



Forord

Gjennom studier i folkehelsevitenskap har jeg fått mye ny kunnskap om hvordan helsetilstanden i Norge er, hvem som har det best og verst, hva som påvirker helsen vår og hva vi kan gjøre for å påvirke folkehelsen i riktig retning. Jeg har lært at de med lav sosioøkonomisk status, som ofte inkluderer innvandrere fra land et stykke unna Norge, har dårligere helse enn de med god sosioøkonomisk status. Jeg ønsker ikke at vårt egalitære samfunn skal være et samfunn der det er så klare og tydelige skiller mellom mennesker, og derfor ønsker jeg meg mer kunnskap om dette feltet. Kunnskap er makt til å skape forståelse og endringer. Når jeg så fikk muligheten til å studere pakistanske innvandrerkvinner var det et enkelt valg å ta.

Det å skulle skrive en masteroppgave har vist seg om en utfordrende, men lærerik prosess. Jeg har ikke bare lært masse om innvandrere i Norge, om integrering og subjektive helseplager, men også masse relatert til statistikk, arbeidsplanlegging og det å skulle stole på seg selv.

Når jeg nå snart er ferdig med en mastergrad og en masteroppgave, er det flere jeg vil takke som har hjulpet meg på veien dit. Jeg vil takke Victoria Telle Hjellset for å gi meg anledning til å benytte datamateriale fra InnvaDiabstudien. Jeg vil takke Geir Aamodt for å ha gitt meg statistikkråd når jeg har vært desperat, og Ruth Kjærsti Raanaas som har hjulpet meg inn mot slutten. Takk til Henrik for at du alltid stiller opp og kommer med støttende og trøstende ord. Til sist vil jeg takke Silje. Du har ikke bare vært min klassevenninne, men også en støttespiller, samtalepartner, rådgiver, veileder og et morsomt avbrekk i en intensiv skriveperiode.

Oslo, 12. mai 2015

Tina Sophie Giertsen Hveem

Sammendrag

Bakgrunn: Norge har en relativt stor innvandrerbefolkning, og mange innvandrere har dårligere fysisk og mental helse enn den øvrige befolkningen. Subjektive helseplager koster samfunnet enorme summer hvert år, og kan redusere livskvaliteten for de som opplever dem. Det oppleves som et folkehelseproblem at deler av befolkningen har betydelig dårligere helse enn resten.

Formål: Formålet med studien var å få en oversikt over prevalensen av subjektive helseplager til pakistanske innvandrerkvinner i Oslo. Videre var det ønskelig å se om det var noen sammenheng mellom integrering, sosial støtte og subjektive helseplager.

Metode: Data fra Innvadiabstudien ble benyttet. Kvinnene ble rekruttert via ulike arenaer i Oslo, og invitert over telefon. 198 kvinner deltok. Innsamling av data skjedde i Oslo i perioden 2005-2008. Informasjon om deltagerne ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema, og informasjon om subjektive helseplager ble samlet inn ved Subjective Health Complaints Inventory. Utdanning, selvvardert norskkunnskap og botid i nåværende bydel ble benyttet som integreringsvariabler.

Resultater: Prevalensen for subjektive helseplager var høy, 96,5% av utvalget rapporterte om en eller flere plager de siste 30 dagene. De mest rapporterte subgruppene var muskel-skjelettplager og pseudonevrologiske plager, mens de mest rapporterte enkeltplagene var tretthet, hodepine, smerter i føttene ved anstrengelser, nakkesmerter og smerter i skuldre. Prevalensen for enkeltplagene angst og depresjon var betydelig høyere enn hos den norske befolkningen. Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom integreringsvariablene og subjektive helseplager. Mye sosial støtte var statistisk signifikant assosiert med redusert risiko for å rapportere gastrointestinale plager og for å rapportere høyt på totalskår av subjektive helseplager.

Konklusjon: Studien kan være med på å bekrefte at pakistanske innvandrerkvinner har mer muskel-skjelettplager og pseudonevrologiske plager enn etnisk norske kvinner. Det virker ikke som at integreringsvariablene i denne studien påvirker subjektive helseplager, men stressteori kan gi en mulig forklaring på hvorfor innvandrere har dårligere helse. Sosial støtte kan bidra til å redusere subjektive helseplager, men det trengs fortsatt mer forskning.

Abstract

Background: Norway has a relatively large immigrant population, and their physical and mental health is often worse than the health of the rest of the population. Every year Subjective Health Complaints contributes to enormous costs for the Norwegian society, and they reduce quality of life for the people who suffer from them. It is perceived as a public health problem that large parts of the population suffer from significantly poorer health than the rest.

Purpose: The purpose of the study was to obtain an overview of the prevalence of subjective health complaints with Pakistani immigrant women in Oslo. Furthermore, I wanted to see if there was any connection between integration, social support and subjective health complaints.

Methods: Data from the Innvadiab-study was used. Women were recruited from various venues in Oslo, and invited over the phone. 198 women participated. Data collection took place in Oslo in the period of 2005-2008. Information about the participants was collected using questionnaires, and information about subjective health complaints was collected using the Subjective Health Complaints Inventory. Education, self-rated knowledge of the Norwegian language and years of residence in their current part of Oslo were used as the integration variables.

Results: The prevalence of subjective health complaints was high, 96.5% of the sample reported one or more complaints the last 30 days. The most reported subgroups were musculoskeletal and pseudoneurological-complaints, while the most reported single complaints were fatigue, headache, pain in the feet during physical exertion, neck pain and pain in the shoulders. The prevalence of the single complaints anxiety and depression was significantly higher than in the Norwegian population. There was no statistically significant correlation between the integration variables and subjective health complaints. High levels of social support were statistically significantly associated with decreased risk of reporting gastrointestinal complaints and high on the total score of subjective health complaints.

Conclusion: The study may help to confirm that Pakistani immigrant women have more musculoskeletal and pseudoneurological complaints than ethnic Norwegian women. It does not seem that the integration variables in this study has anything to do with subjective health complaints, but stress theory may provide a possible

explanation for why immigrants have poor health. Social support can help reduce subjective health complaints, but more research is still desirable.

Innholdsfortegnelse

Oppgavens oppbygging	7
1.0 Innledning	7
1.1 Avgrensing og definisjon av sentrale begrep.....	8
2.0 Teori og empiri	8
2.1 Helse og sykdom i et folkehelseperspektiv.....	8
2.2 Sosial ulikhet i helse.....	9
2.3 Innvandrere i Norge	10
2.3.1 Integrering	10
2.3.2 Integrering og helse.....	13
2.4 Sosial støtte	14
2.5 Subjektive helseplager.....	15
2.6 Cognitive activation theory of stress.....	16
3.0 Rasjonale og problemstilling	18
4.0 Metode	20
4.1 Forskningsdesign.....	20
4.2 Rekruttering og utvalg.....	20
4.3 Spørreskjema	21
4.3.1 Subjective Health Complaints (SHC) Inventory	21
4.4 Sosial støtte	22
4.5 Integreringsmål	22
4.6 Kontrollvariabler	22
4.7 Dataanalyse.....	22
4.8 Etske betraktninger	23
5.0 Resultater	24
5.1 Deskriptive data.....	24
5.1.1 Demografi og bakgrunnsvariabler	24
5.1.2 Subjektive helseplager.....	25
5.2 Bivariate analyser	27
5.2.1 Korrelasjon.....	27
5.2.2 T-test for uavhengige grupper.....	28
5.3 Regresjonsanalyser	30
6.0 Diskusjon.....	33

6.1 Oppsummering av resultatene	33
6.2 Forklaringer av studiens resultater.....	33
6.2.1 Demografi og karakteristika	33
6.2.2 Prevalens av subjektive helseplager.....	34
6.2.3 Kan integrering eller sosial støtte forklare subjektive helseplager?.....	35
6.3 Metodiske betraktninger	36
6.3.1 Validitet.....	36
6.3.2 Reliabilitet	40
6.4 Styrker og svakheter.....	40
7.0 Konklusjon.....	42
Referanseliste.....	44

Vedlegg

Vedlegg 1: SHC – et måleinstrument for subjektive helseplager

Vedlegg 2: Godkjenning fra REK

Oppgavens oppbygging

Oppgaven er skrevet som en monografi. Etter innledning følger en del som beskriver teori og empiri knyttet opp mot helse, integrering, sosial støtte, subjektive helseplager og stressteori. Deretter beskrives metoden som er benyttet i studien før resultatene fra de statistiske analysene blir presentert som både tekst og tabeller. Til slutt følger en diskusjon av resultatene sett i lys av tidligere beskrevet empiri og teori og en betraktning av metodene, før det avsluttes med en konklusjon av studien.

1.0 Innledning

Over 200 millioner av verdens befolkning bor i et annet land enn deres fødeland, og tallene fortsetter å stige (United Nations 2009). Befolkningen i Norge gjenspeiler også dette ved at den representerer over 200 land. Det bor ca. 665 000 personer i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge av to innvandrerforeldre, og det er forventet at antallet vil øke sterkt i årene fremover (Meld. St. 34 (2012-2013)).

Et av folkehelsepolitikkenes hovedmål er å skape et samfunn som fremmer helse i befolkningen. God helse innebærer bl.a. å ha overskudd til å mestre hverdagen (Meld. St. 34 (2012-2013)). Bedre helse kan skapes ved å utjevne sosiale ulikheter i helse, og folkehelsemeldingen er klar på at Norge skal ha en folkehelsepolitikk som tar vare på alle individer, i alle sosiale lag, med alle slags bakgrunner. Dette er viktig fordi en stor andel personer i enkelte innvandrergrupper har ingen eller liten utdanning, og ikke-vestlige innvandrere opplever mindre sosial støtte enn nordmenn (Blom & Henriksen 2008). Innvandrere er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har statistisk sett lavere sysselsetting enn befolkningen for øvrig. Innvandrere har også dårligere selvrapportert helse (Kumar 2008) og høyere prevalens av mentale helseproblemer (Abebe 2010) enn den etnisk norske befolkningen.

Subjektive helseplager er helseplager som ikke får noen diagnose, men som er en av de største årsakene til sosiale og medisinske utfordringer i Norge (Eriksen & Ursin 2002a). Disse plagene har ikke status som sykdom, mens sees ofte på som symptomer for underliggende årsaker. Det kan være at personer med subjektive helseplager egentlig er personer med psykiske plager, men som viser det med somatiske plager

(Eriksen & Ihlebæk 2002). Vanskelige livssituasjoner og påfølgende stress kan muligens gi seg utslag i fysiske smerter eller plager (Ursin & Eriksen 2004).

I Folkehelsemeldingen legges det vekt på at det er viktig med kunnskap om etniske grupper og deres helse i forhold til å utforme best mulig helse- og innvandringspolitikk (Meld. St. 34 (2012-2013)). Dette er viktig fordi innvandrerbefolkningens helse og livskvalitet påvirker hele nasjonens levekår (Attanapola 2013). Målet med denne studien er derfor å undersøke forekomsten av subjektive helseplager hos en gruppe pakistanske innvandrerkvinner og sammenhengen mellom disse og integrering og sosial støtte.

1.1 Avgrensning og definisjon av sentrale begrep

Innvandrere defineres i denne studien som personer født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre.

Ikke-vestlige innvandrere er alle innvandrere som ikke er fra Vest-Europa, Nord-Amerika eller Oseania. Dette er en inndeling som SSB ikke har brukt siden 2008, men da mye data er fra før dette benyttes denne inndelingen der det er nødvendig (Høydahl 2008).

2.0 Teori og empiri

2.1 Helse og sykdom i et folkehelseperspektiv

Folkehelse er i Folkehelseloven (2011) definert som ”befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning”. Helsefremmende og forebyggende arbeid inngår i folkehelsearbeidet (Folkehelseloven 2011).

Helsefremmende arbeid kan defineres som den prosessen som setter mennesker i stand til å ta økt kontroll over de faktorer som påvirker helsen, og derigjennom bedre sin egen helse (WHO 1986). Ved å fremme helse vil individer øke graden av velvære, selvbilde, optimisme, positiv atferd, mestringfølelse og evne til å takle motgang og belastninger i livet (Dalgard et al. 2011). Helsefremmende arbeid tilrettelegger for støttende faktorer, og at man får frigjort og utnyttet folks egne ressurser i lokalsamfunnet (NOU 1997:7).

Helse og sykdom er to begreper det er knyttet mange definisjoner til. De kan forstås som to uavhengige begreper, da fravær av sykdom ikke nødvendigvis er det samme som god helse. Det vil være nyttig å se nærmere på disse begrepene og hvordan de sees på i et folkehelseperspektiv da oppgaven tar for seg subjektive helseplager. En av de mest brukte definisjonene på helse på verdensbasis sier at helse er ”en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyte” (WHO 1946). Denne definisjonen har fått massiv kritikk da den ikke tar høyde for at helse består av både objektive og subjektive mål (NOU 1997:7). For å se helse i et folkehelseperspektiv bør en forståelse av begrepet innebære både individets problemer og mestring, og understreke at det ikke alltid er et absolutt skille mellom frisk og syk (NOU 1997:7). Peter Hjort (1982) kom opp med en definisjon på helse som orienterer seg mot mestring i hverdagen. Han mente at helse kan betraktes som et overskudd i forhold til hverdagens krav (Hjort 1982). Fugelli og Ingstad fant at nordmenns oppfattelse av god helse innebærer trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og overskudd/energi (Fugelli & Ingstad 2001). Helse er også en ressurs til å nå andre mål i livet som for eksempel utdanning og arbeid (Whitehead & Dahlgren 2006).

2.2 Sosial ulikhet i helse

Sosiale ulikheter i helse betyr at det er systematiske forskjeller i helsetilstand mellom ulike grupper i befolkningen som er urettferdige og unødvendige (Whitehead & Dahlgren 2006). Dette utgjør en folkehelseutfordring. Ulikhetene følger sosiale og økonomiske kategorier som yrke, utdanning og inntekt, og i Norge er sammenhengen mellom kategoriene og helsetilstand betydelig og veldokumentert (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Disse forskjellene danner en gradient som viser seg ved at høyere sosioøkonomisk status har en sammenheng med bedre helse (Dahl 2002). Innvandrere fra ikke-vestlige land er overrepresentert i grupper med lav sosioøkonomisk status, og slik også i de lavere sosiale lag i Norge (Blom & Henriksen 2008). Det viser seg at flere innvandrere enn norskfødte oppgir å ha dårlig helse, henholdsvis 60,2 prosent og 21,6 prosent (Syed et al. 2006b). Dårlige boforhold og sosialt stress som følge av fattigdom og lav sosioøkonomisk status kan bidra til kroniske vanskeligheter for innvandrere (Bhugra 2004).

2.3 Innvandrere i Norge

I januar 2015 var 15,6% av befolkningen i Norge innvandrere (SSB 2015).

Innvandrere i Norge representerer en heterogen gruppe, og består av mennesker med ulike sosiale, kulturelle, etniske og religiøse bakgrunner. Innvandringen til Norge økte i 1960-årene pga. arbeidsinnvandring. Arbeidere fra Pakistan, Tyrkia og Marokko ankom i slutten av 1960-årene inntil det ble innført innvandringsstopp i 1975 (Attanapola 2013). Etter dette har innvandring på bakgrunn av humanitære forhold dominert. Et stort flertall av pakistanske kvinner som kom til Norge etter dette fikk opphold på bakgrunn av familiegjenforening (Aalandslid & Tronstad 2010).

Innvandrere i Norge fra ikke-vestlige land hadde i en studie av Dalgard og Thapa (2007) lavest sosioøkonomisk status blant alle innvandrere og etnisk norske.

2.3.1 Integrering

Integrering er en viktig del av innvandreres vei inn i det norske samfunnet, og er det gjeldende prinsipp i norsk innvandringspolitikk (Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 ; NOU 2011:14). Å integrere handler om at noe skal tilpasses en større helhet. Man skal gjøre innvandrere til en del av den større helheten som er samfunnet Norge uten at de må gi slipp på sin egen kulturelle og etniske identitet. I følge regjeringen er integrering både en prosess og et mål (NOU 2011:14).

Opprinnelig har ordet en omfattende betydning og dekker både prosessene som gjør at innvandrere blir en del av det norske samfunnet, og den nye helheten hvor innvandrerbefolkningen har bidratt til å prege samfunnet (St. meld. nr. 17 (1996-97)).

Integreringsprosessen påvirkes av både innvandrere og vertslandet, og er nær relatert til selvtillit og identitetsfølelse hos innvandrere (Bhugra 2004). Det å komme fra et sosiosentrisk samfunn, slik som Pakistan, til et egosentrisk samfunn som Norge, kan by på utfordringer (Bhugra 2004). Uten gjestfrihet hos vertslandet, kan man i et mer egosentrisk samfunn oppleve mer stress, spesielt om man ikke har nok sosial støtte (Bhugra 2004).

I en spørreundersøkelse som ble utført i 2007 ble 1011 ikke-vestlige innvandrere med minimum fem års botid i Norge spurt om hva de mener kjennetegner god integrering. De svarte at det å beherske norsk og å være inkludert i arbeidslivet er de to viktigste

faktorene for å være godt integrert (IMDi 2008). I samme undersøkelse ble det funnet at innvandrere som hadde lang botid, gode norskkunnskaper, norske venner og arbeid opplevde seg selv som best integrert. I integreringsbarometeret fra 2012 svarte den generelle befolkningen i Norge at de mener at norskkunnskaper og forsørgelsesevne er de viktigste integreringsvariablene (IMDi 2012). En gjennomgang av statistisk materiale viste at pakistanske innvandrere var relativt dårlig integrert, selv om de er en gruppe som har bodd lenge i Norge (Henriksen 2007).

Norskkunnskaper

Norskkunnskaper er viktig for deltagelse i alle samfunnsområder (Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017). Det finnes også et krav om gjennomført norskopplæring for å få oppholdstillatelse i Norge (Meld. St. 6 (2012-2013)). Det er en klar sammenheng mellom innvandreres norskkunnskaper og deres muligheter til å delta i det norske samfunnet, økonomisk, sosialt og politisk (Blom & Henriksen 2008). Med kjennskap til norsk blir det lettere å ta i bruk sine demokratiske rettigheter og etablere kontakt og vennskap med personer utenfor ens nære krets (Blom & Henriksen 2008). Det vil kunne forenkle kulturell tilpasning, da både verbal og non-verbal kommunikasjon har stor betydning for det å kunne tilpasse seg på tvers av kulturer (Bhugra 2004). Gode norskkunnskaper er avgjørende for å kommunisere med bl.a. helsepersonell om egen sykdom og tilegne seg kunnskap om anbefalt behandling (Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017). Evnen til å snakke norsk er også viktig for tilgang til arbeidslivet, som er en av samfunnets viktigste integreringsarenaer (Einarsen 2013). Norskferdigheter er i tillegg grunnleggende for at innvandrere skal kunne hjelpe sine barn med skolegang, delta i fritidsaktiviteter og forstå og delta i det norske samfunnet (Einarsen 2013). 28 prosent av kvinner som har innvandret fra Pakistan mener at de behersker norsk generelt dårlig eller svært dårlig, og det er flere kvinner enn menn som hevder dette (Blom & Henriksen 2008). Mye av forskjellen skyldes trolig at innvandrerkvinner i mindre grad deltar i arbeidslivet enn innvandremenn (Blom & Henriksen 2008).

Utdanning

Nesten alle områder som omhandler levekår påvirkes av utdanning, slik som yrkeskarriere, levestandard, livsstil og sosial støtte (Elstad 2008). En tanke er at det ikke er utdanning i seg selv som gir helse eller uhelse, men hva utdanning kan føre

med seg videre i livet. Ulikt nivå av utdanning kan gi ulikt psykososialt stress, for utdanning kan beskytte mot livssituasjoner som genererer stress (Elstad 2008; Eriksen & Ursin 2002b). De med lav utdanning har dårligere helseatferd og i gjennomsnitt lavere materiell levestandard og flere stressende livshendelser (Elstad 2008). På den annen side kan utdanning i seg selv styrke individet, og bidra med personlige ressurser som styrket mentale ferdigheter og mental kapital (Elstad 2008). På denne måten kan en si at utdanning øker individets evne til å mestre sitt liv og de utfordringer som kommer.

Utdanning påvirker som nevnt yrkeskarriere. Det er slik at innvandrere har gjennomsnittlig lavere sysselsetting og høyere arbeidsledighet enn befolkningen for øvrig, selv om det er betydelige forskjeller mellom de ulike innvandrergroppene (Meld. St. 34 (2012-2013)). Tilknytning til arbeidsmarkedet bidrar til integrering og er en av de viktigste veiene ut av lav inntekt, og kan bidra til bedre sosioøkonomisk status som igjen kan bedre helsen (Meld. St. 34 (2012-2013)). Innvandrerkvinner kan oppleve redusert sosial integrering på bakgrunn av mangel på utdanning og erfaring i arbeidslivet (Abebe 2010)

Botid

Integreringen blir som oftest bedre, jo lenger botid i Norge innvandreren har (NOU 2011:14). Økt botid vil påvirke flere ledd som tar tid, som det å lære seg norsk, skaffe utdanning, finne bolig og arbeid. I enkelte grupper av innvandrere med kort botid er det en opphopning av dårlige levekår (NOU 2011:14). På den annen side, fant Dalgard & Thapa (2007) at nivå av psykisk stress og ubehag økte med økt botid i Norge blant innvandrere, også blant kvinner fra ikke-vestlige land. Studier har pekt på at innvandrere kan oppleve flere mentale helseproblemer 10-12 år etter at de innvandret (Bhugra 2004). Dette kan komme av at de blir utsatt for sosialt og miljørelatert stress som følge av individuell eller institusjonell rasisme. Dette kan påvirke opprettholdelsen av sosiale, økonomiske og politiske ulemper (Bhugra 2004). Omkring 40% av innvandrere i Norge har bodd i landet mindre enn 5 år, mens 28% mellom 5-14 år og 30% har bodd i Norge i minimum 15år (Abebe 2010)

Over syv av ti innvandrere fra Pakistan bor i Oslo (Henriksen 2007). Bydel Søndre Nordstrand har den største andelen pakistanske innvandrere, der de i 2006 utgjorde 12% av bydelens befolkningen (Henriksen 2007). Fordi denne innvandrerguppen ikke er flyktninger flytter mange av dem direkte til Oslo, der det allerede er et stort pakistansk miljø med tett bokonsentrasjon. På bakgrunn av dette fanges ikke disse innvandrerne opp i tiltak som introduksjonsordningen, og de må lære norsk og normer og regler på egenhånd (Henriksen 2007).

2.3.2 Integrering og helse

Integrering og etnisitet er relatert til helse. I følge Dalgard og Thapa (2007) er integrering forbundet med både god og dårlig helse hos innvandrere, og årsakene til dette er uklare. I en stor litteraturstudie som omhandlet innvandrere og folkehelseproblemer i Norge ble innvandrergupper som oftest presentert med dårlige helseforhold og mange risikofaktorer som var relatert til migrasjonsopplevelse, økonomiske forhold og individuell bakgrunn (Abebe 2010). Muskel-skjelett plager, sykefravær, uføretrygd og dårlig tannhelse blir rapportert som store folkehelseutfordringer blant innvandrere (Abebe 2010).

Kjønn spiller en viktig rolle for innvandreres helse, særlig den mentale helsen (Attanapola 2013). Studier viser at innvandrerkvinner er mer sårbare for mentale helseproblemer enn deres menn (Dalgard et al. 2006; Dalgard & Thapa 2007; Thapa & Hauff 2005). Studier på innvandrere som ikke var flyktninger, men innvandret på bakgrunn av andre årsaker, fant at mangel på sosial integrering var hovedårsaken til flere mentale problemer blant kvinner (Dalgard & Thapa 2007; Thapa & Hauff 2005). Dette oppstår særlig der det er et stort gap mellom innvandrerkvinnens egen kultur og vertslandets kultur når det gjelder kjønnsforventinger, slik at mange føler seg maktesløse og marginaliserte (Abebe 2010). En studie i England viste at Pakistanske innvandrerkvinner hadde signifikant høyere sannsynlighet for å rapportere dårligere helse enn menn fra samme etniske gruppe (Cooper 2002).

Kulturelle konflikter ser ut til å kunne treffe kvinner hardere enn menn (Dalgard & Thapa 2007). Integrering kan endre mange av de tradisjonelle rollene kvinner har og deres status innad i familien og i samfunnet. Dette kan være en kilde til stress for mange kvinner (Abebe 2010). Attanapola (2013) mener at forskere har konkludert

med at innvandrerkvinneres dårlige helse er en konsekvens av deres dårlige tilpasning til den nye kulturen, dårlige språkferdigheter og arbeidsløshet. En studie om eldre indiske kvinner i Canada fant mange kulturelle konflikter som slo kvinner hardere enn menn (Choudry 2001). Den tradisjonelle sterke posisjonen til den eldre kvinnen i familien, og ikke minst funksjonen som svigermor ble svekket, og deres manglende evne til å føre kultur og tradisjoner videre til neste generasjon føles som et tap og en kilde til tristhet. Begrenset engelskkunnskap og ansvar for husholdningen gjorde det vanskelig for dem å delta i noe sosialt, og sosial isolasjon er sannsynlig å være et større problem kvinner enn menn (Choudry 2001). Konflikter med sosiale normer, trussel mot og/eller tap av egen identitet kan også være kilder til ubehag og stress, i større grad hos kvinner fra ikke-vestlige land enn hos menn fra samme region (Choudry 2001; Dalgard & Thapa 2007).

2.4 Sosial støtte

Sosial støtte er i følge Schwarzer et al. (2004) et teoretisk begrep som referer til i hvor stor grad et individ føler at en er sosialt omsluttet og føler en form for tilhørighet, forpliktelse og intimitet. Det kan ses på som det motsatte av ensomhet (Meld. St. 19 (2014-2015)). Sosial støtte kan deles inn i strukturell og funksjonell støtte (Cohen & Wills 1985). Strukturell støtte refererer til tilgjengeligheten av potensielle støttegivere, mens funksjonell støtte henviser til individets subjektive opplevelse av støtte.

Dalgard et al (1995) hevder at det først og fremst er forventet støtte som har betydning for psykisk helse. Forskning tyder på at sosial støtte er særlig virksom når individet er utsatt for ulike påkjenninger eller negative livshendelser, og at den sosiale støtten virker som en buffer ved å styrke individets mestringsevne (Dalgard et al. 1995). Undersøkelser viser også at sosial støtte i seg selv, uavhengig av livsbelastninger, har en positiv effekt på den psykiske helsen. I en undersøkelse hvor omkring 10 000 personer fra syv land deltok, fant en at støtte fra familie og venner hadde en betydelig forebyggende effekt på utviklingen av depresjon, når en justerte for blant annet livshistorie for depresjon, alder, utdanning og livshistorie for alkoholmisbruk (Bottomley et al. 2009). I en studie som undersøkte viktigheten av støtte som en indikator for helseplager etter stressende livshendelser fant man at

kvinner som rapporterte om høy sosial støtte også rapporterte om færre helseplager (Schwarzer et al. 2004). For asiatiske innvandrere til USA var sosial støtte fra familie og venner relatert til mindre psykisk ubehag (Singh et al. 2015). Det er også vist at mangel på støttende forhold er en risikofaktor for depresjon (McKenzie & Harpham 2006), og mangel på eller lav sosial støtte var en risikofaktor for dårligere mental helse (Dalgard et al. 2006; Dalgard & Thapa 2007; Syed et al. 2006a).

Ikke-vestlige innvandrere rapporterer langt oftere at de er ensomme enn nordmenn, henholdsvis 43% og 17% (Blom & Henriksen 2008). En studie om pakistanske innvandrere i Oslo fant at flere pakistanske rapporterte færre venner, mindre interesse fra andre i dem selv og mindre deltakelse i sosiale sammenkomster enn etnisk norske (Syed et al. 2006a).

2.5 Subjektive helseplager

Subjektive helseplager er plager som en person opplever, men der objektive funn ikke står i forhold til symptomene og man ikke har tilgjengelig teknologi som kan bekrefte personens plager (Tveråmo et al. 2014). Det finnes et stort antall subjektive lidelser som er svært vanlige, uten at det finnes direkte eller dokumenterte kroppslige beviser for sykdom (Eriksen et al. 1999; Ihlebæk et al. 2004). De mest vanlige helseplagene blant folk er de subjektive slik som muskelsmerter, tretthet og humørsvingninger. For de fleste mennesker er det normalt å av og til oppleve ubehag og plager med kort varighet og lav intensitet (Ursin & Eriksen 2007). For enkelte kan plagene være mer alvorlige og langvarige og påvirke livsfunksjonen. Det finnes ingen klare skiller mellom hva som er ”normalt” og hva som er ”sykelig” innenfor denne gruppen av helseplager. Det er en høy grad av komorbiditet for plagene (Eriksen & Ursin 2002a). Subjektive helseplager er den vanligste årsaken til møte med helsevesenet, og den vanligste årsaken for sykefravær og uføretrygd (Ursin & Eriksen 2007). Ihlebæk et al (2002) fant at prevalensen av subjektive lidelser i Norge er høy, 97% av kvinnene hadde opplevd minst en plage de siste 30 dagene. Flere studier viser at kvinner rapporterer flere plager enn menn (Eriksen et al. 1998; Ihlebæk & Eriksen 2003; Poulsen et al. 2013). Innvandrerjenter i skolealder i Sverige hadde høyere risiko for subjektive helseplager (Carlerby et al. 2011). Det er funnet sammenhenger mellom subjektive helseplager og redusert livskvalitet (Nimnuam et al. 2000), og også mellom

høye nivåer av subjektive helseplager og lav mestring, stress og lav sosioøkonomisk status (Tveito 2006).

2.6 Cognitive activation theory of stress

Stress er et vagt definert begrep og blir brukt om stresstimuli, opplevelsen av stress, for den uspesifikke generelle stressresponsen og for opplevelsen av stressresponsen (Ursin & Eriksen 2007). I denne studien forstås stress som en subjektiv opplevelse av å være under press i slik grad at det oppleves som ubehagelig eller belastende. Biologisk sett er stress kun en økning i spenningsnivået i kroppen (Ursin & Eriksen 2007).

Cognitive activation theory of stress (CATS) er en omfattende teori om stress, aktivering og responsforventning (Ursin & Eriksen 2004). Innenfor CATS antar man at stressresponsen er en normal, sunn og nødvendig alarmrespons, som er en del av vår biologiske arv. Det er dersom denne stressresponsen er vedvarende at den vil kunne føre til sykdom (Ursin & Eriksen 2007). Når vi møter på en utfordring skjer det en aktivering i kroppen vår som vi kjenner som stress. På bakgrunn av tidligere erfaringer vil vi ha en forventning om hvordan utfallet av vårt møte med denne utfordringen vil bli, om vi vil mestre eller ikke. CATS definerer mestring som en positiv responsforventning (Ursin & Eriksen 2004). Mye erfart mestring betyr at personen forventer at han eller hun klarer å håndtere situasjonen på en slik måte at resultatet blir positivt. I denne studien vil resultatet være utfallet av utfordringer i hverdagen i forhold til integrering og sosial støtte. I situasjoner med mye mestring, og positiv responsforventning, er det et lavt nivå av subjektive helseplager, og det er assosiert med en høy sosial posisjon og lave stressnivåer (Kristenson et al. 2004; Ursin & Eriksen 2004). På den annen side kan individet oppleve hjelpeløshet eller håpløshet, og dette vil si at resultatet er henholdsvis umulig å påvirke for individet eller at resultatet blir negativt på grunn av individet (Ursin & Eriksen 2007). En slik negativ responsforventning er knyttet til høye nivåer av stress, og da også subjektive helseplager som tretthet, muskelsmerter og humørsvingninger via en psykosomatisk rute (Ursin & Eriksen 2004). Denne teorien virker psykobiologisk; individet opplever både følelser (angst, frykt) og fysiologiske reaksjoner (ubehag,

muskelsammentrekninger) som forsterker opplevelsen av situasjonen (Kristenson et al. 2004).

Ifølge CATS-modellen er stress først skadelig når det er vedvarende, og vil kunne oppstå når man står i en ugunstig livssituasjon. Ugunstig livssituasjon kan være for eksempel lav sosioøkonomisk status eller når man skal møte en ny og ukjent kultur og opplever mangelfull integrering (Getz et al. 2011; Nasjonalt folkehelseinstitutt 2007). Det finnes ingen bestemt grenseverdi som kan skille mellom hva som er normale plager og hva man må forvente i løpet av et liv, og plager som trenger behandling. Hvordan slike plager blir oppfattet av den enkelte, og hvilke konsekvenser det får for funksjonsnivå og dagligliv, er påvirket av arbeidssituasjon, sosioøkonomiske forhold, opplevd og forventet mestring, stressnivå og andre psykologiske faktorer (Ihlebak & Eriksen 2003). Dette er tydelig når man snakker om den sosiale gradienten innenfor helse (Getz et al. 2011). Sosial ulikhet i helse kan dermed muligens forklares å komme fra en vedvarende stressrespons som gir somatiske plager. Det er lettere å oppnå suksess når man har opplevd mye suksess og mestring tidligere (Eriksen & Ursin 2002b).

Begrepet allostase referer til kroppens fysiologiske svar eller tilpasning til alle typer belastninger eller utfordringer. Selve ordet allostase betyr å oppnå stabilitet gjennom endring (McEwen & Getz 2013). Allostatisk overbelastning skjer når virkeligheten oppleves som overveldende og uhåndterbar og det blir for mye stress som river og sliter, slik at kroppen ikke klarer å opprettholde allostasen (McEwen & Getz 2013). Slik allostatisk overbelastning kan føre til utmattelse av kroppens fleksibilitet og videre helseplager som endringer i immunforsvaret, inflammasjon, hormonelle forstyrrelser og raskere cellealdring målt på telomernivå (Getz et al. 2011).

Man kan si at de erfaringer man gjør seg i livet har betydning for helsen, ved at både beskyttende og ødeleggende erfaringer kan sies å bli ”skrevet” inn i kroppen (Getz et al. 2011). Slike innskrivninger kalles epigenetikk og dreier seg om midlertidige endringer av det genetiske uttrykket, uten endringer av DNA. Det genetiske uttrykket kan endre seg gjennom hele livet, og det å erfare ’kronisk overlast’ er forbundet med økt risiko for mange av vår tids folkesykdommer som hjerte- og karsykdom, fedme, diabetes, KOLS, kreft, depresjon, angst, inflammatoriske og autoimmune sykdommer,

kronisk smerte, kronisk tretthet, lunge- og leversykdommer, atferdsforstyrrelser, rusavhengighet, kognitive lidelser og smertesyndromer (Getz et al. 2011). Disse sykdommene oppstår oftere blant den delen av populasjonen som ser sine liv som vanskelige, med lav følelse av mestring, høyt nivå av håpløshet og hjelpeløshet (Eriksen & Ursin 2004; Ree et al. 2014; Tveito 2006). Også individuelle faktorer som opplevelse av stress og psykologiske krav påvirker denne typen plager (Ihlebak & Eriksen 2003).

3.0 Rasjonale og problemstilling

En litteraturgjennomgang om innvandreres helse fant at kun et fåtall studier har sett på konsepter relatert til helse slik som velvære og livskvalitet (Attanapola 2013), og det er ikke kjent at noen studier om innvandrere har tatt for seg subjektive helseplager, integrering og sosial støtte. Abebe (2010) peker på at forholdet over tid og mekanismer som styrer assosiasjonen mellom muskel-skjelettplager, psykosomatiske plager og risikofaktorer fortsatt er et ubesvart spørsmål i litteraturen. Innvandrere er en stor og betydningsfull gruppe i vårt samfunn, og det vil være ugunstig om en stor del av innvandrerbefolkningen fortsetter å ha dårligere helse enn resten av befolkningen. Det vil være til nytte for innvandrere om man kommer nærmere forklaringen på deres relativt dårligere helse, og kan få et klarere bilde av hvor man trenger å sette inn mer ressurser.

Dalgard og Thapa (2007) peker på at svært få studier som tar for seg innvandrere ser på kjønnsforskjeller i forhold til integreringsprosessen, som om menn og kvinner av samme etnisitet har mer eller mindre de samme problemene i forhold til et nytt miljø. Menn og kvinner er ikke like og det kan være andre aspekter ved kvinnenes liv som påvirker deres helsetilstand enn det er for menn, og det er derfor viktig å studere menn og kvinner separat.

På bakgrunn av oppgavens rasjonale og beskrevet teori og empiri har oppgaven følgende problemstillinger:

- Hva er prevalensen av subjektive helseplager blant en gruppe pakistanske innvandrerkvinner i Oslo?

- Hva er sammenhengen mellom integreringsvariablene norskkunnskap, botid og utdanning og subjektive helseplager?
- Hva er sammenhengen mellom sosial støtte og subjektive helseplager?

4.0 Metode

4.1 Forskningsdesign

Denne studien er basert på data innhentet fra den større InnvaDiabstudien. InnvaDiab er en randomisert kontrollert studie der hovedmålet var å forebygge type 2 diabetes (T2D) og metabolsk syndrom hos pakistanske innvandrerkvinner med en kulturelt tilpasset livsstilsintervensjon. Studien var en del av EU-prosjektet DE-PLAN (Diabetes in Europe – Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention). DE-PLAN er et prosjekt som ble iverksatt ved hjelp av midler fra Europakommisjonen i 2004. Formålet med prosjektet var å vurdere risiko for T2D i europeiske befolkninger og å implementere og evaluere en forebyggende livsstilsintervensjon hos utsatte individer i Europa (*Project funded...* 2004).

InnvaDiab ble utført i Søndre-Nordstrand bydel i Oslo i perioden 2005-2008. Deltagerne i studien ble delt i en intervensjons- og kontrollgruppe, og data ble samlet inn på pretest, etter intervensjonsperioden på 7 ± 1 måneder og på follow-up etter ca 3 år. Både objektive data (blodprøve, høyde, vekt) og subjektivt rapporterte data (spørreskjema) ble samlet inn ved inklusjon og på post- og follow-up test.

Denne studien vil benytte data fra InnvaDiab som ble samlet inn på pretest. Studien har derfor design som en tverrsnittsundersøkelse, hvor respons- og eksponeringsvariabler ble målt samtidig, og den kan si noe om prevalensen av subjektive helseplager og om sammenhengen mellom variablene i utvalget (Veierød & Thelle 2007).

4.2 Rekruttering og utvalg

Deltagerne ble rekruttert via besøk i moskeer, norskklasser for utlendinger og andre nettverk i nærmiljøet. En forskningsassistent som snakket urdu, punjabi og engelsk styrte rekrutteringen og kontaktet kvinner som var interesserte. Kvinnene ble kontaktet via telefon da mange er analfabeter. Totalt ble 245 kvinner invitert til å delta i studien, men 198 (80,8%) ble det endelige antallet. Eksklusjonskriteriene var graviditet, kjent T2D, kjent hjertekarsykdom, bruk av diabetes- eller blodtrykkssenkende medisiner og at en nær slektning allerede var med i prosjektet. Av kvinnene som ble ekskludert, var det 27 som hadde T2D eller hjertekarsykdom, 11

ble ekskludert på bakgrunn av andre årsaker og 9 ønsket ikke å delta (Telle-Hjellset et al. 2013). Deltagerne var voksne kvinner, 25 år eller eldre, bosatt i bydel Søndre Nordstrand og født i Pakistan eller Norge av to pakistanske foreldre. Studien ble utført i en lokal helsestasjon.

4.3 Spørreskjema

4.3.1 Subjective Health Complaints (SHC) Inventory

Spørreskjemaet SHC Inventory er benyttet for å innhente informasjon om subjektive helseplager. Spørreskjemaet ble utviklet av Eriksen et al. (Eriksen et al. 1999). Det er et standardisert instrument som måler hele spekteret av somatiske og psykologiske helseplager. I skjemaet er det listet opp 29 vanlige slike plager, hvor grad og varighet av plage skal angis for de siste 30 døgn. Grad av plage gis ved en firepunktsskala (0 = ikke plaget, 1 = litt plaget, 2 = en del plaget, 3 = alvorlig plaget). Varighet av plage gis ved at respondenten skriver ned antall dager den enkelte plage varte. De 29 enkeltplagene kan grupperes i fem subskalaer; muskel-skjelettplager (Cronbach's $\alpha = .80$) (hodepine, nakkesmerter, smerter øverst i ryggen, smerter i korsrygg, smerter i armer, smerter i skuldre, smerter i føttene ved anstrengelse og migræne), pseudonevrologi (Cronbach's $\alpha = .73$) (hjertebank, hetetokter, søvnproblemer, tretthet, svimmelhet, angst og depresjon), gastrointestinale plager (Cronbach's $\alpha = .64$) (sure oppstøt, sug eller svie i magen, magesår, mageknip, luftplager, diaré og forstoppelse), allergiske plager (Cronbach's $\alpha = .55$) (astma, brystsmerter, pustevansker, eksem og allergi) og forkjølelse (Cronbach's $\alpha = .69$) (forkjølelse/influenza og hoste)

For hver subgruppe summeres alvorlighetsgradene til hver plage, og dette gir en skår for grad av subjektive helseplager. Det regnes også ut en sumskår (SHC total) ($\alpha = .86$) for alle 29 plager ved å summere alvorlighetsgraden for alle plagene (Eriksen et al. 1999). Det er også vanlig å dele opp plagene dikotomt, ikke plaget (skår 0) og plaget (skår >0), for enkeltplagene, subgruppene og totalt.

4.4 Sosial støtte

Sosial støtte er målt ved spørsmålet: ”Hender det at du føler deg ensom?”. Svaret gis ved fem alternativer (1 = meget ofte, 2 = ofte, 3 = av og til, 4 = meget sjelden, 5 = aldri). Spørsmålet ble spesielt designet til InnvaDiab og er ikke en del av et validert spørreskjema. Svarene ble dikotomisert til: Lite sosial støtte (meget ofte ensom + ofte ensom + av og til ensom) og Mye sosial støtte (meget sjelden ensom + aldri ensom).

4.5 Integreringsmål

Variabler for mål på integrering er selvurdert norskkunnskap, botid i bydelen og utdanning. Selvurdert norskkunnskap ble besvart via spørsmålet ’hvor godt synes du selv du snakker norsk?’. Svaret angis på en 5-punktsskala: 1 = svært godt, 2 = godt, 3 = middels, 4 = litt dårlig, 5 = dårlig.

Botid i bydelen er besvart med antall år av deltageren. Variabelen har blitt dikotomisert til 0=0-15 år og 1=16-35 år. Utdanning er besvart med antall år med skolegang, og ble etterpå dikotomisert til 0 = 0-8 år og 1 = 9-19 år.

4.6 Kontrollvariabler

BMI og alder er benyttet som kontrollvariabler i logistisk regresjonsanalyse. BMI er regnet ut på bakgrunn av måling av vekt og høyde som ble utført ved inklusjon. BMI regnes etter formelen $\text{vekt(kg)}/(\text{høyde i meter})^2$. Variabelen BMI var kategorisert i tre kategorier: 1 = $<25 \text{ kg/m}^2$, 2 = $25\text{-}30 \text{ kg/m}^2$, 3 = $>30 \text{ kg/m}^2$. Alder ble oppgitt av deltakerne selv og var en kontinuerlig variabel.

4.7 Dataanalyse

Det ble benyttet SPSS for Mac, versjon 22, til å utføre statistiske analyser. Kriteriet for å akseptere funn som signifikante ble satt ved p-verdi 0.05.

Faktoranalyse ble gjennomført for å undersøke intern konsistens blant variablene i spørreskjemaet om subjektive helseplager. Verdiene er presentert ved Cronbach’s alpha α .

Deskriptiv statistikk for de kontinuerlige variablene er gitt som gjennomsnittsverdier og variasjonsbredde (range) og for de kategoriske variablene som antall og

prosentandeler. Deskriptive analyser ble i tillegg utført for å studere prevalens av subjektive helseplager.

For å undersøke korrelasjonen mellom variablene i studien ble det utført bivariat korrelasjonsanalyse. Det ble benyttet Spearman's rho for kategoriske variabler (Pallant 2013). Følgende retningslinjer ble brukt når grad av styrke på korrelasjonene skulle avgjøres: svak korrelasjon $r = 0.10$ til 0.29 , moderat korrelasjon $r = 0.30$ til 0.49 , sterk korrelasjon $r = 0.50$ til 1.0 (Pallant 2013).

T-test for uavhengige grupper ble utført for å undersøke forskjell i gruppers gjennomsnitt på den kontinuerlige skår av subjektive helseplager. Resultatene oppgis som gjennomsnitt, standardavvik (sd), p-verdi og t.

Logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for videre utforskning av forholdet mellom de uavhengige variablene integrering og sosial støtte og den avhengige variabelen SHC. De fem subgruppene av SHC ble dikotomisert for plager (Skår = 1, 2 eller 3) og ikke plager (skår = 0), mens SHC total ble dikotomisert ved median split. Variablene alder og BMI ble inkludert i de logistiske regresjonsanalysene på bakgrunn av at de kunne tenkes å ha en effekt på sammenhengen mellom integrering og subjektive helseplager.

4.8 Etiske betraktninger

InnvaDiabstudien ble utført i tråd med Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er en samling etiske prinsipper som skal ligge til grunn ved forskning som omfatter mennesker. Herunder ligger prinsippene om å gi informasjon og få samtykke fra informantene, samt å ivareta informantenes anonymitet og behandle innsamlede data konfidensielt (WMA 2013). Det er også tatt hensyn til at dette kan være en sårbar gruppe, men at gruppen vil kunne ha nytte av den kunnskap som vil komme frem. InnvaDiab er godkjent for bruk av humant biologisk materiale av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det ble ikke søkt NSD for å benytte datamaterialet til dette formålet da det var dekket av den opprinnelige søknaden til REK.

5.0 Resultater

5.1 Deskriptive data

5.1.1 Demografi og bakgrunnsvariabler

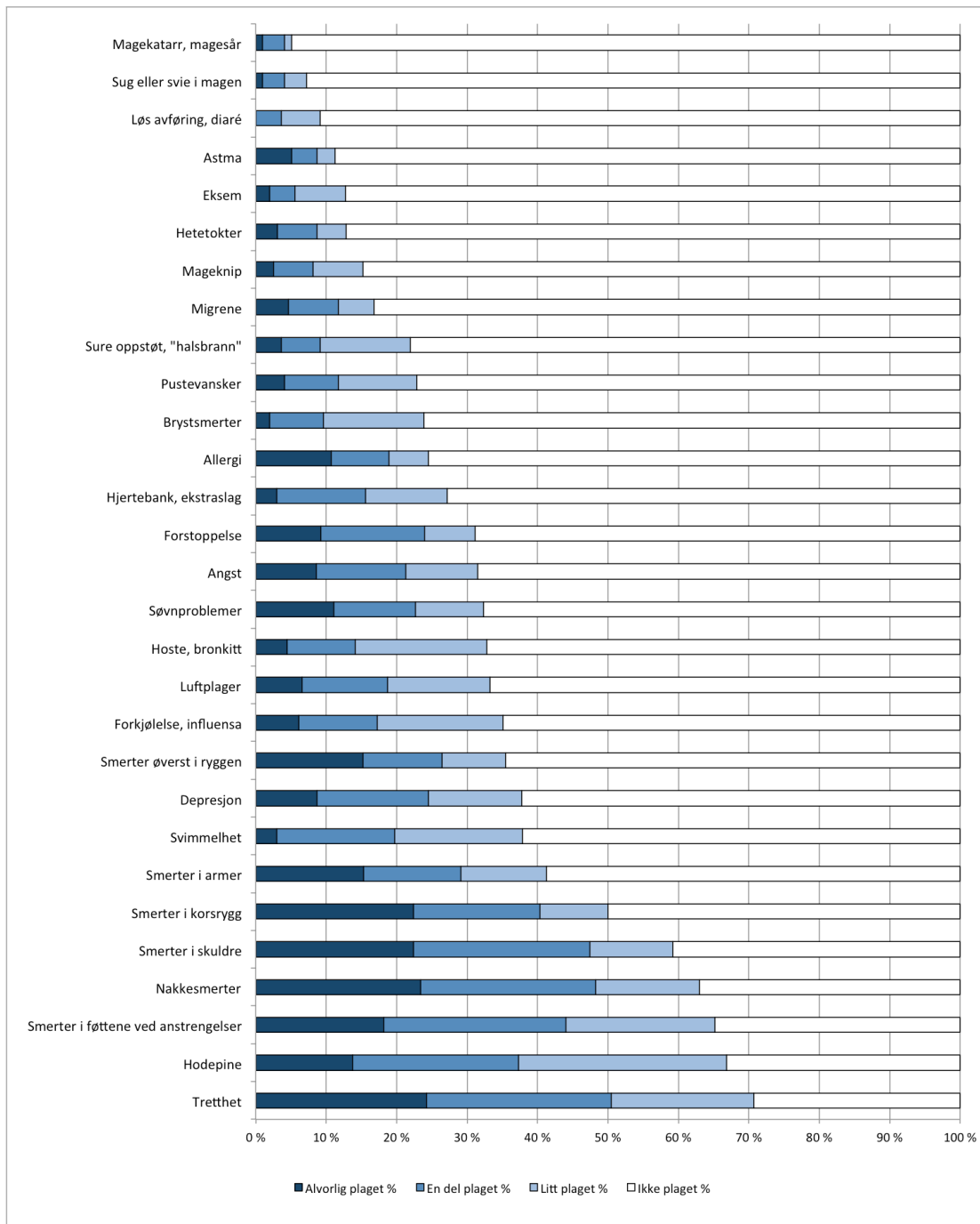
Tabell 1 viser fordelingen for alle deltagere med hensyn til alder, botid i Norge, utdanning, norskkunnskap, sosial støtte, BMI og subjektive helseplager.

Tabell 1: Gjennomsnitt og range for alder, botid i Norge og utdanning blant utvalget (n). Antall og prosent av utvalget (n) for selvvalgt norskkunnskap, sosial støtte, body mass index (BMI) og skår over 0 for subjektive helseplager.

	n	Antall (%)	Gjennomsnitt (range)
ALDER	198		41 (25-62)
BOTID I BYDEL (ant. år)	194		15 (0-35)
UTDANNING (ant. år)	190		9 (0-19)
SELVVURDERT NORSKKUNNSKAP	197		
Svært god		17 (8,6)	
God		28 (14,2)	
Middels		63 (32)	
Litt dårlig		54 (27,4)	
Dårlig		35 (17,8)	
SOSIAL STØTTE (følelse av ensomhet)	196		
Meget ofte ensom		26 (13,3)	
Ofte ensom		26 (13,3)	
Av og til ensom		51 (26)	
Meget sjelden ensom		19 (9,7)	
Aldri ensom		74 (37,8)	
BMI	198		
< 25 kg/m ²		40 (20,2)	
25-30 kg/m ²		80 (40,4)	
> 30 kg/m ²		78 (39,4)	
SUBJEKTIVE HELSEPLAGER (skår over 0)			
Muskel- og skjelettplager	198	187 (94,4)	
Pseudonevrologiske plager	198	164 (82,8)	
Gastrointestinale plager	198	121 (61,1)	
Allergiske plager	198	111 (56,1)	
Influensa/forkjølelsesplager	198	97 (49)	

5.1.2 Subjektive helseplager

Prevalensen av utvalget (n=198) for de som rapporterte en eller flere plager var 96.5%. I tabell 1 vises hvor mange som rapporterer plage (skårer over 0) i de ulike subgruppene. Muskel-skjelettplager var den subgruppen der flest opplevde plager (94,4%). Av 29 mulige subjektive helseplager var gjennomsnittlig antall plager for utvalget (n = 198) 9.2 (SD = 5.3, range 0-26). Figur 1 viser prevalensen av enkeltplagene i utvalget, der tretthet er den plagen flest rapporterer. Gjennomsnittlig antall dager med plager var 4,2.



Figur 1: Prosentvise tilfeller av subjektive helseplager vist ved hvert enkelt plage.

5.2 Bivariate analyser

5.2.1 Korrelasjon

For å vurdere sammenhengen innad mellom de ulike uavhengige variablene og kontrollvariablene og hvordan de korrelerer med subjektive helseplager ble det utført korrelasjonsanalyser. Resultatene fra korrelasjonsanalysen er vist i tabell 2. Analysen viste ingen signifikant korrelasjon mellom integreringsvariablene og de andre variablene bortsett fra en svak, negativ korrelasjon mellom utdanning og allergiske plager ($\rho = -0,152$, $n = 190$, $p < 0,05$). Det var en svak, negativ korrelasjon mellom sosial støtte og gastrointestinale plager ($\rho = -0,271$, $n = 196$, $p < 0,01$), og mellom sosial støtte og SHC total ($\rho = -0,205$, $n = 196$, $p < 0,01$).

Tabell 2: Korrelasjoner mellom variablene undersøkt med Spearman's rho.

	1	2	3	4	5	6
1. Alder	-					
2. BMI	0,120	-				
3. Utdanning	-0,242**	-0,096	-			
4. Norskkunnskap	-0,11	-0,47	0,278**	-		
5. Botid	0,413**	0,041	-0,158*	0,153*	-	
6. Sosial støtte	-0,037	-0,114	0	-0,021	-0,057	-
7. Muskel- og skjelettplager	-0,123	0,178*	-0,085	-0,024	-0,078	-0,058
8. Pseudonevrologiske plager	0,053	0,075	0,071	0,084	0,014	-0,05
9. Gastrointestinale plager	0,137	0,119	-0,073	-0,007	0,002	-0,271**
10. Allergiske plager	0,160*	0,134	-0,152*	-0,059	-0,03	-0,015
11. Influensa/forkjølelsesplager	-0,009	0,139	-0,106	0,017	-0,07	0,009
12. SHC Total	0,163*	0,196**	-0,09	0,067	0,121	-0,205**

** $p < 0,01$ (2-sidig test) * $p < 0,05$ (2-sidig test)

5.2.2 T-test for uavhengige grupper

T-test for uavhengige grupper ble utført for å teste om integreringsvariablene (norsk kunnskap, utdanning og botid) hadde en sammenheng med subjektive helseplager (total og fem subgrupper) (tabell 3, 4 og 5). Det var ingen statistisk signifikante funn.

Tabell 3: Sammenheng mellom norsk kunnskap og SHC total og fem subgrupper.

	Selvurdert norsk kunnskap		t	P-verdi
	Dårlig (n = 89)	God (n = 108)		
	Gjennomsnitt (sd)	Gjennomsnitt (sd)		
SHC Total	17,13 (12,04)	18,98 (12,85)	-1,03	0,303
Muskel- og skjelettplager	7,77 (5,40)	8,63 (6,02)	-1,05	0,295
Pseudonevrologiske plager	4,23 (4,12)	5,27 (4,24)	-1,734	0,085
Gastrointestinale plager	2,35 (3,15)	2,17 (2,66)	0,43	0,665
Allergiske plager	1,81 (2,36)	1,68 (2,32)	0,4	0,693
Influensa/forkjølelsesplager	0,97 (1,32)	1,23 (1,71)	-1,23	0,22

Tabell 4: Sammenheng mellom botid og SHC total og fem subgrupper.

	Botid		t	P-verdi
	0-15 år (n = 109)	16-35 år (n = 84)		
	Gjennomsnitt (sd)	Gjennomsnitt (sd)		
SHC Total	17,31 (11,96)	19,27 (13,31)	-1,07	0,284
Muskel- og skjelettplager	7,85 (5,60)	8,73 (6,02)	-1,05	0,295
Pseudonevrologiske plager	4,47 (3,98)	5,39 (4,47)	-1,51	0,133
Gastrointestinale plager	2,14 (2,77)	2,35 (3,07)	-0,5	0,616
Allergiske plager	1,73 (2,26)	1,73 (2,45)	0,02	0,986
Influensa/forkjølelsesplager	1,12 (1,46)	1,08 (1,64)	0,16	0,873

Tabell 5: Sammenheng mellom utdanning og SHC total og fem subgrupper.

	Utdanning		t	P-verdi
	0-8 år (n = 71)	9-19 år (n = 119)		
	Gjennomsnitt (sd)	Gjennomsnitt (sd)		
SHC Total	19,61 (12,53)	17,41 (12,64)	1,17	0,246
Muskel- og skjelettplager	9,16 (6,20)	7,65 (5,47)	1,75	0,082
Pseudonevrologiske plager	4,92 (4,01)	4,82 (4,37)	0,16	0,875
Gastrointestinale plager	2,31 (2,76)	2,24 (3,02)	0,15	0,885
Allergiske plager	2,02 (2,32)	1,64 (2,37)	1,07	0,287
Influensa/forkjølelsesplager	1,21 (1,64)	1,05 (1,49)	0,69	0,49

T-test for uavhengighet ble også utført for å sammenlikne SHC-skår (total og subgrupper) for gruppene med lite og mye sosial støtte. Det var statistisk signifikant forskjell for SHC total, muskel- og skjelettplager, pseudonevrologiske plager og gastrointestinale plager (tabell 6).

Tabell 6: Sammenheng mellom sosial støtte og SHC total og subgrupper.

	Sosial støtte		t	P-verdi
	Lite (n = 103) Gjennomsnitt (sd)	Mye (n = 93) Gjennomsnitt (sd)		
SHC Total	21,56 (13,87)	14,16 (9,49)	4,39	<0,001
Muskel- og skjelettplager	9,52 (6,09)	6,83 (5,05)	3,35	0,001
Pseudonevrologiske plager	5,93 (4,77)	3,44 (2,98)	4,33	<0,001
Gastrointestinale plager	3,03 (3,33)	1,35 (1,98)	4,21	<0,001
Allergiske plager	1,97 (2,57)	1,47 (2,05)	1,48	0,141
Influenza/forkjølelserplager	1,09 (1,49)	1,12 (1,61)	-0,14	0,889

5.3 Regresjonsanalyser

I tabell 7-12 presenteres resultater fra logistisk regresjonsanalyse. Tabellene viser sannsynlighet for å rapportere plager i forhold til norskkunnskap, botid i bydelen, utdanning og sosial støtte. Det presenteres ujustert og justert effektmål (odds ratio), 95% konfidensintervall og p-verdi. De justerte verdiene er justert for BMI og alder. Det er sett på hver subgruppe av subjektive helseplager og høye verdier (over median) av totale plager.

Verken norskkunnskap, botid eller utdanning var signifikant assosiert med økt eller redusert risiko for å rapportere plager relatert til de fem subskalaene eller høye nivåer av SHC total. Mye sosial støtte var signifikant assosiert med redusert risiko for å rapportere gastrointestinale plager (OR = 0,33; KI = 0,18-0,60; $p < 0,001$) og høyt på SHC total (OR = 0,47; KI = 0,26-0,84; $p = 0,011$) (tabell 9, 12).

Den ujusterte analysen viste at utdanning var signifikant assosiert med allergiske plager, mens den justerte analysen ikke viste signifikant assosiasjon mellom de to (tabell 10).

Tabell 7: Logistisk regresjon for sammenhengen mellom muskel- og skjelettplager og norskkunnskap, botid, utdanning og sosial støtte.

	Ujustert			Justert*		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Selvvurdert norskkunnskap						
Dårlig	1			1		
God	0,8	(0,22-2,93)	0,736	0,88	(0,29-3,44)	0,859
Botid						
0-15 år	1			1		
16-35 år	0,5	(0,14-1,82)	0,289	0,67	(0,16-2,78)	0,585
Utdanning						
0-8 år	1			1		
9-19 år	0,4	(0,08-1,95)	0,258	0,32	(0,06-1,67)	0,174
Sosial støtte						
Lite	1			1		
Mye	0,59	(0,16-2,14)	0,419	0,65	(0,17-2,47)	0,524

*Justert for BMI og alder

OR odds ratio, KI konfidensintervall

Tabell 8: Logistisk regresjon for sammenhengen mellom pseudonevrologiske plager og norskkunnskap, botid, utdanning og sosial støtte.

	OR	Ujustert 95% KI	p-verdi	OR	Justert* 95% KI	p-verdi
Selvvurdert norskkunnskap						
Dårlig	1			1		
God	1,57	(0,74-3,33)	0,238	1,7	(0,79-3,66)	0,173
Botid						
0-15 år	1			1		
16-35 år	1,08	(0,5-2,35)	0,846	1,02	(0,44-2,40)	0,958
Utdanning						
0-8 år	1			1		
9-19 år	1,47	(0,68-3,21)	0,329	1,78	(0,78-4,07)	0,173
Sosial støtte						
Lite	1			1		
Mye	0,77	(0,37-1,61)	0,481	0,79	(0,37-1,67)	0,537

*Justert for BMI og alder

OR odds ratio, KI konfidensintervall

Tabell 9: Logistisk regresjon for sammenhengen mellom gastrointestinale plager og norskkunnskap, botid, utdanning og sosial støtte.

	OR	Ujustert 95% KI	p-verdi	OR	Justert* 95% KI	p-verdi
Selvvurdert norskkunnskap						
Dårlig	1			1		
God	0,97	(0,55-1,73)	0,922	1,05	(0,58-1,89)	0,875
Botid						
0-15 år	1			1		
16-35 år	1,01	(0,56-1,80)	0,982	0,77	(0,40-1,48)	0,438
Utdanning						
0-8 år	1			1		
9-19 år	0,73	(0,40-1,35)	0,313	0,87	(0,46-1,65)	0,671
Sosial støtte						
Lite	1			1		
Mye	0,32	(0,18-0,58)	<0,001	0,33	(0,18-0,60)	<0,001

*Justert for BMI og alder

OR odds ratio, KI konfidensintervall

Tabell 10: Logistisk regresjon for sammenhengen mellom allergiske plager og norskkunnskap, botid, utdanning og sosial støtte.

	OR	Ujustert 95% KI	p-verdi	OR	Justert* 95% KI	p-verdi
Selvvurdert norskkunnskap						
Dårlig	1			1		
God	0,79	(0,45-1,40)	0,411	0,84	(0,47-1,50)	0,547
Botid						
0-15 år	1			1		
16-35 år	0,89	(0,50-1,57)	0,673	0,66	(0,34-1,26)	0,204
Utdanning						
0-8 år	1			1		
9-19 år	0,52	(0,28-0,96)	0,037	0,6	(0,32-1,13)	0,116
Sosial støtte						
Lite	1			1		
Mye	0,94	(0,54-1,66)	0,836	1,03	(0,58-1,85)	0,912

*Justert for BMI og alder

OR odds ratio, KI konfidensintervall

Tabell 11: Logistisk regresjon for sammenhengen mellom influensa/forkjølelsesplager og norskkunnskap, botid, utdanning og sosial støtte.

	Ujustert			Justert*		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Selvvurdert norskkunnskap						
Dårlig	1			1		
God	1,07	(0,61-1,88)	0,814	1,06	(0,60-1,89)	0,843
Botid						
0-15 år	1			1		
16-35 år	0,75	(0,43-1,33)	0,331	0,71	(0,38-1,35)	0,302
Utdanning						
0-8 år	1			1		
9-19 år	0,64	(0,36-1,16)	0,145	0,63	(0,34-1,17)	0,141
Sosial støtte						
Lite	1			1		
Mye	1,04	(0,59-1,82)	0,898	1,15	(0,64-2,04)	0,645

*Justert for BMI og alder

OR odds ratio, KI konfidensintervall

Tabell 12: Logistisk regresjon for sammenhengen mellom SHC total og norskkunnskap, botid, utdanning og sosial støtte.

	Ujustert			Justert*		
	OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Selvvurdert norskkunnskap						
Dårlig	1			1		
God	1,31	(0,75-2,30)	0,349	1,48	(0,82-2,68)	0,193
Botid						
0-15 år	1			1		
16-35 år	1,63	(0,92-2,90)	0,094	1,3	(0,68-2,46)	0,427
Utdanning						
0-8 år	1			1		
9-19 år	0,69	(0,38-1,24)	0,217	0,88	(0,47-1,65)	0,682
Sosial støtte						
Lite	1			1		
Mye	0,44	(0,25-0,77)	0,004	0,47	(0,26-0,84)	0,011

*Justert for BMI og alder

OR odds ratio, KI konfidensintervall

6.0 Diskusjon

6.1 Oppsummering av resultatene

Studien viste at til tross for relativt lang botid i bydel, var det få deltakere som vurderte seg selv som svært god eller god i norsk. 80% av utvalget hadde en BMI over 25 kg/m², som tilsvarer overvekt eller fedme. Studien viste at det var en høy prevalens av subjektive helseplager blant utvalget, 96,5 % rapporterte en eller flere plager. Den mest rapporterte subgruppen var muskel- og skjelettplager, mens de mest rapporterte enkeltplagene var tretthet, hodepine, smerter i føttene ved anstrengelser, nakkesmerter og smerter i skuldre. Det var ingen signifikant sammenheng mellom norskkunnskap, botid i bydelen, utdanning og subjektive helseplager. Mye sosial støtte var signifikant assosiert med redusert risiko for å rapportere gastrointestinale plager og høyt på SHC total.

6.2 Forklaringer av studiens resultater

6.2.1 Demografi og karakteristika

198 kvinner deltok i studien, og 41 år var gjennomsnittsalderen. De hadde gjennomsnittlig 9 års utdanning. Tall fra SSB (2014) viser at 27% av den norskfødte befolkningen i Norge har grunnskole eller lavere som sitt høyeste utdanningsnivå, mens 45% av alle innvandrere fra Pakistan har grunnskole eller lavere som sitt høyeste utdanningsnivå. Utdanningsnivået for kvinnene i denne studien stemmer overens med hva man ser for pakistanere i Norge, og det er betydelig lavere enn hva man ser for norskfødte.

Botid i bydel og norskkunnskaper var svakt korrelert. Dette er naturlig da lengre botid gir bedre tid til å lære seg norsk. Til tross for denne svake korrelasjonen var det relativt få som snakket godt norsk. Dette samsvarer med tidligere studier der de fant at omkring 25% av ikke-vestlige innvandrere med over 20 års botid i Norge opplevde at de trengte bedre norskferdigheter (IMDi 2008). Henriksen (2007) peker på at pakistanske innvandregrupper ikke fanges opp av introduksjonskurs og dette kan være en av årsakene til at de med lang botid fortsatt ikke snakker godt norsk.

80% av kvinnene var overvektige eller hadde fedme. Kumar (2008) fant liknende resultater for pakistanske kvinner i Oslo, det samme gjorde Råberg et al (2009).

3 av 10 av deltagerne var meget ofte eller ofte ensomme. Andre studier viser også at ikke-vestlige innvandrere er mer ensomme enn nordmenn (Blom & Henriksen 2008; Syed et al. 2006a).

6.2.2 Prevalens av subjektive helseplager

Prevalensen for å ha rapportert en eller flere subjektive helseplager var lik for dette utvalget og et utvalg av norske kvinner (Ihlebak et al. 2002). Dette gjenspeiler det faktum at det er mer normalt å ha en plage, enn å ikke ha en plage (Ursin & Eriksen 2007). Forekomst av plager for subskalaene er høyere blant denne gruppen kvinner enn for kvinner i normalbefolkningen (Eriksen et al. 1998). Unntaket var for gastrointestinale plager, der plageprevalensen var lik som i normalbefolkningen. Dette stemmer ikke overens med tidligere funn som viser at innvandrere har lavere forekomst av mageplager enn den norske befolkningen (Blom & Henriksen 2008). Årsaken til at det kan være variasjoner fra andre studier er at man skal angi plager over de siste 30 dagene, og plager i mageregionen kan variere mye over tid.

Muskel-skjelettplager var som nevnt rapportert av en stor del av deltagerne. Kumar (2008) fant at selvrapporterte muskelskjelettplager blant innvandrergrupper var omtrent tre til åtte ganger høyere enn hos den norske befolkningen, forskjellen var særlig stor for kvinner. For sykdommer i skjelett-muskelsystemet rapporterte ikke-vestlige innvandrere og nordmenn omtrent like høy prevalens (Blom & Henriksen 2008). Dette kan tyde på at når man får rapportere subjektive plager selv får man et annet bilde enn når det spørres om sykdom/diagnose.

De mest rapporterte enkeltplagene for deltagerne i studien samsvarer med andre studier (Ihlebak et al. 2002; Lind et al. 2005), med unntak av smerter i føttene ved anstrengelser. Høy forekomst av smerter i føttene kan komme av gruppens høye BMI, eller at denne gruppen har dårligere fysisk form enn nordmenn (Kumar 2008). Det var også en betydelig høyere prevalens av de pseudonevrologiske enkeltplagene depresjon og angst hos utvalget enn hos den norske kvinnelige befolkningen (Ihlebak et al. 2002). En svensk studie fant at innvandrere rapporterer mer depresjon og angst enn svenskene (Soares & Grossi 1999). Annen forskning har også funnet at ikke-vestlige innvandrerkvinner har dårligere mental helse enn den øvrige befolkningen (Dalgard et al. 2006; Thapa & Hauff 2005). Dette kan være relatert til utvalgets høye

BMI. Overvekt er kjent at kan være assosiert med helseproblemer og depresjon (Pi-Sunyer 2009; Wang et al. 2013).

6.2.3 Kan integrering eller sosial støtte forklare subjektive helseplager?

Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom integreringsvariablene, norskkunnskaper, utdanning og botid i bydelen, og subjektive helseplager i denne studien, selv om utdanning tidligere har vist seg å være assosiert med subjektive helseplager for norske kvinner (Ihlebak & Eriksen 2003).

Til tross for at integreringsvariablene som ble benyttet i denne studien ikke hadde sammenheng med subjektive helseplager, kan man ikke utelukke at andre aspekter ved integrering har det. Wiking et al. (2004) antyder at integrering er en viktig faktor relatert til innvandreres dårlige selv-rapporterte helse. Det å være innvanderer er ofte forbundet med dårligere helse (Blom & Henriksen 2008). Ikke-vestlige innvandrere har mer negative mestringsstrategier enn de som er født i landet (Dalgard & Thapa 2007; Gåfvæls & Wändell 2007), og dette kan resultere i en følelse av håpløshet eller hjelpeløshet i møte med en ny kultur. En slik følelse av stress, hjelpeløshet eller håpløshet som vedvarer over tid kan føre til allostatisk overbelastning og en svekkelse av kroppens motstandsapparat (Getz et al. 2011). Vedvarende stress på grunn av lav mestringsforventning er antydning å kunne føre til subjektive helseplager gjennom psykobiologisk respons (Eriksen & Ursin 2002a; Eriksen & Ursin 2004; Ursin & Eriksen 2007).

Det ble funnet en statistisk signifikant lavere odds ratio for å rapportere gastrointestinale plager og høye nivåer av SHC total ved mye sosial støtte. Dette samsvarer med andre studier som viser at sosial støtte har sammenheng med bedre helse (Schwarzer et al. 2004; Singh et al. 2015). Dalgard et al. (1995) påpeker at sosial støtte kan virke som en buffer ved å styrke individets mestringssevne. På denne måten vil individet ha en positiv mestringsforventning i møte med en stressende situasjon og følgelig kun ha en kortvarig stressrespons som ikke vil være sykkelig eller føre til allostatisk overbelastning (McEwen & Getz 2013).

Den høye prevalensen av subjektive helseplager kan også være relatert til deres lave sosiale klasse (Syed et al. 2006b). Mennesker med lav sosioøkonomisk status har

større sjans for å rapportere muskel-skjelettplager (Brekke et al. 2002). Gruppen vår har lavt utdanningsnivå, og innvandrere har oftere lav sosioøkonomisk status (Blom & Henriksen 2008). Kristenson et al (2004) peker på at vedvarende aktivering og allostatisk overbelastning er mer vanlig hos mennesker med lav sosioøkonomisk status fordi de ser sine liv som mer vanskelige.

6.3 Metodiske betraktninger

En studie er ikke bedre enn sitt design og målingenes kvalitet (Svensson et al. 2007). Målinger av variabler skal være valide, riktige og ha høy presisjon. Videre følger en diskusjon av studiens metodiske styrker og svakheter.

Studien hadde til hensikt å frembringe kunnskap om pakistanske innvandrerkvinnens prevalens av subjektive helseplager og om det har en sammenheng med integrering og sosial støtte. En kvantitativ tilnærming til dataene ble vurdert som mest hensiktsmessig. Denne tilnærmingen benyttes blant annet når man ønsker å beskrive, kartlegge og se på sammenhenger (Harboe 2006). Videre har studien designet til en tverrsnittstudie. Tverrsnittstudier er egnet til å beskrive prevalens av en tilstand, det er mulig å studere flere ulike variabler og det er hypotesegenererende (Veierød & Thelle 2007).

6.3.1 Validitet

Validitet handler om vi har målt det vi ønsker å måle. Validitet er viktig for at forskningsresultater skal være pålitelige og generaliserbare (Laake et al. 2007). Det skilles mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet kan svekkes av seleksjonsskjevhet, informasjonsskjevhet og statistisk validitet, mens ekstern validitet påvirkes av den interne. Ekstern validitet er viktig for å kunne bestemme om deltakerne av studien er representative for den befolkningen de er hentet fra (Hjartåker & Lund 2007).

Intern validitet

Rekrutteringsmetoden kan ha ført til seleksjonsskjevhet. Seleksjonsskjevhet kan gi konsekvenser for beregning av effektmålet, og at muligheten for å generalisere funnene svekkes (Hjartåker & Lund 2007; Veierød & Thelle 2007). Et hvert medlem av den populasjonen som en ønsker å generalisere for bør ha like stor sjans for å bli

med i studien (Bjørndal & Hofoss 2012). Deltagerne til studien ble rekruttert fra flere arenaer for å sikre et mest mulig representativt utvalg, men man vet ingenting om ikke-deltagere. Den kan være fare for at det har oppstått en ”friskhetseffekt”.

Friskhetseffekten går ut på at helsebevisste personer gjerne er mer motiverte til å delta i studier enn personer som er mindre opptatt av helse og kanskje også har dårligere helse (Veierød & Thelle 2007). Kanskje er ikke-deltagerne mindre integrerte, eller har mer subjektive helseplager enn utvalget i denne studien.

Informasjonsskjevhet er et resultat av at respondentene oppgir feilaktige svar eller at det gjøres feil under innsamlingen, eller ved registrering av informasjon (Laake et al. 2007). Spørreskjemaet Subjective Health complaints som er benyttet i denne studien gir god informasjon om det man ønsker å vite, nemlig personens egen opplevelse av helesplager (Ihlebak et al. 2004). Validiteten er testet på den norske befolkningen (Ihlebak et al. 2007), men det er usikkerhet knyttet til om SHC-spørreskjemaet passer til pakistanske innvandrerkvinner. På den annen side har spørreskjemaet tidligere blitt brukt i ulike kulturer og land og viser at forekomst av plager er relativt lik (Eriksen et al. 2004; Wilhelmsen et al. 2007). På tross av dette, bør det fortsatt vises forsiktighet da innvandrere kan ha ulike forståelser av begreper knyttet til helse enn det som er den norske normen, og fordi ikke alle behersket det norske språket like godt.

Informasjonsskjevhet kan også være et problem i denne studien på grunn av at det ble snakket mange ulike språk og det ble benyttet tolk. For å forhindre informasjonsbias ble det benyttet ulike tolker, og det ble gjort krysstester av informasjonen (Hjellset et al. 2011). Spørreskjemaet var ikke oversatt til urdu, punjabi eller engelsk, og kommunikasjonen med deltagere ble gjort gjennom tolker, og ved å ha en tredje person som kunne alle språkene til å observere flere av intervjuene. Likevel kan det være en mulighet for at det har oppstått skjevheter i informasjonsflyten fra intervjuere til respondentene. For å minimere dette problemet var alle intervjuere flerspråklige, de hadde vokst opp og bodde i to kulturer og snakket språkene svært bra. Det beste hadde vært om deltagerne kunne lest informasjonen selv, men mange kunne ikke lese eller skrive så det var ikke et alternativ.

Forskningens validitet trues ved bruk av feilaktige metoder. Validiteten er avhengig av at vi bruker riktige effektmål og riktige statistiske tester og at vi justerer for riktige konfunderende variabler. Veierød og Thelle (2007) antyder at regresjonsmetodene er

sentrale ved tversnittstudier. Derfor er logistisk regresjon benyttet ved dikotome responsvariabler. Konfundering kan skape forvirring både ved å skape en tilsynelatende sammenheng mellom to forhold og ved at det kan føre til at en sammenheng som egentlig eksisterer, ikke kommer til syne (Bjørndal & Hofoss 2012). I denne studien ble det justert for høyde og BMI, men det er stor sannsynlighet for at det er flere variabler som påvirker både utfallsvariabelen og eksponeringsvariablene. Dette kan tenkes å være blant annet arbeid, inntekt, psykisk helse og sivilstatus. Diskriminering er foreslått som en annen faktor (Wiking et al. 2004).

Grensen for statistisk signifikans ble satt ved 0,05, uttrykt som $p < 0,05$. Dette betyr at hvis p-verdien er mindre enn 0,05 er det mindre enn 5% sjanse for at resultatene er tilfeldige. For noen tester er konfidensintervallet inkludert. Konfidensintervallet sier noe om spredningen i gruppen. Dersom vi får $p < 0,05$ kan vi si at det sanne svaret ligger mellom konfidensintervallet med 95% sikkerhet (Pallant 2013). Et lavt antall deltagere, gir større konfidensintervall (Pallant 2013). Det kan være et problem i denne studien fordi det var få personer i hver gruppe, men deltagerantallet ble beregnet for Innvadiabstudien som tilstrekkelig.

Operasjonalisering

Operasjonalisering handler om begrepene som ble brukt i studien, om de målte det man ønsket å måle, og om målene gjenspeiler virkeligheten. I denne studien var det ønskelig å se på integrering og sosial støtte som uavhengige variabler. Det finnes ingen standardiserte mål på integrering, og få studier vurderer integrering som et eget mål, men ser på ulike livsstils- og sosioøkonomiske variabler når de studerer innvandrere slik at de fungerer som indirekte mål på integrering (Dalgard et al. 2006; Råberg et al. 2009; Syed et al. 2006a; Syed et al. 2006b; Thapa & Hauff 2005; Wandel et al. 2007; Wiking et al. 2004). I denne studien ble de tre variablene norskkunnskaper, utdanning og botid i nåværende bydel valgt som mål på integrering. I følge regjeringen skal integrering være en del av innvandreres vei inn i det norske samfunnet (NOU 2011:14), og de tre nevnte variablene vil alle ha noe å si for å finne denne veien.

Botid i Norge benyttes i flere studier som omhandler integrering (Råberg et al. 2009; Thapa & Hauff 2005). I denne studien ble det benyttet botid i bydel, da botid i Norge var uklart. Ved å bruke botid i bydel er det fare for at de som har bodd lenge i Norge, men akkurat flyttet til bydelen og er godt integrerte, oppfattes som mindre integrerte. På den annen side flytter de fleste pakistanere direkte til Oslo der det allerede er et stort pakistansk miljø, særlig i bydel Søndre Nordstrand hvor utvalget er hentet fra (Henriksen 2007). Med dette kan man anta at botid i Norge og botid i bydel ikke vil variere mye for hele utvalget samlet.

Om man er i betalt arbeid er et vanlig mål på integrering. Spørreskjemaet fra Innvadiab hadde spørsmål om dette, men denne variabelen ble valgt bort da få av kvinnene arbeidet i det hele tatt, enkelte hadde ubetalt arbeid og enkelte var uvillige til å oppgi informasjon om dette. År med utdanning ble valgt inn i stedet for arbeid, fordi utdanning vil påvirke yrkeskarriere og mange psykososiale faktorer (Elstad 2008). I tillegg kan utdanning si noe om evnen til å integrere seg i samfunnet. De som har lengre utdanning har enklere for å få seg arbeid og lære seg språket for å få jobb eller via jobb.

Sosial støtte er målt ved variabelen 'hvor ofte føler du deg ensom'. I følge Folkehelseinstituttet (2014) kan sosial støtte ses på som det motsatte av ensomhet, og følgelig et godt mål på mye eller lite sosial støtte. Det finnes andre spørreskjema som er godt kjent til å måle sosial støtte, men de ble ikke inkludert i Innvadiabstudien. Det kunne ha vært hensiktsmessig å få informasjon om individet har strukturell støtte, i form av tilgjengelige potensielle støttespillere. Ensomhetsspørsmålet vil på sin side få frem ensomhet uavhengig av sivilstatus, arbeidsstatus eller antall familiemedlemmer, da det ikke er sikkert at man føler sosial støtte og lite ensomhet selv om man er omringet av mange folk.

Ekstern validitet

For å kunne generalisere studiens resultater er det viktig at den interne validiteten er god. Den interne validiteten er diskutert i avsnittet over. Det ser ut til at utvalget er så representativt som mulig, men det er større usikkerhet knyttet til om SHC-spørreskjemaet er tilpasset denne gruppen. Uti fra den tidligere diskusjon bør studien

kunne generaliseres for pakistanske innvandrerkvinner, men det bør vises forsiktighet i forhold til å generalisere for alle ikke-vestlige innvandrerkvinner.

6.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet er et mål på i hvor stor grad gjentatte målinger gir samme resultat (Svensson et al. 2007). For spørreskjemaet Subjective Health Complaints ble Cronbach's alpha målt og vist i avsnitt 4.3.1. Cronbach's alpha måler instrumentets interne konsistens og sier noe om spørsmålene måler den samme underliggende egenskapen (Pallant 2013). Verdier for Cronbach's alpha ligger mellom 0 og 1, der høyere verdier indikerer større reliabilitet. Det er foreslått en verdi på 0,7 for å sikre reliabilitet, men for skalaer som har færre enn 10 komponenter kan man godta en lavere verdi (Pallant 2013). Cronbach's alpha i denne studien var veldig lik Cronbach's alpha for samme spørreskjema i andre studier (Eriksen et al. 1999; Ihlebæk et al. 2002). Det er gjort test-retester som viser at SHC-skjemaet har høy reliabilitet (Eriksen et al. 1997).

6.4 Styrker og svakheter

En av denne studiens styrker er at den har designet til en tverrsnittstudie. Det gjør at det er en lite ressurskrevende studie og den var enkel å gjennomføre. En annen styrke er at Innvadiabstudien ble utført av en gruppe som har arbeidet med pakistanske innvandrerkvinner før og det er sannsynlig at de har utarbeidet en god protokoll i forhold til innsamling av data fra denne gruppen. Det er også en styrke at en stor del (80,8%) av de spurte kvinnene ønsket å delta.

En styrke med studien er det er benyttet et spørreskjema for subjektive helseplager som har god reliabilitet og validitet, selv om det ikke er validert for pakistanske kvinner. Skjemaet er derfor nøye utformet slik at det er enkelt å svare på for deltagerne og enkelt å lese av for forskerne.

En svakhet ved bruk av tverrsnittstudier er at de kan si noe om sammenheng, men ikke noe om kausale sammenhenger (Veierød & Thelle 2007). Derfor er regresjonsmodell brukt for å si noe om sammenhengen. Det er ikke kontrollert for alle tenkelige konfunderende variabler i studien, og det kan medføre en svakhet (Laake et al. 2007). Det kan også være en ulempe at tilstander av kort varighet, der individene blir raskt

friske, slik som ved subjektive helseplager, vil ha mindre sannsynlighet for å bli påvist ved en tverrsnittsundersøkelse (Veierød & Thelle 2007).

Sesongen for datainnsamling kan ha noe å si for de subjektive helseplagene. Allergiske plager og forkjølelses- og influensaplager vil ofte være relatert til sesong, og det kan ha påvirket rapporteringen av disse plagene.

Konfidensialiteten for deltagere kan ha vært et problem, men intervjuerne og de som observerte var fra ulike områder i Oslo og fra ulike sosiale klasser. Det var en styrke at det ble brukt tolker for å bøte på manglende oversetting av spørreskjemaet, og at rekrutteringen ble gjort ved flere arenaer og per telefon slik at de som ikke kunne lese eller skrive kunne bli inkludert.

7.0 Konklusjon

Denne studien viste ingen sammenheng mellom integreringsvariablene og subjektive helseplager. Studien viste at utvalget kom dårlig ut i forhold til utdanning og norskkunnskap og at disse variablene har tilknytning til sosioøkonomisk status og lav mestringsfølelse. Ved bruk av teori om stress og allostase, kom det frem at lav sosioøkonomisk status og lav mestringsfølelse kan føre til subjektive helseplager gjennom en psykobiologisk rute og en overlast av kroppens funksjoner (Getz et al. 2011; Ursin & Eriksen 2004). Det er allikevel ikke tydelig hvilke variabler som direkte fører til dette.

Det kan fortsatt være karakteristikk ved den pakistanske innvandrerbefolkningen som fører til vedvarende stress og dermed subjektive helseplager. Mulige forklaringer kan være at pakistanske kvinner har flere barn enn norske kvinner, det er lavere sysselsetting blant pakistanske førstegangsinnvandrere enn gjennomsnittlig for alle innvandrere fra Asia og blant alle ikke-vestlige innvandrere, pakistanere har også lavere gjennomsnittsinntekt enn mange andre innvandrergrupper, dette gjelder særlig for kvinner (Henriksen 2007). Det er også slik at forskning har pekt på at diskriminering er en viktig sti mellom innvandrer og helse (Wiking et al. 2004). En annen ting som ikke er tatt opp i denne studien er at det å være innvandrer ikke nødvendigvis gir dårlig helse via en direkte rute, men det kan gå indirekte, via atferd (Kristenson et al. 2004).

Det ble funnet at mye sosial støtte har en sammenheng med å rapportere mindre subjektive helseplager. Dette er et viktig funn fordi det kan øke oppmerksomheten omkring det å skulle legge til rette for sosiale møteplasser for innvandrere. Det er tydelig at sosial støtte er en viktig faktor for helsen (Dalgard et al. 1995), og det må det tas enda mer hensyn til.

Det er mye tallbasert forskning som støtter opp om at innvandrere har dårligere helse enn resten av befolkningen (Abebe 2010; Attanapola 2013; Blom 2008; Henriksen 2007; Kumar 2008), og det har vært kjent relativt lenge. Kanskje trengs det mer ”myke” data for å finne ut om det er noen aspekter ved innvandrernes liv og integreringsprosessen som ikke har fått fortjent oppmerksomhet. Det kan være nyttig å spørre innvandrerne selv hva de mener bør gjøres. Det kan være hensiktsmessig å få

vite hvordan opplevelsen av å skulle integreres er, hvordan det føles å ha lav utdanning, å snakke norsk dårlig eller ha lav sosial støtte. Det er viktig å få kunnskap om hva innvandrerne selv tror påvirker helsen deres.

Det er ønskelig at folkehelsen skal bli best mulig, også for innvandrere. Det er gjennom denne og liknende studier at vi kan finne veier til bedre helse for flere. Ved kunnskap om årsaken til noens dårlige helse, kan vi finne ut hva som gir god helse og gi mennesker tilgang på de verktøy som gir dem evne til å få best mulig helse (WHO 1986). Gjennom dette arbeidet kan de oppnå bedre mestringsfølelse, mindre stress, mindre aktivering og på sikt bedre helse. Dette er også i tråd med Hjort (1982), Fugelli & Ingstad (2001) og Whitehead & Dahlgren (2006) sine definisjoner på hva helse er - at man skal mestre.

Det er viktig å få kunnskap om hva som fører til subjektive helseplager da de utgjør en stor utgift for helsevesenet og reduserer livskvalitet for mange personer (Eriksen et al. 1999). I denne studien er det kommet frem at forekomsten av subjektive helseplager kan være knyttet til lav sosial støtte, lav sosioøkonomisk status og variabler relatert til andre områder av integrering enn de som er brukt i denne studien. Denne informasjon vil være nyttig i forhold til å forske videre på hva som påvirker subjektive helseplager hos innvandrere. Det trengs mer kunnskap om hva som fører til at innvandrere har dårligere helse enn den øvrige befolkningen, slik at en kan minske de sosiale ulikhetene i helse som er både urettferdige og unødvendige (Whitehead & Dahlgren 2006).

Referanseliste

- Abebe, D. S. (2010). Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review. *NAKMI report*, 2/2010. Oslo: NAKMI - Norwegian Center for Minority Research. 80 s.
- Attanapola, C. T. (2013). Migration and Health - A literature review of the health of immigrant populations in Norway. *Mangfold og Inkludering*, 2013. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology (NTNU). 54 s.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109: 243-258.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2012). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. 269 s.
- Blom, S. (2008). Innvandreres helse 2005/2006. *Rapporter 2008/35*. Statistisk sentralbyrå. 62 s.
- Blom, S. & Henriksen, K. (2008). Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006. *Rapporter*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå. 140 s.
- Bottomley, C., Nazareth, I., Torres-González, F., Svab, I., Maaros, H.-I., Geerlings, M. I., Xavier, M., Saldivia, S. & King, M. (2009). Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196 (1): 13-17.
- Brekke, M., Hjortdahl, P. & Kvien, T. K. (2002). Severity of musculoskeletal pain: relations to socioeconomic inequality. *Social Science & Medicine*, 54 (2): 221-228.
- Carlerby, H., Viitasara, E., Knutsson, A. & Gådin, K. G. (2011). Subjective health complaints among boys and girls in the Swedish HBSC study: focussing on parental foreign background. *International Journal of Public Health*, 56: 457-464.
- Choudry, U. K. (2001). Uprooting and Resettlement Experiences of South Asian Immigrant Women. *Western Journal of Nursing Research*, 23 (4): 376-393.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2): 310-357.
- Cooper, H. (2002). Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 54: 693-706.
- Dahl, E. (2002). Health inequalities and health policy: The Norwegian case. *Norsk Epidemiologi*, 12 (1): 69-75.
- Dalgard, O. S., Bjørk, S. & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166 (1): 29-34.
- Dalgard, O. S., Thapa, S. B., Hauff, E., McCubbin, M. & Syed, H. S. (2006). Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47 (6): 551-558.
- Dalgard, O. S. & Thapa, S. B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3 (24).
- Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognrørd, M. & Aarø, L. E. (2011). Bedre fører var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. I: Major, E. F. (red.). *Rapport 2011:1*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Einarsen, K. J. (2013). Språket - første skritt mot integrering. *Samfunnsspeilet*, 27 (5): 51-55.
- Elstad, J. I. (2008). Utdanning og helseulikheter. Oslo: Helsedirektoratet. 150 s.

- Eriksen, H. R., Olff, M. & Ursin, H. (1997). The CODE: A revised battery for coping and defense and its relations to subjective health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38: 175-182.
- Eriksen, H. R., Svendsrød, R., Ursin, G. & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *European Journal of Public Health*, 8: 294-298.
- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C. & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27 (1): 63-77.
- Eriksen, H. R. & Ihlebæk, C. (2002). Subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43: 101-103.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2002a). Sensitization and subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43 (2): 189-196.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2002b). Social inequalities in health: Biological, cognitive and learning theory perspectives. *Norsk Epidemiologi*, 12 (1): 33-38.
- Eriksen, H. R., Hellenes, B., Staff, P. & Ursin, H. (2004). Are subjective Health Complaints a Result of Modern Civilization? *International Journal of Behavioral Medicine*, 11 (2): 122-125.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56: 445-448.
- FHI. (2014). *Sosial støtte og ensomhet - faktaark*: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=69765> (lest 10.04.2015).
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24.06.2011*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (lest 05.05.2015).
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121 (30): 3600-3604.
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131 (7): 683-687.
- Gåfvels, C. & Wändell, P. E. (2007). Coping strategies in immigrant men and women with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76: 269-278.
- Harboe, T. (2006). Kvalitative og kvantitative metoder. I: *Indføring i samfunnsvidenskabelig metode*, s. 31-39. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening (WMA)*. (2013). Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/emner/andre-emner/etikk/internasjonalt/helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/> (lest 25.02.2015).
- Henriksen, K. (2007). Fakta om 18 innvandrergupper i Norge. *Rapporter*, 2007/29. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. 219 s.
- Hjartåker, A. & Lund, E. (2007). Kohortstudier. I: Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (red.) *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*, s. 185-209. Oslo: Gyldendal.
- Hjellset, V. T., Ihlebæk, C. M., Bjørge, B., Eriksen, H. R. & Høstmark, A. T. (2011). Health-Related Quality of Life, Subjective Health Complaints, Psychological Distress and Coping in Pakistani Immigrant Women With and Without the Metabolic Syndrome. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13: 732-741.
- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen, P. E. (red.) *Helsepolitikk og helseadministrasjon*, s. 11-30. Oslo: Tanum-Norli.

- Høydahl, E. (2008). Vestlig og ikke-vestlig - ord som ble for store og gikk ut på dato. *Samfunnsspeilet*, 22 (4): 66-69.
- Ihlebak, C., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 20-29.
- Ihlebak, C. & Eriksen, H. R. (2003). Occupational and social variation in subjective health complaints. *Occupational Medicine*, 53: 270-278.
- Ihlebak, C., Brage, S. & Eriksen, H. R. (2007). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occupational Medicine*, 57: 43-49.
- Ihlebak, C. M., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2004). SHC - et måleinstrument for subjektive helseplager. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 41: 385-387.
- IMDi. (2008). Integrert, men diskriminert - en undersøkelse blant innvandrere fra Afrika, Asia, Øst-Europa og Sør- og Mellom-Amerika. *IMDi-rapport*, 9-2008. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. 80 s.
- IMDi. (2012). Integreringsbarometeret 2012. Holdninger til innvandring, integrering og mangfold. Oslo: Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet. 47 s.
- Kristenson, M., Eriksen, H. R., Sluiter, J. K., Starke, D. & Ursin, H. (2004). Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science & Medicine*, 58: 1511-1522.
- Kumar, B. N. (2008). The Oslo Immigrant Health Profile. *Rapport*, 2008:7. Oslo: Folkehelseinstituttet. 59 s.
- Lind, R., Arslan, G., Eriksen, H. R., Kahrs, G., Haug, T. T., Florvaag, E. & Berstad, A. (2005). Subjective Health Complaints and Modern Health Worries in Patients with Subjective Food Hypersensitivity *Digestive Diseases and Sciences*, 50 (7): 1245-1251.
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (2007). Epidemiologisk og klinisk forskning. I: Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (red.) *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*, s. 33-44. Oslo: Gyldendal Akademisk
- McEwen, B. S. & Getz, L. (2013). Lifetime experiences, the brain and personalized medicine: An integrative perspective. *Metabolism*, 62: 20-26.
- McKenzie, K. & Harpham, T. (2006). Meanings and uses of social capital in the mental health field. I: McKenzie, K. & Harpham, T. (red.) *Social Capital and Mental Health*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Meld. St. 6 (2012-2013). *En helhetlig integreringspolitikk - Mangfold og fellesskap*. Bergen: Det Kongelige barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. 150 s.
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. 183 s.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. Bergen: Det Kongelige helse- og omsorgsdepartementet. 201 s.
- Nasjonalt strategi om innvandreres helse 2013-2017. *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 41 s.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2007). Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. I: Næss, Ø., Rognerud, M. & Strand, B. H. (red.) *Rapport*, 2007:1. Oslo. 68 s.
- Nimnuam, C., Hotopf, M. & Wessely, S. (2000). Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *The Quarterly journal of medicine*, 93: 21-28.

- NOU 1997:7. *Piller, prioritering og politikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 248 s.
- NOU 2011:14. *Bedre integrering - Mål, strategier, tiltak*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. 438 s.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual - A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 5. utg. Maidenhead: Open University Press. 354 s.
- Pi-Sunyer, X. (2009). The Medical Risks of Obesity. *Postgrad Med*, 121 (6): 21-33.
- Poulsen, O. M., Persson, R., Kristiansen, J., Andersen, L. L., Villadsen, E. & Ørbæk, P. (2013). Distribution of subjective health complaints, and their association with register based sickness absence in the Danish working population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41: 150-157.
- Project funded in 2004 - Strand 3: Health Determinants*. (2004). Tilgjengelig fra: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2004/action3/action3_2004_25_en.htm - 4 (lest 10.04.2015).
- Ree, E., Odeen, M., Eriksen, H. R., Indahl, A., Ihlebæk, C., Hetland, J. & Harris, A. (2014). Subjective Health Complaints and Self-Rated Health: Are Expectancies More Important Than Socioeconomic Status and Workload? *International Journal of Behavioral Medicine*, 21: 411-420.
- Råberg, M., Kumar, B. N., Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2009). Overweight and weight dissatisfaction related to socio-economic position, integration and dietary indicators among South Asian immigrants in Oslo. *Public Health Nutrition*, 13 (5): 695-703.
- Schwarzer, R., Knoll, N. & Rieckmann, N. (2004). Social Support. I: Kaptein, A. & Weinman, J. (red.) *Health Psychology*. Victoria: Blackwell Publishing.
- Singh, S., McBride, K. & Kak, V. (2015). Role of Social Support in Examining Acculturative Stress and Psychological Distress Among Asian American Immigrants and Three Sub-groups: Results from NLAAS. *Journal of Immigrant and Minority Health*.
- Soares, J. J. F. & Grossi, G. (1999). Experience of Musculoskeletal Pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13: 254-266.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse - Gradientutfordringen*. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo. 40 s.
- SSB. (2014). *Befolkningens utdanningsnivå, 1. oktober 2013*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv/aar/2014-06-19-content> (lest 09.05.2015).
- SSB. (2015). *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere> (lest 04.05.2015).
- St. meld. nr. 17 (1996-97). *Om innvandring og det flerkulturelle Norge*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet. 98 s.
- Svensson, E., Hjartåker, A. & Laake, P. (2007). Hva skal måles og hvordan? I: Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (red.) *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*, s. 45-65. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Syed, H. R., Dalgard, O. S., Dalen, I., Claussen, B., Hussain, A., Selmer, R. & Ahlberg, N. (2006a). Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health*, 6 (182).
- Syed, H. R., Dalgard, O. S., Hussain, A., Dalen, I., Claussen, B. & Ahlberg, N. L. (2006b). Inequalities in health: a comparative study between ethnic

- Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health*, 5 (7).
- Telle-Hjellset, V., Råberg Kjøllestad, M. K., Bjørge, B., Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M., Birkeland, K. I., Eriksen, H. R. & Høstmark, A. T. (2013). The InnvaDiab-DE-PLAN study: a randomised controlled trial with a culturally adopted education programme improved the risk profile for type 2 diabetes i Pakistani immigrant women. *British Journal of Nutrition*, 109: 529-538.
- Thapa, S. B. & Hauff, E. (2005). Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries - findings from the Oslo Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 40 (1): 78-84.
- Tveito, T. H. (2006). *Sick Leave and Subjective Health Complaints*. Bergen: University of Bergen, Department of Education and Health Promotion. 67 s.
- Tveråmo, A., Johnsen, I. B. & Meland, E. (2014). En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 134 (22): 2174-6.
- United Nations. (2009). Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 23 s.
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29: 567-592.
- Ursin, H. & Eriksen, H. (2007). Cognitive Activation Theory of Stress, Sensitization, and Common Health Complaints. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1113: 304-310.
- Veierød, M. B. & Thelle, D. S. (2007). Tverrsnittsstudier. I: Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (red.) b. 1 *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*, s. 235-258. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wandel, M., Råberg, M., Kumar, B. & Holmboe-Ottesen, G. (2007). Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo: The effect of demographic, socio-economic and integration factors. *Appetite*, 50: 376-385.
- Wang, J., Sereika, S. M., Styn, M. A. & Burke, L. E. (2013). Factors associated with health-related quality of life among overweight or obese adults. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (15-16): 2172-2182.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 1. *Studies on social and economic determinants for population health, No. 2*; World Health Organization.
- WHO. (1946). *Health*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> (lest 25.03.2015).
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: <http://who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (lest 25.03.2015).
- Wiking, E., Johansson, S.-E. & Sundquist, J. (2004). Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58: 574-582.
- Wilhelmsen, I., Mulindi, S., Sankok, D., Wilhelmsen, A. B., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2007). Subjective health complaints are more prevalent in Maasais than in Norwegians. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61 (4): 304-309.
- Aalandslid, V. & Tronstad, K. R. (2010). Familieinnvandring, kjønn og sysselsetting. *Rapporter*, 2010/23. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå. 56 s.

Helseproblemer siste 30 døgn

På den neste siden nevnes noen vanlige helseplager. Vi vil be deg om å vurdere hvert enkelt problem/symptom, og oppgi **i hvilken grad du har vært plaget** av dette i løpet av de siste tretti døgn, og **antall dager** du har vært plaget.

Eksempel

Hvis du føler at du har vært *en del* plaget med forkjølelse/influensa siste måned, og varigheten av plagene var *ca. en uke*, fylles dette ut på følgende måte:

Sett ring rundt tallet som passer best.

Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer	Ikke plaget	Litt plaget	En del plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
1. Forkjølelse, influensa	0	1	(2)	3	7

NB! Det er viktig at du fyller ut både *hvor plaget* du har vært, og *omtrentantall dager* du har vært plaget siste tretti døgn.

Helseproblemer siste 30 døgn

Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer (sett ring rundt tallet som passer)	Ikke plaget	Litt plaget	Endel plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
1. Forkjølelse, influensa	0	1	2	3	.....
2. Hoste, bronkitt.....	0	1	2	3	.....
3. Astma	0	1	2	3	.....
4. Hodepine	0	1	2	3	.....
5. Nakkesmerter	0	1	2	3	.....
6. Smerter øverst i ryggen.....	0	1	2	3	.....
7. Smerter i korsrygg.....	0	1	2	3	.....
8. Smerter i armer.....	0	1	2	3	.....
9. Smerter i skuldre	0	1	2	3	.....
10. Migrene	0	1	2	3	.....
11. Hjertebank, ekstraslag.....	0	1	2	3	.....
12. Brystsmerter	0	1	2	3	.....
13. Pustevansker	0	1	2	3	.....
14. Smerter i føttene ved anstrengelser	0	1	2	3	.....
15. Sure oppstøt, «halsbrann»	0	1	2	3	.....
16. Sug eller svie i magen	0	1	2	3	.....
17. Magekatarr, magesår.....	0	1	2	3	.....
18. Mageknip	0	1	2	3	.....
19. «Luftplager».....	0	1	2	3	.....
20. Løs avføring, diaré	0	1	2	3	.....
21. Forstoppelse	0	1	2	3	.....
22. Eksem.....	0	1	2	3	.....
23. Allergi	0	1	2	3	.....
24. Hetetokter.....	0	1	2	3	.....
25. Søvnproblemer	0	1	2	3	.....
26. Tretthet.....	0	1	2	3	.....
27. Svimmelhet	0	1	2	3	.....
28. Angst.....	0	1	2	3	.....
29. Nedtrykt, depresjon.....	0	1	2	3	.....



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor dr. med. Arne T. Høstmark
Inst. for allmenn- og samfunnsmedisin
Pb. 1130 Blindern
0318 Oslo

Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Sør- Norge (REK Sør)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 228 44 666

Telefaks: 228 44 661

E-post: rek-2@medisin.uio.no

Nettadresse: www.etikkom.no

Dato: 02.12.05

Deres ref.:

Vår ref.: S-05266

S-05266 Evaluering av intervensjon blant kvinner fra det indiske subkontinent for å forebygge diabetes type 2/metabolsk syndrom - med fokus på kost, mestring, subjektive helseplager og fysisk aktivitet

Komiteen behandlet søknaden på nytt i sitt møte onsdag 23.11.05.

Komiteen har følgende merknader til prosjektsøknaden:
Komiteen tar svar på merknader til etterretning.

Komiteen har følgende merknader til skjema for opprettelse av forskningsbiobank:

1. Universitetsdirektøren er institusjonens øverste leder og er databehandlingsansvarlig.
2. Det søkes om å bevare biobanken til 2013 (mot tidligere 2009) med begrunnelse at de håper å kunne gjøre post-doc studier. Bruk av biobankmaterialet må være i samsvar med opplysningene i biobankskjema samt pasientinformasjonen og samtykket. Hvis biobankmaterialet ønskes brukt til andre formål må det søkes på nytt og innhentes nytt samtykke.

Vedtak:

"Komiteen forutsetter at merknadene tas til etterretning, og tilrår at prosjektet gjennomføres og at forskningsbiobank opprettes. Komiteen videresender skjema for opprettelse av forskningsbiobank samt komiteens vedtak til Sosial- og helsedirektoratet for endelig behandling av opprettelse av forskningsbiobanken."

Med vennlig hilsen

Hans Erik Rugstad
Professor dr.med.
Leder

Tone Haug
Rådgiver
Sekretær

Kopi: Sosial- og helsedirektoratet, Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no