

MASTEROPPGAVE

Ernæring, helse- og miljøfag

2007

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.



Olaug Charlotte Tvette



Høgskolen i Akershus
Avdeling for yrkesfaglærerutdanning,
Lillestrøm

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

FORORD.....	2
SAMMENDRAG	4
LISTE OVER FIGURER OG VEDLEGG	6
FORKORTELSER FOR ORGANISASJONER.....	8
1.0 INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 Hvorfor og hvordan bor og lever det Saharawiske folket i flyktningleirene?.....	10
1.3 Ernæringssituasjonen i flyktningleirene	17
1.4 Mulige årsaker til underernæring	22
2.0 HENSIKTEN MED OPPGAVEN	27
3.0 TEMA: OPPLÆRING	28
3.1 Tradisjonelle pedagogiske oppfatninger av læringsbegrepet	28
3.2 Teoretisk tilnærming til utvikling av opplæringsprogram	31
3.3 Opplæring som intervensjon	35
3.4 Etiske vurderinger i opplæringsprogrammet.....	38
4.0 METODE: FOKUSGRUPPE.....	40
4.1 Bruk av metoden fokusgruppe i prosjektet i flyktningleirene i Tindouf, Algerie.....	40
4.1 Bruksområder	40
4.2 Utvalg til fokusgrupper	43
4.3 Teoretisk tilrettelagt gjennomføring av fokusgrupper	44
4.5 Etiske vurderinger ved bruk av fokusgrupper	45
5.0 DEN PLANLAGTE GJENNOMFØRINGEN AV PROSJEKTET	48
5.1 Forberedelser og planlegging	48
5.2 Forskers rolle	50
5.2.1 Fokusgruppene	51
5.2.2 Opplæringen	51
6.0 GJENNOMFØRING OG RESULTAT.....	53
6.1 Fokusgruppene	53
6.2 Opplæringen	58
6.3 Forskerrollen i gjennomføringen.....	63
7.0 DISKUSJON	65
7.1 Tidsplan.....	68
7.2 Gjennomføringen av fokusgruppene	69
7.3 Gjennomføringen av opplæringen.....	74
8.0 KONKLUSJON OG OPPSUMMERING	78
LITTERATURLISTE	81
VEDLEGG	88
Vedlegg 1. Mission Instruction	89
Vedlegg 2. Nutritional survey in the Saharawi camps October 2004	90
Vedlegg 3: UNHCRs årsaksmodell.....	96
Vedlegg 4. Gjennomført tidsplan for feltarbeidet i Tindouf, Algerie.	97
Vedlegg 5. Forslag til innhold i opplæringsplanen i opplæringsprogrammet.....	99

FORORD

Da vi under masterstudiet ved Høgskolen i Akershus (Hiak) skulle velge forskningsområde var jeg meget interessert å reise utenfor Norges grenser og arbeide med ernæringsproblematikk. Etter å ha blitt kjent med samfunnsernæringsfeltet og dets utfordringer, og da spesielt den globale underernæringsproblematikken, så visste jeg klart hva jeg ville arbeide med. Da min faglærer, og etter hvert veileder, høyskolelektor Ingrid Barikmo, introduserte meg for det arbeidet hun gjorde i flyktningleirene i Tindouf, Algerie, og spurte om det ville være interessant for meg å gjøre en studie og i tillegg ha opplæring på helsepersonell i leirene, så var jeg ikke i tvil. Det var dette min masteroppgave skulle bygges på.

Å få arbeide med underernæring og opplæring på samme tid var som en drøm som kom i oppfyllelse. Jeg vil derfor først få takke Hiak for at de gjorde det mulig for meg å kunne gjøre mitt forskningsarbeid, og en stor takk til Ingrid Barikmo for samarbeid og for at hun, gjennom sitt eget arbeid, gav meg denne flotte muligheten. Jeg vil også takke henne for god veiledning, og for oppmuntring og støtte gjennom hele arbeidsprosessen. Det arbeidet hun har gjort, og fortsatt holder på med, gir inspirasjon til at man selv ønsker å arbeide som hjelpearbeider.

Møte med flyktningleirene gjorde på mange måter et sterkt inntrykk på meg, og jeg er svært glad for at jeg fikk ta del i et så meningsfylt arbeid gjennom Kirkens Nødhjelp (KN) (vedlegg 1). Jeg vil derfor rette en stor takk til KN ved Eirik Kirkerud som gav meg muligheten til utføre min studie gjennom å delta i deres arbeid.

Jeg vil likeså få takke helseministeriet, representert ved Alien Salem og M. Fadel, for at de la til rette slik at studiet var praktisk mulig å gjennomføre. En stor og hjertelig takk skal også rettes til Hamudi Moh Salek, representant for Healthy Child, både for hans deltakelse i prosjektet og for all støtte og hjelp på alle områder under oppholdet.

Uten deltakerne ville prosjektet vært umulig å gjennomføre. Jeg vil derfor takke nutrisjonistene og helsearbeiderne i Hagounia, El Aiun, for deres entusiasme og positive deltakelse. En takk må også rettes til helsearbeiderne i Smara for deres deltakelse under gjennomføringen av deler av baselineundersøkelsen.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

En spesiell takk rettes til Sarga for hennes vennskap og hennes arbeid som tolk under fokusgruppene, undersøkelsen og under fremlegget på Coordination Day. Hadde det ikke vært for henne ville arbeidet vært umulig å gjennomføre. En takk rettes også til Molai som tolket under opplæringen.

En takk må også rettes til personellet ved protokoll i El Aiun og ved Weather Haven¹ for at de var med på å gjøre oppholdet til en positiv opplevelse.

Jeg vil også takke min medstudent og gode venninne, Karin Irene Buås, for oppmuntring og støtte under oppholdet og selvfølgelig for et godt samarbeid under arbeidet i feltet.

Jeg vil gi en stor takk til mine nære venner for at de har vist interesse og forståelse for mitt arbeid, og for at de har motivert meg under hele prosessen. En stor og hjertelig takk må rettes spesielt til mine kjære foreldre, mine besteforeldre og bror og svigerinne for deres ustanselige oppmuntring, støtte og positive driv på veien. Tusen takk til mine kjære tre tantebarn; Sine, Sebastian og William, for at de har gitt meg ufattelig mye glede i hverdagen!

Vennesla, 14.02.2007

Olaug Charlotte Tvette

¹ UNHCRs leir for feltarbeidere

SAMMENDRAG

Hovedmålet med arbeidet var å finne ut hvordan man skulle kunne utvikle et opplæringsprogram for å redusere prevalensen av underernæring blant barn i alderen 6-59 måneder i leirene. Det ble arrangert fokusgrupper for å finne ut av hvordan situasjonen var på dette tidspunkt, og ut fra det som kom frem i fokusgruppene, og tidligere undersøkelser gjort i området, ble det laget spørreskjema som ble brukt i en baselineundersøkelse. Basert på utfallet av undersøkelsen, observasjoner gjort under gjennomførelsen og tidligere lignende arbeid, ble det gjennomført opplæring i ernæring og kosthold for helsearbeidere fra en dispenseria i Hagounia, i El Aiun, og nutrisjonistene som allerede har vært gjennom noe ernæringsopplæring.

I fokusgruppene ble mange temaer diskutert, men da spesielt rettet mot det som kunne ha en påvirkning på underernæring hos barn. UNHCRs (United Nations High Commissioner for Refugees) årsaksmodell ble benyttet for å diskutere årsakene for underernæringsproblematikken og på hvilke områder man kunne intervenere for å påvirke og forbedre situasjonen i leirene. Deltakerne var meget engasjerte og entusiastiske, men man la seg også merke ved at kunnskapsnivået innen ernæringslære var lavt bortsett fra hos nutrisjonistene. Imidlertid ga de uttrykk for at de også ønsket mer opplæring av grunnleggende ernæringslære, og gjerne en repetisjon av det de tidligere hadde vært igjennom.

Baselineundersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med deltakerne fra fokusgruppene og i tillegg en gruppe helsearbeidere fra dispenseria i Smara. Gjennom denne prosessen fikk man et inntrykk av den rollen helsearbeiderne og nutrisjonistene hadde i leirene, og man så et tydelig behov for opplæring innen kommunikasjonsferdigheter og veiledningsstrategier.

Opplæringen ble ikke slik man hadde planlagt, men kan likevel sees som vellykket. Det var planlagt praktisk opplæring i barnemating og hvordan man skulle ha omsorg for et barn for å forhindre underernæring. Deltakerne ønsket i stedet opplæring i grunnleggende ernæringslære og mente at de selv kunne få til det praktiske dersom de hadde den grunnleggende teorien. Dette ble tatt til etterretning. Det ble gjennomført opplæring i ernæringslære samtidig som man hadde innslag av praktisk trening da teorien oppfordret til det for å få full forståelse av

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

den. Deltakerne var også her aktive i diskusjoner og svært lærevillige, men man så også her et stort behov for ytterligere opplæring både i henhold til kommunikasjon og veiledning og innenfor ernæringslæren. Dette var gjeldene for både helsearbeiderne og nutrisjonistene.

Ut fra det arbeidet som ble gjort, og de erfaringene man gjorde seg, satt man igjen med et godt grunnlag for å kunne utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring blant barna i leirene.

LISTE OVER FIGURER OG VEDLEGG

Figurer

(Bilder i oppgaven er benyttet med godkjenning av de som er avbildet.)

Figur 1	Western Sahara Atlas Map as of February 2006. UNHCR.	s. 11
Figur 2	Utsnitt av: Western Sahara Atlas Map as of February 2006. UNHCR. Oversikt over de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.	s.13
Figur 3	Husdyr i innhegninger i utkanten av leiren i el Aiun. Foto: Karin Irene Buås.	s. 15
Figur 4	En kamelpasser på vei til beite. Foto: Olaug Charlotte Tvette.	s. 15
Figur 5	Bilde fra Hagounia i El Aiun. I bakgrunnen kan man se KNs vannstasjon. Foto: Karin Irene Buås.	s. 15
Figur 6	Lege og sjefssykepleier på dispenseria i Hagounia, Ajun. Foto: Charlotte Tvette.	s. 17
Figur 7	Her vises prevalensen av wasting og stunting (med HAZ & HWZ < -2) blant barn i alderen 6-59 måneder som er påvist ved undersøkelser som er gjort i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie (CISP,1997), (CISP, 2001), (UNHCR, WFP & UCL, 2002), (Barikmo, 2005).	s. 18
Figur 8	Helsearbeidere i Hagounia målte og veide barna som var med i undersøkelsen (Barikmo, 2005). Foto: Charlotte Tvette 2004.	s. 19
Figur 9	Helsearbeidere i Hagounia målte og veide barna som var med i undersøkelsen (Barikmo, 2005). Foto: Charlotte Tvette 2004.	s. 19
Figur 10	Spiralen viser synergieffekten mellom utilstrekkelig matinntak og infeksjon. En kombinasjon av underernæring, grunnet utilstrekkelig matinntak eller sykdom, og infeksjon fører til enda kraftigere underernæring og kan resultere i dødsfall. Kilde: King & Burgess, 2003.	s. 24

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Figur 11	Den didaktiske relasjonsmodellen	s. 32
Figur 12	MAKVISE; generelle prinsipper for undervisning.	s. 34
Figur 13	Grafisk fremstilling av den planlagte tidsbruken i prosjektet.	s. 49
Figur 14 & 15	Teoretisk og praktisk opplæring I bruk av matvaretabellen. Foto: Olaug Charlotte Tvette.	s. 62
Figur 16 & 17	Kvinner i melfa i flyktningleirene. Foto: Olaug Charlotte Tvette & Karin Irene Buås.	s. 67

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

FORKORTELSER FOR ORGANISASJONER

ASA	American Statistical Assosiation
AU	Den Afrikanske Union
CISP	Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli
ECHO	European Commision Humanitarien Aid Office
FN	Forente Nasjoner
Front Polisario	Frente Popular para la Liberación de Saguía el- Hamra y Río de Oro
Hiak	Høgskolen i Akershus
KN	Kirkens Nødhjelp
MINURSO	United Nations Mission for the Referendum in Western Sahara
NESH	Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora
NGO	Non Govermental Organisation
OAU	Organisasjonen for Afrikansk Enhet
SADR	Saharawi Arabic Democratic Republic
SRC	Saharawiske Røde Halvmåne
UD	Utenriksdepartementet
UNHCR	United Nations High Commisioner for Refugees
WFP	World Food Program

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ved masterstudiet i Ernæring, helse – og miljøfag ved Høgskolen i Akershus (Hiak), ble jeg kjent med Vest-Sahara-konflikten og de ernæringsmessige problemene man kunne finne der. Ingrid Barikmo, lærer og veileder, har siden 1999 arbeidet via Kirkens Nødhjelp (KN) med ernæring i leirene.

Selv er jeg utdannet allmennlærer med fordypning i ernæring og veiledning/rådgivning, og avslutter nå med denne oppgaven ett toårig masterstudium. Interessen for å jobbe ute har vokst de siste årene. Det å tilføre mennesker kunnskap som de kan bruke i sin egen hverdag både som inntekstskilde og som et steg i en selvutviklingsprosess betyr mye; både for en selv som hjelpearbeider og menneske, og selvsagt for de personene det gjelder.

Det å gi mennesker kunnskap, og veilede dem i prosessen slik at de kan gjøre sin egen hverdag bedre, må være den beste måten å hjelpe på. De må selvsagt få tilskudd og det de trenger for å kunne realisere det, og den veiledning de trenger for å kunne få det til å fungere. Det arbeidet KN allerede har begynt på i flyktningleirene i Vest-Sahara er i tråd med denne tankegangen. Dersom dette skal bli en suksess i flyktningleirene så må det en del endringer til, som for eksempel endringer av holdninger og gamle tradisjoner, og det vil ta lang tid, men ett sted må man begynne.

Den spanske organisasjonen Associació Amics del poble Sahauri de Illes Balears driver et eget program for barn ved dispenseriane² som kalles Healthy Child³. De arbeider med vekstmonitoring og vaksinerer. De sørger for at alle barn som er inkludert i Healthy Child-programmet blir vaksinert mot blant annet tuberkulose, meslinger, krusma, kikhoste, hepatitt B, difteri og polio (Niño Sano, 2003). Rådgivning innenfor amming og barnemating er noe som står sterkt på deres agenda. De har også samlinger med mødre hvor de gir opplæring i hvordan de skal lage barnemat med best mulig næringsinnhold. De har et eget hefte (Niño Sano, 2003) som de bruker på samlingene, men all opplæring er kun teoretisk og kvinnene har dessverre ikke tilgang til heftet bortsett fra på møtene. Dette begrunnes med at mange ikke

² helsestasjoner

³ Niño Sano er organisasjonens spanske navn

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

kan lese. Dessuten er det mange som ikke har tilgang til de ingrediensene som skal benyttes i de oppskriftene som blir lest opp (Tvette, 2005). Healthy Child ønsket sterkt å gjøre noe i arbeidet for reduksjonen av underernæringen, og spurte derfor KN og Barikmo om hjelp til å komme videre i arbeidet. Nutrisjonistene som allerede hadde vært gjennom noe ernæringsopplæring ved sykehusene var selvsagt ønskelig å ha med på prosjektet, og disse ville i dette prosjektet jobbe sammen med helsepersonell ved dispenseriane.

Denne oppgaven er basert på feltarbeidet gjort i leirene i oktober og november i 2004 på grunnlag av forespørselen som ble ytret av Healthy Child. Det ble i september 2004 skrevet en prosjektsøknad (Buås & Tvette, 2004) til KN angående dette feltarbeidet som ble godkjent av KN 17. september 2004 (vedlegg 1). Hensikten med arbeidet og avhandlingen er å finne ut av hvordan man kan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i de saharawiske flyktningleirene i Algerie.

Siden denne avhandlingen fokuserer på den delen av prosjektet som vedrører fokusgruppene og opplæringen, så vil ikke baselinestudiet være fremtredene i beskrivelsen av gjennomføringen av prosjektet, diskusjonen og konklusjonen av arbeidet.

1.2 Hvorfor og hvordan bor og lever det Saharawiske folket i flyktningleirene?

Det opprinnelige Vest-Sahara, som nå er okkupert av Marokko, er et fattig ørkenland med grenser mot Atlanterhavet, Marokko, Mauritania og Algerie (figur 1.). Befolkningen var i utgangspunktet berbersktalende nomader som holdt kameler, geiter og sauer.

I dette landet finner man i dag verdens største forekomster av fosfat, og Marokkanerne eksporterer tørrfisk til Kanariøyene. De siste årene har det også vært spekulert i oljeforekomster i dette tørre, karrige landet (SKVS, 2004).

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.



Figur 1. Western Sahara Atlas Map as of February 2006. Kilde: UNHCR, 2006.

Spania etablerte sin kontroll over området i 1880-årene. I 1958 fikk Vest-Sahara status som spansk provins. Den vest-saharawiske frigjøringsbevegelsen, Front Polisario⁴ (Frente Popular para la Liberación de Saguía el-Hamra y Río de Oro), startet sin frigjøringskrig i 1973. Da Spania trakk seg ut i 1976, erklærte organisasjonen seg for selvstendig republikk og dannet en eksilregjering; Saharawi Arabic Democratic Republic (SADR). Imidlertid delte Marokko og Mauritania landet mellom seg i henhold til en avtale de hadde med Spania. Den væpnede motstanden fra Polisariogeriljaen, som ble støttet av Algerie, fikk i 1979 Mauritania til å trekke seg ut av sin del, men som deretter ble okkupert av Marokko (SKVS, 2004).

Vest-Sahara er anerkjent som uavhengig stat av en lang rekke land og har vært medlem av Organisasjonen for Afrikansk Enhet (OAU)⁵, siden 1982. Den væpnede kampen mot Marokko fortsatte inntil september 1991. FN (Forente Nasjoner) startet da sitt arbeid med å få gjennomført en folkeavstemning om områdets fremtidige status, der alternativene var selvstendighet eller innlemmelse i Marokko. Krigen mellom Marokko og Polisario opphørte formelt og begge partene i konflikten sluttet seg til fredsplanen som fastslo at en folkeavstemning skulle finne sted i 1991.

⁴ I denne oppgaven blir Front Polisario referert til som Polisario.

⁵ Fra 2002 kalt Den Afrikanske Union, AU.

I 1997 var det fremdeles ikke fortsatt ingen løsning på konflikten. James Baker ble på dette tidspunkt utnevnt til Kofi Annan, FNs generalsekretær, sin personlige utsending og Baker bekreftet ønske om gjennomføringen av planen fra 1991. Baker la imidlertid frem en alternativ plan (Baker I-planen) i 2001 (Svenske Regering, 2006). Baker mente at den konfliktløsningen FN hadde jobbet ut fra det siste tiåret skulle legges tilside og at en folkeavstemningen med selvbestemmelse til grunn skulle ut av resolusjonen. Derimot foreslo han at flyktningene skulle vende hjem til Vest-Sahara og at landet skulle bli gitt en viss autonomi innenfor grensen til Marokko. Etter 5 år skulle en avstemning holdes. Alle de som var bodd i territoriet det siste året, inkludert bosatte marokkanere, skulle da ha stemmerett. I ettertid har Baker innrømmet at planen var skrevet av marokkanske myndigheter med noen justeringer fortatt av han selv. Denne planen ble behandlet i FNs Sikkerhetsråd tre ganger før den ble forkastet i juli i 2002. Det ble da bestemt at planen fra 1991 hvor Saharwienes rett til selvbestemmelse og folkeavstemning skulle opprettholdes.

I 2003 la Baker frem en ny plan (Baker II-planen) som var en mellomløsning mellom 1991-planen og den avviste planen. Den nye planen (Svenske Regering, 2006) var tilsynelatende lik den første med noen unntak. Ett av unntakene var kravet til deltakelse. Nå kunne alle som hadde bodd i Vest-Sahara fra 31. desember 1999 rett til å avlegge stemme. Avstemningen skulle fortsatt avholdes 4-5 år etter flyktningenes hjemkomst. Denne planen ble støttet av Polisario, men ble avvist av Marokko. I 2004 gikk Baker av og gjennomføringen av Baker II-planen hadde en uviss fremtid. Alvaro de Soto tok over stillingen til Baker i juni 2004 og har fortsatt arbeidet i hans ånd (UN, 2004). Per november 2006 er det nederlenderen, Peter van Walsum, som er Kofi Annans personlige utsending (ARSO, 2005), (Svenske Regering, 2006) og folkeavstemningen ennå ikke kunnet finne sted på grunn av uenighet om stemmerettsreglene. Han har forslått en politisk løsning basert på direkte forhandlinger mellom partene. Dette er imidlertid ikke ønsket fra Polisarios side. Det er store diskusjoner om FNs rolle og dets arbeid i denne saken (UN, 2006). Derfor lever fortsatt ca. 165 000 (UNHCR, 2005) flyktninger fra Vest-Sahara i flyktningleire i Vest-Algerie, og ca. 60 000 saharawiene bor i det okkuperte området. (SKVS, 2004). Imidlertid vil FN, i samarbeid med UNHCR og NGOs forsette sitt arbeid med å finne en politisk løsning (UNHCR, 2006) og gi det saharawiske folket den støtten de trenger (ARSO, 2005).

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.



Figur 2. Utsnitt av: Western Sahara Atlas Map as of February 2006.

Oversikt over de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie. Kilde: UNHCR, 2006.

Leirene ligger i forbindelse til den mest vestliggende Algeriske byen Tindouf (figur 2), men det er nokså store avstander mellom dem. De ble bygget i nærheten av naturlige vannkilder, og avstanden til det administrative senteret i Rabouni og tilgangen på veinettet har også hatt betydning for beliggenheten. Rabouni er det administrative sentrumet for eksilregjeringen; Saharawi Arabic Democratic Republic (SADR). Her finner man Parlamentet, ministeriene, MINURSO⁶-kontor, National Secretaries for Women, Youth and Students og det Saharawiske Røde Kors. I Rabouni finner man også ambulanser, asfalterte veier og hoveddistribusjonssenteret for alt som blir ført inn i området av for eksempel mat og medisiner (Western Sahara Online, 2005).

Det er 4 store leirer (kalt wilaya, spansk for provinser), som er oppkalt etter byer i det okkuperte området; El Aiun, Awserd, Smara og Dakhla. Hver wilaya er delt inn i 6-7 distrikter (kalt दौरا, spansk for distrikt). Dairaene er deretter delt inn i 4 naboområder (kalt هـايس, spansk for naboområder) (Western Sahara Online, 2005; saih, 2002/03). Dette er små områder, og om man ikke vet hvor grensene går, så er det vanskelig å vite hvilke telt/hus som hører til hver hay. Det ligger også en bosetting, ca 8 timer fra Rabouni, ute i det frigitte området; Tifariti.

Flyktningleirene ligger i et tørt og karrig området. Temperaturene er lave om vinteren og veldig høye, opptil 55 varmegrader, om sommeren. Det regner meget lite og det er derfor nærmest umulig å få noe til å gro i den tørre, lite næringsrike jorda. For å prøve å dekke inn noe av det nutrisjonelle behovet har hver leir en kommunal hage hvor det skal dyrkes frukt og grønnsaker. Disse er vanskelig å holde i live på grunn av det tørre, varme klima, men de gjør

⁶ Ble opprettet i 1991 som et resultat av våpenhvilen mellom Marokko og Vest-Sahara. Er i dag tilstede i okkupert område, i frigjort område og i Tindouf. De har jobbet med kartlegging av stemmeberettigede. Styrken består av ca 220 mann.

så godt de kan. Det er derfor bare de som er syke som har tilgang til disse råvarene (SADR, 2002). I begynnelsen eide hver familie kun ett telt, men etter som tiden er gått har de bygget de å sandblokkrom; som oftest kjøkken, latrine og oppbevaringsrom. Sandstormer kan vare i flere dager i strekk. Dette tørre, sandfylte landskapet skaper også helseproblemer som astma og andre lungesykdommer (SADR, 2002). Forebygging av dette er vanskelig på grunn av mangler på medisin, utstyr og leger (SADR, 2002).

Til tross for at det er det tørre klima som råder i dette området forekommer det kraftige regnskyl som kan vare i flere dager. I februar 2006 (UN Radio, 2006) ble over 50 % av sandhusene i Awserd, Smara og El Aiun skylt bort, femti tusen mennesker ble hjemløse og flere ble skadet av den kraftige flommen som skapt av det kraftige regnfallet som kom. I dette uværet forsvant også store deler av matlagrene. Hjelpeaksjoner ble satt i gang på oppfordring fra UNHCR (UN Radio, 2006), og KN sendte familietelt og bidro økonomisk i aksjonen i samarbeid med den norske regjering (KN, 2006). WFP (World Food Program) og UNHCR har arbeidet tett for å finne økonomiske donorer og satt i gang en rekke feltarbeid (WFP, 2006).

I utgangspunktet er det ingen av flyktingene som har inntekter, men noen får tilsendt penger utenfra og noen tjener litt penger på å selge mat og andre ting i små butikker som nå er vokst opp. Det er også noen som jobber for hjelpeorganisasjoner, ved helsestasjoner og for polisario, og da får de lønn en gang iblant (Barikmo, 2005).

Mange familier har geiter, sauer eller høner (figur 3). Kameler er et sjeldent syn i leirene, og de som eventuelt skulle ha kamel har de på beite langt unna leirene (figur 4). Et stort problem for dyrene er alt søppel som ligger rundt i leirene på grunn av manglende avfallssystem.

Dyrene spiser nemlig det de kommer over, og når plastikk samler seg i magesekken blir de syke. Kjæledyr som katter og hunder er også å finne. Noen har esel som benyttes til transport av varer som gass, mat og andre ting til husholdningen.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.



Figur 3: Husdyr i innhegninger i utkanten av leiren i El Aiun. Foto: Karin Irene Buås.



Figur 4: En kamelpasser på vei til beite. Foto: Olaug Charlotte Tvete

Vanntilgang er et stort problem. Vannet de har tilgang på varierer ikke bare i kvalitet, men også i mengde. I leirene er det satt opp vanndunker som fylles av tankbiler, men det er opp til brukerne når de vasker disse dunkene. Dessuten har dunkene lokk som lett kan taes av, og det innebærer at for eksempel barna stikker hendene opp i dem eller putter ting opp i dunkene. Vann på flasker blir transportert inn til leirene, men det er få som har tilgang på dette (SADR, 2002). Vann selges også i butikkene deres, men det er ikke alle som har penger til å kjøpe. På grunn av den dårlige kvaliteten på vann, og behandlingen av det, har dette ført til sykdommer som hepatitt, feber og diaré (SADR, 2002). Diaré er et stort problem spesielt blant barn, syke og eldre (SADR, 2002). KN, med støtte fra UNHCR og UD, arbeider med utbygging av et distribusjonssystem for vann i El Aiun (figur 5). Dette har ført til at ca. 40.000 mennesker har stabil tilgang på tilstrekkelig mengde rent vann. Prosjektet er i 2005 bevilget en driftsstøtte på 600.000 kroner (KN, 2005).



Figur 5: Bilde fra Hagounia i El Aiun. I bakgrunn kan man se KNs vannstasjon.

Foto: Karin Irene Buås

De tidligere nomadene har bodd i flyktningleirene i snart 30 år, og kontakten med familie og venner som befinner seg i det okkuperte området er liten eller ingen. I 2004 (UNHCR, 2005) fikk UNHCR i samarbeid med POLISARIO, Kofi Annans spesialutsending, Maroccanske og Algeriske myndigheter i gang en ordning slik at flyktningene kan ha kontakt med venner og familie som bor i fedrelandet deres og vice versa. Dette gjelder besøk, telefonsamtaler, postsendinger og det blir holdt seminarer om ikke politiske emner som involverer hele det Saharawiske folk; både de som bor i Vest-Sahara og de som bor i flyktningleirene. For å kunne dra på besøk må de imidlertid kunne bevise at de har rett nedadgående eller oppadgående slektninger i det opprinnelige Vest-Sahara (UNHCR, 2005). Mange har fortsatt aldri vært utenfor leirene.

Nær sagt hele befolkningen er sunnimuslimer, og kvinnene er sentrale i organiseringen av leirene. Majoriteten av mennene bor ikke i leirene. De er enten i aktiv militær tjeneste eller jobber utenlands (SADR, 2002). Selv om de nesten er isolert fra omverden er kunnskapene om verden utenfor likevel uvanlig høy, og språkkunnskapene likeså. At det hele tiden har vært hjelpearbeidere fra ulike steder av verden der, har selvsagt hatt en stor betydning. Nær Rabouni ligger 27.februar-skolen for kvinner, som har fått navnet sitt etter grunnleggingen av SADR i 1976. I tillegg til barneskolene som ligger i hver wilaya, finnes det to ungdomsskoler som er pensjonatskoler. De har også fått navn etter spesielle hendelser. Den ene heter 9. Juni-skolen (Day of Martyrs), og den andre heter 12. oktober-skolen (Day of National Unity). Skoletilbudene i leirene er verken gode eller mange nok. Derfor blir barn og unge sendt til for eksempel Cuba, Spania, Alger og Libya for å gå på skole. Der lærer de språk og andre kulturer å kjenne. Dette er selvsagt en av de mest fremtredende årsakene til kunnskapene om omverden. Imidlertid blir hensikten med at barna blir sendt ut diskutert på flere hold (UN, 2006). Det diskuteres om Polisario faktisk benytter denne situasjonen som et pressmiddel for å holde foreldrene i leirene, men dette tilbakevises av blant andre cubanske representanter i FNs generalforsamling i oktober 2006. Dette blir begrunnet med at barna får studieplass uten påvirkning fra regjeringen (UN, 2006). Saharawiene snakker Hassaniya, en arabisk dialekt, men det er mange som er spansktalende, og fransk er også representert i leirene. Det er svært få som behersker engelsk. Flere har bodd på for eksempel Cuba i 13-14 år, og kommer tilbake med vanskeligheter for å tilpasse seg forholdene i leirene. De har fortsatt håpet om at de skal få tilbake landet sitt, og da trenger folket å være utdannet. Imidlertid er det også de som ikke

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

forstår hvordan eller om dette noen gang kommer til å skje. De har allerede bodd der i alt for mange år allerede, og har vært avhengige av hjelp fra omverden, og dette har ført til at noen kanskje har mistet håpet om en selvstendig fremtid.

Som nevnt tidligere har undersøkelser vist at de fortsatt sliter med underernæring blant barn og at folket lider av kroniske sykdommer, som for eksempel anemi, og da spesielt blant kvinner. Hver wilaya har et sykehus hvor det finnes leger, sykepleiere og en ernæringsperson. Det meste av personalet er saharawi, men ved det nasjonale sykehuset i Rabouni finner man også cubanske leger. I hver दौरا har de helsestasjoner, dispenserier, hvor også det meste av personalet er saharawi (figur 6).



Figur 6. Lege og sjefssykepleier på dispenserier i Hagounia, El Aiun.
Foto: Charlotte Tvette

Dispenseriene er også senter for informasjon og promotering av amming og de tar del i vekstmonitoring av barna i leirene (Buås & Tvette, 2004). Det er ved dispenseriene at Healthy Child gjør mesteparten av sitt arbeid.

I tillegg til wilaya-sykehusene og dispenserier i daïraene, finnes det et nasjonalt sykehus i Rabouni og et stort sykehus i den wilayaen som ligger lengst bort; Dakhla.

1.3 Ernærings situasjonen i flyktningleirene

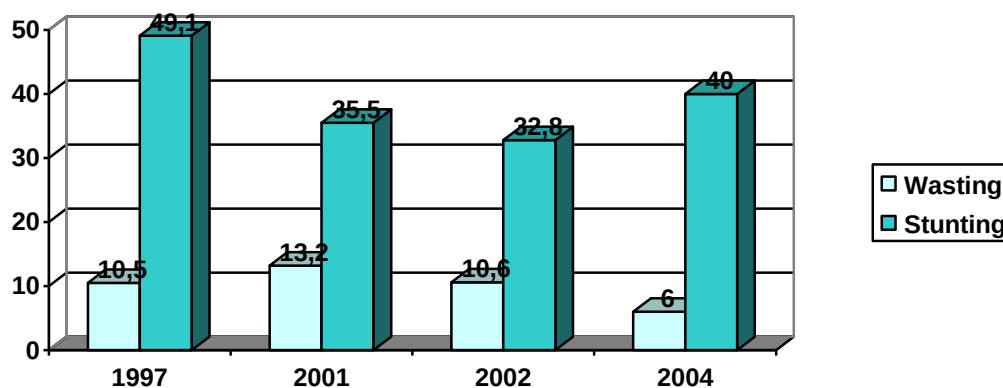
På grunn av lite selvforsyning er flyktningene totalt avhengige av bistand utenfra. Siden 1984 har WFP gitt mat til flyktningene. Nå samarbeider de med UNHCR, European Commission Humanitarian Aid Office (ECHO) og Non Governmental Organisations (NGOs) om matrasjoner til flyktningene. Tidligere gikk de ut fra et kaloribehov per person på 1900 kcal/

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

dag, men fra 1997 har de beregnet matrasjoner ut fra et kaloribehov på 2100 kcal/dag (WFP & UNHCR, 1997).

De vanskelige levevilkårene har bekymret saharawiske myndigheter. Derfor er ernæringsstudier blitt utført av den italienske organisasjonen Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP) i samarbeid med andre organisasjoner i 1997 og 2001 (CISP 1997), (CISP, 2001). Disse undersøkelsene viste alvorlige ernæring – og helseproblemer, som for eksempel høy prevalens av underernæring, og da både stunting⁷ og wasting⁸ (figur 7). Den første undersøkelsen (CISP, 1997) viste at barn i alderen 6-59 måneder hadde en dårlig ernæringsstatus. Ti og en halv prosent av barna var wasted og hele 49,1 % av barna var stunted (figur 7).



Figur 7. Her vises prevalensen av wasting og stunting (med HAZ & HWZ < -2) blant barn i alderen 6-59 måneder som er påvist ved undersøkelser som er gjort i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie (CISP,1997), (CISP, 2001), (UNHCR, WFP & UCL, 2002), (Barikmo, 2005).

Den andre undersøkelsen (CISP, 2001) ble gjennomført blant 559 hushold i leirene, og blant disse var det 694 barn i alderen 6-59 måneder. Denne studien viste at 35,5 % av barna var stunted og 13,2 % var wasted (figur 7). Blant spedbarna (0-6 måneder) så det ut til at stuntingen nesten forsvant fra 1997 til 2001. Imidlertid økte wastingen med 5 %. Blant barna i alderen 6-59 måneder var stuntingen redusert med 14 %, mens wastingen hadde økt med 3 %.

I 2002 gjennomførte UNHCR og WFP en antropometrisk - og ernæringsstatusundersøkelse blant flyktningene (UNHCR, 2002). Den viste at blant 850 barn i alderen 6-59 måneder var

⁷ Stunting: kronisk underernæring (for lave for alderen); Z score < -2 SD

⁸ Wasting: akutt underernæring (for lav vekt for høyden); Z score < -2 SD

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

32,8 % av dem stunted og 10,6 % var wasted (figur 7). I tillegg viste den en urovekkende hyppighet av anemi blant barn og kvinner, fedme blant kvinner i fertil alder og dårlige vaner i mating av barn.

Undersøkelsen (vedlegg 2), som ble gjennomført i 2004, som et grunnlag for denne oppgaven ga like urovekkende tall som tidligere studier. Studiet ble gjort i to av de fire leirene, og det var til sammen 285 barn som deltok. Barnas høyde eller lengde ble målt og deretter ble de veid. Det viste seg at hele 40 % av barna var stunted (figur 7), og det kunne se ut til at det var mest representert blant barn i 2-års alderen. På det tidspunkt hvor undersøkelsen fant sted fikk ikke disse barna noen form for ekstra mat eller tilskudd (Barikmo, 2005). Wastingen var på 6 % (figur 5) noe som blir sett på som noe høyere enn normalt til tross for at prevalensen på wastingen i 2001 var på 10,6 % (Barikmo, 2005). Likevel var det et varseltegn fordi prosenten gjaldt alle aldersgrupper innen sekvensen 6-59 måneder. Disse barna kunne fått tilleggsmat på sykehusene, men siden tallet var såpass høyt, er det lite trolig at dette tilbudet blir brukt (Barikmo, 2005). Noe som er meget alarmerende er at til tross for at prevalensen av wastingen har gått ned er at prevalensen av stuntingen har økt med 7,2 % i løpet av to år. Dette betyr at barna i leirene har vært utsatt for underernæringsproblematikken så lenge at flere og flere barn blir kortvokste i forhold til alderen.



Figur 8. og figur 9.: Helsearbeidere i Hagounia målte og veide barna som var med i undersøkelsen (Barikmo, 2005). Foto: Charlotte Tvette 2004.

Undersøkelsen viste at matsikkerheten i leirene var dårlig. Rasjonene var små, og det manglet ris i oktoberrasjonen. De 180 husholdene som var en del av undersøkelsen ble spurt om rasjonene de fikk var nok, og 91 % svarte nei. De hadde for lite av ris, olje og sukker. Matvarer som kunne være kilder for vitaminer og mineraler var det alarmerende lite av. På

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

markedet får de kjøpt noe mat, men bare 40 % svarte at de hadde noen form for inntekt, og da er det ikke så enkelt å supplementere rasjonene de får utdelt (Barikmo, 2005).

Matinntaket og måltidssekvensen til barna ble målt ved en 24-timers kostintervju, uten angitte mengder, hvor moren svarte for barnet. Tretti prosent av barna spiste bare 2 ganger om dagen. En av grunnene til dette kan være at så mange som 58 % av mødrene sa at de ikke vekket barna til middag dersom de sov når familien skulle spise. Introduksjon av familiemat skjedde på et sent stadiet og 6 % av barna over 1 år fikk fortsatt kun morsmelk. Mat som ble gitt til barna over seks måneder var i hovedsak kornblanding i form av velling eller grøt, melk - og melkeprodukter, grønnsaker som gulrot og tomat, kjøtt og fisk, olje og matvarer med A-vitamin tilskudd. Dette var matvarer som ble nevnt i undersøkelsen, men det viste seg at barna i gjennomsnitt bare spiste 3 av de nevnte, og det kunne virke som at variasjonen i kostholdet til barna fra 6-12 måneder var enda dårligere (Barikmo, 2005).

Et viktig kampmiddel mot underernæringen er at moren under svangerskapet får den næringen hun trenger for å gi barnet den næring det trenger. Undersøkelsen viste at hele 54 % av mødrene som deltok sa at de hadde spist mindre enn vanlig under svangerskapet.

Bare 64 % av mødrene hadde begynt å amme i løpet av den første dagen etter fødselen, mens hele 16 % ventet til den tredje dagen. Det viste seg at det var normalt å gi barna andre ting enn brystmelk (84 %), og det var sukkervann som ble mest gitt. Av mødrene svarte 10 % at de faktisk ikke ammet i det hele tatt (Barikmo, 2005). I situasjoner hvor man er så avhengig av bistand som disse flyktingene er, så må man bruke alt man har tilgang på for at i hvert fall barna får den næringen de trenger. Preventivt arbeid kan hindre at barna trenger behandling. Det er viktig at underernæringen blant barn blir behandlet så raskt som mulig for å unngå senere plager som anemi, vitamin A-mangel og kroniske voksensykdommer som diabetes, hjertesykdommer og høyt blodtrykk. Behandling på et tidlig stadiet er også viktig for den mentale utviklingen (ACC & SCN, 2000). I nødhjelpssituasjoner og unntakstilstander, som i de saharawiske flyktningleirene, vil det være å anbefale amming så lenge som mulig for å unngå underernæring, mangelsykdommer og unødvendig risiko for infeksjoner. Ammingen må gjerne pågå til barnet er over 2 år og lenger dersom mor og barn ønsker det (King & Burgess, 2003; WHO, 1998). Dette fordi brystmelken gir barnet de grunnleggende næringsstoffene som kroppen trenger. Dessuten vil ammingen være med på å vedlikeholde immunforsvaret og beskytte barnet mot infeksjoner (WHO, 1998). Dersom moren selv er underernært må det selvsagt gjøres noe for å hjelpe henne med hennes underernæring slik at hun kan fortsette å fø barnet sitt. Det er viktig at amming og barnemating blir aktivt promotert

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

på dispenseriane. Det ble fortalt at dispenseriane også hadde ansvaret for monitoring av vekst hos barna. Undersøkelsen viste at bare 28 % av 285 barn hadde registrert vekt og høyde ved fødselen, men dette er ikke så overraskende når hele 40 % av mødrene ikke hadde vært til svangerskapskontroll og 71 % av mødrene fødte hjemme (Barikmo, 2005). Noe som var meget positivt var at nesten alle mødrene sa at barna deres var vaksinerte.

Flyktningene sliter med å få nok mat til husholdene sine. Det de får tak i gir ikke kostholdet den variasjonen de trenger og matsikkerheten er i tillegg dårlig. Nødrasjonene de får fra WFP og UNHCR er kun basismat. Det anbefalte kaloriinntaket per dag er anbefalt av WHO til å ligge på ca. 2100 kcal (WFP & UNHCR, 1997). Siden tallene fra WFP tilsier WHO anbefalinger blir fulgt og at de skulle ha et kaloriinntak på 2100 kcal per dag så burde dette bli dekket, men undersøkelser som er gjort sier noe annet. Den som ble gjennomført i oktober 2004 viste at rasjonen den måneden innholdt 13,5 kg hvetemel, 2 kg røde linser, 1 l olje, 1 kg sukker og 1 kg pulvermelk per person. Vanligvis fikk de også 1 kg ris, men oktobermåneden ble de uten dersom det ikke ville komme noen ettersendinger. Det er ikke alltid at ris er med i de månedlige rasjonene, og mengden på rasjonene kan variere (Barikmo, 2005). Te er noe de også bruker å få som en del av rasjonene. Tilleggsmat som pasta, konserverte fisk, dadler, ost, bygg - og maisprodukter har til tider blitt gitt av ECHO og NGOs, som for eksempel KN. Noen ganger blir det gitt berikede matvarer til spesielt utsatte grupper i befolkningen som for eksempel barn under 1 år og syke. I februar 2005 sendte KN ned 20 tonn komprimert nærings – og energiberiket komprimert pulver som blir brukt til å lage grøt av. Dette komprimerte pulveret heter BP-5 og blir benyttet i behandling av underernærte pasienter innlagt på sykehusene. Dette produktet utgjør et viktig tilskudd til feil - og underernærte (KN, 2005).

De saharawiske flyktningene er totalt avhengige av bistand utenfra. Men i løpet av den siste tiden har bistanden av matvarer dessverre blitt dramatisk redusert som følge av reduserte bevilgninger til UNHCR og WFP (WFP, 2006). Som en følge av dette er den allerede vanskelig ernæringmessige situasjonen i ferd med å bli dramatisk forverret (KN, 2005). Et av målene til WFP har vært, og er fortsatt, å ha et tilleggsmatprogram for spesielt sårbare grupper; underernærte barn i alderen 6-59 måneder, gravide og ammende kvinner. De startet dette opp i desember 2003, men på grunn av mangel på pengestøtte måtte programmet avsluttes. Et av målene for perioden 2004-2006 har vært å få startet dette opp igjen (WFP, 2004). I følge WFP (2006) skal i løpet av 2006, 11 200 underernærte barn, gravide og

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

ammende mødre ha fått kosttilskudd av ett eller annet slag. I tillegg skal 34 000 barn og unge ha vært med i skolematprogrammet til WFP (WFP, 2006).

Hvorfor underernæringen er så høy i dette området er vanskelig å si sikkert, men de ulike undersøkelsene gir et bilde av situasjonen som kan brukes for å finne årsaker. Dersom man benytter årsaksmodellen fra UNHCR (vedlegg 3), og trekker tråder til studiene og observasjonene som er gjort i leirene, vil man kunne ha muligheten til å se en teoretisk sammenheng og hvor man da kan intervensere for å endre situasjonen.

1.4 Mulige årsaker til underernæring

”Dårlig ernæring bidrar til av 5,6 millioner barn dør hvert år. Hvert fjerde barn under fem år i utviklingsland er underernært, mange av dem livstruende.

Underernæring er en viktig årsak til over halvparten av alle barnedødsfall.”

Fløgstad, The United Nations Childrens Fund (UNICEF) Norge, 2006.

Når så mange som hvert fjerde barn i utviklingsland og barn i flyktningssituasjoner dør på grunn av underernæring og hva det fører med seg, så må man finne ut av årsakene for så å deretter se hva som kan gjøres av intervensjoner for å snu situasjonen.

UNHCR-modellen (vedlegg 3), også kalt rammeverket for årsaker til underernæring, (Jonsson, 1995) er designet som et universelt teoretisk redskap for arbeid relatert til underernæring. Som den umiddelbare årsaken til underernæring er det i denne modellen satt opp ufullstendig matinntak og/eller sykdom. Dersom matinntaket er dårlig kan dette medføre at barnet er mer utsatt for infeksjoner og sykdom, og om barnet er sykt og utsatt for infeksjoner så vil som oftest matinntaket synke på grunn av dårlig appetitt og for eksempel diaré. Noen infeksjoner gjør det også slik at det blir vanskelig å spise eller at infeksjonen reduserer absorpsjonen av næringsstoffer (King & Burgess, 2003). Lite mat og uregelmessig måltidsmønster har stor påvirkning både på ernæringsstatus og på den generelle helsetilstanden.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Disse årsakene er igjen påvirket av underliggende årsaker som matusikkerhet, mangel på omsorg, mangel på kunnskap/opplæring og mangel på prevensjon og kontroll av sykdommer. Definisjonen av matsikkerhet, som i dette tilfelle er en sterk påvirkningsfaktor, er definert av World Food Summit, 1996:

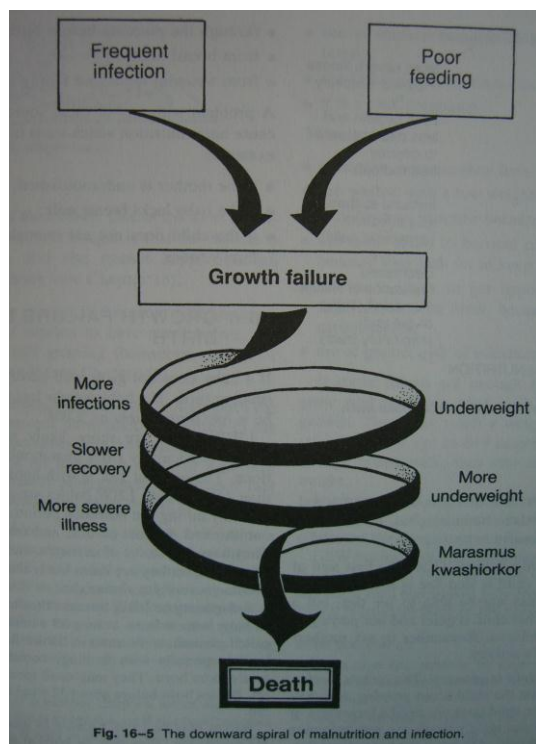
”Matsikkerhet eksisterer når alle mennesker til enhver tid har fysisk og økonomisk tilgang til nok og trygg mat for et kosthold som møter deres ernæringsmessige behov og matvarepreferanser som grunnlag for et aktivt liv med god helse.”

(FAO, 1996).

Undersøkelsen i 2004 (Barikmo, 2005) viste at det var svært få som hadde inntekt og det var vanskelig å få tak i ferske, næringsrike matvarer. Rasjonene de fikk var for dårlig og barna fikk i seg alt for lite vitaminholdige matvarer. Barn må sikres bedre ernæring og eventuelle tilskudd med vitamin A for å bedre immunforsvaret (Fløgstad, 2006). Dersom barnet allerede er underernært (figur 10) og blir utsatt for en infeksjon, så vil infeksjonen bli mye mer alvorlig fordi immunforsvaret er svekket og rekonvalenstiden har lengre varighet enn hos et friskt barn. Man er da inne i en ond sirkel som aldri vil stoppe og vil følge synergispiralen (figur 10) helt til alvorlighetsgraden av underernæring og grad av infeksjonen er så kraftig at sannsynligheten for at barnet dør er et faktum (King & Burgess, 2003).

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.



Figur 10.

Spiralen viser synergieffekten mellom utilstrekkelig matinntak og infeksjon. En kombinasjon av underernæring, grunnet utilstrekkelig matinntak eller sykdom, og infeksjon fører til enda kraftigere underernæring og kan resultere i dødsfall. Kilde: King & Burgess, 2003.

Med tanke på utilstrekkelig prevensjon og kontroll av sykdommer, så er det en rekke elementer man må ta med i betraktning. Det er viktig at befolkningen har tilgang til helsetilbudene, og det innebærer at helsestasjonene må være nære, og at personalet har den fagkunnskap og erfaring som trengs. Regelmessige kontroller fra fødsel er et viktig redskap for å følge barnets utvikling og for å eventuelt diagnostisere underernæring og andre sykdommer (Bøhler & Wathne, 2000). Når det skal føres vekstmonitoring på barn er det viktig at personalet vet hvordan de skal måle og hvordan de leser av instrumentene. De skal også vite hva de skal sammenligne målene med og hva de skal gjøre dersom det viser seg at et barn er underernært, og de må selvsagt ha viljen til å gjøre noe med det. Et annet viktig element er at de skal kunne gi råd og veiledning til mødre. Helsesentrene må ha handlingsplaner for hva som skal gjøres dersom de får inn underernærte barn (Rehydration Project, 1986). De må lære opp og veilede mødre/de forsatte til å ta vare på barna på en sikker og omsorgsfull måte. Dersom et samfunn mangler et strukturert helsenettverk hvor man har utstyr tilgjengelig og et godt opplært helsepersonell så vil dette påvirke barnas helse på en negativ måte. Amming må promottes på helsestasjonene da dette er et av de viktigste hjelpemidlene for å øke barnas immunforsvar fra fødselen av. Det er mange komponenter i morsmelk som man ikke finner andre matvarer og den kan ikke erstattes fullt ut. Morsmelken er unik og de barn som ikke blir ammet eller blir ammet for bare en kort periode, er mer

utsatte og sårbare, og de er mer utsatt for appetittreduksjon ved infeksjonssykdommer (Bøhler & Wathne, 2000). Dersom mødre opplever problemer med ammingen så skal personellet på helsestasjonen være til hjelp og eventuelt hjelpe moren ved praktisk å vise hvordan det skal gjøres eller de skal få veiledning til hvordan de skal mate barnet sitt slik at det får de næringsstoffene det skal ha. For at dette skal kunne følges opp må helsepersonellet ha godt gjennom tilstrekkelig opplæring og praksis, og deres rolle i samfunnet må aksepteres og ikke motarbeides. Mangel på ernærings- og kostholdskunnskap, helsekontroller og rådende matusikkerhet kan på flere måter måles. Imidlertid er mangel på omsorg ikke så enkelt å finne ut av dersom barna ikke blir tatt med til dispenseriane, sykehusene eller på en eller annen måte har synlige bevis på omsorgssvikt. Dessuten vil det være en vanskelig oppgave å påvise omsorgssvikt i en befolkningsgruppe som kanskje ikke har kunnskaper nok til å vite hva den vestlige verden ser på som rett omsorg av barn, eller som har gamle tradisjoner på dette området. Det er imidlertid svært viktig å gjøre klart for omsorgspersonene hvor viktig det er med følelsesmessig oppfølging, utfordre barnet kognitivt og følge opp en mental stimulering av barnet (ACC & SCN, 2000). Helsetilbudene må være til en slik pris at folket har råd til å betale for dem, eller som i Saharwienes tilfelle, som i utgangspunktet ikke har økonomiske midler, være gratis. Smittsomme sykdommer og infeksjoner kan komme av forurenset vann, dårlige sanitære forhold og usanitær behandling av matvarer. I undersøkelsen i oktober/november 2004 svarte 58 % at de mente det var viktig å vaske hendene før et måltid, og bare 8 % nevnte at håndvask etter latrinebesøk var en nødvendighet. Nesten halvparten av de inkluderte husholdene sa at de ikke hadde nok vann og at de ikke hadde noen organisert måte å bli kvitt avfall på. Det viste seg også at de sanitære forholdene og andre hygienespørsmål var nedprioritert i flyktningleirene dette er med på å øke usikkerheten rundt matsikkerheten (Barikmo, 2005). Det er også i flyktningleirene, som i andre deler av verden, sosiale forskjeller. Representant fra Healthy Child, som var med i feltarbeidet, ble overrasket over forskjellene i husholdene og at noen bodde under så dårlige forhold som de gjorde (Tvette, 2005). For å unngå slike forhold må det jobbes med å endre på både handlinger og holdninger som kan ha ført til den nåværende situasjonen (SEF, 2000). Disse umiddelbare årsakene er påvirket av grunnleggende faktorer. Dette kan være kontroll på hvordan ressurser blir håndtert, politiske strukturer og potensielle ressurser. Det kan være vanskelig å få informasjon om en del av disse punktene, for mange instanser holder slik informasjon tett til brystet. Styresettet i flyktningleirene må lære seg til å samarbeide for å løse et felles samfunnsproblem. I 2000 ble det for første gang i historien vedtatt og

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

undertegnet en internasjonal dagsorden for global utvikling og bekjempelse av fattigdom. FNs tusenårsmål ble til.

FNs tusenårsmål:

- Nr. 1 Utrydde ekstrem fattigdom og sult
 - Nr. 2 Sikre grunnskoleutdanning for alle barn
 - Nr. 3 Fremme likestilling og styrke kvinners stilling
 - Nr. 4 Redusere barnedødeligheten
 - Nr. 5 Forbedre helsen til gravide og fødende kvinner
 - Nr. 6 Bekjempe hiv/aids, malaria og andre sykdommer
 - Nr. 7 Sikre en miljømessig bærekraftig utvikling
 - Nr. 8 Bygge et globalt partnerskap for utvikling
- (Utenriksdepartementet, 2004).

Mange av tusenårsmålene gjelder for de saharawiske flyktningene. Dersom de rette ressurser stilles til rådighet, og dersom de ulike departementene samarbeider, så skal disse målene være fullt mulig å nå. I budsjettet for 2006 står den norske regjering samlet om at de skal arbeide for et sterkere FN og støtte oppunder målene ved hjelp av bidragsøkning. Bistandsandelene i statsbudsjettet for 2005 og 2006 utgjør 0,95 og 0,96 prosent av BNI⁹, som anslås til å være i underkant av 1939 mrd. i 2006 (UD, 2005).

Det arbeidet private og offentlige hjelpeorganisasjoner og andre lands regjeringer gjør, er en av de grunnleggende påvirkningsfaktorene. For flyktningene i Tindouf, Algerie, spiller det arbeidet de gjør en svært stor rolle da de er avhengige av støtten utenfra for at deres folk faktisk skal overleve.

⁹ BNI = Brutto nasjonal inntekt

2.0 HENSIKTEN MED OPPGAVEN

Målet med arbeidet og avhandlingen var å finne ut av hvordan man skulle kunne utvikle et opplæringsprogram som kunne bidra til å redusere prevalensen av underernæring i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie. Hensikten med dette er å gi helsepersonell i leirene det faglige grunnlaget de trenger for å kunne være i stand til å veilede gravide, ammende og mødre/omsorgspersoner i kampen mot underernæringen. Derfor ble problemstillingen for masteroppgaven:

Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?

For at man skulle kunne lage et opplæringsprogram som skulle være tilpasset flyktningenes behov og kunnskapsnivå, så måtte man finne ut av hvordan situasjonen var ved det gitte tidspunkt. Dette ble gjort ved bruken av den kvalitative forskningsmetoden fokusgruppe, en baselineundersøkelse og gjennomføring av opplæring innen ernæringsfeltet. Både nutrisjonister og helsepersonell fra en av dispenseriane deltok i prosjektet.

Målet med fokusgruppene var å finne hva som burde vektlegges, og hva slags spørsmål man burde, og kunne stille, i baselineundersøkelsen. Deltakerne skulle også lære hvordan og hvorfor man lager en slik undersøkelse. Håpet var at de, etter å ha vært gjennom prosessen, både med tanke på planlegging og gjennomføring, at de ville være i stand til å kunne gjøre dette på egen hånd ved en senere anledning. Et av målene med gjennomføringen av opplæringen var å prøve ut ulike didaktiske metoder for opplæring og selvsagt for å få et klarere bilde av kompetansenivået til deltakerne; både på det teoretiske og det praktiske planet.

Et av de underliggende målene med arbeidet var at deltakerne selv skulle bli klar over situasjonen befolkningen var i, og hva de selv, med sin nye tilegnede kunnskap, både teoretisk og praktisk, skulle kunne bidra med, slik at endringer skulle kunne skje.

3.0 TEMA: OPPLÆRING

3.1 Tradisjonelle pedagogiske oppfatninger av læringsbegrepet

Det å lære har blitt definert på mange måter gjennom årenes gang. Læringsprosessen har blitt oppfattet på forskjellige måter av forskere og pedagoger. Imidlertid er de fleste enige om at læring er noe som pågår gjennom hele livet. På 1970-tallet ble det laget ett sett med prinsipper for hva god læring var. Disse prinsippene var å motivere, aktivisere, bruke konkrete eksempler, føre en tilpasset opplæring og variere undervisningsmetodene (Imsen, 1999).

I den pedagogiske verden har det vært to hovedretninger innen læringsteori som har ført til mye diskusjon. Den ene er behaviorismen. Innenfor denne retningen ble eleven sett på som et objekt som kun skulle observeres. Essensen i behaviorismen er stimuli og respons. Det var aldri snakk om veiledning eller noen annen form for hjelp. Eleven sto alene, og fikk ros eller ris for oppgavene han gjorde. Denne måten ble sett på som å være den beste måten å oppdra et barn eller å forandre en persons oppførsel. Behavioristene mente at ved å bruke det rette stimuli ville det vise seg at læringspotensialet nesten var uten grenser (Imsen, 2001). Den andre teoretiske retningen så på en person som et subjekt. Et subjekt med egne tanker og egne metoder å lære på. Dette er den konstruktivistiske måten å tenke på. En person ble sett på som et subjekt som søkte etter meningen med livet gjennom å se verden i en kontekst.

Læringsprosessen var sammensatt av miljøet eleven befant seg i og elevens egne kognitive evner (Imsen, 2001). Det er tre pedagoger som er velkjent på grunn av sine filosofier; Piaget, Vygotsky og Dewey. Alle tilhørte konstruktivismen, men de delte seg inn i kognitiv konstruktivisme og sosial konstruktivisme (Imsen, 2001). De er blitt brukt mest i skolemiljøet, men de hadde også teorier om hvordan mennesker tilegner seg dagligdagse kunnskaper man trenger for å fungere i samfunnet.

Jean Piaget hører til den kognitiv-konstruktivistiske måten å tenke på. Han la vekt på hva som skjer i en persons hjerne i læringsprosessen. Piaget mente at en persons mulighet for tilnærming av kunnskap var delt opp i 7 stadier (Imsen, 2001). Stadiene fordeler seg i en slags utviklingsprosess gjennom livet, fra fødsel til død, og han mente at det var personer som aldri ville nå alle stadiene. Alt var avhengig av stimuli. Han tenkte at hvert menneske hadde muligheten til å velge, tilpasse og tolke informasjon ut fra ens eget referanseregister av tidligere lært kunnskap. Piaget så for seg at referanseregisteret hadde ulike skjema hvor

erfaring og viten var lagret. Ny kunnskap ville bli tolket ut fra eksisterende skjema. Dette kalte han assimilasjon. Dersom den nye kunnskapen utfordret den lagrede kunnskapen og det gamle skjema ikke passet til den nye viten ville gamle skjema tilpasses eller nye skjema dannes. Dette kalte han akkomodasjon (Lyngsnes & Rismark, 2001). Piaget mente at læring var et resultat av hva en person gjorde med stimulien, og ikke hva stimulien gjorde med personen (Imsen, 2001).

Innen sosialkonstruktivismen mente de at læringsprosessen forgikk når kunnskap ble tilegnet i en sosial kontekst, og at en individuell tilnærming av kunnskap var umulig. Læringsprosessen ble satt i gang når språk var hovedkommunikasjonsmiddelet. I samhandling med andre mennesker ville mennesker lære å se verden i forskjellige perspektiver. Læring ble derfor sett på som et sosialt fenomen. Leo Vygotsky har blitt sett på som talspersonen for denne filosofiske retningen (Imsen, 2001).

På begynnelsen av 1990-tallet var Vygotskys teori i sentrum i den pedagogiske verden (Lyngsnes & Rismark, 2001). Han mente at all læring var avhengig av menneskene i individets omgivelse, og at det viktigste redskapet var språket. Språket var et redskap for å skape diskusjoner, stille spørsmål og for å utvikle felles begreper og forståelse (Lyngsnes & Rismark, 2001). Han snakket om den proksimale utviklingssonen. Med dette mente han at hvert individ hadde en grense for hva det kan klare alene, men ved hjelp, samarbeid og veiledning fra andre ville individet kunne øve seg opp til å kunne gjøre det på egenhånd. En viktig forutsetning for at det skal forgå læring i det sosiale samspillet er at deltakerne har en felles situasjonsdefinisjon for hvorfor de er der og en felles forståelse for hva som er i sentrum av samtalen (Lyngsnes & Rismark, 2001). Den proksimale utviklingssonen vil gjennom hele livet være under utvikling og individet vil av den grunn ikke miste viljen til å lære (Imsen, 2001).

Den amerikanske pedagogikkfilosofen, John Dewey, er verdenskjent for sin aktivitetspedagogikk. Han har sagt at en person må være i aktivitet for å lære noe. Han mente at mennesker lærer gjennom praksisrelatert erfaring, og han lagde derfor utsagnet: ”Learning by doing”. Dewey så for seg at læringen og utdanningen for et individ forgikk i en erfaringsmodell med fem stadier (Dale, 2001). Startpunktet for erfaringsmodellen er en interessant aktivitetssituasjon for studenten. I denne aktiviteten oppstår det et problem eller en

utfordring som trigger og stimulerer studentens tenkning, og dette er stadiet to. På det tredje stadiet er der tankeprosessen og undringen forgår. Det er på dette stadiet at studenten innhenter informasjon, observerer andre og gjør sine tolkninger. På det fjerde og nest siste stadiet finner studenten ut på egenhånd hvilke løsninger han ønsker å bruke, og på det siste og femte stadiet prøver han ut disse løsningene i praksis. Dewey deler erfaringsbegrepet i to elementer, et aktivt og et passivt. Det aktive elementet står til selve handlingen som utføres, mens det passive står til den refleksjonen og tolkningen som forgår under og etter handlingen er utført. Man kan tolke Dewey slik at begrepet utdannelse kun kan skje dersom studenten har fått en erfaring og gått gjennom en egen refleksjonsprosess (Dale, 2001). Man kan ikke lære noe uten å selv ha prøvd det ut i praksis og i etterkant funnet ut hvorfor man gjorde som man gjorde og hvorfor og hvordan resultatet av handlingen ble slik den ble. Deweys teorier står i sterk kontrast til den tradisjonelle undervisningsmetoden, formidlingspedagogikken, hvor elevene bare satt og passivt tok imot kunnskap. Gjennom veiledning og samhandling med andre mennesker er man i et konstant læringsprosess (Imsen, 1999). Dersom elevene ikke får opparbeide sine egne erfaringer, vil de heller ikke tilegne seg fullverdig kunnskap. I land hvor deler av en befolkning ikke kan lese og skrive, og hvor det kanskje er språkproblemer mellom lærer og elev inne i bildet, er denne praktiskpedagogiske undervisningsmetoden en nødvendighet. Læreren viser elevene hva de skal gjøre, tilpasser opplæringen til hver enkelt, og i etterkant gjør elevene det samme sammen med en veileder og etter hvert helt alene. Man kan på bakgrunn av dette si at Vygotskys synsvinkel på læring er en del av Deweys teori.

I L 97, Læreplanen for det norske skoleverket for 1. til 10. klasse, er tilpasset opplæring et gjennomgående tema. Kunnskapsnivået er tilpasset alderstrinnene og det er satt av mye tid til samarbeid og prosjektarbeid som er i tråd med både Deweys og Vygotskys syn på hvordan læring foregår. Det skal være tverrfaglig undervisning på alle klassetrinn slik at elevene kan se kunnskapen i sammenheng. Teoretiske fag som matematikk skal for eksempel tilknyttes praktiske fag som heimkunnskap, og det skal brukes eksempler fra hverdagen slik at eleven skal se den praktiske nytten av de tilegnede teoretiske kunnskapene. Man kan si at læreplanen er et produkt av alle de tre nevnte pedagogfilosofene. Elevene skal føle seg trygge, suksessfulle og kreative i sitt arbeid for å skape en ansvarsfølelse over sin egen læring og utvikling (L 97, 1996). Prinsippene i L 97 er basert på den kristne formålsparagrafen, men de vil være gjeldene for alle på tvers av religionstilhørighet på grunn av sitt generelle humanistiske verdigrunnlag. De gir et grunnlag for at alle har rett til personlig utvikling

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

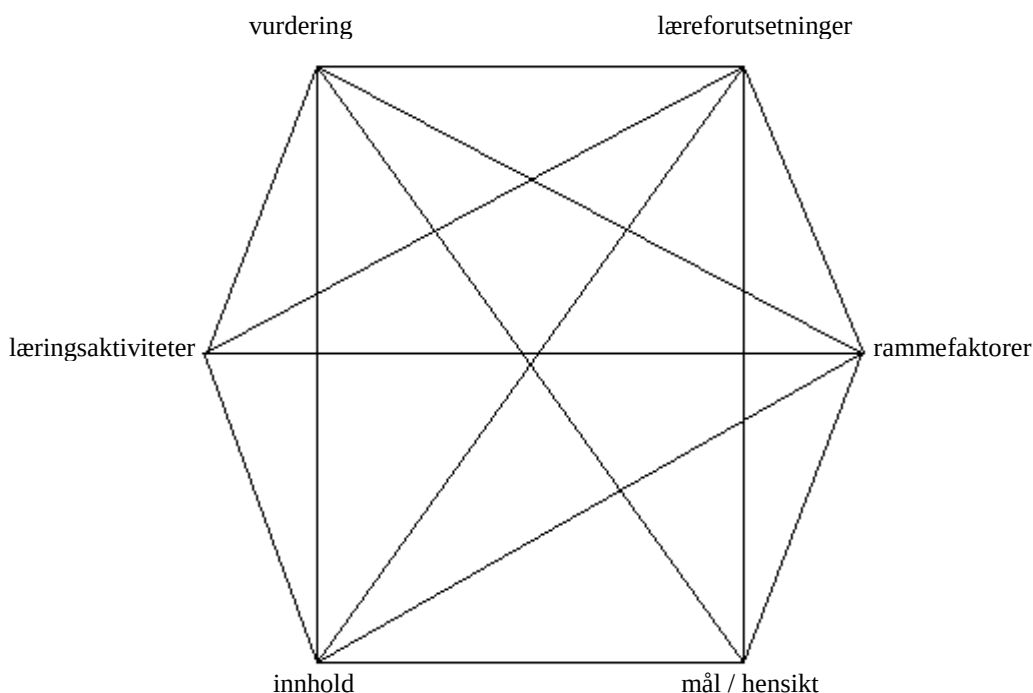
gjennom tilpasset opplæring til å bli selvstendige tenkende mennesker, å opparbeide en god selvfølelse, å utvikle og benytte kreative evner og de oppfordrer som nevnt tidligere til samarbeid mellom mennesker og på tvers av fagområder. I 2006 kom det en ny læreplan, Kunnskapsløftet, og den ble gjeldene fra høsten 2006. Den bygger på det samme fundamentet med viktighetsgraden av tilpasset opplæring både for sterke og svake elever, at det skal gis muligheter til å utvikle sine evner og elevene blir oppmuntret til å være kritisk tenkende mennesker. Det blir lagt vekt på at det skal legges til rette slik at lokalsamfunnet skal involveres i opplæringen på en meningsfylt måte og alle skal få muligheten til å delta på hver sin måte med de evnene de har.

3.2 Teoretisk tilnærming til utvikling av opplæringsprogram

For å kunne lage et opplæringsopplegg er det en fordel å ha noe pedagogisk bakgrunn slik at man har en bevisst pedagogisk strategi som vil medføre læring. Som nevnt ovenfor er det flere retninger innen læringsstrategier, og det er da viktig at man på forhånd har tatt et standpunkt til hvilken vei man vil gå. Imidlertid er det ingenting i veien for å ta det beste fra strategiene og lage ens egen. Man må også ta hensyn til den pedagogiske tradisjonen som finnes i det miljøet man lager opplæringen for. Som et redskap i planleggingen av en opplæring kan man ta i bruk den *didaktiske relasjonsmodellen* (figur 11) (Lyngsnes & Rismark, 2001). Den kan brukes både for å planlegge og analysere didaktisk virksomhet.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.



Figur 11. Den didaktiske relasjonsmodellen. Kilde: Lyngsnes & Rismark, 2001.

Modellen er også et godt arbeidsverktøy for lærere når de skal reflektere over egen undervisning og elevens læringssituasjon. Modellen tar for seg alle aspektene ved en lærings- eller undervisningssituasjon og setter dem i relasjon til hverandre (Lyngsnes & Rismark, 2001).

Det vil alltid være diskusjoner om hvilket punkt i relasjonsmodellen (figur 11) man skal begynne med først for å kunne gjennomføre en planleggingsprosess på best mulig måte. Dersom man går ut fra at det rent praktisk viktig å finne ut hva som skal være *hensikten* med selve opplæringen starter man med å sette opp *mål* og eventuelle delmål. Hver aktivitet man setter opp i innholdsdelen må ha en hensikt og et mål. Imidlertid behøver de ikke å hver gang ha en faglig hensikt. Det er også svært viktig at gruppen fungerer godt sammen og man må da også sette av tid under opplæringen til å bli kjent med hverandre og å bli trygge på hverandre. Til tross for at man sannsynligvis har overordnede mål, som læreplaner og/eller rammeplaner nedsatt av andre, kan man styre læringssituasjonen noe ved å sette opp et antall delmål. Man må her tenke på tilpasset opplæring og sette opp målene i tråd med Vygotskys læringsteori. Målene for opplæringen må tilpasses deltakernes kompetansenivå og nærmeste utviklingssone, elevenes *læreforutsetninger*, og de må være realistiske slik at målene kan

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

være oppnåelige (Lyngsnes & Rismark, 2001). Piaget ville derimot satt opp at selve læringsprosessen mot det satte målet ville være det viktigste. Ut fra Piagets teorier må deltakeren bare akseptere målet som er satt av andre og deretter kjempe seg mot det (Lyngsnes & Rismark, 2001).

Når man er sikker på hva man vil få ut av opplæringen kan man finne *innholdet* i opplæringen. Dette må selvsagt henge sammen med mål og hensikt, men det er mange veier man må gå før man når målet. Det er viktig at innholdet i opplæringen har en logisk sammenheng. Hvordan man bygger opp opplæringen kommer an på hva slags pedagogisk bakgrunn man har. Noen begynner i det små og tar for seg hver enkelt lille bit for så å sette bitene sammen til et hovedemne, mens andre tar for seg hovedemnene først, for deretter å fordype seg i hvert enkelt emne. Uansett hvilken måte man setter sammen opplæringen på så må man til slutt kun se et helhetsperspektiv, og premissene for utvelgelsen av innholdet bør speile fagets egenart, samfunnets interesser og deltakernes behov (Lyngsnes & Rismark, 2001).

Når innholdet er bestemt må man videre se på hvordan man skal lære dette til gruppen. Det vil altså si at man må tilpasse *læringsaktiviteter* til teorien for å nå målet man har satt seg. Læringsaktiviteter har ofte betegnelsen metode og er undervisningens ”hvordan”. Dersom man benytter betegnelsen metode vil ofte fokuset ligge hos lærerens arbeid enn hos deltakernes (Lyngsnes & Rismark, 2001). Benytter man begreper som læringsaktiviteter og vil fokuset flyttes til deltakernes arbeid og læringsprosess. Det finnes ingen universalmetode og man kan ikke alltid benytte de samme aktivitetene. De må tilpasses hver enkelt gruppe og hvert enkelt individ. Det er derimot noen generelle prinsipper for hva en undervisningstime bør innholde kalt MAKVISE (Lyngsnes & Rismark, 2001) (figur 12). Prinsippene kan også benyttes når man skal analysere og reflektere over utførelsen og utbytte av undervisningen.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Motivere: øke lærelysten, skape undring

Aktivere: forutsetning for all læring

Konkretisere: gi økt interesse og innsikt

Variasjon: holde interessen og lærelysten i live

Individualisere: tilpasset opplæring

Samarbeide: øke sosiale ferdigheter og utvide den proksimale utviklingssonen

Evaluerer: utfordrer studentene til kritisk tenkning og utøvelse av konstruktiv
kritikk

Figur 12. MAKVISE, generelle prinsipper for undervisning.

Kilde: Lyngsnes & Rismark, 2001.

Noe av det viktigste er at deltakerne er rustet til å kunne utføre de oppgaver man gir dem og kapable til å være med på å nå målet. Dersom dette ikke er tilfelle kan det være at man må gå noen omveier for å skolere dem bedre. Det er derfor en fordel å vite hvilke læreforutsetninger som finnes i gruppen. Alle deltakerne har ulike forventninger, kunnskaper, erfaringer, evner og personlig bakgrunn (Lyngsnes & Rismark, 2001). Man må finne ut av disse aspektene før man kan lage opplæringen. Opplæringen må tilpasses gruppen og ikke omvendt. Dersom man finner ut at gruppen, eller deler av gruppen, har dårligere forutsetninger enn det man hadde forventet, så må man prøve å finne løsninger på hvordan man skal kunne få dem opp på det nivået man ønsker at de skal være. Kanskje må man gjennom en annen opplæringsmodul før man kan gå videre? Det er derfor det ofte er nyttig å dele opplæringen inn i flere moduler. Det kan være at deltakerne begynner på ulike tidspunkt eller har tatt en pause fra opplæringsopplegget, og det er da en fordel å vite hva de har vært igjennom tidligere. Det vil være en fordel å ha en kort oppsummering av forrige modul i forkant av den nye.

Når man lager opplæringsplaner er *rammefaktorene* også meget viktig. Rammer som sted og rom, tidspunkt og varighet, antall deltakere, regler i gruppen, tilgjengelig materiell og ulike aktivitetsformer er forutsatte segmenter som er med på å gjøre opplæringen vellykket. Ofte er en av de viktigste rammefaktorene læreren selv. Den som har ansvaret for opplæringen har satt farge på opplegget med sine forventninger, forutsetninger, kreativitet, holdninger og verdier, og denne fagpersons innsats vil påvirke deltakernes læringsutbytte på det sterkeste (Lyngsnes & Rismark, 2001).

En opplæringsplan er bygget opp strukturert og fastsatt med tanke på faglig utvikling, men det er viktig at det er satt av tid og rom for diskusjoner og samtaler. Det er ofte i den settingen, hvor man får prøvd ut sine egne tanker og perspektiver, at læringen faktisk skjer.

En opplæringsplan er som oftest bygget opp som et hva, hvordan - og hvorfor skjema som viser: Hva skal gjøres? Hvordan skal det gjøres? Og hvorfor utføres handlingen? Disse skjemaene/planene lages for et helt år, et halvår, en uke, en dag eller et enkeltstående kurs.

Det kommer an på hvor definert og omfattende man ønsker at planen skal være. Imidlertid er det vanlig at man har en oversiktplan over for eksempel alle modulene og i tillegg en plan for hver enkelt modul og delene i modulene. Når man har oversiktplanene klare kan man fordype seg i hver enkelt modul og finne pensum og hvilke aktivitetsformer og metoder man ønsker å benytte seg av. *Vurdering* av planer, innhold og læringsaktiviteter må gjøres opp mot mål og hensikt underveis i opplæringsperioden. Vurdering er et viktig verktøy for å se om det må gjøres endringer.

3.3 Opplæring som intervensjon

På landsbygda i Bangladesh ble det i 1992 (AJCN, 1992) gjennomført en opplæring i introduksjon av fast føde for mødre med spedbarn. Dette ble gjort for å se om en slik opplæring ville ha noen betydning for barnets vekst. Familiene til 62 ammede spedbarn, i alderen fra 6-12 måneder, var inkludert i intervensjonen. Det var folk fra samme landsbygd som holdt opplæringene. Over en periode på fem måneder viste barna til mødrene som hadde gått gjennom opplæringen en signifikant forbedring sammenlignet med kontrollgruppen.

Barna hadde i gjennomsnitt lagt på seg 0,46 kg mer enn de i kontrollgruppen, og var ca. 0,5 kg tyngre ved siste veiing (AJCN, 1992).

Fra september 1994 til september 1995 ble det gjennomført et intervensjonsprogram (Guldan, Fan, Ma, Ni, Xiang & Tang, 2000) på landsbygda i Sichuan, Kina. Også her var det hva slags innvirkning introduksjon av fast føde ville ha på barnets vekst, og hvilken påvirkning måten man mater barnet på hadde for utviklingen, som var essensen i intervensjonsprogrammet. Hele programmet var basert på en undersøkelse fra 1990 som hadde konkludert med at dårlige vaner innen barnemating hadde en større innvirkning på barnas vekst enn utilstrekkelig tilgang til mat i husholdene. Til sammen 250 barn, fordelt på 4 landsbyer, var med i opplæring

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

- og kontrollgrupper. Målet var å forbedre barnas vekst ved å bedre praksisen i matingen av spedbarn. Intervensjonen inkluderte både opplæring og mobilisering av lokalt ernæringspersonell på landsbygda. En gang i måneden besøkte de alle gravide og mødre som fikk barn i løpet av perioden. De kom da for å måle barna og for å gi dem råd og veiledning i hvordan de skulle mate barna og hva barna skulle spise når de skulle introduseres for fast føde. Dette pågikk gjennom hele intervensjonsperioden. Resultatene viste at de mødre som hadde vært med på opplæringen og hadde fått veiledning hadde et høyere kunnskapsnivå innen ernæring og var dyktigere i å mate barna enn de som var med i kontrollgruppen. Barna til de mødre som hadde fått opplæring var betydelig tyngre og lengre ved måling enn barna i kontrollgruppen. Blant disse barna var det også færre tilfeller av anemi enn i kontrollgruppene (Guldan et. al., 2000).

I Karnataka, India, ble det i 1997-99 (Kilaru, Griffiths, Ganapathy & Ghosh, 2005) gjennomført et intervensjonsprogram med hensikt å bedre veksten blant barn fra fem til elleve måneder og i tillegg bedre matingsmåter og mønstre. Det innebar at feltarbeidere¹⁰ gjennomførte opplæring i ernæring og barnemating med mødre og/eller omsorgspersonene for barna. Dette foregikk ved oppsøkende virksomhet hvor det ble gjort en 24-timers matinntaksundersøkelse, og hvor barnet ble målt og veid og sykdomsbildet ble oppdatert. Etter at feltarbeideren hadde gått igjennom matinntaket og samkjørt dette med barnets vekstutvikling ble omsorgspersonen igjen oppsøkt for veiledning og rådgivning. I forkant av veiledningen etter barnets undersøkelse var det satt ned fem råd som feltarbeiderne skulle gi og holde fast ved uansett utfallet av barnets undersøkelse:

- bruk av lokalt tilgjengelige matvarer og tilberedelse av disse
- passe på at barnet får nok måltider; både ved amming og ved introduksjon av fast føde
- gradvis tilvenning av fast føde og ulike mattyper
- amming samtidig som måltid med fast føde i tilvenningsfasen
- unngå å mate barnet med flaske

I evalueringen av prosjektet fant de ut at det hos jentebarna, hvor omsorgspersonene hadde fått veiledning og rådgivning, viste det seg å være en signifikant økning i vekt i forhold til kontrollgruppen. Også her, som i undersøkelsen som ble utført i Sichuan (Guldan et. al., 2000), viste det seg også at næringsinntaket og måltidsmønstre hos både jenter og gutter i intervensjonsgruppen var forbedret etter intervensjonen. De konkluderer derfor med at ernæringsopplæring, og veiledning i henhold til riktig kosthold, kostholdsmønstre og

¹⁰ her ment jordmødre, andre helsearbeidere og feltarbeidere fra prosjektet

barnemating, vil kunne være med på å redusere prevalensen av underernæring og feilernæring (Kilaru, et. al., 2005).

Målsettingene til ernæringsprosjektet i flyktningleirene i Algerie, som KN har drevet, i samarbeid med Polisario, Saharawiske Røde Halvmåne (SRC), Algeriske Røde Halvmåne, UNHCR og representanter fra sykehusene i flyktningleirene, siden 1999, er å forbedre den ernæringsmessige situasjonen på sykehusene og bidra slik at matvaresikkerheten øker (Røine, 2003). Det er Ingrid Barikmo, KNs ernæringsekspert i leirene, som har ansvaret for ernæringsprosjektet. Det består av en del kalt Ferskmatprosjektet som innebærer innkjøp av fersk mat, som frukt, grønnsaker og kjøtt, til sykehusene. Den andre delen omfatter opplæring av helse – og kjøkkenpersonell ved sykehusene i ernæring, tilberedning av spesialkost, håndtering av matvarer og overvåking og evaluering av ernæringsstatus. Kriteriene for å få delta i opplæringsprogrammet har vært interesse for ernæring og at personen må jobbe ved et av sykehusene i leirene (Røine, 2003). De som gjennomfører opplæringen får diplom og er da å anse som tekniske nutrisjonister¹¹ (Røine, 2003).

Opplæringen består av tre moduler. Den første modulen går først og fremst ut på å vurdere ernæringsstatus. De får da opplæring i antropometriske målingsverktøy og metoder, og skal ut fra det de finner vurdere om pasienten skal inn i behandlingsprosjektet. De skal også i modul 1 kunne lære seg å sette sammen pasienttilpassede dietter. Under modul 2 og 3 er det lagt inn undervisning i næringsstoffer, mangelsykdommer og behandling av underernæring (Røine, 2003).

I forbindelse med ernæringsprosjektet i de saharawiske flyktningleirene er det ikke gjennomført et kontrollstudiet for å se på virkningen av prosjektet. Imidlertid bør man trygt, på bakgrunn av andre intervensjonsprogrammer gjennomført andre steder i verden, og som har vist resultater, kunne fortsette opplæring av helsepersonell dersom man videreutvikler prosjektet.

¹¹ Teknisk nutrisjonister blir i denne oppgaven henvist til som nutrisjonister.

3.4 Etiske vurderinger i opplæringsprogrammet

I opplæringssituasjonen, både når det gjelder planleggingsfasen og gjennomføringen, vil det være flere vurderinger som må sees i et etisk perspektiv. Dette fordi man skulle utføre en handling i en fremmed kultur med egne tradisjoner, normer og regler som kanskje vil være svært ulike de man selv har.

Undervisning har utarbeidet sin egen områdeetikk. Imidlertid har ikke undervisningspersonell noen formelle, skrevne etiske retningslinjer slik forskerne har, men det betyr ikke at det ikke oppstår etiske dilemma og at man har etiske hensyn å forholde seg til i sitt arbeid.

En av de første og største etiske utfordringene opplæringspersonen vil møte er relasjonen til sin egen rollefigur og dens ansvar. Som man gjør når man skal tre inn i en forskerrolle må man også her ha gjennomgått sine egne holdninger og verdier og være bevisst på verdigrunnlaget i forkant av det arbeidet man skal utføre. Man kommer fra en annen kultur, med en annen førforståelse, og det vil påvirke måten man tenker og handler på. Når man trer inn i rollen vil man ha med seg både etiske og pedagogiske tanker som vil påvirke det arbeidet man skal utføre. Hver dag vil man kunne møte uforutsette ting som man ikke har mulighet til å unngå (Bergem, 1998). Det er da det er viktig å ha forberedt seg og ha tatt stilling til etiske verdier og hvilke hensyn som må veies opp mot hverandre. Dessuten har man som ansvarsperson en slags handlingstvang (Bergem, 1998). Man skal yte hjelp til den som trenger det mest, men i en opplæringssituasjon vil dette kunne gå utover flertallet. Det er her viktig å ha grunnlaget og hensikten med opplæringen i fokus. Fordi målet og hensikten med opplæringen er å lære opp helsepersonell til å kunne arbeide for å senke prevalensen av underernæring bør fokuset være å få lært dem opp slik at de på best mulig måte kan utføre det arbeidet de blir satt til å gjøre. På tross av dette må man ta hensyn til hva som er bestemt i forkant av dette prosjektet og det som blir bestemt av de ansvarlige i leirene. Dette vil også kunne være en etisk utfordring. Det er ikke sikkert at de bestemmelser som er gjort stemmer overens med de verdier og holdninger man selv har.

Det er viktig at opplæringspersonen har en etisk og pedagogisk handlingskompetanse som kan brukes til å begrunne det man gjør (Bergem, 1998). Den viktigste begrunnelsen for at opplæringspersonen må ha utviklet en etisk bevissthet og kompetanse er av hensynet til deltakernes og deres integritet (Bergem, 1998). Opplæringspersonen og deltakerne befinner

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

seg i et asymmetrisk maktforhold. At opplæringspersonen, som også fungerer som en slags veileder i dette prosjektet, må være bevisst sin makt og de påvirkningsmulighetene (Mathisen & Kristiansen, 2005) man har i den gitte rollen. Det er opplæringspersonen som sitter med både kunnskapen og makten til å eventuelt ekskludere den enkelte deltakeren fra prosjektet. Det er viktig at opplæringspersonen viser respekt og omsorg for deltakerne og at det utvises en gjensidig forståelse for taushetsplikt innad i gruppen og i relasjonen mellom ansvarlig og hver enkelt deltaker. Dette vil være med på å opparbeide et tillitsforhold både i gruppen og mellom deltakerne og opplæringspersonen. Denne tillitserklærte omsorgsrollen vil også ha en stor påvirkning utenfor opplæringsrammene. Det deltakerne lærer og blir bevisstgjort gjennom opplæringen kan medføre at de endrer sine egne standpunkt i etiske, mellommenneskelige - og tradisjonelle verdier og holdninger både når det gjelder deres arbeid og deres privatliv (Mathisen & Kristiansen, 2005). Det er viktig at opplæringspersonen/veilederen i prosjektet er oppmerksom på dette så det ikke oppstår unødvendige konflikter.

Når man skal tre inn i en slik arbeidssituasjon, så er det nødvendig at man i forkant har tenkt igjennom alle disse potensielle etiske problemstillingene og være bevisst den påvirkning de vil ha på den rollen man skal ha i prosjektet og som medmenneske. Det er også viktig at man lytter til deltakernes respons til det man sier og det man gjør. En etisk bevissthet vil gjøre at man er i stand til å møte de etiske utfordringer man møter i interaksjon med menneskene og det som skal formidles til dem (Bergem, 1998).

4.0 METODE: FOKUSGRUPPE

4.1 Bruk av metoden fokusgruppe i prosjektet i flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

En av metodene som ble brukt i feltarbeidet, og som blir vektlagt i denne avhandlingen, er den kvalitative forskningsmetoden; fokusgruppe. Denne metoden ble valgt fordi man ønsket å utforske kunnskapsnivået innen ernæringsproblematikken i leirene blant helsepersonellet, og for å se på nivået av engasjement og evnen til å reflektere og diskutere rundt emnet.

Utvalget til fokusgruppene var forutbestemt da dette var en del av opplæringen til nutrisjonistene. En annen årsak til et forutbestemt utvalg var at det ble bestemt av helseministeriet og Healthy Child hvilken dispenseria som skulle delta i prosjektet. Det innebar at det var helsearbeiderne ved den dispenseria som skulle delta i fokusgruppene og også senere i opplæringen.

Metoden ble tilpasset arbeidsforhold, gruppedeltakeres kunnskaps – og kompetansenivå og andre rammebetingelser som for eksempel tilgjengelighet av oppholdsrom og tidsressurser. Fokusgruppene ble brukt som diskusjonsforum, og det var rom for forklaring av ord og utdyping av emner som de skulle lære mer av i etterkant i selve opplæringen.

I de videre delkapitlene følger en nærmere forklaring på hva en fokusgruppe er, og hvor og hvordan den kan benyttes.

4.1 Bruksområder

Kvalitative studier har tidligere ikke blitt sett på som en valid vitenskapelig forskningsmetode da resultatene er kontekstavhengig og kan bare gjelde for det objektet, gruppen eller samfunnet man forsker på i det tidsrommet hvor forskningen blir gjort. Imidlertid er det gradvis blitt mer akseptert og mer benyttet innenfor samfunnsvitenskapene (Thagaard, 2003). Intervju og observasjon er noe av de mest benyttede kvalitative forskningsmetodene (Thagaard, 2003), og man kan si at fokusgruppe er en blanding av de to. Fokusgruppe er diskusjon og intervju med en utvalgt gruppe hvor forskeren, samtidig som man er ansvarlig for utførelsen av fokusgruppen, kan observere deltakerne (Bojlen & Lunde, 1995). I

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

fokusgrupper kan forskerne vektlegge de meninger, holdninger og følelser som respondentene gir uttrykk for, i tillegg til de faktakunnskapene som fremkommer, som en del av forskningsresultatet i sine analyser (Clark, 1999). Man kan i tillegg til det som blir sagt også observere kroppsspråk og kroppsholdning når respondentene lytter til andre eller når de snakker selv.

Fokusgruppe er en populær undersøkelsesmetode, og blir benyttet på mange områder. I USA blir den spesielt mye brukt i forkant av valgkampanjer. Da setter de for eksempel sammen potensielle velgere for å få deres syn på kandidater og valgprogram. Dette er en god metode for å få vite hva som er aktuelle temaer for ”mannen i gata”, og på bakgrunn av det som kommer frem i fokusgruppene kan de sette opp sitt program (ASA, 1997).

Metoden blir også benyttet innen markedsanalyser. De bruker denne metoden for å evaluere tjenester og varer, og for å finne nye ideer. Markedsføringsfirmaer blir ofte leid inn for å gjøre vane-, forbruks – og holdningsstudier både for og i bedrifter. Mange bedrifter bruker blant annet fokusgrupper for å finne ut av hva de for eksempel kan gjøre for å få ned sykefravær eller for å bedre arbeidsmiljø. De bruker også fokusgrupper i imagestudier for å finne ut av hva de ansatte mener om deres egen arbeidsplass til fordel for konkurrenter (ASA, 1997).

Fokusgrupper blir benyttet til å belyse komplekse problemstillinger, og for å samle inn informasjon. I 2003 (England, Doughty, Genc & Putkeli), i Nord-London, ble 24 tyrkiske og kurdiske flyktningsmødre, med barn i alderen 0-5 år, samlet til fokusgruppe.

Forskningsteamet ville finne ut av hvordan kommunikasjonen mellom mødrene og helsepersonellet på helsestasjonen fungerte. I tillegg ville de finne ut av hvordan mødrenes syn og følelser rundt emnet barnemating var. De gjennomførte tre fokusgrupper med de samme deltakerne og alle gruppesamlingene ble tatt opp på lydbånd, filmet og oversatt. Ved hjelp av fokusgruppene fant de ut at på tross av god informasjon på helsestasjonene viste det seg at det var tydelige kommunikasjonsproblemer, og mødrene var urolige fordi de ansatte på helsestasjonene ikke forsto deres barn og deres problemer (England, et. al., 2003). Samtalene i fokusgruppene viste at det var tydelig behov for videre opplæring av helsepersonellet innen kulturforståelse. Dette for å kunne få et mer helhetlig perspektiv av problemforståelse og en løsningsfokusering basert på mødrenes og barnas kulturelle og tradisjonelle betingelser og forståelse. Det kunne også være interessant dersom det hadde blitt gjennomført fokusgrupper med helsepersonellet med samme problemstilling, men sett fra deres ståsted. Senere kunne

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

man da kjørt heterogene fokusgrupper hvor de sammen kunne jobbet seg frem til løsninger ved å benytte seg av den kunnskap som var kommet frem.

Et viktig mål ved kvalitative studier er å gå i dybden for å oppnå en forståelse av sosiale fenomener, menneskelig adferd og relasjoner mellom mennesker i et samfunn eller en gruppe. Ofte utføres denne type forskning for å få en mer utvidet forståelse av et kvantitativt forskningsresultat. Det er heller ikke uvanlig at forskere bruker fokusgrupper både i forkant og/eller i etterkant av kvantitative undersøkelser for å finne hvilke områder innen et tema som bør være med i en undersøkelse, eller å oppklare eventuelle utfall etter en undersøkelse. Spørreskjema kan utvikles på grunnlag av en eller flere fokusgrupper (Bojlen & Lunde, 1995). Slike samlinger er nyttig for å kartlegge meninger, holdninger og eventuelle strategier man kan benytte, slik at man ikke bare får vite hva informantene tenker, men også hvorfor de tenker på den måten de gjør. Man går mer i dybden og ser på sammenhengen i informasjonen. Det er ikke ukjent å bruke en slik metode som en introduksjon til individuelle intervjuer (ASA, 1997; Analysegruppen, 2004; Managementhelp, 2004). I mange studier bruker man ofte flere typer metoder for å nå målet; triangulering av metoder. Fokusgruppe er en gjennomførbar metode som passer til å brukes i triangulering av metoder innen helsesektoren (Bojlen & Lunde, 1995).

En eksempel på bruk av triangulering, hvor fokusgruppe er en av metodene, er undersøkelsen som ble gjennomført på Sri Lanka etter tsunamikatastrofen i desember 2004 (Jayatissa, Bekele, Piyasena & Mahamithawa, 2006). En gruppe forskere ønsket å undersøke ernæringsstatus til både barn under fem år, gravide og ammende kvinner som bodde i flyktningleirene som var satt opp etter katastrofen. Fra leirene ble tretti barn mellom null til fem år, alle gravide og alle ammende plukket ut til å være med i studien. De gjennomførte dybdeintervjuer med barnas primære omsorgspersoner og nøkkelpersoner i leirene. Vekt og høyde ble målt på alle som var med i studien. På ammende kvinner ble det i tillegg målt overarmomkrets. De kjørte deretter fokusgrupper med mødrene hvor de diskuterte situasjonsbildet, årsakssammenhenger og eventuelle løsninger på de problemer og utfordringer som var kommet frem i studien (Jayatissa et. al., 2006).

Fokusgrupper kan også bli benyttet som en evalueringsmetode. Man kan bruke fokusgruppe på elever hvor de evaluerer sine lærere eller for eksempel evaluere et studieprogram. I Athen

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

(Tsiboukli & Wolff, 2003) ble det utført fokusgrupper hvor respondentene var helsepersonell som tok videreutdanning for å arbeide med rehabilitering for rusmisbrukere. De tok for seg individuelle opplevelser fra praksis og så på selve studiemodellen for å finne ut hva de trengte mer av i utdanningen; både fra utdanningsinstitusjonen, kollegaer og seg selv. Forskerteamet konkluderte med at deltakernes egne oppfatninger, opplevelser og praksis fra studiet kunne være en god kilde til forbedring og videreutvikling av studiet (Tsiboukli & Wolff, 2003). Man kan også samle behandlere av en gruppe mennesker med samme sykdomsbilde i fokusgrupper for å vurdere ulike behandlingsmetoder og for utveksle kunnskap og erfaringer om emnet slik at pasientene kan få den beste behandling (Smith, Lawrence & Robert, 2005). I den pedagogiske begrepsverden ville dette kunne bli kalt kollegaveiledning. Det er en type gruppeveiledning hvor yrkesutøvere fungerer som støttespillere, hjelper sine kollegaer til bevisstgjøring og videreutvikling av sin yrkesteori og samtidig utvikler en felles yrkeskunnskap, yrkesetikk og praksis (Lauvås, Lycke & Handal, 2004).

4.2 Utvalg til fokusgrupper

Ofte er fokusgrupper basert på homogene og/eller sammenlignbare respondenter. Imidlertid kan dette føre til at informasjonsflyten og diskusjonene kan stagnere fordi de deler for mange like meninger og erfaringer. Noen mener det beste er om ikke respondentene kjenner hverandre (Analysegruppen, 2004). Det er enklere å være åpen med mennesker man aldri skal se igjen for da behøver man ikke tenke på konsekvensene av de uttalelser man ytrer. Det vil derfor være unaturlig å for eksempel sette en lærer og en student eller en leder og en arbeidstaker i en setting hvor man for eksempel skal diskutere lederskapet i bedriften. Da deler man heller opp i to grupper; en med ledere fra bedriften og en med bare arbeidstakere. Man kan også dele respondenter inn i demografiske grupperinger, som for eksempel etter alder, kjønn, sivilstand, yrke eller geografiske områder. I forskningsprosjekter bruker man ofte mennesker med ulik bakgrunn og ulike meninger for å få et bredere perspektiv. Dette kan by på problemer. Det kan oppstå ulikheter i gruppen med tanke på autoritet og status, og det kan også føre til at man ikke kommer noen vei med diskusjonene på grunn av for ulike og sterke meninger (ASA, 1997; Analysegruppen, 2004; Managementhelp, 2004). Man må se på hva forskningsspørsmålet dreier seg om og hva man ønsker å få ut av fokusgruppen. Forskningsteamet som arrangerte fokusgruppene i Nord-London (England, et. al.) så mest nytte av å samle en homogen gruppe fordi problemstillingen dreide seg om synspunktene til

én spesiell gruppe mennesker. Man kan gjennomføre fokusgruppe i flere ulike grupper parallelt for å få et videre og større perspektiv på problemstillingen eller temaet, men behovet for dette avhenger som sagt av konteksten.

Fokusgrupper er ikke direkte gruppeintervjuer, men diskusjoner hvor alle kan svare på det de blir spurt om, og i tillegg komme med tilleggsspørsmål for å utdype en problemstilling. Det mest ideelle er å ha grupper på 6-12 personer. Dersom man har for små grupper kan det lett bli en til to personer som dominerer diskusjonene og tar styringen, og dersom gruppene blir for store kan det lett bli forvirring. Det kan være at noen melder seg ut, og det kan oppstå sidediskusjoner og noen respondenter kan bli frustrerte og irriterte fordi de ikke slipper til (ASA, 1997; Analysegruppen, 2004; Managementhelp, 2004). Det er da viktig at ansvarspersonen tar dette til etterretning og styrer gruppen videre i diskusjonen eller tar diskusjonen over på noe annet.

4.3 Teoretisk tilrettelagt gjennomføring av fokusgrupper

Respondentene skal få beskjed på forhånd om hva fokusgruppen vil dreie seg om. De skal også gjøres oppmerksom på at aktiviteten er frivillig og at den informasjonen de kommer med ikke vil kunne spores tilbake til dem i etterkant.

Mange velger å betale deltakerne, men det beste er om de kommer på frivillig grunnlag. Det ønskelige er at engasjementet er ekte og ikke påvirket av økonomiske rammer. Det er vanlig å tilby forfriskninger, og kanskje et lett måltid for å skape en god og trygg atmosfære (ASA, 1997; Analysegruppen, 2004; Managementhelp, 2004).

Det må være en eller to personer som har ansvaret for fokusgruppen. Deres oppgave vil være å holde gruppen fokusert, stille tilleggsspørsmål for å grave dypere, notere ned og organisere svaringsprosessen. Dersom det skulle oppstå problemer underveis vil det være deres oppgave å løse det på best mulig måte. Den vanligste måten å samle informasjonen på er å bruke videoopptak, båndopptakere og notatskriving. Som oftest blir flere av disse alternativene brukt samtidig. Man kan aldri få med seg alt ved kun å ta notater. Det anbefales å bruke videoopptak og notater samtidig for da vil man i tillegg kunne få med kroppsspråket til respondentene (ASA, 1997; Analysegruppen, 2004; Managementhelp, 2004).

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

I en fokusgruppe er det nødvendig å bruke åpne spørsmål, og antall hovedspørsmål bør ikke overstige 6. De må være godt formulert og være lett forståelige. Det er viktig at spørsmålene er helt nøytrale slik at respondentene ikke ledes til svaret. Man begynner som oftest med upersonlige spørsmål for å sette i gang diskusjonene. Spørsmålene må følges opp med underspørsmål som de ansvarlige har klart på forhånd dersom dette ikke skjer naturlig i prosessen. Det er meget viktig at man i forkant av fokusgruppene har helt klart for seg hva man ønsker å få vite gjennom prosessen (ASA, 1997; Analysegruppen, 2004; Managementhelp, 2004).

Når alle respondentene er samlet, starter de ansvarlige med å presentere seg selv og bakgrunnen for fokusgruppen. De etiske aspektene rundt opplegget bør også gjentas og eventuelt diskuteres, og regler for hvordan fokusgruppen skal foregå forklares i klartekst. Det skal også nevnes at diskusjonene vil bli tatt opp på bånd og eventuelt film, og grunnlaget for dette. De ansvarlige starter med å snakke rundt tema og stiller spørsmål slik at diskusjonen blir satt i gang. Tidsrommet for fokusgruppen bør ikke overstige 2 timer. På slutten gir ansvarlig et kort sammendrag av hva som er tatt opp, og spør om det er noe mer som bør nevnes. Alle respondenter skal i ettertid få tilbakemelding om hva utfallet av fokusgruppen ble (ASA, 1997; Analysegruppen, 2004; Managementhelp, 2004).

4.5 Etiske vurderinger ved bruk av fokusgrupper

Frem til siste halvdel av forrige århundre ble forskning sett på som en nøytral og objektiv produksjon av kunnskap og viten (Vaags, 2004). I dag vil dette være svært vanskelig å hevde da vi har mer kunnskap om hva som egentlig skjer i en forskningsprosess og hvilke faktorer som spiller inn. Allerede da man vurderer valg av forskningsområde spiller verdier og normer en sentral rolle, og gjennom hele prosessen vil man måtte gå gjennom etiske vurderinger (Vaags, 2004), og man må foreta valg som står til de etiske holdninger man har i seg selv og de som råder i det samfunnet man befinner seg i. Dette har resultert i at det er utarbeidet en type områdeetikk kalt forskningsetikk (Vaags, 2004). Det innebærer ett felles sett med verdier, normer og institusjonelle ordninger som hjelper forskerne i sin virksomhet (NESH, 2005). Det skilles mellom interne og eksterne normer innad i et forskningsmiljø. De interne inneholder de normer som bør gjelde innad i forskningsmiljøet og deres virksomhet. De

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

eksterne normene angår den rolle som forskningen bør spille for omgivelsene både før, under og etter aktiviteten (Vaags, 2004). Innenfor fagområde samfunnsvitenskap og humaniora har Norge en egen forskningsetisk komité som er utnevnt av Utdannings- og forskningsdepartementet, og som har ansvaret for oppdatering, nedskrivning og oppfølging av de skrevne forskningsetiske retningslinjene. Avhandlinger på master- og doktorgradsnivå er også underlagt disse retningslinjene (NESH, 2005), og derfor må det i dette forskningsarbeidet også tas hensyn til disse. Om forskningen dreier seg om kvantitativ eller kvalitativ metodebruk tas det ikke hensyn til i dokumentet.

Da dokumentet fra NESH (2005) er svært omfattende vil kun de retningslinjene som forskningsfeltet i dette prosjektet berører bli vurdert i denne oppgaven.

Dette forskningsprosjektet vil kunne ha innvirkning på samfunnet da det vil kunne avdekke kritikkverdige samfunnsmessige forhold. Det vil kunne være med på å belyse svakstilte gruppers situasjon, og det vil igjen kunne problematisere verdier og normer som preger samfunnet det forskes i. Det vil kunne avdekke maktforhold og vitende eller uvitende feilballanseringer av for eksempel økonomiske midler (NESH, 2005). Det er da viktig at man fra første stund er ærlig om sin hensikt med forskningen og at man viser ydmykhet og respekt når man trer inn i en fremmed kultur med et avhengighetsforhold til bistand utenfra. Det betyr selvsagt ikke at man skal akseptere diskriminering eller noen form for overgrep (NESH, 2005). I noen land kan det forekomme kulturelle eller religiøst begrunnende overgrep og man må da vise aktsomhet og vurdere hvordan man skal forholde seg til dette (NESH, 2005). I dette forskningsprosjektet vil denne problemstillingen sannsynligvis ikke fremtre, men det kan være godt å være forberedt og ha vurdert hva man skal gjøre dersom problemet skulle oppstå.

NESH (2005) oppfordrer til samarbeid med lokalbefolkning og dets myndigheter for å unngå unødvendige konflikter om medbestemmelse og kontroll av studiet. Da denne forskningen og utfallet av prosjektet vil kunne ha betydning for bistandsmidler og videre arbeid i leirene er dette punktet svært relevant. Det er på grunnlag av dette viktig å ta hensyn til dette også i forhold til deltakerne i fokusgruppen og opplæringen. Det kan være de svarer på spørsmålene ut fra det de tror at forskeren ønsker som resultat eller det som vil gi samfunnet størst gevinst. Det er derfor viktig å redegjøre for regler som taushetsplikt og viktigheten av ærlighet. Det er

også viktig å definere forskerens rolle slik at deltakerne vet hva de kan forvente av faglig- og personlig relasjon og kommunikasjon. Dette slik at det ikke oppstår et falskt mistillitsforhold eller et skjevt maktforhold mellom deltaker og forsker, og man vet også da hvilke regler som gjelder for ordbruk og hvilket nivå man skal forholde seg til med tanke på private erkjennelser. Selv om man i en fokusgruppe skal komme med sine subjektive personlige meninger og erfaringer, så bør man ha en grense for hvor privat man skal være slik at forskningen ikke fører til uønsket invadering av den enkeltes private sfære (NESH, 2005). Direkte kontakt mellom forsker og respondenter preger ofte forskningen og dette medfører en rekke metodiske og etiske utfordringer (Thagaard, 2003). Man må gjøre det man kan for å sikre en grunnleggende respekt for menneskeverdet både i valg av tema, under selve feltarbeidet, behandling av deltakere og i analyse og formidling av den data og de opplysningene man får oppgitt i forskningsperioden (NESH, 2005). Det er svært viktig at man som forsker tar hensyn til og respekter deltakernes integritet, frihet og medbestemmelsesrett (NESH, 2005). Deltakerne skal i forkant av fokusgruppemøtene vite hva som skal skje og hvorfor de skal delta slik at de får muligheten til å unnlate å møte. De skal også få opplysninger om hva forskningsarbeidet handler om, hvorfor det skal gjøres og hva resultatene skal brukes til (NESH, 2005). De må være der av egen fri vilje og de skal opplyses om at de kan avbryte sin deltakelse når de selv måtte ønske uten at det vil få noen negative konsekvenser for dem. Alt dette er forskerens ansvar (Ringdal, 2001).

Resultatene og opplysningene som vil fremgå av fokusgruppene må anonymiseres og lister med navn eller grupper skal ikke fremgå av forskningsrapporten. Dersom dette skal gjøres må man ha samtykke fra de deltakerne informasjonen gjelder. Bilder, lydopptak eller videoopptak som eventuelt gjøres under fokusgruppene kan kun brukes, utenom ved analyse av data, med deltakernes samtykke. Det vil bli spurt etter samtykke om dette på grunn av eventuelt bruk av bilder i masteroppgaven eller ved filmfremvisning ved muntlig presentasjon av feltarbeidet. Dette er selvsagt frivillig. Deltakerne i fokusgruppene skal kunne få se resultatet av forskningen og eventuelt være med på evaluering dersom det skal gjøres under oppholdet i flyktningleirene.

5.0 DEN PLANLAGTE GJENNOMFØRINGEN AV PROSJEKTET

5.1 Forberedelser og planlegging

Planleggingen av opplegget startet i januar 2004. På dette tidspunktet var planen å fortsette opplæringen av nutrisjonistene ved sykehusene som allerede var inne i KNs prosjekt. De skulle læres opp i hvordan de skulle videreføre sine kunnskaper og øke bevisstheten i ernæringsspørsmål blant befolkningen, og da spesielt mødre, for å redusere prevalensen av underernæring, som er påvist i tidligere studier, blant barn i alderen 0-5 år.

Det ble skrevet en prosjektbeskrivelse i denne forbindelse, og den forklarte i detalj hvilke mål, delmål og hvordan arbeidet skulle gjennomføres (Buås & Tvete, 2004) .

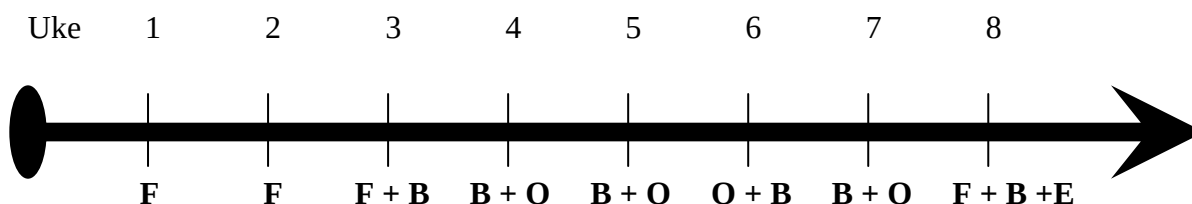
I forkant av opplæringen skulle det gjennomføres fokusgruppesamlinger for å finne grunnlaget til en baselinestudie for å få et bilde av prevalensen av underernæringen blant barn mellom 0-5 år var på dette tidspunkt. I tillegg ville man få et bilde av kunnskapsnivået innen ernæringsproblematikken i leirene blant helsepersonellet og interessen og engasjementet for å endre situasjonen. Tidligere undersøkelser hadde gitt et bilde av hva man kunne vente av undersøkelsen, så intervensjonene som skulle utføres etter studien var ferdig var allerede delvis planlagt ved avreise fra Norge. Intervensjonen ville være å gjennomføre opplæring i ernæring, barnemating og i tillegg ha praktisk matlagingstimer med nutrisjonistene og helsepersonell i leirene. De skulle i ettertid ha opplæring på mødrene til de barna som hadde vært med i undersøkelsen. Når vi reiste hjem igjen skulle dette arbeidet fortsette. En evaluering skulle bli gjort etter 1 år for å se om intervensjonen hadde hatt en innvirkning på prevalensen av underernæring blant de barna som var med i undersøkelsen. Intervensjonsgruppen ville selvsagt bli satt opp mot en kontrollgruppe. Etter evalueringen ville man kunne se på videreutviklingen av prosjektet.

Figuren nedenfor (figur 13) viser en grafisk fremstilling om hvordan arbeidet vil fordeles over de 8 ukene som prosjektet vil finne sted. Da en grafisk fremstilling ikke gir ytterligere

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

informasjon enn hvordan de 4 aktivitetene er fordelt medfølger det også en skriftlig forklaring.



F = fokusgruppe B = Baselinestudie O = Opplæring E = Evaluering

Figur 13. Grafisk fremstilling av den planlagte tidsbruken i prosjektet.

Uke 1 (27.09.04-03.10.04)

Denne uken går med til å bli kjent med nøkkelpersoner og forberedelse for de neste månedene. Det skal gjennomføres møter med både Healthy Child-representant, nutrisjonister, helseministeren og noen av helseministeriets representanter. Søndag 3.oktober er det planlagt informasjonsmøte for deltakerne i prosjektet hvor de vil få informasjon om prosjektet og hva det vil innebære å være deltaker. I tillegg skal det samme dag utføres en kunnskapstekst på nutrisjonister og helsearbeidere. Dagen skal avsluttes med første fokusgruppe.

Uke 2, 3 og 4 (04.10.04-24.10.04):

I disse ukene skal det gjennomføres ytterligere to fokusgruppesamlinger. I samarbeid med nutrisjonistene og helsearbeiderne skal vi utforme spørreskjemaer til bruk i baselineundersøkelsen. Det er satt av fem dager til fokusgrupper og utarbeidelse av skjemaene og tretten dager, inkludert eventuelle fridager, til gjennomføring av undersøkelsen. De siste to dagene av uke 4 er avsatt til praktisk opplæring av nutrisjonister og helsearbeidere i barnemat og mating av barn.

Uke 5, 6 og 7 (25.10.04-14.11.04):

I løpet av disse tre ukene skal undersøkelsen gjøres i en annen leir hvor helsepersonellet på dispenseriane ikke vil være med i opplæringen. Dette vil skje

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

samtidig som den praktiske opplæring skal fortsette. Helsearbeiderne og nutrisjonistene skulle deles inn i fire blandede team. De tre første dagene skal de være samlet. De fire teamene skal dele seg i to grupper hvor ett team observerer og det andre øver seg. Det ville bli satt av tid til samtale om det teamet som er blitt observert og det de opplevde, og da selvfølgelig med konstruktiv tilbakemelding i fokus. Etter disse tre dagene vil dagene deles i to. Den ene halvdel vil gå med til praktisk opplæring av mødre i barnemating og ernæringskunnskap. Den andre halvdel vil brukes til gjennomføring av studiet i den andre leiren som senere vil fungere som kontrollgruppe.

Uke 8 (15.11.04-21.11.04):

De siste dagene går med til fokusgrupper hvor vi, i samarbeid med helsearbeiderne og nutrisjonistene, skal ha en evaluering av opplæringen og arbeidet i feltet. Den siste dagen i fokusgruppen vil hele opplegget evalueres og vi vil se på hva som kan gjøres videre. Den 19. november 2004 er avreisedato, så alle eventuelle møter i forbindelse med arbeidet vi har utført må være holdt før denne dagen.

Før avreise fra Norge måtte vi sørge for å ha med oss alt vi trengte av dataprogrammer til analyse og bearbeiding av undersøkelsen og det som skulle benyttes av materiale i undervisningen, da dette kan være vanskelig, om ikke umulig, å få tak i under oppholdet.

5.2 Forskers rolle

Siden det i dette prosjektet både er gjennomføring av både fokusgrupper og opplæring vil forskeren måtte tre inn i to ulike roller. Forskeren vil alltid være forsker, men innen opplæringen vil man også være veileder og ha større påvirkning på deltakerne. Dessuten vil deltakerne ha en noe annen rolle som studenter enn som deltakere i en fokusgruppe. I opplæringen skal deres kunnskapsnivå heves samtidig som de skal bruke den kunnskap og deres tidligere erfaringer, mens de i fokusgruppen skal dele den kunnskap og erfaring de allerede har. De vil selvsagt også lære noe nytt av hverandre i diskusjoner i fokusgruppene, men i opplæringen vil de alle få ny kunnskap og nye erfaringer.

5.2.1 Fokusgruppene

Den feltrollen man har valgt vil ha innvirkning på arbeidets troverdighet (Ringdal, 2001). Deltakerne i fokusgruppen vil bli påvirket av forskerens tilstedeværelse og det å jobbe opp et tillitsforhold, og en nær kontakt med deltakerne, kan ta lang tid. Dersom man får for nære relasjoner til dem, vil også det ha en innvirkning på analyseringen av det man ser og hører i gruppen. Det er derfor en nødvendighet at man definerer den rollen man skal ha og gjør den tydelig for deltakerne slik at det ikke oppstår unødvendige uklarheter og misforståelser.

I dette arbeidet har forskeren det hele og fulle ansvar fra planlegging og gjennomførelse til analysering av utkommet. Ansvaret går ut på å legge til rette fokusgruppesituasjonen slik at man får svar på det man trenger for å kunne gjennomføre en undersøkelse, og for å få et gyldig grunnlag til gjennomføringen av opplæringen. I denne fokusgruppen skal forskeren stille hovedspørsmålene, stille tilleggsspørsmål og fungere som en kunnskapsbase dersom deltakerne har faglige spørsmål. Forskeren har også ansvaret for å observere hva som skjer, ta notater og i tillegg styre gruppen slik at alle får deltatt om de ønsker.

5.2.2 Opplæringen

Forskeren vil også gjøre forskning i opplæringssituasjonen. Man vil i denne situasjonen få et mer grunnleggende bilde på hver enkelt deltakers kunnskapsnivå, utvikling - og endringskompetanse og engasjement for fagområde. Den som skal sette opplæringsopplegget ut i live bør ha en pedagogisk bakgrunn og opplæringspersonen skal fungere som en veileder i læringsprosessen slik at man vet hvordan man skal nytte seg av planene, og hvordan man skal kunne bruke det i praksis, med det fokus at studentene skal gjennomgå en fruktbar læringsprosess.

Det å ha en pedagogisk bakgrunn betyr at man må ha en didaktisk kompetanse, men man må også ha kompetanse på flere felt. Det faglige er selvsagt svært viktig da det skal legges til rette slik at studentene tilegner seg en faglig innsikt. Det å ha en yrkesetisk kompetanse er nødvendig for at man skal kunne utføre oppgaven sin på en etisk riktig og nøytral måte. For at samspillet i gruppen skal fungere er det også viktig at læreren har en sosial kompetanse. Det vil blant annet si at læreren tar alle på alvor, legger til rette for respektfullt samspill og prøver å få alle til å trives i gruppen. I denne opplæringssituasjonen, som denne læreren blir satt i, er det viktig at man innehar en endrings- og utviklingskompetanse slik at man kan

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

fortløpende oppdatere og eventuelt forandre på den planen man har satt opp. For de ansvarlige for opplæringsprogrammet er denne opplæringssituasjonen ukjent bortsett fra de erfaringer som er blitt fortalt av Barikmo. Siden alle opplevelser imidlertid er subjektive må man være forberedt på at man tolker opplevelser og hendelser ulikt. Det vil si at man må være forberedt på at det kan oppsto problemer som gjør at man må gjøre endringer underveis og man må kunne ta fatt på utfordringer uten at man mister fokus. Opplæringspersonen skal fungere som en veileder for deltakerne. Det vil si at læreren skal legge til rette for personlig utvikling i form av tilpasset opplæring og legge vekt på refleksjon av egen og gruppens utvikling (Lyngsnes & Rismark, 2001).

6.0 GJENNOMFØRING OG RESULTAT

De første dagene lærte vi at en del ting ikke går slik man har planlagt. De utfordringene vi hadde forberedt oss på var kanskje mer på det teoretiske, etiske og følelsesmessige planet. Det var de mer praktiske utfordringene som møtte oss. Helseministeriets utsending trodde vi var kommet for å gjøre et helt annet arbeid enn det som var planlagt. Dette ordnet seg etter hvert når de økonomiske faktorene ble løst og vi fikk ytret viktigheten av arbeidet vi skulle gjøre. Derimot ble tidsplanen, og sted for gjennomføring av både fokusgrupper, undersøkelse og opplæring, endret allerede i første møte med helseministeriets utsending. Den nye planen var under endring under hele prosessen (vedlegg 4). Det var planlagt en kunnskapstest som skulle utføres i forkant av fokusgruppene, men den var det ikke tid nok til å kunne utføre. Dessuten var det ønskelig å ha fokusgrupper for til evaluering i slutten av prosjektet, men dette ble det heller ikke tid til.

Spørsmålet rundt bruken og utvalg av tolk ordnet seg ganske raskt. Barikmo hadde arbeidet sammen med en meget god tolk tidligere, og vi var så heldig å få henne til å jobbe sammen med oss i fokusgruppene og under baselinesstudiet. Under opplæringen måtte vi benytte oss av en annen tolk fordi den kvinnelige tolken måtte være hjemme hos sin familie under mesteparten av Ramadan.

6.1 Fokusgruppene

Den første dagen i møte med deltakerne i fokusgruppen gikk vi gjennom hele programmet og de målene vi hadde. Det ble også gitt en del informasjon om hvordan forholdene var på dette tidspunktet, og UNHCR-modellen (vedlegg 3) ble forklart med fokus på relevante årsaker og påvirkningsfaktorer. Ut fra dette ble det lagt opp til diskusjon rundt de ulike årsaksområder, og det ble også stilt spørsmål om deltakerne hadde andre mulige forklaringer på underernæringen enn de som ble nevnt under gjennomgangen av årsaksmodellen.

De fleste viste stor interesse og deltok aktivt i diskusjonene. Diskusjonen startet med innholdet og tidsplanen som var lagt opp. På grunn av Ramadan var det flere som ikke kunne delta hele dager på opplæringen. Det ble da gitt beskjed om at planen ville bli endret slik at programmet på best mulig måte kunne gjennomføres. Flere ytret at de ikke visste at de hadde

et så stort problem med underernæring blant barn som de i første fokusgruppe ble fortalt. De var ikke klar over problematikken rundt dette og hva det kunne medføre. Dette gjaldt ikke nutrisjonistene. Imidlertid skulle det vise seg at også de ble noe overrasket over tilstanden i leirene da de kom ut i feltet.

Spørsmål til undersøkelsen skulle finnes, og man måtte finne ut av hva man måtte ta hensyn til ved utførelsen innenfor hvert emne. På første fokusgruppemøte ble emnene hygiene, sanitære forhold og hvordan man skulle finne ut av dette diskutert. Deltakerne sa de trodde at de fleste hadde latrine og vann de kunne vaske seg med, og dersom de ikke hadde egen latrine lånte de av familie eller venner når det trengtes. På spørsmål om hvordan man skulle finne ut av dette ble det ytret at man bare kunne spørre om respondentene hadde latrine, og dersom de hadde så kunne man bare gå inn å se. Dette førte til en samtale og en tilsynelatende lang diskusjon rundt det etiske i henhold hvordan man skal gå frem for at resultatet skulle være forskningsetisk riktig. Det ble forklart at respondentene måtte medvirke frivillig til undersøkelsen og at dette også gjaldt bruken av det man observerte. De fleste var enige om at de skulle spørre om å få se latrinen og opplyse om at dette ville inngå som informasjon i spørreskjema.

Siden man her allerede var inne på det etiske aspektet ved bruk av spørreskjema, og forskningsetiske regler, ble denne diskusjonen tatt videre på dette tidspunkt. Det ble satt spørsmål ved hvorfor de måtte stille alle disse spørsmålene som de selv trodde de kunne svare på uten å spørre respondentene. De ønsket å stille dem spørsmål om ting de ikke visste. Det ble da forklart at for at svarene skulle være gyldige måtte man ha et visst antall respondenter og at disse selv måtte avgi svar. Det ble demonstrert ved at vi la frem et eksempel som innebar at spørreskjema og svarene ble fylt ut av respondenter i Norge som bare hadde lest om deres land og deres kultur uten å ha vært tilstede i leirene. Deltakerne forstod da viktigheten av å ha svar direkte fra kilden man forsket på. Samtidig som dette ble diskutert var det naturlig å snakke om etiske problemstillinger i forhold til spørreteknikker og hvordan man skal oppføre seg i et slikt feltarbeid. Flere av deltakerne sa at de ikke forsto hvorfor man måtte formulere spørsmål på en spesiell måte. De mente at dersom man spurte rett ut hva man ønsket å vite ville man få de svarene man ønsket. De ble da gjort oppmerksomme på at det ikke var ønskelig at respondentene skulle kunne forstå hvilke svar det var ønskelig at de skulle gi. En av deltakerne ga da uttrykk for at han forsto hva som ble sagt og at det ikke var ønskelig at svarene skulle kunne leses ut fra spørsmålet som ble stilt. Det etiske perspektivet

med gjennomføringen av undersøkelsen ble også diskutert dagen før undersøkelsen skulle utføres. De samme spørsmålene ble diskutert på nytt, men flere av deltakerne var da enige om at respondentenes privatliv måtte beskyttes og at spørsmålene måtte stilles på en slik måte at respondenten svarte det som var sant uten å være ledet av den som stilte spørsmålet eller av selve spørsmålsformuleringen.

På neste fokusgruppemøte tok man for seg emnene boforhold, familiesammensetning og den økonomiske situasjonen for husholdene. Det ble her ytret at de fleste hadde 2-3 barn og at de fleste hadde ett eller flere familiemedlemmer utenom kjernefamilien boende hjemme hos seg. Et par av deltakerne mente at det var mange som hadde penger de kunne bruke til innkjøp av mat og annet de trengte. Pengegaver fra utlandet, inntekt fra egne små butikker og deltakelse på prosjekter ble nevnt som inntektskilder. Det ble bestemt at dette måtte det finnes mer ut av og at det var naturlig å stille spørsmål vedrørende dette. En av deltakerne tok opp problemstillingen med at det kunne være noen som ikke ville svare på dette og at man derfor ikke kunne være sikker på at de svarte sant dersom de likevel avga et svar. Dette førte til diskusjon om validiteten av svarene som ble gitt, og det ble igjen nevnt at dette var en av årsakene til at man må ha et visst antall respondenter for at man skal få et bilde av hva som kan være sannheten.

For at ikke diskusjonen bare skulle dreie seg om forskningsetiske spørsmål stilte de ansvarlige for fokusgruppene mer direkte spørsmål på det tredje møte. Det var ønskelig å få diskusjonen over på spørsmål vedrørende kosthold, mat og barneomsorg. Møtet startet med spørsmål vedrørende tilgang på vann og hvilke typer vann de hadde tilgjengelig. Her var nesten samtlige deltakere med i diskusjon og det ble gitt klare svar om tilgjengelighet og bruk. Imidlertid var deltakerne enige om at det måtte stilles spørsmål om dette da det ikke var sikkert at alle hadde samme tilgang eller brukte vannet på mest fornuftig måte. Det ble i denne sammenheng stilt spørsmål om hvilket vann man skulle gi til barna for at de skulle unngå å bli syke. En av nutrisjonistene sa da at man alltid måtte koke vannet og at det derfor ikke var nødvendig å tenke på om man brukte vann fra flaske eller tank, men at det uansett var interessant å få vite hva de fleste brukte til barnematlaging og tørstedrikk til barna utenom brystmelk og morsmelkstillegg. Det ble da nevnt at de trodde mange gav barna sukkervann, men det ville de også finne mer ut av. Deltakerne var på dette tidspunkt svært ivrige og ønsket ikke en gang å ta en kort pause. Da de fikk beskjed om at de trengte en pause etter et par timer

med aktiv diskusjon gikk de med på dette, men diskusjonen fortsatte likevel. Når pausen var over var det noen av deltakerne som hadde kommet inn på temaet om hva barna spiste og hvor ofte de fikk mat. Det ble sagt at barna ble ammet når barnet ga uttrykk for at det var sultent og at det ikke var noe fast måltidsmønster for barn som kun ble ammet. Barn som fikk familiemat derimot mente de fulgte familiens måltidsmønster. Dette var noe de ønsket å finne mer ut av. Det ble spurt om hva de gjorde dersom barna sov når maten skulle serveres og det ble da svart at de sannsynligvis ble vekket. Dersom man hadde barn av hvert kjønn og kanskje noe lite mat, så var det bare jenta som ble vekket fordi hun trengte mest mat. De kunne ikke avgi et svar de ble bedt om å begrunne dette utsagnet. De sa det var noe de hadde lært, men de visste ikke hvor denne informasjonen kom fra.

På det siste fokusgruppemøte var det flere emner vi så på som nødvendige å ha med i henhold til UNHCRs årsaksmodell. Ett av dem gjaldt morens, eller barnets omsorgspersons, omsorg og oppfostring av barnet. Dette hadde vi med overlegg ventet med til siste møte da dette kunne være et sensitivt emne å snakke om. Deltakerne så ikke det å stille spørsmål om dette som et problem. Det ble ytret at dette samfunnet var så åpent at dersom det skulle vise seg at en mor eller omsorgsperson ikke klarte å håndtere barnet så ville andre naturligvis hjelpe til. Det var imidlertid noen av deltakerne som syntes det kanskje kunne være litt vanskelig å stille spørsmål om dette fordi det kunne oppfattes som kritikk av moren/omsorgspersonen. Dette ble diskutert og deltakerne ble enige om at de måtte gå frem på en hyggelig måte og stille spørsmålene av en slik art at de ikke virket truende eller anklagende. I forbindelse med denne diskusjonen startet det opp en sidediskusjon om tradisjoner i samfunnet med tanke på oppfostring av barn og samfunnets engasjement i dette. Diskusjonen ble ført videre inn i plenum og deltakerne kom frem til at man egentlig ikke visste noe om dette bortsett fra at det var vanlig at alle hjalp alle dersom det var ønskelig og at svigermor eller morens mor ofte hjalp til og faktisk hadde nokså stor autoritet i henhold til barnets ve og vel.

Som en avslutning tok vi for oss spørsmålet om tabubelagte tradisjoner og temaer i samfunnet med tanke på graviditet, fødsel og oppfostring av barn. Her kom det frem at prevensjon var et tabubelagt og for noen et forbudt tema, og dette ønsket derfor ingen av deltakerne å ha inn i spørreskjema da det ble for privat å spørre om. Flerkoneri sa de var et ikke-tema og det ønsket de heller ikke selv å diskutere. Da vi stilte spørsmål om tvangsekteskap ble vi avfeid med at dette ikke forekom i deres samfunn og at de heller ikke ønsket å snakke om det da det var et uinteressant tema å diskutere. Med en gang disse temaene ble satt spørsmål ved var det flere

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

som ble aggressive og gikk i forsvarsposisjon med en gang. Tabubelagte temaer var tydeligvis ikke noe de ønsket å snakke om. Da samtalen ble ført over på graviditet og fødsel ble de mer vennlige og snakkesalige. Det ble fortalt at tradisjonen deres tilsa at de skulle føde hjemme med hjelp fra en jordmor som brukte tradisjonelle metoder og eventuelle tradisjonelle medisiner. Det var kun ved nødstilfeller at de reiste til sykehuset i forbindelse med en fødsel. De fleste av deltakerne, både av nutrisjonistene og helsearbeiderne, var enige om at det beste ville være om alle fødte på sykehus for det hadde de blitt fortalt, men flere skjønnte egentlig ikke vitsen med dette da det som oftest gikk bra med både mor og barn ved hjemmefødsler. De syntes det måtte være bedre at legene og sykepleierne på sykehusene kun tok seg av de som virkelig trengte det. Etter denne diskusjonen ble de enige om at spørsmål om mødrene hadde født på sykehus eller hjemme måtte inn i spørreskjema. I denne sammenheng kom de inn på gravides – og ammendes kosthold. Vi sa at dette var et svært viktig tema i forbindelse med underernærte barn. Hvordan praksisen var generelt sa de at de ikke visste noe om, men en av nutrisjonistene sa hun hadde en mistanke om at det var noen som spiste mindre under graviditeten slik at ikke barnet skulle få så høy fødselsvekt. En annen av deltakerne sa da at hun trodde det var flere som spiste mer enn mindre dersom de hadde mulighet til det fordi det var mange som fikk økt appetitt og søthunger. Andre mente å tro at kvinnene fortsatte å spise på samme måte som før graviditeten bortsett fra ved eventuelle kvalme - og/eller oppkastperioder.

Alle emnene som ble diskutert fikk plass i spørreskjema i en eller annen form. Det ble holdt en gjennomgang av spørreskjema ved at de øvet seg på hverandre. Allerede her fikk vi innsyn i de pedagogiske utfordringene som lå foran oss med tanke på opplæringen. Det å spille roller i et rollespill var noe de ikke så nytten av, og de klarte heller ikke sette seg inn i rollen som en annen person. Vi forklarte dem viktigheten av denne øvingen, men de klarte ikke bruke fantasien til å gjennomføre det.

På flere av fokusgruppemøtene, og under arbeidet med undersøkelsen og opplæringen, hendte det at leger og personell fra helseministeriet var til stede. De viste stor interesse for arbeidet vårt.

Helsepersonellet og nutrisjonistene var reflekterte og kunnskapsrike, og vi følte at de virkelig fikk utbytte av fokusgruppemøtene. De fikk et innblikk i hva de kunne og de fleste ytret ønske

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

om å lære mer om ernæring og betydningen av kunnskaper på dette feltet i forbindelse med de helseproblemene de hadde i leirene. De likte denne måten å jobbe på. Fokusgruppene og undersøkelsen ga et klarere bildet av situasjonen og det gav et bedre grunnlag for utformingen av opplæringsopplegget.

6.2 Opplæringen

Opplæringen var nøye planlagt fordi nutrisjonistene kun skulle være tilstede den første opplæringsperioden, og vi måtte derfor passe på å følge tidsplanen for at de skulle få med seg det som var viktig for dem. Planen var å ta inn en del av det Barikmo ikke har hatt i sine kurs, og deretter fortsette med ernæringslære og praktiske øvelser når vi kun skulle ha helsearbeiderne der.

Det var avtalt at opplæringen skulle starte opp klokken ni den første dagen, men den ble over en time forsinket. Da man endelig fikk startet opp ble først dagens agenda gjennomgått. Deretter begynte man med kommunikasjonslære. Det ble snakket om kroppsspråk, talemønster og toneleie og hvordan man fører en samtale i ulike situasjoner avhengig av hvilken rolle man innehar. Ut fra observasjonene vi gjorde under undersøkelsen syntes vi det var viktig at de lærte seg å benytte kommunikative metoder riktig.

Rollespill ble prøvd ut som øvingsmetode. Til tross for at dette ikke hadde fungert under innkjøringen til undersøkelsen ønsket vi å prøve rollespill i en ny setting. De skulle lage to dialoger, med enveiskommunikasjon og toveiskommunikasjon, mellom lege og pasient. Ut fra det kroppsspråk og stemmeleie som ble brukt skulle man forstå hvilken rolle de spilte og hvilken samtale det var snakk om. Dette fungerte ikke. Deltakerne klarte ikke å leve seg inn i en rolle. De kunne ikke spille rollen som lege, og grunnen var at de ikke var lege. Den ene helsearbeideren fikk beskjed om å spille mor, men det kunne hun ikke fordi hun ikke hadde barn selv. Det ble forklart at dette bare var fiksjon, og at det ikke hadde noen betydning om de ikke var leger og mødre, men det nyttet ikke.

På slutten av dagen ble planen for de to neste ukene med opplæring gjennomgått. Vi fortalte dem at vi skulle ha praktisk opplæring i matlaging til barn, og at helsearbeiderne den siste uken skulle få øve seg på noen av mødrene som deltok i undersøkelsen de hadde vært med på å utføre. Formålet med arbeidet ble lagt frem. Det ble forklart at de skulle fortsette med

opplæringen i barnemating når vi dro, og at det etter ett år ville bli kjørt en kontroll som ville vise om dette arbeidet hadde hatt en innvirkning på underernæringen blant barna.

De ønsket derimot ingen praktisk opplæring, og de hadde da heller ingen kapasitet til å fortsette med dette når vi var reist, og kunne derfor ikke se utbytte av opplæringen. Vi sa at det ville ha stor betydning for dem, men til ingen nytte. De ville kun ha ren teoretisk ernæringslære. Så lenge de fikk den teorien de trengte ville de kunne finne ut av det praktiske selv. De følte at det var basiskunnskaper de hadde behov for. Dette var på flere måter forståelig, for det var ingen tvil om at kunnskapsnivået innen dette feltet var lavt. Derfor ble det satt opp en ny plan, som inneholdt rene teoretiske forelesninger slik de ønsket, det ble imidlertid tatt med noe praktisk arbeid i tillegg. Det ble begrunnet med at noe kunne man rett og slett ikke lære bare ved å lese eller lytte.

Den første opplæringen etter den nye planen startet med hva næringsstoffer er. Deretter ble det gjennomgått hva kroppen inneholder og hvorfor den trenger energi, i form av næringsstoffer, for å fungere. Når de ble spurt om hva de ulike næringsstoffene var, så svarte de med navnet på ulike matvarer. Svarene de gav kunne tolkes som noe riktige, men de ble fortalt at matvarene er kilder til de næringsstoffene som kroppen trenger. Det ble ikke på dette tidspunkt gått i dybden på de ulike næringsstoffene da dette skulle gjennomgås senere.

Det ble denne dagen fokusert på hvordan kroppen bruker energien og hvordan energibehovet forandres ved for eksempel alder, kjønn, graviditet og sykdommer. Infeksjonsspiralen ble da tatt frem og den ble sett på med underernæringsproblematikken i fokus. Det kom flere reaksjoner på hvor skremmende dette var. Problematikken med matinntak ved sykdom ble nevnt. Når det gjaldt barn var det da spesielt når barnet hadde oppkast og diaré. Det ble da forklart viktigheten av væske (vann og/eller ORS) og næringsgivende flytende og fast føde. Også problematikken, som dukket opp under gjennomføringen av fokusgruppene, rundt det å få en gravid og/eller ammende til å spise det hun trenger, ble også tatt opp under denne leksjonen. Det ble ytret at de som helsepersonell så på dette som en stor utfordring og spesielt etter at de nå visste hva kroppen egentlig trengte for å fungere tilfredsstillende.

Dagen blir avsluttet med praktiske oppgaver med matvaretabellen som verktøy, og en oppsummering av teorien som har blitt gjennomgått. De viste stor interesse for matvaretabellen og det ble bestemt at de skulle få en kopi hver så de kunne bruke den videre i opplæringen og senere som oppslagbok ved helsestasjonene.

Den tredje opplæringsdagen ble en ren teoretisk dag. Teori fra forrige leksjon ble repetert; Hvilke næringsstoffer finnes? Hva er energi? Hvilke næringsstoffer gir energi? Hvorfor trenger kroppen energi?. Næringsstoffene karbohydrater og fett blir gjennomgått. Fokuset ble holdt på hvorfor kroppen trenger dem og i hvilke mengder, kilder til næringsstoffet og hva som skjer dersom inntaket blir for lite eller for stort. Fettsyrer ble ikke gjennomgått da det ble ansett som for avansert på det gitte tidspunkt i opplæringen.

Ved neste opplæringsøkt fikk alle deltakerne en kopi av matvaretabellen som Barikmo hadde utarbeidet for de saharawiske flyktningene, og det ble nøye forklart hvordan og hvorfor disse blir laget, og hvordan de brukes når man for eksempel skal sette sammen en riktig næringsriktig måltid. Gruppen ble delt i tre grupper hvor nutrisjonister og helsepersoner fra dispenseriane var jevnt fordelt. De gjorde noen oppgaver som gikk ut på å finne næringsinnholdet i noen kjente matvarer.

Teori rundt BMI¹², BMR¹³ og de øvet seg på å regne ut BMR i forhold til aktivitetsnivå. De fikk utdelt hver sin kalkulator og prøvde seg på beregning av kaloriinnholdet i ulike typer matvarer. Praktisk råd og veiledning ble lurt inn underveis i opplæringen. Da de regnet ut kaloriinnholdet i mat hadde vi med ulike typer matvarer som de måtte tilberede og veie for å få riktig mengde. For å regne ut kaloriinnholdet brukte de tall fra matvaretabellen. Dette ble meget godt mottatt. Det å regne ut sitt eget energibehov og BMI var noe de var meget begeistret over. I vår kultur er vekt noe vi generelt ønsker å skjule for andre, og vi var usikre på hvordan det var her til tross for at mødrene ble veid under baselinen. Vi benyttet derfor oss selv som eksempel for å vise at det var greit å veie og måle seg foran de andre. Det gikk meget bra, og alle syntes dette var givende og lærerikt.

I de neste tre opplæringsøktene var det dessverre kun helsearbeiderne som kunne være tilstede. I den første av de tre øktene ble næringsstoffet protein, med samme fokus som ved gjennomgang av karbohydrat og fett, gjennomgått. Vitaminene D og A ble også sett nærmere på. De var svært interesserte og alle var med i diskusjonen rundt kilder til protein og vitaminene D og A. De ytret en stor glede for at de fikk være en del av dette opplæringsprogrammet og viktigheten for dem at det hele var satt i gang.

¹² BMI = forkortelse for Body Mass Index. Mål på kroppsmassen og et indirekte mål på fettmengden i kroppen og definerer forholdet mellom vekt og høyde (Thommesen & Krogh, 2001).

¹³ BMR = forkortelse for Basal Metabolic Rate (den energien som trengs for å holde kroppen i live når den hviler; hvilestoffskifte) (Thommesen & Krogh, 2001).

Etter to dager fri ble nest siste dag i opplæringen utført med stor iver både fra oss og deltakerne. Denne dagen var det vitamin C, vann og mineralet jern som ble gjennomgått. På grunn av den store utbredelsen av anemi i leirene var dette noe som ble satt fokus på. Rådet om å avvente med å drikke te minst to timer etter man hadde spist et måltid rikt på jern, ble gjentatt flere ganger. De ble også rådet til å drikke appelsinjuice til måltidet fordi det gir en gunstig virkning på jernopptaket i kroppen.

Som en avslutning på dagen ble det nok en gang vist hvordan man regner ut BMI, men også nå med forklaring på de ulike verdiene og konsekvensene av de. Siden den ansvarlige for opplæringen hadde hatt diaré i 4 dager, og i tillegg hadde vært testperson på vekten tidligere, var det ønskelig å bruke denne persons vekt igjen. Gruppen ble svært overrasket da vekten viste et vekttap på 5 kilo. Infeksjonsspiralen ble tatt frem igjen og de kunne nå se effekten av diaré fremfor seg i praksis.

Den aller siste opplæringsøkten ble lagt opp til å være praktisk og sosial. Deltakerne startet med å regne ut sin egen BMI og BMR i forhold til sitt aktivitetsnivå. Flere ble overrasket over hvor mye de egentlig kunne spise, mens noen ble faktisk oppmerksomme på at de til tider hadde et større kaloriinntak enn det de burde.

De ble ivrige da de startet med den praktiske bruken av råvarer og utregning av kaloriinnholdet ved å bruke matvaretabellen de hadde fått utdelt (figur 14-15). De skrellet grønnsakene, veide dem og fant kaloriinnholdet i tabellen. I begynnelsen regnet de ut feil, men etter hvert viste det seg at tolke hadde oversatt og forklart feil. Heldigvis var en av de engelsktalende nutrisjonistene tilstede og kunne forklare på nytt. Når de hadde regnet ut hver råvare hver for seg fikk de i oppgave å sette de sammen til et måltid. Under denne praktiske leksjonen brukte vi kun råvarer som de har tilgang til enten via rasjonene de får utdelt eller som de får kjøpt på markedet.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.



Figur 14-15: Teoretisk og praktisk opplæring i bruk av matvaretabellen. Foto: Olaug Charlotte Tvete.

Som en hyggelig avslutning på opplæringsprogrammet ble det vist bilder på pc fra både fokusgruppene, baselinearbeidet og opplæringen.

Mye av det som ble gjennomgått, og da spesielt grunnleggende ernæringslære, ble repetisjon for de fleste nutrisjonistene. Imidlertid ga de selv uttrykk for at de trengte en oppfriskning av kunnskapene og var derfor fornøyd med dette. De fungerte også som ressurspersoner når det oppsto diskusjoner i gruppa og når de fikk oppgaver de skulle løse i fellesskap.

Noe vi så på som et problem var oppmøte, tilstedeværelse og det å ikke følge med så lenge opplæringen foregikk. De pratet om andre ting, leste aviser, sov, gikk ut og ble borte en lengre periode eller kom bare halve dagen. Dette var noe uheldig, for da fikk de ikke med seg alt som foregikk. De færreste noterte, men det var ufattelig hvor mye de likevel fikk med seg. Vi var noe usikre på om de faktisk hadde lært noe av det som det hadde blitt undervist i. Derfor ble det den siste dagen kjørt en muntlig test. Planen var egentlig å ha en skriftlig test, men siden en av deltakerne var analfabet fant vi det riktig å gjøre en muntlig prøve i stedet for. Det ble stilt spørsmål til alt pensum som var gjennomgått. De gav utfyllende svar og noen refererte til og med til eksempler fra erfaringer de hadde gjort under arbeidet med undersøkelsen. De har en tydelig evne til å få med seg ting uten å notere eller faktisk være tilstede 100 %. Flere personer i gruppa viste seg å være sterke ressurspersoner, og representanten fra Healthy Child ble bedt om å benytte seg av disse i arbeidet ved dispenseria og i Healthy Child-programmet. En av kvinnene var meget dyktig på utregning og i bruk av kalkulator, noe som i dette tilfellet var noe uventende. Det er viktig at samfunnet og de selv ser de ressursene menneskene innehar, og benytter seg av dem.

I løpet av den siste uken av oppholdet ble vi bedt på middag med helseministeren og noen av helseministeriets representanter. Helseministeren ønsket å få en beskrivelse av det arbeidet som var gjort og hva som kunne gjøres videre. Gjennomføringen av programmet ble forklart og de tankene man hadde gjort seg for videre arbeid ble lagt frem. Det viste seg at han var noe skeptisk til nye ideer før han vet noe om de økonomiske rammene rundt.

Dagen etter middagen med helseministeren, vår siste dag før hjemreise, ble det gjennomført en såkalt Coordination Day hvor de fleste organisasjoner som arbeider i leirene legger frem det de har gjort og hvilke planer de har videre. Her prøvde helseministeren å få oss til å snakke om det KN allerede jobbet med i leirene, og rett og slett unngå å snakke om det vi hadde gjort og hvilke resultater våre foreløpige analyser viste. Det viste seg at etter fremlegget at det var svært mange av organisasjonene som var interessert i det arbeidet som var blitt gjort og de resultater som kom frem. Spørsmålet om hva som skulle gjøres videre med underernæringsproblematikken hang i luften når dagen var over.

6.3 Forskerrollen i gjennomføringen

I det første møte med deltakerne ble de fortalt hva prosjektet gikk ut på og hva deres oppgave skulle være gjennom hele prosessen. Da man snakket om tidspunkter for gjennomføring ble det en høymeldt diskusjon blant annet på grunn av Ramadan. De ansvarlig for prosjektet, forskerne, hadde virkelig problemer med å få roet stemningen og måtte da ty til kraftig stemmebruk, men det førte imidlertid ikke frem. Denne situasjonen gav et inntrykk av mangel på kommunikasjonsregler for diskusjon slik man har i største deler av den vestlige verden.

Man fikk en noe blandet rolle som forsker og opplæringsperson på samme tid. Forskeren hadde kontrollen i fokusgruppene og deltok i diskusjonene, både som deltaker og som fagperson, da det var viktig at spørreskjema ble ferdig når det skulle, og at deltakerne var klare for den oppgaven de skulle utføre. Mens forskeren i opplæringen hadde en mer pedagogisk og omsorgsfull rolle hvor man lot deltakerne tre mer frem og å la de få være søkende og spørrende på egen premisser samtidig som man fulgte en opplæringsplan for hver

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

opplæringsøkt. I opplæringen var det ikke, som det for det meste var i fokusgruppene, bare informasjon og kunnskap som skulle trekkes ut av deltakerne, men de ble klar over sin egen kunnskap og utviklet den ved å fylle på kunnskapsbasen og samtale og diskutere det de lærte. Man prøvde så godt det var mulig å fylle rollen som forsker og veileder så deltakerne skulle få en fruktbar opplæringsprosess; både i fokusgruppene og i selve ernæringsopplæringen.

På grunn av tolk var det svært vanskelig å følge med på hva som egentlig ble diskutert både i fokusgruppene og i opplæringen. Imidlertid fikk man med essensen av diskusjonene og fikk notert hovedemnene og problemstillingene som ble nevnt. Den rollen man ønsket som ordstyrer og ansvarlig for diskusjonen og dens rammer måtte man gi opp kort tid etter den første fokusgruppen startet. Derimot i opplæringssituasjonen var det naturlig at opplæringspersonen, forskeren, hadde ordet og bestemte gangen i samtalene. Det oppsto dessverre noen misforståelser under opplæringen på grunn av feiltolkning og det opplevdes noe frustrerende da man måtte forklare alt på nytt uten å tydelig sette spørsmål ved tolkens språkkunnskaper. Siden flere av nutrisjonistene behersket engelsk ble det ved flere anledninger gitt tilbakemelding fra disse om at tolken ikke hadde forstått det man sa og oversatte noe helt annet. Dette var meget uheldig og førte til at man måtte gå gjennom det man sa flere ganger. Til tider brøt nutrisjonistene inn og rettet på det tolken sa, noe han likte svært dårlig, og de gav tilbakemelding om at han snakket på en slik måte at det virket som han hadde arbeidet mye med dette emnet. Det var svært viktig for de ansvarlige, forskerne, å beholde og vise sin myndighet ovenfor tolken da han ga uttrykk for at han hadde fagkunnskaper han absolutt ikke hadde. Det som var et faktum var at han aldri hadde arbeidet som tolk på ernæringsområdet tidligere og kunne derfor ikke fagtermer og andre ord og uttrykk som blir brukt. Denne situasjonen førte til at man flere ganger måtte ta pauser for å gå gjennom hva det var man snakket om og betydningen av ord og termer. I tillegg ble det gjort en avtale med en av nutrisjonistene som alltid var tilstede om at han skulle starte en diskusjon eller gi et tegn i det stille dersom noe ble oversatt feil.

På grunn av den positive og glade, men samtidig seriøse, fremtrede man hadde og kunnskapen man bar på fikk man opparbeidet seg en respektfull og troverdig forskerrolle, og man kunne merke at den kunnskap man formidlet ble sett på som sann samtidig som de satt spørsmålstegn ved den og ønsket å diskutere den for å få en større og bredere forståelse.

7.0 DISKUSJON

Alle kulturer har sine egne tradisjoner som har gått i arv gjennom generasjoner. Denne gruppen mennesker har levd som nomader i utallige år, og som en følge av at de har bodd i flyktningleirene de siste 32 årene har de mistet en del av tradisjonene. På tross av dette er det noen grunnleggende tradisjoner som er blitt ført videre og som kanskje bryter noe med de tradisjonene som den vestlige verden innehar. Å være ydmyk når man skulle tilføre dem ny kunnskap, som til tider kanskje ville bryte med de tradisjonene de hadde, ble sett på som en selvfølgelighet fra forskernes side. Man måtte også tenke på hvor langt man skulle gå i opplæringen med tilføring av ny kunnskap.

Både bruk av den kvalitative forskningsmetoden fokusgruppe og utøvingen av opplæringen i ernæring førte med seg flere etiske utfordringer. Både i planleggingsfasen og i gjennomføringen var det flere vurderinger som måtte sees i et etisk perspektiv.

Mest sannsynlig ville noe av den vestlige medisinske tradisjonen bryte med dette samfunnets tradisjonelle vaner og kunnskaper om medisin. Deres tradisjonelle medisin har blitt benyttet i århundrer, kanskje også årtusener. Hvilken rett har den vestlige verden å frarøve dem og mindregjøre deres kunnskap og tvinge på dem den nye? Er dette etisk riktig? Kan flyktningsituasjonen, at de ikke lenger er et nomadefolk og at de ikke lenger har tilgang på det de den gang hadde, unnskyldte intervensjonen i deres levesett? Er det etisk rett å gjøre dem mer vestlig i måten å tenke og handle på? Det var på bakgrunn av disse tankene viktig å være varsomme i det man sa og gjorde slik at ikke noe kunne oppfattes som kritikk. Man var forsiktige slik at man ikke trådte over grenser som gjorde at de mistet tiltroen til den kunnskap de kunne tilnærme seg ved å delta i fokusgruppene og i opplæringen. Det at mange i den vestlige verden for eksempel bruker flaske og morsmelkserstatninger var noe som var svært vanskelig å forsvare når man i denne settingen anbefalte morsmelk til barnet fylte 2 år. Deltakerne ble forklart at anbefalingene på ett vis var de samme, men at de ble vanskelig å følge fordi de fleste etter 1 år med fødselspermisjon måtte tilbake i arbeid. Dette syntes de ikke noe om. Hvem tok seg da av barnet? De ga uttrykk for at de syntes dette var uansvarlig selv om man forklarte hvordan barnehagesystemet fungerte og at dette var blitt en del av den kulturen forskerne tilhørte siden både mor og far som oftest var i arbeid. Det var på dette tidspunkt at man begynte å se på hvordan ens eget samfunn fungerte i forhold til deres. Hvorfor var man av den oppfatning at ens egen måte å leve på var bedre enn deres? Var ens egne verdier bedre enn deres? Hvordan kunne man være sikker på at man hadde et bedre

levesett enn dem bortsett fra på det ernæringsmessige og politiske planet? Dette er noe som også har blitt diskutert i ettertid for ens egen del. Hva er det som gjør at man har tro på det man selv gjør? Er det etisk riktig av den vestlige verden å tre inn i disse samfunnene å prøve og endre deres verdier, holdninger og væremåte? Det at man har tro på det man gjør er selvsagt svært viktig når man skal arbeide med et slikt prosjekt, men man må være forsiktig så man ikke trår over grenser man ikke kan gå tilbake til. Gjennom hele feltarbeidet var man svært forsiktige med å ikke si noe som kunne støte dem. Noen syntes faktisk at man var for forsiktige til tider. Dette fordi deltakerne ønsket å vite hva forskerne selv syntes om det som ble tatt opp eller hendelser man kom over eller snakket om. De ble forklart at man var av den oppfatning at det i slike situasjoner noen ganger var bedre å ikke si noe dersom man var uenig slik at man ikke såret noen. Imidlertid gjorde man det tydelig for dem at man sto inne for det faglige som ble formidlet og dersom man ble spurt om anbefalinger tilknyttet ens fagområde fikk de selvsagt svar på det de spurte om.

Når man kommer fra to svært forskjellige kulturer betyr det også at man som oftest har ulike måter å kommunisere på. De største ulikhetene er noe man bør gjøre seg kjent med før man reiser. Dette kan være måten man kler seg på, hvordan man sitter og står, om man skal håndhilse, hvordan man gir tegn som tilsier ja/nei uten å bruke språk og om det er noen gester man bør unnvære å bruke. I flyktningleirene hvor opplæringen skulle foregå, ble man oppfordret til å kle seg i vide, ikke-utfordrende klær og som i tillegg dekke knær og skuldre. Fordi man i dette prosjektet skulle arbeide nokså tett både med menn og kvinner burde man gjøre det man kunne for å vise sin respekt samtidig som man ivaretok sin egen identitet og integritet. Med det menes at man ikke behøvde å gå tildekket med melfa¹⁴ (figur 9 og 10) slik kvinnene i leirene gjorde. Anbefalingene ble fulgt under hele oppholdet, og man var av den oppfatning at dette ble godt mottatt.

¹⁴ Melfa: kvinnelig klesplagg som blir benyttet i leirene som dekker alt utenom føtter, hender og ansikt. Det er vanlig å ha et vanlig antrekk under. Når kvinnene er samlet uten menn kan de ta av seg denne drakten om de skule ønske det.

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.



Figur 16 og 17: Kvinner i melfa i flyktningleirene. Foto: Olaug Charlotte Tvete/Karin Irene Buås.

Å håndhilse var noe man gjerne kunne gjøre, men da var det viktig at man ikke, av hygieniske årsaker, brukte venstre hånd da denne hånden som oftest ble brukt ved toalettbesøk. Dette var svært vanskelig å huske hele tiden, men de hadde forståelse for dette. På grunn av de hygieniske forhold hadde man alltid med seg våtservietter, tørkepapir og steriliseringsservietter, så når slike hendelser skjedde var det som oftest ikke noe problem.

Til tross for at man i forkant var blitt gjort kjent med visse kommunikasjonsregler fikk man likevel noen overraskelser når man kom inn i kulturen. Lyder var noe man raskt la merke til. De lagde lyder både for ja og nei. Når de sa ja hørtes det ut som en kneppelyd i halsen, og når de lagde nei-lyden hørtes det ut som om de hadde noe i tennene som de prøvde å suge ut. I begynnelsen var dette noe man la godt merke til, men etter hvert ble det en vane. Når dette ble snakket om ble man også gjort oppmerksom på at en selv også lagde en del lyder, og da spesielt bekreftelseslyder, når man lyttet under en samtale. Dette var noe man egentlig ikke hadde tenkt over tidligere og det har gjort at man er mer oppmerksom på sin egen fremtreden når man kommuniserer.

Under hele feltarbeidet måtte man ta hensyn til hva som var bestemt av forskerne i samarbeid med Hiak og KN i forkant av prosjektet, det som hadde blitt bestemt av de ansvarlige i leirene og det de ønsket som utfall av prosjektet. Dette var en etisk utfordring. Man kan si at man hadde ulike mål for arbeidet som skulle gjøres. De ansvarlige i leirene la ikke skjul på at de ønsket et utfall som tilsa at de ville få utvidet bistand, mens målet man selv hadde var å få kunnskaper nok om situasjonen slik at man kunne utforme et opplæringsprogram som ville

hjelpe dem på lang sikt. Hvor langt skulle man sette sine holdinger og verdier på prøve for å påvirke situasjonen så den ble slik man selv ønsket at den skulle være? Det ble gjort klart at man ikke kunne gjøre noe med utfallet av forskningen. Derimot ble det lovet å prøve og tilrettelegge både fokusgruppene og undersøkelsen på en slik måte at så mye informasjon som mulig kom frem slik at analysene viste et riktig og sannferdig situasjonsbilde. Det ble også lovet at man skulle gjennomføre opplæringen på en slik måte at helsepersonellet og nutrisjonistene skulle få mest mulig kunnskap de kunne bruke i den jobben de gjorde til daglig i leirene. Dette var selvsagt noe alle parter ønsket.

Uansett hvor godt forberedt man er i forkant av et arbeid så vil man alltid møte på uforutsette utfordringer som fører til at man må endre på det som man allerede har planlagt. I dette tilfellet var man så langt det var mulig forberedt på de følelsesmessige utfordringene som ville kunne oppstå når man skulle arbeide med et bistandsprosjekt i en flyktningleir. De er næringsmessige og sanitære forhold var man også forberedt på. Prosjektet var godt planlagt i forkant av ankomst og man visste hva man skulle utføre av arbeid. Det viste seg at det ville være de praktiske tingene som skulle by på flest utfordringer og som førte til de største endringene i både tidsplan og innhold. Det var flere av forholdene som kunne vært unngått dersom kommunikasjonen hadde fungert bedre. Man ville da unngått unødvendige misforståelser og diskusjoner.

7.1 Tidsplan

Fra første planlegging, til gjennomføring og til siste dag av programmet, ble tidsplanen endret opptil flere ganger. Grunnene til dette var blant andre mangel på transport og arbeidsstyrke, noen kommunikative misforståelser og samarbeidet mellom de ulike instansene i leirene. Tidsplanen som var satt opp i forkant av arbeidet kunne bare legges til side. Man planla fra dag til dag, og noen ganger nesten fra time til time på grunn av de praktiske utfordringene. Til tross for at tidsplanen ikke ble fulgt inneholder den gjennomførte tidsplanen (vedlegg 4) alle de komponenter som var i den opprinnelige planen bortsett fra praktisk opplæring av mødre i leirene og i tillegg varierer tidsbruken på de ulike komponentene. At man ikke fikk utført kunnskapstesten i forkant av fokusgruppene var meget synd da den kunne gitt et klarere bilde av hvordan kunnskapsnivået var og hva man burde ha med i opplæringen. Imidlertid fikk man

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

likevel innblikk i dette både gjennom fokusgruppene og i opplæringen. En evaluering av prosjektet i fokusgruppe ville gitt en formening om hva slags oppfatning deltakerne hadde av prosjektet og hvilke tanker og ideer de hadde for videre arbeid. Dessverre ble det heller ikke tid nok til dette.

Det var til tider vanskelig å arbeide etter en fastsatt tidsplan når man hele tiden var avhengig av andres tilstedeværelse, kommunikative evner, meninger, holdninger og entusiasme. Man måtte derfor tilpasse arbeidet etter forholdene så godt det var mulig. På grunn av at man kun kunne arbeide halve dager under Ramadan mistet man mye tid som man kunne brukt til videre opplæring. Hadde det ikke vært en del av de praktiske problemene som oppstår ved ankomst og under oppholdet, så hadde man kunnet utført et enda større arbeid.

Når man arbeider på denne måten får man virkelig prøvet ut sin egen tålmodighetsgrense og sin endringskompetanse. Arbeidet ble utført og man kom seg gjennom alle utfordringer, men det hadde vært ønskelig at programmet var mer klarlagt og tilrettelagt før ankomst. Imidlertid lærer man mye både om sitt eget arbeid og om kulturen man trer inn når man møter slike utfordringer. I tillegg lærer man, i slike situasjoner, mye om seg selv som person.

7.2 Gjennomføringen av fokusgruppene

Fordelen for forskerne, og for arbeidet ved å bruke fokusgrupper som informasjonskilde, var at man fikk samlet inn en stor mengde informasjon med stor bredde på kort tid. Man kunne også stille spørsmål underveis om det var noe man ønsket at deltakerne skulle utdype.

Deltakerne fikk delt av sine egne forkunnskaper og erfaringer i diskusjonene, samtidig som de fikk utvidet sitt kunnskapsnivå og reflektert over sin praksis. Dette gjorde at de ble mer bevisst på sin egen kompetanse og av den grunn ble sikrere på seg selv som menneske og i sin utøvende daglige arbeidspraksis. Da både arbeidsforhold, deltakernes utøvende arbeid og samfunnet generelt var ukjent for forskerne fikk man en bredere kunnskap om dette fordi man kunne stille tilleggsspørsmål. Dersom respondentene hadde svart på de samme spørsmålene i form av et spørreskjema ville man ikke hatt disse mulighetene. Dette både fordi man ikke hadde visst hvilke spørsmål som burde stilles og fordi de sannsynligvis ikke hadde svart så utfyllende som de gjorde i samtalene og diskusjonene.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Under første fokusgruppe kom det frem at deltakerne ikke var klar over hvor stor underernæringsproblematikken i leirene egentlig var. Man skulle tro at de hadde vært oppmerksomme på dette siden ernæringspersoner både fra UNHCR, WFP, KN og andre organisasjoner har arbeidet med dette problemet i leirene i flere år. Dersom ikke befolkningen har vært involvert mer enn som respondenter i undersøkelser og ikke har fått vite resultatene i etterkant så kan nettopp det være den naturlige forklaringen til uvitenheten. Dersom dette er tilfelle, så vil de nå, etter å ha vært gjennom prosessen i dette prosjektet, ha fått et mer nyansert bilde enn at er avhengig av bistand utenfra.

Det ble også ytret at de ikke hadde særlige kunnskaper om hva underernæring innebar og hva det kunne medføre. De generelle ernæringskunnskapene hos helsearbeiderne kunne sies å være på et lavt nivå på bakgrunn av de uttalelser flere kom med. Både deltakerne og forskerne så da et klart behov for opplæring innen dette. Til tross for at de fleste av nutrisjonistene hadde kunnskaper på dette område så man at de også hadde et behov for mer utfyllende kunnskap innenfor emnet. Dette var svært heldig da opplæring innen nettopp preventivt arbeid med underernæring var en del av prosjektet.

For hver gruppesamling økte interessen for det arbeidet de skulle ta del i og den opplæringen de skulle ha senere, og de fleste viste tydelig at prevalensen av underernæringen var noe de ønsket å gjøre noe med. Dette var svært positivt å oppleve fordi man var redd for at de kun deltok fordi de hadde blitt plassert der av Healthy Child og helseministeriet. Det ble diskutert forskerne i mellom om deltakernes interesse var oppriktig eller om det kunne begrunnes i at de bare var glade for å kunne delta i noe annet enn sine daglige gjøremål i sitt hjem. Man kom frem til at årsaken til fremmøte ikke var av betydning da de ved deltakelse i dette prosjektet ville inneha en ernæringskompetanse som ville berike både helsearbeidernes arbeid ved dispenseriane og nutrisjonistenes arbeid ved sykehusene. Dessuten ville de sannsynligvis i etterkant av deltakelsen spre sin kunnskap til familie, venner og bekjente, noe som ville være svært positivt.

Etiske problemstillinger ble tidlig fremmet og dette førte selvsagt til en del diskusjon. Siden befolkningen i leirene lever i et så åpent samfunn som de gjør, noe forskerne også selv oppdaget under forskningsarbeidet, var det ved flere anledninger tydelig at de ikke hadde tenkt på at de kanskje kunne bevege seg inn på noens private domene eller såre noen ved de spørsmålene de ønsket å stille. Diskusjonene som ble ført i fokusgruppene rundt det etiske ved

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

arbeidet som skulle gjøres viste at de var reflekterte mennesker som var kapable til å se ting i et nytt perspektiv, men også argumentere for det de mente var rett samtidig som de var åpne for andres argumenter og var villige til å endre sitt utgangspunkt. Diskusjonen rundt viktigheten av hva som var forskningsetisk riktig, og det at de fikk ta del i denne tankegangen, kan ha gitt dem et mer nyansert bilde av hvordan forskning forgår og hvor viktig det er, både for forskeren og for respondentene, med reelle og valide resultater, taushetsplikt og en riktig fremtoning i utøvelsen av forskningsarbeidet.

På siste fokusgruppemøte virket det som at deltakerne var blitt såpass trygge på både hverandre og forskerne at spørsmål rundt tabubelagte emner ble stilt. Noen ble svart på, mens andre ble avvist og noen av deltakerne ble aggressive og inntok umiddelbart en forsvarsposisjon. Man hadde håpet at de ville være åpne nok til å kunne diskutere slike emner i plenum da det hadde vært ønskelig å få informasjon om de tradisjoner som kanskje lå mer i det skjulte i samfunnet og i deres tradisjoner. På grunn av denne responsen var man redde for at de ville bli avvisende og trekke seg fra prosjektet, men heldigvis klarte man å snu samtalen over på tryggere emner og at de fortsatt var imøtekommende og ønsket å diskutere videre. Det ville vært svært uheldig for hele prosjektet om man hadde ødelagt relasjonen til deltakerne. Man kan si at forskerne her selv gjorde den feilen man hadde fortalt deltakerne at de ikke skulle gjøre. Dette viser på en måte hvor vanskelig det er å vite hvor grensene for hvor dypt man kan grave etter informasjon i en ukjent kultur går.

Ved flere tilfeller i diskusjonene kunne man ane enn viss utrygghet for å bryte med tradisjoner, og en fremmedfrykt for den moderne medisinen som den vestlige verden hadde brakt til dem gjennom bistand. Dette gjaldt mest hos helsearbeiderne. Ønsket de å benytte seg av tradisjonelle metoder og medisiner på grunn av frykt for det nye eller var det fordi de var av den oppfatning at helsetilbudene bare var for de sykeste som en bistand? Uttalelsen, om at de syntes det var greit å føde hjemme så lenge noe ikke var galt, var noe urovekkende. Mange ganger kan man ikke vite at noe er galt før fødselen er i gang eller er over. Kan det å ha bodd i flyktningleir, og at de har vært avhengig av bistand så lenge, prege dem så mye at de ikke tør oppta en sykehusseng i frykt om at noen som skulle bli sykere enn dem ikke skulle få plass? Eller kan det være at uttalelsen kom på bakgrunn av at de faktisk ikke er vandt til bruken av sykehus og føler at det tradisjonelle og kjente er tryggere? Disse spørsmålene ble ikke tatt opp med deltakerne, men man har tenkt en del på denne problemstillingen i etterkant.

Kvaliteten på informasjonen ble noe påvirket av at de ansvarlige for fokusgruppene tok del i diskusjonene og også til tider styrte dem for å få ut mest mulig informasjon om hvert tema. Dette ble gjort ved at noen hovedspørsmål var utformet i forkant og at de også stilte tilleggsspørsmål der det var ønskelig. Dersom de ansvarlige, forskerne, hadde valgt å være fullstendig observatør ville de ikke ha en så stor påvirkningskraft på det som foregikk i fokusgruppen. Denne rollen ville være vanskelig å opprettholde i denne settingen siden forskningen foregikk i en mindre gruppe. Dessuten egner den fullstendige observatørrollen seg best til forskning i det offentlige rom hvor forskningsobjektene faktisk ikke vet hvem forskeren er (Ringdal, 2001). Man må som forsker velge i hvilken grad man selv ønsker å være deltakende. Den mest vanlige rollen, som man også har valgt å benytte seg av i dette forskningsarbeidet, er deltakende observatør (Ringdal, 2001). Det vil si at man er tydelig til stede og ikke legger skjul på hva man gjør og hvorfor man er der, men deltar ikke i diskusjonene. Som nevnt ovenfor deltok altså forskerne i diskusjonene nesten på lik linje som deltakerne bortsett fra at de styrte samtaler i tillegg. Dessuten utviklet det seg en tilsynelatende nær relasjon mellom forskerne og deltakerne. Dette kan være fordi man arbeidet tett sammen under de spesielle omstendighetene man arbeidet under. Til tross for dette klarte man å holde relasjonen i forskningsprosessen på et profesjonelt nivå. Siden man lærte å kjenne deltakerne så kan det man så og hørte av deltakerne ha hatt en innvirkning på analyseringen i etterkant. Fokusgruppene vil på ett vis kunne bli sammenlignet med kollegaveiledning ved at man i prosessen bevisstgjøres og videreutvikler sin yrkesteori og samtidig utvikler et sosialt samhold og en felles yrkeskunnskap og yrkesetikk i diskusjonene med sine kollegaer (Lauvås, et. al., 2004). Som i kollegaveiledning var man også her ute etter å få frem så mye informasjon som mulig og alle ønsket å være en del av gruppen ved å delta i diskusjoner og komme med refleksjoner av egen praksis eller egne opplevelser og tanker.

Thagaard (2003) benytter seg av ord som troverdighet og bekreftbarhet i stedet for reliabilitet og validitet som er begreper knyttet i kvantitativt forskningsarbeid. Dersom et forskningsarbeid er utført på en tillitsvekkende måte mener Thagaard at resultatet da må være troverdig (Ringdal, 2001). Begrepet bekreftbarhet definerer Thagaard (2003) med at tolkningen som gjøres, leserens forståelse av den og at den kan støttes opp av andre undersøkelser av det samme eller lignende fenomen (Ringdal, 2001). Det er derfor viktig å at man ikke generaliserer de resultatene man får fra denne ene gruppen over til gjelde en større gruppe av befolkningen (Clark, 1999). De resultatene man får ut fra en fokusgruppe er

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

subjektive, og de tilhører de respondentene som har vært en del av gruppa. Derfor var en av ulempene med å benytte seg av denne metoden at man ikke kunne bruke informasjonen til å generalisere eller sammenligne resultatene med andre forskningsrapporter i etterkant. Fordi det ikke var gjort et tilfeldig utvalg så var gruppen av den grunn ikke representativ for alle nutrisjonister, helsearbeidere eller befolkningen generelt. Man kan med andre ord ikke sammenligne resultatene fra en fokusgruppe på et kvantitativt, målbart nivå, men svarene som kommer frem gir en indikasjon på hvordan situasjonen er. Men siden den informasjonen gruppen kom med skulle brukes i et spørreskjema for en større kvantitativ undersøkelse så man heller på bruken av denne metoden som en positiv måte å få et innblikk i deres tankemåte og en pekepinn på hva både kvinner og menn hadde av kunnskap, oppfattelser, holdninger og meninger rundt emnet barn og ernæring. Dessuten ga fokusgruppene, og svarene på spørreskjema som deltakerne var med på å utarbeide, det resultatet man trengte for å kunne nå de målene man ønsket for å kunne lage en tilpasset opplæring til dem.

Dersom man velger å bruke begrepet overførbarhet (Thagaard, 2003) i stedet for å bruke generalisering, som er et krav i all kvantitativ forskning, vil det for eksempel innebære at når noen leser forskningsrapporten vil man kanskje kunne gjenkjenne noe av det man leser fra egen praksis eller eget forskningsarbeid, som kanskje da igjen vil oppfordre til videre forskning og arbeid på området. Selv om dette prosjektet er utført i et spesifikt område, Algerie, så betyr ikke det at det ikke kan benyttes andre steder dersom det tilpasses situasjonen i det område man ønsker å bruke det i.

Fokusgruppene burde hatt noe strammere struktur slik at flere fikk kommet med sine synspunkter, men det ville være en nokså stor utfordring siden alt foregikk med tolk som en kommunikasjonskanal. Når deltakerne diskuterte var det nok ikke alt som ble oversatt fordi det til tider ble sagt svært mye på en gang. Imidlertid kunne diskusjonen ha blitt noe dempet og mindre fruktbar dersom tøylene hadde blitt for stramme ved at deltakerne for eksempel hele tiden hadde måtte vente på at tolken hadde oversatt hver uttalelse.

Den rollen man ønsket som ordstyrer og ansvarlig for diskusjonen og dens rammer måtte man gi opp kort tid etter den første fokusgruppen startet. Man fikk en noe blandet rolle som forsker og opplæringsperson på samme tid. Forskeren deltok kanskje til tider for mye da det var viktig at spørreskjema ble ferdig når det skulle, og at deltakerne var klare for den oppgaven de skulle utføre.

7.3 Gjennomføringen av opplæringen

Noe man burde vært klar over før ankomst i leirene, var at Ramadan¹⁵ ville være i løpet av oppholdet. Dette viste seg å påvirke planene meget sterkt. På grunn av fasten kunne da deltakerne kun delta halve dager og tolken måtte være hjemme hos sin mor under perioden. En ny tolk måtte da anskaffes. Dessuten var deltakernes konsentrasjonsevne noe nedsatt på grunn av fasten. Dette gjorde arbeidet noe tyngre.

Det var en stor fordel at man hadde blitt kjent med deltakerne under arbeidet med fokusgruppene og undersøkelsen. Da behøvde man ikke bruke første del av opplæringen på å bli kjent med hverandre og for å bli trygge på hverandre. Noe man var noe urolig for, var oppmerksomheten og konsentrasjonsevnen til deltakerne. Til tross for at de hadde vært aktive i diskusjonene i fokusgruppene hadde man lagt merke til at de til tider hadde oppmerksomheten på andre ting. Det viste seg at dette også gjaldt under opplæringen, og man var redd for at de ikke skulle få meg seg det de skulle. Imidlertid viste det seg på den muntlige testen som ble utført siste opplæringsdag at de hadde fått med seg overraskende mye da de avgav reflekterte og bevisste svar. Siden man ikke hadde gjennomført noen test før opplæringen startet så visste man egentlig ikke hva de hadde av forkunnskaper, men i fokusgruppene fikk man et såpass klart bilde av kompetansenivået innen emnet at man med sikkerhet kunne si at den muntlige testen viste at de hadde lært mye under opplæringsperioden.

Allerede under en av fokusgruppetimene ble man gjort oppmerksom på pedagogiske utfordringer. Situasjonen var da deltakerne skulle øve på gjennomføringen av spørreskjema i et rollespill. Rollespill har man brukt i den norske skolen i mange år, mens det i denne kulturen så ut til at det hadde vært fraværende. Det at de ikke kunne bruke fantasien til å spille en rolle i et fiktivt rollespill var overraskende. Hvorfor var det slik? Hvordan skulle de kunne jobbe som helsepersonell dersom de ikke kunne sette seg inn i andres situasjoner, tanker og følelser? Man observerte under gjennomføringen av undersøkelsen at flere hadde en noe nedlatende måte å være på ovenfor for eksempel de mødrene som hadde syke barn og stilte spørsmål om hva de skulle gjøre for at det skulle bli bedre. Dette var svært uheldig for rollen

¹⁵ Ramadan er den niende måned i det islamske året; fastemåned (Rian & Eidhamar, 1999).

som helsearbeider da det beste hadde vært om disse mødrene hadde følt det trygt å kunne spørre om ting de var usikre på uten at de kanskje fikk følelsen av å være mindreverdige. At helsepersonell hadde en tydelig asymmetrisk og autoritær rolle ovenfor befolkningen var ikke vanskelig å se, og det vil kunne ha en negativ innvirkning i arbeidet mot underernæringen. Hva om mødrene eller omsorgspersonene på grunn av dette ikke tør komme til dispenseriane i frykt for å snakke med helsepersonellet? Man så her et tydelig behov for opplæring innen veiledningsstrategier og kommunikasjonsferdigheter.

Til tross for at rollespill ikke fungerte i fokusgruppene ønsket man igjen å prøve dette under opplæringen siden de da var bedre kjent og kanskje syntes situasjonen var noe mindre pinlig. Imidlertid viste det seg også her at de ikke klarte å forestille seg en annen rolle enn den de i virkeligheten hadde.

Flere av de som deltok i opplæringen hadde vært gjennom noe ernæringsopplæring tidligere, og noen hadde også vært gjennom en slags sykepleier/helsesøster- utdanning. Hvilke læringstradisjoner som lå til grunn i de opplæringssituasjonene de har vært i tidligere var uklart og dette ble sett på som en klar utfordring. Ville de godta de arbeidsformene som ville bli benyttet i dette opplegget? Ville de pedagogiske arbeidsmetodene fungere i denne kulturen slik de gjør i den vestlige skolen? Rollespill var tydelig noe de ikke likte, så hva med andre arbeidsmetoder som for eksempel gruppearbeid og praktisk opplæring? Ville de se nytten av å sette teori ut i praksis? Hva med samarbeid og utforskning; ville de stole på seg selv og på de andre? Det inntrykket man hadde etter samtale med den som tidligere hadde hatt opplæring med dem, var at de fremsto som nysgjerrige og lærevillige mennesker, og at de var veldig glad i faktaopplysninger. Dette stemte overens med det som kom frem under første opplæringsstime.

De var svært nysgjerrige på faget ernæring og dets praksis, men de ønsket kun teoretisk kunnskap da de mente de ikke trengte praksistrening og var kapable til å kunne sette teorien ut i praksis på egen hånd. Dette var noe vanskelig å forstå og godta da man som utdannede pedagoger og ansvarlige for denne opplæringen, og hadde et grunnsyn om læring basert på Vygotskys proksimale utviklingssone og Deweys aktivitetspedagogikk som innebar at man ønsket en opplæringssituasjon å lære teorien gjennom praksis i samarbeid med andre i et sosialt fellesskap. Oppbygningen av den planlagte opplæringen var basert på den didaktiske relasjonsmodellen hvor man ønsket å benytte flere aktivitetsformer for innlæring av emnet og innholdet var tilpasset de læreforutsetningene man hadde fått informasjon om i forkant.

Rammefaktorene rundt opplæringen var uklare, bortsett fra hvem som skulle være deltakere, og ble ikke fastlagt før opplæringen skulle gå i gang. Målet eller hensikten med opplæringen var å sette dem i stand til å veilede mødre i grupper, både teoretisk og praktisk, i hvordan de skulle lage barnemat, og i tillegg fortsette opplæringen av nutrisjonistene i ernæringsteori. Siden de motsatte seg denne opplæringen var det vanskelig presse dem gjennom noe de ikke ønsket å være med på. Derfor ble det besluttet å gi dem teoretisk opplæring slik de ønsket, og didaktikken ble noe mer skjult for deltakerne enn den i utgangspunktet var. Man måtte tilpasse seg den læremåte de ytret om at de hadde, og det var å bli fortalt det de skulle vite. Til tider følte man at man arbeidet svært upedagogisk sett fra en norsk pedagogs ståsted. Imidlertid var det gjennom opplæringen flere emner innen teorien som krevde at man prøvde det ut i praksis, som for eksempel utregning av BMI og bruk av matvaretabellen, for å kunne forstå teorien. Dette ble godtatt av deltakerne og de så for eksempel fordelene med å kunne regne ut hva et måltid inneholdt for å kunne gi råd til de som skulle trenge kostveiledning. I etterkant kan man si at denne opplæringssituasjonen var ukjent for deltakerne og at de ikke forsto hva praktisk opplæring innebar selv om de fikk forklart hva som skulle skje. Derfor har man diskutert i etterkant om det var riktig å gjøre om den planlagte opplæringen. Kanskje man skulle gjennomført slik man hadde planlagt likevel på tross av deres ønsker? Imidlertid så man behovet for opplæring i ren grunnleggende ernæringslære og deltakerne ville hatt problemer med å forstå matvaretabellen dersom de ikke hadde visst hva for eksempel næringsstoffer var og hvorfor man trengte dem. Derfor ble det besluttet at man hadde tatt det rette valget til tross for at en slik opplæring på for eksempel en skole i Norge ville hatt helt andre pedagogiske rammer og oppbygning.

Det ble, i forkant av prosjektet, gitt opplysninger at flere av deltakerne skulle være analfabeter, noe som kunne være en stor utfordring med tanke på opplæringsmateriale. Imidlertid viste det seg at kun en av deltakerne var analfabet, men det var ikke et problem da hun fulgte godt med og fikk hjelp av de andre på gruppe. Det var selvsagt ønskelig at alle deltakere kunne lese og skrive under en slik opplæring, men det var vanskelig å sette et slikt krav til helsearbeiderne ved dispenseriane da de opprinnelig ikke gikk inn under KNs prosjekt. Noen av nutrisjonistene behersket engelsk og spansk, mens helsearbeiderne og de andre nutrisjonistene snakket arabisk og noen behersket noe spansk. Fordi opplæringsmaterialet var på engelsk og spansk var det nødvendig med en tolk som behersket alle tre språkene. Det å arbeide gjennom en tolk var en ny utfordring for opplæringsansvarlig,

men det var meget interessant. Man måtte være svært klar i sine uttalelser og formuleringer av setninger så ikke det skulle oppstå misforståelser. Det som bekymret noe var at den pedagogiske måten å arbeid på skulle forsvinne i tolkningen. Hva med tilpasset opplæring? Det var vanskelig å vite hvilket kunnskapsnivå de ulike deltakerne befant seg på, og det var da vanskelig å tilpasse undervisningen til rett kompetansenivå. Siden kunnskapstesten man hadde tenkt til å gjennomføre i forkant av fokusgruppene ikke ble gjennomført sto man her på bar bakke og det var heller ikke nå tid nok til å kunne gjennomføre en kunnskapstest før man startet opplæringen. Det var vanskelig å kontrollere om de forsto det som ble sagt. Det var en utfordring å stole på at tolken videreformidlet det som ble sagt uten egen tolkning og egne meninger, og i tillegg at tolken formidlet de spørsmål og eventuelle kommentarer deltakerne kom med. Tolken man hadde arbeidet med i fokusgruppene hadde arbeidet som tolk på samme emne tidligere og hadde derfor noe ernæringskunnskap og forsto termer og uttrykk. Dette hadde både positive og negative sider. Siden hun hadde forkunnskap om emnet, så deltok hun kanskje mer i diskusjonene i fokusgruppene enn bare å oversette, men det var det ikke mulig å kontrollere da samtalen dem i mellom foregikk på arabisk. Dette kunne også ha positiv innvirkning på diskusjonene fordi hun kunne stille spørsmålene på en annen måte dersom de ikke forsto spørsmålet som de ble stilt, samtidig som hun kunne stille tilleggsspørsmål for å skape diskusjon rundt spørsmålene. I opplæringen derimot benyttet man en tolk som var helt ukjent med emnet og det førte til flere misforståelser. Dette var svært uheldig både for tolken, deltakerne og de ansvarlige da det medførte misnøye og usikkerhet hos alle parter. Dessuten kan det faglige, som ble lagt frem under opplæringen, ha blitt noe misforstått eller fremlagt feil på grunn av dette.

På grunn av den fremtreden man hadde, og kunnskapen man bar på, fikk man opparbeidet seg en respektfull og troverdig rolle også under opplæringen, og man kunne merke at den kunnskap man formidlet ble sett på som sann, samtidig som de satt spørsmålstegn ved den og ønsket å diskutere den for å få en større og bredere forståelse. Dette kunne skyldes at deltakerne visste at man var utdannet pedagoger samtidig som man var masterstudenter i ernæring. Imidlertid følte man også at man ble godtatt på grunn av den personen man var og det føltes godt i en så spesiell situasjon som å arbeide 8 uker i en flyktningleir midt i Algeries ørkenområde.

8.0 KONKLUSJON OG OPPSUMMERING

Målet med denne masteroppgaven var å få et grunnlag til å utvikle et opplæringsprogram som kunne bidra til å redusere prevalensen av underernæring i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie. For å nå dette målet hadde man valgt å gjennomføre fokusgrupper, utføre en baselineundersøkelse og på bakgrunn av de to elementene gjennomføre en praktisk opplæring av helsearbeidere og nutrisjonister. Opplæringen skulle gi et faglig grunnlag slik at de kunne lære opp mødre i leirene i hvordan de kunne lage barnemat, og hvordan de skulle unngå at barna deres skulle bli underernærte.

Arbeidet ble ikke, av ulike årsaker, slik man hadde planlagt på forhånd. Imidlertid fikk man likevel gjennomført alle tre elementene, men med et noe annerledes innhold. Man startet opp med fokusgrupper som skulle legge grunnlaget for spørreskjema til baselineundersøkelsen. Her fikk man frem mye informasjon om både samfunnet generelt, oppfostring av barn og helsemessige spørsmål, og da spesielt ernæringsspørsmål vedrørende barn, ammende og gravide. Deltakerne i fokusgruppene viste et stort engasjement i diskusjonene. Man så allerede her at kunnskapsnivået innen ernæringsfeltet var svært lavt blant helsearbeiderne, men hos nutrisjonistene var det naturligvis høyere da de har vært integrert i opplæringsprogrammet til KN fra tidligere. Imidlertid ga de uttrykk for at de ønsket mer kunnskap og at repetisjon av det de tidligere hadde vært igjennom bare var positivt. Fokusgruppene fungerte meget bra, men på grunn av bruken av tolk var det svært vanskelig å følge med på hva som egentlig ble diskutert. Imidlertid fikk man med essensen av diskusjonene, og fikk notert hovedemnene og problemstillingene som ble nevnt. Man kan derfor si at man oppnådde det man ønsket; en aktiv diskusjon mellom deltakerne om de emnene man tok opp og informasjon og innsikt i deres kunnskap som man kunne bruke i utførelsen av spørreskjema og gjennomføringen av opplæringen.

I gjennomføringen av baselinen, som de var med på å utføre, fikk man et bilde av hvordan de var som omsorgspersoner og hvilken rolle de spilte som helsepersonell. De hadde en autoritær rolle og kommunikasjonen var asymmetrisk i forhold til de menneskene de snakket med. Man så et klart behov for opplæring innen kommunikasjonsferdigheter og veiledningsstrategier.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Da man skulle sette i gang med opplæringen ble opplæringsplanen endret etter første dag. De følte selv at de ikke hadde god nok teoretisk, faglig grunnlag til å utføre opplæring på mødre på ernæringsfeltet. Dessuten ga de uttrykk for at dersom de fikk teorien ville de være i stand til å gjøre det praktiske på egen hånd. Dette ønsket ble etterfulgt og det ble lagt opp til teoretisk, grunnleggende ernæringskunnskap, og da med fokuset rettet mot de ernæringsmessige utfordringene de hadde i leirene. Imidlertid ble det også gjennomført noe praktisk opplæring fordi teorien oppfordret til det. Til tross for at de i utgangspunktet ikke ønsket praktisk opplæring, så var de svært imøtekommende og lærevillige da dette ble gjort. Siden opplæringen ble grunnleggende ernæringskunnskap fikk man ikke tid nok til fordypning i utfordringene rundt underernæring og hva man kunne gjøre for å påvirke prevalensen i praksis. Dette var svært uheldig, men hovedmålet for både fokusgruppene og opplæringen var å finne ut av hvordan man kunne legge til rette en opplæring som ville påvirke reduksjonen av underernæring. Etter gjennomføringen av både fokusgruppene, baselinen og opplæringen satt man igjen med et klart bilde av hva som trengtes av videre opplæring og hvordan det burde gjøres (vedlegg 5). Opplæringen må ta for seg alle elementer innen ernæringsfeltet, og i tillegg må det være praktisk opplæring slik at de for øvet seg til den rollen de skal ha etter opplæringen. I tillegg må det inn opplæring innen veiledning og rådgivning, som innebærer kommunikasjonsteori og hvordan man skal føre en veiledningssamtale tilrettelagt for den situasjonen pasienten er befinner seg i.

Saharawiene er satt i en situasjon hvor de er frarøvet sine menneskerettigheter og hvor nødvendigheten for kompetanseheving på alle områder er en nødvendighet. Dersom de en dag får innvilget sitt høyeste ønske om å leve i et fritt, selvstendig Vest-Sahara, så må de inneha den kompetansen som trengs for å kunne bygge opp landet og ta vare på befolkningen på egen hånd. Det er det dette omverden, i tillegg til å gi mat og medisiner, må hjelpe dem med. Den vestlige verden må ta ansvar for at ”det glemte folket” en dag skal kunne bygge opp et samfunn med gode helsetilbud, arbeidsplasser, et selvstendig matforsyningsapparat, et solid utdanningsapparat og en befolkning med kompetanse om sin egen helse for å unngå de problemer de i dag sliter med. Kompetansehevingen trengs på alle nivåer i befolkningen, og det kan være vanskelig å vite hvor man skal begynne. De må først forstå at de trenger denne kunnskapen, og hva den kan gjøre for dem. Derfor kan ikke bistanden bare gå ut på å gi dem det minste de trenger for å overleve fra dag til dag, men det må gjøres via ”hjelp til selvhjelp” - prinsippet som mange hjelpeorganisasjoner bruker. Vi må gi dem opplæring i det de trenger

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

for å kunne videreutvikle sitt eget folk til å klare seg på egen hånd uten bistand. Man må ta ett steg av gangen. Dersom man benytter årsaksmodellen til UNHCR (vedlegg 3) kan man se de områdene hvor man har muligheter til å gjøre endringer som er av betydning, og da spesielt når det gjelder den høye prevalensen av underernæring blant barna. På alle nivåer, alt fra de politiske og samfunnsmessige strukturene og opp til matinntak og sykdom, vil man finne en årsakssammenheng.

For å kunne forbedre ernæringsstatusen i befolkningen ved hjelp av holdningsendringer og kompetanseheving, er det viktig at de som skal gjøre arbeidet er godt rustet.

En av de underliggende årsakene i årsaksmodellen er utilstrekkelig opplæring, og i leirene er det et sterkt behov for opplæring av helsepersonell, fordi det nåværende kunnskapsnivået ikke er godt nok. Man anbefaler et stort prosjekt som vil strekke seg over ett eller to år med grundig opplæring av personale som kan ta ansvaret for kompetanseheving i ernæring og kosthold i befolkningen. Det man ser for seg er en gruppe på 6 personer i hver daira som har ansvaret for å oppsøke nybakte mødre for å gi dem råd i barnemating og annet som har med barnets ernæringsstatus å gjøre. Det vil være en fordel om disse personene har erfaring fra helsearbeid. Dette vil være en oppsøkende hjemmetjeneste som vil forbedre ernæringsstatusen hos barna og dette vil føre til at prevalensen av underernæringen vil minske. Det bør være minimum en ernæringsperson fra KN som har ansvaret for opplæringen av personalet og oppfølgingen i etterkant. Denne personen bør ha pedagogisk kompetanse i tillegg til høyere utdanning innen ernæring. Det bør også læres opp 3-4 personer i dette programmet slik at de kan fortsette med denne slags opplæring i fremtiden. Dette forslaget er allerede lagt frem for helseministeren i leirene, og han var positiv til dette så lenge det ikke ville påvirke prosjekter som allerede var planlagt eller allerede var i gang.

Man hadde et inntrykk av at både nutrisjonistene og helsearbeidene vokste og lærte mye i den perioden man var tilstede. Fra første fokusgruppemøte til siste dag i opplæring hadde de fått et helt nytt bilde av hvordan situasjonen var i leirene. De hadde ikke bare viljen til å gjøre noe med det, men også troen på at de ville klare det. De har en sterk hunger for kunnskap, men trenger at omverden hjelper dem på vei og gir dem mulighetene. Det er ikke i tvil om at de er i stand til å gjøre noe med ernæringsstatusen ikke bare hos barn og mødre, men hele befolkningen. De trenger bare veiledning fra omverden, og mulighetene til å kunne gjøre noe med det.

LITTERATURLISTE

ACC/SCN. (2000). *Supplement, Ending malnutrition by 2020: An agenda for change in the millenium. Final report to the ACC/SCN by the commision on the nutrition challenges of the 21st Century*. Food and Nutrition Bulletin, vol. 21, no. 3. The United Nations University Press.

AJCN (American Journal of Clinical Nutrition). (1992). *Evaluation of the impact of weaning food messages on infant feeding practises and child growth in rural Bangladesh*. AJCN, 56(6):994-1003, 1992 Dec.

Analysegruppen. (2004). *Fokusgrupper*. Quote 13.09.04.

<http://www.analysegruppen.dk/html/fokus.html>

ARSO. (2005). *Report of the Secretary-General on the situation concerning Western Sahara*.

Quote 02.01.07. <http://www.arso.org/S-2005-648e.htm>

ASA (American Statistical Assosiation). (1997). *ASA Series: What are Focus Groups?*

Section on Survey Reaserch Methods, ASA. Quote 13.09.04.

<http://www.amstat.org/sections/srms/brchures/focusgroups.pdf>

Barikmo, I. (2005). *Base-line and assessment study of the nutritional situation in two regions in the Saharawi Refugee Camps, Tindouf, Algerie*. Oslo, Norge.

Bergem, T. (1998). *Læreren i etikkens motlys*. Ad Notam Gyldendal. Oslo.

Bojlen, N.S & Lunde, I.M. (1995). *Focus goup interview as a qualitative research method*.

Ugeskrift for laeger. 157(23):3315-18, 1995 Jun 5. Kobenhavn.

Buås, K.I & Tvette O.C. (2004). *Project proposal for: Reducing the prevalence of malnutriton among children in the Saharawi refugee camps, Tindouf Algeria*. Akershus University College. Oslo.

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Bøhler, E. & Wathne, K-O. (2000). *Underernæring og infeksjoner hos barn – et destruktivt samspill med globale dimensjoner*. Tidsskrift Norske Legeforening 2000; 120: 1740-5 utg.

CISP, ECHO, SRC & WHO (Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli, European Commission Humanitarian Office, Saharwi Red Crescent & World Health Organization). (1997). *The Health and Nutritional Status of Saharawi Refugees*. Rome, Italy.

CISP, UNHCR & NRIFN (Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli, United Nations High Commissioner for Refugees & National Research Institute for Food and Nutrition). (2001). *Nutritional Status of the Highly Vulnerable Groups in Saharawi refugee Camps*. Rome, Italy.

Clark, A. (1999). *Focus group interviews in health-care research*. Professional nurse. 14(6):395-7, 1999 Mar. London, England.

Dale, E.L. (2001). *Om utdanning – Klassiske tekster*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

England, R., Doughty, K., Genc, S. & Putkeli Z. (2003). *Working with refugees: health education and communication issues in a child health clinic*. Health Education Journal, 2003 Dec; 62(4): 359-68.

FAO (Food and Agriculture Organization). (1996). *Definition of Food Security*. World Food Summit, November 1996.

Fløgstad, K. (2006). *Hvert fjerde barn er underernært*. Quote 08.11.06.

http://www.unicef.no/page?id=119&key=481&ref_id=88

Guldan, G.S., Fan, H.C., Ma, X., Ni, Z.Z., Xiang, X. & Tang, M.Z. (2000). *Culturally appropriate nutrition education improves infant feeding and growth in rural Sichuan, China*. Journal of Nutrition, 130(5):1204-11, 2000 May.

Imsen, G. (2001). *Elevers verden*. Tano Aschehoug. Oslo, Norway

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Imsen, G. (1999). *Lærerens verden*. Tano Aschehoug. Oslo, Norway.

Jayatissa, R., Bekele A., Piyasena C.L. & Mahamithawa, S. (2006). *Assessment og nuritional status og children under five years og age, pregnant women, and lactating women living in relief caps after the tsunami in Sri Lanka*. Food and Nutrition Bulletin, 2006 June; 27(2): 144-52. Departement of Nutrition, Medical Reasearch Institute, Colombo, Sri Lanka.

Jonsson, U. (1995). *Causes of malnutrition- the conceptual framework*. Food and Nutrition Bulletin, vol. 16, no. 2. 1995, The United Nations Universtity.

Kilaru, A., Griffiths, P.L., Ganapathy, S. & Ghosh, S. (2005). *Community-based nutrition education for improving infant growth in rural Karnataka*. Indian Pediatrics, 2005 May; 42(5): 425-32, UNICEF, New Delhi.

KN. (2005).

<http://www.nca.no/article/articleview/4881/1/26/>

KN. (2006) *Telt til "glemte" flyktninger*.

<http://www.nca.no/article/articleprint/5810/>

King, F.S. & Burgess, A. (2003). *Nutrition for developing countries*. Oxford University Press. Oxford.

L-97. (1996). *Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen*. Det kongelige kirke-, utdannings- og forskningsdepartement.

Lauvås, P., Lycke K.H. & Handal G. (2004). *Kollegaveiledning i skolen*. J.W. Cappelen Forlag as, Oslo.

Lyngsnes, K. & Rismark, M. (2001). *Didaktisk arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Managementhelp. (2004). *Basics of Conducting Focus Groups*. Quote 13.09.04.

<http://www.managementhelp.org/evaluatn/focusgrp.htm>

Mathisen, P. & Høigaard, R. (2004). *Veiledningsmetodikk –En håndbok i praktisk veiledningsarbeid*. Høgskoleforlaget AS. Kristiansand, Norway.

Mathisen, P. & Kristiansen, A. (2005). *Etiske retningslinjer i profesjonelle veiledningsforhold*. Norsk Pedagogisk Tidsskrift. Årgang 89 / 3 / 2005 side 221-230. Universitetsforlaget. Kristiansand.

NESH. (2005). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. Oslo.
<http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06>

NICS (2005). *Nutrition Information in Crisis Situations – Algeria*. NICS 7, August 2005. Standing Committee on Nutrition. Quote 03.11.06.
http://www.unsystem.org/scn/publications/RNIS/countries/algeria_all.htm

Niño Sano. (2003). *Programa Niño Sano*. Rabouni. Algerie.

Rehydration Project. (1986). *Growth Monitoring*. Heath Basics: A supplement to Issue no. 24- March 1986. Quote 31.08.04. <http://rehydrate.org/dd/su24.htm#page1>

Rian, D. & Eidhamar, L.G. (1999). *Jødedommen og islam*. Høgskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press. Kristiansand, Norway.

Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold, samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*. Fagbokforlaget. Bergen.

Røine, A-G. (2005) *Det finnes ingen større sorg på jorden enn tapet av ens eget hjemland. – En evaluering av behandlingen av underernærte pasienter ved sykehusene i saharawiske flyktningleirer i Algerie*. Hovedfagsoppgave. Ernæring, helse- og miljøfag 2005. Høgskolen i Akershus. Lillestrøm.

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

SADR, Saharawi Arab Democratic Republic. (2002). *Briefing Document*.

saih. (2002/03). *Skoleringshefte – Fritt Vest-Sahara – Nå!!!*. Oslo.

SEF. (2000). *Ernæringshensyn i norsk utviklingssamarbeid*. Oslo. SEF.

SKVS, Støttekomiteen for Vest-Sahara. (2004). *VEST-SAHARA - på vei mot selvbestemmelse?*

Smith, M., Lawrence D.J & Robert M. (2005). *Management of chest pain: exploring the views and experiences of chiropractors and medical practitioners in a focus group interview*. Chiropractic & Osteopathy [Electronic Resource]. 13:18, 2005 Sep 2.

Svenske Regering. (2006). *Utenrikesdepartementet: Väst Sahara*. Quote 30.12.06.
<http://www.regeringen.se/sb/d/2688/a/19643>

Thagaard, T. (2003). *En innføring i kvalitativ metode – systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget. Bergen.

Thommesen, M. & Krogh L. (2001). *Ernæringsleksikon*. NKS Forlaget.

Tsiboukli, A. & Wolff, K. (2003). *Using focus group interviews to understand staff perceptions from training in the therapeutic community model*. Journal of Drug Education. 33(2):13-57, 2003. Athens, Greece.

Tvete, O.C. (2005). *Reiserapport fra Algerie / Vest-Sahara*. Kristiansand, Norge.

UN. (2004). *Daily Press Briefing by the office of the spokesman for the secretary-general, 03.09.2004: Regarding Western Sahara*. Quote 03.11.06.
<http://www.un.org/News/briefings/docs/2004/db040903.doc.htm>

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

UN. (2006). *General Assembly GA/SPD/344. Fourth committee continues declaration debate, hearing petitioners from Western Sahara, New Caledonia*. Department of Public Information, News and Media Division, New York.

UN Radio. (2006). *Monday 13 February 2006 – Rains leave thousands of Saharawi refugees homeless in Algeria*. Quote 07.11.06. <http://www.un.org/radio/story.asp?NewsID=3916>

UNHCR, WFP & UCL, United Nations High Commissioner for Refugees, World Food Programme & Centre For International Child Health Institute Of Child Health. (2002). *Anthropometric and micronutrient survey, Saharawi Refugee Camps*. Tindouf, Algeria.

UNHCR. (2005). *Western Sahara Operation UNHCR/MINURSO, Confidence Building Measures, Supplementary Appeal*. Mars 2005.

UNHCR. (2006). *Global Appeal; North Africa – Recent developments*.

Utenriksdepartementet. (2004). *Stortingsmelding nr. 35: Felles kamp mot fattigdom – En helhetlig utviklingspolitikk*. Oslo, UD.

Utenriksdepartementet. (2005). *Bistandsbudsjettet 2006 – styrking av FN og vaksinearbeidet*. Pressemelding Nr.: 196/05. Oslo, UD.

Vaags, R.H. (2004). *Etikk*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Western Sahara Online. (2005).

www.wsahara.net

WFP & UNHCR. (1997). *WFP/UNHCR guidelines for estimating food and nutritional needs in emergencies*. December 1997.

WFP. (2004). *Protracted relief and recovery operation – Algeria 10172.1 Assistance to Western Saharan Refugees*. Executive Board, Second Regular Session, 27-28 May 2004, Rome.

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

WFP. (2006). *Shortage og donations impact Sahrawi reugees in Algeria*. World Food Program news, 27 Oct 2006. Quote 01.11.06.

<http://www.wfp.org/English/?ModuleID=137&Key=2275>

WHO. (1998). *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health, World Health Organization, Geneva.

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

VEDLEGG

1. Mission instruction by NCA
2. Spørreskjema på engelsk
3. UNHCRs årsaksmodell
4. Gjennomført tidsplan for feltarbeidet i Tindouf, Algerie.
5. Forslag til innhold i opplæringsplanen i opplæringsprogrammet.

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Vedlegg 1. Mission Instruction

MISSION INSTRUCTION BY NCA

Field visit by nutritionist student Olaug Charlotte Tvette and Karin Irene Buås engaged by Norwegian Church Aid (NCA), to the Saharawi refugee camps situated nearby Tindouf, Algeria.

Mission:

The purpose of the mission is to:

1. Conduct a needs assessment survey as described in Project Description of September 2004.
2. Training and educating:
 - Local nutritionist in nutrition
 - Local health personnel in nutrition
 - Practical child feeding lessons among mothers in the camps-The training and education will be based on the assessment survey and as described in Project Description of September 2004.
3. The mission will be conducted under supervision of Ingrid Barikmo, and in cooperation with NCA.

Duration:

27. September – 18. November 2004.

Chain of command and reporting:

Upon return to NCA HQ in Oslo, it is requested that a Travel Report with preliminary results from the assessment survey and training be presented to the West- and Central Africa desk within two weeks after return to Norway.

Reporting procedures:

The minimum requirements for the Travel Report are the following:

- Recommendations and conclusions according to the Mission Instruction
- Meeting schedule
- Description of visited activities in the area concerned
- The various issues raised in the meetings and recommendations for follow-up

Oslo, 17.09.2004

Eivind Aalborg
Head of Secion
Norwegian Church Aid

Eirik Kirkerud
Programme Officer
Norwegian Church Aid

Vedlegg 2. Nutritional survey in the Saharawi camps October 2004

Questionnaire about the family background

Answered by the mother (or the responsible for the children)

? = don't know the answer

1. Date
2. Family number
3. Time the interview start..... -
4. Time the interview stop -
5. Team number.....

6. How many people live in this house?.....
7. How many children are under 5 years?

Questions about the food situation

8. What do the family usually eat and drink for breakfast?
.....
9. What do the family usually eat and drink for lunch?
.....
10. What do the family usually eat and drink for dinner?
.....
11. What about between the meals? Do you eat and drink something?
12. Do the children under 5 years eat alone or together with the family?
..... ☐ alone, ☐ together
13. What do you do if it is leftovers after a meal?
.....
14. Was the general ration that you received last month enough? ☐ Yes, ☐ No
14.1.If no, what did you run out of?
14.2. and how did you manage the situation?.....

15. What kind of these foods are available in the house today?
15.1.Wheat flour ... ☐ Yes, ☐ No
15.2.Rice ☐ Yes, ☐ No
15.3.Gofio ☐ Yes, ☐ No
15.4.Spaghetti..... ☐ Yes, ☐ No

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

- 15.5.Barley..... ☐Yes, ☐No
- 15.6.Lentils/beans. ☐Yes, ☐No
- 15.7.Bread..... ☐Yes, ☐No
- 15.8.Biscuits ☐Yes, ☐No
- 15.9.Meat ☐Yes, ☐No
- 15.10.Sardine/tuna ☐Yes, ☐No
- 15.11.Potato ☐Yes, ☐No
- 15.12.Carrot ☐Yes, ☐No
- 15.13.Onion ☐Yes, ☐No
- 15.14.Pepper ☐Yes, ☐No
- 15.15.Tomato..... ☐Yes, ☐No
- 15.16.Apple/pear ☐Yes, ☐No
- 15.17.Banana ☐Yes, ☐No
- 15.18.Dates ☐Yes, ☐No
- 15.19.Orange ☐Yes, ☐No
- 15.20.Juice ☐Yes, ☐No
- 15.21.Coke, fanta etc. ☐Yes, ☐No
- 15.22.Milk/yoghurt..... ☐Yes, ☐No
- 15.23.Cheese..... ☐Yes, ☐No
- 15.24.Eggs ☐Yes, ☐No
- 15.25.Butter/margarine☐Yes, ☐No
- 15.26.Oil ☐Yes, ☐No
- 15.27.Sugar ☐Yes, ☐No

15.28.Others:

16. What kinds of income do the family have? If yes mark in the square.

16.1. From the father ☐

16.2. From other members of the family ☐

16.3. From the families that the children are visiting ☐

16.4. From family members working abroad ☐

16.5. From others.....

17. How many animals have the family:

17.1. goat ☐☐☐

17.2. sheep ☐☐☐

17.3. camel ☐☐☐

17.4. hens and chicken ☐☐☐

Hygiene

18. Do you have enough water for:

18.1.Cooking ☐Yes, ☐No

18.2.Washing ☐Yes, ☐No

18.3.Drinking..... ☐Yes, ☐No

19. In what situations do you think that it is important to wash hands?

20. Are there any kind of food that you wash before you use it?.....

.....

21. What do you do with the garbage?

22. How long do you have to keep the garbage in your home?

23. Does your family have a toilet at home? ☐Yes, ☐No

23.1. If no, what do you do.....

24. If yes, you have a toilet and/or bathroom, can we take a look at it? ☐Yes, ☐No

If yes, do they have

24.1. soap..... ☐Yes, ☐No

24.2. water ☐Yes, ☐No

24.3. towel/paper ☐Yes, ☐No

Questions about the mother

25. How old are you ☐☐ years

26. Marital status: ☐ Married ☐ Not married ☐ Divorced ☐ Widowed

27. What kind of education do you have.....
.....

28. How many children do you have?

28.1. alive ☐☐

28.2. dead..... ☐☐

29. Do you use traditional or modern medicin? ☐ Traditional ☐ Modern ☐ Both

30. Have you been treated for anemia ☐ Yes, ☐ No

31. Are you anemic now?..... ☐ Yes, ☐ No

32. Do you have any chronic disease? ☐ Yes, ☐ No

32.1. If yes, which
.....

33. Have you had any other illnesses in the last month ☐ Yes, ☐ No

33.1. If yes, which
.....

34. Mothers height..... ☐☐, ☐ cm

35. Mothers weight..... ☐☐, ☐ kg

35.1. how much clothes, - 1 kg ☐, - 2kg ☐

Questionnaire for the children.

1. Family no.....☐☐☐ Child number☐
2. During the pregnancy for this child, do you eat more ☐ less ☐ or the same ☐?
3. How many times did you go to birth control while you were pregnant with this child ☐ times
4. Where is this child born?☐ Home, ☐ Hospital
5. What was the first registrated weight for this child?..... ☐☐☐☐ g
6. What was the first registrated height for this child?..... ☐☐ cm
7. How long after the birth were this registrations done? .. ☐☐ weeks
8. Has this child been vacinated? ☐Yes, ☐No
9. When did you starting breastfeeding this child after birth?
☐ After 1 hour, ☐ after 2-4 hours, ☐ during the first day, ☐ during the second day, ☐ during the third day, ☐ not breastfeeding at all
10. During the first week did you give this child anything else than breast milk?
.....☐Yes, ☐ No, ☐ I don't know
- 10.1.If yes, what did you give?.....
11. How old was this child when you started giving food?☐☐ Months
12. What kind of food did you give?
.....
13. How old was this child when he started eating family food?.....☐☐ Months
14. How old was this child when you stopped breastfeeding?..... ☐☐ Months
- 14.1. and why did you stop.....
15. What kind of water does this child drink now?
 - 15.1. sweet water (for tea) ☐Yes, ☐No
 - 15.2. mineral water ☐Yes, ☐No
 - 15.3. tank water ☐Yes, ☐No
 - 15.4. well water ☐Yes, ☐No
16. Do you boil the water that this child is drinking?☐Yes, ☐ No, ☐Sometimes
17. Does this child have any chronic diseases?..... ☐ Yes, ☐ No
- 17.1. If yes, what kind?.....
18. Has this child been ill the last month?..... ☐ Yes, ☐ No
- 18.1. If yes, of what?

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

19. Who in the family decides if this child needs to go to dispensaria/hospital when he is ill? ..

.....

20. What do you give this child in case of diarrhea?

.....

21. If this child is sleeping do you usually wake him up for dinner?

..... ☐ Yes, ☐ No, ☐ Sometimes

22. Is this child eating without adult control? ☐ Yes, ☐ No, ☐ Sometimes

Now we want to ask questions about what this child ate yesterday.

23. Breakfast: At what time?

23.1. What kind food and drink?

.....Breastfeeding?

24. Did he eat or drink anything between breakfast and lunch?

.....

25. Lunch: At what time?

25.1. What kind food and drink?

.....

.....Breastfeeding?

26. Did he eat or drink anything between lunch and dinner?

.....

27. Dinner: At what time?

27.1. What kind food and drink?

.....

.....Breastfeeding?

28. Did this child eat or drink anything different yesterday that he usually does?

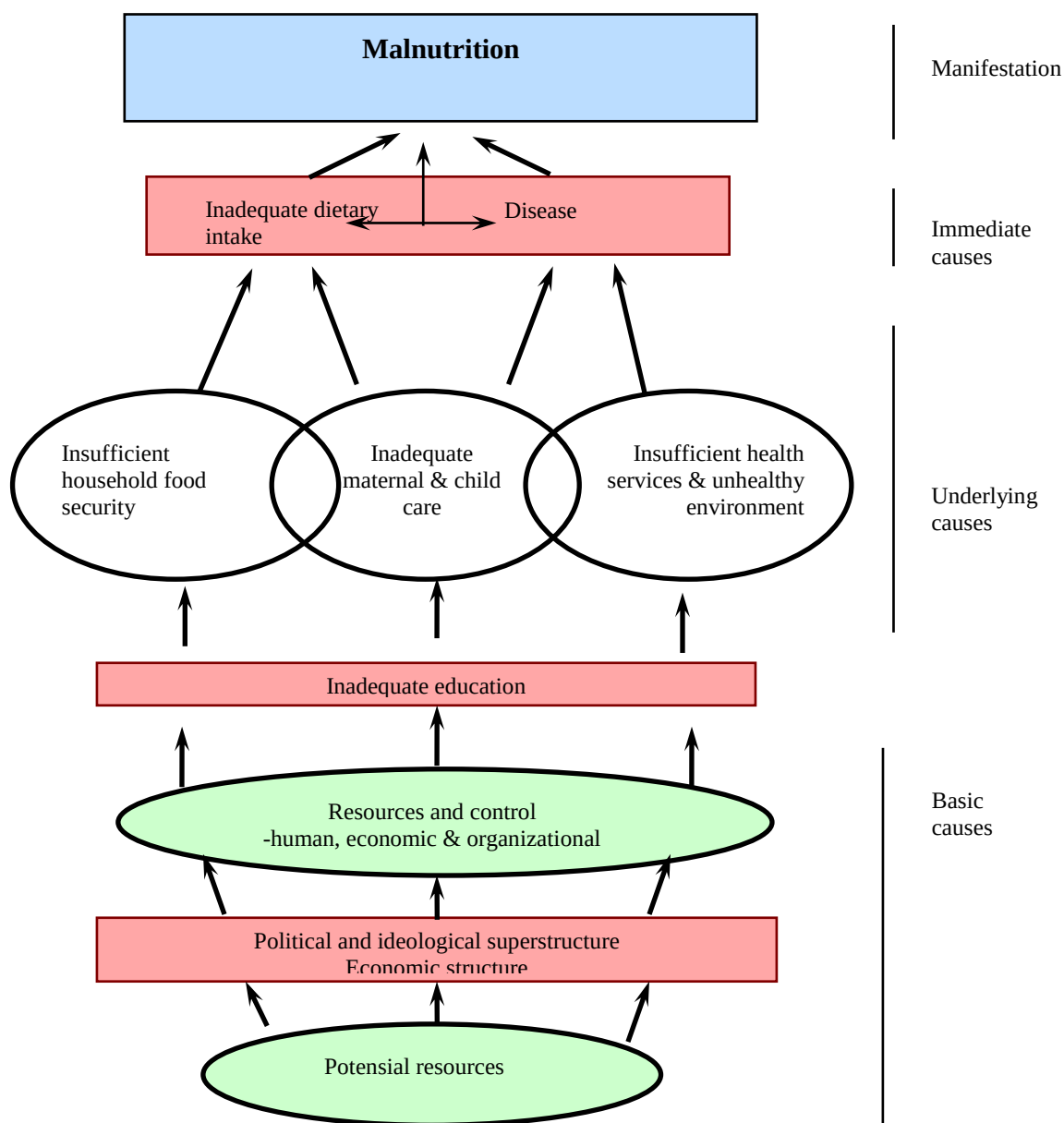
..... ☐ Yes, ☐ No

28.1. If yes: what?

"Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?"

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Vedlegg 3: UNHCRs årsaksmodell



(Jonsson, 1995)

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Vedlegg 4. Gjennomført tidsplan for feltarbeidet i Tindouf, Algerie.

Uke	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
1: 27/9 - 3/10		Fra Alger til Rabouni Ank. Rabouni	Forberedelser. Møte med Alien (rep. fra helseministeriet)	Forberedelser og planlegging	Forberedelser og planlegging. Møte med Alien og Hamody (rep. fra Healthy Child) om prosjektet.	Flyttet til Ajun. Fokus-gruppe og infomøte med nutrisjonister, helsearbeidere, Alien, Hamody, dir. ved sykehuset i Ajun og en lege.	Fokus-gruppe
2: 4/10 - 10/10	Fokus-gruppe Jobber med baseline.	Fokus-gruppe Møte med Alien for oppdatering av videre arbeid med prosjektet. Jobber med baseline.	Jobber med baseline Alle deltakere har fri.	Jobber med baseline. Alle deltakere har fri.	FRIDAG	Gjennomføring av baseline i Hagounia, Ajun.	Gjennomføring av baseline i Hagounia, Ajun.
3: 11/10 - 17/10	Gjennomføring av baseline i Hagounia, Ajun.	FRI pga. folkefest i Ajun.	Registrering av skjema på pc.	Registrering av skjema på pc.	RAMADAN starter Reg. av skjema + analyse	Reg. av skjema + analyse	Informasjons-møte før baseline del 2 (Nutrisjonistene og helsearbeidere fra Smara.)
4: 18/10 - 24/10	Baseline del 2 i Smara	Baseline del 2 i Smara	Gresshoppe-invasjon (uten strøm og vann)	Gresshoppe-invasjon (uten strøm og vann)	Gresshoppe-invasjon (uten strøm og vann)	Reg. av skjema + analyse	FRI
5: 25/10 - 31/10	Reg. av skjema + analyse Forbereder opplæring i Ajun	Reg. av skjema + analyse Forbereder opplæring i Ajun	Reg. av skjema + analyse Forbereder opplæring i Ajun	Flytter til Ajun. Møte med Hamody, kontaktperson for nutrisjonistene og lege fra dispenseria ang. opplæringen. Møte med den nye tolken.	Oppdatering av opplærings-opplegget.	Opplæring: nutrisjonister og helsepersonell (fra Ajun) - kommunikasjon - rollespill	Opplæring: nutrisjonister og helsepersonell - ernæringskunnskap: energi, eksempler på næringsgivende matvarer, kroppens oppbygning

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

Uke	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
6: 1/11 - 7/11	Opplæring: nutrisjonister og helsepersonell - ernæringskunnskap: karbohydrater, fett (ikke fettsyrer)	Opplæring: nutrisjonister og helsepersonell Bruk av matvaretabell, utregning av BMR.	Opplæring: helsepersonell - ernæringskunnskap: protein, vitamin D og A	FRI	FRI Forberedelse til praktisk opplæring.	Opplæring: helsepersonell fra Ajun. Ernæringskunnskap: vitamin C, vann, jern og anemi. Gikk gjennom BMI. Utregning av BMR i praksis.	Opplæring: helsepersonell fra Ajun. Regnet ut egen BMI. Både teoretisk og praktisk bruk og utregning i henhold til matvaretabellen. Dette ved hjelp av: råvarer, vekt og tabell. Muntlig test.
7: 8/11- 14/11	Evalueringsmøte med Hamody og to sykepleiere ved dispenseria for videre arbeid. Vi flytter til Rabouni.	Jobber med data fra undersøkelsen, inntrykk fra opplæringen og forbereder fremlegg til Coordination Day.	Jobber med data fra undersøkelsen, inntrykk fra opplæringen og forbereder fremlegg til Coordination Day.	Jobber med data fra undersøkelsen, inntrykk fra opplæringen og forbereder fremlegg til Coordination Day.	Jobber med data fra undersøkelsen, inntrykk fra opplæringen og forbereder fremlegg til Coordination Day.	Fri. Eirik Kirkerud fra Kirkens Nødhjelp ankom.	Jobber med data fra undersøkelsen, inntrykk fra opplæringen og forbereder fremlegg til Coordination Day.
8: 15/11 - 21/11	Jobber med data fra undersøkelsen, inntrykk fra opplæringen og forbereder fremlegg til Coordination Day.	Jobber med data fra undersøkelsen, inntrykk fra opplæringen og forbereder fremlegg til Coordination Day.	Møte med Hamody (Healthy Child rep.), Fadel (rep. fra helseministeriet) Middagsmøte med helseminister, to representanter (Fadel og Alien) og Eirik Kirkerud.	Coorination Day i Smarah.	Hjemreise Rabouni - Alger	Hjemreise Alger – Paris - Oslo	Hjemreise Oslo - Kristiansand

Vedlegg 5. Forslag til innhold i opplæringsplanen i opplæringsprogrammet

MODUL 1. Feil! Bokmerke er ikke definert.

1.0 INTRODUCTION Feil! Bokmerke er ikke definert.

2.0 WHY DO WE NEED FOOD AND WATER? Feil! Bokmerke er ikke definert.

2.1 What is food made of? Feil! Bokmerke er ikke definert.

2.2 How does the body use the different substances in the food? Feil! Bokmerke er ikke definert.

2.2 How much should we eat? Feil! Bokmerke er ikke definert.

3.0 ENERGY Feil! Bokmerke er ikke definert.

3.1 The use of energy in the body Feil! Bokmerke er ikke definert.

3.2 Energyneeds Feil! Bokmerke er ikke definert.

3.2.1 The mothers energyneeds during pregnancy and breastfeeding Feil! Bokmerke er ikke definert.

3.2.2 The childs energyneeds Feil! Bokmerke er ikke definert.

3.2.3 An adults energyneeds Feil! Bokmerke er ikke definert.

3.2.4 The elderlies energyneeds Feil! Bokmerke er ikke definert.

3.2.5 What happens to the energyneed when you are sick? Feil! Bokmerke er ikke definert.

4.0 CARBOHYDRATES Feil! Bokmerke er ikke definert.

4.1 Recommendations Feil! Bokmerke er ikke definert.

4.2 The different kinds of carbohydrates Feil! Bokmerke er ikke definert.

4.2.1 Starch and sugar Feil! Bokmerke er ikke definert.

4.2.2 Fibre Feil! Bokmerke er ikke definert.

4.3 Why do we need carbohydrates? Feil! Bokmerke er ikke definert.

5.0 FAT AND FATTY ACIDS Feil! Bokmerke er ikke definert.

6.0 PROTEIN Feil! Bokmerke er ikke definert.

7.0 VITAMINS AND MINERALS Feil! Bokmerke er ikke definert.

7.1 Vitamins Feil! Bokmerke er ikke definert.

7.1.1 Vitamin A Feil! Bokmerke er ikke definert.

Why do we need vitamin A? Feil! Bokmerke er ikke definert.

Important sources of vitamin A Feil! Bokmerke er ikke definert.

Vitamin A deficiencies Feil! Bokmerke er ikke definert.

7.1.2 Vitamin D Feil! Bokmerke er ikke definert.

Why do we need vitamin D? Feil! Bokmerke er ikke definert.

Important sources of vitamin D Feil! Bokmerke er ikke definert.

Vitamin D deficiencies Feil! Bokmerke er ikke definert.

7.1.3 Vitamin E Feil! Bokmerke er ikke definert.

Why do we need vitamin E? Feil! Bokmerke er ikke definert.

Important sources of vitamin E Feil! Bokmerke er ikke definert.

Vitamin E deficiencies Feil! Bokmerke er ikke definert.

7.1.4 Vitamin K Feil! Bokmerke er ikke definert.

Why do we need vitamin K? Feil! Bokmerke er ikke definert.

Important sources of vitamin K Feil! Bokmerke er ikke definert.

Vitamin K deficiencies Feil! Bokmerke er ikke definert.

7.1.5 Vitamins in the B-group Feil! Bokmerke er ikke definert.

What does the body need these nutrients? Feil! Bokmerke er ikke definert.

Important sources Feil! Bokmerke er ikke definert.

Deficiencies **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.1.6 Vitamin C **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need vitamin C? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of vitamin C **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Vitamin C deficiencies **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2 Minerals **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.1 Iron (Fe) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need iron? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of iron **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Iron deficiency **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.2 Iodine (I) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need iodine? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of iodine **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Iodine deficiency **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.3 Magnesium (Mg) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need magnesium? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of magnesium **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Magnesium deficiency **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.4 Calcium (Ca) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need calcium? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of calcium **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Calcium deficiency **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.5 Fluoride (F) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need fluoride? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of fluoride **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Fluoride deficiency **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.6 Sodium (Na) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need sodium? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of sodium **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Sodium deficiency **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.7 Potassium (K) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need potassium? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of potassium **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Potassium deficiency **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.8 Zinc (Zn) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need zinc? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of zinc **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Zinc deficiency **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.9 Chromium (Cr) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need chromium? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of chromium **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Chromium deficiency **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.10 Water (H₂O) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Why do we need water? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Important sources of water in the nutritional intake **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.3 Summary of symptoms and signs associated with nutritional status **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

9.0 NUTRITIONAL STATUS **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

9.1 Registration of weight and height **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

9.2 Dietary intake registration **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

9.3 Anthropometrics measurements **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

9.4 Biochemical measurements **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

MODUL 2. **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.0 FOOD **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1 Different types of food **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.1 Staple food **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.2 Legumes **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.3 Vegetables and fruits **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.4 Food from animals **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.4.1 Meat **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.4.2 Offal **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.4.3 Eggs **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.5 Oils and fats **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.6 Milk **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.1.7 Snacks and beverage **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.2 How can we process the food to gain the most of the nutrients? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.3 How can we best handle the food to keep it safe and clean? **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

2.0 BREASTFEEDING **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

3.0 COMPLEMENTARY FEEDING **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

4.0 CHILDCARE AND NURSING A CHILD **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

4.1 Pregnancy and birth - care for the mother **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

4.2 Childcare and nursing a child: the first 3 months **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

4.3 Childcare and nursing a child: 4-6 months **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

4.4 Childcare and nursing a child: 7-8 months **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

4.5 Childcare and nursing a child: 9-12 months **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

4.6 Childcare and nursing a child: 1-2 years of age **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

4.7 Childcare and nursing a child: 2-5 years of age **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

5.0 UNDERNUTRITION AND MALNUTRITION **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

6.0 PRACTICAL USE OF GROWTH MONITORING TO FIGHT UNDERNUTRITION AND MALNUTRITION IN CHILDREN **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.0 TREATMENT AND RECOVERY OF UNDERNOURISHED OR MALNOURISHED CHILDREN **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.1 Criteria to be enrolled in The Nutritional Treatment Project **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2 The treatment **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.1 Treatment of dehydration **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.1.1 How to use ORS **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.2 Nutritional treatment for early recovering of severe malnutrition **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7.2.3 Nutritional treatment for catch-up growth – High energy feeds **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

8.0 THE PRACTICAL USE OF FOOD COMPOSITION TABLES **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

”Hvordan utvikle et opplæringsprogram som kan bidra til å redusere prevalensen av underernæring i flyktningleirene i Tindouf, Algerie?”

En studie utført i de saharawiske flyktningleirene i Tindouf, Algerie.

MODUL 3. **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

1.0 NUTITIONIST – TEACHER – HEALTH COUNSELLOR AND ADVICOR **Feil!**

Bokmerke er ikke definert.

2.0 COUNSELLING IN PRACTISE **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

3.0 COMMUNICATIONAL SKILLS AND TOOLS **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

REFERENCES **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

RECIPIES **Feil! Bokmerke er ikke definert.**