

FYSISK AKTIVITET SOM ET FRISTED - Å FREMME POSITIV HELSE OG EGENMESTRING I IMMIGRASJONSPROESSEN

PHYSICAL ACTIVITY AS A SANCTUARY
- PROMOTING POSITIVE HEALTH AND SELF-MANAGEMENT IN THE
IMMIGRATION PROCESS

INGUNN GRASTO WICKMANN

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP
INSTITUTT FOR PLANTE- OG MILJØVITENSKAP
MASTEROPPGAVE 30 STP. 2012



Abstract

Migration constitutes both physical and mental challenges to health. Although Norway is ranked as a country with a high standard of living (United Nations Development Program, 2011), social inequalities generate disparities in health within the population. These inequalities exist between social classes, ethnic groups and gender. The process of migration (not necessarily voluntarily), belonging to a minority group, and being female; - can within the context of health inequalities be viewed, as determinants of health and indicate that immigrant women are a vulnerable group.

The scope of this study is to explore how physical activity, within the context of salutogenesis, can promote *general resistance resources (GRR)* and *sense of coherence (SoC)* among immigrant women. The informants in this study are immigrant women taking part in physical activity at a women-only fitness centre in Oslo. Activities at the fitness centre are organized in a manner designed to lower the physical, social and cultural barriers for participation in physical activity. Through 6 qualitative interviews, participant observation and conversations with immigrant women at the fitness centre, - their lived experiences and perceptions of the physical and social activities they participate in, will be explored in a salutogenic framework.

The majority of the women participating in this study perceived the activities they took part in as physically, socially and culturally accessible. The activities facilitate a sense of community within a group. For many of the women, the centre provides a sanctuary away from everyday struggles, - where they can take part in activities which seems comprehensible, manageable and meaningful.

Participation benefits not only the physical and the psychological health of the women, but also facilitates psychosocial well-being. General resistance resources such as language, knowledge, social support, a healthy lifestyle and confidence are strengthened. Among many of the women, the physical and social activities they participated in represented a breathing space, where they enjoy pleasure and amusement. Perhaps this isolated sphere, where life is considered comprehensible, manageable and meaningful, can promote and strengthen immigrant women's sense of coherence, and give meaning to life.

Keywords: Immigrant women, immigration, physical activity, sense of coherence (SoC), general resistance resources (GRR) and salutogenesis.

Sammendrag

Å immigrere til et fremmed land innebærer store forandringer i ens livsverden og kan by på både fysiske og psykiske belastninger for helsen. Norge er rangert som et godt land å leve i (United Nations Development Program, 2011), allikevel skaper sosiale ulikheter forskjeller i befolkningens helsetilstand. Forskjellene eksisterer spesielt mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Å innvandre til et ukjent land, å tilhøre en etnisk minoritet og å være kvinne; - kan i sammenheng med sosiale ulikheter, være determinanter for helsen, og indikerer at kvinnelige innvandrere utgjør ei spesielt utsatt gruppe.

Studiens målsetning er å undersøke hvordan fysisk aktivitet i et salutogent perspektiv kan bidra til å styrke *generelle motstandsressurser (GMR)* og på denne måten fremme *opplevelse av sammenheng (OAS)* i tilværelsen blant innvandrerkvinner. Utvalget i denne studien er innvandrerkvinner som deltar i fysisk aktivitet på et helsekvalifiserende senter i Oslo. Aktiviteten er organisert som et lavterskeltilbud og er kun for kvinner. Gjennom 6 kvalitative forskningsintervjuer, deltakende observasjon og samtaler på senteret, - blir kvinnenes opplevelser og erfaringer med de fysiske og sosiale aktivitetene de deltar i, utforsket i forhold til *generelle motstandsressurser og opplevelse av sammenheng*.

Det helsekvalifiserende senteret oppleves som et meningsfullt sted. Terskelen for deltakelse i fysiske og sosiale aktiviteter oppfattes som lav, og gir kvinnene en følelse av tilhørighet til et styrkende fellesskap. Informantene anser hovedutbyttet til å være at deltakelse genererer psykisk og sosialt velvære. *Generelle motstandsressurser* som språk, kunnskap, sosial støtte, helsefremmende atferd og selvtillit er styrket.

Med tanke på den styrkede fellesskapsfølelsen, kan det helsekvalifiserende senteret oppfattes som annerledes, sammenliknet med andre og mer ordinære treningssenterkjeder. For mange av kvinnene representerer aktivitetene et pusterom som bidrar til glede og fornøyelse i hverdagen. Deltakelse i aktiviteter på senteret kan representere en sfære hvor livet oppfattes som begripelig, håndterbart og meningsfullt – og på denne måten kan kvinnenes deltakelse i aktiviteter på senteret fremme og styrke *opplevelse av sammenheng i tilværelsen*.

Emneord: Innvandrerkvinner, immigrasjon, fysisk aktivitet, *opplevelse av sammenheng (OAS)*, *generelle motstandsressurser (GMR)* og salutogenese.

Forord

Masteroppgavens tema har sitt utspring i et personlig engasjement og interesse for hvordan fysisk aktivitet skal være tilgjengelig for alle, og hvor fokuset dreier seg om faktorer som skaper og styrker forutsetninger for både god fysisk og psykisk helse. Interessen har oppstått på bakgrunn av mitt bachelorstudium innen idrett, friluftsliv og helse ved HiO, og av at jeg har arbeidet med gruppetrening for kvinner og mosjonsgrupper for eldre i organisasjonen Helseforum for kvinner og i Oslo Turnforening. I tillegg har masterstudiet i folkehelsevitenskap ved UMB økt interessen ytterligere, ved å gi meg nye, inspirerende og verdifulle perspektiver på hvordan helse skapes og fremmes. Et tema som opptar meg er dessuten hvordan fysisk aktivitet og idrett kan bidra til integrering i samfunnet og interkulturell forståelse og gjensidig respekt i møtet mellom minoritet og majoritet.

Arbeidet med denne oppgaven har vært lærerikt og spennende. Kvinnene som har bidratt i denne studien, ved å la meg låne og utforske deres levde erfaringer og opplevelser, har utvidet min forståelse og lært meg mye. Jeg er svært takknemlig for dette. I denne sammenheng er det nødvendig å takke det helsekvalifiserende senteret Helseforum for kvinner i Oslo, for å ha latt meg lære disse kvinnene å kjenne, og for at jeg har fått mulighet til å delta i den gleden fysisk aktivitet er.

Min faglige veileder, dr.scient. Kristin Walseth, ved Høyskolen i Oslo og Akershus er en av de som har bidratt til min interesse for fysisk aktivitet i et flerkulturelt samfunn, og har vært en motivator og en viktig aktør i denne prosessen. Takk for all veiledningen som har gjort dette arbeidet til en spennende opplevelse. Min formelle veileder, dr.scient. Grete Grindal Patil, ved Universitetet for miljø- og biovitenskap, har bidratt med nyttige innspill og konkrete tilbakemeldinger, og skal takkes i denne sammenhengen.

På det personlige plan ønsker jeg å takke mine kjære for tålmodighet, og for at de har bidratt med både praktisk og emosjonell støtte i denne prosessen.

Ingunn Grasto Wickmann

Oslo, Mai 2012

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	1
1.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL	2
1.2 BEGREPSAVKLARING.....	3
2 BAKGRUNN OG TEORI	4
2.1 MIGRASJON OG HELSE.....	4
2.2 INNVANDRERKVINNER OG HELSE.....	5
2.3 MINORITETSKVINNER OG FYSISK AKTIVITET	6
2.4 SALUTOGENESE	9
2.4.1 <i>Generelle motstandsressurser (GMR)</i>	10
2.4.2 <i>Opplevelse av sammenheng (OAS)</i>	10
2.4.3 <i>Relasjonen mellom begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet</i>	11
2.4.4 <i>Immigranter og OAS</i>	13
2.4.5 <i>Fysisk aktivitet i et salutogent perspektiv</i>	15
3 METODE	18
3.1 EN KVALITATIV TILNÆRMING	18
3.2 FELTET	19
3.3 GJENNOMFØRING	22
3.4 TRANSKIPSIJON OG ANALYSE.....	27
3.5 VALIDITET	30
3.6 ETIKK	32
4. PRESENTASJON AV FUNN OG DISKUSJON	34
4.1 LAVTERSKEL	34
4.1.1 <i>Lavterskel og OAS</i>	38
4.2 FELLESSKAP.....	39
4.2.1 <i>Felleskap og OAS</i>	45
5. AVSLUTTENDE DISKUSJON OG KONKLUSJON	48
5.1 FYSISK AKTIVITET SOM ET PUSTEROM.....	49
5.2 ET ANNERLEDES TRENINGSSENTER	50
5.3 FUNNENES BETYDNING I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV	52
LITTERATURLISTE	55

VEDLEGG 8 stk.

1 Innledning

Helse skapes innenfor settingene av det daglige liv, der vi lærer, arbeider, leker og elsker (WHO, 1986). Det er når vi tar omsorg for oss selv og andre, og når vi gis mulighet til å ta avgjørelser som berører vår livssituasjon at grunnlaget for helse dannes.

Norge er rangert som et godt land å leve i (United Nations Development Program, 2011), allikevel skaper sosiale ulikheter store forskjeller i befolkningens helsetilstand (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Forskjellene eksisterer spesielt mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønnene. Å innvandre til et ukjent land, å tilhøre en etnisk minoritet og å være kvinne; - kan i sammenheng med sosiale ulikheter, være determinanter for helse, og indikerer at kvinnelige innvandrere utgjør ei spesielt utsatt gruppe.

I 1975 ble det innført en innvandringsstopp, som medførte at innvandring kun tillates på grunnlag av flyktning- eller asylsøkerstatus, spesialarbeidskraft og familiegjennforening. Til tross for lovgivningen har Norge siden den tid, i økende grad blitt et flerkulturelt samfunn (SSB, 2011a). Å bedrive folkehelsearbeid i et flerkulturelt samfunn innebærer å møte og å forstå de samfunnsendringene og helseutfordringene som oppstår som følge av denne utviklingen, samt å forstå hvilke følger migrasjon kan ha for de som skal lære, arbeide, leke og elske i et fremmed land. Det er dette som også er motivasjonen bak denne studien, som omhandler innvandrerkvinnens helse og fysisk aktivitet, i et salutogent perspektiv.

En salutogen orientering innebærer å fokusere på faktorer som skaper og fremmer helse. Valget av tema for studien tar utgangspunkt i antagelsen om at en salutogen orientering i folkehelsearbeid kan ha innflytelse på forhold som påvirker vår helse. Fysisk aktivitet kan være viktig både for psykisk og fysisk helse, og kan også være et utgangspunkt for å utvikle sosiale nettverk (Martinsen, 2004). Derfor vil masteroppgaven omhandle hvordan fysisk aktivitet organisert som en lavterskeltilbud og de sosiale rammene rundt dette, kan bidra til å styrke innvandrerkvinnens forutsetninger til å ta kontroll over sin egen helse og livssituasjon.

Det å immigrere til et fremmed land innebærer store forandringer i ens livsverden og kan by på både fysiske og psykiske utfordringer for helsen. Til eksempel har enkelte livsstilssykdommer og mentale lidelser vist seg å ha høyere forekomst blant innvandrerbefolkningen, enn blant den øvrige befolkningen (Kumar, Meyer, Grøtvedt, Søgaard & Strand, 2008;). Det er også registrert

forskjeller i helse mellom kjønnene innad i innvandrerbefolkningen (Kumar et al., 2008). The Oslo Immigrant Health Profile viser blant annet at innvandrerkvinner sjeldnere oppfattet sin helse som god, rapporterte å ha flere psykiske problemer og var mindre fysisk aktive enn menn med innvandrerbakgrunn (ibid.). Et av utgangspunktene for studien er derfor antakelsen om at innvandrerkvinner er en sårbar gruppe i det norske samfunnet med tanke på helse.

I et salutogent perspektiv er det individers ressurser og kapasitet til å skape helse som står i fokus (Lindström & Eriksson, 2005). Helse ses på som en dynamisk prosess, hvor en beveger seg mellom ytterpunktene som er god eller dårlig helse (Antonovsky, 1991). Det å oppleve felleskap med andre kan bidra til at individer føler seg styrket (Walseth, 2008). Det er tenkelig at et lavterskeltilbud som søker å fremme fysisk aktivitet blant innvandrerkvinner, også vil kunne bidra til å aktivisere og å styrke kvinnenens kapasitet til å nyttiggjøre seg motstandsressurser som er nødvendig for å bli aktive i det norske samfunns- og arbeidsliv (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2007). Sosial støtte og sosiale nettverk, selvtillit, språkkunnskaper, kunnskap om helse og helseatferd og annen kunnskap, eksempelvis om samfunnet, er ressurser som muligens kan erverves gjennom deltakelse i fysisk lavterskelaktivitet (ibid.). Deltakelse i denne aktiviteten vil kunne bidra til å gjøre innvandrerkvinnens tilværelse mer begripelig, håndterbar og meningsfull. I salutogen teori utgjør disse komponentene konseptet *opplevelse av sammenheng (OAS)*, og antas å være avgjørende for å oppnå god helse. Økt kunnskap om kvinner i innvandrerbefolkningen og deres livsverden kan gi et bedre beslutningsgrunnlag for viktige avgjørelser som berører deres situasjon i Norge, samt bidra til økt forståelse mellom landets befolkningsgrupper (Byberg, 2002).

1.1 Forskningsspørsmål

I et salutogent perspektiv er *opplevelse av sammenheng* i tilværelsen antatt å være en viktig faktor for hvordan vi ordner og ser verden. Til tross for motgang og belastninger i livet er det enkelte mennesker som allikevel beholder en god helse og et psykososialt velvære (Antonovsky, 1991). Motivasjonen bak denne studien har vært en undring over hvordan fysisk aktivitet kan bidra til å styrke motstandsressurser og på denne måten bidra til at en ser livet på en begripelig, håndterbar og meningsfull måte.

På bakgrunn av opplysningene om innvandrerkvinnens helse som nevnes ovenfor, og som utdypes videre i denne studien, er det rimelig å anta at migrasjon er en prosess som påvirker

helsen. Muligens vil migrasjonsprosessen kunne endre de forutsetningene en har for å nyttiggjøre seg de motstandsressursene som styrker helsen, og ha en innvirkning på innvandrerkvinner *opplevelse av sammenheng* i tilværelsen. Forskningsspørsmålene som ligger til grunn for denne studien er derfor:

Hvordan kan innvandrerkvinner generelle motstandsressurser (GMR) og opplevelse av sammenheng (OAS) i tilværelsen påvirkes gjennom deltakelse i fysisk aktivitet, organisert som et lavterskeltilbud?

1.2 Begrepsavklaring

I denne studien vil betegnelsen innvandrerkvinner omfatte kvinner som er født utenfor Norge av to utenlandskfødte foreldre (SSB, 2008). Når det henvises til referanser som benytter andre begreper, er disse forfatterens formuleringer beholdt. I de sammenhengene hvor begrepet etniske minoritetskvinner benyttes, omfatter dette både innvandrerkvinner og norskfødte med innvandrerforeldre, men ikke nasjonale minoriteter (for eksempel samer).

2 Bakgrunn og teori

Det følgende kapittelet vil belyse hvilke følger migrasjon kan ha for helsen og hvilke helseplager som eksisterer blant innvandrere- og minoritetskvinner i Norge. Dernest følger en gjennomgang av salutogenese og sense of coherence/*opplevelse av sammenheng*, som er det teoretiske rammeverket for oppgaven. Avslutningsvis vil kapittelet belyse *generelle motstandsressurser (GMR)*, *opplevelse av sammenheng(OAS)* i tilværelsen i forbindelse med henholdsvis immigrasjon og fysisk aktivitet.

2.1 Migrasjon og helse

Migrasjon medfører både positive og negative endringer i livssituasjonen for den enkelte immigrant. Endringene kan være både fysiske, psykiske og sosiale. Migrasjon kan innebære en reduksjon av risiko for helseplager, eksempelvis ved forflytning fra høyrisiko i opprinnelsesland (f. eks. ovenfor en sykdom eller en annen trussel/marginalisering/fattigdom etc.) til lavere risiko i vertsland (Kumar & Viken, 2010). Migrasjon kan også innebære en økt risiko for helseplager. Eksempelvis er Norge et høyrisikoområde for hjerte- og karsykdommer, noe som kan forhøye risikoen for utvikling av slik sykdom ved forflytning hit (ibid.).

The healthy migrant effect er en annen hypotese som hevder at det er friske eller unge mennesker (som vanligvis er friskere enn gjennomsnittsbefolkningen) som emigrerer (Kumar & Viken, 2010; Berg, 2012). ”Disse menneskene er vanligvis sunnere, og mer villige til å ta risikoer og er i bedre stand til å takle utfordringene som følger av migrasjon.” (Kumar & Viken, 2010, s. 29). Allikevel har migrasjonsprosessen og tilpasningen til nye omgivelser vist seg å kunne være en medvirkende årsak til dårligere helse (ibid.). Determinanter for helse, sykkelighet og dødelighet er blant annet genetiske, demografiske, kulturelle, sosioøkonomiske, fysiske og strukturelle (Naidoo & Wills, 2000). Faktorene har betydning for alle menneskers helse. Det argumenteres for at det er de forandringene i det fysiske og det psykososiale miljøet som migrasjon medfører, som kan være en trussel for helsen (Chrysochoou, 2004). De tydeligste endringene er i de fysiske omgivelsene, slik som klima og det å flytte fra et ruralt område til et urbant område. Psykososiale forandringer er vanskeligere å observere, men dette kan for eksempel være tap av kulturell identitet, tap av yrkesstatus, tap av kjente miljøer og tap av sosialt nettverk/slektninger. Hauff og Vaglum (1997) hevder alle slike tap fører til økt stressnivå.

I søken å forklare relasjonen mellom migrasjon og helse, bør kulturell tilpasning i følge Kumar og Viken (2010) føyes til som en helsedeterminant. ”Kulturell tilpasning innebærer i hvilken utstrekning man inkluderer vertsnasjonens kulturelle verdier og handlemåter i sine egne” (Kumar & Viken, 2010, s. 38). Chryssochoou (2004) omtaler kulturell tilpasning som en betydningsfull og vesentlig livshendelse i forhold til helsen. Chryssochoou (2004) hevder det er stresset forbundet med denne prosessen som kan påvirke fysiske og psykososiale aspekter ved individets helse.

Enkelte sykdommer og tilstander ser ut til å ha en høyere forekomst blant innvandrerbefolkningen enn blant den øvrige befolkningen i Norge. Sammenliknet med befolkningen for øvrig ser man blant denne gruppen en økt prevalens av diabetes type 2, (Kumar, Meyer, Grøtvedt, Søgaard & Strand, 2008; Hjellset, Bjørge, Eriksen & Hostmark, 2009; Jenum, Holme, Graff-Iversen & Birkeland, 2005), vitamin D mangel (Kumar et al., 2008), økt risiko for livsstilsrelaterte sykdommer (Misra & Ganda, 2007; Glenday, Kumar, Tverdal & Meyer, 2006) og en økt risiko for mentale lidelser som depresjon og angst (Dalgard, Thapa, Hauff, McCubbin & Syed, 2006; Rognerud, Strand, & Næss, 2007).

The Oslo Immigrant Health Profile (Kumar et al., 2008) illustrerer også at innvandrere ikke er en homogen gruppe, da studien i tillegg viser forskjeller i helse mellom innvandrergroppene som er representert i studien. Spilker, Indseth og Aambø (2009) mener på bakgrunn av de registrerte forskjellene mellom innvandrergroppene i Kumar et al. (2008) sin studie; at genetiske, kulturelle og sosioøkonomiske forskjeller alene, ikke kan forklare de overnevnte ulikhetene mellom majoritets- og minoritetsbefolkningens helse. Spilker et al. (2009) hevder andre forklaringsvariabler, slik som grad av sosial integrasjon, sosial støtte og nettverk, opplevelse av diskriminering og andre negative livshendelser, også må tas i betraktning når årsaken til helseforskjellene skal vurderes.

2.2 Innvandrerkvinner og helse

The Oslo Immigrant Health Profile (Kumar et al., 2008) tar for seg fem ulike innvandrergroppers helse, deriblant innvandrere fra Pakistan, Tyrkia, Iran, Vietnam og Sri Lanka. Studien peker i tillegg på ulikheter mellom kjønnene på tvers av de etniske groppene. Sammenliknet med mennene hadde kvinnene lavere utdanning og mindre arbeidsdeltakelse. Dette samsvarer med Statistisk Sentralbyrås oversikter (Byberg, 2002). Rapporten viser at kvinner sjeldnere oppfattet

sin helse som god og at de var mindre fysisk aktive enn menn. Kvinnene hadde også større forekomst av fedme og bukfedme, sammenliknet med mennene. Kvinnene rapporterte å ha flere psykiske problemer enn mennene, og kvinner fra Tyrkia og Irak utgjorde den største andelen av personer med symptomer på psykiske plager (Kumar et al., 2008; Blom, 2010). Dalgard et al. (2006) finner i tillegg at innvandrere fra lav- og middelinntektsland har dårligere psykisk helse enn norskfødte og innvandrere fra vestlige land. Rapporten *Sosial ulikhet i helse* (Rognerud, Strand, & Næss, 2007) nevner psykososiale forhold som ”opplevd rasisme, ekskludering, forandringer i yrkesstatus, oppbrudd fra tidligere sosialt nettverk, identitetsproblemer, stress knyttet til en ny og ukjent kultur og manglende sosiokulturell integrasjon” som risikofaktorer som gjør innvandrere mer utsatt for psykiske plager. Henriksen (2010) finner at kvinner i større grad er utenfor arbeidslivet, har dårligere norskkunnskaper, er mer ensomme og har færre norske venner, noe som kan forklare disse kjønnsforskjellene i psykisk helse ytterligere.

I en kvalitativ studie om kanadiske immigrantkvinner og endringer i helse i forbindelse med migrasjonsprosessen, mente omtrent halvparten av kvinnene at de ikke hadde merket noen endringer i helse etter immigrasjonen, kun et fåtall vurderte helsen som bedre (Meadows, Thurston & Melton, 2001). Selv om studiens informanter definerte helse på en holistisk måte, var det i størst grad fysisk helse og evne til å fungere informantene vurderte sin helse ut ifra. For den resterende delen, som mente at helsen var blitt dårligere, ble både fysiske, mentale og sosiale faktorer nevnt som mulige årsaker til nedsatt helse, eksempelvis tap av utdannings- og yrkesstatus, språkvansker og tap av sosialt nettverk. Kultur- og kjønnsrelaterte konflikter ble i tillegg hyppig nevnt som stressorer som kunne svekke kvinnenenes generelle velvære (ibid.).

2.3 Minoritetskvinner og fysisk aktivitet

Som nevnt fant The Oslo Immigrant Health Profile at innvandrerkvinner var mindre fysisk aktive enn mennene og den øvrige majoritetsbefolkningen (Kumar, et al., 2008). Flere studier peker på familieansvar, mangel på ”treningskamerater”, rasisme, tolkninger av religion og kulturelle normer som mulige barrierer for å bedrive fysisk aktivitet blant minoritetskvinner (Walseth & Fasting, 2004). Språkbarrierer, økonomi og mangel på passende fasiliteter og muligheter til å bedrive fysisk aktivitet utgjør også slike barrierer (Guerin, Diiriye, Corrigan & Guerin, 2003). Muligens kan den ordinære måten majoriteten av trenings- og idrettstilbud blir organisert på (f.eks. at aktivitet foregår kjønnsblandet), stå i konflikt med minoritetskvinnens kulturelle behov. Det kan oppfattes som usømmelig å delta i idrettsaktiviteter, også de som er

kjønnssegregerte i utgangspunktet, da menn og gutter ofte kan være blant tilskuere og dommere (Walseth, 2004).

En kvalitativ studie av somaliske kvinner i New Zealand og deres deltakelse i fysisk aktivitet, viser at det for kvinnene var særs viktig å ha et kulturelt ”trygt” sted å trene, ikke bare for dem selv, men også for hele det somaliske miljøets integritet (Guerin, Diiriye, Corrigan & Guerin, 2003). Med kulturelt ”trygt” mentes det at trening utendørs burde foregå etter solnedgang eller på et sted skjermet fra innsyn utenifra, og hvor man kunne kle seg i passende klær for trening uten å bekymre seg for at menn skulle kunne komme inn i lokalet.

I forhold til religion som en barriere for fysisk aktivitet, er det rimelig å anta at det ikke er religion i seg selv som forhindrer enkelte kvinner i å bedrive fysisk aktivitet. Betydningen av positiv helseatferd i det daglige liv, deriblant fysisk aktivitet, er vektlagt i eksempelvis Koranen (Ghazizadeh, 1992; Rassool, 2000). Selv om fortolkninger av Koranens hellige skrifter varierer, er den mest allmenne fortolkningen positiv i forhold til kvinner og fysisk aktivitet (De Knop, Theeboom, Wittcock & De Martelaer, 1996). Det er heller organiseringen av aktivitetene som kommer i konflikt med religiøse verdier (Walseth & Fasting, 2004).

Seippel, Strandbu og Sletten (2011) fant at ungdommer med minoritetsbakgrunn sjeldnere er med i organiserte idrettsaktiviteter enn etnisk norske ungdommer. Det var også slik at minoritetsjenter er mindre delaktige i idrettslag enn minoritetsgutter (ibid.). Dette betyr nødvendigvis ikke at jentene ikke er fysisk aktive; da det så ut til at minoritetsjenter heller oppsøkte fysisk aktivitet i form av dans, trening på treningssenter, kampsport og trening på egen hånd (Strandbu, 2004). I likhet fant Rowe og Champion (2000) at å gå, keep fit/aerobics/yoga var de mest populære aktivitetene blant minoritetskvinner og -jenter i Storbritannia. Jamfør tidligere nevnte barrierer, viste også denne studien at ansvar for hjem og familie, arbeids-/studiekrav, mangel på treningsfasiliteter, penger, slapphet og bluferdighet var de hyppigst oppgitte begrunnelsene for lav deltakelse i fysisk aktivitet (Rowe & Champion, 2000).

Det kan se ut til at enkelte kvinner og jenter i større grad velger å bedrive fysisk aktivitet av helsefremmende grunner, enn på grunnlag av aktivitetens egenverdi (Rowe & Champion, 2000; Walseth & Fasting, 2004; Strandbu, 2005; Strandbu, 2004). I Strandbus (2004) studie av idrettsdeltakelse blant jenter med minoritetsbakgrunn vurderte jentene som holdt på med aerobic seg oftere som mer passive enn jentene som holdt på med organisert idrett. ” De velger først og

fremst å trene av helsemessige grunner og fordi de vil slanke seg.” (Strandbu, 2004, s.4). Disse formene for aktivitet kan også være enklere å organisere slike at de foregår i tråd med segregasjonsidealet (innen islamske regler) og derfor gjøre dem svært populære (Strandbu, 2004).

Ulike syn på hva som er sømmelige aktiviteter for kvinner/jenter å holde på med (feminine vs. maskuline aktiviteter, sømmelige vs. potensielt seksuelt opphissende bevegelser, kvinners roller i familie og hjem vs. fritid) og den lave deltakelsen i idrettsaktiviteter blant unge, kan resultere i få tidlige erfaringer med fysisk aktivitet (og kroppsbruk). Barrieren for å starte opp med fysisk aktivitet kan være enda større for voksne personer med få eller ingen idrettserfaringer fra barne- og ungdomsårene. Med et utdrag fra St.meld.nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken (Helsedepartementet (2003, p.28) begrunnes denne påstanden slik:

Allsidig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er nødvendig for god helse i oppveksten, for å beskytte mot sykdomsutvikling og plager senere i livet og for å etablere regelmessige aktivitetsvaner som gir varig aktivitetslyst og aktivitetsglede.

Muligens kan den store andelen inaktive innvandrerkvinner som The Oslo Immigrant Health Profile (Kumar, et al., 2008) viser, være et resultat av lav deltakelse i fysiske aktiviteter i ung alder og de tidligere nevnte barrierene. Myndighetenes samlede strategi for økt fysisk aktivitet, går blant annet ut på å påvirke den enkeltes holdninger og atferd gjennom opplysning. Dette skal oppnås gjennom lavterskeltilbud og mulighet for organisert og egenorganisert fysisk aktivitet i nærmiljøet (Helsedepartementet, 2003).

Lavterskeltilbud, slik det fremgår av Klepp (2009), Helsedepartementet (2003), Lorentzen, Ommundsen, Jenum og Ødegaard (2005), må forstås som aktiviteter som er tilrettelagt for personer som i utgangspunktet er inaktive, ved at ulike barrierer er forsøkt brutt ned. Konkret er dette aktiviteter som er lett tilgjengelige fysisk, sosialt og kulturelt, eksempelvis ved at de er lokalisert i nærmiljøet, krever lite utstyr og bestemt bekledning, at ingen spesielle ferdigheter er nødvendig for å delta og at de er gratis eller har lav pris. I tillegg bør det legges vekt på trivselskapende aktivitetstilbud med godt sosialt miljø, slik at deltakere opplever sosial støtte og muligheter for delaktighet og medvirkning (Lorentzen et al., 2005).

På grunnlag av de barrierene som fremgår av relevant litteratur på området (Walseth & Fasting, 2004; Guerin et al., 2003; Rowe & Champion, 2000), kan en anta at man ved lavterskelaktiviteter har store muligheter for å tilrettelegge for fysisk aktivitet blant

minoritetskvinner. Fysisk aktivitet organisert som lavterskelaktivitet vil kunne være med på å skape flere erfaringer med fysisk utfoldelse, og kan bidra med å bryte ned enkelte av barrierene for hva som er sømmelig og usømmelig aktiviteter for kvinner å holde på med.

I en studie av hva som bidrar til varige livsstilsendringer blant deltakere i intervensjonsprosjektet Mosjon på Romsås (Lorentzen, Ommundsen, Jenum & Holme, 2009), viste det seg at varige endringer i fysisk aktivitetsnivå delvis var et resultat av at deltakerne i større grad identifiserte seg som fysisk aktive personer. Opplevd støtte fra familie og venner og opplevelse av mer kontroll i forhold til livsstil, var i tillegg medvirkende årsaker til varig livsstilsendring. Intervensjonen ble gjennomført i to Oslo-bydeler hvor multi-etnisitet og lav sosioøkonomisk status er sterkt representert blant områdets befolkning.

Jamfør tidligere presentert forskning på området, er det tenkelig at mange minoritetskvinner ikke identifiserer seg som fysisk aktive. Potensielt vil deltakelse i lavterskelaktivitet kunne ha positive konsekvenser for minoritetskvinnens helse, ved å bidra til at de i større grad identifiserer seg som fysisk aktive personer. De helsebringende fordelene med fysisk aktivitet er veldokumentert (Hendrikson & Sundberg, 2009). Økt satsing på lavterskelaktiviteter spesielt rettet mot denne gruppen vil kunne forhindre at tendensen en ser av inaktivitet blant minoritetskvinner i Norge (Kumar, et al., 2008) vil vedvare. Gunstig helseatferd og en bedre helse vil kunne bidra til å øke de ressursene som er nødvendige for å mestre immigranttilværelsen og ikke minst bidra til å utjevne sosiale ulikheter i helse.

2.4 Salutogenese

Faktorer som styrker og støtter helse og velvære står sentralt innen teorien om salutogenese. Utgangspunktet for denne teorien er at det vil være av stor betydning å fokusere på individers ressurser og kapasitet til å skape helse, snarere enn å fokusere på risikofaktorer, dårlig helse og sykdom (Lindström & Eriksson, 2005). Innen salutogenese kan helse ses på som et kontinuum, hvor ytterpunktene på aksene er dårlig helse (sykdom) og god helse (frisk). Salutogenese kan derfor ansees som positiv helse, eller hva og hvordan god helse oppstår. Dette står i kontrast til den mer tradisjonelle medisinske oppfattelsen av helse som dikotom, der en skiller mellom det syke og det friske (Antonovsky, 1991). Fokuset innen denne patogene tradisjonen kan sies å være på å behandle de som er syke og på å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom (Antonovsky, 1991, s. 24; Eriksson & Lindström, 2005). I et helsefremmende perspektiv bør

fokuset og ressursene i motsetning rettes mot å forhindre sykdom og å legge til rette for at mennesker holder seg friske. I dette perspektivet skiller en i større grad mellom hva som skaper helse og uhelse, enn frisk og syk (Antonovsky, 1991, s. 24). Med en salutogen innfallsvinkel bør en fokusere på hva og hvilke faktorer som skaper den ”høyere” graden av helse på det tidligere nevnte kontinuum og ikke på hva årsaken til sykdom er (patogenese) (Lindström & Eriksson, 2005).

Innen salutogenesen kan en påstå at nøkkelen til god helse ligger i samfunnet, og at en heller ikke kan stille individer ansvarlig for deres helse (Tesfamariam, 2010). Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv innebærer derfor å legge til rette for alle aktiviteter som opprettholder og fremmer helsen (Antonovsky, 1979). Salutogenesens sentrale begreper er *generelle motstandsressurser (GMR)* og *sense of coherence (SoC)*, sistnevnte blir i denne studien omtalt med den norske oversettelsen *opplevelse av sammenheng (OAS)*.

2.4.1 Generelle motstandsressurser (GMR)

Alle typer ressurser hos et individ, en gruppe eller i et miljø som bidrar til å bekjempe eller unngå stressorer, kan hos mennesker betegnes som *generelle motstandsressurser* (Antonovsky, 1979). Lindström og Eriksson (2005) omtaler motstandsressursene som biologiske, materielle og psykososiale faktorer. Konkrete og typiske motstandsressurser er penger, kunnskap, erfaringer, selvtillit, helsefremmende atferd, sosial støtte, forpliktelse/engasjement, kulturell kapital, intelligens, magi, religion, filosofi, tradisjoner og syn på livet (Lindström & Eriksson, 2005). Dette er faktorer som bidrar til at mennesker opplever livene sine som sammenhengende, strukturerte og forståelige, eller slik Antonovsky (1991, s. 51) selv beskriver sammenhengen mellom motstandsressursene og *OAS*:

”Generelle motstandsressurser skaper livserfaringer som preges av entydighet og delaktighet i å forme resultatet.....som på et sett skaper eller forsterker en sterk OAS/SOC.....verden vil gis mening; kognitivt, atferdsmessig og emosjonelt”.

2.4.2 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Det som er det mest sentrale, og muligens enda viktigere enn ressursene i seg selv, er menneskets evne til å benytte seg av ressursene. Det er dette som er kjernen i teorien omkring *opplevelse av sammenheng (OAS)*. *OAS* avspeiler et individs syn på livet og ens evne til å

respondere på stressende situasjoner, samt fornemmelsen av å kunne mestre slike situasjoner. En kan anta at *OAS* genererer helsefremmende evner og atferd (Lindström & Eriksson, 2005). Antonovsky (1991, s. 41) benytter tre nøkkelkomponenter når *OAS* omtales; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. *OAS* uttrykker hvordan et individ har en konstant og urokkelig følelse av tillit til at ens eksistens er begripelig, håndterbar og meningsfylt (egen oversettelse) (Lindström & Eriksson, 2005). Antonovsky (1991) beskriver de tre komponentene slik:

Begripelighet - i hvilken utstrekning man opplever indre og ytre stimuli som kognitivt forståelig, ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig. En kan tenke seg at et individ som opplever stimuli som begripelig vil forvente at stimuli en konfronteres med i fremtiden vil være forutsigbare og ordnede (Lindström & Eriksson, 2005). Dette er *OAS*s kognitive komponent (ibid.).

Håndterbarhet – er i den grad man opplever å ha tilstrekkelige ressurser (GMR) til å møte de krav som stilles og de stimuli som man konfronteres med. Dette er *OAS*s handlingskomponent (Lindström & Eriksson, 2005).

Meningsfullhet – er betydningen av å være delaktig i de prosesser som former ens fremtid og ens daglige liv. Meningsfullhet kan assosieres med troen på at situasjoner er påvirkelige, og at engasjement og investering blir ansett som verdifullt. Dette er den emosjonelle komponenten i *OAS*, og omhandler motivasjon (Lindström & Eriksson, 2005). Antonovsky (1991) anser meningsfullhet til å være den sterkeste av de komponentene som utgjør *OAS*. Dette kan begrunnes med at en i møte med en utfordrende oppgave enten kan reagere med å anse oppgaven som alt for stor, eller se på den som en fascinerende utfordring som er verdt å involvere seg i (Antonovsky, 1991).

2.4.3 Relasjonen mellom begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet

Antonovsky (1991) betrakter de tre komponentene i *OAS* som en helhet, men det understrekes at det allikevel eksisterer en intern rangering mellom begrepene. Komponenten meningsfullhet er det mest sentrale og er en forutsetning for begripelighet og håndterbarhet (Antonovsky, 1991). ”Derneft kommer antagelig begripelighet, ettersom håndterbarhet forutsetter forståelse” (ibid.s.41). Men en slik rangering kan virke problematisk, ettersom det ikke ville eksistert noen meningsfullhet uten troen på at en har tilstrekkelige ressurser til rådighet (håndterbarhet).

Antonovsky (ibid.) konkluderer med at mestring og problemhåndtering avhenger av *OAS* i sin helhet.

I følge Eriksson og Lindström (2005) må *OAS* sees på som en persons iboende sinnelag og tankesett, og ikke som et individs karaktertrekk eller et individs mestringsstrategi. Antonovsky utviklet et spørreskjema (The life orientation questionnaire) og *sense of coherence scale* for å måle *opplevelse av sammenheng* i tilværelsen og for å teste sin teori empirisk (Antonovsky, 1991). I samme tekst understreker Antonovsky at det også finnes andre måter å teste teorien om *OAS* og måle individers *OAS*, uten at forfatteren utdyper dette nærmere (ibid.). Antonovskys hypotese var at *OAS* står i en kausal sammenheng med helsetilstanden (ibid.). For å teste *OAS*-begrepets konsensus ble det foretatt intervjuer av personer som til tross for grusomme opplevelser i sin fortid, tilsynelatende hadde god helse. Disse intervjuene ligger til grunn for Antonovskys (1991) beskrivelse av de tre komponentene.

Flere studier har etter den tid benyttet seg av *life orientation questionnaire* og *sense of coherence scale* (Eriksson & Lindström, 2005) for å måle individers *OAS*. Brorparten av forskningen som gjøres på *OAS* er kvantitative studier som benytter *SoC*-skalaen (ibid.). I følge Lindström og Eriksson (2005) støtter store deler av den salutogene forskningen foretatt i løpet av de siste 25 årene oppunder den salutogene teorien om at *OAS* har en forebyggende og støttende effekt på helse. Denne type forskning er gjort med ulike populasjoner; studenter, arbeidstakere, helse- og sosialarbeidere, pasienter og innvandrere. Samtidig viser Kivimäki, Feldt, Vahtera og Nurmis (2000) studie av finske arbeidstakere ingen sammenheng mellom *OAS* og helse og Smith, Breslin og Beatons (2003) studie av kanadiske arbeidstakere at det kun var en lav *OAS* som hadde påvirkning på helsen.

Eriksson og Lindström (2005) konkluderer i en studie, som søker å teste *SoC*-skalaens validitet, med at det fremfor å utvikle nye og bedre instrumenter for å måle *OAS*, vil være mer relevant å utvikle kvalitative metoder for videre forskning på området (ibid.). Eriksson og Lindström (2005) konkluderer videre med at *OAS* som konsept bør implementeres og benyttes i helsepersonells daglige aktivitet, snarere enn å benytte *OAS* kun som et måleinstrument for å identifisere utsatte grupper. På denne måten vil fokuset kunne flyttes fra problemer og barrierer for helsen til å fokusere på ressurser som styrker helsen. Eriksson og Lindström (2005) mener det vil være stor nytte i å implementere en salutogen teori i praksis. En slik orientering kan se ut til å sammenfalle med salutogenesens begreplige betydning som ”tilblivelse av helse”.

2.4.4 Immigranter og OAS

Antonovsky antok at *OAS* utvikles gjennom hele livet, men at ens *OAS* hovedsakelig blir dannet i løpet av de første tiårene av livet. Antageligvis er det kun store og endrende hendelser i livet som kan forandre individets *OAS* (Lindström & Eriksson, 2006a). Antonovsky (1991) påsto at teorien om *OAS* kunne være gyldig blant alle kulturer. Basert på systematisk gjennomgang av forskning innen salutogenese i ulike kulturer og blant immigranter, foretatt mellom 1992-2003, støtter Lindström & Eriksson, (2006b) denne påstanden; det var en direkte eller indirekte relasjon mellom høy *OAS* og god helse blant alle studiene foretatt i de ulike kulturene. Videre finner Lindström & Eriksson (2006b) at *OAS* er en egenskap som utvikles gjennom livet og ikke bare i barndommen, at *OAS* kan læres og er sterkt knyttet opp mot oppfattet helse, mentalt velvære og livskvalitet.

Hvis den graden av *OAS* som dannes i barndommen ikke er relativt statisk og kan påvirkes i positiv eller negativ retning igjennom livet, vil migrasjon kunne styrke eller svekke de tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I følge Berg (2012, s. 25) har *OAS*-konseptet vist seg å være nyttig i en innvandringskontekst, siden det har vist seg å være mindre bundet til bestemte kulturer enn tidligere antatt. I det følgende vil *OAS* sees på i forbindelse med innvandrere.

Ut ifra det litteraturen (Lindström & Eriksson, 2005; Antonovsky, 1991) beskriver som *generelle motstandsressurser*, kan en anta at innvandreres og minoriteters bakgrunn, oppvekst og det sosiale og kulturelle miljøet de er en del av, er med på å danne motstandsressurser. Dette kan for eksempel være evne til å lære seg et nytt språk, sosiale ferdigheter, intellektuelle evner eller praktiske ferdigheter og i forhold til utdanning og arbeidsdeltakelse. I tillegg kan en del ressurser ligge i det ytre miljøet, slik som nettverk som gir sosial støtte, materielle goder og mulighet for utdanning eller deltakelse i fritidsaktiviteter (Souminen, Blomberg, Helenius & Koskenvuo, 1999). I følge Berg (2012) vil mangel på velstand, kulturell ustabilitet og mangel på tidligere etablerte nettverk av sosial støtte, kunne prege immigranttilværelsen. Mindre tilgang på medisinsk hjelp og helseinformasjon, eksempelvis grunnet språkbarrierer, vil også kunne vanskeliggjøre utviklingen av *generelle motstandsressurser* (ibid.). Som eksempel legger Berg (2012) frem den tendensen en ser av at innvandrere i Norge i større grad benytter seg av legevakt og akutt medisinsk hjelp, da de ikke kjenner til at de har en lovfestet rett til fastlege.

Antonovsky (1991) antar at en person med høy grad av *OAS* ikke vil anse en stressor som like belastende, som en person med lav grad av *OAS*. En slik bedømmelse vil gjøres på bakgrunn av hvor begripelig, håndterbar og meningsfull situasjonen synes å være for individet. Trolig vil en innvandrere som innehar høy grad av *OAS* oppfatte og mestre en migrasjonsprosess bedre. Dersom en i motsetning opplever situasjonen som usammenhengende og uforklarlig (lite begripelig), vil migrasjonsprosessen kunne virke uhåndterbar. Da håndterbarhet handler om å ha de ressursene som kreves; kan språk og evne til å forstå ikke-verbal kommunikasjon være en viktig ressurs for å oppleve kontroll i situasjoner. Krav til språkkunnskaper, krav på arbeidsmarkedet og ellers i samfunnet, kan være utfordringer immigranter møter i forbindelse med migrasjonsprosessen.

Antonovsky (1991) understreker at opplevelsen av å være rettferdig behandlet inngår under komponenten håndterbarhet. I forhold til innvandrere kan diskriminering være relevant i forhold til opplevelse av håndterbarhet. Eksempelvis har det vist seg å eksistere diskriminering både i arbeidsmarkedet (Trondstad, 2010) og i eiendomsmarkedet (Søholt & Astrup, 2009). Stress knyttet til bosetning i vertslandet viste seg i Lindencrona, Ekblad og Hauffs (2007) studie av flyktninger i Sverige, å være relatert til symptomer på mentale lidelser. Årsaken til stresset var spesielt knyttet til sosiale og økonomiske belastninger, isolasjon, diskriminering, statustap, vold og trusler mot dem som flyktninger i Sverige (ibid.). Disse dimensjonene kan i stor grad tolkes til å gjøre tilværelsen ubegripelig og uhåndterbar.

Motivasjon kan en anse som en nøkkelingrediens for å kunne skaffe seg kunnskaper og ressurser til å mestre immigrasjonsprosessen og for å oppleve meningsfullhet. Antagelig vil grunnlaget for migrasjonen spille en viktig rolle i forhold til graden av motivasjon. Migrasjon kan skyldes mange ulike grunner. Flukt fra krig eller naturkatastrofer kan i større eller mindre grad assosieres med ufrivillig migrasjon, mens familiegjenforening eller arbeidsmuligheter i større eller mindre grad kan assosieres med frivillig migrasjon (Kumar & Viken, 2010). I følge Antonovsky (1991) oppstår meningsfullhet når en opplever at ønskene man har for fremtiden kan oppnås, at noe er verdt å engasjere seg i og at de handlingene man gjør gir mening for fremtiden. Det er tenkelig at en som innvandrere kan stå ovenfor fremtiden med en følelse av at ens skjebne ligger i andres hender (som i en asylsøkerprosess) (Berg & Sveaass, 2005) og som at en står på "bar bakke" og skal skape seg et liv i et fremmed land. Selv om graden av motivasjon vil variere blant individer,

vil meningsfullhet antagelig kunne være en avgjørende faktor for å bevare motivasjonen i en slik prosess.

Andersson (2007) har undersøkt hvilken betydning et forebyggende og miljøskapende tiltak i Sverige har for området innvandrerkvinner. Studien beskriver hvordan fellesskap med andre kvinner fra samme opprinnelsesland var viktig, siden kvinnene ikke følte seg akseptert og likt behandlet som andre medborgere. Kvinnene var også mindre delaktig i lokalsamfunnet (ibid.). Andersson (2007) finner at fellesskapet som ble opplevd i forbindelse med tiltaket skapte styrke blant de kvinnene som opplevde innvandrerlivserfaren i Sverige som vanskelig. Andersson (2007) fant at de kvinnene som hadde hatt høy *OAS* i hjemlandet og som i tillegg følte fellesskap med kvinner fra samme opprinnelsesland, hadde høy *OAS* sammenliknet med andre kvinner som deltok i studiet. De samme kvinnene hadde også større fremtidsstro, planer for fremtiden og drømmer (yrke, utdanning, drømmer for barna, fred i hjemland og å kunne flytte tilbake).

I en amerikansk studie av unge amerikansk-fødte med kinesisk bakgrunn og kinesiske immigranter, finner Tsai, Ying & Lee (2000) ingen forskjell mellom gruppene med tanke på *OAS*. Tsai et al. (2000) holder det for sannsynlig at dette skyldes at det multikulturelle miljøet forskningsobjektene befant seg i, bidro til nok anerkjennelse og støtte blant begge gruppene. En selvvalgt assimileringstrategi i forhold til kulturell tilpasning var assosiert med høyere nivå av *OAS*, enn det en flerkulturell strategi var. Rasisme og diskriminering hadde en negativ effekt på nivå av *OAS*, både for amerikansk-fødte og immigranter. Blant immigrantene viste det seg at menn hadde høyere nivå av *OAS* enn kvinnene.

I en studie av livskvalitet blant immigranter i Hedmark og Oppland, finner Karaba (2012) ingen statistisk signifikante forskjeller i *OAS* mellom vestlige innvandrere og ikke-vestlige innvandrere. Studien benytter spørreskjemaet Orientation of Life Questionnaire (SOC-29) og har samlet inn materiale fra 92 respondenter med minimum 5 års botid i Norge. 71 % av respondentene hadde ikke-vestlig innvandrerbakgrunn, mot 29 % som hadde vestlig innvandrerbakgrunn.

2.4.5 Fysisk aktivitet i et salutogent perspektiv

Fysisk aktivitet betegnes som «aktivitet som er planlagt, strukturert og som gjentas, og som har som et mål å bedre eller vedlikeholde fysisk form» (Sosial- og helsedirektoratet, 2000). En slik

definisjon kan gi inntrykk av at det ofte handler om å sette seg fysiologiske mål; å bli sterkere, mer utholdende, slankere o.s.v., snarere enn eksempelvis å få flere bekjente eller bli mer innvillvert i lokalmiljøet. Men hvordan kan fysisk aktivitet være en helsefremmede aktivitet i et salutogent perspektiv?

Salutogenesens teori trekker særlig frem at jo større motstandsressurser et individ opplever å ha, jo større *OAS* vil en oppleve. En kan derfor anta at å oppnå tilstrekkelige motstandsressurser gjennom f.eks. mestring av språk, arbeidsliv etc., vil være av betydning for å kunne oppleve en sterkere følelse av *OAS*. Av denne grunn kan mestringsfølelse være avgjørende for *OAS*. I følge Antonovsky (1986; 1991) er motstandsressursene kun potensielt tilgjengelige. Individet og dets omgivelser må aktivisere ressursene for å kunne finne frem til egne mestringsstrategier for å bekjempe belastningene. Det forestående avsnittet vil belyse fysisk aktivitet i forhold til begreper og teori som kan være relevante i forhold til *generelle motstandsressurser*, med sikte på å forstå fysisk aktivitets betydning i forbindelse med *OAS*. Begrepene det siktes til er mestring, selvfølelse, sosial støtte, sosiale relasjoner og positive opplevelser.

Mestring og mestringstro, eller self-efficacy slik Bandura (1982) omtaler dette, refererer til troen på å ha de nødvendige ferdighetene som kreves for å gjennomføre en oppgave eller endre en atferd, og spiller en viktig rolle for atferdsendring. I følge Bandura (1982) påvirker nivået av mestringstro i hvilken grad en er i stand til å tilegne seg kunnskap og evner; jo mer mestringstro en har, jo mer sannsynlig er det at en vil søke kunnskap og erverve seg evner relatert til de oppgaver eller atferd en ønsker. Bandura (1982) hevder at ens vurdering av egne evner påvirker tankemønstre og de følelsesmessige reaksjonene ved samhandling med miljøet en oppholder seg i. I følge Banduras sosial-kognitive teori (Bandura, 1982) er det antatt at når en opplever mestring i forhold til f. eks. fysisk aktivitet; eksempelvis forbedrede ferdigheter, å lære seg en ny ferdighet eller forandringer i fysisk form, kan denne opplevelsen av mestring overføres til andre områder i livet. Graden av self-efficacy, eller mestringstro, bestemmer hvor mange anstrengelser og hvor lenge en holder ut i møtet med motstand (Bandura, 1982).

I følge Martinsen (2004, s. 24) er det å oppleve ”mestring, sosial støtte og tilhørighet, opplevelse av å være til nytte og evne til å ta ansvar for seg selv” viktige faktorer for selvbildet. Fox (2000) finner at fysisk aktivitet kan ha en positiv virkning på det psykiske velværet, i form av bedre selvtillit og selvfølelse. I Fox (2000) sin sammenlikning av studier på fysisk aktivitet og selvbildet viste det seg at positive endringer i selvfølelsen hadde best dokumentert effekt blant

barn og middelaldrende. Kondisjonstrening og vekttrening viste seg å være de aktivitetene som bidro til de største positive endringene i selvbildet blant voksne (ibid.).

Seippel (2006) beskriver hvordan idrett og fysisk aktivitet knytter individer sammen ved å skape samhold, trygghet og nærhet. Fysisk aktivitet i fellesskap med andre kan på denne måten skape sosialt støttende relasjoner og bidra til økt sosial støtte (Martinsen, 2004). Martinsen (2004) påpeker videre at det snarere er de sosiale og emosjonelle rammene rundt selve aktiviteten som kan ha den største terapeutiske virkningen, og ikke de fysiologiske effektene av fysisk aktivitet.

Walseth (2008) finner at idrettsdeltakelse kan bidra til sosiale nettverk og økt sosial kapital blant innvandrerkvinner. Sosial støtte og sosiale nettverk kan både ha en direkte og en indirekte effekt på helsen (Cohen & Syme, 1985). Den direkte effekten kan være at sosial støtte gir helsegevinst i det daglige, uavhengig av livsbelastninger. Sosiale nettverk kan gi individer roller som bidrar til selvtillit og meningsfullhet, og er eksempel på en direkte effekt (Uchino, 2004). Et annet eksempel er hvordan sosiale relasjoner kan bidra til gunstig helseatferd; – en blir påvirket til å slutte å røyke, spise sunt eller å ikke gjøre noe farlig (ibid.). Her er det verdt å merke seg at sosiale nettverk like gjerne kan påvirke helseatferden i negativ retning, eksempelvis dersom det ansees som tøft å røyke.

Den indirekte effekten postulerer at det å være omgitt av et støttende nettverk 1) kan virke beskyttende, eller 2) kan virke som en buffer ved å redusere eller beskytte mot negative livshendelser (Cohen & Syme, 1985; Bø & Schiefloe, 2007). Hvordan sosial støtte kan ha en beskyttende effekt som gjør at en opplever mindre negative livshendelser, er i følge Uchino (2004) lite utforsket og forskningen på omkring dette er knapp. Et tenkelig eksempel på denne formen for effekt, må være at sosial støtte bidrar til at individer unngår stressende situasjoner, eksempelvis gjennom praktisk støtte; - at en kan låne penger av andre dersom en er i en knipe. Emosjonell støtte; – det at noen lytter til dine problemer eller informativ støtte; – at noen gir råd om hvordan håndtere problemene, kan redusere stressreaksjoner som er knyttet til negative hendelser, og er eksempel på buffer-effekten (Uchino, 2004). Cobb (1976) definerer sosial støtte som individets subjektive opplevelse av kjærlighet, omsorg og verdsettelse, og det å tilhøre et sosialt nettverk med gjensidige forpliktelser (egen oversettelse).

3 Metode

Det forestående kapittelet redegjør for studiens vitenskapsteoretiske metode, dernest beskrives feltet hvor studien er gjennomført, samt utvalget. Deretter redegjøres det for studiens gjennomføring, analyse og etiske momenter. Det vil ut ifra studiens vitenskapsteoretiske tilnærming være relevant å belyse forskerens forforståelse av det studerte fenomenet, derfor vil dette også skildres i det følgende. Vurdering av metodene som er tatt i bruk og metodekritikk vil være integrert i teksten der det vil være naturlig å omtale sådan.

3.1 En kvalitativ tilnærming

Metodevalg dreier seg i følge Kvale og Brinkmann (2009) om hvilken fremgangsmåte som er best egnet til å besvare forskningsspørsmålet. Studiens målsetting er å undersøke hvordan innvandrerkvinner *opplevelse av sammenheng(OAS)* i tilværelsen påvirkes gjennom deltakelse i fysisk aktivitet. Det er informantenes perspektiver, deres tanker og opplevelser som har stått i fokus. Studien benytter derfor en samfunnsvitenskapelig kvalitativ forskningsmetode, med en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming. For å innhente kunnskap som er relevant for forskningsspørsmålet, er deltakende observasjon og halvstrukturerte livsverden-intervju benyttet som datainnsamlingsmetoder.

Det er ønskelig med en dybdeforståelse, der informantenes unike opplevelse og betraktninger rundt fenomenet er vektlagt. For å besvare forskningsspørsmålet er det innvandrerkvinnenes levde erfaringer, slik van Manen (1990) omtaler dette, som skal fortolkes av intervjueren og observatøren. Det er på denne måten studien har en hermeneutisk tilnærming (Krogh, 2009; van Manen, 1990). Siden all fortolkning foregår med et kulturelt og historisk utgangspunkt (Krogh, 2009, s. 52), kan en plassere både informant og forsker i en historisk og kulturell kontekst (Gadamer, 2010, s. 324 – *historisk bevissthet*). Et livsverden-intervju vil innebære at ulike livsverdener møtes, i form av informantens forståelseshorisont og intervjueren/fortolkerens forståelseshorisont (Krogh, 2009, s. 55, Gadamer, 2010, s.272-274). Ved å tre dypere inn i informantens horisont og livsverden, vil fortolkeren kunne justere sin egen horisont. Det overordnede målet blir det Gadamer (2010) betegner som en horisont-sammensmeltning, hvor det dannes en ”common ground” eller bro mellom informantens livsverden og fortolkerens livsverden (Gadamer, 2010, s.275). Denne forståelsesprosessen, hvor det oppstår en tilnærming mellom fortolkerens og tekstens/informantens horisonter, er et slags endelig resultat i det Gadamer (2010) gir betegnelsen *den hermeneutiske sirkel* (Gadamer, 2010 p. 303-304, Krogh,

2009, p.52). Datainnsamling i fenomenologisk-hermeneutiske tilnærminger kan i følge van Manen (1990, s. 53-54) forstås som ”et lån” av andre menneskers levde erfaringer og deres refleksjoner rundt sådan. Forskningen går ut på å *låne* andre menneskers erfaringer, for at en selv skal kunne oppnå en dypere forståelse av et fenomen. I denne studien er det ønskelig å ”låne” både visuelle og verbale levde erfaringer (van Manen, 1990). Intervju med seks innvandrerkvinner og observasjon av disse, og andre kvinners samhandling i forbindelse med fysisk aktivitet utgjør materialet og grunnlaget for analysearbeidet i denne studien.

3.2 Feltet

Feltet hvor datainnsamling i forbindelse med denne studien har funnet sted, er en uavhengig organisasjon som er støttet av Oslo Kommune og Helsedirektoratet (Helseforum for kvinner, u.å.). Senteret åpnet i år 2000 og holder åpent tre formiddager og to kvelder i uken. Pågangen fra medlemmer er stor. Målgruppen er særlig kvinner som ikke deltar i de ordinære treningstilbudene som tilbys av en rekke treningssenterkjeder og idrettslag i Oslo, eller bedriver fysisk aktivitet på andre måter. Årsaken til at kvinnene ikke deltar i sådant kan skyldes økonomi, begrensede språkkunnskaper eller andre fysiske og/eller psykiske årsaker som hindrer dem. For å rekruttere medlemmer samarbeider senteret med instanser som SEIF – Selvhjelp for innvandrere og flyktninger, arbeidstreningsbedrifter, introduksjonsprogrammer, Ny sjanse-programmer, kvalifiseringssentre, asylmottak og krisesenter (ibid.). I tillegg henviser sykehus, fastleger, distriktspsykiatrisk senter (DPS) og annet helsepersonell, personer til senteret (ibid.). Organisasjonens målsetning er ”å bedre kvinners helse og dermed øke forutsetningene for selvhjelp, få flere ut i arbeid og å skape større deltakelse i samfunnet” (Helseforum for kvinner, u.å.). Senteret har et helhetlig syn på helse, hvor egeninnsats, tilrettelegging og individuell oppfølging vektlegges (ibid.).

Et stort antall av medlemmene har innvandrer- eller minoritetsbakgrunn. Svært mange av disse kvinnene har bakgrunn fra land i Afrika, Sør- og Øst-Europa og Asia (inkl. Midtøsten). Medlemmenes alder varierer fra 9 - 70 år, dog er de fleste mellom 16 og 50 år. På dagtid er de fleste besøkende hjemmeværende, småbarnsforeldre, pensjonister, arbeidsledige, trygdede og deltakere fra ulike instanser. På kveldstid er det flest yrkesaktive, skoleungdom/barn og deltakere fra instanser som besøker senteret. Mange av medlemmene er bosatt i nærområdet (bydelene Nordre Aker, Sagene, St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo), men det er også flere medlemmer som reiser til senteret fra Oslos drabantbyer.

Senteret tilbyr ulike gruppeaktiviteter hvor kvinnene trener utholdenhet, styrke og bevegelighet, samt hip hop-dans og muay thai. De to sistnevnte aktivitetene er spesielt rettet mot senterets yngste medlemmer. I tillegg tilbyr senteret trening på egenhånd med kondisjons- og styrkeapparater. Aktivitetene arrangeres som lavterskelaktivitet, det vil si at det ikke skal være nødvendig med treningserfaring fra før, språkkunnskaper eller spesielt utstyr for å få et utbytte av treningen. Gruppeaktivitetene ledes av instruktører, og andre veiledere er tilstede i de øvrige delene av lokalene.

Det er kun kvinner som har adgang til treningsfasilitetene. Av hensyn til at enkelte kvinner ønsker å trene uten menn tilstede eller ikke ønsker at menn skal kunne se dem når de trener, er vinduer tildekket med frosset glass. Resepsjonsområdet er også avskjermet. I lokalene finnes det mulighet for at barn skal kunne leke og et kafé-område. I forbindelse med deltakende observasjon er det registrert at medlemmer bruker kafé-området til å ta seg en matbit og til å prate med andre medlemmer og ansatte. Det finnes også et skjermert rom hvor medlemmer kan snakke fortrolig med ansatte, og hvor senterets fysioterapeut og lege kan veilede medlemmer. Dette rommet ble brukt i forbindelse med intervjuer i denne studien. Medlemmene har en tavle hvor de kan henge opp forespørsler og invitasjoner, eksempelvis til gåturer eller andre treff utenom senteret. I blant arrangeres det fester og sosiale samlinger for medlemmene.

Lokalet er utstyrt med et lite bibliotek og en rekke brosjyrer som gir informasjon om ulike temaer og organisasjoner/foreninger/støttegrupper. Temaene dreier seg om sykdommer og lidelser, behandlingstilbud, juridisk bistand, kosthold og trening m.m. Månedlig arrangeres det temadager hvor fagpersoner besøker senteret for å holde foredrag eller gruppesamtaler. Temaene som tas opp er aktuelle for kvinners helse og hverdagsliv, eksempelvis har mammografi og celleprøve fra livmorhals vært gjennomgått. Andre temadager har omhandlet kosthold og livsstil, diskriminering og holdninger til homofili og ulike sykdommer/tilstander, eksempelvis diabetes. Tidligere har enkelte temadager omhandlet barns helse og oppdragelse, eksempelvis tannhelse og spisevaner. Språkkunnskaper skal ikke være en barriere for å delta på temadagene, derfor er enkelte foredragsholdere flerspråklige og senterets flerspråklige ansatte bistår som oversettere.

Tidligere (og da datainnsamlingen foregikk) var senteret åpent for alle jenter og kvinner uavhengig av helse og livssituasjon. For øyeblikket er det derimot påbudt med en henvisning fra helsepersonell eller Arbeids- og velferdsforvaltningas (NAV) kontorer for å kunne bli medlem.

Dette skyldes en stor pågang fra kvinner som ønsker å bli medlem og at administrasjonen ønsker å prioritere de kvinnene som har størst behov for et medlemskap.

Studiet utføres ikke på oppdrag fra organisasjonen hvor mosjonsgruppene finner sted. På grunnlag av at målsettingen med studien ikke er å evaluere institusjonens effekt, men snarere å undersøke hvorvidt fysisk aktivitet i denne konteksten, har noe ved seg som kan bidra til å fremme *generelle motstandsressurser (GMR)* og *opplevelse av sammenheng (OAS)* i tilværelsen blant innvandrerkvinner, er datainnsamling kun foretatt på dette helsekvalifiserende senteret i Oslo.

Tilgang til feltet

Som periodevis ansatt på det helsekvalifiserende senteret hvor denne studien finner sted, har jeg i løpet av de siste fem årene nesten ukentlig hatt kontakt med kvinner fra minoritetsbefolkningen i Oslo. Kvinnene som kommer dit hadde alle forskjellige grunner for opphold i Norge. Etter å ha lært enkelte av medlemmene å kjenne, har jeg blitt imponert over deres styrke og pågangsmot til tross for motgang og belastninger de har møtt i livet. Med kjennskap til Antonovskys (1987) arbeider omkring helsens mysterium, har jeg undret meg over hvordan det har seg at enkelte av disse kvinnene, tross negative livshendelser, likevel beholder en livsgnist og forhåpentligvis også en god helse. Det er dette som er motivasjonen bak prosjektet og grunnen til at dette helsekvalifiserende senteret ble valgt i forbindelse med datainnsamling.

Utvalget

Rekrutteringen av informanter til forskningsintervjuene er basert på strategisk utvelgelse (Postholm, 2010). Forskeren har selv stått for utvelgelsen og førstegangskontakten med informanter. Intervjuutvalget består av 6 kvinner, i alderen 27-55 år, som har innvandret til Norge i løpet av de 12 siste årene. Deres opprinnelsesland er Pakistan (3), Somalia (2) og Marokko (1). Utvalget er avgrenset til innvandrerkvinner, det vil si kvinner som er født utenfor Norge, av to utenlandskfødte foreldre. Andre kriterier for utvelgelse var at kvinnene hadde relativ kort botid i Norge (i utgangspunktet var det ønskelig med botid mellom 0-9 år) og hadde deltatt i fysiske aktiviteter på senteret i 6 måneder eller mer. Disse kriteriene ble valgt på bakgrunn av at det var fysisk aktivitet i forbindelse med immigrasjonsprosessen og aktivitetens påvirkning på *opplevelse av sammenheng (OAS)* i tilværelsen, som skulle undersøkes.

Det hadde vært ønskelig å rekruttere kvinner med tyrkiske og irakiske bakgrunn, da dette er en gruppe som i stor grad er representert på det helsekvalifiserende senteret. Det opplevdes som vanskelig å rekruttere disse kvinnene, muligens ville informanter med slik bakgrunn ha gitt et mer helhetlig bilde av hvilke kvinner som benytter seg av senteret. Da de innsamlede dataene ikke ble ansett for å være av utpreget sensitiv karakter, var det tenkelig at informantene selv kunne avgjøre om de ønsket/hadde behov for å ha med tolk til intervjuet. Selv om enkelte av informantene til forskningsintervju bekymret seg for at de hadde begrensede norskkunnskaper, uttrykte ingen at de ønsket tolk tilstede.

I likhet med forskningsintervjuene ble den deltakende observasjonen også foretatt på det helsekvalifiserende senteret. Enheten som ble observert var alle kvinner som ga sitt muntlige samtykke til å la seg observeres.

3.3 Gjennomføring

Deltakende observasjon

Studien tar i bruk en observasjonsmetode Fangen (2004) betegner som deltakende observasjon. I følge Fangen (2004) muliggjør observasjon å registrere det informanter *gjør* og ikke det de sier de gjør, noe som gjør denne metoden svært egnet til fenomenologisk-hermeneutisk forskning (van Manen, 1990). Som deltakende observatør ble det mulig å delta i de sentrale aktivitetene på senteret i fellesskap med kvinnene som var til stede. Aktivitetene var blant annet mosjonspartier, trening i et rom med styrke- og kondisjonsapparater, kafé, samtaler og det å ta følge til og fra treningscenteret, samt uformelle intervjuer underveis. van Manen (1990, s. 69) beskriver denne formen for observasjon som å forsøke å tre inn i en persons livsverden, og at den beste metoden for dette rett og slett er å forsøke å ta del i denne livsverdenen. Som deltakende observatør forsøkte jeg samtidig å holde en viss avstand, d.v.s. å ikke bli et fullverdig medlem av gruppen, slik Fangen (2004) og Posthold (2010) betegner det. I følge van Manen (1990) tillater dette observatøren å opprettholde en hermeneutisk oppmerksomhet; en kan tre ut av situasjonen, for så å kunne reflektere over betydningen av situasjonen. En slik fremgangsmåte begrunnes videre av Wadel (1991) ved at en variasjon mellom ren observasjon og deltakende observasjon ”skjerper bevisstheten om hvilke roller en til enhver tid innehar”.

Deltakende observasjon foregikk på senteret over seks uker, med en hyppighet av feltbesøk på ca. 3 besøk per uke. I oppstartningsfasen begynte observasjonen med et bredt fokus. Postholm

(2010) hevder at fokuset i oppstarten er styrt av forskerens forforståelse av fenomenet. Derfor forsøkte jeg i forkant av datainnsamlingsperioden å gjøre meg opp en formening omkring min forforståelse og hva jeg kunne være farget av i møte med informanter. Underveis ble fokuset mer tilspisset, eksempelvis observerte og deltok jeg mer i kafèen og andre områder i lokalet, enn på gruppetimene. Jeg forsøkte å tre inn i felten både som deltaker og observatør. Etter hvert som situasjoner utspilte seg, ble både direkte observasjoner og det som ble sagt, samt min fortolkning av dette notert i feltnotater. Et pauserom ble benyttet til å trekke seg unna og for å skrive notater. Dette gjorde det mulig å holde en viss avstand til situasjonene som utspilte seg. Mesteparten av notatene ble skrevet ut på denne måten. I følge Fangen (2004) starter analysearbeidet allerede i det man trer inn i felten. Men for det videre analysearbeidet var disse notatene, og mer strukturerte feltnotater hvor det skilles mellom direkte observasjoner og min fortolkning av det, av stor betydning.

Observasjoner ble gjort både i det området hvor kvinnene faktisk bedrev fysisk aktivitet, men også i kafé-området og i følge med kvinner fra og til senteret. Argumentasjonen for dette er at aktivitetene som foregikk rundt selve den fysiske aktiviteten ble ansett som relevant for forskningsspørsmålet.

Feltnotater

I etterkant av hver observasjonsøkt ble feltnotatene gjennomgått og strukturert, samt skrevet ned mer utfyllende. Feltnotatene ble sortert i i) rene faktiske observasjoner av det som skjedde, ii) teoretiske notater med refleksjoner og fortolkninger og iii) metodologiske notater med kommentarer til observasjoners validitet, i hvilke settinger observasjonene forekom og hva som burde undersøkes nærmere. En slik inndeling ble valgt på bakgrunn av hvordan Fangen (2004) beskriver feltnotater. Siden den deltakende observasjonen startet opp i forkant av de kvalitative forskningsintervjuene, ble de metodologiske notatene til spesiell hjelp i forhold til den videre utarbeidelsen av intervjuguide og til utvelgelse av informanter. I følge Postholm (2010) får en ved å gå igjennom feltnotater i etterkant av en økt, kartlagt eventuelle behov for mer inngående observasjon og bli bevisst på nye spørsmål, noe som kan gi en dypere forståelse.

Intervju

Etter at den deltakende observasjonen var igangsatt og ca halvveis gjennomført, ble åtte kvinner invitert til å delta i intervjuer. I alt takket seks kvinner ja til å delta. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at en bør foreta så mange intervjuer at det ikke lenger er mulig å frembringe ny

informasjon. Etter at seks informanter var intervjuet, og intervjuene var transkribert, ble det vurdert om flere informanter skulle innlemmes. Dette ble ikke vurdert som nødvendig fordi det så ut til at de foregående intervjuene hadde gitt tilstrekkelig med materiale til å kunne beskrive fenomenet på en forsvarlig måte (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuene ble planlagt og gjennomført som kvalitative forskningsintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuenes hensikt var å samle inn materiale relevant for å finne ut 1) hvordan innvandrerkvinner *opplevelse av sammenheng (OAS)* i tilværelsen og *generelle motstandsressurser* kan påvirkes gjennom fysisk aktivitet, organisert som en lavterskelaktivitet, og 2) å få utdypet og klarlagt hendelser som oppsto i forbindelse med deltakende observasjon. Intervjuene foregikk på et lite kontor i organisasjonens lokale. Ett intervju ble foretatt per dag og de hadde en varighet på mellom 30 og 50 minutter. Intervjuene foregikk som halvstrukturerte livsverden-intervjuer og intervjuguide ble benyttet. Intervjuet ble delt inn i tre deler, hvorav del 1 omhandlet kvinnernes bakgrunn og deres erfaringer med fysisk aktivitet, del 2 omhandlet deres refleksjoner omkring aktiviteten og omstendighetene rundt, i forhold til sosiale kontekster og del 3 kvinnernes vurdering av fysisk aktivitet og omstendighetene rundt som en helsefremmende aktivitet i forhold til fysisk, psykisk og sosial helse. Spørsmålene ble formulert på en måte som oppfordret informantene til å ”fortelle historien om....” bl.a hvordan de opplevde den første tiden i Norge, hvordan de begynte å trene o.s.v. Den halvstrukturerte formen for intervju førte til at intervjuguidens temaer ble belyst i ulik grad, etter hva informantene snakket mye eller lite om. Det hadde vært ønskelig å stille flere oppfølgende spørsmål i forhold til valg om å immigrere til Norge og tilværelsen i den første tiden i Norge. Dette kom frem ved få og korte setninger, noe som gjorde dette vanskelig å presentere i sitat-form. Antageligvis vil dette ha gitt informantenes andre utsagn mer nyanse.

Informantenes språkforståelse og språkbruk varierte, dette var uavhengig av deres botid i Norge og alder. Når vi snakket sammen etter intervjuet var avsluttet, ga to av informantene uttrykk for at de hadde gruet seg for at intervjueren skulle stille det de kalte vanskelige spørsmål, men at de syntes intervjuet hadde gått fint og at spørsmålene var lette å besvare.

Med studiens utvalg og metodevalg har språk vært en utfordring. For samtlige av informantene var norsk et 2. eller 3. språk, noe som har medført at de enkelte ganger oppfattet spørsmål ulikt eller oppfattet ord og uttrykk feilaktig. Gjennomlytting av lydopptak og gjennomlesning av transkriberte intervjuer viser tydelig når og hvordan denne utfordringen ble løst. Eksempelvis var det ved flere tilfeller nødvendig med grundigere forklaringer fra intervjuerens side, informanten

ble bedt om å forklare og utdype sine utsagn og å bekrefte om intervjueren hadde forstått dem rett. En annen løsning på språkutfordringen hadde vært å benytte tolk. Informantene ble selv bedt om å vurdere om de hadde behov for tolk eller ikke, ingen vurderte dette som nødvendig. Ved bruk av tolk ville en unngått å bruke mye tid på å utdype utsagn o.s.v. Antageligvis ville dette ha påvirket intervjusituasjonen og relasjonen mellom intervjuobjekt og intervjuer ville vært annerledes.

Språkutfordringene førte til at det oppsto situasjoner hvor spørsmål måtte omformuleres for at informantene skulle forstå, og hvor intervjueren måtte oppsummere og stille bekreftende spørsmål for å validere informantens utsagn. Det ble satt fokus på å stille åpne og korte spørsmål. Men i de tilfeller hvor det ble nødvendig å omformulere spørsmål, ble det å stille åpne spørsmål ekstra utfordrende. Dette gjelder spesielt de to første intervjuene. Allikevel bidro disse intervjuene med erfaringer som var nyttige i forhold til omformuleringer av spørsmål og ordvalg i de videre intervjuene. Selv om mange av kvinnene uttrykte engstelse ovenfor det å uttrykke seg på norsk i forkant av intervjuene, var samtlige aktive intervjuobjekter og trengte lite oppfordring til å snakke.

For å være tilstede i intervjusituasjonen og for å kunne konsentrere seg om intervjuets emne og dynamikk, er lydopptaker en vanlig måte å registre intervjuer på (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 187). På bakgrunn av dette resonnementet ble lydopptaker tatt i bruk under intervjuene. Informantene ble informert om dette i forkant av intervjuene. I tillegg ble det tatt notater underveis, samt gjort notater umiddelbart etter at intervjuet var gjennomført. Blant notatene var informantenes kroppsspråk. Dette viste seg å være til god hjelp når lydopptakene skulle høres gjennom i de tilfeller hvor det var vanskelig å forstå hva informantene sa.

Forholdet mellom intervjuer og intervjuobjekt

Kvale og Brinkmann (2009, s. 37) betegner intervjuet som en kunnskapsproduksjonsprosess. "...intervjukunnskap produseres i en samtalerelasjon" mellom intervjuer og intervjuobjekt. Det blir dermed ikke til å unngå at intervjuerens bakgrunn, erfaringer og forståelseshorisont påvirker den kunnskapen som produseres. Når Gadamer (2010) snakker om for-dommer er det også her snakk om hvordan en som fortolker bringer med seg sine egne erfaringer og forventninger inn i fortolkningsprosessen. Det er ikke vanskelig å argumentere for at jeg som intervjuer og som kvinne med etnisk norsk bakgrunn, vil kunne oppleve og erfare verden ganske annerledes enn

eksempelvis en middelaldrende kvinne med pakistansk bakgrunn.

Det intervjueren og informantene har til felles, er det at vi er kvinner, men det at vi har vokst opp i forskjellige land og i forskjellige kulturer vil kunne distansere våre forståelseshorisonter. I mitt møte med kvinnene har jeg muligens blitt oppfattet som en outsider for kvinnene, en som ikke vil kunne forstå hvordan det er å være innvandrerkvinne i Norge. Enkelte ganger tolket jeg deres uttalelser og formuleringer som at de så på meg som en utenforstående, en som var annerledes enn dem selv og som de måtte gi en grundigere forklaring til. Noen formulerte seg for eksempel på en måte som viste at de ikke forventet av jeg hadde den samme bakgrunnskunnskapen som de hadde; ”kanskje du ikke har det sånn”, ”for oss er det....” eller ”du skjønner det er veldig mange xxxx damer som ikke vet mye....”. Deres fremmedgjøring av meg opplevde jeg at bidro til å bevare bevisstheten rundt min forforståelse, slik at jeg i større grad gikk inn i felten som en *blank tavle*.

Forholdet eller snarere maktforholdet i intervjusituasjonen kan ha blitt påvirket av at jeg periodevis har arbeidet som instruktør i gruppetimer på senteret. Selv om jeg i perioden hvor datainnsamlingen ble gjennomført, ikke arbeidet på senteret, vil informanter kunne ha følt seg forpliktet til å delta i studien på grunn av dette. At de kjente meg fra før kan også ha senket barrieren for å delta. De kan ha følt seg tryggere på meg og dermed vært villigere til å fortelle om sine opplevelser. Dersom de har deltatt på treningstimer hvor jeg har vært instruktør, kan de ha følt seg forpliktet til å kun snakke om sine positive erfaringer omkring fysisk aktivitet i frykt for å ”skuffe” meg som deres tidligere instruktør. Det at to informanter ikke møtte opp til intervju, kan enten tolkes som at de ikke turte å takke nei til deltakelse, eller at de følte friheten til å kunne trekke seg fra studien.

Min forforståelse

Interesse for temaet minoritetskvinner, fysisk aktivitet og helse og det at jeg i perioder har vært ansatt på senteret og dermed har noe kjennskap til innvandrerkvinnens situasjon og behov, vil ha farget forforståelsen og påvirket forskningsprosessen. I forkant av studiet opplevde jeg fysisk aktivitet og selve tiltaket, delvis som et godt tilbud for minoritetskvinner og som en ressurs i deres liv. Ved å være bevisst min egen rolle, samt hvilke roller jeg kan ha blitt tildelt av informantene og min forforståelse av fenomenet, har jeg forsøkt å tre inn i den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2010) i den søken å bedømme mine for-dommer, slik at mine tidligere

erfaringer ikke ville dominere fortolkningsutfallet. Allikevel har mine erfaringer med å arbeide med denne gruppen kvinner, først og fremst blitt opplevd som en fordel. Spesielt i forhold til kommunikasjon og kjennskap til kulturelle forskjeller. Tidligere erfaringer med å intervju og å observere enslige mindreårige asylsøkere i forbindelse med bacheloroppgave, gitt meg erfaringer med språkbruk og kommunikasjon med mennesker som behersker norsk språk i ulik grad. Slike erfaringer har vært til fordel i utarbeidelse av intervju spørsmål og i selve intervjusituasjonen.

Under transkribering, fortolkning og analyse av materialet har jeg forsøkt å beholde en nøytralitet til det hele, ved å sette tidligere erfaringer og kunnskap i parentes og fortolke materialet fra deler til helhet. Dette har gitt meg nyttig innsikt i hva det vil si å bedrive en forskningsprosess.

3.4 Transkripsjon og analyse

Fordi det er forskeren selv som er ”instrumentet” som tar valg og reflekterer underveis i datainnsamlingsprosessen (van Manen, 1990), begynner analysen allerede ved det første intervjuet og den første observasjonen (Postholm, 2010). Det neste leddet i analysen er når levde erfaringer gjøres om til utallige sider med bokstaver og tegn. Selv om det er informantene som har skapt teksten som har blitt til som følge av intervjuer og observasjoner, har forskeren både en rolle som tekstskaper og teksttolker når transkripsjonene skal foretas (Brekke, 2006, s. 21).

I første omgang ble intervjuene transkribert ordrett. Enkelte informanter har, på grunn av språkvansker og vansker med å formulere seg, uttalt seg på måter som ga mangelfulle setninger. Da lydopptakene ble hørt igjennom flere ganger, ble transkripsjonene tilføyd eksempelvis konjunksjoner og andre bøyelser av ord i klammer for å gi teksten mer flyt og mening. Dette er forsøkt gjort på en konsekvent måte, slik at en tydelig kan se hvor ”mine” ord er føyd til. I følge Kvale og Brinkmann (2009, s. 192-194) er dette legitimt så lenge en kan formulere setningers mening utifra informantens synsvinkel.

I arbeidet med feltnotater er de enkelte observerte handlingene og situasjonene forsøkt gitt ”tykke beskrivelser” eller andregrads fortolkning, slik Fangen (2004) omtaler det. ”En tykk beskrivelse,inkluderer utsagn og hva deltagerne kan ha ment med det de gjorde, hvilke fortolkninger de ga selv, samt din egen fortolkning av det.” (Fangen, 2004, s. 173). Dette bidro til å understreke hvilke kontekster en situasjon forekom under, og var en viktig del av den videre fortolkningen.

Hovedoppgaven i det videre analysearbeidet har gått ut på å finne meningsenheter i de transkriberte intervjuene og feltnotater, men før dette arbeidet ble igangsatt forsøkte jeg å danne meg et helhetsinntrykk av materialet. Med utgangspunkt i hvert enkelt transkriberte intervju, ble det laget profiler på hver av disse. Disse profilene sa noe om tendensene i hvert intervju. Kvale og Brinkmann (2009, s. 201) omtaler dette som narrativ strukturering og er en form for sammendrag eller informantens fortelling. I analysearbeidet ga dette mulighet til å gå tilbake til den opprinnelige historien, slik den ble fortalt av informanten. Senere i analyseprosessen var dette en god måte å vende tilbake til helheten på. Når profilene var ferdigstilt, ble én enkelt setning plukket ut fra hver av profilene for å forsøke å oppsummere helhetsinntrykket i hvert intervju.

Videre besto arbeidet av en kodingsprosess, hvor teksten ble plukket fra hverandre og hver enhet ble gitt en kode (Postholm, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). I alt ga gjennomgangen av transkriberte intervjuer og feltnotater 73 koder. Dette kaller Postholm (2010) åpen koding. Dernest ble det mulig å foreta sammenlikninger av de ulike delene av datamaterialet og kodene ble delt inn i grupper. I alt ble det dannet 9 forskjellige grupper. Disse gruppene ble videre redusert til to kategorier. Postholm (2010) kaller dette aksial koding. Navnene på kategoriene oppsto fra datamaterialet under analysen (induksjon) ved at jeg forsøkte å danne et helhetsinntrykk av hver enkelt kategori. De to kategoriene fikk navnene: lavterskel og fellesskap. Kategorien lavterskel ble delt inn i underkategoriene: *nivå/ferdighet, språk, kjønnsdelt og pris*. Kategorien fellesskap fikk underkategoriene *støttende sosiale relasjoner, egentid og aktivitetens egenverdi*.

Videre fortsatte fortolkningsprosessen med en veksling mellom empiri og teori. Teksten ble forsøkt forstått fra ulike perspektiver, slik at ulike fortolkninger kunne belyses. Ved å være bevisst min egen forforståelse, og ved å forsøke å delvis sette kunnskapen jeg hadde om fenomenet på forhånd ”i parentes”, slik Kvale og Brinkmann (2009, s. 46) formulerer dette, forsøkte jeg å arbeide vekselvis med delene d.v.s. kategoriene og med det helhetlige inntrykket datamaterialet gav. I denne forståelsen kan en si at den hermeneutiske sirkel (Krogh, 2009; Gadamer, 2010; Hovdenak, 2006; Ulstein, 2006; Fuglseth, 2006)) ble benyttet som fortolkende prinsipp. Min forforståelse og mine for-dommer omkring delene og helheten ble gjentatte ganger endret, påvirket og utvidet av datamaterialet. Dette skjedde allerede i første møte med informantene og i arbeidet med koding og meningsfortetningen. Enkelte ganger ble det

nødvendig å forkaste enheter og kategorier som jeg i utgangspunktet hadde ansett som relevante. Andre ganger ble det nødvendig med en ny inndeling av enheter i kategoriene, samt nye kategorier. I disse tilfellene var dette nødvendig fordi det opplevdes som om en enhet sa noe om noe helt annet, enn det de andre enhetene i kategorien sa noe om. Eksempelvis skildret en kvinne sitt aktivitetsnivå i hjemlandet i forhold til den første tiden i Norge, dette ble først knyttet til underkategorien *ferdighet*. Senere ble enheten flyttet til kategorien *støttende sosiale relasjoner*, fordi kvinnen skildret en hverdag i Norge som var preget av isolasjon.

I følge Krogh (2009) er det umulig å entre den hermeneutiske sirkel uten forforståelse og fordommer. ”Vi kommer aldri i gang hvis vi prøver å stille oss på bar bakke” (ibid., s. 53). Krogh (2009) mener videre at vi heller blir i bedre stand til å bedømme våre fordommer, for så å forkaste det som er de *usanne* fordommene når vi beveger oss i sirkelen. I følge Gadamer (2010) er det nettopp kritikk og korrigeringer av egne fordommer som muliggjør en horisontsammensmelting mellom leseren (forskeren) og teksten (datamaterialet). I følge Kvale og Brinkmann (2009, s. 46) må en gjennom fenomenologisk reduksjon sette tidligere erfaringer og ”vitenskapelig forkunnskap om fenomenene” man studerer, ”i parentes for å nå frem til en fordomsfri beskrivelse av fenomenene”.

Formålet med en fenomenologisk tilnærming er å beskrive et fenomen så presist som mulig; og det å fortolke og analysere, er formålet med en hermeneutisk tilnærming (Kvale & Brinkmann, 2009). Det blir dermed lett å forstå det som at fenomenologien hører til datainnsamlingen og at hermeneutikken hører til analyseprosessen. Nåden og Braute (1992) påpeker at det i en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming blir ukorrekt å legge et skille mellom de to tilnærmingene, da analysen og fortolkningen allerede starter opp under datainnsamlingen (jfr. innledningsvis i 3.4 Transkripsjon og analyse). Derfor har denne studien forsøkt å kombinere de to tilnærmingene underveis i hele prosessen. En bevissthet rundt min forforståelse har muligens gjort det mulig å fremstille fenomenet slik det fremtrer for menneskene som opplever det gjennom en horisontsammensmelting.

Selv om intervjuguiden inneholdt spørsmål omkring begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet ved tilværelsen på treningssenteret og i livet for øvrig, var det utfordrende å omformulere salutogenesens teoretiske erfaringsfjerne begreper til erfaringsnære begreper for informantene i utarbeidelsen og formidlingen av spørsmålene. Min rolle ble å forsøke å skape en fellesforståelse mellom informantenes begreper, mine egne og salutogenesens teoretiske

begreper. I formidlingen av studiens funn har jeg forsøkt å beholde informantenes erfaringsnære begreper i presentasjonen, men samtidig forsøkt å ”oversette” dem til teoretiske begreper i diskusjonen rundt hvert funn. Målsettingen med dette var å oppnå transparens i studien og for å tilstrebe validitet og pålitelighet.

3.5 Validitet

Som det ble nevnt innledningsvis i dette kapitlet, kan datainnsamling forstås som et ”lån” av andre menneskers levde erfaringer og deres livsverden. Observasjonene og intervjuene kan i denne studien sees på som en refleksjon av de studerte kvinnenes livsverden. I forhold til å kunne kalle disse funnene for et lån av kvinnenes livsverden, blir studiens validitet svært viktig. I følge Postholm (2010, s. 170) kan nøye redegjørelse og transparens i forskningsprosessen være med på å styrke en kvalitativ studies validitet. Denne studien har derfor forsøkt å ivareta validiteten gjennom nøye forklaring av dens teoretiske perspektiv og nøye beskrivelse av studiens ulike faser, samt en redegjørelse for hvordan analyseprosessen har foregått. I følge Postholm (2010) kan det være relevant for studiens validitet, å bli bevisst ens egen subjektivitet, for så å uttrykke denne subjektiviteten i forskningsteksten. På denne måten kan leseren selv ta forskerens subjektivitet i betraktning. Dette har jeg forsøkt å gjøre gjennom en skissering av min forforståelse av det studerte fenomenet og min bakgrunn. Redegjørelsen for min forforståelse, gjør det mulig for leseren å ta dette i betraktning når en leser mine fortolkninger. Mine fordommer har blitt konfrontert i forbindelse med datainnsamling og ved analyse av feltnotatene og transkripsjonenes tekst.

Når en kombinerer deltakende observasjon og intervju, får en tilgang til to typer data; handlingsdata og diskursive data eller informantenes selvrepresentasjon (Fangen, 2004, s. 141). Ved å ta i bruk ulike kvalitative metoder for samle inn materiale i felten, har triangulering styrket denne studien.

OAS-komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet kan i aller høyeste grad omtales som subjektive, derfor kan en anta at det kun er det enkelte individ som selv kan redegjøre for hva som gir dem en *opplevelse av sammenheng* i tilværelsen. Samtidig forsøker forskning å måle *OAS* på en objektiv måte med spørreskjema og *SOC*-skalaen. Dette kan få *OAS* til å virke som om det kun er snakk om å ha de nødvendige ressursene for å oppnå en god helse. Denne oppfattelsen av at *OAS* kan måles på en objektiv måte kan skyldes Antonovskys historiske kontekst og forståelseshorisont. Salutogenesen og *OAS*-teorien ble utarbeidet i en tid

hvor helse var forstått som en dikotomi mellom helse og sykdom, og den tradisjonelle medisinske oppfattelsen av helse hadde hegemonisk herredømme (Lindström & Eriksson, 2006a). Det er tenkelig at det å måle helse på en mer subjektiv måte var uforenelig med samtidens rådende paradigme. I denne studiens samtid og historiske kontekst blir helse i stor grad også betraktet som et subjektivt fenomen. Det er derfor rimelig å tro at en gjennom å ta i bruk kvalitative metoder vil kunne få dypere tilgang til individers erfaringer og betraktninger rundt hva som gir *OAS* i tilværelsen for nettopp dem. Mens det tidligere nevnte spørreskjemaet og *SOC*-skalaen er nyttige kartleggings- og overvåkingsverktøy, vil en mer kvalitativ tilnærming kunne gi dypere innsikt i hva som utgjør *OAS* for hvert enkelt menneske, samt være et nyttig verktøy i forebygging og behandling.

Datainnsamlingsperioden varte i om lag en og en halv måned, og ble avbrutt tidligere enn ønsket på grunn av ferieavløsning på senteret. Observasjoner og intervjuer som potensielt kunne ha gitt grunnlag for analysen og fortolkningen, kan av denne grunn ha blitt utelatt. Fangen (2004) beskriver hvordan langvarige feltarbeid vanligvis er det mest optimale, men at også korte feltarbeid kan ha et så begrenset tema at det gir tilstrekkelig mengde materiale.

I forbindelse med at to kvinner som ble invitert til intervju ikke møtte opp og at nye informanter ikke ble rekruttert, kan relevante funn ha blitt utelatt. Som tidligere nevnt hevder Kvale og Brinkmann (2009) at intervjuer bør gjennomføres helt til dataen har nådd et metningspunkt hvor ny informasjon ikke lenger kan frembringes. I sammenheng med dette ble det ikke ansett som nødvendig å rekruttere nye informanter, men utvalgets størrelse bør tas i betraktning i forbindelse med studiens generaliserbarhet.

Under samtalen i de kvalitative forskningsintervjuene og i samtaler i løpet av den deltakende observasjonen ble informantene spurt om gyldigheten av mine fortolkninger av observerte hendelser på senteret. I tillegg til at dette var en fin måte å komme i snakk med kvinner mens de trente, kan intervju i følge Fangen (2004, s. 141) være en god måte å validere observasjonsmateriale på. Gyldigheten til tolkning av et utsagn eller en observasjon, kan overprøves når motstridende påstander diskuteres og argumenteres for og imot i en samtalsituasjon (Fangen, 2004, s. 196). I følge Kvale og Brinkmann (2009, s.252) kan fortolkning gjennom samtale (eksempelvis med informanter) styrke studiens validitet. Informantene har i etterkant av datainnsamlingsperioden blitt forespurt om de ønsket å lese igjennom transkripsjoner, feltnotater og analyse. Foreløpig har ingen takket ja til dette. Muligens kan dette begrense studiens validitet.

3.6 Etikk

Gjennom de forskjellige stadiene i forskningsprosessen har det blitt lagt vekt på å ivareta forskningsetiske hensyn. Det følgende vil gjøre rede for hvordan.

Konsesjoner og godkjenninger

Da prosjektet skulle komme til å behandle indirekte personopplysninger, ble meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig database (NSD) sendt til behandling den 05.10.11. Den 11.11.11 ble prosjektet godkjent og det ble gitt tillatelse til å sette i gang med datainnsamling (Vedlegg nr. 3). For å forsikre at prosjektet ikke var fremleggspliktig ovenfor Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), ble en henvendelse sendt dit hen. Den 15.11.11 informerte REK om at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde jf. Helseforskningsloven § 2 og ikke var fremleggspliktig for REK (Vedlegg nr. 5). Utover dette ble det også søkt om godkjenning fra det helsekvalifiserende senteret hvor dataene ble samlet inn, for å rekruttere informanter og gjennomføre deltakende observasjon (Vedlegg nr.1). Dette fikk jeg muntlig tilbakemelding på, og ledelsen stilte seg positive til dette.

Informasjon til deltakere og samtykkeerklæring

I følge de forskningsetiske retningslinjene skal ”De som er gjenstand for forskning, få all informasjon som er nødvendig for å danne seg en rimelig forståelse av forskningsfeltet, følgene av å delta og hensikten med forskningen” (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2006). I forbindelse med den deltakende observasjonen ble slik informasjon gitt muntlig i forbindelse med gruppetimer og i kafe-området, og skriftlig i form av oppslag, med informasjon om prosjektet og bilde av observatøren (Vedlegg nr.6).

I følge Fangen (2004, s. 155) vil det i mange tilfeller være vanskelig gjennomførbart å sikre hensynet om informert samtykke ovenfor alle personer en møter i løpet av et feltarbeid. Da det ikke ble samlet inn registreringer ved bruk av tekniske hjelpemidler (foto, video, båndopptak) i observasjonsstudiet, ble det ansett som holdbart å kun påkrevne muntlig samtykke fra observasjonsobjektene.

Alle som ble invitert til å delta som informant i forskningsintervju ble informert muntlig og skriftlig om studiens hensikt og følgene av å delta, samt informasjon om at de når som helst i forskningsprosessen kunne velge å avbryte sin deltakelse (Vedlegg nr.6). I følge Den nasjonale

forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2006) bør informasjon tilpasses slik at den er forståelig for informantene. Derfor ble det lagt stor vekt på å gi både skriftlig og muntlig informasjon, og ansatte som snakket flere språk bistod i formidlingen av denne informasjonen der det var nødvendig. I forkant av intervjuer ble innholdet i det informerte samtykket gjennomgått muntlig. Intervjueren forsikret seg om at intervjuobjektene hadde fått all informasjon som var nødvendig og at denne var forstått, før samtykkeerklæring ble signert (Vedlegg nr.7).

Anonymitet og konfidensialitet

Under kravet om konfidensialitet i de forskningsetiske retningslinjene fremgår det at ”forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersonene det forskes på” (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2006). For å oppnå dette er materialet anonymisert. For å bevare anonymiteten i formidlingen av funnene, er informasjon om den enkelte informants opprinnelsesland, yrke, bosted og alder; samt detaljert informasjon om informantens familie, venner og bekjente som kom frem i løpet av samtalene, fjernet. Utover dette ble heller ikke informasjon som kunne knyttes til informantens identitet (stemmeopptak, samtykkeerklæring) oppbevart sammen med det øvrige datamaterialet. Da rekrutteringen kun foregikk på ett sted og andre medlemmer på senteret vil kunne ha observert hvem som deltok i intervjuer, kan dette ha svekket etterstrebingen om anonymisering. Da informasjonen som kom frem, ikke kan ansees for å være av svært sensitiv art, er det lite sannsynlig at formidlingen av informasjonen vil kunne komme til å skade personene det ble forsket på. I etterkant av intervjuene har jeg stilt meg til disposisjon for samtale, dersom enkelte skulle ha behov for dette.

Det har ikke blitt ansett som nødvendig å anonymisere det helsekvalifiserende senteret, da dette ikke ble lovet i forbindelse med forespørsel om datainnsamling.

4. Presentasjon av funn og diskusjon

I det følgende vil funn fra deltakende observasjon og forskningsintervjuer presenteres og diskuteres i forhold til relevant teori. Hovedfunnet er at senteret oppleves som et meningsfullt sted blant samtlige av de intervjuede kvinnene i form av at terskelen for deltakelse i aktivitet er oppleves som lav, at det gir kvinnene en følelse av tilhørighet til et fellesskap eller at senteret fungerer som et fristed på ulike måter for kvinnene. Presentasjonens struktur tar utgangspunkt i kategoriene lavterskel og fellesskap og vil bli diskutert i forhold til *OAS*-komponentene begripelighet, håndterbarhet, meningsfullhet. Formålet med en slik inndeling av funnene er å besvare forskningsspørsmålet; hvordan kan innvandrerkvinner *generelle motstandsressurser* og *opplevelse av sammenheng (OAS)* i tilværelsen påvirkes gjennom deltakelse i fysisk aktivitet organisert som et lavterskeltilbud?

Det følgende kapittelet vil forsøke å presentere både helheten og variasjonene i materialet, i håp om å presentere fenomenet så presist som mulig.

4.1 Lavterskel

Det helsekvalifiserende senteret fungerer godt som et lavterskeltilbud. Kvinnene i studien opplever aktivitetene som tilgjengelige i forhold til deres ferdigheter, språklige kommunikasjon, kultur og fordi det ikke kreves god økonomi for å delta. Funnene i kategorien lavterskel er derfor delt inn i og vil presenteres, i underkategoriene som oppsto fra datamaterialet; nivå/ferdighet, språk, kjønnsdelt og pris. Dernest vil funnenes betydning diskuteres i forhold til *OAS* i tilværelsen.

Nivå, ferdigheter

Et hyppig funn blant de intervjuede kvinnene er at de opplever at stedet passer for dem, noe som gjør tilværelsen på treningssenteret både forståelig og håndterbar. Enkelte kvinner snakket om å føle at de innehar de ferdighetene og kunnskapene som kreves for å delta:

”Når jeg kom første dag her, [var] det mange kvinner og helt fullt. Egentlig ble jeg litt overrasket, det var mange damer på min alder [og slik] som meg og ja.....og ingen ser på deg sånn ”hva skal hun gjøre” og ”hun kan ikke gjøre ordentlig” [vurderer hverandre]. Jeg følte jeg kan gjøre alt som jeg vil, prøve alle ting som jeg vil, og jeg får til alt, [det er] ingen som....jeg slapper av og kan trene.”

En får inntrykk av at det handler om å føle at andre kvinner har det samme utgangspunktet i forhold til ferdighet og fysikk, som en selv. En kvinne med erfaring fra et annet, mer ordinært treningssenter forklarer det slik:

”En annen grunn til at jeg begynte her er at jeg har blitt voksen. Jeg trente på [et ordinært treningssenter] for noen år siden, men jeg likte [meg] ikke der. der er det ungdommer og alle veltrente kropper og andre klesstiler, og det er ikke veldig mange som meg. Her har du alle, alle som er her føler jeg er på lik eeh..(lager horisontal bevegelse med flat hånd) som meg. De har ikke....., de er ikke veltrente, de er litt overvektige, de har ikke de høye mål med trening som folk på [et ordinært treningssenter] har. Jeg trives litt bedre, her kan du løpe i rolig tempo, du trenger ikke å tenke han eller henne løper på 14 [km/t] ved siden av deg ikke sant.”

En kvinne legger det frem som om ferdighetene hun har ervervet gjennom aktivitet på senteret har bidratt til at hun håndterer kravene på jobben bedre (hennes yrke består av å være mye utendørs):

”Jeg har ikke noe problemer hvis vi skal på tur eller være ute. Det er ikke noe problem for meg å være med.....Fordi det er mange minoritetskvinner som ikke liker å være ute, men fordi jeg har trent [har] jeg blitt veldig glad i å gå på tur og sånn. Energi og sånn.”

Språk

Samtlige av kvinnene uttrykte tanker omkring det at deltakelse ikke stiller spesielle krav til språkkunnskaper. En kvinne, som kun hadde bodd i Norge i fire måneder da hun begynte på senteret, uttrykker dette som en tydelig barriere-senker:

”Jeg tror... Jeg kunne ikke så godt norsk, men en av de som jobbet på resepsjonen snakket arabisk og andre, de som kom hit de snakket arabisk og engelsk [til meg] og det ble lettere for meg å komme i gang og bli kjent [med stedet] på grunn av det. Det var lettere å kommunisere på arabisk for meg.....og da ble det også lettere å prate med dem.”

En annen kvinne reflekterte over hvordan lave krav til språkkunnskaper bidrar til at hun lærer seg norsk og blir kjent med flere kvinner:

*”Jeg kjente ikke mange i Oslo før [jeg begynte her], men jeg likte her, her kan jeg møte mange damer fra forskjellige land og [selv om] jeg ikke snakker bra norsk så kan jeg snakke med dem.”
....”De snakker veldig rolig, de venter på meg at jeg skal forstå også [blir jeg] flinkere og flinkere.”*

Flere observerte hendelser viser i motsetning hvordan kvinner med andre felles språk enn norsk ofte har en tendens til å danne grupperinger etter hvilket språk de snakker (eks. morsmål), når de trener eller sitter i kafè-området:

Feltnotat, 23.11.11

Det ser ut til at de som er voksne eller litt eldre har fordelt seg etter hvilket språk de snakker. Eksempelvis er det noen tyrkiske damer som sitter sammen på styrkeapparatene og prater (tyrkisk). Det ser ut som om de snakker om noe som er litt morsomt eller i alle fall hyggelig fordi de ler og ansiktsuttrykkene deres endrer seg etter hvert som de andre forteller/snakker. Da jeg setter meg ned blir jeg gjenkjent av en av kvinnene, hun kjenner meg igjen fra bussturen hit. Vi snakker litt om det. Hun snakker ikke så bra norsk, men snakker høyt og tydelig så jeg skal forstå.

..... Jeg prøver å inkludere de andre kvinnene i samtalen vår, men de svarer ikke bare smiler og nikker litt.de er betraktelig mer tause enn før jeg satt meg ned med dem. Jeg opplever det som om de ikke vil snakke med meg. Jeg får en følelse av at de prater mer med hverandre når de snakker på sitt språk og at det at jeg satte meg ned forstyrret samtalen deres litt.

En kan forestille seg at det vil føles unaturlig å samtale på norsk dersom en snakker med en som har det samme morsmålet som en selv. Det en nærmest kan kalle språkgrupperinger, førte til mer samhandling blant kvinnene, sammenliknet med situasjoner hvor kvinner med ulik etnisitet trente side om side i taushet. Det er tenkelig at kvinnene ser på treningssenteret som et sted som gir dem mulighet til å få snakke sitt morsmål i løpet av hverdagen. I forbindelse med en annen observert hendelse kan det i så fall virke som om det var samtalen og ikke utbyttet av treningen som sto i fokus:

Feltnotat, 30.11.11

Tre pakistanske damer går i rolig tempo på tredemøllene, de går og prater sammen (ikke på norsk) som om de skulle ha vært på spasertur, altså rolig tempo. Dette fortsetter de med i nesten 30 minutter, uten å øke tempoet.

Lavere språkbarriere kan gjøre informasjon mer tilgjengelig for senterets medlemmer. I forbindelse med en temadag viser en observert hendelse en ansatts måte å forenkle informasjon og språk for medlemmene:

Feltnotat, 22.11.11

Temadag om diabetes. Mens foredragsholderen snakker oversetter og forenkler en ansatt språket. I tillegg kommer hun med eksempler som gjør det lettere å forestille seg: eksempelvis forklarer hun oss at insulin er en venn som skal holde blodsukkeret stabilt (hun sier at det ikke skal bli for

mye eller for lite sukker i blodet vårt) og at det skal hjelpe sukkeret inn i cellene våre (hun sier at insulinet skal hjelpe sukkeret fra blodet og inn i musklene våre).

Så forklarer hun at den tingen som lager insulin i kroppen vår er som en gummistikk. Når gummistrikken blir brukt mye, blir den slitt og mer og mer slakk, den virker ikke like bra lengre. Kvinnene nikker, noen synes nok gumistrikk - beta-celle analogien er banal, men samtlige virker interesserte og som om de klarer å henge med. Dette virker som en forståelig måte å sammenlikne hvordan og hvilke prosesser som er innvillvert i utviklingen av diabetes type 2. Videre snakker hun om hvorfor man kan få diabetes type 2, på dette tidspunktet er kvinnene svært aktive i gruppesamtalen.

Kjønnsdelt

At treningstilbudet kun er rettet mot kvinner og at det kun er kvinner blant de ansatte, betegner to av kvinnene som avgjørende for deres deltakelse. Kvinnene legger kun vekt på bekledding og måten å bevege seg på under trening i forhold til hvorfor kjønnsdelingen gjør at de føler seg mer tilpass med å trene på senteret:

”Fordi det er bare for kvinner, trenger [jeg] ikke å... det føles mer avslappet, jeg trenger ikke [å]...., [hvis] man trener felles [menn og kvinner sammen], må jeg dekke til håret og [ha på] langermet [genser]. Det er [blir] liksom litt mer lettvent å trene her [fordi] jeg kan gå her og der [og] på do uten hijab og i kortermet.”

Og:

”.....noen ganger jeg tenker på at når menn og kvinner trener på samme sted, det er ikke bra, vi liker også ikke [det]. Du ser på kroppen, den er sånn og sånn, man har ikke på klær og sandaler, det er bryster der og alt, da liker ikke vi også. Alle menn også ser på deg - hvis jeg løper da også rister [kroppen min], jeg kan ikke.”

Pris

En kvinne nevner at hun hadde lite å fylle fritiden med før hun fikk seg arbeid og begynte å trene på senteret. Hun forklarte at dette delvis skyldtes økonomi, at hun ikke kjente mange her og at mannen hennes sjelden var hjemme på grunn av arbeid. For henne var lav pris avgjørende for å senke hennes barriere for deltakelse:

”Det var en dame som også bor i gata jeg bor i og vi gikk på samme språkkurs på skolen. Hun sa til meg ”har du tid?” Jeg sa ”når jeg kommer fra skolen da jeg bare hjemme og alene og ikke noen ting.” Jeg likte ikke mye ute, jeg vet ikke, det var vinter og jeg var ikke kjent. Og jeg spurte ”hva er det?” Hun sa ”hvis du vil, her er også treningssenter, bare for damer, men det er også veldig billig”. Og vi gikk her og hun viste meg. (.....) Og jeg har ikke masse penger, og jeg tenkte dette er et sted som er bra for meg. Jeg tenkte hvis jeg begynner på trening, da vil jeg leve lengre, og jeg hadde ikke bra helse da.”

4.1.1 Lavterskel og *OAS*

Med tanke på hvordan lavterskelaktivitet er omtalt i litteraturen (Klepp, 2009; Helsedepartementet, 2003) og hvordan kvinnene beskriver aktiviteten i forhold til fysiske, sosiale og kulturelle barrierer, har dette treningstilbudet lyktes med å tilgjengeliggjøre fysisk aktivitet for minoritets- og innvandrerkvinner.

OAS-komponenten begripelighet kan i følge Antonovsky (1991, s. 119) knyttes til forutsigbarheten og forståeligheten av situasjonene man møter. En ubegripelig situasjon kan oppleves som kaotisk og uventet. Kvinnenes opplevelse av begripelighet i forhold til aktiviteten kan styrkes når de opplever forutsigbarhet og forståelighet knyttet til aktivitetene de foretar seg på senteret. De intervjuede kvinnene i denne studien opplever både å ha de fysiske og de språklige ferdighetene som krevdes for å delta i treningssenterets aktiviteter. Ut ifra kvinnenes utsagn vedrørende lavterskelaktivitet (og fellesskap) er det sannsynlig at kvinnene opplever mestring av ferdigheter både knyttet til fysiske og sosiale aktiviteter.

Kvinnenes positive vurdering av egne evner i forhold til slike aktiviteter kan trolig omtales som mestringstro. Mestring av ferdigheter og større mestringstro kan ha en positiv innvirkning på kvinnenes selvtillit og selvbylde (jf. Fox, 2000). I følge den sosial-kognitive teori, er mestringstro, forstått som self-efficacy nyttig i forhold til motivasjon og atferdsendring (jf. Bandura, 1982). Dersom kvinnene har opplevd mestring i forhold til fysiske og sosiale ferdigheter, kan dette være verdifullt i forhold til at mestringstro ser ut til å kunne overføres til andre områder i livet. Selvtillit betegnes som en generell motstandsressurs innen salutogenesen, og kan dermed være en signifikant ressurs i forhold til *OAS* i tilværelsen forøvrig (jf. Antonovsky, 1991). For kvinnene fremstår aktiviteten som begripelig ved at språk, veiledning og informasjon tilpasses deltakernes nivå. Dette kan være av betydning for kvinnenes helse og helseatferd. I følge Lindström & Eriksson (2005) er helsefremmende atferd en generell motstandsressurs.

Flere av kvinnenes utsagn kan oppfattes som om de opplever å ha tilgang til ressurser i forhold til det å møte og mestre de kravene som stilles i forbindelse med de fysiske og sosiale aktivitetene på senteret. Kvinnene nevner spesielt ressurser som språk, penger, engasjement i aktiviteten, erfaringer, sosialt støttende relasjoner og kunnskap. Tilgang på ressurser kan knyttes

til OAS-komponenten håndterbarhet, en kan anta at kvinnene opplever kravene som stilles i forbindelse med deres deltakelse som håndterlige.

4.2 Fellesskap

Blant kvinnene er fellesskapet de opplever i forbindelse med aktivitetene på senteret fremhevet. Det er spesielt de sosiale rammene kvinnene beskriver som betydningsfulle, særlig for deres motivasjon og trivsel. Rammene det er snakk om er sosiale rammer, slik som kafé-området, det å ta følge til og fra treningscenteret og samtaler under treningen. De fleste av de intervjuede kvinnene vektlegger det å føle tilknytning til de andre og en følelse av å ha noe til felles. De legger også vekt på at trening er egentid, eksempelvis tid med fri fra andre forpliktelser og tid til å være sosial og å ha det gøy med andre. Med utgangspunkt i disse oppfatningene, vil funnene presenteres i underkategoriene støttende sosiale relasjoner, egentid og aktivitetens egenverdi. Dernest følger en diskusjon rundt hvilken betydning dette fellesskapet kan ha for OAS i tilværelsen.

Støttende sosiale relasjoner

En kvinne peker spesielt på å føle fellesskap med andre mødre:

”Vi snakker om ALT mulig! Om mat som vi har laget i det siste eller mat fra hjemlandet eller om sunn mat og....eller hvis noen har problem eller en som tenker mye for eksempel på barna eller hun er syk eller andre ting, kan vi prate om det. Vi prater mye om barna våre, og hvordan det går med dem på skole eller hvis det er noen problemer med dem [så] vi kan hjelpe hverandre. Vi er alle mødre eller vi er i samme alder og vi kan dele [ting, informasjon]. Jeg kan fortelle dem hva jeg vet og de kan fortelle meg. Hjemme jeg kan bare prate med mannen min eller mammaen min, men her kan jeg prate om barna [mine] med andre mødre og de har samme som meg [likt som meg] så det liker jeg.”

En annen kvinne beskriver det å føle fellesskap med andre i form av å dele bekymringer og å føle at andre forstår henne fordi de har liknende erfaringer:

”Jeg tenker mye på hjemlandet mitt, det er stort problem der.....kroppen min er i Norge, men hodet mitt er i hjemlandet mitt hele tiden. Når jeg skal sove, det blir vanskelig for meg da. Nå jeg snakker med andre her som er fra hjemlandet mitt, sier de at de også har det sånn, de tenker på hjemme. De forstår meg, hvorfor jeg har det sånn.”

En observert hendelse i forbindelse med en temadag på senteret kan gi uttrykk for liknende. Temadagen omhandlet diabetes og en foredragsholder fra diabetesforbundet besøkte senteret.

Om lag 15 kvinner er samlet i kafé-området og deltar i en gruppesamtale om diabetes. De fleste kvinnene er middelaldrende, men det er også noen yngre tilstede.

Feltnotat, 22.11.11

Deltakerne virket ikke så opptatt av å holde seg til temaet diabetes. Andre helserelaterte temaer ble tatt opp. Temaene varierte fra kresne barn som bare vil ha sjokoladepålegg, til mer alvorlige temaer som spiseforstyrrelser og ufrivillig barnløshet i forhold til forventninger fra familie m.m. Gruppesamtale-formen hemmet i alle fall ikke kvinnene i å dele ganske personlig informasjon om seg selv eller barna sine.

Deltagerne virket engasjert i det de andre kvinnene tok opp, og bidro med egne synspunkter og erfaringer. De andres problemer ble tatt på alvor, men det kunne også virke som om kvinnene som tok opp ting forsøkte å få bekreftet eller avkreftet sine bekymringer fra ”eksperten” som ledet samtalen (en sykepleier fra Diabetesforbundet).

Jeg undres over hva denne åpenheten skyldes. Jeg har mistanke om at det finnes forskjellige fortolkninger her; det hadde vært nyttig å få greie på om kvinnene som tok opp problemer hadde snakket med helsepersonell tidligere, eller om dette var første gang de tok det opp med noen. Hva ønsket de å oppnå med å ta opp disse tingene – å betro seg til andre eller søke råd/profesjonell hjelp?

En kvinne som ble intervjuet i etterkant av denne temadagen, legger vekt på nytten det er å kunne møte andre som har de samme helseproblemene og som kan relatere seg til de samme situasjonene, eksempelvis i forhold til matkultur/matvaner. Hun trekker frem at språk og å dele erfaringer var nyttig for å kunne lære av hverandre, og for å få informasjon på en lett forståelig måte:

”Når jeg begynte her husker jeg at jeg første gangen når jeg kom hjem gikk å la meg med svettelukt og klærne på, og sov. Jeg var veldig dårlig. Men etterpå har jeg hatt spørsmål om hvordan jeg skal passe på meg selv når jeg trener og har diabetes og jeg har spurt her [de som jobbet her]. Jeg kan så mye norsk at jeg har lest om det, og spurt lege og helsesøster og gått på møter å snakket med andre som har diabetes....og jeg har vært interessert i å vite, men mange de forstår ikke at det er alvorlig. For eksempel vi var på besøk hos noen, og det var stort selvskap så det var mange kaker der. De sa ”men spis kaker du” og jeg sa ”nei, jeg har diabetes”, ”men du kan jo bare ta to tabletter i kveld du, istedenfor èn!”. Og jeg ble helt.... Helt [rister på hodet], det er jo helt feil!

.....Men når vi snakket [om det] her [på temadagen] og jeg kan fortelle til damer, og de ikke vet: for eksempel når du ikke passer på hva du spiser (og du vet vi spiser mye ris og cola og sukker i kaffe og te, dere spiser sikkert ikke [slike ting] like mye...) og hvis bilen kommer utenfor døra å henter deg, da dreper sukkeret deg sakte og sakte, det er viktig. Når jeg forteller til dem da tror jeg de hører på meg fordi jeg har diabetes og jeg kan fortelle på xxxx [kvinnens morsmål], da tror jeg det har mer effekt egentlig.”

En kvinne gir uttrykk for at treningen er en sosial møteplass for henne:

”Det er jo litt sosialt også synes jeg. Her er det [jo et] felles sted [felles sted å møtes]. Så her kan du møte folk isteden for at når du inviterer hjem og[så] kvier [en] seg fordi de tror du skal servere og du ”nei jeg kaffe og te jeg skal servere” og man må rydde og ordre huset. Og jeg ville ikke invitert folk til en uryddet leilighet og jeg har ikke stor hus, så her er det veldig greit å møte folk isteden. Jeg har ikke tid til å rydde og stelle i stand. Jeg vil invitere, men jeg tenker det går ikke, jeg har ikke tid.”

For en kvinne som var i ferd med å etablere seg i Oslo, er det betydningsfullt å møte og å bli kjent med andre kvinner:

”....den neste gangen sto jeg med henne også [da] begynte vi å prate, vi snakker samme språk og vi er fra samme land. Og hun spurte meg og jeg svarte henne og fortalte meg om en butikk og etterpå gikk vi til byen og hun viste meg butikken. Vi har også gått noen ganger til byen for å se i butikker etter det. Det er fint å gå i byen for da kan man se hvor ting er og bli kjent. For eksempel nå, har jeg sett mange hoteller og jeg har søkt jobb på mange hoteller som jeg har sett i byen.”

På måten hun fremstiller dette kan en forestille seg at det å ha et sted å gå til har gjort det lettere å flytte til et ukjent sted. I likhet understreker andre kvinner betydningen av å ha et sted å bli kjent med andre:

”Jeg kjenner nesten alle sammen nå fordi vi møtes her og da snakker jeg med dem. Det er viktig for når vi ser hverandre andre steder kan vi hilse på hverandre og snakke da også, fordi vi kjenner [hverandre herifra].”

Og:

”Jeg orker ikke bare å være hjemme, men her kan du komme å bruke energi og møte venninner og mennesker som jeg ikke kan kjenne og høre og å snakke. Det blir morsomt her hvis man kommer hit.”

En kvinne forteller om en sosial relasjon hun har knyttet i forbindelse med trening, som trolig er meningsfull for henne:

”.....hvis jeg ikke får treffe venninna mi her da er det lurer jeg på hvor hun er, og [jeg] savner henne hvis jeg ikke ser henne her. F.eks xxxx er også venninna mi hun kom ikke i dag og jeg ser etter henne, så tenker jeg ”hun kommer ikke, hun kommer ikke” Da tenker jeg mye på det [hvorfor hun ikke er her], og noen ganger ringer jeg og spør hvorfor ikke [hun kom]. Og jeg tenker på henne, hun er også veldig bra. [Hun] snakker veldig bra og noen ganger trenger jeg henne for å få hjelp av henne også, til brev eller sånne ting. Hun er også veldig glad og hyggelig og veldig snill dame. Da er hun også venninna mi.”

Egentid

Når kvinnene snakker om hvor ofte og hvor lenge de er på trening, viser det seg at de aller fleste bruker mye av fritiden på senteret. Besøkene varte ofte i 2 eller 3 timer. Dette kan skyldes, dels at kvinnene også bruker senteret som en slags møteplass og at treningssenteret er en viktig del av kvinnenenes sosiale liv, og dels at små lokaler og stor pågang fra medlemmer svekker senterets kapasitet og skaper mye venting.

Svært mange av studiens kvinner beskriver treningen som et sted hvor de tar seg god tid, tar en pause fra hverdagen eller henter krefter. En kvinne fremstiller det som om det er like meningsfullt å bruke tid på det sosiale som på selve treningen:

”Når jeg er ferdig på jobb, kommer jeg hit, kanskje kl. 4 og noen ganger kl. 5 og [blir] til det stenger kl. 7. [Før] pleide jeg å være her i lengre tid enn [det jeg er] nå, ta litt god tid, sitte ned å spise og hvile litt før trening. Fordi når jeg kom hit, så jeg på de andre, de hadde med seg mat, litt frukt eller salat eller sånn, og det er te og kaffe der. Og da tenkte jeg ”jeg skal også begynne å ta med mat”. Hvis jeg blir sulten, da trenger jeg ikke å gå hjem.”

En kvinner peker på at tiden hun har for seg selv når hun trener er tid hun har på egenhånd og for seg selv:

”Jeg vil komme hit på kvelden, jeg vet ikke hvorfor..... det er flere timer [som jeg liker da] og det er også de [damene som] jeg kjenner her da. Jeg kunne tatt med barna mine på lekerom her og trent på dagen, men det blir bare tull, da tenker jeg mye på dem mens jeg trener. Og hvis de ser meg vil de til meg og da får jeg ikke trent. Når jeg går på kvelden, da glemmer jeg alt og bare trener og da blir jeg fornøyd med meg.”

En annen kvinne legger vekt på det å slappe av etter en treningsøkt og mindre vekt på det sosiale:

”På en ting er det viktig med kafé. For eksempel hvis man er ferdig med trening da man må ha litt slappe av før man går hjem. Hvis man bare bruker den for å prate og hele tiden, det blir mye, bare [et] kvarter, [eller en] halvtime det holder, bare til å hvile litt etter trening.”

En kvinne peker på behov for å ha noe å gjøre:

”.....Og jeg begynte å komme hit hver dag [etter språkkurset var over for dagen] jeg hadde mye tid til å komme her hver dag. Jeg måtte gjøre litt mer [før jeg gikk hjem etter språkkurset]. Her, [var] det litt forskjellig [ting å gjøre], forskjellig treninger og forskjellig personer og hvis du vil det er også noen tema [temadag/foredrag] du kan gå å høre på. Men hjemme, det er mye å gjøre der også, men det er samme, samme hver dag.”

Disse sitatene kan bidra til en fortolkning av en observert hendelse som gjentok seg flere ganger:

Feltnotat, 14.11.11

En ung kvinne har med seg en liten baby hun må passe på hele tiden. Det ser ikke ut til at hun får trent så mye. I kafè-området tilbyr en kvinne seg å passe på babyen så hun får trent litt på styrkerommet. Babyen begynner etter kort tid å gråte, hun må gi opp. Hun setter seg ned sammen med oss. Babyen får mye oppmerksomhet, mange spør om den o.s.v. Jeg finner ut litt om henne, blant annet at hun har sluttet på videregående skole og ikke kjenner mange som har små barn selv.

Feltnotat, 21.11.11

Jenta med babyen er tilbake igjen. Nå har jeg sett henne flere dager på rad i løpet av en hel uke, både på dagtid og kveldstid. Det utarter seg på samme måte, babyen vil ikke ligge stille å se på at mammaen trener. Med babyen kommer hun i alle fall lett i kontakt med andre, den tiltrekker seg oppmerksomhet. Hun kommer hit ofte i forhold til hvor mye hun egentlig får ut av treningen, syns jeg. Jeg prøvde å spørre henne om dette, hun svarte ikke så mye, bare at det ikke var noen som kunne passe babyen og at det var bedre å få gjort noe (vet ikke om hun mente at det var bedre å få trent litt i det hele tatt, eller om hun mente at det var bedre å få kommet seg litt ut). Det virket i alle fall ikke som om hun så på dette som like problematisk som det jeg gjorde.

Sett i sammenheng med to av de ovenstående sitatene, gir disse observerte hendelsene inntrykk av at kvinnenes hyppige og langvarige besøk muligens dreier seg om kjedsomhet eller ensomhet i dagliglivet. Mens det kan hende at kvinnen som skildres i det ovenstående feltnotatet bruker senteret som noe å fylle dagen med, forteller flere av de intervjuede kvinnene om hvilke anstrengelser de gjør for å finne tid til å dra på trening. Dette er to ulike måter som begge kan indikere at å besøke senteret er en meningsfull del av dagen for mange, uansett livstilstand. Eksempelet nedenfor skildrer en kvinnes anstrengelser:

”På morgningen på de dagene jeg skal på trening gjør jeg alt jeg skal gjøre hjemme først, fordi jeg skal på trening. Jeg kommer jo litt sein [hjem] ikke sant, så jeg lager mat og vasker klær og gjør som jeg skal gjøre, så ingen skal si” vet du hva, vi fikk ikke mat hjemme i dag eller sånn og sånn. (ler) Så kommer jeg på jobben, også går jeg rett fra jobben til trening. Så jeg

forbereder meg fordi jeg MÅ på trening, ingen skal si at ” du skal ikke på trening, du skal hjem eller vi trenger noe eller du må lage mat eller sånn og sånn, vaske klær eller sånt”.

Aktivitetens egenverdi

To kvinner nevner aktivitetens egenverdi i forhold til det å føle glede ved å trene:

”Jeg klarer å slappe av da [jeg er her] og jeg har det litt morsomt også, for jeg liker å danse, og spesielt Zumba er på en måte litt som afrikansk dans.¹ [Jeg synes] det er godt å trene og danse, ikke bare komme hjem og se på tv alene og ikke prate med noen. Men her får jeg møtt noen [istedenfor], det er mange jeg kjenner her.”

”Vi ler masse, f.eks vi trener masse sånn (viser og fniser) [bevegelser] på rumpa og sånn sexy sånne ting, og noen ganger blir man flau og føler [seg] dum og sånne greier, men alle prøver og gjør [det] samme så da blir det ikke farlig å prøve, vi ler og prater om det etterpå.”²

Andre utsagn handler i motsetning om å ta seg tid til seg selv eller å få en pause fra andre hverdagslige ting:

*”Det blir pause for meg [å komme hit] når jeg har ekstra mye å gjøre eller jeg bekymrer meg mye,for eksempel med eksamen eller med penger eller alt. ”
”Jeg blir sånn.....ja det blir liksom deilig å komme, jeg gleder meg. Det er liksom hver dag hvis jeg har planlagt at jeg skal trene, så blir det et mål for meg, jeg må rekke timen og sånne ting. Jeg har alltid dårlig tid, jeg kommer hjem og pakker sakene mine og bare løper til bussen for å rekke det”*

Og:

”....når jeg tenker [på] å komme hit, tenker jeg at jeg skal komme å bruke energi og le og sånn og sånn. [Og at jeg skal] bli et annet menneske uansett etterpå. Jeg har byttet alt, jeg blir veldig glad.”

En kvinne snakker om å oppleve treningen som et utløp for noe:

”Hvis man trener da blir man....., jeg snakker for meg, jeg blir veldig sliten og da [har] jeg glemt alt og jeg blir helt relaxed. Jeg merker forandring inne, på for eksempel, tenke på [tanker?] og på helse inne [psykisk helse?], men for at jeg skal slanke meg, det ser jeg ikke. Men på tenke, på humøret og på helse inne merker jeg veldig mye.

Hun utdyper hvordan:

¹ Kvinnen kommer fra et land på det afrikanske kontinentet. Muligens kan en kulturell tilknytning til det hun bare betegner som afrikansk dans, bidra til enda større aktivitetsglede.

² Kvinnen snakker om Zumba.

”For eksempel hvis du kanskje har familie her ikke sant, men vi for eksempel er [helt] alene. Det hjelper meg hvis jeg har godt humør og føler meg sterk inne. Det hjelper meg for å gi alt som jeg kan gi til barna mine. Fordi jeg har ikke foreldrene mine, kanskje du ikke har det sånn, men for meg, mamma og pappa er viktig for meg.Og de er ikke her og jeg kan ikke gå til dem for å prate eller sånt, bare sitte hjemme da blir jeg helt dårlig, ikke god humør og sånt.”

4.2.1 Felleskap og OAS

For mange kvinner ser det ut til at det sosiale og trivselskapende utbyttet de får gjennom treningen, er av like stor betydning som det fysiske utbyttet. Det er derfor ønskelig å diskutere kvinnenes deltakelse i fysisk aktivitet som en sosial aktivitet opp imot OAS.

Det å kunne møte andre kvinner og å videreutvikle eksisterende vennskap er noe som gjør aktiviteten meningsfull. Å utveksle kunnskap kvinnene imellom, ta del i læringssituasjoner og å kunne betro seg til andre er noen av de tingene som oppleves som betydningsfullt. En kvinne omtalte det å bli kjent med noen som kunne vise henne rundt i byen som viktig. Dette vil kunne kalles praktisk og informativ støtte. Da hun ikke var kjent i Oslo og ikke hadde arbeid, opplevde hun dette som nyttig i forhold til hennes fremtid. En kan anta at det å få seg en jobb vil ha stor betydning for kvinnens levekår og helse. Det er dermed mulig å hevde at den praktiske støtten hun beskriver kan komme til å ha en direkte effekt på hennes helse. Sosiale relasjoner og støttende nettverk med andre, kan ha en beskyttende effekt på helsen eller gi helsegevinst i det daglige (jf. Cohen & Syme, 1985). Eksempelvis kan sosiale nettverk både bidra med emosjonell, bekreftende, praktisk og informativ støtte.

Senteret oppleves blant annet som en møteplass hvor en kan dele gleder og sorger. På denne måten bidrar senteret til kvinnenes sosiale liv og kan være med på å gjøre livet mer håndterbart. I tillegg kan temadager, veiledning, brosjyrer og annen muntlig informasjon og hjelp som tilbys på senteret gjøre kunnskap mer forståelig og livet mer begripelig for kvinnene. Ansatte med flerspråklig kompetanse eller egne erfaringer som innvandrere- eller minoritetskvinner er en ressurs i denne sammenhengen. Trolig vil slik kompetanse og erfaring blant de ansatte kunne danne en unik forståelse for mange av medlemmenes situasjoner.

Svært mange av kvinnene som deltar på senteret bruker mye tid på de sosiale rammene rundt aktiviteten; eksempelvis ved å ha en treningsvenninne, å samtale med andre kjente og ukjente mens man trener eller ved å bruke kaféen før, underveis eller etter trening. Sosial støtte er en av ressursene som ser ut til å bli styrket gjennom deltakelse på senteret. I følge Hofoll (1989) har sosiale relasjoner og sosial støtte den egenskap å kunne fremme og styrke et positivt selvbilde, troen på mestring eller troen på at en skal klare å komme seg igjennom en belastende hendelse. Dette kan i stor grad knyttes til hvordan vi oppfatter verden og vår egen situasjon. Utifra teorien rundt sosial støttes effekt på helsen (jf. Cohen & Syme, 1985; Uchino, 2004) og hvordan Hofoll (1989) beskriver dens virkning på mentalt velvære, kan senteret som møteplass og de positive følgene deltakelse har for kvinnenes sosiale liv, se ut til å styrke *OAS* i tilværelsen. Et viktig poeng i denne sammenhengen er at retningen av årsak virkning i følge Volanen, Lahelma, Silventoninen og Souminen (2004) kan være motsatt; - sterk *OAS* kan bidra til å oppnå flere sosiale relasjoner.

Kvinnenes utsagn uttrykker på ulike måter hvordan aktiviteten og de sosiale rammene rundt skaper glede og gir krefter. På denne måten kan aktiviteten virke meningsfull. Det å bruke mye tid på treningssenteret, betød som tidligere nevnt nødvendigvis ikke at en trente målrettet og konstant under hele besøket. Ut ifra observasjonsnotater kan det se ut til at en del kvinner isteden benyttet senteret som et møtested eller noe å fylle fritiden med. I slike tilfeller kan en tenke seg at fysisk aktivitet fungerer som en måte å ha og å bygge sosiale relasjoner til andre, samt å motvirke ensomhet.

Flere av kvinnene fremstiller fysisk aktivitet som en viktig del av deres hverdag, eksempelvis som at treningen blir ”*et mål for meg den dagen*”. Dette kan ikke trekkes frem som spesielt for innvandrerkvinner, da dette trolig er holdninger som deles med store deler av den øvrige befolkningen, og som antageligvis handler mye om hvordan vi ønsker å fremstille oss selv. Men når enkelte kvinner forteller om hvilke anstrengelser og forberedelser de gjør i forbindelse med at de skal greie å komme på treningssenteret i tide, kan det tyde på at også de opplever ”ansvar i hjemmet”-barrieren jf. tidligere nevnte barrierer (Walseth & Fasting, 2004; Rowe og Champion, 2000). Kun en av kvinnene sa noe til ektemannen sin, som kunne tyde på at hun prioriterte sin egen trening fremfor ansvaret hjemme:

”Jeg sier ifra til mannen min, jeg spurte til ham ”unnskyld kan jeg gå også på trening i dag. Men jeg lager mat etter og kommer litt senere.” ”

OAS-komponenten meningsfullhet innebærer å se verdien av aktiv deltakelse og investering i de prosessene som former ens hverdag (Antonovsky, 1991, s. 119). Kvinnen som ytret sitatet sier hun ”*Jeg MÅ på trening*” og av den grunn anstrenger hun seg ekstra for å få tid til å trene. Trolig anser hun de anstrengelsene som må til som verdt investeringen. Hun ser altså verdien av å delta. Det er tenkelig at det er fordi kvinnene opplever aktivitetene og det å delta på senteret som meningsfullt at de lykkes med å bryte ”ansvar i hjemmet”-barrieren.

Enkelte kvinner snakket om glede forbundet med aktivitetens egenart, som noe som gjorde den meningsfull. Men i forhold til Strandbus (2004) studie av minoritetsjenters idrettsdeltakelse og andre presenterte studier (Rowe & Champion, 2000; Walseth & Fasting, 2004; Strandbu, 2005) kan innvandrerkvinnens medbestemmelse i forhold til valg av fysiske aktiviteter virke noe begrenset. Kvinnene kan komme til å velge aktiviteter, ikke fordi de virker meningsfulle, men kun fordi de er ”kulturelt trygge” som Guerin et. al. (2003) betegner det. En ”kulturelt trygg” aktivitet vil si at den foregår adskilt fra menn, uten innsyn fra menn og i sømmelige former (Guerin et. al., 2003). Som et eksempel på at valget om å delta muligens skyldes at tilretteleggingen av aktiviteten er ”kulturelt trygg”, kan en ta det at jenter så unge som ni år er med på enkelte av senterets aktiviteter. Det vil ikke være urimelig å hevde at de fleste ni-åringene som er fysisk aktive og holder på med en idrett, ikke gjør dette på et treningssenter. De uheldige konsekvensene av en så tidlig eksponering til kroppsfokus som det miljøet på et treningssenter kan være, kan også debatteres. Muligens holder ikke disse ni-åringene på med andre idretter og hadde vært lite fysisk aktive dersom de ikke kom til senteret i følge med mor eller søster som også skal trene. Det er usikkert om det er foreldrene som har bestemt at jentene skal gå på treningssenter fremfor at de til eksempel går på dans, kampsport eller andre idretter sammen med flere jevnaldrende på andre steder, eller om dette er noe de har valgt selv.

5. Avsluttende diskusjon og konklusjon

Studien tar for seg hvordan innvandrerkvinnens *opplevelse av sammenheng (OAS)* i tilværelsen kan påvirkes gjennom deltakelse i fysisk aktivitet, når den er organisert som en lavterskelaktivitet. I denne sammenhengen må fysisk aktivitet forstås som en sosial aktivitet, siden kvinnene også fremhever det sosiale utbyttet som betydningsfullt. Kvinnene i denne studien opplever den fysiske aktiviteten og de sosiale rammene tilknyttet dette, som fysisk, sosialt og kulturelt tilgjengelig for dem. Rundt aktivitetene er det dannet et støttende fellesskap som bidrar til utvidede sosiale nettverk. Fellesskapet påvirker hvordan de ordner og mestrer sin hverdag som innvandrere i Norge. De fysiske og sosiale aktivitetene på treningssenteret virker både begripelige, håndterbare og meningsfulle for kvinnene. Muligens kan opplevelsene og erfaringene kvinnene erverver gjennom deltakelse i fysisk lavterskelaktivitet påvirke hvordan de opplever og håndterer andre områder av livet.

Deltakelse i aktivitetene styrker og aktiviserer ressurser som språk, kunnskap, sosial støtte, selvtillit og engasjement. Slike ressurser kan bidra til at tilværelsen som innvandrerkvinn i Norge oppleves som mer begripelig og håndterbar. Ressurser som norsk språktrening og bedre norskferdigheter kan bidra til at kvinnene nyttiggjør seg og erverver andre viktige ressurser f.eks. gjennom utdanning og arbeid. Utdanning medbringer ikke bare yrkeskvalifikasjoner, men kan også bringe med seg kunnskap som er til nytte for å forstå og klare seg i samfunnet. Lønnet arbeid vil kunne føre til bedre økonomiske vilkår og levekår, som også må ansees som nødvendige ressurser i forhold til *OAS*. Utdanningsinstitusjoner og arbeidsplasser er viktige arenaer for å utvide sosiale nettverk og for å øke sosial kapital, dette kan fremme *OAS* ytterligere.

Senteret er et sted hvor kvinnene kan få informasjon om temaer på sitt morsmål og hvor de kan praktisere dette språket med hverandre. Det at de kan snakke med hverandre på morsmålet sitt viser seg å føre til større samhandling mellom kvinnene. Trolig er dette en av faktorene som styrker fellesskapsfølelsen på senteret. I tillegg er dette viktig i forbindelse med å kunne formidle sine behov på en adekvat måte, og for å fullstendig kunne forstå og tilegne seg viktig informasjon og kunnskap. Ressurser som språk og kunnskap, eksempelvis om helse, kan styrke kvinnenens evner til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon. Dette er viktig for å fremme og ivareta god helse. Da kvinner ofte har viktige omsorgsroller, kan dette også være av

betydning for deres families helse. En kvinne mente at det å få informasjon på eget morsmål kunne føre til at helseproblemer ble tatt mer alvorlig, og at det ville ha større effekt.

Den sosiale støtten som eksisterer imellom kvinnene og mellom medlemmer og ansatte, er en ressurs som bidrar til at de i større grad kan formidle kunnskap seg i mellom, men det er også en viktig faktor for å styrke språkkunnskaper. Sosial støtte kan generere økt selvtillit og mestringstro, dette vil kunne styrke kvinnenenes forutsetninger for å delta aktivt i de prosessene som former deres fremtid.

Da *OAS*-konseptet har vist seg å være mindre avgrenset til bestemte kulturer enn tidligere antatt (jf. Antonovsky, 1991), kan konseptet være nyttig i en innvandringskontekst (jf. Berg, 2012). I tillegg er *OAS* sannsynligvis en egenskap som kan endres og utvikles i løpet av livet, eksempelvis ved store og forandrende hendelser som det en migrasjonsprosess er (jf. Lindstöm & Ekiksson, 2006a). Tatt i betraktning av slik kunnskap, kan fysisk aktivitet organisert slik det beskrives i denne studien, være medvirkende i forhold til positive faktorer i forbindelse innvandrerkvinnens opplevelse av tilværelsen.

5.1 Fysisk aktivitet som et pusterom

Aktivitetene på senteret bidrar til en subjektiv følelse av velvære. Enkelte kvinner snakket om å glemme alt og at aktiviteten nærmest er et pusterom for dem. I likhet med hvordan Gadamer (2010, s. 97-101) omtaler spill eller lek som at ”Spillets orden lar den spillende nærmest gå opp i spillet” ved å ”trollbinde den som spiller slik at en nærmest glemmer det som ikke er relevant for spillet”, kan en si at det for enkelte av denne studiens kvinner utarter seg på liknende måte i forbindelse med fysisk aktivitet. I likhet med spill og lek virket fysisk aktivitet for enkelte av kvinnene altoppslukende og trakk oppmerksomheten bort fra negative tanker og følelser. Et besøk på senteret gir en følelse av å ”Bytte alt” og ”bli et annet menneske” slik som en informant betegner det.

Det er noe ved aktivitetene som bidrar til å styrke positive følelser hos kvinnene og som bidrar til at aktivitetene utgjør et pusterom i hverdagen. Ut ifra informantenes uttalelser kan dette ”noe” være glede over å være i aktivitet eller å være sammen med andre, det å knytte betydningsfulle relasjoner til andre, læringsmuligheter og følelser av mestring. Antonovsky (1991) fremhever at *OAS* er en total orientering hvor en opplever at alle aspektene ved livet virker begripelige, håndterbare og meningsfulle. *OAS* kan derfor ikke knyttes til et område eller kun til en enkelt

aktivitet eller hendelse i livet. Deltakelse i aktiviteter på senteret utgjør et slikt begrenset område av livet. Dersom ei kvinne har en svak *OAS* på andre områder i tilværelsen, vil trolig ikke de positive faktorene som oppleves gjennom deltakelse i aktivitetene på senteret kunne endre hennes totale oppfattelse og syn på livet. Allikevel opplever flere av studiens kvinner aktivitetene som et sted som både gir glede og fornøyelse. Dette skyldes blant annet gleden ved aktivitetenes egenart og at deltakelse innebærer å glemme andre negative ting og tanker. I tillegg bidrar deltakelse til mestringsfølelse blant enkelte av kvinnene, de snakket om å få til de aktivitetene som de ville og det å klare å få til en sunn livsstil. Dernest var det å opprettholde og danne sosiale relasjoner et aspekt mange kvinner trakk frem som positivt.

I følge Løndal (2010) kan et slikt pusterom hvor en opplever håndterbarhet og delaktighet i å forme de situasjonene som utgjør ens hverdag, gi mening til livet selv om andre områder av livet ikke virker like begripelige og håndterbare. For enkelte av studiens kvinner var hverdagen preget av bekymringer for etterlatte i hjemlandet, og påkjenningene av å være alene i et ukjent land virket belastende. For disse kvinnene var aktivitetene de deltok i på senteret et område av livet hvor de opplevde glede, mestring og håndterbarhet. Et slikt fristed som senteret ser ut til å være, styrker flere av de generelle motstandsressursene, og er et pusterom som gir mening til livet og som muligens kan være med på å fremme *OAS* i tilværelsen.

Det kan også være snakk om å bruke aktivitetene på senteret mer som et middel, eksempelvis som et mestringsverktøy for å takle påkjenninger. På denne måten kan aktivitetene bidra til å gjøre andre områder av livet mer håndterbare. For informanten som uttalte at aktivitetene ga henne en følelse av å ”Bytte alt” og ”bli et annet menneske” var det livet uten nær familie i landet og det å være alene med små barn som utgjorde påkjenningene. Kvinnen mente det var et styrket sinn og bedre humør, som var ervervet gjennom fysisk aktivitet, som bidro til at hun taklet påkjenningene og orket å ta vare på barna sine. Den fysiske aktiviteten og den sosiale støtten hun opplevde på senteret styrket hennes opplevelse av håndterbarhet i tilværelsen.

5.2 Et annerledes treningssenter

Dersom en ser aktivitetene som kvinnene deltar i på senteret som et fristed eller et pusterom, er det nærliggende å tenke at aktivitetene bidrar til å fremme en annen form for helse enn kun fysisk helse. Eksempelvis påpeker en informant at ”*Jeg merker forandring inne, på for eksempel, tenke på [tanker?] og på helse inne [psykisk helse?], men for at jeg skal slanke meg, det ser jeg ikke*”. Denne formen for helse kan til eksempel knyttes til opplevelse av å ha et styrket sinn,

egenkraft og mestringskompetanse. Helseutbyttet er nettopp det at hun opplever at livet og de handlingene hun gjør gir mening. Det eksisterer en tro på at de handlingene og valgene hun foretar seg vil kunne påvirke utfallet av hennes livssituasjon i positiv retning.

Helseutbyttet kan også knyttes til fellesskapet og de sosiale rammene rundt aktivitetene. Studien har vist at svært mange av kvinnene bruker mye av sin fritid på senteret og at besøkene ofte varer lenge. Det ser ut til at de sosiale aktivitetene, som å sitte i kafé-området, har en like stor plass som de fysiske aktivitetene i løpet av et besøk. Til eksempel besøkte en ung kvinne senteret daglig, men fikk trent svært lite da babyen hennes krevde mye tilsyn. Selv om hun innimellom forsøkte å trene, ble mye av tiden heller brukt i kafé-området, hvor både hun og babyen fikk mye oppmerksomhet. Selv om hun ikke fikk trent forsatte kvinnen å komme daglig, og babyen var stadig med.

Til sammenlikning er det vanligvis ikke fellesskapet med andre medlemmer og hyggen rundt et besøk som markedsføres når en på gata og i medier ser andre i treningscenterbransjens reklamer. Ofte handler reklamenes budskap om å ”ta utfordringen”, ”at det ikke er for sent å begynne”, treningsglede og effektivitet. Sannsynligvis har nettopp det å spille på menneskers drømmer, ønsker og følelser en kraftig innvirkning på motivasjon, mens en reklamekampanje orientert rundt eksempelvis fellesskapsfølelse trolig vil appellere til et smalere publikum.

En kvalitativ studie utført av Steen-Johnsen (2004) har undersøkt fellesskap og tilhørighet blant medlemmer i to organisasjoner som tilbyr mosjonstrening for voksne. Steen-Johnsen (2004) trekker frem at det er forskjeller på treningssentre. Organisasjonene var treningssenterkjeden Elixia og en turn- og mosjonsgruppe i et idrettslag (ibid.). Mosjonistene i Steen-Johnsens (2004) studie er opptatt av at trening skal være effektivt og at en på kortest mulig tid skal oppnå et fysisk utbytte. Sammenliknet med andre treningssenterkjeder er det fysiske aktivitetstilbudet på det helsekvalifiserende senteret hvor denne studien er gjennomført, tilnærmet like. Begge har gruppetimer og styrke- og kondisjonsapparater. Dette er det nok heller momenter som intensitet, koreografi og pris som gjør det helsekvalifiserende senteret til et lavterskeltilbud.

Å bruke unødig tid på å ”somle rundt” på treningssenteret når en er der, slik som det kan se ut til at mange av denne studiens kvinner gjør, vil ikke samsvare med ønsket om effektivitet blant mosjonistene i Steen-Johnsens (2004) studie. I motsetning beskriver mange av denne studiens kvinner treningen som et sted hvor de tar seg god tid, tar en pause fra hverdagen eller henter krefter. Det er dette de opplever at er den helsefremmende effekten og som gir aktiviteten

mening. Jmfør Steen-Johnsens (2004) studie kan det se ut til at mange har en formening om at trening ikke skal ta så mye tid, og at det er noe man klemmer inn mellom tiden man bruker på arbeid og familie. Naturligvis opplever mange av denne studiens kvinner også tidsklemmer og har et ønske om å holde kroppen frisk, men resonnementet rundt trening virker annerledes. For disse kvinnene gir treningen noe mer enn en fysisk velfungerende eller smekker kropp, trening er ikke bare noe en gjør fordi en har en plikt til å holde kroppen i form. Meningen med å gå på trening har en annerledes fremtreden for kvinnene i denne studien. I motsetning gir kvinnenes besøk på senteret en annen og mer subjektiv form for helse og velvære, enn det forbedrede fysiske prestasjoner, hofteliv-ratio og vekt eksempelvis er.

Selv om alle de tre *OAS*-komponentene i sin helhet er det som utgjør *OAS*, hevder Antonovsky (1991) at opplevelsen av meningsfullhet er en forutsetning for å gjøre tilværelsen begripelig og håndterbar. Ettersom aktivitetene på senteret ser ut til å gjøre tilværelsen meningsfull for kvinnene, for eksempel ved at de orker mer i det daglige, oppnår flere muligheter for utdanning og arbeid, mestrer omsorgen for sine barn og har et støttende nettverk, styrker dette kvinnenes forutsetning for begripelighet og håndterbarhet. Derfor kan fysisk aktivitet, organisert som en lavterskelaktivitet og de sosiale rammene rundt dette bidra til å styrke og aktivisere *generelle motstandsressurser* og fremme *OAS* i innvandrerkvinnenes tilværelse.

5.3 Funnenes betydning i et folkehelseperspektiv

Migrasjonsprosessens betydning for OAS

Som tidligere nevnt kan migrasjonsprosessen og tilpasningen til nye omgivelser være en belastende opplevelse (jf. Kumar & Viken, 2010). Det har blitt pekt på hvordan dette kan påvirke helsen (jf. Kumar et al., 2008). I tillegg er sammenhengen mellom sosial posisjon og helse veldokumentert (jf. Rognerud et al., 2007). Dernest vet en at ”mennesker med innvandrerbakgrunn er overrepresentert i lavere sosiale lag i Norge” (Helsedirektoratet, 2009). Enkelte av denne studiens informanter har gitt uttrykk for at den første tiden etter at de kom til Norge var preget av ensomhet og isolasjon, eller at det å være alene i landet uten familie og med et begrenset sosialt nettverk er spesielt belastende. I tillegg er bekymringer og dårlig samvittighet ovenfor etterlatte i hjemlandet et tema enkelte tok opp.

I et salutogent perspektiv er forutsetningene for å oppnå *OAS* i tilværelsen og en god helse at en har nok tilgjengelige motstandsressurser og evnen til å nyttiggjøre seg dem. Dette kan gi et

inntrykk av at god helse kun er noe som tilhører de med god økonomi, høy utdanning, sosial støtte og som er sosialt integrerte. Men Antonovsky (1991) hevder at ansvaret for å fremme mestring og *OAS* i befolkningen ligger hos samfunnet og det er samfunnet som må legge tilrette for at motstandsressurser skal aktiviseres.

Selv om en ikke kan gå ut ifra at majoriteten av innvandrere har en lav *OAS*, kan utgangspunktet for en migrasjon nettopp være det at motstandsressursene ser ut til å være mer tilgjengelige i det landet man innvandrer til sammenliknet med opprinnelseslandet. Eksempelvis kan vertslandet by på flere muligheter og valg i forhold til utdanning og arbeid, religionsfrihet, politisk frihet, et mer likestilt samfunn og muligens også tryggere økonomiske betingelser. Et land som Norge ser ut til å ha mange av de materielle motstandsressursene tilgjengelige (SSB, 2011b). Det tas sikte på å fremme den enkeltes økonomiske ressurser gjennom eksempelvis obligatorisk språkopplæring og arbeidskvalifiserende kurs. I tillegg vil velferdssamfunnet forsøke å fordele de økonomiske ressursene. På denne måten og ved andre politiske føringer forsøker samfunnet å aktivisere motstandsressurser hos den enkelte. Det vil være avgjørende at myndigheter benytter en salutogen tilnærming ovenfor ulike helseproblemer, ikke bare i politiske føringer for helsetjenesten, men også i helsetjenestens orientering og strukturering.

I tillegg til det fysiologiske helseaspektet ved fysisk aktivitet og idrett, viser studien at slike aktiviteter har en egenskap av å være noe mer enn seg selv verdt. Det er en arena hvor sosiale relasjoner både mellom innvandrere med lik og ulik etnisk bakgrunn og den etnisk norske majoritetsbefolkningen kan skapes og utvikles. Deltakelse styrker ressurser som vil kunne bidra til større integrasjon, mer sosial kapital og større forutsetninger for å kunne skape og ivareta god helse.

Studiens funn antas å være nyttige i forhold til å tilrettelegge andre typer aktiviteter og kompetansebyggende tiltak for denne målgruppen, eksempelvis i forbindelse med introduksjonskurs for flyktninger, arbeidskvalifiserende tjenester, svangerskapsgrupper, kosthold og formidling av andre typer helseinformasjon på helsestasjoner eller liknende.

Det å fremme en sunn livsstil og *opplevelse av sammenheng (OAS)* i tilværelsen, samt å øke innvandrerkvinnens forutsetninger til å kunne få tilgang, forstå og anvende helseinformasjon, for så å kunne fremme og ivareta sin egen helse, kan bidra til å påvirke de sosiale helsedeterminantene som er med på å gjøre innvandrerkvinner til ei sårbar gruppe i det norske

samfunnet. Muligens kan dette være med på å utjevne helseforskjellene og de sosiale forskjellene i fremtidens samfunn.

Litteraturliste

- Andersson, A. (2007). *Innvandrarkvinnors liv i Börlange och Gemensamma Karfters betydelse för kvinnorna. Masteroppgave*. [Online] Retrieved 12.03.2012 from Karlstads Universitet: <http://kau.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:5406>
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Antonovsky, A. (1986). The development of a Sense of Coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126 , pp. 312-225.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2007). *Handlingsplan for integrering og inkludering av innvanderbefolkningen – stryket innsats 2008. Mål for inkludering. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2007-2008). Statsbudsjettet 2008*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy in Human Agency. *American Psychologist*, 37 (2), pp. 122- 147.
- Bø, I., & Schiefloe, P. M. (2007). *Sosialt landskap og sosial kapital: innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, B., & Sveaass, N. (2005). «Det hainnle om å leve...» Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. Oslo: SINTEF Teknologi og Samfunn.
- Berg, J. E. (2012). The Psychology of Immigration, Relief or a Burden? Immigrant Need and Use of Psychiatric Care. In L. Labate (Ed.), *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control* (pp. 23-36). [Online] InTech, Retrieved 12.03.2012 from: <http://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-understanding-prediction-and-control/the-psychology-of-immigration-relief-or-a-burden-immigrant-need-and-use-of-psychiatric-care>.
- Blom, S. (2010). *Sosiale forskjeller i innvanderes helse. SSB Rapport 47/2010*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Brekke, M. (2005). *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Byberg, I. H. (2002). *Innvandrerkvinner i Norge. Demografi, utdanning, arbeid og inntekt. SSB Rapport 21/2002*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Chrysochoou, X. (2004). *Cultural Diversity. It's Social Psychology*. Malden: Blackwell Publishing.
- Cobb, S. (1976). Social Support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* (38), pp. 300-314.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social Support and health*. New York: Academic Press.
- Dalgaard, O. S., Thapa, S. B., Hauff, E., McCubbin, M., & Syed, H. R. (2006). Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47 (6), pp. 551-558.
- DeKnop, P., Theeboom, M., Wittock, H., & DeMartelaer, K. (1996). Implications of Islam on Muslim girls' sport participation in western Europe: Literature review and policy recommendations for sport promotion. *Sport, Education and Society* (1), pp. 147-164.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. [Online]. Retrieved 09.09.2011 from Forskningsetiske komiteer: <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* (59), pp. 460-466.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende Observasjon*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Fox, K. R. (2000). Self esteem, self-perception and exercise . *International Journal of Sports Psychology* (31), pp. 228-240.
- Fuglseth, K. (2006). Horisontsamansmelting som metode. In M. Brekke, *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse* (pp. 141-156). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og Metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk. (Oversatt av Lars Holm-Hansen)*. Oslo: Pax.
- Ghazizadeh, M. (1992). Islamic health sciences: A model for health education and promotion. *Journal of Health Education* (23), pp. 227-231.
- Glenday, K., Kumar, B. N., Tverdal, A., & Meyer, H. E. (2006). Cardiovascular disease risk factors among five major ethnic groups in Oslo, Norway: The Oslo Immigrant Health Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 13 (3), pp. 348-355.
- Guerin, P. B., Diiriye, R. O., Corrigan, C., & Guerin, B. (2003). Physical Activity Programs for Refugee Somali Women: Working Out in a New Country. *Women & Health* (38)1 , pp. 83-99.
- Hauff, E., & Vaglum, P. (1997). Establishing Social Contact in Exile: a Prospective Community Cohort Study of Vietnamese Refugees in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32 (7), pp. 408-415.
- Helsedepartementet. (2003). *St.meld.nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedirektoratet. (2009). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i*

- helse. IS-1229*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforum for kvinner (u.å.) Helseforum for kvinner. Egeninnsats – Fellesskap. [Online]. Retrieved 17.04.2012 from <http://www.helseforumforkvinner.no>
- Hendrikson, J., & Sundberg, C. J. (2009). Generelle effekter av fysisk aktivitet. In R. Bahr, *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Rapport: IS-1592* (pp. 8-36). Oslo: Helsedirektoratet.
- Henriksen, K. (2010). *Levekår og kjønnsforskjeller blant innvandrere fra ti land. Rapport: 2010:6*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Hjellset, V. T., Bjorge, B. R., Eriksen, H., & Hostmark, A. (2011). Risk Factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Immigrants: The InvaDiab-DEPLAN Study on Pakistani Immigrant Women Living in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health, 13* (1), pp. 101-110.
- Hofoll, S.E. (1989). Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist, 44* (3), pp.513-524.
- Hovdenak, S. S. (2006). Tekstanalyse i diskursanalytisk og hermeneutisk perspektiv. In M. Brekke, *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse* (pp. 73-85). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jenum, A. K., Holme, I., Graff-Iversen, S., & Birkeland, K. I. (2005). Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. *Diabetologia, 48* (3), pp. 435-439.
- Karaba, A. J. (2012). *Sense of coherense and quality of life among adult immigrant population in Hedemark and Oppland counties in Norway. A quantitative cross-sectional study. Masteroppgave. Elverum, Høgskolen I Hedemark*. [Online] Retrieved 05.03.2012 from Høgskolen i Hedemark: <http://www.hihm.no/>
- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J., Nurmi, J-E. (2000). Sense og coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science & Medicine, 50*(4), s. 583-597.
- Klepp, K.-I. (2009). *Dokumenterte effekter av lavterskeltilbud for endring av levevaner* [Online]. Retrieved 20.09.2011 from Helsebiblioteket.: <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helserådet/2009/Nr.+4-09/Dokumenterte+effekter+av+lavterskeltiltak+for+endring+av+levevaner.30865.cms>
- Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kumar, B. N., & Viken, B. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kumar, B. N., Grøtvedt, L., Mayer, H. E., Søgaard, A. J., & Strand, B. H. (2008). *The Oslo Immigrant Health Profile Rapport: 2008:7*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindencrona, F., Ekblad, S. & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social Psychiatry and Psychologic Epidemiology, 43*, pp. 121-131.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006a). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International* (21)3 , pp. 238- 244.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006b). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* (60), pp. 376-381.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health* (59), pp. 440-442.
- Lorentzen, C. A., Ommundsen, Y., Jenum, A. K., & Holme, I. (2009). *The "Romsås in Motion" Community Intervention: meditating effects of psychosocial factors om forward transition in the stages of change in physical activity*. [Online] Retrieved 13.03.2012 from Norges idrettshøyskole: http://brage.bibsys.no/nih/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_12374
- Lorentzen, C., Ommundsen, Y., Jenum, A. K., & Ødegaard, A. K. (2005). *MoRo "Mosjon på Romsås"- en intervensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk befolkning i Oslo øst Erfaringer og resultater fra MoRo-prosjektet*. [Online] Retrieved 03.03.2012 from Folkehelseinstituttet: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5670:0:15,1870:1:0:0:::0:0&MainLeft_5631=5757:55295::1:5641:1:::0:0
- Løndal, K. (2010). Children's Lived Experience and their Sense of Coherence: Bodily Play in a Norwegian After-school Programme. *Child Care in Practice , 16* (4), ss. 319-407.
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Meadows, M. L., Thurston, W. E., & Melton, C. (2001). Immigrant women's health. *Social Science & Medicine, 52*, pp. 1451-1458.
- Misra, A., & Ganda, O. P. (2007). Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition, 23* (9), pp. 696-708.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Foundations for Health Promotion* (2 ed.). London: Elsevier.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International* 2000; 15(3), pp. 259-267.
- Nåden, D., & Braute, E. (1992). *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming – i sjukepleieforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rassool, G. H. (2000). The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of Advanced Nursing* 32 (6), pp. 1476-1484.
- Rognerud, M., Strand, B. H., & Næss, Ø. (2007). *Sosial ulikhet i helse: en faktarapport. Rapport: 2007:1*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Rowe, N., & Champion, R. (2000). *Sports Participation and Ethnicity in England*. [Online] Retrieved 14.03.2012 from <http://www.sportengland.org/search.aspx?query=sport+participation+ethnicity>
- Seippel, Ø. (2006). The Meanings of Sport: Fun, Health, Beauty og Community? *Sport in Society*, 9 (1), pp. 51-70.
- Seippel, Ø., Strandbu, Å., & Sletten, M. A. (2011). *Ungdom og trening. Endring over tid og sosiale skillelinjer. Rapport nr. 3/2011*. Oslo: Norsk instiutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Smith, P M., Breslin, C F., Beaton, D E. (2003). Questioning the stability of coherence. The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), s. 475-484.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2000). *Fysisk aktivitet og helse. Anbefalinger. Rapport 2/2000*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Spilker, R. S., Indseth, T., & Aambø, A. (2009). *Tilstandsrapport: Minoritetshelsefeltet i Norge*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI).
- Statistisk Sentralbyrå. (2011a). *Innvandring og innvandrere*. [Online] Retrieved 03.04.2012 from Statistisk Sentralbyrå: <http://www.ssb.no/innvandring/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2011b). *Norges nasjonalregnskap*. [Online] Retrieved 03.04.2012 from <http://www.ssb.no/regnskap/>
- Statistisk sentralbyrå. (2008). *Ny innvandrerguppering*. [Online] Retrieved 12.04.2012 from <http://www.ssb.no/vis/vis/omssb/1gangspubl/art-2008-10-14-01.html>
- Steen-Johnsen, K. (2004). *Individualised Communities. Keep-fit exercise organisations and the creation of social bonds. Doktorgradsavhandling*. Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Strandbu, Å. (2004). *Idrettsdeltakelse blant unge jenter med innvandrerbakgrunn*. [Online] Retrieved 06.03.2012 from Idrottsforum: <http://www.idrottsforum.org>
- Strandbu, Å. (2005). Identity, embodied culture and physical exercise. Stories from Muslim girls in Oslo with immigrant backgrounds. *Young*, 13 (1), pp. 27-45.
- Suominen, S. B., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (1999). Sence of coherence and health – does the assosialtion depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. *Psychology & Health*, 14 , pp. 937- 948.
- Søholt, S., & Astrup, K. (2009). *Etniske minoriteter og forskjellsbehandling i leiemarkedet. NIBR-rapport 2009:2*. Oslo: Norsk Institutt for by-og regionsforskning.
- Tesfamariam, M. (2010). *Salutogenic Perspective and It's Contribution to Improve the Care of Orphans in Eritrea. Masteroppgave*. [Online] Retrieved 06.03.2012 from Umeå universitet: <http://umu.diva-portal.org/smash/searchad.jsf>
- Trondstad, K. R. (2010). *Mangfold og likestilling i arbeidslivet. Holdninger og erfaring blant arbeidsgivere og tillitsvalgte. Fafo-rapport 2010:39*. Oslo: Fafo Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning.
- Tsai, J. L., Ying, Y.-W., & Lee, P. A. (2000). Cultural orientation and racial discrimination: Predictors of coherence in Chinese American young adults. *Journal of community psychology*, 28 (4), pp. 427– 442.
- Uchino, B. N. (2004). *Social Support & Physical Health. Understanding the Health Consequences of Relationships*. New Haven: Yale University Press.
- Ulstein, J. O. (2006). Tolkning av autorative tekstar - nokre kryssande perspektiv. In M. Brekke, *Å begripe teksten. Omgrep og begrep i tekstanalyse* (pp. 107-140). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- United Nations Development Program (UNDP). (2011). *Human Development Report 2011. Sustainability an Equity: A Better Future for All*. New York: UNDP/ Palgrave Macmillian.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience. Human science for an action sessitive pedagogy*. London, Ontario: The Althouse Press.
- Volanen, S-M., Lahelma, E., Silventoninen, K. & Souminen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European Journal of Public Health*, 14 (3), pp. 322-330.
- Wadel, C. (1991). *Fetarbeid i egen kultur* (6 ed.). Flekkefjord: SEEK.
- Walseth, K. (2004). *En problematisering av idretten som arena for integrasjon av etniske minoriteter*. Retrieved 14.03.2012 from Idrottsforum: idrottsforum.org
- Walseth, K. (2008). Bridging and bonding social capital in sport-experiences of young women with immigrant background. *Sport, Education and Society*, (13)1, pp.1-17.
- Walseth, K., & Fasting, K. (2004). Sport as a Means of Integrating Minority Women. *Sport in Society: Cultures, Commerce, Media, Politics* (7)1, pp. 109-129.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health*

Promotion Ottawa, 21 November 1986. [Online] Retrieved 04.04.2012 from World Health Organization:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Vedlegg

- Vedlegg 1. Forespørsel om tillatelse til å foreta datainnsamling
- Vedlegg 2. Meldeskjema Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste
- Vedlegg 3. Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger
- Vedlegg 4. Forespørsel om fremleggelsesplikt masteroppgave-prosjekt?
- Vedlegg 5. Tilbakemelding på forespørsel om fremleggelsesplikt REK
- Vedlegg 6. Informasjonsskriv til informanter
- Vedlegg 7. Samtykkeerklæring
- Vedlegg 8. Intervjuguide

Vedlegg 1. Forespørsel om tillatelse til å foreta datainnsamling

Ingunn Grasto Wickmann
Norderhovgata 9 B
0654, Oslo

Helseforum for kvinner
v/ XXXX og XXXX,
XXXX
XXXX Oslo

Oslo, 14.10.11

FORESPØRSEL OM DATAINNSAMLING I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE

Jeg er student ved masterstudiet i Folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap. Masterstudiet har et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Studiet er tverrfaglig med kunnskapsgrunnlag hentet fra helse-, natur- og miljøvitenskap, samfunnsvitenskap og humanvitenskap. Jeg er nå i gang med avsluttende masteroppgave.

Masteroppgavens foreløpige tittel er: Sosial støtte og fysisk aktivitet

Problemstillingen som ligger til grunn for denne studien er:

Hvilken betydning har deltakelse i mosjonsgrupper for minoritetskvinnens opplevelse av sosial støtte?

I forbindelse med masteroppgaven ønsker jeg å gjennomføre deltagende observasjon og intervjuer med ca. 5-6 minoritetskvinner, alle medlemmer på Helseforum for kvinner. Datamaterialet som innhentes vil inngå i studien. Datainnsamling vil foregå i november/desember 2011. Jeg ønsker med denne henvendelsen å be om skriftlig godkjenning til å benytte brukere av Helseforum for kvinner som informanter i studien.

Kvinnene må ha deltatt på aktiviteter på Helseforum for kvinner i mer enn 6 mnd. Hensikten med studien er å forsøke å belyse kvinnens perspektiv på deltakelse i fysisk aktivitet, både som en helsefremmende og sosialiserende aktivitet.

Funn og fortolkninger i denne oppgaven skal diskuteres i lys av teorier om sosiale nettverk og sosial støtte i forhold til helse, samt empowerment-prinsippene (mestringskompetanse og selvhjelp, egenkraft, medvirkning).

Målet med studien er å frembringe ny viten om hvilke fordeler og muligheter som finnes i det arbeidet som gjøres ved Helseforum for kvinner. Ny viten vil også kunne gi et bedre beslutningsgrunnlag for viktige avgjørelser som berører minoritetskvinnens situasjon i Norge, samt bidra til økt forståelse mellom landets ulike befolkningsgrupper. Deltakelsen vil være frivillig og dataene som fremkommer vil bli behandlet konfidensielt i tråd med etiske retningslinjer for anonymisering av data. Deltakere vil når som helst kunne trekke seg fra studien, uten å begrunne dette nærmere.

Organisasjonens navn og dens ansatte vil også holdes anonymt når oppgaven leveres. Søknad er sendt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og denne skal godkjennes før rekrutteringen av deltakere starter.

Ta gjerne kontakt med meg dersom det er ønskelig med ytterligere informasjon eller å

se over spørsmålene i intervjuundersøkelsen. Du kan også kontakte min veileder, Kristin Walseth ved Høgskolen i Oslo og Akershus på e-post kristin.walseth@hioa.no

Jeg håper på et positivt skriftlig svar på henvendelsen. På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Ingunn Grasto Wickmann

Tlf.nr./e-post: 98098571/ingunn.wickmann@student.umb.no



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.1) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Minoritetskvinner, sosial støtte og fysisk aktivitet	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Oslo og Akershus	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom din institusjon ikke finnes på listen, ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Fakultet for lærerutdanning	
Institutt		
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder)		
Fornavn	Kristin	Før opp navn på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. For studentprosjekt er daglig ansvarlig vanligvis veileder.
Etternavn	Walseth	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har eksterne veileder, kan biveileder eller fagansvarlig stå som daglig ansvarlig.
Stilling	førsteamanuensis	
Arbeidssted	Høgskolen i Oslo Og Akershus, LUI	Arbeidssted må være i tilknytning til behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Adresse (arb.sted)	Postboks 4, St.Olavs plass	
Postnr/sted (arb.sted)	0130 Oslo	NB! All korrespondanse går via e-post. Det er derfor viktig at du oppgir korrekt e-postadresse. Det bør være en adresse som du bruker aktivt over tid. Husk å gi beskjed dersom den endres.
Telefon/mobil (arb.sted)	97656556 / 97656556	
E-post	kristin.walseth@hioa.no	
4. Student		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	
Fornavn	Ingunn	NB! All korrespondanse går via e-post. Det er derfor viktig at du oppgir en korrekt e-postadresse. Det bør videre være en adresse du bruker aktivt over tid. Husk å gi beskjed dersom den endres.
Etternavn	Grasto Wickmann	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Norderhovgata 9B	
Postnr/sted (privatadresse)	0654 Oslo	
Telefon/mobil	98098571 / 98098571	
E-post	ingunn.wickmann@student.umb.no	
5. Formålet med prosjektet		
Prosjektets formål	<p>Prosjektets hensikt er å oppnå dypere forståelse av hvordan deltakelse i fysisk aktivitet kan bidra til økt opplevelse av sosial støtte blant minoritetskvinner. Med en kvalitativ tilnærming, forankret i fenomenologien, ønsker jeg å få innblikk i utvalgets livsverden og å se utvalgets perspektiver på betydningen fysisk aktivitet har som en arena for fremming av sosial støtte.</p> <p>Forskningsspørsmålet som ligger til grunn for studien er: Hvilken betydning har deltakelse i mosjonsgrupper for minoritetskvinnens opplevelse av sosial støtte?</p> <p>Masterutdanningen prosjektet gjøres i forbindelse med et samarbeid mellom UMB, hvor jeg er student, og HIOA. Jeg har derfor faglig veileder for masteroppgaven ved HIOA.</p>	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p> <p>Maks 750 tegn.</p>
6. Prosjektomfang		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonal multisenterstudie ○ Internasjonal multisenterstudie 	<p>Med multisenterstudier forstås her forskningsprosjekter som gjennomføres ved flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor det utveksles/deles personopplysninger mellom deltakende institusjoner.</p> <p>Les mer om hva personopplysninger er</p>
Oppgi øvrige institusjoner		
Hvordan foregår samarbeidet mellom institusjonene? Hvem har tilgang til personopplysninger og hvordan reguleres tilgangen?		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Beskrivelse av utvalget	Utvalget vil bestå av innvandrerkvinner som deltar i fysisk aktivitet på et helsekvalifiserende senter. Utvalget bør ha kort botid i Norge.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F. eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Utvelgelse av informanter vil foregå ved strategisk utvelgelse. Studenten (jeg) vil selv stå for denne utvelgelsen.	Beskriv hvordan utvalget trekkes/rekrutteres. Utvalget kan trekkes fra registre, f. eks. folkeregisteret, NAV, pasientregistre, eller rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk. Oppgi hvem som foretar trekkingen/rekrutteringen.
Førstegangskontakt	Etter å ha fått innvilget tillatelse til å foreta rekruttering av informanter fra det helsekvalifiserende senteret, vil jeg selv stå for førstegangskontakt med utvalget. I forbindelse med igangsetting av deltagende observasjon vil jeg sette opp info-skriv/plakat på oppslagstavle på senteret og selv gi muntlig informasjon til deltagere i forbindelse med treningsøkter. Dersom det av utfordringer med språk skulle være uklart om de som eventuelt vil bli gjenstand for forskningen har fått tilstrekkelig og forståelig informasjon om følger av å delta, frivillig deltagelse og prosjektets hensikt, vil en av senterets ansatte med samme morsmål bistå med ytterligere informasjon. I forbindelse med kvalitative intervjuer vil jeg stå for førstegangskontakten med eventuelle informanter. Også her vil ansatte kunne bistå med informasjon på andre språk dersom nødvendig.	Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget og beskriv hvordan den opprettes. Les mer om førstegangskontakt
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	Forskningsintervju: 6 stk. Deltagende observasjon: 50 stk.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Redegjør for hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, beskriv		Les mer om inklusjon av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input checked="" type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte og/eller fra ulike journaler (NAV, PPT, sykehus, bofellesskap og lignende) eller eksisterende registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, Krefregisteret).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		

Kommentar til metode for innsamling av personopplysninger		
9. Datamaterialets innhold		
Gjør rede for hvilke opplysninger som samles inn	Data vil bli samlet inn ved semistruert intervju og deltagende observasjon. Intervjuguide vil benyttes under intervjuene og vedlegges meldeskjema. Intervjuene registreres ved bruk av lydopptak, og transkriberes i etterkant. Observasjonen registreres med feltnotater.	Spørreskjema, intervjuguide/temaliste, m.m. legges ved meldeskjemaet til slutt.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om hva personopplysninger er
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> Fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse og/eller e-postadresse og/eller telefonnummer	NBI Selv om resultatene i den endelige publikasjonen vil være anonymisert, må det krysses av her dersom direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger registreres i datamaterialet underveis i prosjektet.
Spesifiser hvilke		
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?	Stemme opptak	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, oppgi hvilke	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig informasjon <input type="checkbox"/> Muntlig informasjon <input type="checkbox"/> Blir ikke informert	
Blir ikke informert, redegjør hvorfor		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan informasjon til utvalget gis	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig informasjon <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig informasjon <input type="checkbox"/> Ingen informasjon	Som hovedregel skal det gis informasjon og innhentes samtykke fra den registrerte. Dersom informasjon gis skriftlig, legg ved kopi av informasjonsskriv.
Redegjør	Den skriftlige og muntlige informasjonen i forbindelse med intervju vil inneholde studiens hensikt og omfang, at det er frivillig, følgene av å delta - mulige fordeler og ulemper med å delta, personvernsopplysninger, deltagerens rettigheter, kontaktinformasjon på forsker og veileder. Denne informasjonen vil også gjennomgås muntlig, eventuelt ved bruk av tolk dersom dette viser seg å være nødvendig. Den skriftlige og muntlige informasjonen som gis i forbindelse med deltagende observasjon vil omhandle hensikt og omfang, deltagerens rettigheter: samtykke til å la seg observere er frivillig og en kan avstå/reservere seg fra å bli gjenstand for forskning ved å henvende seg til forsker. Skriftlig informasjon i form av plakat/oppslag.	Dersom det ikke skal gis informasjon, må dette redegjøres for. Les mer om hvilken informasjon som bør gis til utvalget

Oppgi hvordan samtykke innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig samtykke <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig samtykke <input type="checkbox"/> Innhentes ikke samtykke	Dersom det benyttes skriftlig samtykke, anbefales det at dette følger i teksten etter informasjonen. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må dette redegjøres for. Les mer om krav til gyldig samtykke
Innhentes ikke samtykke, redegjør		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Direkte personidentifiserende opplysninger bør ikke registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Hvordan lagres listen/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		
Direkte personidentifiserende opplysninger lagres sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor er det nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Lagres direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> PC i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> PC i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Fysisk isolert privat PC <input type="checkbox"/> Privat PC tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv nærmere		
Behandles og/eller lagres lyd- og videoopptak og/eller fotografi på PC?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Er f.eks. PC-tilgangen beskyttet med brukernavn og passord, og står PC-en i et låsbar rom?
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene?	Datamaterialet vil bli lagret på passordbeskyttet PC med brannmur og dagelig oppdatert anti-virus (ClamAV 2.2.2). PC oppbevares i egen låst leilighet.	
Dersom det benyttes mobil lagringsenhet (bærbar PC, minnepenn, minnekort, cd, eksternt harddisk), oppgi hvilken type, og redegjør for hvorfor det benyttes mobil lagringsenhet	Det vil bli benyttet bærbar PC (type: MacBook Mac OSX). Jeg disponerer kun bærbar PC. Periodevis vil sikkerhetskopier bli overført til UMBs datasystem (via VPN).	
Skal prosjektet ha medarbeidere som vil få tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Innhentes eller overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, oppgi hvilke opplysninger		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		

Skal opplysningene samles inn/bearbeides av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med databehandler menes en som samler inn og/eller behandler personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige. Eksempler på ofte brukte databehandlere er Questback, Synovate MMI, Norfakta etc. Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. For dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal det for alle typer forskning søkes
Kommentar	Det er sendt en forespørsel om prosjektet er fremleggspiktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.	Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Skal det innhentes godkjenning/tillatelse fra andre instanser?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Det kan f. eks. være aktuelt å søke tillatelse fra registreier for tilgang til data, ledelsen for tilgang til forskning i firma, etc.
Hvis ja, hvilke?	Søknad om godkjenning for å rekrutere informanter er sendt til det helsekvalifiserende senterte hvor datainnsamling skal foregå.	
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01/11/2011 Prosjektstutt:01/08/2012	Prosjektstart Tidspunkt for når førstegangskontakt opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektstutt Tidspunkt for når datamaterialet skal anonymiseres, slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier. Dette sammenfaller gjerne med publisering og ferdigstilling av oppgave, avhandling eller rapport.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektstutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner i datamaterialet. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Lyddopptak slettes etter intervju er transkibert. Direkte personidentifiserende informasjon vil ikke samles inn. Dersom informanters utsagn vil virke identifiserende for dem selv eller en tredjepart vil dette anonymiseres.	Hovedregel for lagring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte. Årsaker til oppbevaring kan være konkrete oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Datamaterialet kan lagres ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Les mer om arkivering
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?		
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	4	

Vedlegg 3. Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Kristin Walseth
Fakultet for lærerutdanning
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 11.11.2011

Vår ref: 28241 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28241	<i>Minoritetskvinner, sosial støtte og fysisk aktivitet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kristin Walseth</i>
Student	<i>Ingunn Grasto Wickmann</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Kontaktperson: *Katrine Utaaker Segadal* tlf: 55 58 35 42

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ingunn Grasto Wickmann, Norderhovgata 9 B, 0654 OSLO

Katrine Utaaker Segadal
Katrine Utaaker Segadal

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uib.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07, kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36, martin-arné.aldersen@ult.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28241

Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det tas høyde for at det kan fremkomme indirekte personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men all den tid lydopptakene ikke behandles på eller overføres til en datamaskin, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjon, senest ved prosjektslutt.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

From: "Ingunn Grasto Wickmann" <ingunn.wickmann@student.umb.no>
Subject: Fremleggelsespliktig masteroppgave-prosjekt?
Date: Fri, September 23, 2011 1:51 pm
To: rek-sorost@medisin.uio.no

Hei,

Jeg er masterstudent ved Universitetet for miljø- og biovitenskap og planlegger for tiden masteroppgaven min. Det i forbindelse ønsker jeg å henvende meg til REK for å avklare om det er nødvendig å søke inn denne oppgaven eller ikke. Forskningsspørsmålet i masteroppgaven min er: Hvorvidt har deltakelse i mosjonsgrupper en betydning for minoritetskvinner opplevelse av sosial støtte? Fokuset vil være hvordan fysisk aktivitet kan være en sosialiserende arena for kvinner med kort botid i Norge. Datainnsamling vil skje i form av deltagende observasjon og kvalitative intervjuer på et treningssenter for kvinner i Oslo. Utvalget er innvandrerkvinner med kort botid i Norge som er medlemmer på treningssenteret. Personvernet vi ivaretas og informasjon om hensikten med forskningen og følgene med å delta vil bli gitt til informantene. Det er liten grunn til å anta at studiet vil medføre ulemper for deltagerne i studiet. Studiet vi derimot kunne bidra med mer kunnskap om kvinner i innvandrerbefolkningen og deres situasjon i Norge, samt ulike arenaer for å drive sosialiserende og integrerende arbeid.

Jeg vil sende inn meldeskjema til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, men jeg lurer på om en slik type masteroppgave er meldepliktig til REK?

Med vennlig hilsen

Ingunn Grasto Wickmann

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Jakob Elster	Telefon: 22845530	Vår dato: 15.11.2011	Vår referanse: 2011/2072/REK sør-øst B
			Deres dato: 05.10.2011	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ingunn Grasto Wickmann
Universitetet for miljø- og biovitenskap

SAK 2011/2072 Forespørsel om fremleggelsesplikt

Vi viser til din forespørsel på e-post av 23 september 2011, der du spør om din planlagte masteroppgave er fremleggelsespliktig for REK (REK-sak 2011/2072). Forskningsspørsmålet i masteroppgaven er hvorvidt deltakelse i mosjonsgrupper har en betydning for minoritetskvinneres opplevelse av sosial støtte.

Forespørselen er vurdert på fullmakt av komiteens leder. Komiteen anser at prosjektet ikke er å regne som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2 (sammenholdt med § 4 a), og er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Med vennlig hilsen,

Stein Opjordsmoen Iler (sign.)
Professor dr. med.
Komitéleder

Jakob Elster
Seniorrådgiver

BILDE AV MEG

Hei!

Jeg heter Ingunn og jeg er student ved masterstudiet i Folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap. Jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er minoritetskvinner og trening. Jeg ønsker å undersøke hvilke sosiale fordeler det å delta på mosjonsgrupper kan ha.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å observere medlemmer og aktiviteter som hender her på XXX (eks. trening og samtaler).

Det vil bare være jeg som observerer og det vil ikke bli brukt lydopptak, video eller bilder til å observere. Observasjonen vil foregå i november/desember måned.

Informasjon fra observasjonen og intervjuundersøkelsen vil brukes til masteroppgaven min, og gjøres ikke som et oppdrag fra XXX.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å være med og du kan når som helst trekke deg fra studien, uten å begrunne det nærmere. Dersom du trekker deg vil all informasjon fra deg slettes.

Dersom du ikke ønsker å la deg observere, kan du henvende deg til meg.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysningene om deg vil bli behandlet konfidensielt og anonymt. Ingen personer vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Fordeler og ulemper med å delta

Ved å la deg observere kan du være med på å bidra til kunnskap/forskning som kan gjøre at kvinner vil få et bedre trenings- og helsetilbud. Det er rimelig å anta at det å la seg observere ikke vil medføre ulemper.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefonnr. xxxxxxxx eller sende en e-post til ingunn.wickmann@student.umb.no. Du kan også kontakte min veileder Kristin Walseth på Høyskolen i Oslo og Akershus (HIOA) på telefonnr. xxxxxxxx. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Ingunn Grasto Wickmann

Norsk

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I INTERVJU I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE

Jeg er student ved masterstudiet i Folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap. Jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er minoritetskvinner og trening. Jeg ønsker å undersøke hvilke sosiale fordeler det å delta på mosjonsgrupper kan ha.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 5-6 kvinner som har vært medlem på XXX i mer enn 6 mnd. Spørsmålene vil dreie seg om hva kvinnene mener om trening, og betydningen dette har for deres helse.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil være en individuell samtale mellom intervjupersonen (deg) og meg, og vil vare i ca. 45 minutter. Intervjuene vil foregå i november/desember måned og vi blir sammen enige om tid og sted. Informasjon fra intervjuundersøkelsen vil brukes til masteroppgaven min, og gjøres ikke som et oppdrag fra XXX.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å være med og du kan når som helst trekke deg fra studien, uten å begrunne det nærmere. Dersom du trekker deg, vil all informasjon fra deg slettes.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysningene om deg vil bli behandlet konfidensielt og anonymt. Ingen personer vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Lyddopptakene slettes når intervjuet er skrevet ut på papir, senest innen januar 2012.

Fordeler og ulemper med å delta

Fordelen med å bli med er at du får mulighet til å snakke om hva trening betyr for deg. Ved å dele av dine positive og negative erfaringer med trening, kan du være med på å bidra til kunnskap/forskning som kan gjøre at kvinner vil få et bedre trenings- og helsetilbud. Under intervjuet er det du som forteller om dine erfaringer og dine historier. I alle former for samtaler kan det dukke opp temaer som kan være vanskelige å snakke om. Du kan når som helst avslutte intervjuet, eller si ifra hvis det er noe du ikke vil snakke om. Dersom du har behov for oppfølging (å snakke med noen) etter intervjuet, kan du henvende deg til undertegnede(meg) eller XXX.

(Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på denne samtykkeerklæringen.)

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefonnr. xxxxxxxx eller sende en e-post til ingunn.wickmann@student.umb.no. Du kan også kontakte min veileder Kristin Walseth på Høyskolen i Oslo og Akershus (HIOA) på telefonnr. xxxxxxxx.

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

Med vennlig hilsen
Ingunn Grasto Wickmann
Norderhovgata 9B
0654 Oslo

Vedlegg 7. Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien av minoritetsvinner og trening og er villig til å delta

(Signatur, dato)

Intervjuguide

- **Hvordan var den første gangen du kom hit? Kan du fortelle om det?**
 - Hvilket inntrykk fikk du av dette besøket
 - Hvorfor bestemte du å komme hit – (kanskje: når var dette)
 - Hvordan hørte du om dette stedet
- 1. Hvilke treningstimer går du på?**
- Fortelle om hva dere gjør, hva som trenes
 - Opplevelse av treningen – eks. følelser
 - Før
 - Under
 - Etter – (når du går hjem)
 - Hva er avgjørende for hvilke timer du går på? Evt. Hvorfor er dette avgjørende?
 - Hvor ofte kommer du hit? (kanskje: hvordan oppleves det når du ikke kan komme hit?)
 - Har du mål med treningen – evt. også andre områder av livet: Viser andre interesse for det du holder på med? (eks. familie, venn, ansatte), kanskje: gi eksempler på dette. Oppmuntring/Tilbakemeldinger.
- 2. Rammer rundt treningen, andre aktiviteter som hender her – Hvilken betydning har dette? Hvorfor?**
- Fortelle, komme med eksempler på hendelser, samhandling.
 - Før/etter trening
 - Kjenner du andre medlemmer? Hvordan ble dere kjent?
 - Bruker du cafèen når du besøker senteret? Hva betyr det å ha en slik cafè/(kanskje: Gir denne cafèen noen muligheter?/Hvilke?)
 - Hva bidrar til/svekker trivsel? Hvordan bidrar evt. du til andres trivsel?/ Hvordan ble du selv mottatt når du kom hit?
- 3. Fordeler/ulempes med å trene her**
- Dette senteret vs. Andre (eks. andre møteplasser på lokalt nivå el. mikronivå)
 - Har din deltakelse gitt fordeler/ulempes i andre områder av livet?

- Har du benyttet deg av veiledning/ fått råd (eks. trening, kosthold, livsstilsendring) eller tema-dager (sykdommer, livsstilsendring), eller søkt råd på andre måter her på senteret? Evt. hvem fikk du dette av? Evt. hva var viktig med dette for deg? Andre steder du søker liknende informasjon?
- Hva synes du om å ha felles gruppesamtaler rundt helserettede eller omsorgsrettede temaer? Kan du nevne noen fordeler/ulemper med dette?
- Dersom du opplever at du trenger hjelp til noe, hvordan ville du søke denne hjelpen?