

Institutt for tannpleie og folkehelse

Embla Middelkoop

Masteroppgave

*”Nordmenn vet hvordan man spiser
sunt og trener. De er jo oppvokst i
en annen kultur”*

En kvalitative studie om somaliske kvinners
forståelse og utøvelse av sunn livsstil i
Oslo

”Norwegian people know how to eat healthy and exercise. They are born in another
culture”

A qualitative study of Somali immigrant women’s understanding and practice of a
healthy lifestyle in Oslo

Master i folkehelsevitenskap og helsefremming
2018

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord

Det er ikke til å legge skjul på at denne oppgaven har vært med meg i bakhodet til alle døgnets tider. Nå er det på tide å levere fra meg oppgaven til noen andre, det skal bli godt.

Jeg har vært så heldig å få skrive om noe jeg brenner for og møtt mange fine mennesker under prosessen. En stor takk til deltagerne mine, som både har gitt av seg selv og latt meg få et innblikk i deres hverdag. Jeg vil også takke Tove Alma Strand som har hjulpet meg med å rekruttere deltagere, det hadde jeg ikke klart uten deg. Veilederen min Trygve Beyer Broch fortjener virkelig en stor takk. Han har vært tålmodig, forståelsesfull og ikke minst engasjert. Jeg setter veldig pris på alle de gode samtalene og diskusjonene vi har hatt, de kommer jeg til å huske i lang tid fremover. Jeg vil også takke Miranda Thurston for gode innspill, samtaler og diskusjoner om folkehelse.

Mine medstudenter Annie, Malene, Elinor og Camilla fortjener også en stor takk. Disse to årene som masterstudent hadde ikke vært det samme uten dere. Takk til min samboer Daniel som har holdt ut meg, jeg lover å rydde bort alle bøker og papirer i leiligheten. Mamma, dine oppmuntrende ord har betydd mye. Tilslutt vil jeg takke min kjære bestefar som gikk bort mot siste innspurt av oppgaveskrivingen og som alltid spurte om hvordan det gikk med oppgaven hver gang jeg var på besøk.

Elverum, Oktober, 2018

Embla Middelkoop

Norsk sammendrag

Hensikt og problemstilling

Formålet med denne studien var å få et innblikk i hverdagen til somaliske kvinner bosatt i Oslo og undersøke nærmere hvilke barrierer de opplevde til å utøve sunn livsstil.

Hovedproblemstillingen ble dermed: ” hvordan forstår og utøver somaliske kvinner sunn livsstil?”

Teori

Pierre Bourdieu’s teorier om habitus og sosial kapital er det teoretiske rammeverket i oppgaven. I følge Bourdieu kan habitus forklare den kroppslige forankringen av kultur som en prosess der det sosiale blir innleiret i kroppen og hvordan dette vil ha en betydning for endringsprosesser i praksis (Wilken & Andreassen, 2008). I følge Bourdieu omhandler sosial kapital det sosiale nettverket vi omgir oss med, og hvilke ressurser dette nettverket gir oss (Rønningen & Starrin, 2009).

Metode

Datainnsamlingen bestod av ni individuelle semi-strukturerte intervjuer. Semi-strukturert intervju ble valgt for å ha et rammeverk rundt intervjuet, men at kvinnenenes beskrivelser kom fritt frem. Intervjuene ble transkribert, deretter kodet og analysert gjennom tematisk analyse.

Resultat

Resultatet fra datainnsamlingen viser at det å ha en sunn livsstil for de somaliske kvinnene ikke handlet om å være i fysisk aktivitet eller ha et sunt kosthold, derimot ble familierelasjoner betraktet som den viktigste kilden til sunnhet. At barna deres hadde det bra og var i godt humør var også viktige kilder til sunnhet. En hektisk hverdag med stort ansvar for familien førte til at kvinnene hadde lite tid til seg selv og det å være i fysisk aktivitet og ha et sunt kosthold ble nedprioritert, som igjen satte begrensinger til å utøve en sunn livsstil.

Nøkkelord: kosthold, fysisk aktivitet, folkehelse, sunn livsstil, sosial ulikhet, minoritetskvinner

Engelsk sammendrag/abstract

Purpose and research question

The purpose of this study was to get an insight into the everyday life of Somali women living in Oslo, and to examine the barriers that the women experienced in practicing a healthy lifestyle after migration. The research question was: "how do Somali immigrant women understand and practice healthy lifestyle?"

Theory

Pierre Bourdieus theories about habitus and social capital are the theoretical frameworks for this paper. According to Bourdieu, the embodied culture is a process where the social is being embedded in the body and how this will affect change processes in practice (Wilken & Andreassen, 2008). Bourdieu describes social capital as the social network that we surround us with, and what resources we can gain from this network (Rønningen & Starrin, 2009).

Methods

The data collection consisted of nine individual, semi-structured interviews. Semi-structured interviews were chosen to have a framework for the interview and still allowing the women's description be the central theme. All interviews were transcribed, then analyzed through thematic analysis.

Results

The results of the data collection show that healthy lifestyle for the Somali women was not about traditional physical activity or having a healthy diet. They considered family relations as the most important source of health. The fact that their children were happy and felt well were also important sources of health. A hectic day with a big responsibility for the family led to little time to spare for the women and that again led to them to not prioritize physical activity and healthy diet. This set limits to exercising a sufficiently healthy lifestyle.

Keywords: diet, physical activity, public health, healthy lifestyle, social inequality, immigrant women

FORORD	3
NORSK SAMMENDRAG.....	4
ENGELSK SAMMENDRAG/ABSTRACT	5
1. INNLEDNING	9
1.1 INNVANDRING TIL NORGE: MIGRASJON, HELSE OG LIVSSTIL	9
1.2 SOMALIERE I NORGE	13
1.3 FOLKEHELSE OG MIGRASJON.....	14
1.4 FORMÅLET MED PROSJEKTET	17
1.4.1 Hovedproblemstilling:.....	18
1.4.2 Underspørsmål:	18
1.5 AVGRENSNINGER	19
1.6 OPPGAVENS OPPBYGNING	19
2. LITTERATUROVERSIKT	21
2.2 FORSKNING PÅ SUNN LIVSSTIL	21
2.3 KOSTHOLD	22
2.4 FYSISK AKTIVITET	24
2.5 GAP I FORSKNINGEN	26
3. TEORI.....	27
3.1 DEFINISJONER	27
3.2 SUNN LIVSSTIL	28
3.3 KULTUR.....	29
3.4 HABITUS.....	30
3.5 KAPITAL	32
3.6 ØKONOMISK KAPITAL	32

3.7 KULTURELL KAPITAL	33
3.8 SOSIAL KAPITAL	33
3.9 BOURDIEU, FOLKEHELSE OG MINORITETSKVINNERS MULIGHETER OG BARRIERER TIL Å UTØVE SUNN LIVSSTIL.....	34
4. METODE	36
4.1 VALG AV METODE	36
4.2 PILOTINTERVJU OG UTVIKLING AV INTERVJUGUIDE	36
4.4 UTVALG OG INKLUSJONSKRITERIER.....	37
4.3 REKRUTTERINGSPROSESSEN	38
4.5 DATAINNSAMLING	39
4.5.1 Semistrukturert intervju og gjennomføring av intervjuene	39
4.6 TRANSKRIBERING.....	41
4.7 ETISKE BETRAKTNINGER.....	42
4.8 ANALYSEVERKTØY	43
4.8.1 Tematisk analyse og analysearbeidet	43
5. PRESENTASJON AV FUNNENE	45
5.1 HVERDAGEN FØR OG NÅ.....	46
5.1.2 Forskjeller knyttet kosthold og fysisk aktivitet.....	49
5.2 SUNNHET	53
5.2.1 Sunnhet har en annen betydning i Somalia.....	53
5.2.2 Betydningen av kosthold og fysisk aktivitet i kvinnes hverdag.....	56
5.2.3 Flere kilder til sunnhet	57
5.3 KOSTHOLD	58
5.3.1 KULTUR, TRADISJON OG MAT.....	58
5.3.1 Oppfattelse av norsk kosthold.....	60
5.4 FYSISK AKTIVITET	61

5.4. 1 Barrierer til å være i fysisk aktivitet	61
5.4.1 Vær og klima.....	63
5.5 FAMILIERELASJONER.....	64
5.6 ØKONOMI, JOBB OG UTDANNING.....	67
6. DISKUSJON	69
6.1 HVERDAGEN FØR OG NÅ – FORSKJELLER OG LIKHETER	69
6.2 FAMILIERELASJONER.....	71
6.3 SUNNHET, KOSTHOLD OG FYSISK AKTIVITET	74
6.4 FOLKEHELSEPERSPEKTIVET	79
7. DISKUSJON AV METODE, ANALYSE OG BEGRENSNINGER	83
8. KONKLUSJON.....	85
8.1 VIDERE FORSKNING.....	87
9. REFERANSELISTE	88

Oversikt over tabeller og vedlegg

Tabeller:

Tabell 1: Oversikt over hovedtemaer og under-temaer.....	46
--	----

Vedlegg:

Vedlegg 1: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt	94
Vedlegg 2: Samtykke om deltagelse i forskningsprosjekt.....	95
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	96
Vedlegg 4: NSD godkjenning av prosjektet.....	99

1. Innledning

1.1 Innvandring til Norge: migrasjon, helse og livsstil

Innvandringstematikk diskuteres daglig i norske medier, blant politikere og på gata. Globalt finnes det omtrent 240 millioner migranter og dette utgjør tre prosent av verdens befolkning og siden 1960-tallet har antall migranter vokst jevnt og vil trolig fortsette (FN-sambandet, 2018). På begynnelsen av 1970-tallet begynte Norge å motta flere innvandrere og gikk til slutt forbi antallet nordmenn som utvandret (Wollebæk & Seggaard, 2011). I et historisk perspektiv er migrasjon til Norge et relativt nytt fenomen, med et stadig økende omfang (Repstad, 2014). Antallet førstegenrasjonsinnvandrere har på kun 10 år mer enn doblet seg, fra 318 514 i 2006 til 698 546 i 2016 (SSB, 2016). Nye tall fra SSB (2018) viser at ved inngangen av 2018 var det 746 700 førstegenrasjonsinnvandrere, dette utgjør 14,1 prosent av befolkningen i Norge. I følge prognoser fra SSB (2018) vil antall innvandrere i Norge øke til 1,3 millioner innen 2050.

Årsaken til innvandringen til Norge er mangfoldig. Hovedårsaken til innvandring var fra 2007 og frem til i dag relater til arbeid. Dette har nå endret seg og i dag er hovedårsaken familiegjenforening med 39 prosent etterfulgt av jobberelaterte årsaker med 33 prosent, flyktninger med 22 prosent og utdanningsrelaterte årsaker med 6 prosent. De største innvandrergroppene i Norge er delt inn i 15 ulike grupper fra Polen, Litauen, Sverige, Somalia, Germany, Irak, Danmark, Filipinene, Pakistan, Eritrea, Thailand, Russland, Iran og Tyrkia (SSB, 2016).

Den største konsentrasjonen av innvandrere målt i prosent finner en i Oslo. Ved inngangen av 2017 bestod Oslo av 166 400 førstegenrasjonsinnvandrere. I enkelte bydeler i

Oslo finnes det store konsentrasjoner av første- og andregenerasjons ikke-vestlige innvandrere med opptil 30 % (Wollebæk & Seggaard, 2011). Bydelene med størst andel innvandrere er Stovner, Søndre Nordstrand og Alna med 50 %. De bydelen i Oslo med lavest konsentrasjon av innvandrere er Vestre aker, Nordre aker og Nordstrand, alle med mellom 16 og 18 prosent (SSB, 2018). En tredjedel av Oslos befolkning har innvandrerbakgrunn, dette vil ha betydning for folkehelsearbeidet og krever ny kunnskap om hvordan migrasjon og innvandrerbakgrunn påvirker helse og livsstil (Helseetaten, 2016).

Det flerkulturelle samfunnet, som resultat av innvandring har både fordeler og ulemper når det gjelder helse og livsstil (Blom, 2008). Migrasjonsprosessen er krevende for enkelte og bekymringen flyttes raskt over på helse og kropp. Forandringene mennesker opplever i en slik prosess kan ha innvirkning på helsen, både positivt og negativt, basert på årsak til migrasjon, opprinnelsesland og landet de migrerer til (Kumar & Viken, 2010). Før og under en migrasjonsprosess kan mange oppleve ulike stressorer, noen mer traumatiske enn andre. Enkelte opplever tortur, krig, tap av familie, lang tid tilbrakt i asylmottak, språklige utfordringer, lite kunnskap om helseomsorgen i det nye landet og sosial ekskludering (Kristiansen, Mygind & Krasnik, 2007). Forskning har vist at minoritetskvinner ofte kan oppleve lite sosial støtte og nettverk, føler seg alene om omsorgen for barna, marginalisering, isolasjon, dårlig fysisk helse og utfordringer knyttet til å tilpasse seg kulturen i det nye landet (Wengeliuss & Petterson, 2016). Funn fra Meadows, Thurston & Melton (2001) fant at både fysiske, mentale og sosiale faktorer, tap av utdanning og yrkesstatus, språkvansker og tap av sosialt nettverk som mulige årsaker til nedsatt helse. Det finnes ulike årsaker til at minoritetskvinner har større risiko for å utvikle sykdommer relatert til livsstil og de er ofte sammensatte. Flere studier har vist at dette kan ha en sammenheng med demografiske faktorer, sosioøkonomisk status samt sosiale og kulturelle faktorer (Blom, 2008; Abebe, 2010). Dette vil Bourdieu senere hjelpe oss å teoretisere og forstå i kvalitative

sammenhenger.

I Norge finnes det lite oppdatert forskning på helsen til menn og kvinner med minoritetsbakgrunn. Bloms rapport om innvandrers helse (2008) er den mest oppdaterte og omfattende, hvor dataene er fra 2005 og 2006. Denne rapporten er ikke ny og det er behov for en oppdatert versjon. Rapporten viser at helsetilstanden i den norske befolkningen er generelt god, men det er likevel tydelige sosiale helseforskjeller. Rapporten viser at enkelte minoritetsgrupper har dårligere helse sammenliknet med befolkningen i Norge generelt. Rapporten inkluderer også selvrapportert helse, der innvandrere rapporterer helsen sin som dårligere enn befolkningen for øvrig. 86 prosent av den norske befolkningen rapporter helsen sin som god, men kun 67 prosent av innvandrerbefolkningen rapporterer helsen sin som god. Helsen er lavere blant kvinner med minoritetsbakgrunn, høyere forekomst av diabetes type 2 og høyere andel er inaktive sammenliknet med menn med minoritetsbakgrunn og etniske norske (Blom, 2008). Kumar & Viken (2010) hevder også at enkelte minoritetskvinner er mer utsatt for dårlig kosthold og en mer stillesittende livsstil etter migrasjon til Norge. Forskning har vist at helseutfordringer knyttet til livsstil er mer utpreget blant ikke-vestlige minoritetskvinner (Blom, 2008; Abebe, 2010).

Sykdommer forårsaket av ugunstig kosthold og inaktivitet ligger høyt på listen over folkehelseutfordringene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014). Helse- og Omsorgsdepartementet (2015) legger frem at målet er å redusere tidlig død som resultat av ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, hjerte og karsykdommer, kols og kreft med 25 prosent innen 2025. For å nå dette målet legger regjeringen frem at det må bli enklere å velge helsevennlig. Dette innebærer å beholde friheten til å velge og at de helsevennlige valgene utvikles mer attraktive og ikke minst lettere tilgjengelig for de mest utsatte gruppene. Ved å formidle fordelene ved fysisk aktivitet og sunne kostholdsvaner på en enklere måte kan en nå ut til større grupper i samfunnet, kanskje også de som trenger det mest.

Tidligere rapporter knyttet til kosthold og fysisk aktivitet er ofte lite skreddersydde til innvandrerbefolkningen og appellerer ikke nok til innvandrerbefolkningen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Med et stadig økende flerkulturelt samfunn bør kvinnenes stemme inkluderes i forskning, utviklingen av retningslinjer, rapporter, anbefalinger og i folkehelsepolitikken. Uten at vi hører kvinnenes erfaringer, meninger og holdninger knyttet til kosthold og fysisk aktivitet vil det være utfordrende å finne tiltak som kan ha en ønsket effekt eller om allerede implementerte tiltak har den ønskede effekten.

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) er forskning utført på ulike minoritetsgruppers helse basert på kunnskap fra enkelt studier og fremtrer derfor som mangelfull og fragmentert. Spørreskjemaundersøkelser er ikke gode nok språklig eller kulturelt tilpasset målgruppen. Dette resulterer ofte i lav svarprosent og problematiske data (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Folkehelse rapporten fra (2014) legger frem at det er behov for oppdatert, tematisk og kulturelt variert data knyttet til helsen blant innvandrerbefolkningen i Norge. Tilrettelegging av retningslinjer, anbefalinger og annen helseinformasjon med hensyn til språklige, religiøse, sosiale og kulturelle faktorer er elementært for at informasjon og anbefalinger om helse og livsstil skal forstås og ha praktiske implikasjoner. Nord-amerikansk forskning viser hvordan manglende tilgang til tilpasset kunnskap om kultur og språk hindrer helsefremmende arbeid i et flerkulturelt samfunn (Reeves & Rafferty, 2005). Kunnskap om ulike minoritetsgruppers helse bør derfor regelmessig oppdateres og nyanseres dersom målet er å bekjempe sosial ulikhet i helse i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Innvandrere tar med kulturelt betingende verdier og normer som de har båret med seg gjennom livet og viderefører disse videre til senere generasjoner (Eriksen & Sajjad, 2016). Livsstil forstås og tolkes på forskjellige måter og formes gjennom kultur og samfunn. I Norge i dag kan mange mene og oppfatte at det å ha en sunn livsstil innebærer å være slank

og veltrent, mens det å være overvektig ofte blir sett på som helseskadelig og sykdomsfremkallende i andre kulturer. Det å være tynn og slank i enkelte afrikanske kulturer blir ofte assosiert med undernæring og fattigdom. Slik ble det på samme måte ble assosiert med i Norge tilbake i tid. På den andre siden, dersom en person er stor eller overvektig kan det i motsetning oppfattes som ett tegn på rikdom, velstand, god helse og styrke (Eriksen & Sajjad, 2016).

Flere fagbøker, anbefalinger, rapporter og retningslinjer som tematiserer sunn livsstil ser også ut til å ha hovedfokus på det å ha et sunt kosthold, samtidig som man opprettholder anbefalingene for fysisk aktivitet som kilden til god helse. Fellestrekkene er at disse ulike kildene tar utgangspunkt i norske verdier og tradisjoner for kosthold og fysisk aktivitetsvaner, de er også ofte lite tilpasset ulike minoritetsgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Forståelse og utøvelse av sunn livsstil er forskjellig fra kultur til kultur og det finnes også individuelle forskjeller innad i samfunn, samtidig som disse samfunnene består av ulike etnisiteter. Det er viktig at en tar hensyn til disse forskjellene når en forsker på menneskers møte med nye kulturer, dette har det ikke blitt tatt nok høyde for i folkehelseforskningen hittil. Sett fra et folkehelseperspektiv vil det være hensiktsmessig og nødvendig å ha et økt fokus på minoritetskvinnens forståelse og utøvelse av sunn livsstil med den hensikt å redusere de sosiale ulikhetene i helse i Norge i dag (Bruun et al. , 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.2 Somaliere i Norge

Somaliere er den største ikke-vestlige innvandrerguppen i Norge. I følge nye tall fra SSB (2018) bor det 28.754 somaliere i Norge.

De fleste somaliere kom til Norge som flyktninger etter 1998, men den høyeste konsentrasjonen kom etter 2002. Somalia har lenge vært preget av krig, men det finnes begrenset med tilgjengelig data knyttet til risikofaktorer blant somaliske innvandrere. Forskning har vist at somaliske kvinner opplever store endringer knyttet til livsstil etter migrasjon, noe som kan være med på å gjøre dem mer utsatt for livsstilssykdommer senere (Persson, Mahmud, Ekvall-Hansson & Strandberg, 2014). Sammenlignet med andre innvandrergupper er somaliers helse god. Både når det gjelder gjennomsnittlig antall sykdommer og denne gruppens egenvurderte helse. Åtte av ti Somaliere i Norge vurderer helsen sin som god eller svært god (Blom, 2008).

Innvandrere fra Somalia har lavest sysselsetting av alle de store innvandrerguppene, kun 36 prosent av mennene og 22 prosent av kvinnene er i arbeid, sammenlignet med den norske befolkningen der gjennomsnittet er 71 og 66 prosent (SSB, 2018). 29 prosent av alle somaliere i Norge bor i en husholdning som består av en aleneforsørger og i gjennomsnitt får somaliske kvinner 3,7 barn (Arbeid-og inkluderingsdepartementet, 2009).

1.3 Folkehelse og migrasjon

Norge har blitt et mer heterogent land og innvandringen øker stadig. Dette har ikke helsereformer og folkehelsemeldinger tatt nok hensyn til tidligere. Det finnes enkeltstående prosjekter som har blitt tilpasset målgruppen i områder der det er høye konsentrasjoner av innvandrere, men for resten av landet er det behov for tilrettelegging. Det mangler i tillegg fagpersonell med kulturkompetanse, ikke minst mangler slik kompetanse i utdanningssystemet (Goth, 2014).

Migrasjon, helse og livsstil henger tett sammen. Når migranter kommer til Norge fra hele verden er det ikke kun befolkningssammensetningen som forandrer seg. Det medfører

også nye utfordringer i form av sykdommer, forløp og kommunikasjon (Goth, 2014). Et av målene i folkehelsearbeidet er å nå alle innvandrere med sykdomsforebyggende og helsefremmende perspektiver, samt strategier for å redusere de negative konsekvensene ikke-smittsomme sykdommer medfører i Norge. Innvandrere tar med seg sine kulturelt betingede verdier og dette er med på å utfordre arbeidet med å nå dette målet. I et folkehelseperspektiv er det essensielt å kartlegge utfordringer og barrierer i møte med innvandrere med lang botid i Norge. Det vil også være viktig i forbindelse med å iverksette hensiktsmessige intervensjoner (Goth, 2014).

Mange innvandrere etterlater familie og venner i hjemlandet og at dette påvirker helsen er godt dokumentert i forskning (Wengeliuss & Petterson, 2016). I rapporten ”Levekår blant innvandrere” (Vrålstad & Wiggen, 2017) skriver de at sosial kontakt i form av familie og venner er viktig for trivsel. Det er også viktig for å kunne bli integrert i samfunnet og delta på ulike samfunnsarenaer. Kontakt med andre påvirker også den generelle helsen samt den psykiske helsen (Vrålstad & Wiggen, 2017). For mange innvandrere kan nettverk være med på utgjøre en viktig sosial ressurs. Tidligere studier har vist at gode, tillitsfulle og langvarige relasjoner til andre mennesker både skaper og danner grunnlag for et godt utgangspunkt til å håndtere mange av livets utfordringer (Schieffloe, 2015). Sosiale relasjoner utgjør også en ressurs som omsettes i andre verdier, blant annet helse (Helsedirektoratet, 2009).

I helsedirektoratets rapport (2009) ”Sosial kapital – teorier og perspektiver” skriver de at sosiale nettverk, mestring, tillit, inkludering, felleskap, glede og lykke er ord som ofte forbindes med og brukes for å beskrive positive hendelser og mellommenneskelige prosesser. Begrepene nevnt ovenfor er også ofte brukt som sentrale begrep i folkehelsearbeidet. Sosial kapital er en av de vanligste begrepene innenfor folkehelsevitenskap. De sosiale båndene som skapes i form av sosial støtte, en følelsen av

samhørighet og samhold har stor betydning for helsen. Dette har i lengre tid blitt dokumentert og inngår som viktige elementer i mange sosial- og folkehelsevitenskapelige teorier (Helsedirektoratet, 2009). Det pågår fortsatt en debatt blant forskere om hvorvidt ulike former for sosial kapital påvirker folkehelsen. Helsedirektoratet (2009) skriver videre i sin rapport at verken sosial kapital eller folkehelse kan forstås isolert fra økonomiske og politiske strukturer i samfunnet. Dette krever en rettferdig fordeling av ressurser og muligheter som vil gi grunnlag for tillit, deltakelse og helse for alle mennesker (Helsedirektoratet, 2009). Helse- og omsorgsdepartementet understreker også i sin rapport, ”Likeverdige helse og omsorgstjenester – god helse: National strategi for innvandrers helse 2013-2017”, at god helse for innvandrere handler i stor grad om å skape et inkluderende samfunn der hele befolkningen deltar på lik linje. Et trygt bomiljø, et godt arbeidsmiljø, gode oppvekstvilkår og fritidstilbud kan være med på å utjevne av de sosiale helseforskjellene som eksisterer mellom de ulike minoritetsgruppene og i befolkningen generelt. Denne rapporten tar også for seg de sosiale og kulturelle aspektene ved helse og livsstil blant innvandrere. I fremtiden er det behov for flere slike rapporter som tematiserer ulike minoritetsgruppers individuelle barrierer knyttet til helse og livsstil.

Innvandrere blir fortsatt stigmatisert i hverdagen og som Dahlgren & Whitehead (2009) skriver i sin rapport ”Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse”, hvis personer føler seg verdsatt og respektert istedenfor å bli sett ned så kan dette også ha en effekt på deres helse. Videre skriver de at sosial status/posisjon blir beskrevet som en viktig faktor når det gjelder å redusere ulikheter i helse og at mennesker med høyere sosial status har større muligheter til å ta sunne livsstils valg. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal jevnlig utarbeide rapporter om helsetilstanden og sosiale forhold som skal inngå i folkehelsepolitikken (Folkehelseinstituttet, 2017).

Helse- og Omsorgsdepartementet (2015) skriver i ”folkehelsemeldingen- mestring og muligheter” at effektiv bruk av virkemidler for å påvirke til en sunnere livsstil innebærer at disse virkemidlene i større grad må sees i sammenheng. Dette innebærer at de må bygges på oppdatert kunnskap om utfordringer og tiltak samtidig som de baseres på samfunnets analyser. Folkehelsemeldingen (2015) legger også vekt på viktigheten av at kampanjer, retningslinjer og andre tiltak i større grad må utformes slikk at de treffer grupper som trenger det mest, blant annet innvandrere.

1.4 Formålet med prosjektet

I denne oppgaven benyttes Bourdieu´s beskrivelse av habitus som et samlebegrep for hvordan kulturelle prosesser kan være med på å forklare i hvilken grad kultur kroppsliggjøres og hvordan dette påvirker helse og livsstil. Videre vil Bourdieus beskrivelse av sosial kapital bli inkludert for å forklare hvordan begrenset sosial kapital påvirker kvinnenens hverdag og mulighet til å utøve sunn livsstil. Kulturell og økonomisk kapital vil også bli inkludert og diskutert da disse tre kapitalformene henger sammen og påvirker hverandre, men hovedfokuset vil ligge på sosial kapital. Sosial kapital er et mye brukt begrep i folkehelsepolitikk og forskning. Habitus gir oss en analytisk bro fra dette brede sosiale nivået og til stemmene og de kroppslige erfaringene til mine intervju subjekter.

Mitt hovedfokus har vært knyttet til kosthold og fysisk aktivitet, men den kvalitative undersøkelse viste hvordan disse to elementene ikke kan forklare opplevd helse på en fullgod måte. Hovedproblemstillingen er derfor bred og knyttet til somaliske kvinners forståelse og utøvelse sunn livsstil. Målet er å belyse oppgavens hovedproblemstilling ”Hvordan forstår og utøver somaliske kvinner sunn livsstil?” Denne oppgaven vil i større grad kunne peke på hvorfor forståelser formes. Med dette i tankene vil det være viktig å sette

seg inn i kvinnenens hverdag og deres forståelse knyttet til kosthold og fysisk aktivitet. I den forbindelse vil det være nyttig å få en dypere innsikt ”i hvilken grad former kroppsliggjort kultur barrierer og muligheten til å utøve et sunt kosthold?” (underproblemstilling 1) og ”hvilke barrierer møter kvinnene på i hverdagen og i hvilken grad er disse med på å påvirke kvinnenens mulighet til å utøve fysisk aktivitet?” (underproblemstilling 2). Det vil også være viktig å analysere kvinnenens grunnkapital basert Bourdieu’s teori om de ulike kapitalformene og hvordan disse virker sammen i kvinnenens hverdag. Her er det spesielt viktig å se på de kapitalformene som har vist seg å ha størst innvirkning på kvinnenens livsstil, dette leder oss til underproblemstilling 3 ” i hvilken grad kan begrenset sosial kapital kan være en barriere til å utøve sunn livsstil?”

1.4.1 Hovedproblemstilling:

Hvordan forstår og utøver somaliske kvinner sunn livsstil?

1.4.2 Underspørsmål:

- 1) I hvilken grad former kroppsliggjort kultur barrierer og mulighet for å utøve et sunt kosthold?

- 2) Hvilke barrierer møter kvinnene på i hverdagen og i hvilken grad er disse med på å påvirke kvinnenens mulighet til å utøve fysisk aktivitet?

- 3) I hvilken grad kan begrenset sosial kapital være en barriere til å utøve en sunn livsstil?

1.5 Avgrensninger

Inklusjonskriteriene er som følger første generasjons minoritetskvinner fra Somalia og kvinnene må ha tilstrekkelig med språkkunnskaper til å gjennomføre et lenger intervju. Kvinnene må ha kommet til Norge i voksen alder i alderen 21 år -55 år. Disse avgrensningene er satt da det allerede finnes en del forskning gjort på andregenerasjons innvandrere Videre er inkluderingskriteriene at kvinnene har bodd i Norge i minst fem år slik at de har kjent på kroppen hva det vil si å bo i Norge. Både kjønn og språk er viktige temaer i denne oppgave, men hovedfokuset er knyttet til de sosiale og kulturelle faktorene som hittil ikke er tilstrekkelig tatt høyde for i forskning, anbefalinger, retningslinjer og rapporter innenfor folkehelsearbeidet.

1.6 Oppgavens oppbygning

I denne oppgaven vil vi få høre stemmene til ni somaliske kvinner bosatt i Oslo og deres møte med norsk kultur. Oppgaven er delt inn i åtte kapitler. Første kapittel gir en introduksjon av migrasjon, helse og livsstil. Disse avklares og sammenkobles før det presenteres en oversikt over helsestatusen til innvandrere i Norge generelt. Det vil også bli gitt en oversikt over somaliske innvandreres status i Norge, hvor det vil bli sett på sysselsetting, helse og livsstil. Slik kobles folkehelseperspektivet i oppgavens spesialiserte fokus og de ni kvinnenenes stemmer. Kapittel to gir en oversikt over relevant litteratur knyttet til forståelsen av sunn livsstil, kosthold og fysiske aktivitet både nasjonalt og internasjonalt. Kapittel tre tar for seg Bourdieus teorier om habitus og de tre ulike kapitalformene: sosial, kulturell og økonomisk kapital. Begreper som står sentralt i denne oppgaven er sunn livsstil og kultur vil bli inkludert. Kapittel fire gir en beskrivelse av de metodiske valgene som har blitt utført underveis fra begynnelse til slutt av forskningsprosessen. Kapittel fem presenter

funnene fra datamaterialet og analysen. I kapittel seks diskuteres funnene opp mot hovedproblemstillingen der teori fra kapittel tre inkluderes og samt relevant litteratur fra kapittel to. Kapittel syv diskuterer metode og kapittel åtte inneholder konklusjon og videre forskning.

2. Litteraturoversikt

Denne litteraturgjennomgangen begynner med en generell oversikt over minoritetskvinnens forståelse av sunn livsstil. I Norge er det få som har sett på dette området. Videre har jeg gått dypere inn i internasjonale og nasjonale studier og undersøkelser som omhandler innvandreres helse og livsstil knyttet opp mot kosthold og fysisk aktivitet etter migrasjon. Sosiologer og antropologer som i nyere tid har tematisert minoritetskvinnens forståelse av sunne livsstiler i Norge vil også bli inkludert.

”Kulturforskjeller i praksis” skrevet av Eriksen & Sajjad (2016) tematiserer Bourdieus begrep habitus på en mer moderne måte ved å trekke inn praktiske problemstillinger og eksempler. Boken tar også høyde for de sosiale og kulturelle forskjellene knyttet til helse og livsstil mange innvandrere kan oppleve etter migrasjon. Denne boken er ikke kun laget for å se på forskjellen mellom ulike kulturer og samfunn, men beskriver også viktigheten av å finne likheter som vi gjøre det enklere å kommuniserer helse og livsstilsråd uavhengig av kultur og bakgrunn.

2.2 Forskning på sunn livsstil

Mange offentlige anbefalinger, kliniske retningslinjer og folkehelsemeldinger vektlegger viktigheten av sunn livsstil. Tidligere studier har demonstrert at det å følge en sunn livsstil vil gi betydelige helseeffekter (Reeves & Rafferty, 2005).

Et kvalitativt studie fra Canada (2007) hadde som hensikt å beskrive helsefremming blant minoritetskvinner fra India og hvordan kultur, normer og verdier har innvirkning på atferden deres. For å holde seg sunne beskrev kvinnene at det var viktig med sunt kosthold, være i aktivitet og vektkontroll. Videre vektla kvinnene at det å være i godt humør og holde

barna glade, frie for stress og bekymringer var viktige verdier. De la også vekt på viktigheten av å ta vare på seg selv og være selvstendig. Ved å ha et sunt kosthold beskrev kvinnene at de opplevde at de hadde god helse. Kvinnene beskrev blant annet at de opplevde at hjemmelaget mat, grønnsaker, melk og yoghurt var viktige kilder til å et sunt kosthold. De fleste kvinnene beskrev også at de oppfattet at grønnsaker var sunnere enn kjøtt. I tillegg til å spise riktig var det også viktig å planlegge måltidene i løpet av dagen. Kvinnene beskrev at i India var det mer vanlig å gå på tur, der de ofte uformelt ble bedt med på besøk til venner eller slektninger uten å nødvendigvis spise der. Grunnet distansen og isolasjon i Canada var den eneste måten å møte vennene sine på å lage avtaler, og disse avtalene innebefattet ofte måltider. Kvinnene beskrev at det var viktig å hold vekten, fordi de hadde lært at overvekt kan føre til blant annet hjerteinfarkt og andre sykdommer knyttet til livsstil etter at de kom til Canada. Kvinnene betraktet friske grønnsaker og frukt som viktige kilder til å ha god helse, men at det var mangel på dette i Canada. Kvinnene tok seg regelmessige gåturer og betraktet dette som viktig for helsen og velvære. Det å stå opp tidlig og ha en rutine i hverdagen var også viktig for kvinnene. Når de fikk spørsmål om trening under intervjuene, sa kvinnene at de ikke snakket om trening og at de ikke la så mye vekt på dette i India. Etter at de flyttet til Canada holdt de seg aktive ved å gå til jobb og til naboene eller til parken på kvelden. Flere av kvinnene sa at det var enklere å være aktive i India, men fåtall av kvinnene deltok på aktiviteter i Canada blant annet på grunnnet mangel på energi og tid (Choudhry, 2007).

2.3 Kosthold

Kosthold med høyt innhold av fett og sukker med lavt innhold av frukt og grønnsaker kombinert med inaktivitet er avgjørende faktorer for dårlig helse og tidlig død, ikke bare i Norge. Denne tendensen flyttes i økende omfang på verdensbasis (Helse-og omsorgsdepartementet, 2013). En systematisk gjennomgang fra USA, New York (Popvic-

Lipovac & Strasser, 2013) analyserte forandringer i kostholdsvaner blant minoritetskvinner etter en migrasjon. Hensikten med studiet var å prøve å forstå årsaken til forandringer i kosthold, hva som driver nye spisevaner, samt hvordan forandringene påvirker immigranter og helsen deres. Hovedårsaken til kostholds forandringer ble funnet å være knyttet til minoritetskvinnens tilpasninger til vestlige tradisjoner gjennom kjøp og tilbereding av mat. Barrierer kvinnene opplevde til å kunne opprettholde sunne kostholdsvaner var assosiert med høy pris på sunne matvarer, mangel på tilgang til tradisjonell mat som blant annet spesifikke ingredienser, krydder eller grønnsaker. Kvinne rapporterte at de var usikre og ukjent med mange av matvarene. Det var uvant med nye måter å tilberede maten på grunnet språk barrierer. Kvinnene rapporterte videre at de ofte opplevde fordøyelsesproblemer som resultat av inntak av matvarer som ikke var en del av deres tidligere kosthold. De opplevde også barrierer knyttet til en mer hektisk hverdag med familieansvar, stress, ensomhet og ekskludering, arbeidsledighet som resulterte i høyere inntak av smakfull og usunn mat kombinert med inaktivitet. Kvinnene rapporterte også at fastfood var ett billig og lett tilgjengelig alternativ. En annen systematisk gjennomgang (Osei- Kwasi et.al., 2016) kartla det brede spekteret av faktorer som påvirker kosthold blant ulike etniske minoriteter som bor i Europa. Hensikten med studiet var å identifisere gap i litteraturen for å kunne bruke dette videre i fremtidig forskning. Faktorer som påvirker kostholdsvaner var knyttet til mangelfull tilgang på tradisjonell mat, behov for å følge religiøse forskrifter og mangel på foretrukken mat. Videre var smakspreferanse en viktig faktor. Funnene i denne systematiske gjennomgangen har mange fellestrekk med den systematiske gjennomgangen fra England (Popvic- Lipovac & Strasser, 2013). Et kvalitativt studie (Garnweider, Terragni, Pettersen & Mosdøl, 2012) fra Oslo hadde som hensikt å utforske hvordan minoritetskvinner fra Afrika og Asia oppfatter vertslandets matkultur, identifiserer ulike aspekter av deres tidligere matkultur, hva de vektlegger som viktig for å bevare dette og hva de gjør for å bevare

matkulturen. Deltagerne understreket viktigheten av å bevare aspekter ved deres opprinnelige matkultur og relaterte disse aspektene til smak, tilbereding av mat samtidig som de overholder religiøse regler for kosthold. Kvinnene beskrev at de ofte opplevde vertslandets mat som ”smakløs og kjedelig”.

I boken ”folkehelse i ett migrasjonsperspektiv” (2010) skriver Kumar & Viken at matvaner skapes ut i fra etnisk opprinnelse, kultur, religion, tilgjengelighet, økonomi og personlig smak. Hvilke matvarer som velges, rutiner og antall måltider utgjør en viktig del av befolkningens kultur. Kultur er ikke biologisk bestemt, men læres og matvaner er dynamiske og er i forandring gjennom hele livet. Dersom hensikten er å påvirke til et sunnere kosthold, er det viktig å forstå og kartlegge den kulturelle konteksten matvaner har (Kumar & Viken, 2010). Dette bekrefter sosialantropologene Eriksen & Sajjad (2016) i sin bok kulturforskjeller i praksis. De legger vekt på at for å forstå matvanene til mennesker og deres oppfatning av mat vil det være nødvendig å se det i en økonomisk, sosial og kulturell kontekst. Videre skriver de at betydninger og definisjoner av hva vi mennesker anser som smakfullt og smakløst, sunt og usunt ikke kun kan forklares av ernæringsmessige og fysiologiske aspekter. De er heller sterkt knyttet opp mot kroppsliggjorte kulturer, oppfatninger og tradisjoner.

Det er begrenset med kvalitativ forskning på kosthold blant minoritetsgrupper i Norge, men det er gode holdepunkter i internasjonal forskning at matvaner forandres ved migrasjon (Kumar & Viken, 2010).

2.4 Fysisk aktivitet

Funn fra helseundersøkelser viser at menn og kvinner med minoritetsbakgrunn fra ikke-vestlige land har høyere andel inaktive sammenlignet med den generelle befolkningen i Norge (Blom, 2008). Sammenlignet med den norske befolkningen, rapporterer en av to blant

innvandrerbefolkningen å være inaktive, sammenliknet med en av fire blant den norske befolkningen (Blom, 2008). En av tre innvandrere rapporterer at de aldri er i fysisk aktivitet. Minoritetskvinner ser ut til å være mer stillesittende enn menn med minoritetsbakgrunn (Blom, 2008)

Et kvalitativt etnografisk studie fra Sverige Persson et al. (2014) hadde som hensikt å studere forståelsen av fysisk aktivitet blant somaliske kvinner. Funnene viser at kvinnene oppfattet fysisk aktivitet som en viktig del av å ha en sunn livsstil, men at de opplevde enkelte utfordringer og barrierer på veien. Kvinnene opplevde både likheter og ulikheter mellom å bo i Somalia og Sverige. Misoppfatninger til hvordan de kunne øke helsen eller endre livsstilen oppstod avhengig av kvinnenens tidligere livserfaringer og tradisjoner. Resultatene viser videre at fleste deltagerne så ut til å holde seg til deres egen kultur, verdier og identitet. Disse ble forsterket etter at de kom til Sverige. Kvinnene beskrev at de ofte var flere kvinner som gikk sammen for å handle mat. De fikk ofte fikk hjelp av andre familiemedlemmer dersom det var behov, mens i Sverige måtte de ta seg av dette på egenhånd. Kvinnene måtte ofte gå langt for å handle matvarer i Somalia opptil flere ganger om dagen. I Sverige er matvarebutikkene store og oppbevaringsmuligheter gjorde det enklere for kvinnene å kun handle inn et par dager i uken. Dette resulterte i at kvinnenens daglig fysisk aktivitetsnivå gikk ned etter at de kom til Sverige.

Barrierer knyttet til å være i fysisk aktivitet blant ikke-vestlige minoritetskvinner er godt dokumentert i forskning. Mangel på tid, lav motivasjon, sosioøkonomiskstatus, lav utdanning, kulturelle og religiøse faktorer, språkbarriere, kjønnsrolle forventninger og mangel på sosial støtte er noen forskningen trekker frem (Kumar & Viken, 2010).

Barrierer knyttet til fysisk aktivitet ligner på de barrierene som er godt dokumentert i forskning i relasjon til ernæring og kosthold blant minoritetskvinner, der funnene ofte peker i retning mot kultur. En systematisk gjennomgang som både inkluderte kvalitative og

kvantitative studier (Babakus & Thompson, 2012) hadde som hensikt å utforske nivå av fysisk aktivitet blant sør-asiatiske kvinner i Europa. De fleste studiene viste lavt nivå av fysisk aktivitet blant minoritetskvinnene sammenlignet med den europeiske befolkningen. Flertall av studiene viste at kvinnene ikke møtte anbefalingene for fysisk aktivitet. Temaer som omhandlet kulturelle og strukturelle barrierer knyttet til fysisk aktivitet, religion og utdanning ble beskrevet under de kvalitative studiene. Kvinnene opplevde at familiemedlemmer og samfunnet de kom fra så på et å delta i fysisk aktivitet som en selvopptatt ting å gjøre. Kvinnene rapporterte at innenfor den sør-asiatiske kulturen skal kvinnenens hovedfokus være på familien og husholdningen. Kvinnene som deltok i fysisk aktivitet var bekymret for stigma de kunne møte på fra andre i samme samfunn.

2.5 Gap i forskningen

Innenfor kvalitativ folkehelseforskning er det få som har brukt en kultursosiologiske tilnærminger knyttet til ikke-vestlige minoritetskvinner forståelse av kosthold og fysisk aktivitet i Norge. Resultatene fra den fragmenterte forskningen som eksisterer peker i retning av kultur som mulig forklaringsramme uten å jobbe teoretisk systematisk med hvordan kultur påvirker. Litteraturgjennomgangen indikerer at flere forskere har sett på det større bildet og målltall knyttet til innvandreres kosthold og fysisk aktivitetsvaner etter migrasjon. I disse studiene har de inkludert menn og kvinner, ungdom og barn. Få folkehelsestudier har derimot vurdert viktigheten av å forstå meningsdannelse, forskjeller og likheter i kosthold og fysiskaktivitetsvaner blant de ulike etniske minoriteter i dagens Norge. I det videre arbeidet blir kultur en nøkkel til folkehelseforståelser.

3. Teori

I dette kapitlet er hovedbegrepene habitus og sosial kapital. Nøkkelbegrepene økonomisk kapital, kulturell kapital vil også bli diskutert. Jeg ønsker å benytte Bourdieu sin beskrivelse av habitus og sosial kapital for å se om det kan være med på å bidra til en bedre forståelse av barrierer og utfordringer knyttet til å utøve sunn livsstil. Selv om det preliminare hovedfokus var på kosthold og fysisk aktivitet blant somaliske kvinner i Norge, indikerer tidligere kulturstudier og dette studie at dette er en for snever forståelse av god helse. Denne oppgaven operer derfor med en utvidet sosiologisk og kulturell forståelse av sunn livsstil, ikke som individets eget ansvar, men som formet av kultur og samfunn. Det vil derfor bli undersøkt i hvilken grad mangel på økonomisk, kulturell og sosial kapital skaper utfordringer og barrierer i kvinnenenes hverdag og muligheten til å utøve sunn livsstil.

3.1 Definisjoner

Innvandrere

Statistisk sentralbyrå (2014) definerer innvandrere som ”personer født i utlandet med to utenlands fødte foreldre”. Det finnes flere definisjoner av innvandrere, FN regner alle personer som er født i et annet land enn det de bor i som innvandrere.

Flyktninger

FN definerer (2018) flykning som ”en person som befinner seg utenfor det land han er borger av på grunn av velbegrunnet frykt for å bli forfulgt på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe”.

Kosthold

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) definerer kosthold som ” det totale inntaket av mat og drikke over tid, og inkluderer næringsstoffinntaket og måltidsrytme”.

Fysisk aktivitet

Helse og omsorgsdepartementet (2005) defineres fysisk aktivitet som ”all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå”.

3.2 Sunn livsstil

Begrepet sunn livsstil har blitt kritisert og diskutert blant forskere. Thurston (2014) skriver i boken ”Key themes of public health” at på det mest grunnleggende har begrepet blitt definert på to kontrasterende måter. På den ene siden har du den individualistiske ”lifestyle model of disease” som sier at sykdommer kommer som et resultat av usunne vaner og atferd og at for å få en sunn livsstil krever det at en endrer disse vanene og atferden. Spesifikt med denne modellen er at den ser på valgene individene tar som bevisste. Dette er et syn folkehelsepolitikken i mange land har, inkludert Norge. Som en motpart og kritikk til denne modellen kom ”the collective model”. Denne modellen ser på samspillet mellom individer og beveger seg forbi tanken om at det er individets ansvar. ”The collective model” retter heller fokuset mot de faktum at det er kollektive mønstre basert på mulighetene som er tilgjengelige for individene i deres miljø og samfunn. Forskerne har rette blikket bort fra individet mot grupper, og ser på livsstilsvalg på bakgrunn av sosialt, økonomisk og kulturelt

miljø (Thurston, 2014). Dette sammenfaller med et sosiologisk perspektiv og Bourdieus forståelser av livsstil og kropp blir svært relevant i denne folkehelseoppgaven. Med Bourdieu blir ikke sunn livsstil individets eget ansvar, i det han heller legger vekt på hvordan strukturelle variabler, som klassevilkår, alder, kjønn, rase/etnisitet, sosiale nettverk og levevilkår gir den sosiale konteksten for sosialisering og erfaring som bestemmer livsstils disposisjoner og praksis (Bourdieu, 1977; Prieur & Sestoft, 2006). Bourdieu hevder at livsstilsvalg ikke bare er begrenset, men også formet av hvilke muligheter en har i livet, og selv om individet har handlingsrom påvirker samfunns og kultur-mønstre individer til å ta valg som oppleves som glede, både kroppslig og følelsesmessig. Bourdieu gir oss derfor mulighet til å reflektere over hvordan kultur, klasse, økonomi, etnisitet og kjønn påvirker livsstil og folkehelse (Thurston, 2014; Bourdieu, 1977).

3.3 Kultur

Ordet kultur dukker stadig oftere opp på TV, i aviser, diskusjoner på jobb og i dagligtalen vår. Kultur har mange forskjellige betydninger, vi forstår og tolker kultur på forskjellige måter. Det snakkes blant annet om ungdomskultur, bedriftskultur, politisk kultur, fremmede kulturer og innvandrerkultur. Problemet er at et ord som kan brukes til å beskrive så mange forskjellige fenomener også må bety forskjellige ting (Eriksen & Sajjad, 2016).

Nyere definisjoner av kultur lyder: ”Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av ett samfunn ” (Magelssen, 2008. s.15). Kultur er tilegnende kunnskaper på bakgrunn av at samfunnet og naturmiljøet krevde det. Kumar og Viken (2010) skriver i boken ” Folkehelse i et migrasjonsperspektiv” at de spesielt legger vekt på to faktorer ved denne definisjonen. Den første faktoren handler om at kultur omfatter både det å føle, tenke og handle, samt kunnskaper, verdier og tiltak. Det andre faktoren innebærer at kultur er noe alle har, som resultat av at vi alle er medlem av

et samfunn.

Når vi snakker om fremmede kulturer og kulturforskjeller anvender vi kultur på en annen måte. Eriksen & Sajjad (2016) skriver at innvandrere har sine skikker og religiøse ritualer fordi de har en annen kultur enn oss og fordi det er en del av deres kultur. Det kan være nyttig å snakke om kulturer på en slik måte, men denne måten å anvende kulturbegrepet på kan være ødeleggende i kontakten mellom innvandrere og nordmenn. Dette kan også være med på å gi inntrykk av at kulturforskjellene er større enn de faktisk er. Kultur kan være et forvirrende begrep og i den forbindelse er det viktig å anvende dette begrepet med varsomhet (Eriksen & Sajjad, 2016).

3.4 Habitus

Habitus er et mye brukt begrep og det finnes ulike delte meninger om dette begrepet. Habitusbegrepet utgjør hovedkjernen i Bourdieus handlingsteori og aktørforståelse (Bourdieu, 1977). Begrepet er ikke hans eget, men han har hentet inspirasjon fra historiske sosiologer som blant annet Weber og Durkheim (Wilken & Andreassen, 2008). Habitus er et viktig begrep for å forstå det flerkulturelle samfunnet vi lever i, men også for å prøve å forstå utfordringer og barrierer knytte til livsstil. Begrepet gir oss mulighet til å forstå hvordan kultur og samfunn påvirker handlingsvalg og livsstil. Kultur setter seg i kroppen og styrer endel av de valgene vi tar i forhold til livsstil. Det viser til det sosiale og kulturelle ved et individets livsstil.

Habitus er definert som ”et sosialt konstituert system av strukturerende og strukturerende holdninger, der de er tilegnet i en praksis og konstant er orientert mot praktiske mål” (Prieur & Sestoft, 2006, s.75). Disposisjonene for oppfatning, handling og vurdering i den sosiale situasjonen en befinner seg under er en sentral del av habitusbegrepet. Dette innebærer at individer tilegner seg kunnskap gjennom individuell

samhandling med omgivelsene (Wilken & Andreassen, 2008). I følge Bourdieu forgår det en ubevist internalisering av objektive strukturer gjennom erfaringer raskere enn gjennom forklaring i løpet av barndommen. Som resultat av dette, tilegner vi oss forståelse av hva som er bra og dårlig, rett og galt, mulig og umulig uten at dette nødvendigvis vil være en del av en læringsprosess. Disposisjonene som er karakteristiske for habitus er at de er tilegnet, men tilegningsprosessen vil være fortrent eller glemt. Habitus blir dermed ikke en sinnstilstand, men en kroppstilstand. Habitus er med på å forklare den kroppslige forankringen av kultur som en prosess der det sosiale blir innleiret i kroppen og hvordan dette vil ha en betydning for endringsprosesser i praksis (Wiken & Andreassen, 2008; Aakevaag, 2008).

Bourdieu kan hjelpe oss å forklare utfordringer og barrierer minoritetskvinner opplever knyttet til å tilpasse seg nye kulturelle normer og verdier, hvordan kroppene deres reagerer på nye muligheter og barrierer til å utøve sunn livsstil. Bourdieu beskriver at forandringer i habitus er knyttet til forandringer i individets ytre omgivelser (Wilken & Andreassen, 2008). Dette forstås i forbindelse med at innvandrere eller flykninger kan utvikle nye vaner og tilpasse seg andre sosiale omgivelser. Forandringer i habitus er ingen enkel prosess og utvikles ikke automatisk. Dette krever både sosial forankring og en individuell aksept av ett nytt sosialt miljø eller samfunn (Wilken & Andreassen, 2008). Dette kan ses i forbindelse med innvandrere som flytter til ett nytt land, der ulike habitus møtes.

Dersom vi unngår unngå å se på de kulturelle aspektene ved mennesker vil det være utfordrende å forstå hvorfor mennesker har ulike handlingsmønstre som skaper systematiske folkehelseforskjeller i livsstil. En sosiologisk tilnærming kan være med på å forklare hvorfor livsstil er vanskelig å endre i praksis som resultat av at ulikhet er kroppsliggjort og derfor former smak, bevegelse, matvalg og fysisk aktivitetsvaner som en del av en livsstil.

3.5 Kapital

Kapital kan forstås som ressurser som kan konverteres (Schiefløe, 2015). Dette innebærer at kapital er noe som kan anvendes for å oppnå noe annet. De sosiologiske bidragene til forståelsen av kapital kan føres tilbake til Bourdieu. Han pekte på at den tradisjonelle økonomiske forståelsen av kapital er for begrenset. Han mener at den overser at kapital fremtrer i tre hovedformer: økonomisk kapital, kulturell kapital og sosial kapital (Schiefløe, 2015). Bourdieu diskuterer på en interessant måte forholdet mellom økonomisk, kulturell og sosial kapital. Han argumenterer for at kapitalformene er utbyttbare og henger sammen, men dette kun under visse omstendigheter (Wollebæk & Seggaard, 2011; Wilken & Andreassen, 2008).

3.6 Økonomisk kapital

Bourdieu beskriver at den økonomiske kapitalen representerer verdier som umiddelbart og direkte kan konverteres til penger, og som kan være institusjonalisert gjennom for eksempel eiendom (Schiefløe, 2015). I følge Bourdieu er økonomisk kapital den sentrale kapitalformen, som kulturell og sosial kapital kan akkumuleres i (Wollebæk & Seggaard, 2011).

I følge Bourdieu er økonomisk kapital de former for ressurser som er anvendelig for å øke den enkeltes muligheter for anerkjennelse i et bestemt sosialt felt. Inntekt er et eksempel på et uttrykk for sosioøkonomisk anerkjennelse og knyttes ofte opp mot kulturelle ideer om klasse. Ulik inntekt er med på å gi personer forskjellige livsstils muligheter, når det kommer til konsum av varer generelt sett og konsum av varer med ulik kvalitet. Bourdieu knytter derfor sosial kapital tett sammen med både materielle og kulturelle livsstils-sjanser (Wollebæk & Seggaard, 2011).

3.7 Kulturell kapital

Begrepet kulturell kapital har en sentral plass i Bourdieus teori. Han beskriver at kulturell kapital utgjøres av de ressursene individer rår over i form av kunnskaper, språk, ambisjoner, atferds former og generelle sosiokulturelle ferdigheter (Schiefløe, 2015). Bourdieu knytter de ulike formene for ressurser til oppvekstmiljø og sosialisering. Han beskriver også den intellektuelle middelklassen og hvordan de har brukt denne kulturelle kapitalen til å skaffe seg kontroll over blant annet skole, medier og kulturliv. Kulturell kapital kan også være en bidragsyter til å lykkes i utdanningssystemet, som igjen kan gi adgang til økonomiske goder senere i livet (Schiefløe, 2015).

Bourdieu deler kulturell kapital i tre ulike nivå. Det første nivået er legemliggjort tilstand. Dette innebærer langvarige disposisjoner i sinn og kropp i form av *habitus* og *livsstil*. Det andre nivået er objektivert tilstand i form av kulturelle goder. Det kan blant annet være bilder, bøker eller andre materialiteter. Det tredje nivået er i institusjonalisert i form av titler eller diplomer. Slik kan kulturell kapital oppnås gjennom utdanningskvalifikasjoner, og fra system til individ. Bourdieu hevder at en ulik fordeling av kulturell kapital er en av hovedgrunnene til sosial ulikhet i samfunnet i generasjon etter generasjon (Wollebæk & Seggaard, 2011).

3.8 Sosial kapital

Sosial kapital er et populært og mye omtalt begrep. Sosial kapital er ikke et statistisk begrep som er bestemt en gang for alle, men begrepet gir heller mulighet til videre utvikling og debatt (Rønningen & Starrin, 2009). I tillegg til økonomisk og kulturell kapital opererer Bourdieu med en tredje grunnleggende kapitalform: sosial kapital. Bourdieu definerer sosial kapital som ”summen av de faktiske eller potensielle ressursene som er knyttet til det å ha

varig nettverk av mer eller mindre institusjonaliserte relasjoner, preget av gjensidig kjennskap og annerkjennelse (Rønningen & Starrin, 2009, s. 21). Rønning og Starrin (2009) skriver i boken ”sosial kapital i et velferdsperspektiv” at sosial kapital handler om at vi har ressurser i våre sosiale nettverk, som kommer til gode når vi trenger det. Begrepet sosial kapital har blitt tatt med for å prøve beskrive blant annet helse og livsstil (Helsedirektoratet, 2009). En grunnleggende forståelse av denne kapitalformen er ideen om at hvert enkelt individ gjennom deltagelse i det sosial nettverket opparbeider seg sosial kapital. Mengden sosial kapital hvert enkelt individ har tilgang til avhenger både av størrelse på nettverk og volum av ressurser som deltagerne i nettverket har tilgang til (Wollebæk & Seggaard, 2011).

Sosial kapital er en del av en stadig prosess som krever at hvert enkelt individ i nettverket investerer tid, kulturell og økonomisk kapital for å kunne opprettholde sin egen plass (Schieffloe, 2015). I følge Bourdieu er sosial kapital et resultat av strategiske investeringer og de må derfor vedlikeholdes. Disse investeringene er med på å gi goder til individet, som varige rettigheter og annerkjennelse (Rønning & Starrin, 2009).

Flere forskere har bidratt til å sette sosial kapital på dagsorden. James Coleman var en amerikansk sosiolog. For Coleman var det viktig å koble sammen sosial med økonomiens kapitalbegrep med hensikt å få frem sammensmeltningen av økonomi og kultur. Putnam er en annen forsker som også har tematisert sosial kapital, men han arbeidet mer på makronivå (Rønning & Starrin, 2009). Sosial kapital er også sentralt i helse og folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2009).

3.9 Bourdieu, folkehelse og minoritetskvinnens muligheter og barrierer til å utøve sunn livsstil

I denne oppgaven benyttes Bourdieu og hans teorier for å se om det kan være med på å synliggjøre hvordan sosial, kulturell og økonomisk kapital samvirker i somaliske kvinners

forståelse og utøvelse av sunn livsstil. Habitus gir oss mulighet til å forstå hvordan kultur og samfunn påvirker våre handlingsvalg og livsstil. Bourdieu beskriver at habitus er kroppsliggjort og dette innebærer at kultur setter seg i kroppen og styrer endel av de valgene vi tar i knyttet til livsstil.

Ved å inkludere de sosiale og kulturelle aspektene ved mennesker blir det enklere å få en bredere og dypere forståelse av barrierer somaliske kvinner opplever til å utøve sunn livsstil. Tilnærmingen kan hjelpe oss å forbedre "the collective model" (Thurston, 2014) som retter fokuset mot de kollektive mønstre som former livsstils valg, barrierer og muligheter som er tilgjengelig for individene i deres nåværende samfunn.

4. Metode

I dette kapitlet vil jeg gå nærmere inn på studiedesign, forskningsmetode, inkluderingkriterier, rekrutteringsprosessen, datainnsamling, utvikling av intervjuguide, gjennomføring av intervjuene og utfordringer knyttet til gjennomføring av intervjuene. Videre vil etiske betraktninger bli belyst.

4.1 Valg av metode

Dette prosjektet har benyttet en kvalitativ tilnærming. I følge Tjora (2012) gir kvalitativ metode forskeren mulighet til å fortolke deltagerens meninger, holdninger, opplevelser og erfaringer. Innenfor kvalitativ forskning er et overordnet mål å utvikle forståelsen av fenomener som kan knyttes til personer og ulike situasjoner i deres hverdag. Det handler om å få en dypere og bredere forståelse av hvordan vi mennesker forholder oss til vår livssituasjon (Tjora, 2012). Hensikten med å bruke kvalitativt forskningsintervju er å innhente informantens fortolkninger av et fenomen, for så å kunne fortolke dette på ny i en hermeneutisk runddans med empiri og teori (Tjora, 2012). I det kvalitative forskningsintervjuet snakker vi med mennesker med hensikt om å få vite mer om hvordan de beskriver opplevelsene sine og uttrykker handlingsvalgene sine (Kvale & Brinkmann, 2015).

Formålet med å bruke kvalitativ metode i mitt prosjekt er å sette seg inn i og lære mer om somaliske kvinners hverdag i Oslo og deres forståelse og utøvelse av sunn livsstil med hovedfokus på kosthold og fysisk aktivitet.

4.2 Pilotintervju og utvikling av intervjuguide

Før intervjuene begynte ble intervjuguiden testet. Pilotintervjuene foregikk ved at to kvinner ble intervjuet. Ingen hadde minoritetsbakgrunn, men den ene kvinnen har en

omgangskrets med flere kvinner med innvandrerbakgrunn. Begge kvinnene ga gode konstruktive tilbakemeldinger som jeg tok med meg videre. Noen spørsmål ble tatt bort før intervjuguiden ble ferdigstilt da pilotintervjuene tok for lang tid.

Ved utviklingen av intervjuguiden var det viktig å bruke et enkelt språk slik at spørsmålene skulle være forståelig for informantene. Jeg oppsøkte derfor også lærere ved skolen kvinnene gikk på for å få tilbakemeldinger på intervjuguiden. Jeg ønsket å snakke med lærerne fordi de er i kontakt med kvinnene daglig og vet hvilket språklig nivå de ligger på. Før det første intervjuet gjorde de meg oppmerksom på at kvinnene kunne være litt sjenerte på grunn av at de var redd for å ikke bli forstått godt nok med tanke på de språklige barrierene. De sa også at det var god trening for kvinnene å snakke norsk med en person de ikke kjenner fra før og at flere av kvinnene ville sette pris på å snakke om hverdagen sin knyttet opp mot kosthold og fysisk aktivitet. Dette fordi mange av kvinnene hadde barn og var opptatte av at de hadde god helse.

4.4 Utvalg og inklusjonskriterier

Denne oppgaven har benyttet en strategisk utvalgsmetode. Denne metoden innebærer at vi velger deltagere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen og oppgavens teoretisk perspektiver (Thagaard, 2009). Under planleggingsfasen av prosjektet ønsket jeg å rekruttere førstegenerasjons minoritetskvinner fra ikke-vestlige land. Etter hvert bestemte jeg meg for å snevre inn prosjektet ved å kun rekruttere kvinner fra Somalia. Det var to grunner til dette valget. Den første grunnen var at tilgang gjorde det praktisk mulig å rekruttere kvinner fra kun Somalia. Den andre grunnen er at er somaliere den fjerde største innvandringsgruppen og helseundersøkelser viser at denne gruppen har tydelige helseutfordringer (SSB, 2016).

4. 3 Rekrutteringsprosessen

I begynnelsen av rekrutteringsfasen fikk jeg svært god hjelp av en kvinnelig lærer ved skolen for voksenopplæring. Hun hjalp meg med å komme i kontakt med kvinnene. Jeg var inne i seks klasser tilsammen, hvor elevene gikk på enten 9. eller 10. trinn. I hver av klassene presenterte jeg meg selv og prosjektet i korte trekk ved å snakke om tematikken rundt spørsmålene og hva det vil si for den enkelte å delta i prosjektet. Under introduksjonen som læreren gjorde av meg før jeg selv introduserte meg selv og prosjektet, der hun snakket om min utdanning og erfaringer, kan dette ha vært med på å distansere kvinnene til videre deltagelse og vi valgte derfor å ikke nevne dette i de senere presentasjonene. Lærerne informerte meg på forhånd at kvinnene kanskje ikke ville delta fordi de følte de ikke snakket godt nok norsk. Likevel var det flere av kvinnene som meldte sin interesse med engang. På informasjonsskrivet jeg delte ut sto også kontaktinformasjon dersom flere ønsket å melde seg på i etterkant. Dette viste seg å ikke fungere like bra, derfor møtte jeg heller opp i klassen for å spørre om noen ønsket å delta noen dager senere. Kvinnene skrev seg opp i en notatblokk med telefonnummer og navn, slik at jeg kunne ta kontakt med de for å avtale dag og tid. Tilsammen var det 20 kvinner som meldte sin interesse og av disse var 12 fra Somalia. Jeg kom i kontakt med ti kvinner fra Somalia. Jeg valgte å ikke si fra i begynnelsen at jeg kun ønsket å intervju kvinner fra Somalia, men etter at det var flere somaliske kvinner som meldte seg valgte jeg å begrense meg til denne gruppen. Prosessen med å rekruttere deltagere var krevende og tok lenger tid enn forventet, men samtidig var det lærerikt. Jeg avtalte med hver av kvinnene ved å sende de en tekstmelding om de ønsket å delta videre. Av de 12 jeg sendte melding til, svarte ti at de ønsket å delta. Alle kvinnene ønsket å ha intervjuet på skolen i skoletiden, noe jeg avtalte med læreren på forhånd.

4.5 Datainnsamling

4.5.1 Semistrukturert intervju og gjennomføring av intervjuene

I denne oppgaven ble semi-strukturerte intervjuer benyttet og karakteristisk for denne metoden er at intervjuer og deltager deltar i ett formelt, men fleksibelt intervju. Det blir utviklet en intervjuguide der overordnede temaer og åpne spørsmål blir inkludert. Semistrukturert intervju gir mulighet til fleksibilitet og tillater forandringer i intervjuguiden underveis dersom det er nødvendig (Dalen, 2011). En annen fordel ved å benytte semistrukturert intervju er at det gir forskeren mulighet til å velge å følge opp og gå dypere i tematikk som fremstår som viktig for informantene, men som forskeren selv ikke så på som sentralt ved begynnelsen av prosjektet (Bryman, 2016; Patton, 2015). Selv om et av inkluderingskriteriene i denne oppgaven var at kvinnene snakket norsk, var det tidvis utfordrende å kommunisere. Jeg brukte derfor god tid både på spørsmål og svar. Intervjuer er tidkrevende i seg selv, men svært verdifullt siden de kan gi en dypere forståelse av individets hverdag, erfaringer, holdninger, oppfatninger og meninger. Jeg vektla derfor å vise min interesse for nettopp kvinnenens hverdagslige erfaringer og fikk god respons på dette. Kvale & Brinkmann (2015) skriver i boken "Det kvalitative forskningsintervju" at når en utfører tverrkulturelle intervjuer kan det være vanskelig å få kjennskap til mange av de kulturelle faktorer som påvirker relasjonen mellom intervjueren og informanten. Dette innebærer blant annet vaner, praksiser og posisjoner. Dersom en intervjuer i en fremmed kultur anbefaler de at intervjueren tar seg tid til å bli fortrolig med den nye kulturen og lærer seg noen av de mange verbale og nonverbale faktorene som kan være årsak til at det ofte oppstår misforståelser. Kvale & Brinkmann (2015) skriver også at det kan oppstå utfordringer knyttet til det å erkjenne forskjellig språkbruk, tradisjoner og kulturelle normer i forskerens

og intervjuobjektets kulturer når det skal intervjues på tvers av kjønn, generasjon, sosial klasse og religion. Innenfor rammen av masteroppgaven hadde jeg ikke mer tid enn det som var avsatt til intervjuet til å bli kjent med informantene. Jeg forsøkte derfor etter beste evne å være åpen, lyttende til deres fortellinger og perspektiver.

Intervjuguiden er delt inn i fem deler. Den første delen er innledning der jeg kort presenterte meg selv og hensikten med studiet (se vedlegg 3). Videre ble det informert om lydopptak av intervjuet og at det var frivillig å delta. Enkelt av kvinnene utrykte at det var ubehagelig med lydopptak fordi de selv følte de ikke snakket godt nok norsk. Jeg informerte derfor at kvaliteten på oppgaven ville bli bedre dersom intervjuene var på lydopptak. Før intervjuet begynte spurte jeg om informanten ønsket å stille noen spørsmål. Enkelt av kvinnene brukte lenger tid på føle seg trygge og åpne seg i intervjusituasjonen. Det ble derfor viktig med en åpen kommunikasjon, vise respekt og forståelse ovenfor kulturelle normer, verdier og vise tålmodighet knyttet til språklige utfordringer. I den andre delen av intervjuguiden stilte jeg spørsmål knyttet til alder, antall barn, antall familiemedlemmer i husholdningen og om de jobbet noe ved siden av skolen. Spørsmålet om hvor mange familiemedlemmer de var til sammen i husholdningen synes jeg ofte var ubehagelig å stille, derfor snudde jeg på dette spørsmålet ved å først spørre om hvor mange de var i familien og deretter stille spørsmålet om hvor mange barn de hadde. Inntrykket av at kvinnene var alene om omsorgen for barna ble sterkere etterhvert som jeg begynte å komme inn i intervjuene. Siste spørsmål i denne delen handlet om kvinnene jobbet ved siden av skolen. Det er ett spørsmål jeg nå i senere tid ser ikke var like nødvendig å ha med fordi ingen av kvinnene jobbet ved siden av skolen på grunn av mye ansvar rundt barna og derfor svarte de at det ofte var mangel på tid. Den tredje delen handlet om sunnhet og viktigheten av kosthold og fysisk aktivitet i kvinnenes hverdag. Den tredje delen handlet også om hverdagen deres før og nå. Den fjerde delen av intervjuguiden er hoveddelen, som er delt inn i to temaer. Det første

temaet var kosthold og jeg spurte om hvilke erfaringer, forskjeller og utfordringer kvinnene opplevde både før og etter at de kom til Norge. Det andre teamet var fysisk aktivitet og handlet også om kvinnes erfaringer, forandringer, forskjeller og utfordringer knyttet til fysisk aktivitet både før og etter at de kom til Norge. I den siste delen av intervjuguiden oppsummerte jeg kort det informantene hadde snakket om og forsikret meg om at mine oppfatninger stemte overens med det de hadde svart. Dette viste seg å være spesielt viktig, selv om deltagerne hadde bodd i Norge i alt fra 7-17 år, viste det seg å være enkelte språklige utfordringer som gjorde at det var viktig å stille oppfølgingsspørsmål underveis for å unngå misforståelser og mistolkninger av svarene deres. Dette førte til at jeg måtte utelukke noen spørsmål, for å holde den tidsrammen jeg hadde satt for intervjuene (45 minutter). Flere av informantene virket også slitne etter å ha snakket over en lenger periode sammenhengende på norsk.

4.6 Transkribering

I følge Kvale & Brinkmann (2015) innebærer transkribering at intervjuene overføres fra muntlig til skriftlig form og intervjuene blir da strukturert og dermed lettere og mer oversiktlig å begynne på en analyse. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptak og transkribert etter hvert av intervjuene var gjennomført. De språklige utfordringene som ofte oppsto under intervjuene gjorde at det til tider var vanskelig å høre hva som ble sagt og i form av ufullstendige setninger. Der det var utfordrende å forstå det deltageren sa noterte jeg ned min tolkning av det som ble sagt. Transkriberingen tok lenger tid enn forventet og krevde både svært god konsentrasjon og tålmodighet. Etter at alle intervjuene var transkribert, gikk jeg gjennom alle igjen for å se om jeg hadde fått med meg alt.

4.7 Etske betraktninger

Faktorer som tillit, konfidensialitet, respekt, ydmykhet og gjensidighet vil være viktig å inkludere i kontakten vi har med informantene (Tjora, 2012). Hvordan vi oppfører oss rundt mennesker vil være med å påvirke situasjonen vi befinner oss under. Dermed vil det kunne oppstå det en naturlig forventning om at en gir noe tilbake til de man forsker på. Kvalitativ forskning forgår ved hjelp av direkte kontakt med informantene og høflighet. Dette vil være et godt utgangspunkt for etisk forskning (Tjora, 2012).

For å sikre etisk forskning ble det sendt inn en søknad til norsk samfunnsfaglig datatjeneste (NSD) for videre godkjenning av prosjektet. Videre ble det delt ut et dokument om forespørsel til å delta i prosjektet (se vedlegg 1) der deltageren ble informert om hensikten med studiet og hva det vil si for hver enkelt deltager å delta i prosjektet. I den forbindelse ble det også utviklet et samtykkeskjemaet ble det også informert om frivillig samtykke, både skriftlig og muntlig.

Deltagerne ble videre informert om at intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak og at dette vil slettes etter at prosjektet er avsluttet. Kvinnene ble videre informert om at de har mulighet til å trekke sitt samtykke uten å måtte oppgi grunn. Kvinnene ble informert om at datamaterialet og informasjonen om hver enkelt deltager vil bli behandlet konfidensielt og anonymt. Det ble også lagt frem at alle opptak vil bli slettet når prosjektet var avsluttet.

I løpet av intervjuprosessen kan det oppstå enkelte etiske utfordringer som forskeren ikke har forutsett på forhånd (Tjora, 2012). I møte med andre etniske minoriteter er det viktig å huske på at kan de ha andre erfaringer, holdninger og meninger knyttet til kultur enn det vi er vant med i Norge. Det å være ydmyk, forståelsesfull og ikke minst interessert er en viktig forutsetning når en arbeider med denne gruppen for å hindre opplevelse av stigma, marginalisering og fordommer. Dette kan føre til at de føler seg utrygge og utilpass som vil

kunne påvirke resultatene. Det kan være utfordrende som forsker å tenke gjennom og være redd for å gå over grenser eller trå feil. En annen utfordring kan være at selv om kvinnene jeg ønsker å rekruttere skal snakke norsk, vil det likevel kunne oppstå språkbarriere som kan stå i veien for god kommunikasjon. Det var derfor viktig at jeg formulerte enkle spørsmål og viste forståelse dersom formuleringene av spørsmålene under intervjuene på forhånd var vanskelig å tolke.

4.8 Analyseverktøy

4.8.1 Tematisk analyse og analysearbeidet

For å analysere datamaterialet har jeg benyttet tematisk analyse. Det er en nyttig metode for å kunne identifisere, rapportere og analysere mønstre av kategorier og temaer som finnes i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Ved å bruke tematisk analyse beskrives og organiseres datamaterialet i detalj. Denne metoden tillater å gå lenger enn dette ved å tolke ulike sider av teamet som forskes på. Tematisk analyse er et fleksibelt forskningsverktøy og gir samtidig teoretisk frihet og det kan være med på gi en mer detaljert beskrivelse av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). En utfordring ved å benytte denne metoden kan være fleksibiliteten analysen tillater. I den forbindelse kan det være utfordrende for forskeren å vite hva det bør fokuseres på forhånd (Patton, 2015). I min oppgave ønsker jeg å benytte fortolkende tematisk analyse for å identifisere meningsmønstre og tolke kroppsliggjort kulturelle barrierer knyttet til somaliske kvinner minoritetskvinner livsstiler med fokus på fysisk aktivitet og kosthold.

Analysearbeidet foregikk ved at jeg transkriberte hvert intervju hver for seg og deretter leste gjennom alle intervjuingene etter at alle var transkribert. Deretter fant jeg

mønstre i datamaterialet og delt opp i hovedtemaer (se tabell.1) som blir brukt videre i presentasjon av funnene (kapittel 5) og diskusjonen (kapittel 6). Til hvert hovedtema hentet jeg ut sitater fra transkriberingen for å bygge opp under funnene.

5. Presentasjon av funnene

Den tematisk analysen av datamaterialet genererte fem hovedtemaer med to til flere sub-temaer som representerer hvordan minoritetskvinner forstår og utøver sunn livsstil. Det første temaet omhandler kvinnenens beskrivelser av deres omgivelser før og nå. Hverdagen i Somalia ble beskrevet som forskjellig fra hverdagen i Norge, men likevel trakk kvinnene også frem enkelte likheter. Det andre temaet er knyttet til kvinnenens beskrivelser av sunnhet og forskjellen i forståelsen av sunnhet i Norge og Somalia. Her behandles hvilken rolle kosthold og fysisk aktivitet har i kvinnenens hverdag og andre kilder til sunnhet vil bli beskrevet. Det tredje temaet omhandler kosthold, og går dypere inn i forskjellene i kostholdet i Somalia og Norge. Her vil også erfaringer, forandringer, utfordringer og barrierer knyttet til kosthold både før og etter at kvinnene flytte til Norge bli presentert. Det fjerde temaet omhandler fysisk aktivitet og går dypere inn på kvinnene beskrivelse og oppfattelse av fysisk aktivitet; hvilke erfaringer kvinnene har hatt med fysisk aktivitet i Somalia, hvilke forandringer de har opplevd i forhold til fysisk aktivitet etter at de kom til Norge, også hvilke utfordringer og barrierer de trekker frem vil bli vektlagt. Det femte temaet handler om familierelasjoner og kvinnenens beskrivelser av hva det vil si å være aleneforsørger. Temaene og sub-temaene er:

Tabell 1. Oversiktstabell over hovedtemaer og under-temaer

Forståelse og utøvelse av sunn livsstil blant somaliske kvinner	
Hverdagen før og nå	<ul style="list-style-type: none"> - Forskjeller i kosthold - Forskjeller i fysisk aktivitet - Storby kontra rurale strøk
Sunnhet	<ul style="list-style-type: none"> - Sunnhet har annen betydning i Somalia - Betydningen av kosthold og fysisk aktivitet i hverdagen - Flere kilder til sunnhet
Kosthold	<ul style="list-style-type: none"> - Kultur, tradisjon og mat - Oppfattelse av norsk kosthold
Fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> - Barrierer til å være i fysisk aktivitet - Vær og klima
Familierelasjoner	<ul style="list-style-type: none"> - Aleneforsørger - Begrenset sosial kapital - Økonomi, jobb og utdanning

5. 1 Hverdagen før og nå

I Somalia vi hadde veldig [mye] lettere hverdag enn Norge og vi hadde ferske grønnsaker og fersk kjøtt, ikke sånt man setter i fryseren. Vi spiser ikke så mye mat som vi gjør her, men maten vi spiser der. Jeg tror, men vet ikke jeg har

ikke spurt andre, men jeg tror den maten vi spiste var nok. Her man må spise mer, kanskje fire eller tre ganger.

- Kvinne, 31 år

Det er en utfordrende analytisk manøver å kategorisere forskningsdeltagernes svar om hvordan hverdagen i Somalia kontra Norge ble erfart. Somaliske kvinner er langt fra en homogen kategori. Enkelte tema gikk derimot igjen. I Somalia, så vel som i Norge bestod kvinnenens hverdagen av rutiner. Enkelte av kvinnene fortalte de jobbet i Somalia. Kvinnene sto opp tidlig for å lage frokost, deretter gikk de til skole eller jobb. Etter endt arbeidsdag eller skoledag dro de til markedet/butikken for å handle mat, deretter lage middag, rydde, vaske og gjøre klart til neste dag. Ikke alle kvinnene jobbet i Somalia og en av kvinnene fortalte at hennes jobb var å være hjemme med barna og at hun ser på dette som en naturlig oppgave.

I Somalia du er ikke så mye opptatt, damene er hjemme, de bestemmer selv.

De trenger ikke jobbe, mannen jobber, damene passer på barn og de har ikke så masse stress.

- Kvinne , 31 år

Kvinnene fortalte at hverdagen deres var nokså lik som i Norge, med mange gjøremål i løpet av dagen. Dette var langt fra oppsiktsvekkende, men opplevelsen av rutinene i Somalia kontra Norge var likevel annerledes. Tilgang til fersk mat og oppbevaring av behandlet mat gikk igjen i intervjuene. Kvinnenens individuelle beskrivelser fra hverdagen i Somalia viser hvordan fersk versus preparert mat ikke bare oppleves å smake forskjellig, men også hvordan dette påvirker mengden fysisk aktivitet. Kvinnene beskrev hvordan

rutiner knyttet til blant annet antall måltid, spisevaner, matvaner og aktivitetsvaner har forandret seg etter at de kom til Norge.

Kvinnene trakk frem både forskjeller og likheter mellom hverdagen i Somalia og Norge. Under følger sitater som belyser dette gjennom deres beskrivelser knyttet til kosthold og fysisk aktivitet.

I Somalia skulle [jeg] for eksempel, jeg skulle be og lage mat på kjøkkenet.

Etter mat [middag] jeg skal vaske og rydde. [Når] barna kom tilbake fra skolen, de spiser mat og etterpå de skal tilbake og jeg skal gå å handle på butikken, kjøtt og grønnsaker. Og [så] lage middag til de, vi spiser middag midt på dagen. Dere sier middag kl. 17.00, vi spiser kveldsmat da. Dere spiser bare litt lunsj, men vi spiser mye.

- Kvinne 29

I Somalia tror jeg det er forskjellig. I Somalia jeg husker vi spiste masse frukt og grønnsaker i Somalia. Det husker jeg, men trening det husker jeg ikke at vi hadde. I Somalia, jeg husker vi ikke hadde fryser. Når jeg hadde blitt 12 år, hver morgen jeg skulle gå til supermarked å kjøpe fisk. Det er normalt. Vi kjøpte frisk mat hver dag. Ble det fysisk aktivitet uten at man tenker det. Man går hver dag og om natten kjøper vi melk.

- Kvinne, 40 år

Gjennom intervjuene ble det tydelig at kvinnene hadde en hektisk hverdag da de bodde i Somalia, men også hverdagen i Norge opplevdes som hektisk. Kvinnene fortalte også om hverdagen i Norge, hvor de fortalte at de tilbrakte mye tid med barna og at de trivdes godt

med dette. Alle kvinnene gikk på skole i Norge og at dette tok opp mye av dagen deres. Kvinnene fortalte at de sto opp tidlig i Norge for å rekke alle gjøremålene i løpet av dagen. Etter skolen dro kvinnene for å handle og lage mat slik at dette var klart til barna kom hjem fra skole og/eller barnehage. Deretter gjorde kvinnene sine egne lekser, samtidig som de hjalp barna med deres lekser. Under forteller en av kvinnene sin beskrivelse av hverdagen i Norge. For kvinnene var det spesielt viktig etter at hun ble aleneforsørger at barna også hjalp til hjemme og at de hadde sine egne arbeidsoppgaver innad i husholdningen.

[Jeg] Står opp kl. 06.00 og etter det lager jeg mat, ber, lager frokost til barna, vekker barna, hjelpe lille jenta å pusse tenna. De [barna] spiser og etterpå, de skal gå ut kl. 08.00 og alle tre ut av huset, vi går på skole, de går selv til skolen. Og jeg kommer til [egen] skole og jeg er ferdig kl. 14.00. Før jeg går hjem, jeg må gå i butikken å handle, rett hjem, rydde, slappe av og lage middag. Etter middagen jeg gjør lekser. Når jeg lager middag, gutten [sønnen] må rydde. Han har en oppgave, sette i oppvaskmaskin, ta restavfall. Jeg dekker bordet, men han skal rydde bordet. Etter det vi skal gjøre lekser, sjekke guttens lekser og jeg sjekker min lekse. Så ferdig.

- Kvinne, 29 år

5.1.2 Forskjeller knyttet kosthold og fysisk aktivitet

Det er stor forskjell for meg, i Somalia vi liker å spise kjøtt. Så når jeg kommer her [til Norge], man kan ha kjøtt i mange måneder. Vi likte å spise frisk kjøtt. Alt smaker helt forskjellig, krydder også. Vareutvalget er

forskjellig for meg. Jeg har ikke noe problem med det. Første dagen man føler seg ikke bra, det blir rart. Etterpå skal man bli vant til det.

- Kvinne, 41 år

Denne kvinnen beskrev forskjellene hun opplevde knyttet til kosthold etter at hun kom til Norge. Hun beskrev at maten smakte annerledes og at oppbevaring av mat over lengre tid var uvandt. Utfordringene var størst rett etter at hun kom til Norge, men etter å ha bodd i Norge en stund ble hun stadig mer kjent med norsk kosthold og matvaner. Den største forskjellen knyttet til kosthold alle kvinnene trakk frem var at de var vandt med å handle ferske matvarer daglig og enkelte ganger opptil flere ganger i løpet av dagen i Somalia.

Kvinnene trakk spesielt frem at de pleide å handle ferske matvarer som krydder, frukt, grønnsaker og kjøtt i Somalia og at de ikke hadde mulighet til å oppbevare maten i kjøleskap, slik de hadde mulighet til etter at de flyttet til Norge. Ved å bruke kjøleskapet opplevde kvinnene at maten mistet mye av smaken og de savnet å kunne spise fersk mat som de beskrev som mer smakfull og næringsrik. Kvinnene beskrev også at de så på maten i Somalia som mer næringsrik enn maten i Norge fordi de ikke kjøpte bearbeidet mat, men heller holdt seg til ferske matvarer. Antall måltider i Somalia var forskjellig fra Norge, der de spiste færre måltider i Somalia og at det ikke var vanlig med lunsj, men at de heller spiser frokost, middag og kveldsmat. Enkelt av kvinnene beskrev at de de ikke tenkte på å få i seg tilstrekkelig mengde med vitaminer og jern i Somalia, men etter at de kom til Norge ble det viktig å følge med på å få i seg nok. En av kvinnene forteller at hun opplevde maten i Somalia mer næringsrik på grunn at tilgangen til blant annet fersk frukt.

Vi spiser ikke mellommåltider i Somalia, der spiser vi fast frokost, middag og kveldsmat. Men jeg synes det var næringsrik og det var litt mer næring enn maten her [i Norge]. Her finnes det mange forskjellige frukter. Det er mer mat, men det funker ikke som i Somalia. I Somalia den tiden jeg husker, det var ingen som spiste vitaminer eller jern, alt var perfekt og ok, men her [i Norge] vi spiser litt forskjellig.

- Kvinne, 31 år

Kvinnene fortalte at de ikke tenkte over å være i fysisk aktivitet i Somalia. Kvinnene beskrev at de oppfattet at det var typisk norsk å gå fjellturer, lange turer i naturen, løpe i nærområdet eller parker og tilbring flere timer i uken på treningssenteret. To av kvinnene fortalte at det var et større fokus på å drive med fysisk aktivitet i Norge og at det var typisk norsk å gå lange turer i naturen.

Det er ikke det samme, [i Norge] det finnes mange aktiviteter, damene går og løper. Alle nordmenn de jeg har sett går på ski om sommeren også.

- Kvinne, 31 år

I Somalia beskrev kvinnene at de var i bevegelse gjennom hele dagen og på grunn av varme og sol svettet de mye. De oppfattet ikke dette som fysisk aktivitet da det var en del av de daglige gjøremålene deres. Kvinnene opplevde stort fokus rundt trening og fysisk aktivitet i Norge og at nordmenn generelt snakket mye om hvor bra det var for helsen å trene og være i fysisk aktivitet. Kvinnene fortalte at dette påvirket dem og at de ofte tenkte på at

de burde trene og være i fysisk aktivitet oftere. De hverdagslige gjøremålene i Somalia krevde at kvinnene gikk lange avstander. Kvinnene fortalte at de opplevde at det i Norge var mer vanlig å gå turer for å få frisk luft eller mosjon, hvor de i Somalia gikk til skole, jobb eller markedet og tenkte da ikke på dette som mosjon eller trening. En av kvinnene fortalte om forskjellen mellom det å være fysisk aktiv i Norge versus Somalia.

Forskjellen er at du har mulighet til å gå her, [noe vi ikke har] opplevd i Somalia, vi hadde ikke sånne kulturer. Bare gå til jobb og skole. Men ikke tur, det er annerledes, her [i Norge] har du mange muligheter, på studio [treningssenter] osv, men i Somalia vi hadde ikke det.

- Kvinne, 39 år

Flere av kvinnene fortalte at de bodd i mindre byer utenfor Oslo med engang de flyttet til Norge. De fortalte at det var lettere å holde kontakt med naboer og hverdagslige gjøremål som å transportere barna til og fra trening eller skole. Enkelte av kvinnene opplevde at det var lettere å spørre om hjelp til barnepass dersom de trengte det, noe de var veldig takknemlig for. Grunnet lange avstander fra jobb, skole og fritidsaktiviteter ble dette tungvint for kvinnene og de ønsket å flytte til Oslo for å få kortere avstander og bedre kollektivtrafikk. De ønsket også å flytte til Oslo, da de har en større andel innbyggere med somalisk bakgrunn som kunne være med på å gjøre det lettere å bygge et større sosialt nettverk. Flere av kvinnene hadde slektninger som allerede var bosatt i Oslo. En av kvinnene fortalte at hun bodde et par år i Narvik før hun flyttet til Oslo. Videre fortalte hun at det var lettere å få kontakt med naboer og bli kjent med dem der. Hun ble stadig invitert på middag av naboer og bekjente. Flere av kvinnene beskrev at de synes de var utfordrende å flytte til

Oslo, delvis fordi det var stort, men også fordi de oppfattet at mennesker i storbyen levde et hektisk liv og opptatt med sitt og hadde annerledes væremåte.

Hvis du hilser du får ikke tilbake. Sånn er det med stor by.

- Kvinne, 29 år

Flere av kvinnene fikk hjelp med barnepass etter at de flyttet til Oslo, men de fortalte at det ofte ble kortvarig fordi naboen flyttet eller de selv flyttet. De fortalte også at de ikke ville spørre om hjelp fra naboer fordi de ofte følte de var til bry og var redd for å oppleves som masete.

5. 2 Sunnhet

5.2.1 Sunnhet har en annen betydning i Somalia

I Somalia var ikke kvinnene like opptatt av sunnhet og snakket heller ikke om sunnhet på samme måte som i Norge. Etter at kvinnene hadde flyttet til Norge opplevde de fokuset på sunnhet for første gang og ble overveldet hvor stort dette fokuset var blant enkelte nordmenn. Gjennom analysen kom det tydelig frem at betydningen av sunnhet var forskjellig i Norge og Somalia. En av kvinnene beskrev forskjellen mellom forståelsen av sunnhet i Somalia og Norge.

Her i Norge bruker vi mye tid på å forklare hva som er sunt og hva som er usunt for kroppen. I Somalia vi har ikke det. I Somalia mat bare er mat, men i Norge er det forklart på hva som er sunn mat og hva som er bra for magen, det er alltid forklaring, men ikke i Somalia. Jeg vet ikke hvorfor, kanskje fordi det er krig der.

- Kvinne, 36 år

Det å være slank, høyt konsum av frukt og grønnsaker, trene regelmessig, gå fjellturer og jogge innebar å være sunn i Norge og uttrykket sunnhet beskrev kvinnene, dette var forskjellig fra Somalia der mennesker med lite penger mer grønnsaker og de med mer penger spiste kjøtt hver dag. En av deltagerne beskrev at det er svært forskjellig oppfatning av sunnhet i Norge og Somalia. Hun har blitt mer bevisst på dette etter at hun kom til Norge og at dette er uvandt fordi hun ikke er vandt med å fokusere på sunnhet i Somalia.

I Somalia de ikke er opptatt av sunnhet fordi vi har sol og vi svetter og går mye. Når jeg tar på klær her, jeg vil ikke ut. Jeg trener ikke, men jeg går 30 minutter til t-bane. Jeg tenker mer på sunnhet i Norge. I Somalia vi snakker ikke. Norge er opptatt av sunn mat, vi tenker ikke [på det].

- Kvinne, 36 år

Det vi i Norge oppfatter som overvekt, ble beskrevet som sunnhet i Somalia da det ble assosiert med å spise godt og ofte. Dette tyder på at en har velstand og rikdom. Det å være slank og tynn ble assosiert med dårlig helse og fattigdom i Somalia fortalte kvinnene.

Helseopplysning var mer eller mindre fraværende i Somalia. En av kvinnene fortalte at hun har lært mer om helse og sunnhet etter at hun kom til Norge. Flere av kvinnene utdypet at de opplevde store kontraster knyttet til synet på sunnhet, livsstil, helse og kropp mellom Somalia og Norge.

I 2013 jeg besøkte Somalia og jeg har sett folk som har flyttet til Skandinavia de har opplevd ett sted, noen trodde at hvis damen er veldig tynn de tror hun har sykdom eller ikke har spist mye. De sier hvorfor du er sånn, du spiser ikke mye. De gir alltid kommentarer. Akkurat når folk har begynt å forandre mening, jo tykkere man er jo mer syk blir man. De skjønnte det. Noen folk sier at hvis damene er tykk, de sier det er bra. Men folk har forskjellig mening. De som har lest mye, de vet at hvis man blir tykk de vet at man blir syk. Men gamle folk sier at det er bra å bli feit. Jo mer fett, jo mer pen. Hvis de er tynn med masse barn folk sier du seier du har kommet fra utland. Hva har skjedd med deg? Du spiser ikke så mye?

- Kvinne, 40 år

Ja, de tenker ikke på at man skal bli tynn og sånn. Nei, de vil bare at folk skal bli tykke. De som er tykke er millionær. De som er tynn er ingenting. Når jeg kommer her ser jeg bare tynne folk, når jeg ser tynne folk synes jeg de er finere og de har bra helse. Det er bedre, det er mange som dør tidlig i Somalia fordi de er tykke, de får hjertestans og dør for tidlig.

- Kvinne, 36 år

Ja. [Nordmenn] de vet hvordan man spiser sunt og trener. De er jo oppvokst i en annen kultur. [Der] mor og far gjør deg aktiv og gir deg sunn mat.

- Kvinne, 40 år

5.2.2 Betydningen av kosthold og fysisk aktivitet i kvinnenes hverdag

Det kom tydelig frem at sunnhet blant annet handlet om å ha et kosthold som inneholdt mye grønnsaker, frukt, vann, lite olje i matlaging og ikke minst regelmessige måltider. Kvinnene trakk frem at det å være i bevegelse gjennom dagen og ha mulighet å trene dersom en ønsket det ble også betraktet som viktig kilde til sunnhet. To av kvinnene fortalte om viktigheten av å inkludere både et sunt kosthold og fysisk aktivitet i hverdagen.

Man blir syk hvis man ikke spiser sunt, bare kjøtt, sukker og fett du blir syk og får diabetes og [høyt] kolesterol. Begge er viktig, spise sunt, men man trenger også å bevege [seg].

-Kvinne, 33 år

Det er veldig viktig [fysisk aktivitet], selv om jeg mosjonerer mindre. Det er veldig viktig at du bruker kroppen, for eksempel jeg er på skole hele dagen, jeg har barn og stress fra skolen til huset og lage mat. Det er en prosess som er stress og det er viktig å mosjonere å bruke riktige muskler og celler og alt.

- Kvinne, 39 år

Alle kvinnene betraktet kosthold og fysisk aktivitet som to faktorer som var avhengig av hverandre og viktige kilder til en sunn livsstil, men at dette var utfordrende å utøve i praksis. En av kvinnene fortalte at hun ikke hadde mulighet og tid til å lage sunn mat hver dag og hun skulle ønske hun fikk til flere gåturer, men en hektisk hverdag med mye familieansvar gjorde det vanskelig å utøve en sunn livsstil. Prioriteten falt på familien og deres velvære, og det ble derfor lite tid til egne prioriteringer.

5.2.3 Flere kilder til sunnhet

Et interessant funn som dukket opp under intervjuene var at kvinnene ikke kun vektla et sunt kosthold og fysisk aktivitet som viktige kilder til sunnhet. For kvinnene var det viktig at barna hadde det bra, var i godt humør og hadde god helse. Det var tydelig at barna spilte en viktig rolle i kvinnenes liv, dette viste seg gjennom hverdagsliv og livsstil. Kvinnene viste stor interesse til å lære mer om kosthold og fysisk aktivitet for å kunne videreføre gode vaner til barna sine og være gode rollemodeller. Selvstendighet og frihet ble nevnt som viktige kilder til sunnhet. I Somalia beskrev enkelte av kvinnene at de ofte måtte diskuterte med ektemannen, men etter at de kom til Norge kunne de ta selvstendige valg og ta ansvar for egen økonomi.

Største endringen er selvstendighet, i Somalia jeg ikke hadde det vanskelig, men jeg kan bruke pengene mine selv på meg selv og hvem jeg selv vil [i Norge]. I Somalia hvis du er gift, du må hele tiden diskutere med mannen din og sånn. Det største forandringen er selvstendighet, jeg liker det.

- Kvinne, 41 år

Andre kilder til sunnhet som kvinnene beskrev var å sove godt, reise og møte venner. Det å vise og føle kjærlichkeit var også viktig kilde til sunnhet. En kvinne fortalte at sunnhet ikke kun handlet om å spise sunt og være aktiv og at sunnhet for henne heller handlet om at barna hennes hadde det bra og var i godt humør. Dette var et mønster som gikk igjen i alle intervjuene. En annen av kvinnene beskrev at hun var opptatt å spise sunt og mosjonere, men det å ha en støttende familie rundt seg og være sammen med familien ble betraktet som viktige kilder til sunnhet. Hun beskrev også at det å være frisk og ha nok energi til å gjøre de daglige gjøremålene også var forbundet med sunnhet.

Ja, det er viktig for meg, men også hvis man har godt humør og noen som følger med og viser deg kjærlichkeit det er også sunnhet.

- Kvinne, 29 år

5.3 Kosthold

5.3.1 Kultur, tradisjon og mat

I alle intervjuene beskrev kvinnene viktigheten av å beholde den somaliske matkulturen etter at de flyttet til Norge og dette gjorde de ved å lage tradisjonell somalisk mat hjemme. Kvinnene fortalte at de var opptatt av å lage somalisk mat hjemme, men av og til spiste de ”norsk mat” etter barnas ønske. De fortalte at barna var glad i norsk mat, men at de selv foretrakk å spise og lage somalisk mat hjemme. Kvinnene var veldig interessert og opptatt av i å lære bort om somalisk matkultur. En av kvinne fortalte om viktigheten av å beholde den somaliske matkulturen og fortalte hva dette innebar.

Ja, det er viktig siden jeg kommer fra den bakgrunn også vil liker krydder mat. Også alltid i mitt hjem jeg har en regel. Vi må spise varm mat en gang om dagen så, det kan være hva om helst. Men spesielt somalisk vi lager ris med kjøtt. Spagetti med kjøtt og salat, men vi må spise en gang om dagen ris med kjøtt. Stor middag. Vi spiser mer ris enn spaghetti. Det er vår kultur, vi kan ikke flytte det. Vi bruker også ris og spaghetti, [men det] må være mer enn det. Det er vår kultur. Derfor vi er litt tykkere. Vi spiser kanskje to til tre ganger i uka vi spiser kanskje spaghetti. En gang må spise fisk og grønnsaker, med spaghetti også eller ris. En gang med kjøtt og en gang med grønnsaker med ris.

- Kvinne, 39 år

I Somalia beskrev kvinnene at de spiste mye kjøtt, fisk, ris, pasta, grønnsaker og frukt. De fortalte at de spiste søtsaker som sjokolade og kaker, men dette var mer vanlig i forbindelse med besøk og selskaper. Enkelte av kvinnene fortalte at de spiste en del søtsaker i Norge, mens andre holdt seg unna. Flere av kvinnene fortalte at de hadde gått opp i vekt etter at de flyttet til Norge på grunn av flere graviditeter og de hadde et ønske om å gå ned i vekt. Enkelte av deltagerne fortalte at de fikk tak i det meste av de samme matvarene og krydderne som de hadde i Somalia, men at maten smakte og luktet annerledes. De opplevde at disse forandringene var størst med engang de kom til Norge, men at dette forandret seg etter å ha bodd en stund i Norge.

5.3.1 Oppfattelse av norsk kosthold

Flertallet av kvinnene oppfattet den norske maten som generelt sunn, derimot sa enkelte av kvinnene at de ikke opplevde at ikke alle nordmenn spiste sunt.

Dette forklarte de ved å si at det finnes både usunne og sunne matvarer i Norge og at det var opptil hver enkelte å velge. Kvinnene la spesielt vekt på at i Norge var man betydelig mer opptatt av å spise sunt enn i Somalia. Forskjellen var at i Somalia spiste de det som var tilgjengelig og det de hadde råd til. Den ustabile situasjonen i Somalia spilte inn i hverdagen og gjorde det vanskelig å oppholde seg ute over lenger tid. Dette gjorde også at tilgangen på matvarer var begrenset og de måtte benytte av det som var tilgjengelig.

En av kvinnene fortalte at hun hadde blitt mer bevisst på kosthold etter at hun kom til Norge. Hun ønsket å bruke det hun hadde lært i Norge når hun var på besøk i Somalia. Hun følte at hun hadde opparbeidet seg nok kunnskap til å gi råd til familie og venner i Somalia. Hun forteller også at hun hadde et sunnere kosthold i Norge enn i Somalia.

Når man kom hit [til Norge], man kan ikke bruke samme mat. Når jeg kom hit[til Norge], jeg spiser ikke hver dag ris og makaroni, jeg spiser ikke sukker. Men hver dag i Somalia te med sukker, juice med mye sukker. I hjemlandet vårt, når man blir syk de må ikke spise mye salt. Når jeg går til Somalia jeg kan gi råd.

- Kvinne , 31 år

5.4 Fysisk aktivitet

5.4. 1 Barrierer til å være i fysisk aktivitet

Det å bevege kroppen, løpe, gå turer og trene var trakk kvinnene frem i deres beskrivelser og forståelser av fysisk aktivitet. Kvinnene så også på dette som en mulighet til å knytte nye bekjenskaper og nettverk. Mange av kvinnene tilbrakte mye tid hjemme og kvinnene opplevde dette som en god mulighet til å skape nye relasjoner. En av kvinnene fortalte at fysisk aktivitet ikke kun handlet om det en normalt ser på som trening, men dersom ungene var i godt humør og hadde det var bra var dette også en form for fysisk aktivitet.

Hvis jeg sitter med barna og vi er glad og spiser middag og snakker og de er glad, det er fysisk aktivitet det også.

- Kvinne, 52 år

Nesten alle kvinnene beskrev at de ønsket å være i mer fysisk aktivitet, men at mangel på tid og energi hindret dem. I Somalia var kvinnene i bevegelse hele dagen og det varme klimaet gjorde at de ikke kjente på behovet for å trene. Flere av kvinnene fortalte at det var et overveldende fokus på å trene og være slank i Norge. En av kvinnene trakk frem at hun oppfattet at nordmenn ofte gikk lange turer i fjellet eller i skogen. Hun oppfattet også at nordmenn tilbrakte mye tid i naturen og at de gjorde dette for å ha en god helse. Hun fortalte også om en stressende og hektisk hverdag med mange gjøremål og at det dermed ble det enda viktigere å være i bevegelse.

”[Nordmenn] Gå på tur i skogen eller fjellet. De går mest på fjellet. Jeg har jobbet på hotellet ved Galdhøpiggen, det er masse folk der som går opp på fjellet. Jeg tenkte de ville trene. Bra for kroppen. Oppfatningen er at nordmann går ut i skog og natur. På grunn at de vil at de skal ha god helse. Det er ikke bra at man sitter å ser på tv hele dagen.

- Kvinne, 29 år

Alle kvinnene hadde et ønske om å være mer i bevegelse, men hverdagen var hektisk og de prioriterte å bruke tiden de hadde til overs med barna. To av kvinnene trente hjemme og hadde kjøpt seg treningsapparater. Religion ble ikke betraktet som en utfordring, men enkelte fortalte at det var vanskelig å finne steder i Oslo som tilbydde trening kun for kvinner, mens enkelte av kvinnene så ikke på det som et problem å trene på treningssenter med menn. Flere av kvinnene beskrev at de dro på treningssenter og at de deltok i gruppetimer, trente styrke og løp på tredemølle. Kvinnene fortalte at de ble i godt humør av å trene og fikk mer energi. Flere av kvinnene hadde startet opp med aktiviteter etter anbefaling fra lege, frisklivssentraler eller lignende. Tilbudene som var lagt opp slik at de kunne trene og samtidig ta med barna var populære blant kvinnene. Når det ikke lenger var noen som betalte for det hadde de ikke lenger mulighet til å delta på grunn av økonomiske begrensinger. Enkelte av kvinnene var kjent med andre lavterskeltilbud i nærmiljøet, men de beskrev at de ofte var lite tilpasset og tidspunktene ofte passet dårlig med tanke på at kvinnene var alene med barna. Kvinnene nevnte at spesielt tid som en barriere til å være i fysisk aktivitet.

Nå jeg føler meg veldig dårlig og noen ganger vondt i ryggen og knær. Jeg forstår at folk går på trening for å styrke kroppen sin. Jeg har prøvd nesten alle aktiviteter, jeg har prøvd ski, men liker ikke, skøyter også. Etter at jeg fikk barn er det vanskelig. Egentlig jeg er veldig glad i å svømme, jeg liker å svømme. Jeg svømte på Furuset bad, men jeg fikk ikke mer tid.

- Kvinne, 29 år

Det er bra med aktivitet og det er bra for helsa. Noen ganger er det litt vanskelig å ha tid. Synes du det er vanskelig å få tid på grunn av barna eller motivasjon. Nei, tiden med barna. Tiden er opptatt. Du har ingen tid til å trene. Det er vanskelig.

- Kvinne, 31 år

Hvis mor har barn, hun har kanskje en time tid til trening, jeg har noen ganger tid, men det er ikke lett. Hvem skal passe barna hvis du går ut?

- Kvinne, 29 år

5.4.1 Vær og klima

Kvinnene beskrev at de var mer aktive i Somalia og at klima har mye å si for aktivitetsnivået. De beskrev videre at de var i betraktelig mindre aktivitet om vinteren enn om sommeren i Norge. Kulden og snøen gjorde det vanskelig for kvinnene å være ute lenge av gangen og spesielt om vinteren var de i mye ro hjemme. På sommeren var de i mer aktivitet og dro ofte ut for å leke med barna sine. I Somalia i tilbrakte de mye tid på husarbeid. I Somalia hadde de verken vaskemaskin, støvsuger eller oppvaskmaskin og

kvinene måtte gjøre det meste av husarbeid for hånd og på egenhånd. I Norge hadde kvinnene vaskemaskin og oppvaskmaskin, dette førte til at det daglige aktivitetsnivået gikk ned.

Du bruker kroppen i Somalia, her er det maskiner som jobber for deg.

- Kvinne, 41 år

Kvinnene hadde prøvd et bredt spekter av aktiviteter etter at de kom til Norge. Svømming, aerobic, fotball, dans, fjellturer og ski var noen av aktivitetene kvinnene nevnte. De ønsket å være i mer aktivitet med barna sine, men mangel på energi etter en lang dag på skole og husarbeid var utfordrende. Enkelte av kvinnene fortalte at om sommeren arrangerte de gå grupper der de gikk gjennom Oslo sammen med andre somaliske kvinner. De gledet seg til hver sommer, for da kunne de ta opp gå gruppene igjen.

5.5 Familierelasjoner

Under intervjuene ble det stadig tydelig at kvinnene var alene om omsorgen for barna. Dette var ikke forutsett, men fikk raskt stor betydning for oppgaven. Kvinnene var i forskjellig alder og det var derfor varierende alder på barna deres. Det varierte også i antall barn kvinnene hadde. Kvinnene som deltok hadde alt fra ett til syv barn. Enkelte av kvinnene hadde små barn, mens andre hadde store barn som hjalp til mer i hjemmet. I Somalia var det kvinnene som hadde hovedansvaret for husarbeid og matlaging, men at de ofte fikk hjelp av andre kvinnelige familiemedlemmer, venner og naboer. De fortalte også at når det gjaldt barnepass i Somalia var det vanlig at bestemødre passet på barna gjennom dagen, mens kvinnene var på jobb. Etter at kvinnene flyttet til Norge savnet de å ha noen å dele de

hverdagslige aktivitetene med som de var vandt å dele med andre kvinnelige familiemedlemmer eller venninner. Kvinnene beskrev at de savnet å dra på besøk til familie, venner og naboer.

Det var tydelig at kvinnene hadde mange oppgaver i løpet av dagen, følge til barnehage, skole, treninger, dra på skolen selv, lage middag, hjelpe barna med lekser og lage klart til dagen etter. Muligheten til å utøve sunn livsstil ble begrenset med tanke på den hektisk hverdagen. Kvinnene hadde stort ansvar for barna, noe de beskrev at de trivdes godt med, men at de savnet å ha noen som kunne avlaste dersom de trengte det. En av kvinnene beskrev at hun til tider kunne føle på ensomheten ved å at hun ikke lenger hadde like stort sosialt nettverk i Norge som hun hadde i Somalia.

Du føler ikke bra når du har ensomhet og du har ikke noe å dele med. Fysisk aktivitet er bra for å dele og være sosial.

- Kvinne, 31 år

En annen av kvinnene forlate om viktigheten av å ha en støttende familie når man flytter til ett nytt land og en annen kvinne fortalte om hvordan de støttet hverandre innad i familien og at det ble viktig fordi nettverket deres ikke var like stort i Norge som i Somalia.

Mange somaliere som ikke har familie her og de sliter psykisk, de blir ikke sunne egentlig.

- Kvinne, 39 år

En dag de[barna] blir foreldre og de må lære å bruke kroppen riktig. Jeg er [for]bildet til dem, så jeg må vise riktig måte. Eksempel han sønnen min han er litt opp og ned så derfor de jentene [søstrene] de sier du må kutte søtsaker, hvis vi vil vi kan kjøpe selv, men han må gå riktig veien [han må velge selv]. Å forbygge er bra senere. Derfor det er veldig god støtte.

- Kvinne, 36 år

Kvinnene opplevde at de hadde mindre nettverk enn det de hadde i Somalia, men likevel var kvinnene ofte kreative og fant løsninger dersom de trengte hjelp med blant annet barnepass. En av kvinnene fortalte at hun hadde noen familiemedlemmer og venner i nærheten. De utvekslet meldinger dersom de trengte hjelp med barnepass og at det fungerte bra.

Vi knytter alle da. Hvis de trenger hjelp de sier i fra 2-3 dager før og jeg passer barna. Vi har en gruppe på melding hvor vi kan spørre hverandre om barnepass.

- Kvinne 31, år

Intervjuene har vist at kvinnene er spesielt oppmerksom på den norske kulturen som prøver å skape et bilde av det å ha et sunt kosthold og stort fokus på fysisk aktivitet. Det kommer også tydelig frem at kvinnene erkjenner at deres sosiale nettverk og deres økonomisk kapital setter føringer og begrensinger for hva de kan gjøre. Der de somaliske kvinnene gjerne nevner familieverdier og det at deres barn har ett trygt og godt hjem som viktige kilder til sunnhet, har nordmenns syn flyttet seg til å handle om hva en spiser og hvor mye man beveger seg i løpet av en uke. Dette virket å være forvirrende for flere av kvinnene

da deres kilde til sunnhet i Somalia handlet om å ha ett godt hverdagsliv. Dette innebar blant annet å ha daglige gjøremål som å spise frisk og smakfull mat, hentet og tilberedet maten samme dagen. Kjøleskap, som nordmenn er godt vant med, gjorde det mulig å handle en gang i uka slik at de fikk bedre tid til å være i fysisk aktivitet eller tilbringe mer tid til familien. Der en nordmann gjerne løser problemer ved å betale for en tjeneste (blant annet barnepass) så sier de somaliske kvinnene at de ikke ønsker å være til bry ved å be naboen om en tjeneste. Den økonomiske kapitalen strekker ikke til slik at de kan ”kjøpe tid”. Ved at det sosiale nettverket minsker, har de også færre personer å belage seg på til å spørre om små tjenester og ha noen å diskutere og føre hverdagslige samtaler med.

5.6 Økonomi, jobb og utdanning

Gjennom intervjuene var det få av kvinnene som la vekt på økonomi som en barriere eller utfordring til å handle inn sunn mat og opprettholde et sunt kosthold i hverdagen. Derimot fortalte en av kvinnene at hun ikke hadde mulighet til å spise sunn mat hver dag fordi hun måtte passe på økonomien.

De fleste kvinnene jobbet i Somalia, men i Norge var det ingen som jobbet. Enkelte av kvinnene fortalte at de i perioder hadde hatt jobb etter at de kom til Norge, men at det var vanskelig å kombinere jobb med barn og skole. En av kvinnene fortalte at det ble vanskelig å holde på jobben da hun hadde små barn og ingen som kunne passe på barna mens hun var på jobb.

[For] eksempel, jeg har jobbet i sykehjem også har en datter. Barnehage begynner halv åtte og jeg begynte halv åtte i jobben, det blir krise skjønner du. Etter fire år jeg blir syk. Også midt på jobben de ringer å sier at barna er

syk og du må komme å hente. Og alle fetter og kusunene mine her var små og kunne ikke hjelpe meg da.

- Kvinne, 39 år

En av kvinnene fortalte at hun hadde et stort ønske om å bli sykepleier etter at hun kom til Norge, men at tid og penger var en utfordring.

Drømmen min var når jeg kom til Norge var å bli sykepleier, men når jeg ser jeg kan ikke for jeg er alene med barn og ingen skal betale for meg og det tar tid å bli sykepleier.

- Kvinne, 41 år

Enkelte av kvinnene hadde ønske å utdanne seg til å bli helsefagarbeider eller sosialarbeider. De hadde et ønske om å få fagbrev slik at de kunne gå direkte ut i jobb. Som kvinene beskrev ovenfor satte økonomien og tid brenninger til å realisere disse drømmene.

6. Diskusjon

Resultatene som er kartlagt i det foregående gir konkret og systematisk innsikter i de temaene som ble behandlet og generert gjennom intervjuene. Diskusjonsdelen skal nå bringe oss videre inn i dypere og mer teoretiske forståelser av temaene. Her knyttes teori og tidligere forskning opp mot funnene presentert i forrige kapittel. Diskusjonen er delt inn i fire deler. 6.1 diskuterer hverdagen før og nå, 6.2 vil se på familierelasjoner, 6.3 tar for seg kvinnes beskrivelser av sunnhet, kosthold og fysisk aktivitet og tilslutt vil 6.4 diskutere folkehelseperspektivet og hvilket bidrag funnene kan ha for videre folkehelsearbeid.

6.1 Hverdagen før og nå – forskjeller og likheter

Forskjellen mellom hverdagen i Somalia og Norge, og fokuset på disse, kom tydelig frem gjennom intervjuene. Den største forskjellen som kom frem i sammenligningen mellom hverdagen i Somalia og Norge var at kvinnene ofte var alene om de daglige gjøremålene etter å ha flyttet til Norge. I Somalia var kvinnene vant med å handle ferske matvarer hver eneste dag, ofte sammen med familie eller venner. I et svensk studie utført av Persson et al. (2014) beskrev somaliske kvinner også viktigheten av å ha familiemedlemmer rundt seg og få hjelp til de daglige gjøremålene.

Kvinnene i dette studiet beskrev at en hektisk hverdag førte til stress og at de ofte kjente på følelsen av ensomhet når hverdagslige rutiner måtte utføres alene, istedenfor å gjøre disse med andre familiemedlemmer eller venner som de var vant med i Somalia. Funn fra amerikanske studier som har forsket på minoritetskvinner har vist at en hektisk hverdag

med stress, familieansvar, ensomhet, arbeidsledighet og lav utdanning ofte resulterer i høyt inntak av usunne matvarer og inaktivitet (Popvic- Lipovac & Strasser, 2013).

En annen forskjell kvinnene ofte trakk frem gjennom intervjuene var knyttet til kostholdsvaner. Kvinnene fortalte at i Somalia var det ikke vanlig med mellommåltider og lunsj, men at de heller spiste frokost, middag og kveldsmat. Kvinnene i studiet vektla at hovedmåltidene frokost, middag og kveldsmat bidro til at familien samles uten å nødvendigvis tenke over om maten skal være sunn. Kvinnene opplevde heller sunnheten i fellesskapet under måltidene. Eriksen & Sajjad (2016) skriver at det ikke er universelt å mene at mat er viktig for helsetilstanden, i enkelte kulturer er selve nytelsen eller fellesskapet ved måltidet langt viktigere enn hva en faktisk spiser.

En annen viktig forskjell kvinnene trakk frem var at de daglig gikk lange turer i Somalia, men forskjellen var at i Somalia var disse turene ofte knyttet opp mot ett spesifikt mål, blant annet å gå til markedet, jobb eller skole. Kvinnene opplevde at nordmenn heller gikk tur for å være sunne eller ha god helse.

I studier som dette er det ofte lett å overse likhetene og heller fokusere på forskjellene når man diskuterer og sammenligner to kulturer. Dette kommer også naturlig da det er snakk om to kulturer som befinner seg på to forskjellige kontinenter og som vi antar er veldig forskjellige. Selv om målet i en intervjusituasjon alltid er å gå inn med så få fordommer som mulig, så har vi ofte en antagelse om at forskjellene vil være flere og likhetene vil være få. Det viste seg at likhetene var flere enn antatt og det var derfor viktig å inkludere likhetene videre i forskningen. Det er også en nytteverdi ved dette.

Ved å inkludere og rette fokuset på likhetene kan en finne en felles plattform hvor en kan utvikle forståelse og kommunisere med personer fra andre land og kulturer om helse og livsstil på en enklere og mer effektiv måte. Eriksen & Sajjad (2016) skriver at dersom helse råd skal gis er det viktig å tenke på hvorvidt en tenker likt eller forskjellig før rådene gis

til andre. Råd og anbefalinger knyttet til helse og livsstil vil sjeldent bli tatt i mot dersom helsepersonell ikke forklarer hvorfor de anbefaler dem på en forståelig måte. Eriksen og Sajjad (2016) skriver også at det er viktig å finne en felles plattform mellom innvandrere og nordmenn. De legger også vekt på viktigheten av å lære om den andres kontekst, for å forstå hvorfor den andre oppfører seg forskjellig fra en selv. Ved å finne fellesnevnerne og felles interesser vil kunne gjøre det mulig å ha meningsfulle samtaler og sosial omgang.

De somaliske kvinnene beskrev ofte seg selv som forskjellige fra nordmenn og fokuserte mer på forskjellene enn å se på likhetene knyttet til hverdagen før og nå. Dette viser viktigheten av å inkludere likhetene i utviklingen av tiltak og helseråd rettet mot innvandrerbefolkningen.

6.2 Familierelasjoner

Det å ha en støttende familie og venner rundt seg til enhver tid er ingen selvfølge. Ved å flytte fra hjemlandet forlater man også det trygge og kjente som familie og venner for å møte det nye og ukjente.

Økonomisk kapital blir av Bourdieu beskrevet som den sentrale kapitalformen og er den kapitalformen som er mest anvendelige for å øke den enkeltes muligheter for annerkjennelse i et gitt sosialt felt (Wollebæk & Seggaard, 2011). I Somalia fikk kvinnene hjelp av blant annet bestemødre til å passe på barna, mens de var på jobb eller utførte andre ærender. De samme mulighetene hadde de ikke lenger etter at de flyttet til Norge. Når man ikke har mulighet til å få støtte fra familie som du normalt ville hatt i hjemlandet, så må du heller ha økonomisk kapital til å kunne kjøpe tjenester for å blant annet kunne delta eller være med på sosiale sammenkomster. Den norske velferdsstaten har mange gode tilbud som likevel koster penger. I følge Bourdieu er man hele tiden med på en kontinuerlig prosess for

å kunne opprettholde sosial kapital og dette krever at hvert enkelt individ i nettverket bruker tid, kulturell og økonomisk kapital for å opprettholde sin egen plass i nettverket Schiefloe, 2015). Ved at de somaliske kvinnene hadde mangel på tid som resultat av en hektisk hverdag var det å bygge ny og opprettholde sosial kapital utfordrende. Ved å utebli fra for mange sammenkomster så vil man ifølge Bourdieu miste sin rolle i det sosiale nettverket (Schiefloe, 2015). Slik ser vi hvordan Bourdieus' ulike kapitalformer virker sammen. Rønning & Starrin (2009) skriver i boken "sosial kapital i et velferdsperspektiv" at sosial kapital handler om at vi har ressurser i våre sosial nettverk, som kommer oss til gode når vi trenger dem. De skriver videre at en kan bygge sosial kapital ved å yte andre tjenester og omsorg, som å blant annet delta på frivillig arbeid eller dra på besøk ved sykdom. Dersom en skulle bli syk eller trenge hjelp kan det da forventes å få omsorg tilbake. Mange vil ha en grunnkapital fordi en har vokst opp i et lokalsamfunn hvor familien er kjent og respektert og medlemmene der har tillit til hverandre (Rønning & Starrin, 2009). Dette er noe som kommer i tillegg til den kapitalen en kan bygge opp gjennom egen aktivitet. Sosial kapital krever også tilknytning til et nettverk og nettverkets verdi kan ikke kontrolleres fritt. Ved å være tilknyttet til et nettverk har en mulighet til å bruke dens verdier og dette kan komme i form av tjenester og kontakter (Rønning & Starrin, 2009). Ved å forlate hjemlandet (frivillig/ufrivillig) forlater en den grunnkapitalen som en har i hjemlandet. En starter på mange måter på nytt ved å tilknytte seg ett nytt sosialt nettverk hvor en må lære seg de nye normene og reglene. Dersom en ikke har noen kjennskap til kulturen fra før av og ingen som kan lære deg dette fra begynnelsen, kan det være utfordrende å tilegne en posisjon i det sosiale nettverket. Enkelte av de somaliske kvinnene fortalte at de flyttet til Oslo hvor de allerede hadde ett nettverk, slik at prosessen med å komme seg inn i sosiale nettverk ble lettere. Bourdieu skriver også at sosial kapital gir adgang til ulike samfunnsarenaer (Rønning & Starrin, 2009). Enkelte av kvinnene bodde utenfor Oslo, men flyttet etterhvert til Oslo for å komme

nærmere familie, etablerte og potensielle venner. Dermed hadde de større mulighet til å realisere sin sosiale kapital gjennom tjenester som barnepass eller transport. Eriksen & Sajjad (2016) trekker også frem at det er en klar tendens til at innvandrere eller flykninger bosetter seg i Oslo området og at det finnes mange årsaker til dette, men én viktig årsaker er at det gjerne finnes andre mennesker fra samme land eller etnisk gruppe og slektninger. Videre skriver de at slektskap og familie er viktig utgangspunkt for sosial omgang for kvinner med flykningsbakgrunn og ikke-vestlig innvandrerbakgrunn.

I Norge skal man ha barn, en karriere, være sosial, men samtidig spise sunt og trene. I Somalia var kvinnene avhengig av å ha venner og familie rundt seg for å kunne gå på jobb, men etter at de kom til Norge var det barnehage som erstattet noe av dette behovet. Det å sende barna i barnehagen, levere og hente på skole, følge med på aktiviteter og hjelpe til med lekser er ingen selvfølge når man er aleneforelder og store deler av familien befinner seg i et annet land. En hektisk hverdag med stort familieansvar kom til uttrykk i kvinnenes livsstil, der kombinasjonen av barrierene sto i veien for å kunne utøve en sunn livsstil. Det er likevel viktig å trekke frem at ingen av kvinnene var misfornøyde eller klaget over situasjonen, men at de heller følte at det var en naturlig rolle de hadde og ikke minst en del av deres kultur å sørge for at familien og barna hadde det bra og hadde det de trengte. Kvinnene beskrev dette som viktig kilde til sunnhet. Selv om kvinnene var klar over at det var viktig å spise sunt og bevege seg for å opprettholde en sunn livsstil var det ikke alltid like lett å utøve i praksis. I en hektisk hverdag var de nødt til å sette seg selv til side og prioritere barna.

I Norge går vi ofte turer med hensikt om å få bevege oss mer eller få frisk luft, men som Eriksen & Sajjad (2016) skriver så kan det hende at en person med en annen kultur har en annen oppfatning av hva som er helsebringende eller har en helt annen tradisjon for hva fysisk aktivitet er og innebærer. I enkelte afrikanske kulturer blir hardt fysisk arbeid sett ned

på, mens det å være i ro blir sett på som å ha velstand og rikdom (Eriksen & Sajjad, 2016). Slike kulturforskjeller vil kunne skape barrierer knyttet til helse og livsstil ved at kultur er forankret i kroppen og tar tid å endre i praksis og krever sosial forankring og en individuell aksept av et nytt miljø eller samfunn (Wilken & Andreassen, 2008). Dette kan sees i forbindelse med de somaliske kvinnene som flyttet til Norge, der to ulike habituser også møtes.

De somaliske kvinnene opplevde enkelte barrierer ved å tilpasse seg den norske kulturen fordi kulturforskjellene var så store når det gjaldt fokuset på sunnhet, helse, livsstil og prioriteringer av hverdagslivet. Det å da skulle tilpasse seg en ny kultur er noe kvinnene brukte mye tid på fordi kulturforskjellene knyttet til forståelse og utøvelse av sunn livsstil var svært ulike.

6.3 Sunnhet, kosthold og fysisk aktivitet

I helse og folkehelsefagene skiller vi ofte, av analytiske og fagtradisjonelle grunner, mellom sunnhet, kosthold og fysisk aktivitet. Den kvalitativt fortolkende analysen presentert her viser at i praksis er ikke disse skillene så enkle eller klare.

Utseende, helse, livsstil og kroppsfasong henger nøye sammen. Eriksen & Sajjad (2016) skriver at en tilstand som anses som helsebringende i ett samfunn kan bli sett på som direkte usunn i et annet land. I flere afrikanske land er det slik at det å være tynn ble assosiert med undernæring og fattigdom, mens det å ha et par ekstra kilo ble assosiert med velstand og rikdom slik det også ble i Norge tilbake i tid, der det å være tykk ble oppfattet som et tegn på rikdom, styrke og god helse (Eriksen & Sajjad, 2016). En av de somaliske kvinnene fortalte at hun var overrasket over hvor stort fokus det var på sunnhet i Norge og at hun ikke var vant med dette i Somalia. Hun fortalte videre at da hun var på besøk i Somalia sist

spurte de henne direkte om hvorfor hun hadde blitt så tynn og de antydte at det måtte ha noe med at hun hadde flyttet til ett annet land. Hun fortalte også at mye har forandret seg siden hun flyttet fra Somalia og at folk som bor i Somalia nå begynte å bli mer opplyste når det gjaldt hva som er sunt og usunt i forhold til kropp og helse. Likevel fikk hun ofte spørsmål og hjelp til dersom noen trengte råd med å gå ned i vekt eller lignende. I Norge kan mange ta det forgitt og en selvfølge at dersom man ønsker å gå ned i vekt krever det både trening og et næringsrikt og balansert kosthold. Det å vite hvor og hvem man skal oppsøke og ta kontakt med dersom man trenger hjelp kan være utfordrende når en ikke har personer i sitt sosiale nettverk som ikke har kunnskap om dette. Kvinnene fortalte at sunnhet i Somalia har forandret seg de siste årene og at guttene/mennene hadde begynt å trene på treningsstudio fordi de var opptatt av å se bra ut og de sammenlignet seg selv med kjente profiler på internett og tv. Selv om det fortsatt finnes forskjeller mellom sunnhet i Norge og Somalia er det viktig å huske på at oppfatninger av kropp og helse er kulturelle konstruksjoner, og idealer er noe som både endres over tid og fra samfunn til samfunn (Eriksen & Sajjad, 2016). Hva som oppfattes som stygt eller pent, er også svært forskjellig. Kroppslig disponering finnes i alle samfunn, men på forskjellige måter, og vi prøver å endre kroppen for å få en til å passe inn i det samfunnet vi lever i skriver Eriksen og Sajjad (2016). Flere av de somaliske kvinnene beskrev at de opplevde et stort fokus på sunnhet og det evig jaget etter å trene flere dager i uken og spise sunt i Norge, men de beskriver også indirekte at dette påvirker dem. Kvinnene ble stadig påminnet hvor viktig det var å være i fysisk aktivitet og ha et sunt kosthold. Dette førte til at kvinnene ofte kjente på følelsen av å ikke strekke til i hverdagen og de følte heller ikke at de passet inn i den sunne norske livsstil. For kvinnene var fokuset heller rettet mot at barna hadde det bra, var i godt humør og hadde god helse. I flere kulturer er det forventet av kvinnene at deres hovedfokus skal ligge på familien og husholdningen (Babakus & Thompson, 2012). Selvstendighet, frihet og bestemme over personlig økonomi

uten at det skulle diskuteres med ektemannen var også viktige kilder til sunnhet. Kvinnene beskrev også at det var viktig å ta vare på seg selv ved å sove godt, reise og være sosial sammen med venner og familie. En annen kvinne beskrev at hun var opptatt av å spise sunt og mosjonere, men at det å ha en støttende familie rundt seg og være sammen med familie og venner var viktigere. Hun beskrev også at det å være frisk og ha energi til å gjøre de daglige gjøremålene også var forbundet med sunnhet. Dette viser at vi har forskjellig oppfattelse av sunnhet som ofte kan forklares ved at vi vokser opp og blir født inn i en kultur med ett sett normer, verdier og tradisjoner og disse tilegner vi oss gjennom individuell samhandling med omgivelsene, som Bourdieu beskriver. I følge Bourdieu er ikke habitus en sinnstilstand, men en kroppstilstand og krever tid å forandre i praksis (Wilken & Andreassen, 2008). Dette kan være med på å forklare barrierene de somaliske kvinnene beskrev knyttet til å utøve en sunn livsstil.

Gjennom intervjuene kom det tydelig frem at det var viktig for kvinnene å beholde tradisjonene ved å lage somalisk mat hjemme. I et kvalitativt studie fra Oslo som har forsket på minoritetskvinner fra Afrika og Asia der deltagerne understreket viktigheten av å bevare aspekter ved deres opprinnelige matkultur og relaterte disse aspektene til smak, metoder for å tilberede maten og overholde religiøse regler for kosthold (Garnweider et al., 2011). Kumar og Viken (2010) skriver at matvaner skapes ut i fra etnisk opprinnelse, kultur, religion, tilgjengelighet, økonomi og personlig smak. Hvilke matvarer som velges, rutiner og antall måltider er en stor og sentral del av befolkningens kultur. Matvaner er dynamiske og vil forandrer seg gjennom livet. Kumar og Viken (2010) understreker og argumentere for viktigheten av å forstå og kartlegge den underliggende kulturelle konteksten av matvaner.

Hva som driver nye kostholdsvaner og hvilke forandringer minoritetskvinner opplever knyttet til kosthold er godt dokumentert i forskning. En systematisk gjennomgang fra New York fant at hovedårsaken til kostholdsforandringer var knyttet til tilpassinger til

vestlige tradisjoner gjennom kjøp og tilberedning av mat. Andre barrierer kvinnene opplevde til å opprettholde et sunt kosthold var knyttet til høy pris på sunne matvarer, mangel på tilgang til tradisjonell mat som spesifikke ingredienser, krydder, frukt eller grønnsaker. I tillegg var det uvant med nye måter å tilbedre maten på (Popvic- Lipovac et al., 2013). De somaliske kvinnene opplevde at de fikk tak i det de trengte og at det fantes butikker som solgte spesielle krydder, frukt og grønnsaker de var vant med fra Somalia. Osei-Kwasi et al. (2016) skriver at smakspreferanse er en viktig faktor og påvirker kostholdsvaner. Kvinnene i deres studie opplevde vertslandets mat som ”smakløs og kjedelig”. For de somaliske kvinnene i dette studiet var dette en tilvenningssak og flere av kvinnene fortalte at smak og tilberedning av mat var uvant, men at dette endret seg med tiden og kvinnene ble mer vant til den norske måten å tilberede og smaksette mat på.

Eriksen & Sajjad (2016) skriver at hvis vi skal forstå matvanene til mennesker og deres oppfatning av mat vil det være nødvendig å se det i en økonomisk, sosial og kulturell kontekst. Videre skriver det at når mennesker fra ikke-vestlige land klassifiserer hva som er sunt eller usunt i matveien tar de ikke nødvendigvis utgangspunkt i næringsinnholdet, men heller effekten eller egenskapene maten har. Betydninger og definisjoner av hva vi anser som smakfullt, smakløst, sunt og usunt kan ikke kun forklares gjennom ernæringsmessige og fysiologiske aspekter. De er sterkt knyttet opp mot kroppsliggjort kultur, oppfatninger og tradisjoner (Kumar & Viken, 2010). Som Eriksen & Saajjad (2016) skriver har mat en ”kommunikativ funksjon”. Det vil si at maten uttrykker mye mer enn at en må spise for å få i seg de riktige næringsstoffene. Maten uttrykker derimot blant annet identitet, samhörighet, vennskap, kjærighet, ydmykhet, ærbødighet, misnøye og avstand (Eriksen & Sajjad, 2016). For de somaliske kvinnene var det viktig å holde på tradisjoner etter migrasjon knyttet til kosthold og mat, dette har det også blitt vist i tidligere forskning (Meadow, Thurston & Melton, 2001).

I den forbindelse skriver Eriksen & Sajjad (2016) at helsepersonell trenger mer kunnskap om kostholdstradisjoner og kostholdsmønstre i en sosial og kulturell kontekst, ikke minst er det familiære og individuelle variasjoner å ta hensyn til.

Videre skriver det at innvandrere også trenger mer kunnskap om hvordan helsepersonell eller kostholdsveiledere tenker omkring mat og hvorfor fagpersoner har de meningene de har. Det vil være nyttig å gi innvandrere bekreftelse på at den kunnskapene de sitter på er verdifull og nyttig, samtidig som den kan brukes i det nye samfunnet. Dette kan ofte glemmes i møte med mennesker fra andre deler av verden og burde i større grad inkluderes under utviklingen av blant annet retningslinjer og anbefalinger i fremtiden.

Kumar og Viken (2010) skriver at barrierer til å delta i fysisk aktivitet er godt dokumentert i forskning. Mangel på tid, lav motivasjon, sosioøkonomisk status, kulturelle og religiøse faktorer, språkbarriere, kjønnsrolleforventninger og mangel på sosial støtte trekkes ofte frem i forskningen. I et studie utført av Babakus & Thompson (2012) viser funnene at sørasiatiske kvinner følte seg stigmatisert da de deltok i fysisk aktivitet og dette ble sett på som en selvopptatt ting å gjøre. Heller enn stigmatisering var det andre faktorer som spilte inn hos de somaliske kvinnene i dette studiet. Mangel på tid, motivasjon, økonomi og mangel på lavterskeltilbud og kjønnssegregerte tilbud var noen av barrierene kvinnene nevnte til å være i fysisk aktivitet i Norge.

Eriksen & Sajjad (2016) skriver at det å drive med tung og hard trening på grunn av fysisk aktivitet kan oppfattes som lite hensiktsmessig, mens svette som resultat av inntak av krydder eller et varmt klima kan oppfattes som en helt nødvendig og for å opprettholde en god helse (Eriksen & Sajjad, 2016). Det var uvandt for kvinnene at så mange var opptatt av å være i fysisk aktivitet og en kvinnene beskriver at hun var overrasket over at så mange kvinner trente i Norge. Etter at kvinnene flyttet til Norge gikk det daglige aktivitetsnivået ned fordi de ikke lenger trengte å gå til butikken hver dag på grunn av

oppbevaringsmuligheter som fryser og kjøleskap. Persson et al. (2014) fant også mange av de samme funnene til hvorfor aktivitetsnivået til kvinnene hadde gått ned. I Somalia hadde kvinnene flere daglige gjøremål, enten gikk de til skole, jobb, marked eller butikken. I Norge tilbød det seg flere og varierte muligheter til å være fysisk aktiv, som for eksempel å trene på treningsstudio istedenfor å gå langt til matbutikker og skole.

Det å bevare tradisjon, identitet og verdier sto sentralt hos kvinnene og ble forsterket etter at de kom til Norge. Tidligere forskning har vist at misoppfatninger til hvordan å øke helsen eller forbedre livsstilen oppstod avhengig av kvinnenenes tidligere livserfaringer og tradisjoner (Persson et al., 2014).

6.4 Folkehelseperspektivet

Folkehelseperspektivet i denne oppgaven handler om somaliske kvinners møte med norsk kultur og hvilke barrierer de opplever til å utøve sunn livsstil. Ved å sette seg inn i somaliske kvinners hverdag har vi fått en bedre forståelse av deres prioriteringer knyttet til helse og livsstil.

Andelen innvandrere i Norge har økt de siste årene og kommer trolig til å fortsette. Regjeringen legger frem at dersom vi skal utjevne de sosial ulikhetene i helse i dag må fordelene ved fysisk aktivitet og gode kostholdsvaner formidles enklere, attraktive og lett tilgjengelig for de gruppene som er mest utsatt og trenger det mest (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Sosial kontakt er viktig for å trives og har betydning for å kunne bli integrert i samfunnet og samtidig kunne delta på ulike samfunnsarenaer (Vrålstad & Wiggen, 2017). Det å ha et sosialt nettverk og kontakt med andre påvirker også den generelle helsen og den

psykiske helsen. Dette har i lenger tid blitt dokumentert og inngår som viktige elementer i sosial- og folkehelsevitenskapelige teorier (Helsedirektoratet, 2009).

Med et folkehelseperspektiv kan vi si at Bourdieus ulike kapitalformer synliggjør noe av kompleksiteten i den sosiale ulikheten i folkehelsen. Økonomi, kultur og sosial kapital virker sammen i hvordan kultur, den vi drar med oss og den vi møter, gjør det vanskelig å delta og opprettholde deltagelsen for seg selv og egne barn når alle tre kapitalformene samvirker. Økonomi var ikke noe kvinnene nevnte som en direkte utfordring til å utøve en sunn livsstil, men likevel er det tydelig at de økonomiske begrensningen gjorde at kvinnene ikke selv kunne opprettholde deltagelsen i aktiviteter som kostet penger, men at de heller valgte å prioritere at barna deres fikk delta i fritidsaktiviteter etter skoletid.

Kvinnene hadde sosial støtte, men den kom ofte fra andre somaliske kvinner i samme omgangskrets. Ved at alle kvinnene i omgangskretsen kom fra samme land og hadde den samme kulturen så vil det kunne oppstå situasjoner som kan bli feiltolket grunnet mangel på erfaring knyttet til norsk kultur. Dettet kan blant annet være knyttet til å forstå det norske helsesystemet og hvordan kosthold og fysisk aktivitet er kulturelt forankret. Misoppfatninger kan også oppstå i situasjoner hvor kvinnene har et nettverk som har den riktige kulturelle erfaringen, men det er da personer fra den norske kulturen som bærer med seg stigma og derfor tolker situasjonen feil. Alle deltagerne hadde bodd i Norge mer enn fem år og det gjorde at de hadde gjort seg opp en mening om norsk kultur og kjent på kroppen hva det vil si å flytte til et nytt land. Svarene ville kanskje vært annerledes dersom kvinnene nettopp hadde kommet eller oppholdt seg i Norge over en kortere periode, men likevel er det relevant å se på fordi kvinnene har opplevd utfordringene og barrierene til å utøve en sunn livsstil.

Innvandrere fra Somalia har lavest sysselsetting av alle de store innvandrergroppene og kun 22 prosent av kvinnene er i arbeid (SSB, 2018). Alle kvinnene var aleneforsørgere og de beskrev at de ønsket å utdanne seg og få en jobb for sikre en stabil hverdag. Dette igjen

vil være med på å øke den riktige sosiale- og økonomiske kapitalen, samtidig som den kulturelle kapitalen også øker gjennom arbeid og utdanning. Ved å rette fokuset på sysselsetting blant de gruppene som trenger det mest vil være med på å utjevne de sosiale ulikhetene vi finner i helse i Norge i dag og som også står sentralt i folkehelsearbeidet. For å nå dette målet må vi ta hensyn til de kulturelle og sosiale aspektene ved mennesker og hvorfor vi tar ulike handlingsvalg knyttet til helse og livsstil. Dette må tas videre med i utviklingen av retningslinjer og anbefalinger knyttet til kosthold og fysisk aktivitet. Rådene må være enkle, attraktive og ikke minst basert på ny og oppdatert forskning som tar hensyn til de individuelle forskjellene vi finner blant de ulike etniske gruppene i Norge i dag. Unngår vi dette vil vi sitte igjen med retningslinjer og anbefalinger som kun baserer seg på norske tradisjoner og verdier som ikke beveger seg i takt med det flerkulturelle samfunnet vi lever i, og målet med å utjevne de sosiale ulikhetene i helse gjennom folkehelsearbeidet vil bli utfordret.

Det å kunne skape sosial arenaer i form av lavterskeltilbud i nærmiljøet er viktig for å nå ut til denne målgruppen. Flere frisklivssentraler i Oslo tilbyr kurs og veiledning innenfor fysisk og psykisk helse, fysisk aktivitet og kostholdet. I bydel Groruddalen som også har en av de høyeste konsentrasjonen av innvandre i Oslo tilbyr de egne treningsprogram for kvinner, informasjon og opplæring om fysisk aktivitet og tilpassede kostholdskurs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette er en sosial arena hvor kvinner kan utvide sin sosiale kapital. Sosiale arenaer, slik som frisklivssentraler, åpner for samhandling på tvers av kulturer. Ved å gjøre disse sosiale arenaene tilgjengelig vil det være mulighet for innvandrere å øke sin sosiale kapital ved å bli bedre kjent med personer med relevant kunnskap innenfor helse og livsstil. Det kan ofte være vanskelig å måle effekten av tiltakene frisklivssentralene tilbyr.

Denne oppgaven vil ikke kunne gi et fasitsvar, men heller et bidrag til å øke bevisstheten rundt det å inkludere ikke-vestlige minoritetskvinner forståelse og utøvelse av en sunn livsstil i folkehelsearbeidet. Ut over dette så vil dette bidra til å kunne utvikle effektive tiltak og tilbud kvinnene kan benytte seg av i nærmiljøet, hvor fagpersoner har satt seg inn i de kulturelle og sosiale utfordringene mange ikke-vestlige kvinner opplever etter at de har flyttet til Norge. Kommune og stat må være villig til å sette av ressurser og satse på lavterskeltilbud for ulike innvandrergupper i nærområdet deres. Dette betyr ikke at innvandrere må deles systematisk opp etter etnisitet, men det vil være mer effektivt å dele opp etter kultur og språk. Dette krever et interkommunalt samarbeid for å få nok ressurser og lage skreddersydde tilbud basert på de sosial og kulturelle forskjellene som rår mellom de ulike etniske gruppene i Norge (Helse-og omsorgsdepartementet, 2013). Gjennom kvinnenes beskrivelser av deres hverdagsliv har vi også utviklet en dypere forståelse for deres prioriteringer knyttet til livsstil. I den somaliske kulturen hvor familierelasjonene står sterkt kan det være virkningsfullt å utvikle tiltak basert på samvær med familien.

7. Diskusjon av metode, analyse og begrensninger

Tjora (2012) skriver at validitet handler om relevans eller gyldighet og at data som samles inn er relevant for problemstillingene. Bryman (2016) skriver at reliabilitet er spørsmålet om hvor vidt det er mulig å replisere studiet og gjenskapes dets resultater. Fordelen av å bruke kvalitativ metode gjorde det mulig som forsker å fortolke ni somaliske kvinners meninger, holdninger, opplevelser og erfaringer knyttet til forståelsen og utøvelse av sunn livsstil. Lærerne informert på forhånd at det kunne være noen språklige barrierer, noe det også var, men med en kvalitativ metode gjorde det mulig å være fortolkende og åpen rundt spørsmål som ikke var like lett å forstå.

Uten å høre kvinnenenes stemmer, ville det vært vanskelig å samle inn relevant informasjon til å besvare problemstillingen og dersom en hadde benyttet en kvantitativ metode med spørreskjema eller undersøkelser ville det ikke vært like effektivt med tanke på de språklige utfordringene. De språklige barrierene satte enkelte begrensninger i dette studiet, også i forskerrollen. En måte å løse dette på er å lese kroppsspråk og mimikk. Det å legge merke til og gjenkjenne situasjonene kvinnene følte seg komfortable og engasjerte var nyttig for å løse misforståelser og veien til en åpen kommunikasjon. Ved å ta med seg denne erfaringen inn i de kommende intervjuene var med på å styrke validiteten i mitt studie. Det å løse misforståelser og observere deltageren gjennom intervjuet er med på å styrke validiteten i kvalitative studier (Tjora, 2012).

En svakhet ved å bruke kvalitativ metode er at en ikke kan generalisere empirisk, grunnet få deltagere. I dette studiet ble 10 kvinner intervjuet, men ett intervju måtte forkastet fordi det var vanskelig å forstå hva som ble sagt.

Ved å skape et trygt miljø under intervjuprosessen var viktig og økte tillitten mellom intervjuer og deltageren. De somaliske kvinnene stilte ofte spørsmål dersom de ikke forstod hva de fikk spørsmål om og dette tyder på at kvinnene følte seg trygge og komfortable i situasjonen. Det å stille oppfølgingsspørsmål som intervjuer var også viktig for å løse opp i misforståelser og tolke svarene så riktig som mulig. De somaliske kvinnene hadde bodd flere år i Norge og hadde en god grunnleggende forståelse for norsk kultur. Til tross for dette viste det seg at det var flere språklige barrierer som gjorde det vanskelig å tolke noen av svarene som ble gitt. Gjennom intervjuene fikk vi løst noen av disse utfordringene som også bygger opp under behovet for å inkludere minoritetskvinner i norsk språklige sosiale nettverk.

For å øke relabiliteten i studiet ble forskningsprosessen ble beskrevet nøye.

En annen begrensning er at alle deltagerne i studiet er bosatt i Oslo. Dette er kommunen i Norge med høyes andel innvandrere som gjør at det er lettere skaffe seg et norsk språklig sosial nettverk, handle etnisk mat og ta del i kulturelle og religiøse aktiviteter. Det er mulig at svarene hadde blitt annerledes dersom det hadde vært en større spredning i hvilke kommuner de er bosatt i. Forskjeller på tvers av kommuner/fylker i Norge er noe som må forskes mer på for å ta hensyn til integreringsprosessen, som kan være annerledes.

8. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å utforske og få en bedre innsikt i minoritetskvinnens forståelse og utøvelse av sunn livsstil med hovedfokus på kosthold og fysisk aktivitet.

Mange nordmenn har en klar oppfattelse av at en stor del av å ha en sunn livsstil innebærer fysisk aktivitet og gode kostholdsvaner. I møte med andre kulturer viser det seg at det norske synet på sunn livsstil ikke alltid er direkte overførbart til alle andre kulturer. Gjennom intervjuprosessen kom det tydelig frem at kosthold og fysisk aktivitet ikke ble betraktet som de viktigste kildene til en sunn livsstil. Heller var familierelasjoner viktige kilder til sunnhet. Kvinne var klar over at det å være i aktivitet og ha et sunt kosthold var viktige kilder til sunnhet, men deres fokus var heller rettet mot at familien trivdes og hadde det bra.

Sunn livsstil baserer seg på mulighetene og ressursene en har tilgjengelig i sitt miljø og Bourdieu viser hvordan dette ikke er individets ansvar som det ofte har blitt kritisert i folkehelsepolitikken og folkehelsearbeidet tidligere (Goth, 2014). En sosiologisk tilnærming kan bidra bidrar til en forståelse for hvorfor mennesker velger som de gjør og lever som de gjør, på grunn eller på tross av de betingelsene de lever under (Goth, 2014).

Det å høre kvinnenens stemmer er viktig i folkehelsearbeidet og i utviklingen av anbefalinger og retningslinjer innenfor kosthold og fysisk aktivitet, som ikke kun baserer seg på norske tradisjoner og verdier. Det må følges tettere for å se om anbefalingene og rådene som gis ut har effekt. Hvis ikke ekskluderer vi en gruppe mennesker som har valgt å bosette seg i Norge og som har andre behov knyttet til helse og livsstil.

Gjennom intervjuene dukket det opp forskjeller og likheter knyttet til forståelse og utdøelse av sunn livsstil. I forskning er det tendenser til at man fokuserer på forskjellene,

noe som også er naturlig når en diskuterer og sammenligner to kulturer. Ved å inkludere og fokusere mer på likhetene kan en finne en felles plattform som gjør det enklere å utvikle en forståelse og derav kommunisere med personer fra andre kulturer om helse og livsstil. Dette kan bidra til en bedre folkehelse- politikk og arbeid.

Oppgaven har vist hvorfor og hvordan vi må ta hensyn til kombinasjonen av Bourdieus ulike kapitalformer. Det er viktig at fordelene ved kosthold og fysisk aktivitet tar for seg de kulturelle og sosial aspektene som gjør oss til sosiale og kulturelle mennesker.

I den nye folkehelse rapporten (2018) som ble publisert i slutten av august understrekes det at de sosiale forskjeller skaper helseforskjeller, og at levevaner, sosial støtte og andre sosiale miljøfaktorer virker direkte inn på helsen. I denne rapporten blir helsetilstanden til innvandrere dedikert en side, selv om innvandrerbefolkningen nå overstiger 14 prosent, overstiger ikke den 14 prosent av rapportens helhet. Dette viser også vanskeligheten, av å utvikle tiltak og studier som inkluderer de individuelle- og gruppe- forskjeller blant og mellom innvandrere og nordmenn.

Selv om somaliske kvinner kun representerer en liten gruppe av den norske befolkningen og det er vanskelig å generalisere, har det likevel vært nyttig å inkludere dere stemmer i videre forskning. Det er fortsatt flere minoritetsgrupper i Norge vi ikke har nok kunnskap om. Dersom målet er å redusere de sosiale ulikhetene i som finnes i helse i Norge der, er det på tide å rette fokuset på de mest utsatte gruppene.

8.1 Videre forskning

Innvandrerbefolkningen er, i likhet med befolkningen for øvrig, ingen homogen gruppe (Folkehelseinstituttet, 2017). Dagens kunnskap om ulike etniske gruppers fysiske og psykiske helse er fragmentert, mangelfull og ofte basert på enkeltstudier. I den forbindelse gjelder dette både hvilken gruppe som er studert og hvilke temaer som er belyst. Kunnskap om innvandrers helse i Norge bør oppdateres jevnlig slik at man til enhver tid har kjennskap til ulike helseutfordringer som finnes i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Denne oppgaven er et forsøk på gi et lite bidrag til dette kunnskapsgapet.

I et flerkulturelt samfunn som stadig er forandring, vil også kreve nye arbeidsmetoder og ny kompetanse blant helsepersonell og i folkehelsearbeidet. God oversikt og kunnskap om migrasjonshelse er avgjørende for at samfunnet skal ivareta gode helse og pasientsikkerhet for hele befolkningen inkludert de som har flyttet fra andre land (Folkehelseinstituttet, 2017).

Til ettertanke og forslag til videre forskning ville det vært interessant å se på sysselsetting og utdanning blant somaliske kvinner og hvordan dette kan være med på påvirke de sosiale ulikhetene vi har i helse i Norge i dag.

9. Referanseliste

- Aakvaag, G., C. (2008) *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Abebe, D. S. (2010). *Public health challenges of immigrants in Norway: A research review*.
NAKIMI (Review report 2/2010). Hentet fra
<http://www.nakmi.no/publikasjoner/dokumenter/Public-Health-Challenges-of-Immigrants-in-Norway-nakmi-report-2-2010.pdf>
- Arbeid- og inkluderingsdepartementet (2009). *Somaliere i Norge- en arbeidsgruppe rapport*.
Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/aid/publikasjoner/rapporter_og_planer/2009/r_somaliere_i_norge.pdf
- Babakus, W., S. & Thompson, L., J. (2012). Physical activity among south Asian women: a systematic, mixed- method review. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9 (150). doi: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-150>
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). Deltakning, støtte, tillit og tilhørighet: en analyse av ulikhet i sosiale relasjon med utgangspunkt i leverundersøkelsen. Hentet fra
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/248399>
- Blom, S. (2008). *Innvandrerens helse 2005/2006*. Statistisk sentralbyrå. (Rapport, 35, 2008).
Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200835/rapp_200835.pdf
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: University press
- Brun, V & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research psychology*, 3(2) . doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruun, T., Denison, E., Gjersing, L., Husøy, T., Knudsen, A.,K. & Strand, B., H.(2018).

-
- Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. (Rapport 2018). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Bryman, A. (2016) *Social research methods*. United Kingdom: Oxford University press.
- Choudhry, U. (2007). Health Promotion Among Immigrant Women From India Living in Canada. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 3(30).
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2009). Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse: Utjevning av helseforskjeller. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/640/Strategier-og-tiltak-for-a-utjevne-sosiale-ulikheter-i-helse-utjevning-av-helseforskjeller-del-2-IS-1666.pdf>
- Eriksen, T.H., & Sajjad, T. A. (2016). *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten: Helsetilstanden i Norge*. (Rapport 14/2014). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2017). *Migrasjonshelse*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/hn/migrasjonshelse/hva-er-migrasjonshelse/>
- FN- sambandet (2018). *Befolkning, migrasjon og urbanisering*. Hentet fra <https://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Befolkning>
- FN-sambandet (2018). *Flyktninger*. Hentet fra <https://www.fn.no/Tema/Flyktninger>
- Garnweider, L. M., Terragni, L., Pettersen K, S & Mosdøl, A. (2012). Perceptions of the

host country's food culture among female immigrants from Africa and Asia: Aspects relevant for culture sensitivity in nutrition communication. *Journal of nutrition education and behavior*, 4 (44) 335-42. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.08.005>

Goth, U., S (2014). *Folkehelse i et norsk perspektiv*. Gyldendal akademisk: Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Likeverdige helse – og*

omsorgstjenester- god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandrers helse 2013-2017. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*.

(Meld. St. 19, 2014-2015). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og_omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen--mestring-og-muligheter/id2403403/

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Oppskrift for et sunnere kosthold*. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007–2011. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/304657-kosthold.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Sammen for fysisk aktivitet*. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/handlingsplan_2005-2009.pdf

Helsedirektoratet (2009). *Sosial kapital- teorier og perspektiver. En kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse*. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/316/Sosial-kapitalteorier-og-perspektiver-en-kunnskapsoversikt-med-vekt-pa-folkehelse-IS-1797.pdf>

Helseetaten (2016). *Oslohelse- Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene.*

(Rapport 2016). Hentet fra

<http://www.kommunetorget.no/Global/Rapport%20Oslohelse%20-%20helsetilstanden%20og%20p%C3%A5virkningsfaktorene.pdf>

Kumar, B. & Viken, B. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv.* Bergen:

Fagbokforlaget

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative*

forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk

Kristiansen, M., Mygind, A. & Krasnik, A. (2007). *Health effects of migration. Danish*

Medical Bulletin 1(54) 46- 47. Hentet fra

http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0107/0107-artikler/DMB3871.pdf

Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet : Om å finne likhetene i forskjellene.* Oslo: Akribes

Meadows, L. M. Thurston, W. E., & Melton, C. (2001) Immigrant women's health. *Social*

science & medicine, (9)52. Hentet fra [https://ac-els-cdn-](https://ac-els-cdn-com.ezproxy2.inn.no/S0277953600002513/1-s2.0-S0277953600002513-main.pdf?_tid=cb959131-dccf-4431-994c-9c5407d7a230&acdnat=1522439010_c009701e3755bf83d380c8e7099d155e)

[com.ezproxy2.inn.no/S0277953600002513/1-s2.0-S0277953600002513-](https://ac-els-cdn-com.ezproxy2.inn.no/S0277953600002513/1-s2.0-S0277953600002513-main.pdf?_tid=cb959131-dccf-4431-994c-9c5407d7a230&acdnat=1522439010_c009701e3755bf83d380c8e7099d155e)

[main.pdf?_tid=cb959131-dccf-4431-994c-](https://ac-els-cdn-com.ezproxy2.inn.no/S0277953600002513/1-s2.0-S0277953600002513-main.pdf?_tid=cb959131-dccf-4431-994c-9c5407d7a230&acdnat=1522439010_c009701e3755bf83d380c8e7099d155e)

[9c5407d7a230&acdnat=1522439010_c009701e3755bf83d380c8e7099d155e](https://ac-els-cdn-com.ezproxy2.inn.no/S0277953600002513/1-s2.0-S0277953600002513-main.pdf?_tid=cb959131-dccf-4431-994c-9c5407d7a230&acdnat=1522439010_c009701e3755bf83d380c8e7099d155e)

Osei-Kwasi, H. A., Nicolaou, M., Powell, K., Terragni, L., Maes, L., Stronks, K. L., Lien, N

& Holdsworth, M. (2016) Systematic mapping review of the factors that influencing

dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe: DEDIPAC study.

International journal of behaviour nutrition, . 18(85) doi: 10.1186/s12966-016-

0412-8

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods.* London: SAGE

Publications, Inc

Persson, G., Mahmud, A. J., Ekvall- Hansson, E., & Strandberg, E-L. (2014). Somali

- women's view of physical activity- a focus group study. *BMC Women's health*, 14(129). doi 10.1186/1472-6874-14-129.
- Popovic- Lipovac, A. & Strasser, B. (2013). A review on changes in food habits among immigrant women and health implications. *Immigrant Minority Health*, 2 (17). 582-90. doi 10.1007/s10903-013-9877-6.
- Prieur, A. & Sestoft, C. (2006). *Pierre Bourdieu- en introduksjon*. København: Hans Reitzels forlag
- Repstad, P. (2014) *Sosiologiske perspektiver for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget
- Reeves, M., & Rafferty, A. (2005). Healthy Lifestyle Characteristics Among Adults in the United States, 2000. *Archives of Internal Medicine*, 8(165). 854-857. doi:10.1001/archinte.165.8.854
- Rønning, R. & Starrin, B. (2009). *Sosial kapital i et velferdsperspektiv : Om å forstå og styrke utsatte grupper sosiale forankring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schiefloe, P. (2015). *Sosiale landskap og sosial kapital : Nettverk og nettverksforskning*. Oslo: Universitetsforlag.
- Statistisk sentralbyrå (2018). *Innvandring*. Hentet fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Statistisk sentralbyrå (2016). *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*. Hentet fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall>
- Statistisk Sentralbyrå (2014). *Innvandrere i Norge, Sverige og Danmark*. Hentet fra <https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/immigrants-in-norway-sweden-and-denmark>
- Statistisk sentralbyrå (2017). *Veien til en vellykket integrering?* Hentet fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/artikler-og-publikasjoner/veien-til->

[en-vellykket-integrering](#)

Statistisk sentralbyrå (2018). *14 % av befolkningen er innvandrere*. Hentet fra

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/14-prosent-av-befolkningen-er-innvandrere>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlag

Thurston, M. (2014). *Key Themes in Public Health*. London: Routledge

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal forlag

Vrålstad, S., & Wiggen, K., S. (2017). *Levekår blant innvandrere*. Statistisk sentralbyrå.(Rapport 13, 2017) Hentet fra [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/ attachment/309211](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/309211)

Wengeliuss, C, W. & Peterson, E, L. (2016) Cultural background and societal influence on coping strategies for physical activity among immigrant women. *Journal of Transcultural Nursing*, 1(10). doi: 10.1177/1043659616676317

Wilken, L. & Andreassen, V. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Wollebæk, D & Segard, S, B. (2011). *Sosial kapital i Norge*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg 1: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

”Minoritetskvinnens forståelse og utøvelse av sunne livsstiler i Norge ”

Bakgrunn og formål

Hensikten med dette studiet er å se på ikke-vestlige minoritetskvinnens forståelse av sunn livsstil med hovedfokus på kosthold og fysisk aktivitet. Dette prosjektet er en del av masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Høgskolen i Innlandet.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Dersom du ønsker å delta i intervjuet, kan vi bli enige hvor og når intervjuet skal forgå. Intervjuet vil vare i 45 min- 1 time. Jeg ønsker å lære mer om dine tanker, opplevelser og erfaringer knyttet til kosthold og fysiske aktivitet både før og etter at du kom til Norge. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptak og det vil bli tatt notater underveis.

Hva vil skje med informasjonen om deg?

Det vil bli opprette en kryptert mappe på min datamaskin og lydfiler, dokumenter og annen gjenkjennbar informasjon om deg vil være lagret i separerte mapper. Intervjuet er anonymt og informasjon om deg vil derfor ikke bli gjenkjent. Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og får også mulighet til å få rette opp feil dersom det skulle være tilfelle i de opplysningene som er registrert. Det er kun jeg og min veileder vil ha tilgang til datamaterialet. Prosjektet skal avsluttes 31.10. 2018 og når oppgaven er ferdig og levert vil lydopptakene og alle personopplysninger vil bli slettet.

Frivillig deltagelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Dersom du samtykker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Det er frivillig å delta i dette prosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål angående prosjektet, kan du kontakte Embla Middelkoop på tlf nr. 99531161 eller på mail embla.middelkoop1@gmail.com.

Vedlegg 2: Samtykke til deltagelse i studien

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien og er villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning

- Ønsker du å stille noen spørsmål før vi starter?

Fakta

- Hvor gammel er du?
- Har du barn?
 - Hvor mange familiemedlemmer er dere?
- Hvor lenge har du bodd i Norge?
- Jobber du ved siden av skolen?

Introduksjon

Sunnhet

- Hva tenker du når jeg sier sunnhet?
 - Hva legger du i dette ordet?

- Har sunnhet forskjellig betydning i Norge og ditt hjemland?
- Hvilke betydning har kosthold og fysisk aktivitet for deg?

Hoveddel

Hverdagen før og nå

- Kan du fortelle meg litt om hvordan hverdagen din så ut i hjemlandet ditt?
- Kan du fortelle meg litt om hvordan hverdagen din ser ut nå?
- Hva er den største endringen du har opplevd etter at du kom til Norge?
- Hvilke forskjeller opplevde du som mest utfordrende med tanke på kosthold og fysisk aktivitet etter at du kom til Norge?

Kosthold

- Kan du fortelle meg litt om hva du spiste og hva du likte å spise i hjemlandet ditt?
- Hvordan vil du beskrive norsk mat?
- Hva liker du å spise her i Norge?
- Får du tak i noe av det du er vant med fra tidligere?
- Hvilken mat synes du er god? Hva synes du er godt å spise?
- Syns du at norsk mat er sunn? Synes du nordmenn spiser sunn mat?
- Hva tenker du er den største forskjellen du har opplevd i kosthold i Norge i forhold til hjemlandet ditt?

Fysisk aktivitet

- Kan du fortelle meg litt om hvordan du var i bevegelse i hjemlandet ditt?
- Kan du fortelle med litt om hvordan du holder deg i bevegelse her i Norge?
- Hvilke forskjeller opplever du til å være i fysisk aktivitet i Norge og Somalia?
- Opplever du det enklere eller vanskeligere å være i bevegelse i Norge enn i hjemlandet ditt? Hvorfor?
- Har du prøv noen aktiviteter her i Norge?
- Er det noen andre aktiviteter du liker eller har lyst til å prøve?

Avslutning

- I hvilken grad vil du si at sunnhet, kosthold og fysisk aktivitet er viktig i din hverdag både før og nå?
- Er det noe mer du ønsker å si før vi avslutter?

Vedlegg 4: NSD GODKJENNING



Trygve Beyer Broch
Hamarvegen 112
2411 ELVERUM

Vår dato: 12.01.2018

Vår ref: 57636 / 3 / EPA

Deres dato:

Deres ref:

Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 07.12.2017 for prosjektet:

57636	<i>Minoritetskvinnens forståelse og utøvelse av sunn livsstil i Oslo</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Innlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Trygve Beyer Broch</i>
Student	<i>Embla Middelkoop</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / eva.payne@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Embla Middelkoop, embla.middelkoop1@gmail.com