

Rakel Rustand Bruland

## Vi kan prate, vere aktive og saman i eit fellesskap

Eldre innvandrarkvinner og deltaking i frivillige tilbud

Masteroppgåve i Folkehelse  
Rettleiar: Lene Elisabeth Blekken  
Medretteiar: Wenche Karin Malmedal  
Mai 2022



Rakel Rustand Bruland

# **Vi kan prate, vere aktive og saman i eit fellesskap**

Eldre innvandrar kvinner og deltaking i frivillige tilbod

Masteroppgåve i Folkehelse  
Rettleiar: Lene Elisabeth Blekken  
Medrettleiar: Wenche Karin Malmedal  
Mai 2022

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



## **Føreord**

Når eg no avsluttar masterarbeidet mitt, har eg til saman brukt to år på heiltid. Desse åra tykkjer eg har gått veldig fort, truleg fordi det har vore læringsrike år, samstundes med ein pandemi som har ført til meir ansvar for eigen læring. Slik sett har prosessen vore utfordrande men veldig artig og eg ser ikkje bort i frå at eg vil halde fram med å studere.

Trass i at dette har vore mitt prosjekt, er det mange som har bidrege gjennom prosessen. Eg vil takke rettleiaren min Lene Elisabeth Blekken og bi-rettleiar Wenche Karin Malmedal for gode tilbakemeldingar og råd. Eg vil takke Dialogsenteret, som har vore til hjelp for å kome i kontakt med relevante organisasjonar og personar. Vidare vil eg takke organisasjonen Caritas som har vore behjelpelig i rekrutteringsprosessen, stilt opp med dyktig tolk og vert ein god samarbeidspartnar. Tusen takk til deltakarane som stilte så velvillig opp. Til sist vil eg takke vener, familie og sambuar for interessa dei har vist for prosjektet.

Trondheim 16. mai 2022

Rakel Rustand Bruland

## Samandrag

**Bakgrunn:** Frivillige tilbod er ein del av det tverrfaglege folkehelsearbeidet. Caritas er eit eksempel på ein organisasjon som tilbyr ulike frivillige tilbod for innvandrarakar, mellom anna norskopplæring og fysisk aktivitet. Det er ulikskap i helse blant innvandrarakar og befolkninga elles og ulikskapen vert tydelegare ved auka alder. Helseutfordringar før- under og etter utvandring, er nokre eksempel på innvandrarspesifikke påverknadsfaktorar på helse.

Samstundes kan det vere utfordrande å finne sin identitet mellom kulturar. I denne oppgåva handlar identitet om å finne sin plass i eit fellesskap. Målet med studien var å utforske eldre innvandrarkvinner sine opplevingar kring deltaking i frivillige tilbod, og undersøke frivillige organisasjonar sine styrker og utfordringar i arbeidet kring innvandrarkvinner si helse.

**Metode:** Analyser av 12 kvalitative forskningsintervju var grunnlaget for data i studien. I intervjuet vart det teken i bruk delvis strukturert intervju, saman med ein tolk dersom deltakar ønskja dette. Analysetilnærminga som er brukt for å svare på problemstillinga er fortolkande fenomenologi. Slik legg studien vekt på å forstå sosiale fenomen ut frå deltakarane sine opplevingar og vidare beskrive verda slik den opplevast av deltakarane.

**Resultat:** Analysane resulterte i tre hovudtema og seks subtema. Eit tema handlar om at *kvinnene tek ansvar*, med subtema *helse og fysisk aktivitet, lære norsk og rekruttere andre personar til aktivitet*. Deltakarane opplevde ulike gevinstar og barrierar for deltaking i fysisk aktivitet. Kvinnene opplevde at å lære norsk var viktig for ei vellukka integrering. Det var viktig å informere andre personar om aktivitetar, slik at fleire kunne nytte tilboda. Tema to handlar om *arena for myndiggjering* med subtema *autonome ynskjer, forventningar og identitet vert utfordra*. Fleire deltakarar hadde autonome ynskjer kring frivillige tilbod, samstundes var ulike barrierar for deltaking nemnd. Ulike opplevingar blant deltakarane, kan ha påverka identiteten på ulike måtar. Tema tre handlar om at *fellesskap motiverer* med subtema *sosiale relasjonar*. Kvinnene opplevde at det var viktig med sosiale relasjonar for betre sjølvopplevd helse.

**Avslutning:** Denne oppgåva er eit bidrag til å få ei innsikt over frivillige tilbod sine styrker og utfordringar i arbeidet med eldre innvandrarkvinner si helse. Mangelfull informasjon og barrierar for deltaking er nokre utfordringar i frivillige organisasjonar. Folkehelsekompetanse kan bidra til hensiktsmessige tilbod.

**Søkeord:** identitet, eldre innvandrarkvinner, folkehelsearbeid, helse-årsaksmodell, frivilligheit.

## Abstract

**Background:** Voluntary services are a part of interdisciplinary public health work. Caritas is an example of an organization offering a variety of voluntary services to immigrants, including Norwegian language training and physical activity. There is inequality in health between the immigrant population and the population at large, and this inequality grows more evident with age. Health issues present before and after emigration are examples of immigrant-specific factors affecting health. In addition, it may be challenging to establish a personal identity between cultures. In this thesis, identity is about finding one's place in a community. The aim of this study was to explore elderly immigrant women's experiences of participation in voluntary services in order to discover the strengths and challenges of voluntary organizations in health work pertaining to the health of the immigrant population.

**Method:** Analysis from 12 qualitative research interviews was the source of data in this study. This was done through semi-structured interviews, and an interpreter was present when desired by the participant. The analytic approach used to answer the research question is interpretive phenomenology. In this manner, the thesis emphasizes the understanding of social phenomena based on the participants' experiences, and further describes how the world is perceived by the participants.

**Results:** The analysis resulted in three main topics, and six sub-topics. One topic is about *women taking responsibility*, with subtopics being *health and physical activity*, *learning Norwegian* and *recruiting other people for activity*. The participants experienced different gains and barriers through participation in physical activities. The women experienced that learning Norwegian was important for a successful integration. Informing others about these activities was important, so more people could benefit from the services. The second topic is an *arena for empowerment* with the sub-topics being *autonomous desires*, *expectations and identity being challenged*. Several participants had autonomous desires for voluntary services, while at the same time, different barriers to participation were mentioned. Different experiences among the participants may have affected their identity in different ways. Topic number three is *community motivation* with the sub-topic *social relations*. The women felt that social relationships were important for better self-perceived health.

**Conclusion:** This thesis is a contribution towards gaining insight into voluntary services' strengths and challenges working in elderly immigrant women's health. Efforts to increase information and reduce participation barriers are some of the challenges faced in voluntary organizations. Public health competence could increase the knowledge about

facilitating health-promoting services.

**Keywords:** identity, elderly immigrant women, public health, model of the determinants of health, voluntary services.



# Innholdsliste

<b>Kapittel 1 Innleiing</b> .....	<b>9</b>
1.1 Avgrensing .....	11
1.2 Omgrepsavklaring.....	11
1.2.1 Innvandrara .....	11
1.2.2 Eldre .....	12
1.2.3.Frivilligheit .....	12
<b>Kapittel 2 Den faglege konteksten og råmevilkår</b> .....	<b>15</b>
2.1 Utviklingstrekk i høve til folkehelsearbeid fram til i dag .....	15
2.2 Dei fem grunnleggande prinsippa i folkehelsearbeidet .....	16
2.2.1 Helse i alt vi gjer .....	16
2.2.2 Berekraftig utvikling.....	16
2.2.3 Føre-var-prinsippet.....	17
2.2.4 Medverknad .....	18
2.2.5 Utjamning av sosial ulikskap .....	18
2.3 Frivillige organisasjonar i eit folkehelseperspektiv .....	19
2.4 Oppsummering .....	20
<b>Kapittel 3 Teoretisk forankring</b> .....	<b>21</b>
3.1 Helse-årsaksmodell.....	21
3.1.1 Arvelege faktorar .....	22
3.1.2 Individuell livsstil – fysisk aktivitet .....	23
3.1.3 Sosialt nettverk.....	24
3.1.4 Leve- og arbeidsvilkår .....	25
3.2 Identitet .....	25
3.2.1 Det personlege sjølvet .....	26
3.2.2 Det fysiske sjølvet.....	27
3.3.3 Det sosiale sjølvet .....	27
3.4 Oppsummering .....	28
<b>Kapittel 4 Metode</b> .....	<b>29</b>
4.1 Kvalitativt forskingsintervju .....	29
4.2 Forskingsetiske vurderingar .....	30
4.3 Informert samtykkje .....	30
4.4 Rolla som forskar og instruktør .....	31
4.5 Eiga forforståing.....	32
4.6 Rekrutteringsprosessen.....	33
4.7 Bruk av tolk i intervjusituasjonane .....	34

4.8 Intervjusituasjonen .....	35
4.9 Reliabilitet, validitet og generalisering .....	36
4.9.1 Reliabilitet .....	36
4.9.2 Validitet .....	37
4.9.3 Generalisering .....	37
4.10 Fortolkande fenomenologi .....	38
4.10.1 Bilete av heilheita .....	38
4.10.2 Finne meningseiningane .....	39
4.10.3 Finne meningsinnhaldet i meningseiningane .....	39
4.10.4 Utforsking av meningseiningane i lys av forskingsspørsmålet .....	40
4.10.5 Korleis resultat er presentert .....	42
4.11 Oppsummering .....	42
<b>Kapittel 5 Resultat.....</b>	<b>45</b>
5.1 Presentasjon av deltakarane.....	45
5.2 Kvinnene tek ansvar.....	46
5.2.1 Helse og fysisk aktivitet .....	46
5.2.2 Det er viktig å lære norsk .....	48
5.2.3 Rekruttere andre personar til aktivitet.....	50
5.3 Arena for myndiggjering .....	51
5.3.1 Autonome ynskjer og forventningar .....	51
5.3.2 Identitet vert utfordra .....	52
5.4 Fellesskap motiverer .....	53
5.4.1 Sosiale relasjonar .....	53
5.5 Oppsummering .....	54
<b>Kapittel 6 Diskusjon – når teori møter empiri .....</b>	<b>57</b>
6.1 Fysisk aktivitet, norsk og fellesskap.....	57
6.1.1 Individuelle opplevingar kring helse og fysisk aktivitet .....	57
6.1.2 Norsk som nøkkel til integrering.....	61
6.1.3 Det viktigaste er å samlast .....	62
6.2 Identitet på tvers av kulturar .....	64
6.2.1 Opplevingar kring medverknad.....	64
6.3 Oppsummering .....	66
<b>Kapittel 7 Refleksjon - styrker og utfordringar .....</b>	<b>67</b>
7.1 Kvalitativ metode .....	67
7.2 Tolk i intervju .....	68
7.3 Informert samtykkje .....	68

<b>Kapittel 8 Avslutting .....</b>	<b>71</b>
<b>8.1 Avsluttande refleksjonar .....</b>	<b>72</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>73</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>79</b>
<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv .....</b>	<b>79</b>
<b>Vedlegg 2: Intervjuguide .....</b>	<b>82</b>
<b>Vedlegg 3: Godkjenning av NSD.....</b>	<b>84</b>

## **TABELLAR OG FIGURAR**

<b>Tabell 1. Døme på analysen .....</b>	<b>s. 41</b>
---	--------------

<b>Tabell 2. Presentasjon av deltakarane .....</b>	<b>s. 45</b>
--	--------------

<b>Figur 1. Den sosiale helsemodellen.. .....</b>	<b>s. 22</b>
---	--------------



## Kapittel 1 Innleiing

Noreg vert i auka grad prega av eit mangfald i befolkninga. Etter andre verdskrig kom flyktningar frå Aust-Europa, og seinare kom arbeidsinnvandrara frå Europa og resten av verda (Henriksen & Mørk, 2020, s. 143). Tal innvandrara i Noreg er forventet å auke i åra framover og i 2060 vil sannsynleg kvar fjerde innvandrar vere 70 år eller eldre (Statistisk Sentralbyrå, 2020).

I folkehelsearbeid har ei aktiv aldring og oppleving av meining, tilhøyrslø og meistring betydning. Opplevinga av å høyre til i ei gruppe er vist å spele ei viktig rolle i ei positiv aldring (Helsedirektoratet, 2018a, s. 21), samstundes kan innvandrara møte utfordringar med å høyre til. Å finne sin identitet mellom kulturar kan vere utfordrande, spesielt dersom det er motstridande identifiseringar og kontrastar mellom kulturar (Binder, 2018, s. 190). Kjensle av å vere akseptert og inkludert av grupper ein ynskjer å høyre til, er helsefremjande (Helsedirektoratet, 2018a, s. 47). Å høyre til i eit fellesskap og oppleve sosial støtte er sentralt i folkehelsearbeidet og regjeringa vil samarbeide med frivilligheita for å mobilisere ein felles innsats for å førebygge einsemd og bidra til sosial støtte (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 9). Språkopplæring er eit satsingsområde fordi eit felles språk er bindeleddet i den sosiale samhandlinga og ein viktig faktor for integrering i eit fellesskap (Barstad & Molstad, 2020, s. 21).

Samarbeid mellom frivillig sektor og kommunen spelar ei viktig rolle i folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2011, §4; Skulberg, 2015, s. 64) fordi frivilligheita bidreg til å skape møteplassar i lokalsamfunnet og er ein viktig faktor for samfunnsdeltaking. Frivilligheita er ein kanal til ulike grupper innbyggjarar, bidreg med erfaringskompetanse, samt ei kjelde til kunnskap og idear som kommunen kan dra nytte av (Trøndelag fylkeskommune, 2019, s. 7). I oppgåva blir Caritas brukt som døme på ein frivillig organisasjon. Caritas er eit ressurscenter som tilbyr kurs og aktivitetar til innvandrarbefolkninga og er eit eksempel på ein arena for identitetsfellesskap, samt eksempel på ein aktør for integreringsarbeidet (Meld. St. 10 (2018-2019), s. 22). Deltakarane i denne studien var i hovudsak delaktig i tilbod som fysisk aktivitet, norskopplæring og datakurs. Sidan alle tilboda vart gjennomført på norsk, kan ein seie at alle deltakarane var delaktige i språklæring ved å høyre, forstå og snakke norsk.

Ved planlegging av prosjektet, vart det gjennomført søk kring kva forskning som tidlegare var gjennomført om tema eldre innvandrarar og frivillige tilbod. Eg måtte vere strukturert og ha ein kontinuerleg refleksjon i forskingsprosessen, for å kunne grunnje framgangsmåtar og val (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 196). Difor skreiv eg ned databasar og søkeord eg tok i bruk undervegs. Eg tok i bruk databasar som PubMed, Oria og EBSCOhost. Det var viktig å ha kunnskap kring intervjuemnet og vere kjent med kva tema som burde følgjast, difor gjennomførte eg søk etter forskning med søkeorda: *innvandrarar, eldre, frivillige tilbod, fysisk aktivitet*. Det var ikkje mange relevante artiklar på norsk, difor tok eg vidare i bruk engelske søkeord: *elderly, immigrant, women, voluntary, physical activity og identity*. Søket resulterte mellom anna i vitenskaplege artiklar og rapportar kring fysisk og psykisk helse, integrering i arbeidslivet, bruk av aktivitetstilbod og helsetenester blant innvandrarar.

Vi veit at det er ein tydeleg ulikskap mellom innvandrarar si helse, samanlikna med befolkninga elles. Innvandrarbefolkninga er meir utsett for redusert sosialt nettverk og sosial støtte, noko som aukar risiko for redusert livskvalitet og utfordringar kring psykisk helse (Helsedirektoratet, 2018a, s. 123). Det er kunnskapsmangel om innvandrarar opplever betre livskvalitet etter å ha flytta til Noreg og korleis identitet vert påverka i eit folkehelseperspektiv. Helseutfordringar før-, under- og etter utvandring, språkbarrierar, inaktivitet og økonomiske forhold er nokre eksempel på påverknadsfaktorar for helse som bør undersøkast nærmare (Jakobsen & Spilker, 2020, s. 11). Arbeid for å styrke psykososiale forhold som møteplassar, deltaking i lokalsamfunnet og sosiale nettverk bør i auka grad inkludere innvandrarar (Helsedirektoratet, 2018a, s. 123).

Føremålet med denne studien var å søkje kunnskap som kan medverke til å betre føresetnadane for det frivillige arbeidet i kommunane. Ved å intervjuje eldre innvandrarar søkte eg å få fram deira opplevingar av frivillige tilbod i regi av Caritas. Med dette ynskte eg å setje fokus på dei frivillige organisasjonane sine styrker og utfordringar i arbeidet kring innvandrarbefolkninga si helse.

Med bakgrunn i desse refleksjonane blir denne problemstillinga for studien formulert:

***Korleis opplever eldre innvandrarar deltaking i frivillige tilbod?***

## 1.1 Avgrensing

For å svare på problemstillinga rekrutterte eg alle deltakarane til studien frå organisasjonen Caritas. Andre avgrensinga var å intervjuje eldre innvandrarar kvinner over 50 år som deltok i ulike tilbod i Caritas. Eldre innvandrarar kvinner er ei aukande gruppe i samfunnet (Statistisk sentralbyrå, 2021), difor er det viktig å få fram kva gevinstar og utfordringar kvinnene opplever som deltakarar i frivillige tilbod. I eit folkehelseperspektiv er det viktig å få innsikt i kva ynskjer deltakarane har slik at frivilligheita kan tilby helsefremjande, relevante tilbod og leggje til rette for deltaking.

## 1.2 Omgrepsavklaring

I dette kapittelet vil eg definere og forklare sentrale omgrep som vert brukt i oppgåva. Med ein slik forklaring kan lesaren få ei innsikt i kva som er meint med omgrepa *innvandrarar*, *eldre* og *frivilligheit* i studien.

### 1.2.1 Innvandrarar

Dei siste førti åra har det vore ein sterk innvandringsauke til Noreg og i 1994 utarbeidde SSB (Statistisk Sentralbyrå) ein standard for innvandrargrupperingar. Innvandrarar vert gruppert i offentleg statistikk på denne måten:

1) Innvandrarar vert definert som personar som sjølve har innvandra til Noreg og som er fødd i utlandet av utanlandske foreldre, samt fire utanlandske besteforeldre (Statistisk Sentralbyrå, 2019). Denne definisjonen er gjeldande for deltakarane i denne oppgåva.

2) Norskfødde med innvandrarforeldre reknast som personar som er fødd i Noreg av to utanlandske foreldre, og som har fire utanlandske besteforeldre (Statistisk Sentralbyrå, 2019).

3) Befolkninga elles er befolkninga med tre generasjonar som har budd og vekse opp i Noreg. Det er fleire innvandrarar som lenge har budd i Noreg. Dette bidreg til eit aukande innslag av personar med utanlandsk bakgrunn i befolkninga elles (Statistisk Sentralbyrå, 2019).

Innvandrarar utgjorde i 2020 14,7% av befolkninga i Noreg (Statistisk sentralbyrå, 2020). I 2021 var det 800 094 innvandrarar i Noreg og dette var ei auke på 1,2% frå året før (Statistisk Sentralbyrå, 2021). Av 625 000 personar i Noreg som er 67 år eller eldre, er 23 400 innvandrarar frå 216 ulike sjølvstyrte regionar og land (Henriksen & Mørk, 2020).

### **1.2.2 Eldre**

Etter andre verdenskrig har velferda auka, spesielt i den vestlege verda. Dette har ført til ein auka gjennomsnittleg forventa levealder med nesten ti år etter 1950 i Noreg (Lohne-Seiler & Langhammer, 2018, s. 49). I 2020 var den forventa levealderen i Noreg 84,9 år for kvinner og 81,5 år for menn (Folkehelseinstituttet, 2021). Auka forventa levealder er eit resultat av sosiale, samfunnsmessige og medisinske faktorar, som har gjort auka forventa levealder til eit globalt fenomen (Lohne-Seiler & Langhammer, 2018, s. 51).

Verdas helseorganisasjon (WHO, 2021) definerer personar frå dei er 60 år som eldre. WHO reknar med at det vere to milliardar personar i verda som er 60 år eller eldre i år 2050, samanlikna med ein milliard i 2020 (WHO, 2021). Gjennom kvalitetsreforma ‘‘Leve hele livet’’ kom regjeringa med tilskotsordningar til fysiske og sosiale aktivitetar, for å auke deltaking blant eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 57). Eldre som er i fysisk aktivitet og i kontakt med andre menneske, har betre forutsetningar for eit innhaldsrikt liv og betre integrering i samfunnet (Lohne-Seiler & Langhammer, 2018, s. 36). Ein aktør som legg til rette for deltaking og sosiale aktivitetar, er frivilligheita.

### **1.2.3.Frivillighet**

I denne oppgåva handlar frivillighet om frivillige organisasjonar, som eit supplement til offentlege tilbod (Meld. St. 10 (2018-2019), s. 24). Frivillige organisasjonar kan i tillegg til kommunale tenester vere bidragsytarar i innsatsen for helsefremjing, læring og aktivisering av eldre innvandrarar (Viken, 2010, s. 273). Aktiviteten som vert tilbydd av frivilligheita, skal vere til fordel for samfunnet og ein måte å bidra til fellesskapet (Meld. St. 15, (2017-2018), s. 33). Frivilligheita bidreg til å skape møteplassar i lokalsamfunnet og spelar ei viktig rolle for å sikre samfunnsdeltaking for alle (Trøndelag fylkeskommune, 2019, s. 7).

Eit eksempel på ein frivillig organisasjon er Caritas, eit Nasjonalt Ressurssenter som arbeidar med humanitært arbeid både utanlands og innanlands. Caritas er aktiv i 200 land og er ein av dei største hjelpeorganisasjonane i verda. Nasjonalt er organisasjonen lokalisert i Oslo, Drammen, Stavanger, Tromsø, Bergen, Arendal og Trondheim. Caritas Noreg vart stifta i 1964 og har i dag 43 tilsette (Brønnøysundregisteret, u.å). Dei fleste som jobbar i Caritas er frivillige og har mellom anna som føremål å integrere innvandrarar i det norske samfunnet (Caritas, u.å). Caritas er ein økonomisk og sjølvstendig uavhengig organisasjon, som arbeidar med integrering over statsbudsjettet. Hovudmålet er å hjelpe innvandrarar inn i arbeid,



samfunnsdeltaking og ut av fattigdom gjennom å tilby relevant informasjon, aktiviteter, rettleiing, fysisk aktivitet, norskundervisning, samfunns- og arbeidsmarknadkunnskap. Slik er frivillighet viktig for integreringsarbeidet og ein viktig arena for identitetfellesskap (Meldt St. 10, (2018-2019), s. 22).



## **Kapittel 2 Den faglege konteksten og råmevilkår**

I dette kapittelet gjev eg fyrst eit historisk riss over utvikling som er gjort på feltet innan folkehelsearbeid. Risset dannar grunnlaget for denne studien om eldre innvandrarvinner og frivillige tilbod i eit folkehelseperspektiv. Deretter presenterer eg dei grunnleggande prinsippa i folkehelsearbeidet, som er; *‘helse i alt vi gjer’*, *‘berekraftig utvikling’*, *‘føre-var’*, *‘medverknad’* og *‘utjamning’*. Prinsippa er grunnlaget for folkehelselova (Prop. 90 L (2010-2011), s. 47), samt grunnlaget for tolking av analyseresultata i denne oppgåva. Til slutt vil eg kaste lys over frivilligheita som ein viktig aktør i folkehelsearbeidet. Frivilligheita har ein eigenverdi for kvar enkelt ved å engasjere seg frivillig, samstundes som tilboda organisasjonane produserer er av verdi for samfunnet.

### **2.1 Utviklingstrekk i høve til folkehelsearbeid fram til i dag**

Folkehelsearbeid blir definert som samfunnets innsats for å påverke faktorar som indirekte eller direkte fremjar befolkninga sin trivsel og helse, eller som beskyttar mot helsetruslar, samt arbeid for ei jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa (Folkehelseloven, 2011). På 1800 talet kom sunnheitslova, som var ein føreløper til dagens folkehelselov. Sunnheitslova fastsette at det skulle peikast ut personar som skulle danne eit sunnheitsråd. Sunnheitslova kom med ein rettleiar og ei lang rekke oppgåver kring mellom anna vatn, sanitærkontroll og miljø for å overvake utviklinga av sjukelegheit og utbreiing av sjukdom (Folkehelseinstituttet, 2018). Frå 1800 talet og til i dag har Noreg endra seg økonomisk, kulturelt, demografisk og sosialt. Folkehelsesjukdomar har også endra seg frå eit sjukdomsbilete prega av infeksjonssjukdomar, til eit bilete prega av livsstilssjukdomar (Skulberg, 2015, s. 42). Frå 1950 åra og fram til i dag er ikkje-smittsame, kroniske-livsstilssjukdomar den mest utbreidde dødsårsaka (Folkehelseinstituttet, 2018) og ein sentral risikofaktor for livsstilssjukdomar er inaktivitet. Vidare er det ulik fordeling av folkehelsesjukdomar, som fører til at nokre befolkningsgrupper har høgare risiko for å utvikle sjukdom (Skulberg, 2015, s. 50). Folkehelselova vart vedtatt i 2011 og sett i verk 01.01.2012. Føremålet med lova er å bidra til samfunnsutvikling som fremjar folkehelse og utjamnar sosiale ulikskapar i helse. Lova skal samstundes leggje til rette for eit systematisk og

langsiktig folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011, §1). I eit folkehelseperspektiv spelar frivillige organisasjonar ei viktig rolle (Skulberg, 2015, s. 64) og folkehelselova vektlegg viktigheita kring samarbeid mellom frivillig sektor og kommunen (Folkehelseloven, 2011, §4).

## **2.2 Dei fem grunnleggjande prinsippa i folkehelsearbeidet**

I folkehelsearbeidet er det fem prinsipp som er av stor betydning. Dette er ‘*helse i alt vi gjer*’, ‘*berekraftig utvikling*’, ‘*føre-var*’, ‘*medverknad*’ og ‘*utjamning*’ (Prop. 90 L (2010-2011), s. 47).

### **2.2.1 Helse i alt vi gjer**

I eit folkehelseperspektiv er omgrepet helse sentralt, utan at det er ein eintydig og klar definisjon av helse (Høigaard, 2011, s. 12). Denne oppgåva tek utgangspunkt i Hjort (1982) sin definisjon, som er ‘*overskot i forhold til kvardagen sitt krav*’. Å sikre god helse handlar etter denne definisjonen om å ha eit samfunn som legg til rette for å kunne leve sitt liv til det fulle. God helse er ein sentral samfunnsressurs fordi ei befolkning med god helse styrkar velferdssystemet, samfunnet og den enkelte (Prop. 90 L (2010-2011), s. 11). ‘*Helse i alt vi gjer*’ handlar om å leggje til rette for god helse i befolkninga på tvers av sektorar, difor kan andre sektorar enn helsesektoren yte bidrag til befolkninga si helse (Prop. 90 L (2010-2011), s. 48). Sidan det framleis er stort potensial i å førebyggje sjukdom, tidleg død og fremje helse (Prop. 90 L (2010-2011), s. 11), kan frivillige organisasjonar vere ein viktig bidragsytar i det kommunale folkehelsearbeidet ved å tilby kurs, informasjon og aktivitetar som fremjar helse og trivsel.

### **2.2.2 Berekraftig utvikling**

Eit overordna mål for samfunnsutvikling i Noreg inneber å leggje til rette for ei samfunnsutvikling som sikrar behov til komande- og dagens generasjonar (Prop. 90 L (2010-2011), s. 49). Folkehelsepolitikken spelar ei rolle kring berekraftig utvikling ved å bidra til å fremje sosial deltaking. Låg kjensle av tilhøyrse, sosial støtte og meistring er vist å føre til dårlegare helse, mellom anna blant innvandrarbefolkninga (Helsedirektoratet, 2018a, s. 119). Å ha kjensle av å høyre til og ha moglegheit til å delta i aktivitetstilbod er viktig for folkehelsa og for at samfunnet skal vere sosialt berekraftig (Folkehelseinstituttet, 2020).

Lokale frivillige tilbod kan leggje til rette for godt folkehelsearbeid gjennom å styrke kjensla av fellesskap og redusere utanforskap (Folkehelseinstituttet, 2020). Frivilligheita er drivkrefter i mange lokalsamfunn som tenesteytarar og som ivaretakarar av ulike grupper sine behov og interesser. Slik kan frivilligheita leggje til rette for positive helseeffektar psykisk, fysisk og sosialt (Prop. 90 L (2010-2011), s. 27).

### ***2.2.3 Føre-var-prinsippet***

Dette prinsippet er lovfesta i folkehelselova og handlar om å iverksette tiltak, trass i vitskapeleg usikkerheit (Skulberg, 2015, s. 31). Folkehelseiltak kan gje usikre data på om tiltak fungerer, fordi tiltaka oftast ikkje gjev gevinst på kort sikt. Difor er det viktig å tenkje langsiktig. I planlegginga av folkehelsearbeid skal ein vere føre-var når det gjeld tiltak for å redusere risiko for helseskade og fremje god helse (Prop. 90 L (2010-2011), s. 50).

Det er låg kunnskap om livskvalitet blir betre etter innvandring til Noreg, samt usikkerheit kring tiltak og helseeffekt (Helsedirektoratet, 2018a, s. 124). Førebyggjande og helsefremjande tiltak for å styrkje livskvalitet, kan vere deltaking i tilbod som reduserer utanforskap og som gjev kjensle av tilhøyrslø og fellesskap (Helsedirektoratet, 2018a, s. 124). Livskvalitet handlar om både objektive og subjektive kvalitetar. Dei objektive kvalitetane er sentrale sider i livssituasjonen som fellesskap, tryggleik, helse og moglegheiter for sjølvutvikling. Subjektiv livskvalitet handlar om korleis livet som heilheit blir opplevd av den enkelte og handlar mellom anna om meistring, meining, økonomi, positive og negative kjensler i dagleglivet (Folkehelseinstituttet, 2019). I eit folkehelseperspektiv kan frivillige organisasjonar bidra til lågare terskel for å møte andre personar gjennom aktivitetar som fremjar sosiale nettverk mellom lokalsamfunn og enkeltmenneske (Meld St. 19, (2014-2015), s.39). For innvandrarakar kan frivillige tilbod vere eit tiltak for å leggje til rette for integrering og fungere som eit helsefremjande tiltak for å redusere risiko for mellom anna einsemd og utanforskap i samfunnet. Trass i usikkerheit kring livskvalitet blant innvandrarakar, kan samfunnet vere føre-var å ta i bruk frivillige tilbod med føremål å oppretthalde eller betre livskvalitet.

#### **2.2.4 Medverknad**

Moglegheit for å medverke i avgjersler og prosessar kring eiga helse, er eit sentralt aspekt innan folkehelsearbeidet (Skulberg, 2015, s. 32). Empowerment er eit motsvar til det paternalistiske synet på helse, og vert oversett til myndiggjering på norsk. Myndiggjering handlar om å gje autoritet, gjere i stand til, å tillate, eller å gje makt til (Viken, 2010, s. 210) og er viktig for å kunne medverke til eiga helse.

Eit viktig prinsipp kring myndiggjering er at individet får kontroll over sine liv ved å styrkje og mobilisere eigne krefter (Prop. 90 L (2010-2011), s. 50). Kor god moglegheit ein har til å mobilisere eigne krefter, heng tett saman med kva livsvilkår individet lever under. Livsvilkår handlar om sosiale ressursar og materielle levekår vedkomande har til rådvelde (Skulberg, 2015, s. 32). Korleis mennesket meistrar kvardagen sin og bidreg aktivt i fellesskapet ut frå eigne moglegheiter og ressursar, er viktig (Prop. 90 L (2010-2011), s. 50) og eit eksempel på arena som legg til rette for medverknad er frivilligheita. Frivillige tilbod kan gje deltakarar ei oppleving av meistring og fellesskap, samstundes som deltakarar sjølve kan påverke tilbod gjennom aktivt å bidra som frivillig (Meld. St. 10 (2018-2019), s. 30-31).

#### **2.2.5 Utjamning av sosial ulikskap**

Noreg er ein velferdsstat, med ein velferdspolitikkk som er meir universell enn dei fleste andre land, og bør vere effektiv som reiskap til å utjamne ulikskapar i helse. Velferdsstaten tilbyr eit breitt spekter av godar og tenester til dei aller fleste, tilnærma gratis (Rugkåsa, 2017, s. 127). Trass dette aukar dei sosiale ulikskapane i Noreg, og auken er større enn i mange andre europeiske land (Folkehelseinstituttet, 2018). Dahlgren og Whitehead (2007, s.1) definerer sosial ulikskap som systematiske ulikskapar i helse, mellom ulike grupper i eit samfunn. Den sosiale ulikskapen i helse, viser til at det er systematisk sosialt skeivfordelt åtferd i befolkninga. Skeivfordeling av risikofaktorar skuldast skeivfordeling av økonomiske ressursar, arbeid, utdanning, samt kulturelle og sosiale forhold. Dei sosiale ulikskapane i helse dannar eit mønster i befolkninga og vert kalla den sosiale gradienten i helse (Meld. St. 13 (2018-2019), s. 13), som viser at høg status i form av høg utdanning og inntekt, gjev betre helse. Omvendt viser forskning at låg utdanning og inntekt fører til redusert helse (Prop. 90 L (2010-2011), s. 11).

Ved å utjamne sosial ulikskap i helse, er målet å motverke helseulikskapane utan at gjennomsnittshelsa til personar med høgare status vert dårlegare. Samstundes er det ynskjeleg å løfte befolkningsgrupper med lågare status opp og fram i samfunnet. Dersom ein ynskjer å redusere førekomst av sjukdom, bør det setjast i gong tiltak som treff personar som har ein leveåtfærd som aukar risiko for uhelse. Ofte er den totale effekten av eit førebyggjande tiltak minst, der problemet er størst (Helsedirektoratet, 2018b). Det vil seie at personar som ikkje er i høgrisikograppa, tek i bruk tilboda meir enn målgruppa og vert kalla for førebyggingsparadokset (Rose, 1992, s. 12).

### **2.3 Frivillige organisasjonar i eit folkehelseperspektiv**

Frivillige organisasjonar har ei viktig rolle i folkehelsearbeidet, både ut frå dei aktivitetane som organisasjonane bidreg med og at det gjev eigenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig (Prop. 90 L (2010-2011), s. 50). I forskrifta som viser oversikta over folkehelsa, kjem det fram at frivillige organisasjonar skal kunne medverke i prosessar som har betydning for folkehelsa i kommunen, gjennom ulike kurs og aktivitetar som fremjar helsa (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012). Det er viktig at folkehelsearbeidet er tverrfagleg og at det blir utført i alle kommunale sektorar for å kunne tenkje ‘‘helse i alt vi gjer’’, slik som folkehelselova legg vekt på (Folkehelseloven, 2011). Samarbeid mellom frivillige organisasjonar og kommunen er viktig i tida framover sidan samfunnet ventar store utfordringar kring høgare tal eldre i befolkninga, høgare levealder og endring i sjukdomsbiletet (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 12). Difor blir det stilt krav til nyskapande aktivitetar for å møte nye behov i samfunnet. Sidan kommunen har ansvar for folkehelsa i befolkninga, bør kommunen gjere greie for lokale frivillige foreiningar og ha kunnskap kring frivilligheita sitt potensial og eigenart i folkehelsearbeidet (Trøndelag fylkeskommune, 2019, s. 7). Kommunen kan få betre oversikt over folkehelsa gjennom samarbeid med frivillige organisasjonar, fordi frivilligheita består av menneske som arbeidar med menneske. Slik kan frivillige vere nær der handlingar og endringar oppstår. Dette kan gje verdifull informasjon til andre samfunnssektorar kring kva innsats og kvar innsats bør setjast inn (Meld. St. 10 (2018-2019), s. 22). Samstundes er frivilligheita ein kanal til ulike gruppe innbyggjarar og kan bidra til å understøtte felles satsingsområde og målsettingar (Trøndelag fylkeskommune, 2019, s. 7).

Eldre innvandrere kan vere meir utsette for sosial isolasjon på grunn av manglande tilknytingspunkt og språkbarrierar (Fauske, 2014, s.154). Språk er eit sosialt fenomen som fungerer som bindeledd i den sosiale mellommenneskelege samhandlinga. Vi formidlar oss dagleg gjennom symbol som ord, teikn og klesdrakt. Språk og andre symbol legg råde for vår røyndomsforståing og vi kan kommunisere med kvarandre gjennom språket, mellom anna ved å svare eller stille spørsmål. Bak språket ligg kvar person sitt verdigrunnlag og forståing (Rugkåsa, 2017, s. 89), som er ein viktig faktor for ei vellukka integrering (Barstad & Molstad, 2020, s. 21). Integrering kan føre til tryggleik og sosiale tilknytningar som igjen legg til rette for god helse (Barstad & Molstad, 2020, s. 25; Whitehead & Dahlgren, 2009, s. 27). Deltaking, sosialt fellesskap og aktivitet er viktig for alle menneske gjennom heile livet, spesielt ved auka alder når helsa ofte er i endring (Meld St. 15 (2017-2018), s. 81).

## **2.4 Oppsummering**

I tidsbolken frå 1800 talet og fram til i dag trer livsstilssjukdomar og førebyggjande folkehelseiltak meir og meir fram. I eit folkehelseperspektiv er det fem grunnprinsipp som skal liggje til grunn for alt arbeid som vert gjort. Eg har knytt desse prinsippa opp mot problemstillinga i oppgåva, ved å kome med eksempel på korleis prinsippa påverkar tilrettelegging for god helse blant innvandrarbefolkninga. Ein viktig aktør i folkehelsearbeidet er frivilligheita. Caritas er ein nasjonal og internasjonal organisasjon, som består av mange frivillige for å mellom anna kunne tilby ulike aktivitetar og kurs til innvandrarbefolkninga.



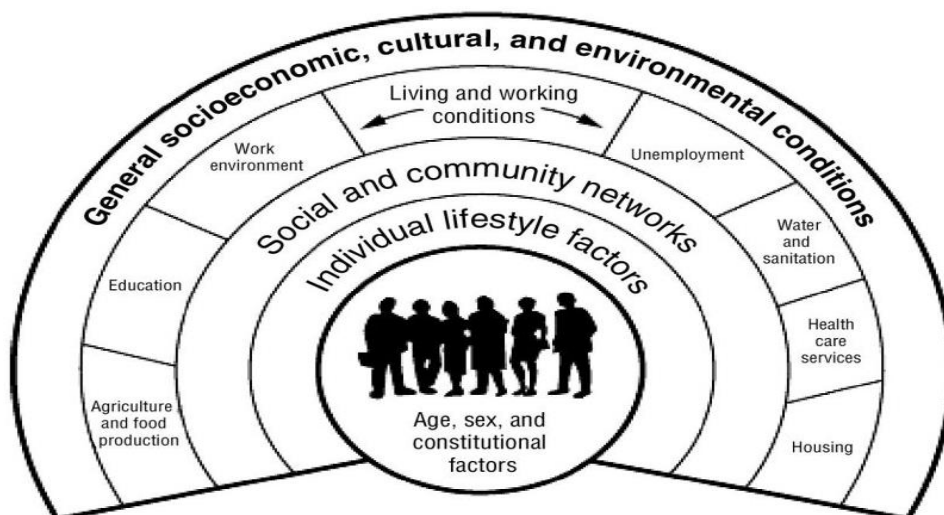
## **Kapittel 3 Teoretisk forankring**

Fyrst i dette kapitlet presenterer eg ei oversikt over Dahlgren og Whitehead (1991) sin helsemodell kring påverknadsfaktorar på helse. Modellen legg vekt på interaksjonar ved at ein person sin oppvekst, leve, og arbeidsvilkår er faktorar som har betydning for helsa. Faktorane er igjen påverka av politiske, sosiale og økonomiske omstende (Whitehead & Dahlgren, 2009, s. 27). Eg knyt modellen opp mot relevant teori og presenterer vidare tre sentrale identitetsomgrep som er relevante for problemstillinga.

### ***3.1 Helse-årsaksmodell***

Sentrale mål i folkehelsearbeidet er mellom andre å nå alle innvandrarak med eit helsefremjande perspektiv, der sjukdomsførebygging og strategiar for å bevare helsa er viktig (Goth, 2014, s. 92). Eit grasrotprinsipp i folkehelsearbeidet er å kartleggje kva som kan påverke ulikskap i helse, for å kunne utjamne dei sosiale ulikskapane (Skulberg, 2015, s. 28). Innvandring påverkar dei sosiale helsedeterminantane og difor også helsa blant innvandrarak (Aambø, 2021, s. 101). Innvandringsårsak, kor lenge ein har budd i Noreg, samt tidlegare heimland kan forklare kor stor påverknad innvandringa har på kvar enkelt si helse (Folkehelseinstituttet, 2018).

I denne oppgåva vert det ikkje gjort greie for bruk av helsetenester eller helsetenestene sine roller. Ikkje fordi dette er uviktig kring sosial ulikskap i helse men fordi slike analysar bør handterast sjølvstendig, noko som går ut over råma for denne masteroppgåva. Samstundes har den sosiale helsemodellen som føremål å tenkje utafor helsetenester og helsesektoren sjølv, for heller å sjå samfunnet i ein heilskap. Med dette skal den sosiale helsemodellen leggje til rette for at personar frå ulike sektorar, kan arbeide saman for eit felles folkehelsemål (Dahlgren & Whitehead, 2021, s. 21).



*Figur 1: Den sosiale helsemodellen (Dahlgren & Whitehead, 1991).*

### **3.1.1 Arvelege faktorar**

Innerst i modellen ser vi dei upåverka, individuelle eigenskapane som i stor grad er uforanderlege, slik som etnisitet, alder og arv. Allereie ved fødselen er det sosial ulikskap ved at born frå låginntektsfamiliar har høgare risiko for utfordringar både som unge og vaksne, spesielt når det gjeld utvikling av helseplagar (Meld. St. 13 (2018-2019), s. 8). Det kan tenkast at dette også gjeld born som blir fødde og veks opp i u-land. Negative hendingar tidleg i livet, kan føre til dårleg helse seinare i livet (Whitehead & Dahlgren, 2009, s. 34). Dei individuelle eigenskapane spelar ei rolle kring individ sin sårbarheit, eller robustheit for påverknadar utanfrå (Mæland, 2016, s. 32). Når menneske innvandrar til eit nytt land, kan kjensler dukke opp grunna unormale opplevingar før- under og etter utreise frå eige land. Det er ulikt korleis menneske vert påverka og taklar kjensler som oppstår, når ein blir utsett for situasjonar ein ikkje har kontroll over. Kor robust eller sårbar personen er, kan påverke oppbygginga av identitet og nye sosiale nettverk, samt føresetnadane for å lære seg eit nytt språk (Viken, 2010, s. 240-241).

### **3.1.2 Individuell livsstil – fysisk aktivitet**

Levevanar har betydning for helsa og fysisk aktivitet peikar seg ut som ein viktig faktor i eit folkehelseperspektiv (Whitehead & Dahlgren, 2009, s. 27 ;Mæland, 2016, s. 172). Denne oppgåva tek utgangspunkt i Helsedirektoratet (2019) sin definisjon på fysisk aktivitet som er; *den rørsla ein gjer i kvardagen, eller som utførast i form av trening eller mosjon.*

Folkehelseinstituttet gav ut ein rapport i 2019 kring levekårsundersøkinga blant innvandrarar (Straiton et al., 2019). Mange innvandrarar hadde eit lågare aktivitetsnivå, redusert helse og opplevde dette tidlegare i livet enn befolkninga elles. Unge innvandrankvinner hadde høgare odds for å vere i fysisk aktivitet, enn eldre innvandrankvinner. Av kvinnene som var mellom 45-66 år i befolkninga elles, var 81% fysisk aktive samanlikna med 53,5% av innvandrankvinner i same aldersgruppe (Straiton et al., 2019, s. 112). Sidan innvandrankvinner generelt mosjonerer mindre enn befolkninga elles, er denne gruppa meir utsett for diabetes type 2, hjarte- og karsjukdom samt overvekt (Aambø, 2020; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 11). Samstundes viser Viken (2010) til at motivasjon og interesse for fysisk aktivitet er høg blant innvandrankvinner. Kunnskap kring aktivitetar og treningsmoglegheiter, samt moglegheit til å trene saman i grupper, er vektlagt som viktig for at eldre innvandrankvinner deltek i fysisk aktivitet (Viken, 2010, s. 276).

Det er fleire frisklivssentraler og frivillige organisasjonar i Noreg som tilpassar tilbod til deltakarar med innvandrarbakgrunn. Eit tilbod for å auke deltaking i fysisk aktivitet blant innvandrarar, er treningsgrupper for kvinner (Jakobsen & Spilker, 2020, s. 9). Slike tilpassa og førebyggjande tilbod, kan redusere tal personar i risikograppa for livsstilssjukdomar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 11). Likevel viser Jakobsen & Spilker (2020, s. 9) sin studie at eldre innvandrankvinner nyttar treningstilbod og andre folkehelsetiltak i mindre grad enn befolkninga elles. Gele og Harsløf (2012) peikar på manglande kjennskap og informasjon kring tilbod, liten tillit til storsamfunnet og språkvanskar som barrierar for deltaking blant eldre innvandrarar. Dette underbyggjer Egge (2020) og Horne (2013) ved å presisere at tillit og språkforståing er viktig for deltaking og inkludering.

### **3.1.3 Sosialt nettverk**

Levevanar er ikkje berre eit uttrykk for individuelle val, men også det sosiale miljøet og nærområdet som utgjer neste lag i modellen. Det sosiale nettverket, venar og familie, er viktig for ei god helse og trivsel (Whitehead & Dahlgren, 2009, s. 27). Motsett kan mangel på sosialt nettverk føre til redusert helse og trivsel (Mæland, 2016, s. 191). Auka alder er vist å vere ein risikofaktor for einsemd og over tid er einsemd vist å ha ein samanheng med svekka livskvalitet, funksjonsnivå, fysisk og psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 82). Einsemd vert definert som eit ubestemt sagn eller lengsel etter å vere saman med andre menneske (Helsedirektoratet, 2018c). Migrasjon kan føre til ei oppleving av lengsel og tap fordi det kan handle om å forlate venar, heimlass og tap av sosiale fellesskap i form av felles språk, tidlegare rollar og funksjonar i samfunnet. Manglande fellesskap kan skape ei kjensle av einsemd og kan oppstå i situasjonar der det er vanskeleg å samordne sosiale erfaringar i meningsfulle fellesskap og i ei felles forståing (Dahlberg et al., 2021). Når ein ikkje føler seg anerkjend eller verdsett i dei nye sosiale omgjevnadane, kan kjensla av einsemd auke (Kaya & Fauske, 2014, s. 154).

Einsemd kan vere eit alvorleg problem for dei som opplever det og mykje tyder på at einsemd kan knytast til livssituasjon, helse og funksjonsnivå (Whitehead & Dahlgren, 2009; Meld. St. 15 (2017-2018), s. 82). Kjensle av einsemd rammar innvandrarakar dobbelt så ofte som befolkninga elles sidan 39% av innvandrarane seier dei av og til- eller ofte er einsame, samanlikna med 21% i befolkninga elles (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 35). Det er fleire eldre enn yngre innvandrarakar som kjenner seg einsame der redusert familienettverk og integrering i det norske samfunnet, viser seg å vere sentrale faktorar (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 82). Frivilligheit er ein avgjerande faktor i samfunnet, for å bidra til å bygge fellesskap og redusere einsemd. Regjeringa samarbeider med frivillig sektor for å redusere einsemd og auke sosial støtte, spesielt blant eldre (Meld St. 19, (2014-2015), s. 9).

### **3.1.4 Leve- og arbeidsvilkår**

Det neste laget i modellen viser til ytre påverknadsfaktorar i form av materielle vilkår, knytt til mellom anna arbeid og utdanning. Desse levekåra blir mykje styrt av det ytste laget i modellen som er dei generelle kulturelle, økonomiske og politiske vilkåra i samfunnet (Dahlgren & Whitehead, 1991). Den psykiske og fysiske helsa er betre mellom personar som har høg utdanning, god økonomi og som er i arbeid (Folkehelseinstituttet, 2018).

Lova om integrering kan utjamne dei sosiale ulikskapane, fordi føremålet med lova er å bidra til god kunnskap om norsk samfunnsliv og opplæring i norsk. Vidare er målet å integrere innvandrarak og leggje til rette for kvalifikasjonar og knyting til arbeidslivet, samt å vere økonomisk sjølvstendige (Integreringsloven, 2020). Slik kan lova bidra til å redusere negative sosiale påverknadsfaktorar kring helse, ved å leggje til rette for at fleire i befolkninga får arbeid og inntekt (Prop. 90 L (2010-2011), s. 126). Menneske si evne til å ta vare på eiga helse, vert påverka av leve- og arbeidsvilkår som vidare vert påverka av generelle føresetnadar i samfunnet (Whitehead & Dahlgren, 2009, s. 27). Ein føresetnad er nærmiljøet og sosial støtte som inneber å få omsorg, kjærleik, verdsetting og tilhøyrslø i eit fellesskap. Deltaking er viktig for folkehelsa fordi det kan bidra til livskvalitet hos den enkelte, særleg personar utan arbeid eller skuleplass. Fråver av møteplassar kan skape grobotn for psykiske og fysiske utfordringar. Såleis kan deltaking i frivillige tilbod eller frivillig arbeid, erstatte sosiale møteplassar som skule og arbeid gjev.

### **3.2 Identitet**

Omgrepet identitet kan verte forklart og forstått på ulike måtar. I denne oppgåva handlar identitet om å finne sin plass i eit fellesskap, noko som er viktig i eit folkehelseperspektiv sidan kjensle av fellesskap kan påverke individuell helse (Whitehead & Dahlgren, 2009, s. 75). Å finne sin identitet mellom kulturar kan vere utfordrande, mykje fordi ansvaret for å finne tilhøyrslø og identitet, er opp til den enkelte i vårt samfunn (Binder, 2018, s. 33).

Identiteten skapar bevisstheit kring seg sjølv som individ, og kven ein ynskjer å verte oppfatta som av andre. Når opplevinga av identitet vert redusert, kan ein bli usikker på avgjerslene sine, som vidare kan gje ei kjensle av å vere retningsvill (Hummelvoll, 2012, s. 136). Ein kan seie at omgrepet identitet handlar om eiga vissheit kring ‘‘å vere seg sjølv’’, og vert til gjennom ei eksistensiell søking. På mange måtar lever vi to liv på ein gong, der eit liv

er for fellesskapet vi er ein del av og eit for oss sjølve. Identitet tek form gjennom å skape sin eigen veg, gjere ein innsats for noko som er større enn seg sjølv og finne sin plass i verda. Slik får identitet form i relasjonar med andre- om vi vert elska, hata, ignorert, sett, fordømt eller anerkjent (Binder, 2018, s. 5). Denne erkjenninga kjem fram som følgje av personleg sjølvvurdering. Identitet vil i denne oppgåva handle om tre forhold: *det personlege sjølvvet*, *det fysiske sjølvvet* og *det sosiale sjølvvet*.

### **3.2.1 Det personlege sjølvvet**

Personleg identitet er det som gjer oss ulike og skil oss frå kvarandre, samstundes som alle menneske har ei oppfatning av korleis ein bør oppføre seg. Personleg identitet handlar om relasjonar og at vi sjølve heile tida er i endring, samstundes som vi skal fortsetje å vere den vi er. Personleg identitet er din eigen måte å skape samanheng kring kva som er viktig for den du er (Binder, 2018, s. 33). God helse og trivsel kan styrkast gjennom eit samfunn som legg til rette for oppleving av identitet og sjølvrespekt, gjennom kjensle av at "eg er noko", eller "eg er noko verdt" (Meld. St. 19, (2014-2015), s. 26).

Ideal-sjølvvet er det sjølvbiletet som har størst verdi for ein sjølv og som ein difor ynskjer å ha (Hummelvoll, 2012, s. 138). Det ein ynskjer å bruke fritida si på, seier noko om kven ein ynskjer å bli oppfatta som og kven ein er. Vi prøvar å bli som viktige andre frå tidlegare opplevingar i livet. Eit eksempel kan vere å idealisere ein person på same alder som er i god fysisk form, ved å delta på fritidsaktivitetar og ta val likt opp mot den personen. Idealisering kan ha ein viktig funksjon, når vi vert inspirerte av førebilete (Binder, 2018, s. 163). Det personlege sjølvvet er ikkje eit fast punkt, men strekk seg både bakover- og framover i tid og ut blant andre menneske. Vi identifiserer oss med våre verdiar og handlar ut frå verdiane. Vidare vert vi hugsa og identifiserte gjennom vala vi gjer, av oss sjølve og av andre menneske (Binder, 2018, s. 129).

### ***3.2.2 Det fysiske sjølv***

Kroppen tek alltid del i den levde livshistoria fordi vi lever våre liv som sansande vesen og tek oss fram i verda i ein kropp. Kroppen brukast for å uttrykkje oss overfor andre personar, sidan menneskeleg kommunikasjon har eit utgangspunkt i stemmelyd og kroppsuttrykk. Vi får tilgang til verda vi lever i, fordi vi er aktivt sansande (Binder, 2018, s. 138). Alle menneske har kroppslege erfaringar gjennom arbeid, sanseapparatet og kroppsfunksjonar. Den vestlege kulturen er i stor grad kroppsfokusert gjennom all den tid, pengar og kjensler som er knytt til tilbod kring slanking, kosthald og trening. Kroppen vert ein spegel for personlege verdiar og fungerer som ein kommunikasjonshjelp der individet ber om å bli vurdert, tolka, sett og deretter byggjer og erfarer eiga sjølvforståing og identitet. Alle opplevingar av å vere eit handlande, følande vesen byggjer på erfaringar av å vere ein kropp (Binder, 2018, s. 137). Oppfatning av eigen kropp endrast kontinuerleg ubevisst eller bevisst og skapar kjensler kring relasjon til eigen kropp. Dette er grunnleggande for vår identitet. Om vi tykkjer kroppen vår er svak eller sterk, stor eller liten, korleis den fungerer, korleis den tek seg ut og moglegheiter til yting, påverkar vår kroppsoppfatning (Hummelvoll, 2012, s. 136). Gjennom livsløpet endrar kroppen seg. I nokre periodar kan ein oppleve å beherske kroppen betre og bli sterkare slik at kroppen er ein gjenstand for handlingar og ynskjer. På eit eller fleire tidspunkt i livet kan ein oppleve redusert funksjon, at kroppen vert svakare og meir sårbar. Korleis ein opplever desse endringane, er individuelt og påverkar vår oppfatning av det fysiske sjølv (Binder, 2018, s. 132).

### ***3.3.3 Det sosiale sjølv***

Det sosiale sjølv er avhengig av kva gruppe ein kjenner på å høyre til. Det sosiale sjølv kan vere basert på etnisitet, familie eller kultur. Kultur kan forståast som kunnskapar, handlingsmønster og verdiar mennesket tileignar seg som medlemmar i eit samfunn (Viken, 2010, s. 60). Å ha tilhøyrse til ei anna etnisk gruppe enn majoriteten, kan ofte føre til ei identitetsutfordring. I Noreg og andre liberale land er det eit ideal å leggje til rette for integrering der ein tek vare på og utviklar etnisk identitet, samstundes som ein har ei tilhøyrse og tilpassing til majoritetskulturen (Binder, 2018, s. 195). Kulturen er med på å avgjere kor mykje av identiteten den enkelte er fri til å skape og søkje, samt kor mykje av identiteten som handlar om å tilpasse seg forventningane (Binder, 2018, s. 113).

Synet kring helse varierer mellom ulike samfunn og kan påverkast av kulturen (Viken, 2010, s. 62) fordi ulik sosial tilhøyrse og kulturell bakgrunn, kan påverke forklaringar kring helse. Ved uhelse kan kulturen påverke kva behandling ein trur på og kven ein søker hjelp hos (Viken, 2010, s. 62). Dette kan vere fordi dei kulturelle verdiane kan påverke korleis uhelse blir forklart og oppfatta (Horne, 2013).

### **3.4 Oppsummering**

I dette kapitlet har eg presentert Dahlgren og Whitehead (1991) sin modell kring påverknadsfaktorar på helse og knytt modellen opp mot relevant teori, for å svare på problemstillinga. Eg har nytta relevant litteratur som kan kaste lys over moglege funn. Til slutt har eg lagt vekt på identitetsomgrep, som legg grunnlaget for diskusjon kring deltakarane sine opplevingar av frivillige tilbod.



## **Kapittel 4 Metode**

Kvale og Brinkmann (2015, s. 20) peikar på den kvalitative forskingsprosessen som framgangsmåte der forskaren søker å forstå deltakarane sine opplevingar og livsverd, for å svare på problemstillingar. I denne oppgåva blir intervjudeltakarane i det vidare omtala som *deltakarar*. Thagaard (2018, s. 33) påpeikar at forskaren må ha ein kontinuerleg refleksjon gjennom heile forskingsprosessen og gjere greie for framgangsmåtar og val. Difor var det viktig at eg var medviten kvifor eg valde det kvalitative intervjuet som metode. I dette kapittelet gjer eg greie for dei vurderingane og metodiske vala som ligg til grunn for at eg bestemte meg for det kvalitative forskingsintervjuet.

### **4.1 Kvalitativt forskingsintervju**

Ein mykje brukt framgangsmåte i kvalitative intervju, blir karakterisert som eit delvis strukturert intervju og blir kalla kvalitativt forskingsintervju (Thagaard, 2018, s. 91). Forskingsintervjua er delvis strukturert ved at det verken er ein lukka spørjeskjemasamtale, eller ein open samtale. Forskingsintervju er ein av dei mest brukte metodane innanfor kvalitative tilnærmingar (Thagaard, 2018, s. 12). Eg valde denne metoden fordi deltakarane eg intervjuja kunne fortelje korleis dei opplevde og forstod sine erfaringar kring frivillige tilbod, noko som la til rette for å svare på problemstillinga i denne oppgåva. Intervjua vart gjennomført i samsvar med ein intervjuguide som sirkla inn bestemte tema og hadde forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46).

Tema eg spurde om i intervjua var planlagde i førevegen, men rekkjefølgja på tema var fleksibel og vart bestemt undervegs. Slik kunne eg sørgje for å få beskrivingar av deltakarane si livsverd ut frå tema som var fastlagde, samstundes som eg kunne følgje med på deltakarane sine forteljingar om eigne opplevingar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 357). Livsverd handlar om korleis deltakarane møter og opplever verda i kvardagen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20) og målet med forskingsintervjuet var å skildre deltakarane si livsverd gjennom ein samtale mellom deltakar og forskar, der temaet for forskinga var styrande i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49).

## 4.2 Forskingsetiske vurderingar

For studentprosjekt slik som denne masteroppgåva, er det naudsynt å søke om løyve til å gjennomføre prosjektet. Eg sendte eit søknadsskjema til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste), som vurderte at prosjektet mitt var godkjent (sjå vedlegg 3) i forhold til gjeldande forskningsetiske reglar (Thagaard, 2018, s. 22).

Forskar brukar seg sjølv som middel for å få informasjon. Dette krev at forskar er mottakeleg for den andre sitt uttrykk, er oppmerksam og språkleg dyktig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 194). Saman med rettleiar planla eg gjennomføring av intervju og samla data åleine. Når eg forberedte meg til- og gjennomførte intervju, tok eg utgangspunkt i oversikta til Kvale og Brinkmann (2015, s. 196) over kvalifikasjonskriterier for forskaren. Eg var klar, vennleg, følsam og open ovanfor deltakarane for å leggje til rette for ein trygg atmosfære, samt å halde intervjuet til forskningstema. Eg hadde alltid føremålet med intervjuet i bakhovudet og prøvde å styre samtalen i riktig retning, samstundes som deltakarane fekk prate ferdig. Eg var fleksibel på at deltakarane kunne ta opp tema som eg ikkje hadde tenkt på i førekant. Ved å vere kritisk til det deltakarane sa, stilte eg oppfølgingsspørsmål for å kartleggje gyldigheita av det som vart sagt. Eg drog parallellar ved å huske det deltakaren tidlegare hadde sagt i intervjuet, slik at eg kunne be om å få relevante kommentarar utdjupa. Eg var tolkande og søkte jamt godkjenning av deltakarane om det eg fortolka dei hadde sagt, var korrekt slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 196) skriv er viktig for at eg som forskar skulle forstå meininga kring det deltakaren fortalde når intervjuet heldt på.

## 4.3 Informert samtykkje

Det er naudsynt å beskytte deltakarane og difor lagre transkripsjonar og intervju på ein trygg måte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213). Deltakarane fekk skriftleg og munnleg informasjon kring studien, med presisering om at alle innsamla data ville bli oppbevart trygt og sletta etter prosjektslutt. Appen ‘Nettskjema-diktafon’ vart teken i bruk for innspeling av intervju etter anbefaling av NSD. Ein fysisk bandopptakar vart brukt parallelt med appen og oppbevart i låst skap. Fysisk bandopptakar var anbefalt ved bruk av appen, for å sikre at bandopptak ikkje gjekk tapt grunna teknisk feil (Universitetet i Oslo, 2021). For å sikre informert samtykkje gav eg informasjonsbrev om prosjektet og sikra meg om at deltakarane var kjende med informasjonsbrevet, før intervjuet starta. Eg informerte om kvifor eg tok i bruk opptakar og

kven som hadde tilgang til materialet. Slik informasjon er ifølgje Kvale og Brinkmann (2015, s. 104) viktig for dei som skal vere med i ein studie. Opptakar vart teken i bruk slik at alt deltakarane sa, vart teke vare på og hugsa. Som forskar kunne eg konsentrere meg om deltakarane og deira reaksjonar i intervjusituasjonen. Eg høyrde igjennom bandopptaka og transkriberte alle intervju, deretter delte eg det transkriberte datamaterialet med rettleiaren min. Deltakarane takka ja munnleg og leverte skriftleg informert samtykkje. Informert samtykkje handlar om at frivillig deltaking var tydeleggjort og deltakarane kunne trekkje seg frå prosjektet når som helst, utan konsekvensar for dei (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104).

#### **4.4 Rolla som forskar og instruktør**

Som ein del av prosessen kring innsamling av data, deltok eg som frivillig i organisasjonen Caritas. I oktober og november 2021 hadde eg to foredrag om aldring, kosthald og fysisk aktivitet. Foredraga hadde ei varigheit på to timar og det var om lag ti personar som deltok på kvart foredrag. Frå 12.september 2021 til 5.desember 2021 var eg instruktør i planlagt fysisk aktivitet om lag ein gong i veka. Alle gruppetimane hadde ein varigheit på ein time og bestod av Zumba/Aerobicdans for innvandrarvinner. Rolla som instruktør gjorde det enklare å kome i kontakt med målgruppa og rekruttere deltakarar. Eg var bevisst på forkinga si uavhengigheit og la vekt på at tidlegare dialog med deltakarane, ikkje skulle påverke den profesjonelle rolla mi som forskar i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

## 4.5 Eiga forforståing

Den kvalitative tilnærminga har røter i den hermeneutiske tradisjonen, sidan sjølve materialet ein arbeider med er tekstar som fortolkast (Aadland, 2015, s. 207). Med utgangspunkt i den hermeneutiske sirkelspiralen (Aadland, 2015, s. 191), starta eg med eiga forforståing. Haldningane mine var i utgangspunktet at det var viktig å vere med å tilby eit gratis, helsefremjande tilbod i form av fysisk aktivitet i grupper. Sidan mi forforståing tilsa at det var få slike tilbod for eldre innvandrarkvinner i nærmiljøet, tenkte eg at det ville bli eit populært tilbod. Før eg hadde den fyrste timen med Zumba/Aerobicdans, las eg artiklar og rapportar om at det ikkje var stor oppslutnad kring deltaking i ulike tilbod blant eldre innvandrarkvinner. Dette gjorde at mi forforståing vart nyansert og eg tenkte at det ville vere få kvinner som ville delta. Ei slik forforståing viste seg å ikkje stemme og det eg hadde lese av artiklar og rapportar, viste seg å vere annleis enn mine opplevingar som frivillig i Caritas. Deltakarane i gruppetimane var interesserte, engasjerte og etterspurde fleire tilbod. Før- og etter gjennomført aktivitet stilte vi kvarandre spørsmål og diskuterte ulike frivillige tilbod. Slik vart mi forforståing nyansert frå ei forståing av at deltakarane ikkje ville møte opp, til at eldre innvandrarkvinner var ei engasjert gruppe. Når eg gjennomførte intervjua vart forforståinga mi vidare utfordra. Det kunne eg erfare når eg stilte deltakarane spørsmål og fekk deira svar. Deltakarane sine svar utvikla ny kunnskap om betydinga av frivillige tilbod. Det eg fekk vite om deltakarane sine opplevingar, gav ny kunnskap som kunne hjelpe meg å nyansere eiga forforståing. Det vart ei pendling mellom del og heilskap. Dette vil seie at eg fekk eit svar frå deltakarane som eg sette i samanheng med kva betyding frivillige tilbod hadde for eldre innvandrarkvinner. Eg stilte nye spørsmål som gav nye svar, og dette skapte djupare forståing for temaet.

## 4.6 Rekrutteringsprosessen

I august 2021 tok eg kontakt med organisasjonen Caritas. Eg hadde eit møte med ein av leiarane og vi vart einige om eit samarbeid. I september 2021 starta eg som gruppeinstruktør for innvandarkvinner som ville delta på Zumba/Aerobicdans. Leiaren frå Caritas fortalde om prosjektet mitt og delte ut informasjonsskriv på ulike kurs og aktivitetar. Undervegs i gruppetimane mine, fortalde eg om prosjektet mitt og spurte om nokon var interessert i å delta. Eg la vekt på at kvinnene kunne delta på timane mine, sjølv om dei ikkje ville delta i prosjektet mitt. Det var viktig at kvinnene ikkje skulle kjenne seg pressa til å delta i prosjektet, fordi dei deltok i gruppetimen. Gjennom gruppetimen rekrutterte eg fem deltakarar og dei resterande sju rekrutterte eg gjennom å vere til stade på andre kurs og aktivitetar i regi av Caritas. Fleirtalet av deltakarane i prosjektet, hadde ikkje delteke på gruppetimane mine. Dette kan tyde på at deltakarane i gruppetimen min, ikkje hadde kjensla av å vere pressa til å delta i prosjektet. I november 2021 hadde eg gjennomført 12 intervju, men eg var gruppeinstruktør og delaktig på ulike kurs og aktivitetar fram til desember 2021. Dette gjorde eg for å vere til stade dersom deltakarane hadde nokre spørsmål i ettertid av intervju.

Inklusjonskriteriar for oppgåva var at deltakarane var kvinner over 50 år og hadde innvandra frå eit anna land. Trass i at verdas helseorganisasjon (WHO, 2021) definerer eldre som 60 år, har eg inkludert deltakararar i 50 års-alderen. Dette er grunna utfordringar kring å rekruttere ynskjeleg tal deltakarar, dersom det var eksklusjonskriteriar at deltakarane var under 60 år. Samstundes er ikkje eldre ein homogen gruppe, tvert i mot ein mangfaldig og samansett gruppe (Viken, 2010, s. 267). I eit folkehelseperspektiv vil ein kartleggje korleis ein kan påverke årsaksfaktorar i ei retning mot positiv helsegevinst (Prop. 90 L (2010-2011), s. 11). Ved å inkludere deltakarar frå 50 år, har prosjektet ei dekning av opplevingar og meiningar blant unge eldre og oppover. Eksklusjonskriteriar var menn, personar som ikkje deltok på frivillige tilbod gjennom Caritas, kvinner under 50 år og personar som ikkje hadde innvandra frå eit anna land.

I starten av prosjektet vurderte eg å intervjuje åtte deltakarar, men etter åtte intervju ynskte eg å rekruttere fleire deltakarar. Eg loggførte observasjonar, tankar og opplevingar eg hadde undervegs i ulike kurs, aktivitetar og som instruktør. Slik fekk eg betre oversikt og såg at eg burde intervjuje fleire deltakarar for å betre kunne svare på problemstillinga. Difor rekrutterte eg fire deltakarar til, slik at det vart 12 intervju til saman.

## 4.7 Bruk av tolk i intervjusituasjonane

Språk kunne vere ei utfordring i intervjusituasjonane fordi det var vanskeleg å kommunisere og forstå kvarandre. Det materialet som forskar skal studere og fortolke i kvalitativ metode er språk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 247). Språk er eit komplekst samspel, difor var det viktig med ei nøyaktig gjengiving av det deltakarane sa for å sikre kvalitet på forskinga. Når forskar og deltakar snakkar ulike språk, kan det føre til utfordringar i fortolkingsprosessen og sjølve intervjusituasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). For å redusere språkbarrieren mellom deltakarar og forskar, var det ein tolk tilgjengeleg i intervjusituasjonen.

Tolk skreiv under teieerklæring og bekrefta at ho kjende reglane for teieplikt gjeldande for tolk etter forvaltningsloven §13, fyrste og tredje ledd (Forvaltningsloven – fvl, 1967, §13). Alle deltakarane fekk tilbod om å ha med seg tolk i intervju. Åtte deltakarar valde å ha med tolk og fire deltakarar valde intervju utan tolk. Tolken si oppgåve er å tolke nøyaktig det som vert sagt i samtalen utan å leggje til, endre, eller halde tilbake innhald (Tolkeforskriften, 2021, §4). Både Kvale og Brinkmann (2015, s. 108) og Thagaard (2018, s. 94), understrekar forskaren si sentrale rolle i intervjusituasjonen. Ved bruk av tolk, kan det oppstå problem kring ulik språkbruk mellom meg som intervjuar, tolk og deltakar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 174). Difor var det viktig at eg som intervjuar var førebudd på moglege språklege utfordringar. Eg budde meg på intervju gjennom å vere instruktør og delaktig i organisasjonen Caritas. Med dette fekk eg tid til å bli noko kjend med dei ulike kulturane og gjere meg kjend med nokre av dei nonverbale og verbale faktorane som kunne kome fram i intervjusituasjonen, som Kvale og Brinkmann (2015, s. 173) viser til som viktig.

Ei viktig målsetjing med kvalitative intervju er å gå i djupta av tema som ein ynskjer informasjon om. Då er det viktig å stille spørsmåla slik at deltakarane vert invitert til å gje fylldige svar og reflektere over tema det blir spurt om (Thagaard, 2018, s. 97). Eg var difor medviten om å stille deltakarane mest opne spørsmål som var vanskelege å svare kort ja eller nei på, men som var naturlege å utdjupe. Ein måte eg brukte var å be deltakaren om å presentere konkrete episodar eller eksemplar. Eg bad til dømes deltakaren om å fortelje om frivillige tilbod ho hadde delteke på og kva ho opplevde. Å tydeleggjere deltakarane sine meiningar og haldningar er i følge Thagaard (2018, s.182) viktig for tolkinga av materialet.

## 4.8 Intervjusituasjonen

Innleiingsvis starta intervjuet med informasjon kring føremålet med prosjektet. Demografiske data som busituasjon, tal born, utdanning, alder og yrkeserfaring vart registrert. Dette tok tid, men spørsmåla virka å vere kontaktskapande, ufarleggjerande og fungerte som ein god introduksjon. Før opptakaren vart slegen på, forklarte eg deltakarane kva tema eg ville spørje om. Deltakarane fekk informasjon om korleis eg ville sikre anonymitet. Ifølgje Kvale og Brinkmann (2015, s. 95) er slik informasjon viktig for å gjennomføre intervju på ein moralsk måte.

Det er ulike belegg i litteraturen for kor lenge eit intervju skal vare (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 231). I høve til dei tema som eg ynskja svar på, tok det einskilde intervjuet frå om lag 20 minutt til om lag 40 minutt, og alle intervjuar var bygd opp på ein delvis strukturert tilnærming. Det var nokre korte intervju utan pausar. Det var utfordrande å lausrive seg frå intervjuguiden og spørje andre spørsmål når intervjuet stoppa opp, så eg spurde nokså like spørsmål i nokre tilfelle. Det eg opplevde som vellukka, var å føre intervjuet inn på tema kring intervjuguiden når eg oppfatta at samtalen sklei noko ut. Eg markerte overgangen til eit anna tema ved å seie at: ‘Viss eg kan dra det litt over på...’, eller ‘No vil eg gjerne spørje om..’, slik at deltakaren kunne førebu seg på at det kom eit nytt tema med nye spørsmål. Kvale og Brinkmann (2015, s. 167) peikar på at bruk av fortolkande spørsmål gjev deltakarar moglegheit til å kommentere om det eg oppfatta var korrekt, eller presisere tankane sine dersom eg hadde mistydd. Eg opplevde at det var vellukka å ta i bruk fortolkande spørsmål og formulerte desse ved å seie: ‘Er det riktig at...’, eller ‘Så det du opplevde var at...’.

Etter 12 intervju hadde eg om lag 70 sider transkribert tekst, med linjeavstand 1,0 og font 12. Ikkje all tekst var brukt i analysen fordi tekst som ikkje var direkte knytt til tema som eg ville ha informasjon om, vart vald bort. Intervjuar var ikkje utfyllande med lange svar frå deltakarane. For å sikre nok informasjon frå deltakarane til å kunne svare på problemstillinga, skreiv eg logg etter gjennomføringa av gruppetimar og samtalar eg hadde med personar som hadde delteke på frivillige tilbod i regi av Caritas. Etter gjennomføringa av den siste gruppetimen, hadde eg ei oppsummering med deltakarane kring kva som var bra og kva som kunne bli gjort annleis dersom gruppetimen skulle fortsette. Eg tok ikkje i bruk logg og notat frå gruppetimen eller samtalaneg hadde fordi det som deltakarane sa, ikkje gav ytterleg forståing av det kvinnene i mitt utval fortalde i intervjuar. Slik kjem det fram at trass i korte

intervju, så var utvalet tilstrekkeleg stort til å forstå fenomenet og svare på problemstillinga på ein tilstrekkeleg måte, slik Thagaard (2018, s. 59) meiner er viktig i kvalitativ forskning.

#### **4.9 Reliabilitet, validitet og generalisering**

Truverd er knytt til om forskaren har utført forskinga på ein tillitsvekkjande måte og i kvalitative tilnærmingar handlar dette om at vi utviklar ei forståing av dei fenomena vi studerer (Thagaard, 2018, s. 19). Truverd av forskinga er avhengig av om forskaren kan gjere greie for kor gode data er og korleis ho har utvikla dei. Argumentasjonen skal gje svar til den kritiske lesaren om kvalitet på forskinga og verdien av resultata. Ein slik argumentasjon tek føre seg spørsmål kring reliabilitet, validitet og generalisering (Thagaard, 2018, s. 19).

##### **4.9.1 Reliabilitet**

Reliabilitet seier noko om forskingsresultatet si pålitelegheit. I kva grad eit resultat kan reproduserast på andre tidspunkt av andre forskarar, gjev retning om kor reliabel eller konsistente resultata i studien er (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Det er ikkje enkelt å reprodusere resultat i kvalitativ forskning. Samstundes handlar reliabilitet også om å gjere greie for korleis ein utviklar data, som inneber at forskar beskriv den kontakta som er etablert med deltakarane (Thagaard, 2018, s. 181). I presentasjonen av korleis eg gjennomførte intervju i kapittel 4.8, viste eg korleis eg arbeidde gjennom forskingsprosessen for å utvikle data.

Det vert ofte stilt spørsmål kring intervjuar sin reliabilitet i intervjuforskning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). Ved transkribering er det allereie ein fortolingsprosess kor ein skal setje komma og punktum, dersom deltakaren pratar i lange setningar utan pausar. I tillegg kan eg som forskar slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 193) peikar på, ha høyrte delar av bandopptaket dårleg og mogleg skreve ned det som er klart og tydeleg, i ein meir samanhengande og skriftleg stil. Intervju som var gjennomført med tolk, gjorde at det var eit framandt språk og ein tredje person med på bandopptaket. Difor var det utfordrande å transkribere direkte frå alt som vart sagt i bandopptaket. Eg gjennomførte reliabilitetssjekk med å høyre gjennom opptak og lese transkripsjonar fleire gongar. Sidan ein ikkje kan definere kva som er ein korrekt transkripsjon då det ikkje finst ein sann, objektiv omsetjing frå munnleg til skriftleg form (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 194), søkte eg å få ein så lik tekst som mogleg opp mot det deltakarane hadde sagt.



### **4.9.2 Validitet**

Validitet handlar om at funna i studien er relevante i høve til korleis røyndomen er. Dette seier noko om forskaren faktisk undersøker det ho faktisk meinte å undersøkje og at metoden som er brukt er eigna til å undersøke problemstillinga (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Eg spurde meg sjølv undervegs i prosessen om eg undersøkte det eg trudde eg undersøkte, fekk dei opplysingane eg trong for å svare på problemstillinga og om intervjuar svarte på problemstillinga. Intervjuguiden vart så godt som følgt fullt ut, med nokre tilleggsspørsmål. Eg opplevde at svara eg fekk på spørsmåla, var noko annleis enn eg hadde forventa. Med utgangspunkt i at det var ulike deltakarar, var det som venteleg ulike måtar å uttrykkje seg på. I nokre intervju hadde vi eit høgt tempo i kommunikasjonen, noko som gav utfordringar kring å oppfatte meininga i innhaldet. Slike situasjonar oppstod oftast med tolk fordi det kunne vere utfordrande å oppfatte kva som vart sagt på bandopptaket, sidan det var tre personar som snakka to ulike språk. Andre intervju bar preg av korte, presise og oversiktelege utsegn. Dette kan ha påverka mi tolking av data. For at tolkingane mine er så valide som mogleg, har eg presentert den teoretiske ståstaden i kapittel to og tre som gjev grunnlaget for mine tolkingar slik Thagaard (2018, s. 189) legg vekt på. Eg har også presentert analyseprosessen steg for steg, med utgangspunkt i Kvale og Brinkmann (2015, s.232) sin analysemodell. Denne blir presentert på neste side i kapittel 4.10 og gjev innsikt over tolking av data.

### **4.9.3 Generalisering**

Dersom resultatata av ein intervjuundersøking blir vurdert som rimeleg gyldige og pålitelege, kan ein spørje om undersøkinga er generaliserbar. Generalisering peikar på om resultatata frå prosjektet er representative andre stadar eller i andre situasjonar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). Vi generaliserer kvardagen meir eller mindre spontant fordi vi forventar kva som vil skje med personar eller i ulike situasjonar, ut i frå vår røyndom med ein person eller situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). Kvalitative studiar søker den einskilde deltakaren si livsverd som er relevant for problemstillinga, og er difor vanskeleg å generalisere. Korleis og når vi skal generalisere ein deltakar frå ein anna, blir utfordrande og ein bør søkje eit variert utval (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 290). Utvalet mitt er for snevert til at mine funn har ei generell gyldigheit. Samstundes kan mine funn utdjupe andre studiar om same tema og tilføre fleire dimensjonar. Deltakarane eg snakka med gav informasjon om situasjonar og tankar eg

som frivillig kjende att frå andre innvandrankvinner. Difor kan det vere at andre forstår og kjenne att opplevingane deltakarane teikna.

#### **4.10 Fortolkande fenomenologi**

Analysetilnærminga eg valde for å studere problemstillinga er fortolkande fenomenologi. Eg var interessert i å undersøke essensen i fenomen, med utgangspunkt i korleis deltakarane subjektivt erfarte deltaking i frivillige tilbod. Ved bruk av ein fortolkande (hermeneutikk) fenomenologisk (oppleving) tilnærming i analysen, har eg fortolka meiningane til deltakarane for å oppnå forståing av kva utsegna betyr (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73). I denne prosessen har eg prøvd å forstå sosiale fenomen ut frå deltakarane sine perspektiv, samt opplevingar kring den verkelegheita deltakarane oppfatta. Dette passar godt saman med den fenomenologiske forståingsforma i den kvalitative metoden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Fortolkande fenomenologi byggjer på fenomenologisk filosofi og har som mål å gje innsikt i korleis ein person i ein bestemt kontekst, forstår eit gjeve fenomen (Malterud, 2017, s. 95). Ved dette søkar analysen ein beskrivande tilnærming, så nært opp mot dei opplevingane innvandrankvinnene hadde kring frivillige tilbod. Fortolkande fenomenologi er sosialkonstruktivistisk på den måten at ein ynskjer å vise korleis menneske skapar eiga verkelegheit gjennom språket (Aadland, 2015, s. 264).

Eg har teke utgangspunkt i Kvale og Brinkmann (2015, s.232) sine fem analysesteg. I analyseprosessen har eg fokusert på å finne den djupare meininga i det deltakarane sa, ved bruk av meiningstolking (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 234). Eg har undersøkt naturlege meiningseiningar og vidare baserte uttrykka i overordna tema og subtema etter oppskrifta til Kvale og Brinkmann (2015, s. 231).

##### **4.10.1 Bilete av heilheita**

For å bli kjent med materialet, starta analyseprosessen med å lese gjennom intervjuet for å få eit inntrykk av heilheita. Sidan eg sjølv hadde gjennomført intervjuet med samlege deltakarar, hadde eg noko kjennskap til data før analyseprosessen. Difor var det viktig at eg fyrst i analysane la vekt på å la data snakke for seg sjølv. Eg skreiv ned direkte avsnitt, samt ‘gullsitat’ som deltakarane hadde sagt. Når eg hadde danna meg eit inntrykk av kva deltakarane formidla, vurderte eg vidare moglege tema som kunne representere problemstillinga slik det går fram i Kvale og Brinkmann (2015, s. 232). For å vere open for relevante inntrykk som materialet kunne formidle, hadde eg problemstillinga på eit ark

framfor meg gjennom analysen slik Malterud (2017, s. 99) anbefaler. Slik var det meir oversiktleg å sjå relevante beskrivingar i materialet, opp mot problemstillinga.

Tema som; *kvinnene tek ansvar, arena for myndiggjering og fellesskap motiverer*, merka seg ut og vart skrivne ned når eg hadde lest intervjuet nøye. Inspirert av Malterud (2017, s. 99) jobba eg aktivt for å setje teoretiske referanserammer og mi forforståing til side på dette steget, for å sikre å få fram data slik dei var. Eg vektla å ikkje fortolke, men sikre nærleik og lojalitet til materialet. Etter modellen til Kvale og Brinkmann (2015, s. 232) søkte eg at analysen fekk fram det intervjuet konkret handla om, utan særleg grad av tolking.

#### ***4.10.2 Finne meiningseiningane***

Etter å ha lest intervjuet nøye, analyserte eg kvart avsnitt for å identifisere kva utsegn som gav meining. Eg gjorde dette grundig for å ikkje gå glipp av nokon av meiningseiningane. Ved å skrive ut intervjuet, kunne eg raude ut meiningseiningane på papir. Malterud (2017, s.101) anbefaler dette for å betre få auge på dei relevante meiningseiningane, som kan kaste lys over problemstillinga. Kvale og Brinkmann (2015, s. 232) vektlegg at ein slik detaljert prosess, kan gjere det lettare å bestemme dei naturlege meiningseiningane som vert uttrykt av deltakarane.

#### ***4.10.3 Finne meningsinnhaldet i meiningseiningane***

Ved å komprimere dei lange setningane frå meiningseiningane til kortare setningar, gjengav eg det som vart sagt av deltakarane med få ord slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 232) anbefaler å gjere. Meningsinnhaldet viste til det som eg tolka var viktig for deltakarane å formidle i sine utsegn, og den direkte meininga i det som vart sagt. I dette steget av analysen vart det danna tema som dominerte dei relevante meiningseiningane. Eg forsøkte å vere fordomsfri i forhold til utsegna, ved å setje mine egne opplevingar og forforståing til side slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 46) meiner er viktig for at svara til deltakarane skal tale for seg. I neste steg vart utsegnene delte inn i tema frå deltakarane sine opplevingar, slik eg fortolka dei.

#### **4.10.4 Utforsking av meiningseiningane i lys av forskingsspørsmålet**

I det fjerde steget i analysen, gjekk eg tilbake til problemstillinga som er *korleis opplever eldre innvandrarkvinner deltaking i frivillige tilbod?* Med problemstillinga som utgangspunkt, såg eg på data for korleis meiningseiningane og meiningsinnhaldet kunne svare på problemstillinga. Eg gjekk tilbake til heilheita og såg på kva tema eg fann i starten av analysen og samanlikna dette med meiningsinnhalda. Ved å analysere del og heilheit, var målet å samanlikne meiningsinnhaldet og tema eg hadde funne i analysen slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 232) meiner er viktig for å forstå deltakarane si livsverd og essensen i intervjuet. Til slutt i det fjerde steget såg eg korleis meiningsinnhalda frå analysen, passa saman med heilheita.

Tabellen viser døme på meiningseiningar, meiningsinnhald, subtema og tema frå intervjuet. Tabellen kan bli lesen frå høgre til venstre- og frå venstre til høgre. Dette viser ein samanheng mellom dei ulike delane i analysen. I sjølve analyseprosessen, analyserte eg kvart intervju for seg sjølv i eigen tabell. Dette gjorde eg for å ivareta kvar deltakar sine opplevingar. Deretter sette eg saman relevante meiningseiningar frå alle intervjuet og kategoriserte dei i meiningsinnhald, subtema og tema, slik som er vist i tabellen. Dette gjorde eg for at tema som var like og ulike blant intervjuet, kom betre fram. Tabellen kan tene som bakgrunn for at lesaren utviklar tillit til tolkingane som er gjort og utvikle kjennskap til data. Eg fortolka meiningseiningane ved å gå utover det som direkte vart sagt, slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 234) skriv gjer det lettare å finne betydingar og meiningsstrukturar som ikkje kom direkte fram i intervjuet.

**Tabell 1: Døme på analysen**

Sitat/meiningseining	Meiningsinnhald	Subtema	Tema
<p>Det er bra for hjerne og kropp å komme ut.</p> <p>Hvis jeg blir stresset jeg kjenner fysisk aktivitet er veldig viktig.</p> <p>Jeg mener alle damer kan delta på trening for damer. Fordi ja, jeg blir en ung dame.</p> <p>Hvis man sitter hjemme får man sykdom</p> <p>Sitte hjemme er ikke det beste.</p> <p>Lære norsk og være med er mer viktig enn aktiviteter.</p> <p>Det kunne vert kjekt om det er noen aktiviteter med fokus å at eldre bruker dette språket her.</p> <p>Det er stress og ikke forstå.</p> <p>Jeg må snakke norsk...språk er veldig viktig.</p> <p>Det er bedre å trene enn å sitte hjemme.</p> <p>Jeg liker å gå tur med venner</p> <p>Jeg har en venn som ikke går tur, så jeg tar med henne hele tiden og hun er med hele tiden og vil alltid være med.</p> <p>Naboen min var fire år hjemme, ikke i aktivitet eller fysisk i hele tatt men når jeg kommer går hun med meg hver dag, hver dag.</p> <p>At de får informasjon også de kan bare komme å dele med aktiviteten.</p> <p>Må dele, ikke bare se på informasjonen og sitte hjemme.</p>	<p>Deltakarane erfarer at fysisk aktivitet er viktig for fysisk og psykisk velvære.</p> <p>Dei fleste deltakarane ynskjer å komme seg på trening for å unngå å vere mykje heime.</p> <p>Opplevingar kring viktigheita av å kunne snakke og forstå norsk, kjem fram i intervjuet. Deltakarane etterlyser meir fokus på norskopplæring.</p> <p>Mange av deltakarane erfarer at gåturer saman med venar eller familie er ein kjekk aktivitet for dei sjølve og dei som vert med.</p> <p>Det leggjast vekt på viktigheita kring å dele informasjon med venar, familie og naboar for at fleire personar kan nytte seg av tilbod.</p>	<p>Helse og fysisk aktivitet</p> <p>Det er viktig å lære norsk</p> <p>Rekruttere andre personar til aktivitet</p>	<p>Kvinnene tek ansvar</p>
<p>Kvinner i min alder liker å danse.</p> <p>Det kunne vært kjekt med aktiviteter der man bruker språk også når de blir eldre det er helseproblemer så det kunne vært viktig med noen aktiviteter der man har det greit med kroppen.</p> <p>Det skulle vert gruppearbeid, at det er aktivitet og kan fortelle andre om sine egne problem...det er godt for fellesskapet og snakke sammen.</p> <p>I Norge er det mer fysiske aktiviteter enn i hjemland.</p> <p>Dere er flinkere enn oss jeg tror, dere norske kvinner.</p> <p>Det er ikke tid til noe sånt...det er luksus</p>	<p>Fortel om egne ynskjer og tankar kring aktivitet som bør bli tilbydd.</p> <p>Tilbod med både fysisk aktivitet og språkopplæring blir nemnd av fleire deltakarar som eit ynskje framover.</p> <p>Nokre deltakarar opplever at dei bør endre oppførsel kring daglege gjeremål.</p> <p>Nokre deltakarar erfarer at fysisk aktivitet er ein luksus som ein ikkje har tid til i kvardagen</p>	<p>Autonome ynskjer og forventningar</p> <p>Identitet vert utfordra</p>	<p>Arena for myndiggjering</p>
<p>Folk må gå ut også bli med på flere ting så man kan trekke hverandre.</p> <p>At vi er venner sammen og går ut, da får man bedre psykisk helse...man kan minne, man kan snakke, man kan være aktive.</p>	<p>Deltakarane erfarer at det er godt å møtast og prate med andre deltakararar.</p> <p>Aktivitetstilboda vert ein plattform for å møte andre personar og kome seg ut frå huset.</p>	<p>Sosiale relasjonar</p>	<p>Fellesskap motiverer</p>

#### **4.10.5 Korleis resultat er presentert**

I det siste steget til Kvale og Brinkmann (2015, s. 232) sine fem analysesteg, vert dei viktigaste hovudfunna i intervju bundne saman i eit deskriptivt utsegn. Difor var det viktig med ein tilstrekkeleg gjenforteljing som viste formidling av likskap og ulikskap i data, der opplevingar frå alle deltakarane kom fram. I denne oppgåva har eg vektlagt å få fram den språklege uttrykksmåten til deltakarane for deretter å beskrive kva eg tolkar som meiningsinnhaldet, slik Malterud (2017, s. 109) skriv er viktig for å få fram alle deltakarane sine opplevingar for å unngå å servere ein kjede av enkeltståande forteljingar. Enkeltsitat i analysen viser tilbake til deltakarane sine utsegn og eg valde å vise til ei munnleg form, for å få fram det spontane og sanne i deltakarane sine utsegner. Korte sitat er fletta inn i teksten og lenger sitat valde eg å markere med at delar av det som var sagt, vart hoppa over eller utelete med parentes og tre prikkar: (...). Lyberg (2010, s. 30) vektlegg viktigheita av å ivareta den enkelte deltakaren sin konfidensialitet. Difor har eg gjeve deltakarane bokstavar i presenteringa av resultatata. Kvar deltakar har sin bokstav og refererast slik i teksten: (deltakar A, s.1). Det vil seie at informasjonen er frå deltakar A side ein i vedkomande sitt transkriberte intervju. Ved å skrive sidetal, vart det lettare å unngå oppattaking av same sitat, samt finne tilbake tekstmaterialet i skriveprosessen. Alle deltakarane blir referert til ‘‘ho’’ i teksten, ettersom alle er kvinner.

Eg kom fram til tema og subtema ved å gå fram og tilbake i teksten og i analysane eg hadde gjort. Analysane resulterte i tre hovudtema og seks subtema. Eit tema handlar om at *kvinnene tek ansvar*, med subtema *helse og fysisk aktivitet, lære norsk og rekruttere andre personar til aktivitet*. Tema to handlar om *arena for myndiggjering* med subtema *autonome ynskjer, forventningar og identitet vert utfordra*. Tema tre handlar om at *felleskap motiverer* med subtema *sosiale relasjonar*.

#### **4.11 Oppsummering**

I dette kapitlet har eg gjeve ei grunngjeving av dei metodiske vala eg har gjort. Refleksjon kring metodiske og etiske dilemma, vert nærmare presentert under kapittel 7 *styrker og utfordringar*. Med innsikt i Kvale og Brinkmann (2015, s 232) sine fem analysesteg, skal det vere mogleg for andre å følgje det metodiske opplegget, utan at alt kan bli etterprøvd fullt ut. Det er vanskeleg å få gjenskapt det som gjekk føre seg mellom deltakarane og meg. Dette er

forhald som eg tok omsyn til i heile prosessen, saman med mi forforståing. Gjennom samtalar og analysar av innsamla data har eg freista å møte deltakarane og innsamla data med respekt etter etiske prinsipp og vurderingar. Sjølv om eg ikkje har generaliserbare data, kan mine funn utdjupe tidlegare undersøkingar som er gjort kring eldre innvandarkvinner og frivillige tilbod.





## Kapittel 5 Resultat

Føremålet med denne studien var å søkje kunnskap som kan medverke til å betre føresetnadane for det frivillige arbeidet. Ved å intervjuje eldre innvandrarkvinner søkte eg å få fram deira opplevingar av frivillige tilbod i regi av Caritas. For meg var det viktig å få kunnskap frå deltakarane, for å danne og søkje eit nyansert bilete av problemstillinga. Intervjua vart transkribert ordrett og tilnærma lik uttala. Dette gjorde eg for å sikre at deltakarane sine opplevingar kom godt fram og at eg ikkje tolka og endra utsegna som vart sagt. Med dette ynskte eg å setje fokus på dei frivillige organisasjonane sine styrkjer og utfordringar i arbeidet kring innvandrarbefolkninga si helse. I dette kapittelet vil eg starte med ein presentasjon av deltakarane for å gje eit bilete av kven innvandrarkvinnene i studien er. Vidare er resultatdelen kategorisert etter tema og subtema frå analysen, med ein oppsummering til slutt.

### 5.1 Presentasjon av deltakarane

Tabell 2: Presentasjon av deltakarane

Deltakar	Alder	Heimland	Budd i Noreg	Jobb/utdanning	Tal born	Tolk med i intervju
A	64 år	Somalia	3år 8mnd.	Vaksenopplæring	3	Ja
B	53 år	Etiopia	7år	Vaksenopplæring	7	Ja
C	56 år	Somalia	11år	-	6	Ja
D	65 år	Syria	3 ½ år	Vaksenopplæring	4	Ja
E	58 år	Syria	8 år	Ferdig med vaksenopplæring	3	Ja
F	60 år	Syria	6 år	Ferdig med vaksenopplæring	9	Ja
G	72 år	Syria	6 år	Vaksenopplæring	4	Ja
H	58 år	Eritrea	8 år	-	2	Nei
I	57 år	Vietnam	9 år	Vaksenopplæring	4	Nei
J	70 år	Syria	5 år	Frivillig lærar	4	Nei
K	79 år	Eritrea	12 år	-	0	Ja
L	60 år	Tunisia	22 år	Helsefagarbeidar	5	Nei

Alle deltakarane var kvinner, med ein gjennomsnittsalder på 63 år. Spennet var frå 53- 79 år. Det var ein deltakar som var under 55 år og fire deltakarar under 60 år. Deltakarane hadde budd i Noreg mellom 3 ½ og 22 år. Ein deltakar hadde ikkje born og dei 11 andre deltakarane hadde to til ni born. Fleire hadde barneborn både i Noreg og heimlandet. Deltakarane kom frå seks ulike land. Fem var frå Syria, to frå Somalia, ein frå Etiopia, to frå Eritrea, ein frå Vietnam og ein frå Tunisia. Fire deltakarar budde åleine, ein av dei budde på asylmottak. Åtte deltakarar budde saman med mann og born, der sju av desse fortalde at fysisk aktivitet var ein viktig del av kvardagen. Ei fortel at fysisk aktivitet ikkje var prioritert og at krav i kvardagen tok mesteparten av tida. Alle deltakarane var delaktige i ulike aktivitetstilbod og kurs i regi av organisasjonen Caritas. Fire deltakarar var delaktige på planlagt fysisk aktivitet. To deltakarar var delaktige i norskopplæring og tre deltakarar var delaktige i både planlagt fysisk aktivitet og norskopplæring. Tre deltakarar var delaktig i andre kurs og aktivitetar i regi av Caritas.

Fire deltakarar var på vaksenopplæring og fem hadde gjennomført vaksenopplæring. Alle deltakarane i studien var interesserte i vaksenopplæring og ynskde å lære meir norsk. To deltakarar hadde ikkje jobb eller delteke på vaksenopplæring, men hadde ynskje om dette i nær framtid. Ei hadde utdanning i helsefagarbeid og jobba dagleg som helsefagarbeidar. Åtte intervju vart gjennomført med tolk og fire intervju utan tolk. Vidare vil eg presentere resultatane der eg viser til tema og subtema frå analysen. Tema blir presentert som overskrifter og subtema blir presentert som underoverskrifter.

## **5.2 Kvinnene tek ansvar**

Fleire deltakarar viste handlingskompetanse og tok ansvar for eiga helse, opplæring i norsk og arbeid kring å rekruttere fleire personar til å delta i frivillige tilbod. Vidare vil eg gje ei innsikt i korleis kvinnene, på ulike måtar, opplevde gevinstar og barrierar kring deltaking i frivillige tilbod.

### **5.2.1 Helse og fysisk aktivitet**

Deltakarane som budde åleine beskrev opplevingar av einsemd og sagn av familie. Nokre fortalde om usikkerheit kring born og mann som var igjen i heimlandet, med håp om familiegjenforeining i Noreg. For deltakarane som budde åleine, var frivillige tilbod ein viktig del av kvardagen. Når deltakarane møtte andre personar gjennom aktivitetstilbod, gløymde dei saknet av sine nære og kjære ei stund. Samstundes beskrev deltakarane at aktivitetstilbod,

slik som fysisk aktivitet, skapte positive kjensler. Det var viktig for mange deltakarar å delta på aktivitetstilbod eller avtale fysisk aktivitet med andre kjende, for å vere meir ute og ikkje så mykje heime. Fleire deltakarar opplevde at fysisk aktivitet hadde ein positiv verknad på helsa både fysisk og mentalt. Samstundes var det nokre deltakarar som unngjekk fysisk aktivitet grunna barrierar kring reiseavstand og helseproblem. Datamaterialet presenterer korleis deltakarane, på ulike måtar, opplevde kva som påverka val kring fysisk aktivitet.

Fleire deltakarar meinte at fysisk aktivitet gav ei kjensle av betre helse.

*“Etter jeg starter med fysisk aktivitet og slappe av, er helse blitt bedre”* (deltakar L, s.7).

Samstundes opplevde nokre at det å delta i fysisk aktivitet var ein god måte å kome seg ut av huset på og redusere kjensle av stress. *“Fysisk aktivitet for meg er veldig bra. For jeg sitter bare hjemme og stresser veldig mye. Fysisk aktivitet eller trening gjør det bedre”* (deltakar K, s.2). Nokre kvinner var fysisk aktive gjennom å gå turar i nærområdet saman med venar eller familie, utan å delta i planlagt fysisk aktivitet. Andre deltakarar starta nyleg med regelmessig planlagt fysisk aktivitet og treivst godt med ein aktiv kvardag.

*“Jeg er veldig glad i trening også når jeg begynte her har jeg aldri sluttet, jeg kommer presist hver dag (...) fra den dagen jeg har begynt med trening, hver kveld bare trene”* (deltakar A, s. 2).

Helseproblem var ei barriere for deltaking og gjekk igjen i fleire intervju.

*“Helseproblem gjør fysisk aktiv deltaking vanskelig”* (deltakar G, s.2). Alle kvinnene som fortalde om helseproblem, hadde utfordringar med vondt i rygg eller kne. Nokre deltakarar ville unngå fysisk aktivitet, for å redusere risiko for ytterlegare smerter. Andre deltakarar ville delta på fysisk aktivitet, for å førebyggje smerter. Nokre deltakarar som hadde utfordringar med helseproblem, fortalde om at dei var aktive tidlegare og ynskja å vere meir i fysisk aktivitet. Samstundes opplevde nokre at fysisk aktivitet var ei luksusvare. *“Jeg tenker at trening er noe man ikke har tid til, at det er litt luksus”* (deltakar D, s.4). Interesse for å delta på fysisk aktivitet auka, når ein samtidig kunne lære å snakke og forstå norsk.

### 5.2.2 Det er viktig å lære norsk

Alle kvinnene ynskte å få meir opplæring i det norske språket. Kvinnene fortalde at norskopplæring var viktigare enn fysisk aktivitet. Samstundes var det nokre kvinner som valde fysisk aktivitet framfor norskopplæring. Dette datamaterialet presenterer opplevingar deltakarane hadde kring tilbod om norskopplæring.

*“En ting som jeg ønsker er et tilbud hvor jeg kan lære mer norsk”* (deltakar B, s. 4). Viktigheita kring språk gjekk igjen i alle intervju. Fleire kvinner kom frå ulike land med ulike språk, difor var det viktig å lære norsk for å ha eit felles språk å kommunisere med. *“Norsk er samme nøkkel, alle er fra forskjellige språk, jeg må snakke norsk”* (deltakar H, s.5).

Kvinnene nemnde at norskopplæring var viktigare enn fysisk aktivitet i seg sjølv. *“Lære norsk og være med er mer viktig enn aktiviteter”* (deltakar G, s.2). Ein deltakar ville heller bruke tid på jobb, i staden for fysisk aktivitet sidan jobben gav moglegheiter for å snakke norsk. *“Jeg liker jobb for jeg vil snakke mer norsk. Jeg nå ikke snakker mye, ikke bra”* (deltakar J, s.2). Det kom fram at nokre kvinner opplevde skam grunna kjensle av å ikkje beherske det norske språket. *“Jeg hadde norskkurs på Caritas, jeg bare hjemme når jeg var uten og snakket dårlig norsk. Mine gutter lære å snakke og jeg snakke veldig dårlig og jeg føle skam”* (Deltakar I, s. 5). *Jeg liker jobb for jeg vil snakke mer norsk. Jeg nå ikke snakker mye, ikke bra...jeg stress...ikke norsk* (Deltakar J, s. 2).

Andre deltakarar peikte på korleis fysisk aktivitet kunne leggje til rette for språktrening gjennom kommunikasjon med andre deltakarar og instruktør. Dersom instruktøren var norsk og forklarte ulike kroppsrørsler, la dette til rette for læring blant deltakarane. Ein deltakar kasta lys over bruk av dialekt: *“det skulle vært mer kjekt om det var med dialekt. Da blir jeg mer sosial i samfunnet der bruker dialekt istedenfor bokmål”* (deltakar G, s.3). Ved å ta i bruk dialekt i gjennomføringa av fysisk aktivitet, vart det opplevd lettare å lære og forstå ulike ord og uttrykk som vart brukt i daglegtalet blant personar i nærområdet. Nokre deltakarar nemnde at det kunne vere betre å lære språket gjennom å høyre ord og gjennomføre rørsler, enn utelukka å lære frå skulebenken.

Fleire deltakarar ynskte tilbod innan språkopplæring og uttrykte at det var viktig å lære norsk. *“Språk er veldig viktig”* (deltakar H, s.5). Dersom språkopplæring var tilbydd på aktivitetstilbod, var det interesse for å lære språk gjennom fysisk aktivitet. *“Hvis jeg får sånn*

*tilbud, masse bedre enn sitte på skole*'' (deltakar B, s. 4). Nokre deltakarar var ferdige med vaksenopplæring og opplevde å gløyme det dei hadde lært, difor var det etterspurt tilbod med fokus på både fysisk aktivitet og bruk av norskspråket.

*''Noe som det er snakking i, for da kan norsk, som er viktig inn i livet. Jeg var i skole i fem år for ett år siden og siden jeg ikke har vært på ett år jeg begynner å glemme. Så aktiviteter man kan snakke og bruke språket''* (deltakar F, s.5). *''Kvinner i min alder liker å danse(...)dansprogram der vi samler seg og danser og snakker''* (deltakar G, s.5).

Nokre valde fysisk aktivitet i staden for norskopplæring. Ein deltakar fortalde at det var to tilbod som gjekk på same tid. Difor måtte ho velje mellom fysisk aktivitet eller språkkafé, med fokus på å lære norsk. Deltakaren valde fysisk aktivitet framfor språkkafé, trass i ynskje om å delta på begge tilboda.

*''Trening er torsdag og språkkafé, de to timene kræsjer sammen derfor kan jeg ikke være med språkkafé(...) Jeg ønsker å være med språkkafé og lære norsk. Men viss de to timer kræsjer sammen, jeg følger trening''* (deltakar A, s.3).

Ein deltakar fortalde at det var fint med eit tilbod der eldre brukte språket og var i fysisk aktivitet. *''Eldre har det vanskelig med å lære språket, det kunne vært kjekt om det er noen aktiviteter med fokus på at eldre bruker dette språket her''* (deltakar G, s.5). Fleire deltakarar viste interesse for å auke deltaking i fysisk aktivitet, dersom dette betydde å få moglegheit til norskopplæring samstundes. Til spørsmål kring å prate norsk på trening svarte ein deltakar: *''Det er viktig for meg. Jeg kan høre og forstå og jeg kan prate litt norsk''* (deltakar I, s.6). Mange la også vekt på at språk var viktig for å kommunisere og ta i mot informasjon kring aktivitetstilboda som vart tilbydde.

### 5.2.3 Rekruttere andre personar til aktivitet

Ynskje om å informere andre om tilbod som kunne kome til nytte, var viktig for mange deltakarar. Datamaterialet viser korleis kvinnene, på ulike måtar, opplevde kva som kunne føre til at fleire deltok i frivillig tilbod og kvifor det var viktig å rekruttere fleire personar.

Fleire av deltakarane tok initiativ til å invitere og informere andre personar om aktivitetstilbod. *“De som er akkurat som meg eller eldre, de må delta på alle fysiske aktivitet også må gå på alle tilbud og må dele, ikke bare se på informasjon og sitte hjemme”* (deltakar B, s. 3). Ynskje om å bidra kom fram i nokre intervju, der behovet for å informere og lære andre personar var sterkt. Nokre hadde vore lærarar i heimlandet og ynskte å halde fram med å undervise. *“Jeg var arabisk lærer før så jeg har lyst å bidra med å lære folk”* (deltakar D, s.2).

Ein deltakar nemnde viktigheita av å informere eldre. Det vart lagt vekt på at det var viktig å informere eldre innvandrarkvinner om fysisk aktivitet og bruk av språket norsk. Deltakaren ville gjerne informere kvinner på sin eigen alder om tilbod, men etterlyste fleire kanalar å nå ut til målgruppa på. *“Det kunne vært flere ting for å fortelle eldre hvor viktig det er med flere aktiviteter og få bruke språket”* (deltakar G, s.5). På spørsmål om korleis ein burde informere andre personar om aktivitetstilbod, var telefonen sett på som eit viktig hjelpemiddel både gjennom oppringing og tekstmelding. *“Jeg ville informert alle med å sende SMS på mobilen”* (deltakar G, s.6). Andre deltakarar la vekt på at jungeltelegrafan var den beste måten å rekruttere fleire personar til aktivitet på. *“Eldre har nett overalt så da melder jeg en person som sier til annen, så blir det stor gruppe”* (deltakar E, s.5).

For å rekruttere fleire personar til aktivitet, vart informasjon kring tid og stad for ulike tilbod vidareformidla. *“Det er bedre at de får informasjon også de kan bare komme å dele med aktiviteten”* (deltakar C, s.4). Fleire kvinner nemnde at det var viktig å dele informasjon kring aktivitetstilbod, for å unngå at nokon vart sittande heime utan å vite om tilbodet. Fellesskap og sosial støtte var viktig for fleire deltakarar. *“Vi har vanskelig historie i gamle dager. Vi sitter hjemme og blir deprimert, så folk må gå ut å bli med på flere ting så man kan trekke hverandre på en måte”* (deltakar F, s.4). Andre deltakarane fortalde kor viktig det var å få informasjon og spørsmål om dei ynskte å vere med ut å gå tur, eller vere med på aktivitetstilbod. Utan informasjon frå venar og naboar, hadde mange av deltakarane ikkje visst om aktivitetstilboda. *“Jeg hørte om ho spør meg om jeg vil være med på trening. Okei, jeg*

*prøver*'' (deltakar I, s.6). Mange deltakarar sat mykje heime dersom dei ikkje var i fysisk aktivitet. Dette vart opplevd som negativt. *''Hvis man sitter hjemme får man sykdom''* (deltakar A, s. 5). Det var eit ynskje frå fleire kvinner om fleire aktivitetstilbod for å redusere stillesitting heime. *''Å sitte hjemme er ikke det beste''* (deltakar E, s.3).

*''Jeg liker å gå tur med venner (...) Naboen min var fire år hjemme, ikke i aktivitet eller fysisk i hele tatt, men når jeg kommer går hun med meg hver dag, hver dag (...) Naboen gikk ut av ensommen hun var i''* (deltakar E, s.4). Fleire deltakarar likte å gå tur og rekrutterte andre kjende til å vere med og opplevde dette som positivt.

For å rekruttere andre personar til aktivitet, vart det understreka at eit gruppetilbod med moglegheit til å samlast og prate saman, vidare kunne føre til deltaking på frivillige tilbod. *''Det aller viktigste er at vi samles og snakker, fordi da kan man snakke sammen og snakke om flere problemer man har. Så samlinger med flere grupper er det aller viktigste som kan trekke til å bli med på flere aktiviteter''* (deltakar G, s.5).

### **5.3 Arena for myndiggjering**

Kvinnene fortalde om ynskjer kring tidspunkt, stad og type aktivitetar som var interessante å delta i. Samstundes opplevde nokre deltakarar ulike barrierar for deltaking i frivillige tilbod. Identiteten til deltakarane kunne på ulike måtar bli utfordra positivt og negativt. Vidare vil eg søkje å gje ei innsikt i kva ynskjer og forventningar deltakarane hadde til frivillige tilbod og korleis identiteten på ulike måtar kunne bli utfordra.

#### **5.3.1 Autonome ynskjer og forventningar**

Klare tilbakemeldingar kring type aktivitet og tidspunkt for aktivitetar, kom godt fram i intervju. Eg stilte nokre konkrete og lukka spørsmål som førte til klare tilbakemeldingar frå deltakarane. Spørsmåla var til dømes; *''Kor mange gongar i veka ynskjer du å delta på aktivitet?''*, eller: *''Kva tid på dagen tykkjer du det er best å vere aktiv?''*. Dette gjorde det mogleg å kartleggje deltakarane sine meiningar kring aktivitetstilboda. Gjennomsnittleg ynskte deltakarane to treningar i veka, med eit spenn frå ein gong i veka til sju gongar i veka.

Utfordringar kring betaling og kjøp av busskort vart nemnd av fleire kvinner. Kvinnene opplevde barrierar for gjennomføring av fysisk aktivitet. Redsel for å miste vegen og ikkje finne fram, var ein faktor som hemma deltaking i planlagt fysisk aktivitet. *''Jeg liker det men samtidig liker jeg ikke så mye fordi jeg ikke alltid finner frem og jeg føler meg dum''* (deltakar K, s. 3). Avstand og mangel på busskort vart i fleire intervju problematisert og

forklart som barrierar for deltaking i fysisk aktivitet. *“Jeg ville vært med men jeg har ikke busskort så jeg kan ikke bare gå der”* (deltakar F, s.2). *“Hadde jeg hatt busskort så ville jeg vært mer med”* (deltakar K, s.4). Dersom det var gratistilbod og eit tilbod i nærmiljøet, hadde det vore ynskjeleg med trening kvar dag. Nokre deltakarar grunna dette med at: *“det er bedre å trene enn å sitte hjemme for meg”* (deltakar K, s.4). Fleirtalet ynskte gruppetimar på ettermiddagen når dei var ferdige på skulen, eller i helgane. Nokre ville ha trening tidleg på føremiddagen fordi ein kunne slappe av resten av dagen.

Fleire ynskte symjing som aktivitet. *“Jeg liker å ha mer aktivitet også mer trening og svømmekurs”* (deltakar B, s. 2). *“Eksempel svømmekurs eller trening som er bra for damer”* (deltakar C, s.3). Fleire deltakarar ynskja å lære seg å symje. *“Jeg kan ikke svømme men jeg liker”* (deltakar B, s.2). Andre deltakarar ynskja symjing fordi treninga var meir skånsam i forhold til muskel- og leddsmerter. *“Svømming er også bra for kne”* (deltakar H, s.5). Yoga som treningsform vart nemnd fleire gongar. *“For eksempel yoga er bra for helse”* (deltakar E, s.2). Yoga vart lagt vekt på som ein god aktivitet å gjennomføre for eldre med helseproblem. *“Når vi blir eldre har vi med noen helseproblemer så det kunne vært viktig med noen aktiviteter der man har det greit med kroppen for eksempel yoga”* (deltakar G, s.5). Å trene yoga fungerte godt for fleire deltakarar med ryggproblem. *“Det er fint for helse, for da jeg var på yoga flere ganger før så følte jeg veldig godt for ryggen”* (deltakar E, s.4). Andre deltakarar hadde ikkje spesifikke ynskjer kring aktivitet, men la vekt på kor viktig det var å kome seg ut og møte andre personar. *“Hva som helst aktivitet, det er kjedelig og jeg vil ha noe for å få litt mindre tid selv”* (deltakar F, s.4).

### **5.3.2 Identitet vert utfordra**

Fleire av kvinnene peikte på at det var stor ulikskap kring fysisk aktivitet blant kvinner i Noreg, samanlikna med deltakarane sine heimland. Datamaterialet presenterer korleis deltakarane, på ulike måtar, opplevde deltaking i fysisk aktivitet.

Kvinnene kunne i liten grad støtte seg på opplevingar gjennom tradisjonar og familie når det gjaldt fysisk aktivitet. Gjennomgåande i intervjuar var at fysisk aktivitet var uvanleg i heimlandet. Det var ikkje tilbod om trening i heimlandet på grunn av at kvinnene passa på born, hus, eller var på jobb. *“I Somalia er kvinnene hjemme eller på jobb”* (deltakar C, s.3). I nokre heimland var det krig og ikkje moglegheit for trening, fordi fokuset var å jobbe og skaffe mat til resten av familien. *“Jeg hadde aldri denne sjansen til å trene i hjemlandet fordi vi hadde ikke engang nok å spise”* (deltakar K, s.4). Nokre deltakarar forklarte at det var



vanleg å få meir hjelp og bli tekne hand om av familie og venar når ein vart eldre i heimlandet. *“I hjemlandet er eldre folk “boss”, så de trenger ikke å gjøre sånne ting selv og kan spørre andre om å gjøre ting for seg”* (deltakar G, s. 4). Fleire deltakarar opplevde at eldre kvinner i Noreg hadde meir ansvar sjølve og difor var opplærde til å ta hand om eiga helse. *“Norske kvinner er veldig flink til å passe på seg selv og helsen sin”* (deltakar B, s. 2). Dette vart nemnd i fleire av intervjua. Deltakarane opplevde at norske kvinner på same alder, både tok vare på seg sjølve og familien samstundes. Fleire deltakarar gav uttrykk for å ville identifisere seg med dei same prioriteringane som norske kvinner gjorde. *“Dere er flinkere enn oss jeg tror, dere norske kvinner”* (deltakar L, s.7). Ei tolking er at nokre deltakarar idealiserte norske kvinner på same alder, og identifiserte seg med norske kvinner gjennom å delta på aktivitetstilbod. *“Ja, dere må være sann... vi må forandre litt”* (deltakar K, s.8). Nokre deltakarar opplevde at det kunne vere slitsamt å få kvardagen til å gå opp. *“Jeg må forte meg å lage middag og jeg sier mamma må trene litt og snakke litt norsk og han sier ja”* (deltakar I, s. 6).

## **5.4 Fellesskap motiverer**

Alle kvinnene opplevde at fellesskap var ein viktig faktor for deltaking i frivillige tilbod. Eg vil vidare søke å gje ei innsikt over deltakarane sine ulike opplevingar kring sosiale relasjonar i frivillige tilbod.

### **5.4.1 Sosiale relasjonar**

Fleire deltakarar fortalde om positive kjensler kring fellesskap. Samstundes var det nokre kvinner som unngjekk frivillige tilbod grunna barrierar kring å ikkje kjenne dei andre deltakarane. Datamaterialet viser korleis kvinnene, på ulike måtar, opplevde at frivillige tilbod påverka sosiale relasjonar.

Ein gevinst av å delta i fysisk aktivitet, var sosiale relasjonar som vart etablert. Fleire deltakarar nemnde viktigheita av fellesskap og sosial støtte gjennom å kome seg ut og vere saman med andre personar. Fleire uttrykte stress og helseplagar med å vere mykje heime og la vekt på at fysisk aktivitet saman med andre personar reduserte stress.

*“Det er bra for helsen og bra for alle damene. Jeg forteller de jeg kjenner samme alder. Fordi viss de sitter hjemme, de får stress. Ja, de stresser mye når de sitter hjemme og ikke.. også når du er sammen med flere folk og deler trening det blir bedre for deg, du blir sliten og går hjem med engang du kan bare sove”* (deltakar A, s.5). *“Hvis jeg blir stresset*

*jeg kjenner fysisk aktivitet er veldig viktig'' (deltakar K, s.2).*

Nokre deltakarar fortalde om flukt frå krig. For desse var fysisk aktivitet og sosiale relasjonar vektlagt som viktig. *''Det er stor forskjell mellom kvinner i Norge og Somalisk kvinner på grunn av vi hadde krig (...) Jeg er veldig fornøgd med trening (...) Jeg tror man tenker forskjellig ting når hjemme så det er bra for hjernen, bra for kroppene'' (deltakar A, s. 3).*

Fysisk aktivitet saman med ukjende, kunne føre til ubehag og redsel for å ikkje møte opp til tida. *''Jeg blir ekstra stresset og nervøs når jeg ikke kjenner alle også hvis jeg ikke rekker å finne fram'' (deltakar K, s.3).* Trass i at nokre deltakarar fortalte om ulemper kring planlagt fysisk aktivitet i grupper, såg deltakarane noko positivt ved å delta. Ved å få informasjon om aktivitetstilbod og informere vidare til andre kjende, opplevde fleire ei kjensle av fellesskap og at ein var del av ei gruppe. Fysisk aktivitet i grupper, auka kjensla av glede. *''Jeg liker sånn gruppetimer at det er trening, sånn arbeid sammen'' (deltakar E, s.3).* Nokre la vekt på at det var godt å møtast i grupper, trene og prate om bekymringane dei bar på.

*''Det er godt for fellesskapet å snakke sammen om de problem man har, siden jeg har mange døtrer som ikke er i nærheten. Jeg er veldig bekymret av dem og deres liv, så jeg tenker det skulle vært gruppearbeid, at det er aktivitet og kan fortelle andre om sine egne problemer. Da blir det mindre å skjule inn i seg'' (deltakar F, s.4).*

Gruppetimane la til rette for å møte ei fast gruppe over tid, med fokus på sosialt samvær. Ved å vere aktiv saman med ei gruppe fortalde fleire kvinner om kjensla av å gløyme eventuelle utfordringar og tankar og få ei kjensle av glede og samhald. Ein deltakar hadde trena saman med ei fast gruppe sidan 2015 og var sterkt knytt til gruppa. Deltakaren beskrev gruppa nærast som ein familie og var nøgd med tilrettelagt trening som ikkje gjorde helseplagene verre. *''Jeg synes det er det beste. Siden 2015 jeg har blitt veldig knyttet til denne gruppe. Vi kjenner hverandre og blir nesten som familie'' (deltakar L, s.5).*

## **5.5 Oppsummering**

I dette kapittelet har eg gjeve ei innsikt i deltakarane sine opplevingar etter tema og subtema frå analyseprosessen. Deltakarane var opptekne av å ta ansvar for eiga helse, eiga språkopplæring og såg verdien av å rekruttere fleire personar til aktivitet. Fysisk aktivitet var viktig for fleire deltakarar grunna helsegevinstar fysisk og psykisk. Samstundes opplevde nokre deltakarar barrierar for deltaking i fysisk aktivitet grunna helseproblem, økonomi og

usikkerheit kring kvar aktiviteten vart gjennomført. Alle kvinnene opplevde at det var viktig å lære språket norsk for å bli integrert i det norske samfunnet. Det var etterspurt informasjon om opplæring i norsk og alle kvinnene var engasjert og motivert til å delta uansett kva type aktivitet eller kurs som vart tilbydd, så lenge det var norskopplæring. Fleire kvinner opplevde at det var viktig å informere personar om frivillige tilbod, slik at fleire personar kunne få glede av tilboda. Kvinnene opplevde at det var viktig at venar og familie informerte om tilbod, elles ville dei ikkje visst om tilboda. Samstundes var jungeltelegrafan nemnd som ein effektiv kanal for å nå ut til fleire eldre innvandrarkvinner.

Kvinnene hadde autonome ynskjer og forventningar kring tidspunkt, stad og type aktivitet som vart tilbydd. Samstundes opplevde nokre deltakarar at det var utfordringar å delta på tilbod fordi det var ubehageleg å ikkje vere kjende i området der tilboda vart gjennomført og utfordringar kring betaling av busskort for å kome seg fram til aktiviteten. Nokre deltakarar hadde ikkje spesifikke ynskjer og forventningar, men opplevde at det viktigaste var å delta og vere saman i eit fellesskap. Fellesskap var ein viktig faktor for deltaking i frivillige tilbod fordi deltakarane opplevde sosial støtte frå dei andre deltakarane. Det var viktig for den psykiske helsa til kvinnene å dele tankar og opplevingar slik at ein ikkje bar på tankane åleine. Ved å dele opplevingar og vere saman med andre personar, opplevde deltakarane ein stressreducerande effekt som gav kjensle av betre helse. Fleire deltakarar opplevde ulikskap mellom norske kvinner på same alder, samanlikna med kvinner på same alder i heimlandet. Identiteten til kvinnene kan ha blitt utfordra, sidan fleire av deltakarane identifiserte seg med prioriteringane og val norske kvinner på same alder gjorde. Nokre av kvinnene i min studie opplevde at betre sjølvopplevd helse ved å gjere val og prioriteringar likt med norske kvinner på same alder. På ei anna side opplevde nokre deltakarar at det kunne vere travelt å endre val og prioriteringar i kvardagen. Funna som er presentert i dette kapitlet, vil i neste kapittel bli diskutert opp mot teorien som er presentert i kapittel tre.



## **Kapittel 6 Diskusjon – når teori møter empiri**

I diskusjonen vil eg drøfte korleis teorien som er presentert (kap. 3) kan kaste lys over funna som er gjort (kap. 5). Her er Dahlgren og Whitehead (1991) sin sosiale helsemodell og teoriar kring identitet (*det personlege sjølv*, *fysiske sjølv* og *det sosiale sjølv*) sentrale. Saman med forskning som er teken med i oppgåva, utgjer teoriane fundamentet i forståinga kring deltakarane sine opplevingar.

### **6.1 Fysisk aktivitet, norsk og fellesskap**

I denne delen av kapittelet vil eg drøfte funna kring opplevingane deltakarane hadde med å ta ansvar for eiga helse, norskopplæring og rekruttering av andre personar til frivillige tilbod. Med utgangspunkt i den sosiale helsemodellen til Dahlgren og Whitehead (1991), har eg drøfta funna i resultatdelen opp mot påverknadsfaktorar på helse. Beskrivingane til Binder (2018) kring identitet bidreg til å kaste lys over korleis opplevingane til deltakarane kan bli forstått i eit folkehelseperspektiv.

#### ***6.1.1 Individuelle opplevingar kring helse og fysisk aktivitet***

Innvandrarkvinnene som deltok i planlagt fysisk aktivitet opplevde at fellesskap gjennom frivillige tilbod i nærmiljøet, hadde ein positiv effekt på helsa og reduserte stress. Deltakarane fortalde at oppleving av bekymringar og utfordringar i kvardagen, vart bytt ut med kjensla av fellesskap og tilhøyrsløse. Det sosiale sjølv til kvinnene kan ha blitt styrka gjennom å vere del av ei gruppe. Dette kan vere ein årsak til at dei opplever positiv effekt på livskvaliteten, gjennom redusert stress og færre bekymringar i kvardagen. Tilrettelegging for å prate saman etter aktivitetstilbod, auka interessa for å delta. Dette vert støtta av (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 26) som peikar på at når ein pratar, blir høyrd og forstått av personar i det sosiale miljøet, kan ein oppleve auka trivsel og betre helse. Også Binder (2018, s. 231) støttar dette og skriv at deling av opplevingar og møter med andre personar, har ein helsefremjande og stressreducerande effekt både psykisk og fysisk. Når kvinnene i dette utvalet møtte andre personar i eit sosialt fellesskap kunne det redusere risiko for- og kjensle av einsemd for dei som var mykje åleine, slik Dahlberg et al., (2021) tek til orde for. Sidan einsemd rammar

eldre innvandrarakar dobbelt så ofte som befolkninga elles (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 35), kan det vere ein ekstra stor gevinst for denne målgruppa å delta på aktivitetar saman med andre.

Nokre deltakarar opplevde negativ påverknad på livskvaliteten fordi dei var mykje heime og inaktive. Ifølgje Helsedirektoratet (2018a, s. 124) veit vi lite om innvandrarakane opplever betre livskvalitet i Noreg samanlikna med heimlandet. Det vi veit er at deltaking i eit fellesskap fremjar fysisk og psykisk helse (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 81). Difor kan det vere grunnlag for å ta i bruk føre-var prinsippet med å leggje til rette for aktivitetstilbod i nærområdet, slik at dei innvandrarkvinnene som frå før opplever å vere mykje heime, unngår å utvikle einsemd og andre negative opplevingar kring livskvalitet. Det krevst ressursar i form av tid, lokale og ein instruktør for å gjennomføre slike tilbod. Det er ikkje sikkert at nokon vil møte opp på tilbodet dei fyrste gongane fordi det er usikkert om informasjonen kjem fram til innvandrarkvinnene som er mykje heime, og om kvinnene vil vere meir deltakande dersom det vert tilbydd spesifikke tilbod for denne målgruppa. I eit folkehelseperspektiv tek det ofte ei stund før effekten av eit tilbod viser seg (Prop. 90 L. (2010-2011), s. 50), noko som kan skape usikkerheit om tilbodet verkar etter hensikta. På ei anna side kan ei slik usikkerheit løne seg å stå i fordi ein i eit langsiktig perspektiv kan sleppe å setje i verk mottiltak som kan vere betydeleg meir kostnadskrevjande eller utfordrande.

Når nokre deltakarar fortalde om oppleving av glede kring aktivitet, er det eit godt utgangspunkt for å halde fram med å vere fysisk aktive og ha dette som ein levevane i kvardagen. Den sosiale helsemodellen til Dahlgren og Whitehead (1991), viser at individuelle levevanar påverkar helsa og at fysisk aktivitet er ein av dei viktigaste positive faktorane i eit folkehelseperspektiv (Mæland, 2016, s. 172). Oppfatning av eigen kropp blir endra gjennom livslauget og ved auka alder kan ein oppleve redusert funksjon grunna aldringsprosessen. Det er vist at regelmessig fysisk aktivitet kan oppretthalde eller forbetre kroppsfunksjonar ved auka alder (Lohne-Seiler & Langhammer, 2018, s. 11), noko som igjen kan påverke det fysiske sjølv. Sidan deltakarane som var fysisk aktive opplevde betre helse, kan det tenkjast at kroppsoppfatninga var positiv fordi dei opplevde meistring ved å gjennomføre fysisk aktivitet. Oppfatningar av eigen kropp, er grunnleggande for vår identitet (Hummelvoll, 2012, s. 136) og når deltakarane brukar fritida på fysisk aktivitet, kan det signalisere eit ynskje om å bli oppfatta som aktive personar som tek vare på kroppen sin. Når den fysiske aktiviteten i tillegg er forbunde med glede, kan det bidra til å styrkje kvinnene si psykiske helse.

Helseproblem som vondt i rygg og kne, opplevde nokre kvinner som fysiske barrierar for å delta i aktivitet. Ifølgje Binder (2018) er det vårt individuelle fysiske sjølv som påverkar

korleis vi oppfattar kroppen vår. Dette handlar om kva vi tenkjer om eigen kropp og om kva vi kan gjere av fysisk aktivitet. Ved auka alder kan ein oppleve kroppen som ein motstandar, meir enn ei støtte (Binder, 2018, s. 326) og kvinnene i min studie hadde ulike oppfatningar kring korleis endringar i kroppen og helseutfordringar vart opplevd. Dette forklarar Binder (2018, s. 132) med at ulike individ kan oppleve same utfordringar på ulike måtar. Nokre deltakarar var i fysisk aktivitet fordi dei opplevde reduksjon av- eller førebyggjande effekt på sine helseproblem. Andre deltakarar unngjekk fysisk aktivitet grunna helseproblem, fordi redselen for forverring var høg. Sidan alle menneske har ulike erfaringar gjennom sitt individuelle levde liv, beskriv Binder (2018, s. 135) at også sjølvforståinga og korleis ein reagerer på endringar i kroppen vere individuelle. Ulike erfaringar, kulturar og sosiale fellesskap, kan gje ulik forklaring på helse slik Horne (2013) påpeikar. Sidan deltakarane i min studie var frå seks ulike land, kan ulike kulturar ha påverka deltakarane sine ulike opplevingar av eiga helse slik Viken (2010, s. 62) viser til.

Sjølv om det kan vere ulike oppfatningar av same helseutfordring, er opplevingane reelle for den enkelte og må takast omsyn til. Låg kjensle av sosial støtte og deltaking, er vist å føre til dårlegare helse blant innvandrarbefolkninga (Helsedirektoratet, 2018a, s. 119). Dersom frivillige tilbod skal vere sosialt berekraftige, er det viktig å leggje til rette for tilbod der alle kan delta, sjølv ved fysiske utfordringar. Difor trengs det kompetanse kring tilrettelegging både på individ- og gruppenivå. Folkehelsearbeidaren har kompetanse innan tilrettelegging og har som mål å auke fellesskapet- og individet sin kontroll kring faktorar som påverkar helsa (Høigaard, 2011, s. 23). Folkehelsearbeid kan utøvast på gruppenivå ved å setje i verk tiltak for spesifikke målgrupper, eksempel for eldre innvandrar kvinner som opplever helseutfordringar. På individnivå kan folkehelsearbeid utøvast ved å tilby rådgiving og helseopplysning til eldre innvandrar kvinner generelt og dei med helseproblem spesielt. Folkehelsearbeidaren har kompetanse til å leggje til rette for at både dei med og utan helseutfordringar kan delta på aktivitetar (Høigaard, 2011, s. 27).

Oppleving av å ha dårleg økonomi var ei barriere for deltaking i frivillige tilbod. Fleire deltakarar opplevde utfordringar med å kome seg til aktivitetar fordi dei ikkje hadde pengar til busskort. Dei fleste kvinnene i min studie hadde ikkje arbeid i Noreg og difor kunne privatøkonomien lide. Generelle føresetnadar i samfunnet slik som å betale utgifter til kollektivtransport, vart på denne måten ei barriere for deltakarane si evne til å ta vare på eiga helse, fordi det var eit økonomisk spørsmål om dei kunne ta bussen til dei helsefremjande tilboda. Kvinnene sine opplevingar blir støtta av den sosiale helsemodellen til Dahlgren og Whitehead (1991), som viser at fråver frå arbeid er ein faktor som påverkar leve- og

arbeidsvilkåra og vidare den individuelle helsa. Deltakarane sine opplevingar viser ei skeivfordeling i moglegheitene for å delta i frivillige tilbod. For å redusere skeivfordelinga, kan eit gratis kollektivtilbod vere nyttig. Gratis kollektivtransport har som mål å fremje miljøet og utjamne sosial ulikskap. Ein av dei hyppigaste grunnane for å foreslå gratis kollektivtransport inkluderer fordeling og mobilitet der tiltaket støttar eldre, låginntektsgrupper og alle som ikkje har bil (Fearnley, 2018). Gratis kollektivtransport er eit berekraftig tilbod i denne samanhengen, fordi eldre innvandrarkvinner blir meir mobile og kan vere med på fleire ulike aktivitetar. På ei side vil eit gratis tilbod vere ein kostnad for samfunnet. På ei anna side kan det betale seg ved at innvandrarkvinnene får ein helsegevinst. Ved å redusere den økonomiske barrieren, legg samfunnet til rette for at det vert enklare for befolkninga å delta i helsefremjande tilbod. Slik kan fleire eldre innvandrarkvinner oppleve god helse, noko som er ein av samfunnet sine viktigaste ressursar i eit berekraftig perspektiv (Prop. 90 L (2010-2011), s. 11).

Nokre kvinner var ikkje interesserte i fysisk aktivitet aleine, men ville delta dersom det var moglegheiter for å lære norsk. Deltakarane som var med på fysisk aktivitet med ein norsk instruktør opplevde at det var kjekt å høyre kva rørsler ein skulle gjere på norsk, for deretter å gjere rørsla saman til musikk. Opplevingane deira viser at det kan vere hensiktsmessig å kombinere språkopplæring og fysisk aktivitet. Ved å respektere deltakarane sine ynskjer og kombinere desse aktivitetane, kan deltakarane oppleve å medverke, noko som ifølgje Binder (2018, s. 128) kan vere med på å styrkje deira personlege sjølv. Når deltakarane får påverke tilbod etter eigne behov kan dei få betre kontroll over sine liv, noko proposisjonen til stortinget (Prop. 90 L (2010-2011), s. 50) støttar. Sidan eldre innvandrarkvinner generelt er mindre fysisk aktive (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), kan ein kombinasjon av språkopplæring og fysisk aktivitet resultere i at fleire inaktive personar deltek i helsefremjande tilbod. Ifølgje Jakobsen og Spilker (2020, s. 11) er språkbarriere ein årsaksfaktor til helseutfordring, difor kan frivillige tilbod som både legg til rette for fysisk aktivitet og språkopplæring, ha stor gevinst.



### **6.1.2 Norsk som nøkkel til integrering**

Innvandrarkvinnene opplevde at å lære norsk var det viktigaste for ei vellukka integrering. Eit felles norsk språk å kommunisere med, gav oppleving av å etablere sosiale relasjonar og kunne gje auka moglegheiter til gjensidig stadfesting og utdjuping av erfaringar. Ifølgje Dahlgren og Whitehead (1991) er sosiale nettverk ein viktig sosial helsedeterminant for individuell helse. Det kan sjå ut til at deltakarane opplevde at norsk vart ein del av deira personlege sjølv når dei gjennom å lære språket, fann sin plass i eit fellesskap med andre. Ei slik tolking får støtte av Rugkåsa (2017, s. 20) som skriv at språket er eit hjelpemiddel for å danne sosiale relasjonar og blir ein del av vår identitet, gjennom å kommunisere våre tankar og verdiar med andre personar. Også Binder (2018, s. 195) framhevar at frivillige tilbod legg til rette for å bli integrert i samfunnet gjennom å vere ein del av eit fellesskap, og er vist å vere løysinga som i størst grad har ein helsefremjande effekt blant innvandrargrupper. Å snakke og forstå eit felles norsk språk, kan vere eit sentralt hjelpemiddel for å danne nye sosiale relasjonar og skape ei kjensle av fellesskap på tvers av språk og kulturar. Integreringslova (2020, §26), viser at rett og plikt til norskopplæring opphøyrer etter fylte 67 år. Trass i dette viser deltakarane i min studie som er over 67 år, interesse i å lære norsk. Dette viser til eit personleg engasjement hos kvinnene fordi dei mogleg vil lære norskspråket for å finne sin identitet i det norske samfunnet. Dette får støtte av Binder (2018, s. 129) som peikar på at vala vi gjer byggjer kjernen i vår identitet.

Deltakarane opplevde at det var vanskelegare å lære seg eit nytt språk ved auka alder. Opplevingane deira blir støtta av fleire studiar (Gele & Harsløf, 2012; Barstad & Molstad, 2020; Egge, 2020). Gjennom frivillige tilbod fekk deltakarane brukt norsk i noko grad, men opplevde at det mangla oppfølging og jamleg oppfrisking av norskkunnskapane. Å lære dialekt var ynskjeleg for betre å kunne kommunisere med personar i nærområdet. Kvinnene opplevde å få utilstrekkeleg informasjon om tilbod grunna språkbarrierar og opplevde at dersom dei kunne prate og forstå dialekt, så kunne dette auke moglegheitene for å ta del i nærmiljøet. Statistisk sentralbyrå (2021) peikar på at ei sentral barriere for integrering og informasjon er å ikkje forstå norsk, noko som studien til Gele og Harsløf (2012) støttar. På eit slikt grunnlag kan språkbarrierar ta ifrå innvandrarkvinnene den grunnleggjande moglegheita til å påverke sine omgjevnadar, ta imot synspunkt frå andre og formidle informasjon.

Skam på grunn av utilfredsstillande norskkunnskapar kom fram blant nokre deltakarar i studien min. Fleire kvinner opplevde kjensle av kommunikasjonsutfordringar dersom all kommunikasjon var på norsk. Utfordringane kvinnene kjende på kan bli sette i samanheng

med at vi identifiserer oss gjennom det vi gjer og det språket vi snakkar. Tek ein utgangspunkt i Binder (2018, s. 129) sitt perspektiv kan mykje fokus på norskopplæring og ein forhasta opplæring, vere ein av grunnane til skamkjensla som nokre deltakarar opplevde. Evna til å bruke språk vil påverke styrken i argument og auke gjennomslagskraft for eigne synspunkt. Ved å bruke det språket som teller mest i ein sosial samanheng, kan ein få eit psykologisk overtak og kjensle av sjølvtilit (Rugkåsa, 2017, s. 88-89). Motsett kan ein oppleve å gøyme vekk morsmålet fordi det er eit anna språk som vert forventa å bruke for å kommunisere. Mangel på evne til å uttrykkje seg med språket som vert brukt i nærmiljøet, kan gje kjensle av skam. Når morsmålet ikkje lenger er utbreidd i nærmiljøet, kan deltakarane slik som Barstad og Molstad (2020, s. 24) tek til orde for, oppleve å ikkje kommunisere slik dei er vant til og difor ikkje bli oppfatta slik dei ynskjer. Whitehead og Dahlgren (2009, s. 75) viser at personar som opplever sosial ekskludering i nærmiljøet, er meir utsett for livsstilssjukdomar. For å førebyggje helseutfordringar, anbefaler Whitehead og Dahlgren (2009, s. 77) mellom anna å skape møteplassar for å lette den sosiale interaksjonen.

### ***6.1.3 Det viktigaste er å samlast***

Fleire deltakarar opplevde at det var bra for den psykiske helsa å møte andre kvinner og dele erfaringar og tankar. Kvinnene ville informere andre innvandrarakvinner om aktivitetstilbod, fordi dei meinte at andre personar kunne ha godt utbytte av tilbod. Det vart viktig å ikkje sitte med informasjon om tilbod åleine, men dele informasjonen slik at så mange som mogleg fekk vite om tilbodet. Å informere andre kan ha betydning for det personlege sjølvvet til deltakarane. Når deltakarane valde å dele viktig informasjon kring tilbod, viser dette korleis dei ville oppføre seg mot andre. Dette beskriv Binder (2018, s. 33) som val vi gjer for å skape samanheng i kva vi opplever som viktig for kven vi er. Nokre deltakarar brukte jungeltelegrafan som eit verkemiddel for å spreie informasjon. Å oppleve å få ny informasjon av andre personar, kan skape kjensle av eit fellesskap og ei oppleving av å vere viktige for andre. Ved å oppleve at ein er viktige for andre og kjenne på å høyre til, vert det sosiale sjølvvet styrka og ein kan oppleve ei positiv sjølvkjensle (Hummelvoll, 2012, s. 135). Dette støttar Whitehead og Dahlgren (2009, s. 75), ved å vise til viktigheita av sosialt nettverk for god helse og trivsel. Samstundes vart det i mitt utval etterlyst å gjere meir for å informere eldre innvandrarakvinner om tilbod kring fysisk aktivitet og språkopplæring. Funna i studien min viser til skeivfordeling av sosiale forhold blant eldre innvandrarakvinner som hadde kjende personar i nærområdet, og dei som ikkje hadde det. Ei skeivfordeling som ifølgje (Dahlgren & Whitehead, 2007, s. 2) fører

til ulikskap i helse.

Einslege kan generelt vere vanskelegare å nå ut til med informasjon, samstundes som denne gruppa kan ha nytte av eit tilbod med sosiale aktivitetar grunna mangel på familie og venar i nærområdet (Kaya & Fauske, 2014, s. 154). Det sosiale miljøet og nærområdet har betydning for individuelle val kring kva ein prioriterer i kvardagen (Dahlgren & Whitehead, 1991) og dette viser att i deltakarane sine opplevingar. For kvinnene som ikkje hadde fått informasjon om tilbod, eller ikkje hadde kjende i nærområdet, kunne det vere vanskeleg å ta val opp mot det dei forbind med sitt fysiske sjølv. Eksempel kan vere deltakarar som likar sosiale aktivitetar eller fysisk aktivitet, men ikkje deltek grunna mangel på informasjon. Deltakarane får ikkje vere den dei eigentleg vil vere, gjennom aktivitetar og deltaking. Dette kan svekke det individuelle fysiske sjølv og gje negative kjensler kring livskvalitet (Binder, 2018, s. 131).

Kvinnene utan kjende personar i nærområdet opplevde fleire helseproblem enn andre deltakarar og desse funna blir støtta av Whitehead og Dahlgren (2009, s. 75), som viser at låg sosial støtte aukar risiko for helseutfordringar. Låg sosial støtte er noko som ifølgje Dahlberg (et al., 2021) er risikofaktorar for einsemd. Kjensla av einsemd kan ifølgje Lunde (2017, s. 94) forsterkast ved opplevde livshendingar som tap av venar eller ektefelle, slik tilfelle var for deltakarar i min studie. Deltakarane med risiko for einsemd, opplevde i større grad barrierar for å delta på frivillige tilbod samanlikna med deltakararar som hadde kjende i nærområdet. Kvinnene som hadde moglegheit, gjekk gjerne på tilbod saman med andre. For kvinnene utan kjende, var det vanskelegare å delta grunna ubehag kring å ikkje kjenne nokon, usikkerheit kring avstand og stad til aktivitet. Barrierar kan ifølgje Binder (2018, s. 301) gjere at ein trekk seg vekk eller unngår sosiale situasjonar.

Oppleving av å ha flykta frå krig eller reist frå familie og venar i heimlandet kan vere faktorar som skapar barrierar for deltaking og formar kvar enkelt sitt personlege sjølv, fordi tidlegare opplevingar formar oss og påverkar vidare kva vi opplever er viktig i eigen kvardag (Binder, 2018, s. 30). I eit folkehelseperspektiv er førebyggingsparadokset (Rose, 1992, s. 12) eit dilemma fordi personar som har mest nytte av eit tilbod, kan oppleve at tilbodet har minst effekt. I dette tilfellet kan eldre innvandrarvinner som hadde hatt god nytte av å bli kjend med andre personar i nærområdet, oppleve ubehag og barrierar som fører til at dei ikkje møter opp i frivillige tilbod.

## **6.2 Identitet på tvers av kulturar**

Kvinnene hadde klare forventningar og tankar kring stad, tidspunkt og type aktivitet som passa best. Samstundes opplevde nokre deltakarar identitetsutfordringar kring å endre på val som vart gjort i kvardagen. Teorien (kap. 3) vert i dette kapittelet drøfta opp mot deltakarane sine opplevingar, kring medverknad og identitetsutfordringar.

### ***6.2.1 Opplevingar kring medverknad***

Aktivitetstilbod på ettermiddagen eller i helgane passa best for kvinnene, fordi fleire hadde undervisning på føremiddagane i kvardagen. Deltakarane viste autonome forventningar til type aktivitet og tidspunkt. Symjing og yoga var etterspurt, spesielt blant kvinnene som hadde helseplager. Nokre deltakarar var søkjande utan preferansar til tid og stad for aktivitet, men deltok i det som vart tilbydd. Det er Caritas som bestemmer tidspunkt, stad og type aktivitetstilbod. Kvinnene opplevde at tilboda ikkje stemde overeins med familielivet og andre kurs og aktivitetar, difor passa det nødvendigvis ikkje for alle til ei kvar tid. Det kan tenkjast at det personlege sjølvst påverkar kva prioriteringar kvinnene gjorde, noko Binder (2018, s. 33) støttar fordi ein vil gjere val som er mest likt det ein sjølv meiner er viktig. Det er mogleg at fleire hadde delteke på aktivitetar, dersom dei fekk medverke til kva tid og type aktivitet som skulle bli gjennomført. Skulberg (2015, s. 32) påpeikar viktigheita av at enkeltindivid medverkar i prosessar kring eiga helse. Vissheit kring å vere seg sjølv og gjere val opp mot sitt personlege sjølv, tek form gjennom å skape sin eigen veg (Binder, 2018, s. 5). Såleis kan medverknad der deltakarane er med å påverkar kva tilbod, stad og tid tilbodet skal vere, redusere barrierar. Horne (2013) støttar dette og skriv at deltakarane kan oppleve auka motivasjon og redusere barrierar for aktivitet, ved å medverke til tilbod. Egge (2020) viser til at terskelen for å delta i etablerte aktivitetar kan opplevast som høg blant eldre innvandrarar og hans funn stemmer overeins med mange av kvinnene i min studie sine opplevingar.

Jakobsen og Spilker (2020) viser til at organisatoriske eller strukturelle faktorar kan fremje eller hemme medverknad. Eksempel på slike faktorar kan vere i kva grad frivillige organisasjonar, slik som Caritas, prioriterer medverknad og om det er tilstrekkeleg finansiell støtte og tid til å gjennomføre medverknad. Sidan Caritas er ein organisasjon som består av mykje frivillig arbeid, kan deltakarar som er interesserte, vere med å forme tilbod gjennom å vere frivillig. Dette kan forsterke kjensla av å medverke og påverke positivt i fellesskapet, noko som kan vere helsefremjande (Meld. St. 19, (2014-2015), s. 26). Whitehead og Dahlgren

(2009, s. 24) peikar på at dersom ein legg til rette for medverknad blant minoritetsgrupper, kan ulikskapen i helse reduserast fordi det kan vere enklare for enkeltindivid å påverke si eiga helse enn om alt blir bestemt ovanfrå. Ofte er det personar som er best representert og taleføre i samfunnet som har størst innflytelse. For å redusere denne ulikskapen kan fagfolk jobbe målbevisst med informasjon som kan styrkje eldre innvandrar kvinner sin medverknad i tilbod. Ifølgje Høigaard (2011, s. 32) kan folkehelsearbeidaren vere ein medverknadsstøtte for å skape ei oppleving av individuell kontroll over eiga helse. Slik kan frivillige organisasjonar legge til rette for helsefremjing og dra nytte av å ha tilgang på folkehelsekompetanse.

### ***6.2.2 Utdringar kring identitet og deltaking***

Nokre deltakarar opplevde at frivillige tilbod var viktig for eiga tilfredsheit og ein meiningsfull kvardag. Desse kvinnene kan ha vert motivert av sin indre personlege identitet og er opplevingar som kan relaterast til Binder (2018, s. 74) sine beskrivingar av identitet. Motivasjon frå indre personleg identitet kan vere sett på som autonom, fordi den vert opplevd som meiningsfull i seg sjølv. Når aktiviteten vert gjennomført fordi ein sjølv ynskjer, kan dette vere fordi ein identifiserer aktiviteten som ein av sine personlege verdiar (Binder, 2018, s. 338). Eit eksempel på dette kan vere kvinnene som var med i fysisk aktivitet, grunna oppleving av at det hadde ein positiv verknad på kvardagen. På den andre sida kan nokre av kvinnene ha opplevd ynskje om å vere delaktige grunna ytre påverknadar. Å vere del av norsk kultur og ynskje om å likne på norske kvinner på same alder, kan vere grunnen til val av tilbod, dersom ytre faktorar motiverte. Fleire deltakarar ville endre prioriteringar og val i kvardagen, for å prioritere slik som norske kvinner på same alder gjorde. Slik kan deltakarane oppleve å gjere val nært opp til sitt ideal-sjølv. Idealisering kan ha ein viktig funksjon, fordi vi blir inspirerte når vi har ei positiv kjensle ovanfor førebileta (Binder, 2018, s. 163). Mogleg det var tilfelle for nokre av deltakarane i min studie. På ei anna side kan deltakarane oppleve press om å passe inn i fellesskapet. Integrering har som mål å ha ei tilpassing til- og tilhøyrse i majoritetskulturen, samstundes å ta vare på- og utvikle etnisk identitet (Binder, 2018, s. 195). Identiteten til kvinnene kan bli utfordra, ved å endre til norsk kultur på kostnad av eigen kultur. Fysisk aktivitet var ikkje vanleg i heimlandet til fleirtalet av deltakarane. Men trass dette ynskte fleirtalet å vere meir aktive grunna positive helsegevinstar. Deltakarane kan oppleve å identifisere seg med norsk kultur, gjennom å delta på aktivitetstilbod. Sosialt fellesskap kan føre til kjensle av å verte tvungen på ein identitet, ved å gjere val mellom alternativ som ein ikkje tykkjer passar eigen identitet. Frivillige organisasjonar slik som

Caritas, kan leggje til rette for og tilby kurs og aktivitetar der personar frå ulike kulturar møtast og kan reflektere over- og utforske eigen etnisk identitet.

Trass i at det er stort fokus på integrering i Noreg, opplevde nokre deltakarar at det var godt å halde på den etniske identiteten, samstundes som dei levde gode liv i Noreg. Nokre deltakarar ynskte å ha det slik som før og fann mogleg ikkje verdien i det nye. Såleis kan det vere viktig å ikkje fokusere på integrering for ein kvar pris. Sidan identiteten gjer oss ulike og skil oss frå kvarandre, er det kvar enkelt som sjølv bestemmer kva som er viktig for kven ein sjølv er (Binder, 2018, s. 33). For nokre kvinner kan det ha vore viktig å halde fast på sin identitet frå fødelandet, samstundes som deltaking på frivillige tilbod var ynskjeleg. Deltaking på tilbod i regi av Caritas, kan ha lagt til rette for at deltakarane kunne vere saman med andre personar frå same kultur, og samstundes prate med andre personar og utforske andre kulturar. Sidan identiteten ikkje er eit fast punkt men noko som strekk seg både framover og bakover i tid, kan eit tilbod som Caritas auke deltakarar sine moglegheiter til å dyrke sin eigen identitet og ifølgje Binder (2018, s. 346) auke moglegheiter for positive kjensler av å vere del av noko større i eit fellesskap.

### **6.3 Oppsummering**

Når teori møter empiri ser det ut til at den sosiale helsemodellen til Dahlgren og Whitehead (1991) og identitetsbeskrivingane til Binder (2018) hovudsakleg bidreg til å kaste lys over eldre innvandarkvinner sine opplevingar kring deltaking i frivillige tilbod. Mykje tyder på at den største utfordringa for frivillige organisasjonar, slik som Caritas, blir å leggje til rette for deltaking blant einslege eldre innvandarkvinner. Andre utfordringar ser ut til å vere økonomiske, språklege og helsemessige. Ein konsekvens av dette kan vere at frivillige organisasjonar bør ha eit breidd fokus på kva dei legg til rette for av tilbod og syte for kompetanse innan tilrettelegginga. Frivillige organisasjonar bør ha fokus på samhandling med andre aktørar som for eksempel kommunane. Dersom det er ynskjeleg å skape oppslutnad om frivillige tilbod, ser det ut til at kontinuerlege utviklingsprosessar blir viktige, som kan vere i form av medverknad frå eldre innvandarkvinner. Med utgangspunkt i det eg har fått fram i studien, treng ikkje dette bli ei stor utfordring fordi innvandarkvinnene har autonome ynskjer og forventningar som kan bidra i utviklingsprosessane kring frivillige tilbod.

## **Kapittel 7 Refleksjon - styrker og utfordringar**

Denne studien har gjeve eit innblikk i korleis eit utval innvandrarvinner opplever deltaking i frivillige tilbod i Noreg. Studien min tyder på at frivillige tilbod har betydning for fleire aspekt i eldre innvandrarvinner sine liv. I dette kapittelet vil eg reflektere over studien sine styrker og utfordringar.

### **7.1 Kvalitativ metode**

Val av kvalitativ metode for innsamling av data, samsvarer med problemstillinga til studien. Fordelane med den kvalitative metoden er at deltakarane sine subjektive opplevingar kring frivillige tilbod vert lagt vekt på for å svare på problemstillinga. Ved å intervju 12 deltakarar med eit variert aldersspenn og frå ulike land, fekk studien fram ulike perspektiv og samanhengar som kan vere ein styrke ved studien.

Kvalitativ metode reknast å vere risikofrie i forhold til fysisk skade, men kan medføre skadeverknad i form av integritetskrenking. Transkribert og analysert data kan bli framstilt annleis enn kva deltakarane sjølve meinte å formidle (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Ei utfordring med kvalitativ forskingsintervju er at deltakarane kan fortelje om forhold som ikkje er relevant for prosjektet. For å hindre at deltakarane avslører meir enn kva dei ynskjer, meiner Lyberg (2010, s. 145) at det krevst nærheit av forskar i situasjonen og evne til å avslutte intervjuet på ein god måte. Eg tok omsyn til dette ved å ikkje avtale for mange intervju på ein dag, slik at eg hadde god tid og konsentrerte meg om ein deltakar i gongen. Slik vart det mogleg å leggje til rette for ein naturleg avslutning på kvart intervju. Eg kunne sendt spørsmåla til deltakarane på førehand, slik at dei kunne bu seg ved å lese intervjuguiden og tenkje ut svar på førehand. Slik kunne intervju ført til fleire og meir utfyllande beskrivinga kring deltakarane sine opplevingar. På ei anna side kunne svara vere spontane og direkte når deltakarane ikkje hadde lese gjennom intervjuguiden på førehand.

Som forskar kan kvalitative forskingsmetodar bringe meg nærmare dei personane som er deltakarar i forskinga. Difor var det nødvendig at eg var bevisst på utfordringane kring mine rollar som forskar og instruktør (Den forskningsetiske komiteene, 2019). Thagaard (2018, s.81) peikar på relasjonen mellom deltakarane og forskar som ein del av forskingsprosessen og ein viktig faktor for kvaliteten på resultatet. Eg var instruktør og hadde brukt ei tid på å bli kjend med målgruppa i førevegen av intervju. Dette kan ha bidrege til å redusere den sosiale

avstanden mellom meg som forskar og deltakarane, som ifølgje Thagaard (2018, s. 105) er betydingsfullt for å etablere ein tillitsfull og god atmosfære i intervjusituasjonen. Samstundes var det utfordringar kring mi eiga rolle i denne samanhengen. Fem av deltakarane eg intervjuar hadde delteke på gruppetimar der eg hadde rolle som instruktør. Min profesjonelle distanse vart utfordra sidan eg hadde kjennskap til desse deltakarane slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 108) skriv kan påverke tolking av data. Eg søkte å vere medviten om dette i forskarrolla og vere open for ny informasjon frå deltakarane, utan at kjennskapen påverka mi tolking av det deltakarane fortalde.

## **7.2 Tolk i intervju**

Tolken som var brukt i intervjusituasjonane var profesjonell omsetjar frå organisasjonen Caritas og ikkje ein ven eller slektning av deltakarane. Trass i at ein ven eller slektning kunne ha letta intervjusituasjonen, kunne tolken teke over rolla som deltakar eller som forskar slik Kvale & Brinkmann (2015, s. 173) peikar på. Tolk skal ikkje la eigne meiningar påverke arbeidet og skal opptre upartisk (Tolkeforskriften, 2021, §5). Ein ven eller slektning som tolk, kan ta rolla som forskar og stille oppfølgingsspørsmål til deltakaren utan at forskar fyrst har spurt om dette. Profesjonell avstand mellom tolk og deltakar er ein faktor som kan føre til ein slik situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Mangel på profesjonell avstand kan føre til at tolk tek rolla som deltakar og fortel forskar om noko deltakaren sjølv ikkje har fortald. Med utgangspunkt i desse refleksjonane, var eg bevisst på å rekruttere ein tolk som ikkje hadde kjennskap til deltakarane frå før.

## **7.3 Informert samtykkje**

Fleksibilitet i kvalitative studiar, handlar om at vi kan endre prosjektet undervegs. Problemstillinga er gjerne fleksibel slik at nye tema kan framkome og vere annleis enn det teoretiske spørsmålet som var utgangspunktet for studien. Ifølgje Thagaard (2018, s. 23) er det grense for kor mykje informasjon ein kan gje om eit prosjekt i startfasen. Vedlagt søknadsskjema til NSD, informasjonsskriv og intervjuguiden ber preg av å undersøke opplevingar deltakarane hadde kring fysisk aktivitet. I gjennomføringa av intervjuar og arbeid med analyseringa av innsamla data, såg eg at det kom fram funn som gjorde at eg måtte endre problemstillinga. Sidan problemstillinga vart justert undervegs, oppstod det etisk dilemma kring kva informert samtykkje inneber, fordi deltakarane hadde skreve under samtykkje og takka ja til å bli intervjuar før eg hadde ei endeleg problemstilling. Eg visste ikkje på førehand



kva innsikt innsamla data ville gje og kva resultat eg ville kome fram til. Ei anna utfordring var at deltakarane ikkje visste korleis eg som forskar analyserte og tolka data, noko Thagaard, (2018, s. 24) peikar på som eit dilemma. Difor var eg nøye med å spørje undervegs i intervjuet om eg forstod utsegna til deltakarane korrekt, slik at dei hadde moglegheit å rette på eventuelle misforståingar. Gjennom heile forskingsprosessen var eg bevisst på mitt etiske ansvar. Etter at intervjuet var gjennomført, var eg deltakande på aktivitetar i regi av Caritas og fortsette som instruktør. Dette gjorde eg for å vere tilgjengeleg for deltakarar i ettertid og svare på eventuelle spørsmål. Alle deltakarane hadde fått kontaktinformasjonen min, dersom det skulle vere noko spørsmål i seinare tid.



## Kapittel 8 Avslutting

Ved å intervjuje eldre innvandrarar søkte eg å få fram deira opplevingar av frivillige tilbod og setje fokus på dei frivillige organisasjonane sine styrker og utfordringar i arbeidet kring innvandrarbefolkninga si helse.

Fleire kvinner tok ansvar for eiga helse og rekrutterte andre personar til deltaking i frivillige tilbod. Det var ynskjeleg med fleire kanalar og moglegheiter til å nå ut til fleire eldre innvandrarar. Arbeid for å styrke psykososiale forhold som møteplassar, deltaking i lokalsamfunnet og sosiale nettverk kan i auka grad inkludere innvandrarar. Det ser ut til at dersom deltakarane hadde fått informasjon om moglegheiter for å engasjere seg i frivillig arbeid, kunne dei brukt sin kunnskap og rekrutteringsevne til å auke deltaking blant fleire eldre innvandrarar.

Opplevingane som gjekk igjen mellom deltakarane i studien min, var at dei hadde autonome ynskjer og forventningar kring det frivillige tilbodet. Det ser ut til at frivillige organisasjonar kan dra nytte av fagpersonar for å få til hensiktsmessig tilrettelegging, som kan bidra til oppslutnad om tilboda. Eit døme på det er folkehelsearbeidarar som kan legge til rette for hensiktsmessige tilbod på individ- og gruppenivå og delta i utviklingsprosessar med kommunen og frivilligheita. Slik kan kommunane utvikle dei frivillige tilboda ut frå innvandrarar sine ynskjer og behov for å redusere barrierar og auke deltaking.

Opplevingar av å vere del av eit fellesskap, ser ut til å vere sentralt. Dersom det vert lagt til rette for at ei fast gruppe kan delta på ulike frivillige tilbod saman, kan det redusere barrierar for deltaking blant einslege eldre som opplever ubehag og usikkerheit kring å delta på nye aktivitetar, på ein ny stad med ukjende personar. Når personar møtast regelmessig kan det skape trygge rammer og auke moglegheitene for å finne sin plass i eit fellesskap.

## 8.1 Avsluttande refleksjonar

Ved å sjå tilbake på starten av prosjektet, opplever eg at forforståinga mi kring temaet har vorte nyansert. Eg har lært mykje i prosessen kring deltaking som frivillig, gjennomføring av intervju og analyse av data. Engasjement og interessa blant kvinnene har inspirert meg til å sjå viktigheita av å legge til rette for hensiktsmessige folkehelseiltak og vidareutvikle eksisterande tilbod. Eg har intervjuet kvinner som var delaktig i den frivillige organisasjonen Caritas. Det kunne vore interessant å undersøke om eldre innvandarkvinner opplevde dei same gevinstane og utfordringane i andre frivillige organisasjonar. Studien min viser til ulike oppfatningar kring korleis deltakarane opplevde livet sitt som heilheit i forhold til positive og negative kjensler i kvardagen. Sidan det er kunnskapsmangel om livskvaliteten blant innvandrere i Noreg, kunne det vore interessant å gjennomført studiar om eldre innvandarkvinner opplever betre livskvalitet etter å ha innvandra. Funna i studien kan tyde på at deltakarane kunne medverka meir i det frivillige tilbodet. Difor kunne det vore interessant å intervju kommunetilsette og fått deira synspunkt på integrering av innvandarkvinnene i planlegging av folkehelsearbeid i kommunane.

## Litteraturliste

- Aadland, E. (2015). *Og eg ser på deg: vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Aambø, A. (2020). *Innvandrerers helse- en utfordring for helsetjenesten*. 17(2), 510-527. <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2020/2-510-527.pdf>
- Aambø, A. (2021). *Innvandrerers helse og helsetjenestens ansvar*. Cappelen Damm Akademisk.
- Barstad, A. & Molstad, S. C. (2020). *Integrering av innvandrere i Norge. Begreper, indikatorer og variasjoner mellom grupper*. Statistisk sentralbyrå.  
[https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2721574/RAPP2020-44\\_web.pdf?sequence=1](https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2721574/RAPP2020-44_web.pdf?sequence=1)
- Binder, P. (2018). *Hvem er jeg? Om å finne og skape identitet*. Fagbokforlaget.
- Brønnøysundregistrene (u.å). *Caritas Norge*.  
<https://data.brreg.no/enhetsregisteret/oppslag/enheter/971436514>
- Caritas. (u.å). *Om Caritas Norge*. <https://www.caritas.no/om-caritas-norge/>
- Dahlberg, L., McKee, J. K., Frank, A. & Naseer, M. (2021). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental health*. DOI: 10.1080/13607863.2021.1876638.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO-strategy paper for Europe. Arbeidsrapport 2007:14. Institute for future studies.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20-24.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>

- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. *Kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag-NEM*.  
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Egge, H. (2020). *Eldre innvandrere ønsker personlig kontakt*. <https://forskning.no/aldring-innvandring-partner/eldre-innvandrere-onsker-personlig-kontakt/1636840>
- Fauske, H. (Red.). (2014). *Innvandrere på utsiden av samfunnet*. Abstrakt Forlag AS.
- Fearnley, N. (2018). *Gratis kollektivtransport*. Tiltakskatalog for transport og miljø.  
<https://www.tiltak.no/b-endre-transportmiddelfordeling/b-2-tilrettelegging-kollektivtransport/b-2-6/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Sosiale helseforskjeller i Norge*.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Fakta om livskvalitet og trivsel*.  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Sosialt bærekraftige lokalsamfunn*.  
<https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/sosialt-barekraftige-lokalsamfunn/>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Forventet levealder i Norge*.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen*. (FOR-2018-05-11-724). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692?q=forskrift+om+oversikt+folkehelse>
- Forvaltningsloven – fvl. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. (LOV-1967-02-10). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>

- Gele, A. A., & Harsløf, I. (2012). Barriers and facilitators to civic engagement among elderly African immigrants in Oslo. *Journal of Immigrant and Minority Health, 14*(1), 166-174.
- Goth, S. U. (Red.). (2014). *Folkehelse i et norsk perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2018a). *Folkehelse og berekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken*.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018b). Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helsetiltak-og-rad>
- Helsedirektoratet. (2018c). *Isolasjon og ensomhet*.  
<https://helsenorge.no/psykiskhelse/isolasjon-og-ensom>.
- Helsedirektoratet. (2019). *Så aktiv må du være*. <https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/rad-om-fysisk-aktivitet/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. (Meld. St. 15 2017-2018)*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Henriksen, K. & Mørk, E. (2020). *Seniorer i Norge 2010. Seniorer blant innvandrene*.  
<https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa120/kap9.pdf>

- Hjort, P. F. (1982). *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. I P. E. Lorentzen, J. Åker & Berge, T. (Red.). *Helsepolitikk og helseadministrasjon* (s. 11-31). Tanum-Norli.
- Horne, M. (2013). Promoting active ageing in older people from black and minority ethnic groups. *Journal of Health Visiting*, 1(3), 148-155.
- Hummelvoll, K. J. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Høigaard, R. (Red.). (2011). *Folkehelsearbeid*. Høyskoleforlaget.
- Integreringsloven. (2020). *Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid (integreringsloven)*. (LOV-2020-22-06-127). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-11-06-127>
- Jakobsen, M. D., & Storstein Spilker, R. (2020). *Innvandrere og brukermedvirkning i helse og omsorgstjenestene. Hvordan ivareta innvandreres brukermedvirkning i avgjørelser om egen helse, utforming av tjenester og tjenesteforskning*. En oppsummering av kunnskap.  
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/20072/article.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Kaya, M. S., & Fauske, H. (Red.). (2014). *Innvandrere på utsiden av samfunnet*. Abstrakt forlag AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lohne-Seiler, H. & Langhammer, B. (2018). *Fysisk aktivitet og trening for eldre*. (2.utg.). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Lunde, L-H. (2017). *Myter om aldring. Et psykologisk perspektiv*. Gyldendal Akademisk.
- Lyberg, A. (Red.). (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Universitetsforlaget.



- Meld. St. 10. (2018-2019). *Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig. Den statlege frivilligheitspolitikken*. Kulturdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/82a9eff104b3441d92c04198370a0724/nn-no/pdfs/stm201820190010000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 13 (2018-2019). *Fordeling og sosial bærekraft*. Finansdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/472d31ff815d4ce7909f5593bf7d79b8/no/pdfs/stm201820190013000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Mæland, G. J. (2016). *Forebyggende helsearbeid*. (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Prop. 90 L (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>
- Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford medical publications.
- Rugkåsa, M. (Red.). (2017). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (2.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Skulberg, R., K. (Red.). (2015). *Folkehelse – en tverrfaglig grunnbok*. Oplandske Bokforlag AS.
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Slik definerer SSB innvandrere*.  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Innvandrere i Norge*. <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>

- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Hvor mange innvandrere er det i Norge?*  
<https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Straiton, M. L., Øien-Ødegaard, C., Aambø, A. K., Holmboe, O., Johansen, R., Grewal, N. K., & Indseth, T. (2019). *Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016.*  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/levekarsundersokelse-n-blant-innvandrere-i-norge-2016-rapport-2019-v2.pdf>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder.* (5.utg.). Fagbokforlaget.
- Tolkeforskriften. (2021). *Forskrift til tolkeloven (tolkeskriften)* (FOR-2021-09-13-2744). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-09-13-2744>
- Trøndelag fylkeskommune. (2019). *Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid.*  
<https://www.trondelagfylke.no/globalassets/dokumenter/folkehelse-idrett-og-frvillighet/folkehelse/program-for-folkehelsearbeid-i-trondelag-2017---2023/om-programmet/trondelagsmodellen-for-folkehelsearbeid.pdf>
- Universitetet i Oslo. (2021). *Nettskjema-diktafon-appen.* <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Viken, B. (Red.). (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv.* Fagbokforlaget.
- Whitehead, M.& Dahlgren, G. (2009). *"Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse"*. Utjevning av helseforskjeller del 2. Originalt utgitt av WHO Collaborating Center for policy research on Social Determinants og Health (2006). University of Liverpool: WHO. Utgitt på Norsk av Helsedirektoratet (2009).  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utjevning-av-helseforskjeller/Strategier%20og%20tiltak%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%202.pdf/\\_attachment/inline/7ebeb8c-bc17-4efb-a88c-dcfa23052c89:d4936c1fd659dc8b8e14f5ed3492f7daee7a7ca0/Strategier%20og%20tiltak%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%202.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utjevning-av-helseforskjeller/Strategier%20og%20tiltak%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%202.pdf/_attachment/inline/7ebeb8c-bc17-4efb-a88c-dcfa23052c89:d4936c1fd659dc8b8e14f5ed3492f7daee7a7ca0/Strategier%20og%20tiltak%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%202.pdf)
- WHO. (2021). *Ageing.* [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1)

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Informasjonsskriv

# Vil du delta i forskningsprosjektet eldre innvandrerkvinner og fysisk aktivitet?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke erfaringer og meninger om fysisk aktivitet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål:

- Dette prosjektet er en masteroppgave som skal leveres mai 2022.
- Det er opprettet flere tilbud for minoritetsbefolkningen om å delta i fysisk aktivitet. Det viser seg at det er få kvinner som deltar.
- Formålet med prosjektet er å intervju kvinner for å undersøke hvilke erfaringer og meninger informantene har om aktivitetstilbudene som er opprettet i dag og hva som kunne vært annerledes med aktivitetstilbudene.
- Problemstillingen til prosjektet omhandler hva eldre innvandrerkvinner mener om fysisk aktivitet og aktivitetstilbud.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

- Videre utvalgsriterier er at informantene er kvinner over 55 år.
- For å samle nok data til prosjektet, blir ca. tjue kvinner spurt om å delta i prosjektet.
- Prosjektet har et samarbeid med dialogsenteret i Trondheim og Caritas, som har informert om aktuelle informanter til deltakelse.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju.
- Det vil ta deg ca. 45-60 minutter.
- Intervjuet inneholder spørsmål om dine tanker og erfaringer om fysisk aktivitet og aktivitetstilbud.

- Det vil være en intervjuer til stede og eventuelt en tolk dersom intervjuet ikke gjennomføres på norsk. Eventuell tolk har en databehandlertavtale med NTNU, slik at tolk er kjent med personvernreglene i henhold til NTNU sine retningslinjer.
- Dine svar fra intervjuet vil bli tatt opp på lydband

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet.

Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn.

Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

- Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet.
- Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- Studenten som skal skrive masteroppgaven og veileder, er de eneste som vil ha tilgang til opplysningene.
- Navn og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Det blir brukt en app (Nettskjema-diktafon) for å ta lydband av intervjuet. Lydbandet vil automatisk lagres i henhold til NTNU sine retningslinjer, slik at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene.
- Deltakere i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av masteroppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

- Opplysningene anonymiseres når oppgaven er innlevert, noe som etter planen er i mai 2022.
- Det er planlagt å skrive en artikkel når oppgaven er godkjent. Da blir det brukt anonyme opplysninger.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra institutt for samfunnsmedisin og sykepleie har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

**Hvis du har spørsmål før du samtykker eller underveis i prosjektet, ta gjerne kontakt med:**

*Mastergradsstudent*

Rakel Rustand Bruland

E-post: [rakelrb@ntnu.no](mailto:rakelrb@ntnu.no)

Tlf: 90 27 60 62

*Veileder*

Lene Elisabeth Blekken

E-post: [lene.blekken@ntnu.no](mailto:lene.blekken@ntnu.no)

Tlf: 73 41 21 61

Ønsker du å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie:  
Sindre Aasheim Norås  
E-post: [sindre.noras@ntnu.no](mailto:sindre.noras@ntnu.no)  
Tlf: 73 59 38 28
- Vårt personvernombud:  
Thomas Helgesen  
E-post: [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)  
Tlf: 93 07 90 38

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Veileder

Lene Elisabeth Blekken

Student

Rakel Rustand Bruland

---

## Skriftlig samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet eldre innvandrere kvinner og fysisk aktivitet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Vedlegg 2: Intervjuguide**

### **Intervjuguide**

Informasjon:

Forskingsspørsmål: **Kva kan eldre innvandrarar bidra med som brukarar av fysisk aktivitet?**

Temaet eg vil snakke om i dag er fysisk aktivitet. Formålet er å undersøke meiningar og erfaringar kring fysisk aktivitet og korleis vi kan leggje til rette for deltaking i aktivitetstilbod.

Intervjuet vert teke opp på lydband, som vil bli analysert i ettertid. Eg har teieplikt og lydbandet vil ikkje vere tilgjengeleg for andre enn meg og vegleiar. Dersom det er spørsmål du ikkje vil svare på, går det heilt i orden. Du vil bli anonymisert i analysane og sjølve oppgåva. Dersom det er noko spørsmål før eg sette på lydbandet, så kan vi godt ta det no.

- Startar opptak

#### ***1) Informasjon om informanten***

**Vil du fortelje litt om deg sjølv?**

- Alder
- Fødd og oppvaksten
- Arbeid
- Born
- Busituasjon (bur åleine/med familie)
- Kor lenge har du budd i Noreg?

#### ***2) Tankar kring fysisk aktivitet***

**Vil du fortelje om kva forhold du har til fysisk aktivitet?**

- Kva legg du i omgrepet fysisk aktivitet?
- Kva betydning har fysisk aktivitet for din kvardag?
- Kva tenkjer du om planlagt fysisk aktivitet? Kjekt, uinteressant, sosialt

- Kva tenkjer du om aktivitetstilboda som er i dag? Gode tilbod – kvifor er det bra? Lite tilbod – kva saknar du?
- Fortel om din eigen deltaking kring fysisk aktivitet. Er det mykje/lite? Nokre gongar i året/mnd/veka, gåing/sykling
- Tenkjer du det er forskjell på forhold til fysisk aktivitet hos etniske norske kvinner på din alder og kvinner i din situasjon/innvandarkvinner? Eventuelt kvifor/kvifor ikkje

**Kan du fortelje litt om aktivitetstilboda du har høyrte om?**

- Har du vore delaktig? Eventuelt kvifor/ kvifor ikkje?
- Fortel om kva aktivitetstilbod du tenkjer kunne vore kjekt å deltatt i  
Er det nokre aktivitetstilbod du saknar? Eventuelt kva aktivitetar du likar?  
Er det nokre aktivitetstilbod som kunne gjennomførast oftare?

**3) Bidrag som brukarar av fysisk aktivitet**

***Fortel kva du meiner kan føre til deltaking i fysisk aktivitet for kvinner i din situasjon***

- Kva kan føre til at du deltek i fysisk aktivitet?
- Kva tenkjer du kan føre til fysisk aktivitet for kvinner i din situasjon?
- Kva aktivitet ville du vore med å planlagt dersom du hadde fått ansvar for dette?
- Korleis tenkjer du aktivitet(ane) burde gjennomførast? (tid, stad, informasjon om aktivitet).
- Er det noko du kunne tenkje deg å leggje til?

Takk for deltaking og gje beskjed når lydbandet er stoppa. Spør om det er noko personen ynskjer å leggje til etter lydbandet er stoppa, eventuelt spørsmål.

### **Vedlegg 3: Godkjenning av NSD Vurdering**

#### **Referansenummer**

746132

#### **Prosjektittel**

Eldre innvandrerkvinner og fysisk aktivitet

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)  
/ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Lene Elisabeth Blekken, lene.blekken@ntnu.no, tlf: 73412161

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Rakel Rustand Bruland, rakelrb@ntnu.no, tlf: 90276062

#### **Prosjektperiode**

17.12.2020 - 13.05.2022

#### **Vurdering (2)**

##### **16.09.2021 - Vurdert**

NSD har vurdert endringen registrert 15.09.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.09.2021.



Behandlingen kan fortsette.

Endringen består i ny hovedveileder, og utvidet rekruttering av deltakere.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

### **21.06.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 18.06.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Behandlingen kan starte.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om etnisitet og helseforhold frem til 13.05.2022.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11

og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Evt tolk er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Gry Henriksen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

