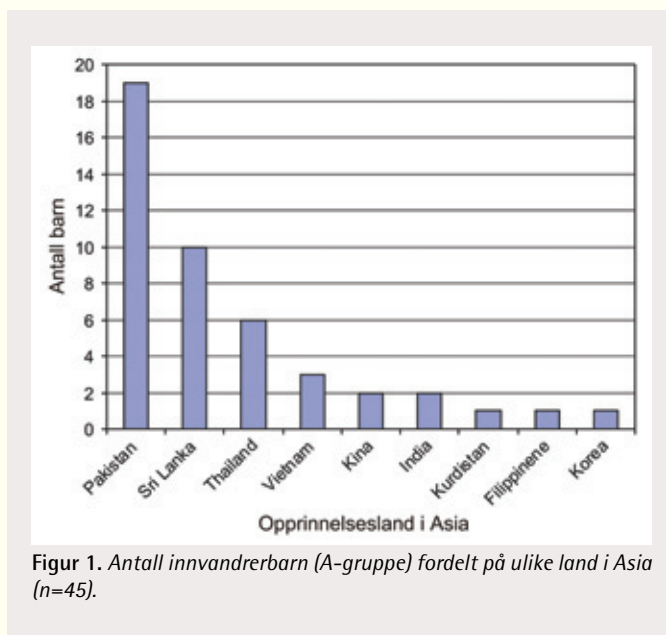
Et sentralt mål i helsefremmende og forebyggende arbeid er å sette folk i stand til både å ta vare på og forberede helsen. Det er derfor avgjørende at helsepersonell skaffer seg kunnskap om innvandrems egne matvaner og kosthold (26).

Målet med denne studien er:

1. Å fremskaffe opplysninger om helserelevante kostholdsvaner blant 3- og 5-åringer med asiatisk innvandringsbakgrunn
2. Å beskrive eventuelle forskjeller i kostholdsvaner mellom 3- og 5-åringer med asiatisk og norsk bakgrunn – hvilke mat- og drikkevarer som inntas, hyppighet av inntak og om inntaket skjer *til* eller *mellom* måltider, evt. *til sengs*.

Materiale og metode

Denne studien er basert på de kostholdsdata som ble innsamlet i SMÅTANN-undersøkelsen (3- og 5-åringer), som foregikk på 7 ulike klinikker ved Tannhelsetjenesten Oslo KF i 2002 (27). Fremmøtetreprosent hos vestlige og ikke-vestlige barn i den opprinnelige studien var henholdsvis 84,9% og 62,3%. I denne studien inngår kun barn som enten hadde norsk mor (N-gruppe) eller mor med asiatisk bakgrunn (A-gruppe). I definisjonen av asiatisk land inngikk ikke Midt-Østen (Figur 1) (28). Den del av det standardiserte spørreskjemaet (Del C) som ble brukt, begrenset seg til kartleggingsspørsmål angående kostholdsvaner (type mat/drikke og inntaksmønstre). I dette spørreskjemaet var Del A-E utarbeidet av en internasjonal gruppe (29) for bruk i flere ulike land, mens Del F var tilpasset norske forhold. Ved utfylling av spørreskjemaet fikk alle asiatiske respondenter tilbud om tolketjeneste.



Figur 1. Antall innvandrerbarn (A-gruppe) fordelt på ulike land i Asia (n=45).

SMÅTANN-undersøkelsen i 2002 (27) hadde godkjenning fra Etisk komité og Datatilsynet. Foreldrene fikk informasjon om studien, forespørsel om å svare på et spørreskjema og spørsmål om å la barnet delta i klinisk undersøkelse. For å sikre varierende sosio-økonomisk status og innvandrerbakgrunn, ble barna valgt fra flere klinikker, mens utvalget på klinikknivå var tilfeldig.

Variabler brukt i analyse

«Foreldres utdanningsnivå» ble delt inn i tre kategorier. Ved «Høyt utdanningsnivå» hadde begge foreldre høyskole, universitet eller tilsvarende utdanning. Hadde én av foreldrene utdanning fra høyskole, universitet eller tilsvarende utdanning, eller begge foreldre hadde gymnas/videregående, ble foreldrene kategorisert i «Middels utdanningsnivå». Øvrige foreldre ble klassifisert i gruppen «Lavt utdanningsnivå». Foreldrene ble bedt om å krysse ut følgende alternativer for inntak av mat/drikke til og mellom måltid: 1: flere ganger daglig; 2: 1 gang daglig; 3: 3–6 ganger i uken; 4: 1–2 ganger i uken; 5: sjelden eller aldri. Statistisk signifikanstesting var basert på denne inndelingen. Enkelte kostholds-/drikke-variabler ble omkodet til en todeling av variabelen og brukt som avhengige dikotome variabler i regresjonsanalyser. Grunnen til det var at enkelte kostholdsvaner var utbredt blant både norske og asiatiske barn og at det var interessant å undersøke hvorvidt andre uavhengige variabler enn mors innvandringsbakgrunn hadde betydning. «Brusdriking», «Drikk av sjokolademelk», «Potetgull/andre snacks», «Godteri» og «Kjeks», alle inntak *mellom* ordinære måltider, ble dikotomisert som sjelden/aldri eller 1–2 ganger i uken [=0], eller ofte som innebar flere ganger daglig, 1 gang daglig og 3–6 ganger i uken [=1]. Når det gjaldt spørsmålet *til* måltider ble kun «Sjokoladepålegg» på brødkive tilsvarende dikotomisert. Uavhengige variabler i regresjonsanalysene var «Alder» (Gruppe 1: 3 år; Gruppe 2: 5 år), «Kjønn» (gutt eller jente), «Foreldres utdanningsnivå» (som tidligere beskrevet) og «Mors fødeland» (Asia/Norge).

Analysene ble foretatt ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS,

Tabell 1. Opplysninger om barn i A-gruppen (mor fra Asia) og barn fra N-gruppen (mor fra Norge) fra tidlige barneår.

		A-gruppe n* (%)	N-gruppe n* (%)	p
Spedbarnsperioden	Ble ammet	20/41 (48,8)	450/612 (73,5)	0,003
	Fikk melk på flaske	5/41 (12,2)	38/612 (6,2)	
	Både ammet og fikk melk på flaske	16/41 (39,0)	124/612 (20,3)	
Introduksjon fast føde	Før 2 mnd	0	1/611 (0,2)	<0,0001
	2–3 mnd	1/40 (2,5)	19/611 (3,1)	
	4–5 mnd	19/40 (47,5)	309/611 (50,6)	
	6–12 mnd	12/40 (30,0)	273/611 (44,7)	
	>12 mnd	4/40 (10,0)	3/611 (0,5)	
	Husker ikke	4/40 (10,0)	6/611 (1,0)	
Mor smakte først på maten		39/42 (92,9)	500/604 (82,8)	0,060
Saft eller melk på flaske etter fylte ett år		35/44 (79,5)	359/656 (54,7)	0,003

*Ikke alle deltakerne svarte på alle spørsmål.

versjon 15.0 (SPSS Inc, Chicago IL, USA). Frekvensfordelinger og de ulike krysstabeller ble testet med χ^2 -kvadrat. Prediktorer (uavhengige variabler) for enkelte kostvaner ble testet ved hjelp av bivarier og multivariat logistiske regresjonsanalyse. Signifikant sammenheng ble målt ved hjelp av Odds Ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (CI). Grensen for statistisk signifikans ble satt til 5 % ($p=0,05$).

Resultat

Totalt deltok 661 barn (A-gruppe: $n=45$, N-gruppe: $n=616$) i studien, bestående av 3-åringer ($n=348$) og 5-åringer ($n=313$).

Demografiske opplysninger etter gruppe

Figur 1 viser hvilken asiatiske bakgrunn barna ($n=45$) hadde. Førtito prosent hadde pakistansk bakgrunn. I begge gruppene var det noen flere gutter enn jenter, men ikke signifikant flere. Flere andre forskjeller mellom gruppene viste derimot statistisk signifikans; Barna i A-gruppen hadde i gjennomsnitt flere søsken enn de i N-gruppen, og foreldrene hadde lavere utdanning. Mens 53,8 % av barna i N-gruppen hadde foreldre der begge hadde høy utdannelse (høyskole, universitet eller tilsvarende), var det 8,9 % av de asiatiske som hadde tilsvarende. Prosentandelen mødre i jobb var også høyere i N-enn i A-gruppen, særlig når det gjaldt heltidsjobb (55,9 % vs 23,3 %). Gjennomsnittsalderen for mødre i de to gruppene var derimot tilnærmet lik. De fleste av de asiatiske mødre (80,0 %) hadde bodd i Norge i mer enn 5 år.

Forskjeller i mat-/drikkevaner og kostholdsmønstre i tidligste barneår

Tabell 1 gir informasjon om ernæring i spedbarnsperioden for barn i A- og N-gruppen. Det var signifikant større andel mødre i A-gruppen som svarte at barnet fikk morsmelkerstatning på flaske eller morsmelkerstatning, kombinert med amming, enn i N-gruppen. Mødrene i A-gruppen opplyste at barna fikk saft/melk på flaske oftere enn barn i N-gruppen etter fylte ett år. Vanen med å smake først på maten før de gav barnet, var utbredt i begge grupper, men mest i A-gruppen.

Matinntak til måltider, inntaksfrekvens

Vel trefjerdedeler (77,8 %) av familiene i A-gruppen og 82,2 % i N-gruppen oppgav at de stort sett spiste middag sammen hver dag. Inntaket av pizza, hamburgere/pølser, fisk, sjokoladepålegg og pasta/ris viste signifikante forskjeller i de to gruppene ($p<0,0001$), med det høyeste inntaket i A-gruppen. For grønnsaker til måltider hadde derimot norske barn høyest inntaksfrekvens ($p=0,034$). Når det gjaldt inntaket av pasta/ris, var forskjellen mellom gruppene størst for daglig inntak. Tretti prosent i A-gruppen krysset av daglig eller flere ganger daglig, mot 4,1 % i N-gruppen. Særlig pizza var hyppig forekommende i A-gruppen; fem av 43 (11,6 %) foreldre som svarte ja på om barna spiste pizza, krysset av flere ganger daglig. Logistiske regresjonsanalyser (multivariate) viste dessuten at A-gruppen hadde størst sannsynlighet for å bruke «Sjokoladepålegg» på brødskiven (OR= 3,5; CI: 1,8–6,2). Tabell 2 angir hvor mange barn som inntok ulike matvarer til måltider samlet for kategoriene 1) flere ganger daglig, 2) 1 gang daglig og 3) 3–6 ganger i uken.

Matinntak mellom måltider, inntaksfrekvens

Det var vesentlig oftere konsum av sukker- og fettholdige matvarer (potetgull/snacks, godteri og kjeks) blant barn i A-gruppen enn i N-gruppen (Tabell 3). Forskjellene mellom gruppene var høysignifi-

Tabell 2. Inntak av ulike matvarer og sukkerholdig pålegg til måltider. Kolonnene angir antall foreldre som har svart ett av alternativene flere ganger daglig, 1 gang daglig eller 3–6 ganger i uken. A-gruppen (mor fra Asia) og N-gruppen (mor fra Norge).

	A-gruppe n* (%)	N-gruppe n* (%)
Hamburgere/Pølser	8/40 (20,0)	16/603 (2,7)
Pizza	10/43 (23,3)	13/597 (2,2)
Sjokoladepålegg på brødskive**	17/41 (41,5)	103/604 (17,1)
Fisk	15/45 (33,3)	109/608 (17,9)
Ris/pasta	26/44 (59,1)	358/653 (54,8)
Grønnsaker	27/42 (64,3)	413/597 (69,2)

* Ikke alle deltakerne svarte på alle spørsmål.

** Type; Nugatti, Sjukade og HaPå

Tabell 3. Inntak av sukker- og fettholdige matvarer mellom måltider. Kolonnene angir antall foreldre som har svart ett av alternativene flere ganger daglig, 1 gang daglig eller 3–6 ganger i uken. A-gruppen (mor fra Asia) og N-gruppen (mor fra Norge).

	A-gruppe n* (%)	N-gruppe n* (%)
Godteri	10/37 (27,0)	48/590 (8,1)
Kjeks	16/38 (42,1)	135/592 (22,8)
Potetgull/ Snacks	10/39 (25,6)	16/616 (12,6)

* Ikke alle deltakerne svarte på alle spørsmål.

kante ($p < 0,0001$). Inntaket av frukt mellom måltider var tilnærmet likt i de to gruppene, mens inntaket av grønnsaker i N-gruppen var som til måltider, noe høyere ($p < 0,005$). Basert på logistiske regresjonsanalyser (multivariate) fant man at barn av foreldre med lav utdanning, hadde størst sannsynlighet for brusdriking (OR: 2,3; CI: 1,7–2,9), spising av potetgull/andre snacks (OR 1,9; CI: 1,5–2,4) og driking av sjokolademelk (OR: 1,6; CI: 1,2–2,0) mellom ordinære måltider. Tabell 3 illustrerer hvor mange barn som inntok matvarer 1) flere ganger daglig, 2) 1 gang daglig og 3) 3–6 ganger i uken mellom måltider

Type drikke til og mellom måltider, eventuelt til sengs, inntaksfrekvens

Brusinntak, saftdriking og inntak av sjokolademelk var høyest blant barn i A-gruppen, både til og mellom måltider (Tabell 4). Driking mellom måltidene viste signifikante gruppeforskjeller (henholdsvis $p < 0,0001$, $p = 0,005$ og $p = 0,003$). Det var også større andel av barn i A-gruppen enn i N-gruppen som hadde med seg melk til sengs ($p < 0,0001$). De asiatiske barna som drakk sjokolademelk, brus eller begge deler (flere ganger daglig, 1 gang daglig og 3–6 ganger i uken) ($n = 38$) til måltid, drakk ofte dette også mellom måltider. Vel 23 % drakk da sjokolademelk, enten en eller flere ganger daglig. Tretten av de 45 asiatiske foreldrene oppga også at de hadde sukker i drikken til barnet. Så mange som 13 barn (28,9 %) fikk søtet teen og 12 barn (26,7 %) melken. I tillegg opplyste 26,7 % (12/45) av foreldrene at barnet ved anledninger hadde fått med seg melk til sengs for å drikke enten i sengen eller etter at han/hun hadde lagt seg. I noen få tilfelle gjaldt det også sjokolademelk. Tabell 4 illustrerer drikkemønsteret til asiatiske og norske barn (flere ganger daglig, 1 gang daglig og 3–6 ganger i uken).

Diskusjon

Denne studien avdekket at førskolebarn har et forbedringspotensial med tanke på kostholdsvaner. Det bør presiseres at undersøkelsen av kostholdsvanene til de asiatiske barna, ikke var en kartlegging av det asiatiske kjøkken. Da åtti prosent av mødrene hadde bodd mer enn 5 år i Norge, var forutsetningen at enkelte kostholdsendringer mot norske kostholdsvaner hadde skjedd (22). Det bør videre presiseres at de kostholdsvaner som denne studien avdekker blant asiatiske førskolebarn, ikke trenger være mer forenelig med sykdomsutvikling enn kostholdsvaner typiske for andre innvandrergrupper. Asiatiske innvandrerbakgrunn inngår imidlertid i kategori-

Tabell 4. Inntak av drikke mellom måltider. Kolonnene angir antall foreldre som har svart ett av alternativene flere ganger daglig, 1 gang daglig eller 3–6 ganger i uken. A-gruppen (mor fra Asia) og N-gruppen (mor fra Norge).

	A-gruppe n* (%)	N-gruppe n* (%)
Brus	6/33 (12,1)	10/559 (1,8)
Saft	23/37 (62,2)	217/568 (38,2)
Sjokolademelk**	7/32 (21,9)	36/558 (6,5)

* Ikke alle deltakerne svarte på alle spørsmål.

** Nesquick, O'boy. 100 gram O'boy original inneholdt i 2002 79,5 gram sukker (varianten med kunstig søtningsstoff var da ikke introdusert).

en ikke-vestlige innvandrere. Inndelingene ikke-vestlig/vestlig ble brukt i den opprinnelige SMÅTANN-undersøkelsen 2002 (30). Funnene derfra viste en markant høyere kariesforekomst og et markant alvorligere kariesbilde hos ikke-vestlige 3- og 5-åringer sammenlignet med jevnaldrende vestlige barn.

Selv om gruppen A-barn i denne studien er forholdsvis liten, gjenspeilet den i stor grad fordelingen innvandrergruppene fra Asia har i Oslo, hvor barn med pakistansk bakgrunn har majoriteten (31). Sammenlignet med norske foreldre hadde foreldrene i A-gruppen et lavere utdanningsnivå, og mødrene jobbet sjeldnere utenom hjemmet. Innen A-gruppen antas variasjonene å være som hos innvandrergrupper for øvrig med hensyn til migrasjonsårsak, etnisitet, sosial status, grad av integrasjon i samfunnet og norsk språkforståelse (6). Det er derfor grunn til å tro at spesifikke funn fra A-gruppen kan gi signaler om tendenser som er karakteristiske for førskolebarn med innvandrerbakgrunn fra Asia og som har oppholdt seg i Norge i flere år, kanskje hele livet.

A- versus N-gruppen- ernæring/vaner i tidlige leveår

At en del asiatiske foreldre søtet ulike typer drikke, også melk, var i samsvar med litteraturen på området. Det var også opplysningen om at de oftere gav barnet tåteflaske etter ett-årsalder enn de norske (16, 32). Ved introduksjon av fast føde, smakte også over 90 % av de asiatiske mødrene selv på maten før de lot barnet spise. Hvis det innebar at mødrene da brukte barnets skje, noe som spørsmålet i studien ikke helt klargjør, vil det være stor sannsynlighet for overføring av orale bakterier (33). I motsetning til en kostundersøkelse blant 4-åringer ved Fjell helsestasjon i Drammen (25), gav de asiatiske mødrene i denne studien ikke barna tilleggs kost tidligere enn hva norske mødre gjorde.

A- versus N-gruppebakgrunn: Matinntak

Mange av kostholdsfunnene i undersøkelsen fulgte tradisjonell oppfatning av det asiatiske kjøkken. For eksempel hadde mange krysset av daglig og flere ganger daglig for pasta/ris, fisk og grønnsaker. Brusforbruket og inntak av godterier, sjokolade og kjeks var derimot høyt både i N- og A-gruppen. Det er ikke overraskende, for Norge har ett av verdens høyeste forbruk i liter sukkerholdig brus per innbygger, et høyt forbruk av godterier og sjokolade (34) og et høyt sukkerforbruk fra tidlig alder (35). En sammenligning av gruppene viste likevel at A-barna hadde det mest sukkerholdige kost-

holdet. Spesielt var forbruket av sjokoladepålegg høyt (Nugatti, Sjakade, HaPå). De tydde også oftere enn de norske til mellommålspsising av de typer sukkerholdige mat/drikke som ble spurt om i spørreskjemaet. Hyppig sukkerinntak blant barn med innvandrerbakgrunn er tidligere rapportert i litteraturen (36, 37). Hyppige inntak mellom måltider av sukkerholdige, klissete og klebrige matvarer er ekstra bekymringsfullt med tanke på kariesutvikling for denne gruppen. En grunn for det kan være sjeldnere tannpuss blant førskolebarn med innvandrerbakgrunn enn i tilsvarende gruppe i majoritetsbefolkningen (37) og dermed redusert fluorbeskyttelse. Det er også forståelig at foreldre i A-gruppen ikke har tilegnet seg tilsvarende tannhelsekunnskap som norske foreldre som har tatt del i Den offentlig tannhelsetjenesten. Således understreker en artikkel om risikofaktorer for ECC blant barn i Sørøst-Asia hvordan foreldres mangel på kunnskaper fremskynder ECC (19).

En undersøkelse av kostholdsendringer blant innvandrerfamilier fra Sør-Asia etter migrasjon til Oslo, har påpekt at mange familier hadde økt sitt fettinntak etter flyttingen (22). Endringer i kosthold er likevel avhengige av hvor mye den enkelte familie holder fast ved sitt opprinnelige kosthold (38) og hvor mye det opprinnelige kostholdet betyr for identitetsdannelsen (39). Samtidig ser mange innvandrere opp til vestlig kultur og etterligner gradvis vestlig levestett og måltidsmønster (21). Denne studien viste at konsumet av brus, sjokolademelk og av potetgull/andre snacks mellom måltidene var sterkere relatert til foreldrenes utdanningsnivå enn til selve kulturgrunn. I A-gruppen alene derimot var det ikke noen forskjell i frekvens på inntak av grønnsaker mellom de barna hvor begge foreldre hadde høy utdanning (n=23) og de resterende (n=23). Årsaken kan være at grønnsaker inngikk som en naturlig del i det asiatiske kostholdet. Det faktum at brus var så vanlig i A-gruppen (brus mellom måltider: mindre enn halvparten svarte sjelden eller aldri) kan skyldes en relativt lav pris og/eller at tidligere erfaring tilsa at brus var tryggest å drikke med hensyn til bakterier. Vann, derimot, kunne representere sykdomsrisiko. Muligens kunne også språkbarrierer hindre effektiv kommunikasjon av kostholdsinformasjon (17). Det er dessuten dokumentert at enkelte innvandrerforeldre synes det er vanskelig å ta helsefremmende råd på alvor før sykdom er synlig (38). Således kan det være problematisk å forestille seg at karies i melketenner på sikt kan medføre dårlig tannhelse.

Metodologiske betraktninger

Det ble gitt tolketilbud for utfylling av spørreskjemaet, men ingen foreldre takket ja, så svarene er prisgitt foreldrenes språkforståelse. I helsesammenheng er det ikke uvanlig at familier reserverer seg mot å bruke profesjonell tolk fordi de føler det ærekrenkende (6). En annen metodologisk begrensning var at denne undersøkelsen i utgangspunktet ikke var ment å være en ernæringsstudie. Spørsmålene var derfor ikke spesifikt tilpasset et levestett med tanke på asiatisk bakgrunn. Det ble heller ikke spurt om hvordan maten var tilberedt eller hva den inneholdt, slik at pizza for eksempel, kunne fremstå både som sunt og usunt. Minnet til foreldrene og tendensen deltakere har til å tekkes de ansvarlige, må også regnes med blant generelle feilkilder i en undersøkelse som denne (40).

Selv om gruppen A-barn i denne studien er forholdsvis liten, gjenspeiler den i stor grad fordelingen innvandrergruppene fra Asia har i Oslo, hvor barn med pakistansk bakgrunn utgjør majoriteten. Likevel bør man være forsiktig med å tolke kostholdsforskjellene mellom A- og N-gruppene som allmenngyldige for disse gruppene førskolebarn i Oslo. Men med støtte i andre undersøkelser er det rimelig å anta at forskjellene i kosthold mellom disse gruppene eksisterer. Undersøkelsen bidrar også med verdifull og tiltrengt informasjon generelt om småbarns kosthold. Til sist avdekker den et behov for mer forskning som vektlegger betydningen av multikulturelle aspekter ved ernæring. Hvis målet er å utvikle tilpasset informasjonsmateriell og anbefalinger for et bedret kosthold, er det nødvendig med ytterligere kunnskaper. I dagens samfunn blir den tradisjonelle kostholdssirkelen basert på bare typisk norske matvarer/drikke for snever. Et forslag er å analysere næringsinnholdet i matvarerepertoaret i ulike innvandrerpopulasjoner, og deretter lage kulturtilpassede kostholdssirkler for sunn og usunn mat.

Implikasjoner

Målet må være å redusere helseforskjeller ved å veilede familier med asiatisk innvandrerbakgrunn som kommer til Norge, til å velge sunne kostholdsalternativer. Det bør unngås at valgene ensidig baserer seg på norske kostholdsvaner. For å nå slike mål kreves det et multidisiplinært samarbeid med vekt på kulturforståelse der ernæring, odontologi, medisin og sosiologi spiller på lag. Mødre med barn som ennå ikke er fylt ett år, bør velges som målgruppe, for det har vist seg at mødre da er spesielt åpne for å motta helseinformasjon (41, 42).

Konklusjon

Barn i A-gruppen inntok hyppigere mer sukkerholdige, muligens også mer fettrike mat- og drikkevarer, og hadde oftere inntak av slik drikke/mat mellom måltidene enn barn uten innvandringsbakgrunn. En tredjedel av foreldrene med asiatisk opphav opplyste at de tilsatte sukker til barnas drikke mens vel en fjerdedel opplyste at barnet fikk melk med til sengs.

Enkelte forskjeller i kostholdsvaner som ble avdekket mellom gruppene, hadde sammenheng med forskjellen i utdanningsnivået til foreldrene.

Inntak av sukkerholdige drikker, godterier, sjokolade og kjeks var høyt, så samtlige barn hadde et forbedringspotensial når det gjelder kostholdsvaner.

Studien avdekker et behov for forskning med vekt på det multikulturelle aspektet ved ernæring.

Takk

Takk til foreldre og barn som deltok i studien, tannpleierne i Tannhelsetjenesten Oslo KF, Norsk Tannvern, Helse og Rehabilitering.

Artikkelen er basert på en omarbeidelse av en integrert masteroppgave/prosjektoppgave i odontologistudiet, år 2008.

English summary

Skeie MS, Rafey S, Klock KS.

Diet among preschool children with mothers, respectively of Norwegian or Asian immigrant background, Oslo 2002

Nor Tannlegeforen Tid 2010; 120: 904–10.

Aims: to a) collect information about dietary habits among 3 and 5-year-old children with Asian background, which might influence general and oral health; b) describe differences in dietary habits between 3- and 5-year-old Norwegian and Asian children.

Material and method: This study was part of the SMÅTANN-study from 2002, but only 3 and 5-year-olds with mothers originating from Norway (N-group, n= 616) or from Asia (A-group, n= 45) were included. The data included information about the children's dietary habits, types of food/or drinks consumed and consumption patterns.

Results: Children in the A-group consumed more frequently sugary, probably also more fatty food/or drinks, than N-group children. They also reported more frequent intake of such food/or drinks between meals. Some of the observed differences in dietary habits between the groups were related to the difference in education level of the parents. Of parents in the A-group, 28.9% (13/45) added sugar to children's drinks and 26.7% (12/45) gave children milk at bedtime. Consumption of mineral water, sweets, chocolate, and biscuits was high in both groups.

Conclusion: Both groups of children had a potential for improving existing dietary habits, especially children of Asian background. The study revealed that research focusing on the multicultural aspect of nutrition is needed.

Referanser

1. Koivisto U, Sjödén P. Changing food habits in children and adolescents. Experiences from intervention studies. *Scan J Nutr/Näringsforskning*. 1997; 41: 102–10.
2. Rossow I, Kjaernes U, Holst D. Patterns of sugar consumption in early childhood. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990; 18: 12–6.
3. Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet*. 1989; 2: 577–80.
4. Helse- og Omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
5. Lingström P, Fjellström C. Så påverkar kostvanor den orala hälsan. Endrade mat- og konsumtionsvanor ur ett nordisk perspektiv. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2008; 118: 14–21.
6. Brunvand L, Brunvatne R. Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2001; 121: 715–8.
7. Wandel M. Iron status and weaning practices among Norwegian and immigrant infants. *Nutr Research*. 1996; 16: 251–5.
8. Øverby N, Lillegaard I, Johansson L, Andersen L. High intake of added sugar among Norwegian children and adolescents. *Public Health Nutr*. 2004; 7: 285–93.
9. Den norske legeforening. Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. ISBN-13 978–82–8070–068–1. Oslo; 2008.
10. Pollestad Kolsgaard M, Frost Andersen L, Tonstad S, Brunborg C, Wangensteen T, Joner G. Ethnic differences in metabolic syndrome among overweight and obese children and adolescents: the Oslo Adiposity Intervention Study. *Acta Paediatr*. 2008; 97: 1557–63.
11. Mather HM, Keen H. The Southall Diabetes Survey: prevalence of

- known diabetes in Asians and Europeans. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985; 291: 1081–4.
12. Frøyshov Larsen I. Diabetes hos ikke-vestlige innvandrere. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2000; 120: 2804–6.
13. Saxena S, Ambler G, Cole TJ, Majeed A. Ethnic group differences in overweight and obese children and young people in England: cross sectional survey. *Arch Dis Child*. 2004; 89: 30–6.
14. Whincup PH, Gilg JA, Papacosta O, Seymour C, Miller GJ, Alberti KG, et al. Early evidence of ethnic differences in cardiovascular risk: cross sectional comparison of British South Asian and white children. *BMJ*. 2002; 324: 635.
15. D Dhawan N, Bedi R. Transcultural oral health care. The oral health of minority ethnic groups in the United Kingdom—a review. *Dent Update*. 2001; 28: 30–4.
16. Prendergast MJ, Williams SA, Curzon ME. An assessment of dental caries prevalence among Gujurati, Pakistani and white Caucasian five-year-old children resident in Dewsbury, West Yorkshire. *Community Dent Health*. 1989; 6: 223–32.
17. Bedi R. Ethnic indicators of dental health for young Asian school-children resident in areas of multiple deprivation. *Br Dent J*. 1989; 166: 331–4.
18. Gray M, Morris AJ, Davies J. The oral health of South Asian five-year-old children in deprived areas of Dudley compared with White children of equal deprivation and fluoridation status. *Community Dent Health*. 2000; 17: 243–5.
19. van Palenstein Helderma WH, Soe W, van 't Hof MA. Risk factors of early childhood caries in a Southeast Asian population. *J Dent Res*. 2006; 85: 85–8.
20. Dugmore CR, Rock WP. The progression of tooth erosion in a cohort of adolescents of mixed ethnicity. *Int J Paediatr Dent*. 2003; 13: 295–303.
21. Koçtürk T. Etniske minoriteters kosthold og helse. *Matkulturers vandring og endringer*. Perspektiv. Tidsskrift om sukker og ernæring. Nr. 1 april 2003.
22. Wandel M, Raberg M, Kumar B, Holmboe-Ottesen G. Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo: the effect of demographic, socio-economic and integration factors. *Appetite*. 2008; 50: 376–85.
23. Statistisk sentralbyrå Norge. Innvandring og innvandrere. <http://www.ssb.no/innvandring/> [lest 3.08.2010].
24. Lov 1999–07–02 nr 63. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> [lest 3.08.2010].
25. Haugen A. Helsesøsters utfordringer i et flerkulturelt samfunn. *Sykepleien* 1997; 15: 58–60.
26. Viken B. På mine eller dine premisser? *Sykepleien* 1998; 4: 54–8.
27. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006; 34: 103–13.
28. Aschehoug's Konversasjonsleksikon. 5. utg; 1972. p. 534.
29. Pine CM, Adair PM, Petersen PE, Douglass C, Burnside G, Nicoll AD et al. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health*. 2004; 21 Suppl 1: 86–95.
30. Skeie MS, Espelid I, Skaare A, Gimmetstad A. Caries patterns in an urban, preschool population in Norway. *Eur J Paediatr Dent*. 2005; 6: 16–22.
31. Henriksen K. Fakta om 18 innvandringsgrupper i Norge. *Rapporter 2007/29*. Statistisk sentralbyrå 2007. ISBN 978–82–537–7221–9.
32. Dykes J, Watt RG, Nazroo J. Socio-economic and ethnic influences on infant feeding practices related to oral health. *Community Dent Health*. 2002; 19: 137–43.
33. Emanuelsson IM. Mutans streptococci – in families and on tooth sites. Studies on the distribution, acquisition and persistence using DNA fingerprinting. *Swed Dent J Suppl*. 2001: 1–66.

34. Berg Henriksen H, Kolset S. Sukker – forbruk, tannhelse og overvekt. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2009; 119: 350–4.
35. Pollestad ML, Øverby NC, Andersen LF, Kosthold blant 4-åring. Landsomfattende kostholdsundersøkelse. Ungkost-2000. Oslo: Institutt for ernæringsforskning UiO; 2002.
36. Grindeffjord M, Dahllöf G, Ekström G, Hojer B, Modeer T. Caries prevalence in 2.5-year-old children. *Caries Res*. 1993; 27: 505–10.
37. Stecksén-Blicks C, Kieri C, Nyman JE, Pilebro C, Borssén E. Caries prevalence and background factors in Swedish 4-year-old children – a 40-year perspective. *Int J Paediatr Dent*. 2008; 18: 317–24.
38. Steen-Jørgensen B. Stora luckor i kunnskapen om invandras hälsa och kost. Perspektiv. Tidsskrift om sukker og ernæring. Nr. 1 april 2003.
39. Holm L. Mad, menneske og måltider – samfundsvidenskabelige perspektiver. København: Munksgaard; 2003.
40. Sjöström O, Holst D. Validity of a questionnaire survey: response patterns in different subgroups and the effect of social desirability. *Acta Odontol Scand*. 2002; 60: 136–40.
41. Riedy CA, Weinstein P, Milgrom P, Bruss M. An ethnographic study for understanding children's oral health in a multicultural community. *Int Dent J*. 2001; 51: 305–12.
42. Kowash MB, Toumba KJ, Curzon ME. Cost-effectiveness of a long-term dental health education program for the prevention of early childhood caries. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2006; 7: 130–5.

*Adresse: Marit Slåttemlid Skeie, Institutt for klinisk odontologi – pedodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Årstadveien 17, 5009 Bergen.
E-post: marit.skeie@iko.uib.no*

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.