

Fakultet for helse-og sosialvitenskap

Maria Emilie Gresslien

Masteroppgave

NaKuHel - Et helsefremmende tiltak?

NaKuHel - A health promoting measure?

Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livssiltsvaner

2020

**Forord**

Denne avhandlingen markerer slutten på en fin og læringsrik studietid. Gjennom fem år, og spesielt gjennom det siste året, har læringskurven vært brattere enn jeg noen gang kunne forestilt meg. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min veileder Gioavvna Calogiuri for fantastisk god hjelp og tålmodighet gjennom hele prosessen med masteroppgaven.

Jeg vil også rette en stor takk til Tom, Harald og Anette i Asker for fantastisk god hjelp med råd, informasjon og rekruttering av deltakere. Videre vil jeg takke min far for å ha hjulpet meg med faglig innhold og støtte. Til slutt vil jeg takke alle deltakere som har tatt seg tid til å besvare spørreundersøkelsen, samt mine venner og familie for god hjelp, støtte og forståelse gjennom en interessant, utfordrende og læringsrik prosess.

Oslo, 15. mai 2020

Maria Emilie Gresslien

## Innholdsfortegnelse

I. Oversikt overtabeller.....	5
II. Oversikt over figurer.....	6
III. Liste overforkortelser.....	7
IV. Norsk ammenndrag.....	8
V. English abstract.....	9
<b>1. Introduksjon .....</b>	<b>10</b>
1.1 Helsefremmende arbeid og de sosiale helsedeterminanter .....	11
1.2 Natur-Kultur-Helse Asker – Et helsefremmende tiltak?.....	12
1.3 Avgrensning.....	14
<b>1. Problemstilling.....</b>	<b>15</b>
<b>2. Litteraturgjennomgang .....</b>	<b>16</b>
2.1.1 Salutogenese .....	16
2.1.2 Helsefremmende arbeid gjennom en salutogen tilnærming .....	18
2.1.3 Sense of coherence .....	18
2.1.4 Livskvalitet .....	20
<b>3. Litteratursøk.....</b>	<b>21</b>
3.1.1 Søkestrategi.....	21
3.1.2 Inklusjonskriterier.....	21
3.1.3 Natur og friluftaktiviteter viser sammenhenger med fysisk og mentalt velvære .....	21
3.1.4 Sammenhengen mellom SOC og helse.....	23
3.1.5 Sosiodemografiske kjennetegn blant deltakere i helsefremmende tilbud.....	24
3.1.6 Betydningen av kultur-aktiviteter i det forebyggende helsearbeidet .....	25
3.2 Oppsummering inkludert mangler i forskningen.....	26
<b>4. Metode.....</b>	<b>28</b>
4.1 Metodologisk tilnærming .....	28
4.2 Forskningsdesign .....	28

4.3	<i>Reliabilitet og validitet</i>	29
4.4	<i>Utvalg</i>	30
4.5	<i>Datainnsamling prosedyre</i>	31
4.6	<i>Instrumenter</i>	32
4.7	<i>Data analyse</i>	36
4.7.1	Deskriptiv analyse	36
4.7.2	Korrelasjonsanalyse	37
<b>5.</b>	<b>Etiske vurderinger</b>	<b>37</b>
<b>6.</b>	<b>Resultater</b>	<b>40</b>
6.1	<i>Rekrutteringsprosess og respondenter</i>	40
6.2	<i>Deskriptiv analyse av sosiodemografiske karakteristikk</i>	41
6.2.1	Deskriptiv analyse av sosiodemografiske variabler og SOC	43
6.2.2	Deskriptiv analyse av sosiodemografiske variabler og QOL	45
6.3	<i>Deskriptiv analyse av deltakelse, pris, SOC og QOL</i>	46
6.4	<i>Korrelasjon av deltakelse med sosiodemografiske variabler, SOC og QOL</i>	48
<b>7.</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>50</b>
7.1	<i>Oppsummering av hovedfunn, presentert i lys av problemstillinger og hypoteser</i>	50
7.2	<i>Diskusjon av oversikt over sosiodemografisk profil</i>	51
7.3	<i>Grad av SOC og QOL blant brukere ved NaKuHel</i>	54
7.4	<i>Sammenheng mellom frekvens av deltakelse, sosiodemografiske karakteristikk, SOC og QOL</i>	59
7.4.1	Frekvens av deltakelse og sosiodemografiske karakteristikk	60
7.4.2	Frekvens av deltakelse og SOC	62
7.4.3	Frekvens av deltakelse og QOL	64
7.4.4	Refleksjoner rundt måleinstrumentets pålitelighet	65
7.5	<i>Styrker og svakheter</i>	66
7.6	<i>Implikasjoner og forslag til videre forskning</i>	68
<b>8.</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>68</b>
<b>9.</b>	<b>Referanser</b>	<b>70</b>

---

Vedlegg I. Tidsmal for arbeidsprosessen.....	80
Vedlegg II. Systematisk søk i Oria og Google scholar.....	81
Vedlegg III. Godkjenning fra NSD.....	83
Vedlegg IV. Informasjonsskriv.....	86
Vedlegg V. Godkjenning av SOC-skala.....	89
Vedlegg VI. Spørreskjema.....	90

## **I. Oversikt over tabeller og figurer**

**Tabell 1:** Oversikt over sosiodemografisk profil av utvalget ved NaKuHel (s. 42)

**Tabell 2:** Deskriptiv oversikt over deltakelse og prisvurdering (s. 47)

**Tabell 3:** Korrelasjon for deltakelse, SOC, QOL og sosiodemografiske karakteristikk (s. 49)

**Figur 1:** De sosiale helsedeterminanter (Dahlgren & Whitehead, 1991) (s. 12)

**Figur 2:** Skjematisk figur for rekturering og frafall (s. 41)

**Figur 3:** Frekvens histogram med gjennomsnittlige verdier for SOC (s. 44)

**Figur 4:** Frekvens histogram med gjennomsnittlige verdier for QOL (s. 45)

---

## II. Liste over forkortelser

SOC	Sense of coherence
QOL	Quality of life
SØS	Sosioøkonomisk status
GMR	Generelle motstandsressurser
n	Numbers/antall
rho	Spearman's rankkoeffisient
Agitasjon	Psykomotorisk uro/Rastløshet

### III. Norsk sammendrag

**Bakgrunn:** I de senere årene har interessen for betydningen av det sosiale og miljømessige i lokalsamfunnet vært økende innen strategier for helsefremmende arbeid. Et av hovedformålene er blant annet at nærmiljøet skal motvirke sosial isolasjon, ensomhet og styrke helsefremmende faktorer som kan bedre livskvalitet i befolkningen uansett sosioøkonomisk status. Imidlertid, etterlyses ytterligere evaluering og kunnskap rundt aktiviteter med formål i å fremme helse i nærmiljøet.

**Formål:** Hovedformålet med undersøkelsen var å evaluere aktivitetstilbudet NaKuHel-Asker. NaKuHel er et aktivitetstilbud i Asker kommune som fokuserer på nærmiljøaktiviteter i form av natur og kulturaktiviteter. Hensikten er å undersøke hvorvidt tilbudet involverer målgrupper som er av interesse i et folkehelseperspektiv. Bakgrunnen for dette er at det etterlyses ytterligere evaluering og kunnskap om aktiviteter med formål i å fremme helse i nærmiljøet. Hensikten var derfor å få en oversikt over sosiodemografisk profil, samt måle grad av Sense of coherence (SOC), og livskvalitet (QOL) blant brukere av NaKuHel-Asker.

**Metode:** En kvantitativ tverrsnittsundersøkelse ble gjennomført (n=130, Kvinner =98; menn =39; alder > 20 år). Blant brukere av NaKuHel senteret i Asker kommune. Deskriptiv statistikk og korrelasjonsanalyse (Spearman's *rho*) ble gjennomført for å undersøke deltakernes sosiodemografiske profil, Sense of coherence (SOC) og livskvalitet (QOL), samt mulige sammenhenger mellom disse variablene med frekvens av deltakelse på tilbudet.

**Hovedresultater:** Den sosiodemografiske profilen antydte en overvekt av personer med høyere utdanning, kvinner og eldre. Andelen minoritetsbefolkning så imidlertid ut til å være relativt samsvarende med Askers andel minoriteter. Ingen signifikant korrelasjon ble funnet mellom deltakelse og sosiodemografiske karakteristikk, vurdering av pris, eller QOL, imidlertid, ble det funnet en signifikant negativ korrelasjon mellom deltakelse og SOC.

**Konklusjon:** Funnene antyder at NaKuHel har et potensiale til å involvere vanskeligstilte grupper, særlig kvinner, eldre og personer med utenlandsk bakgrunn. Imidlertid, ble det funnet et forbedringspotensial, særlig med tanke på involvering av personer med lavere utdanning. Siden resultatene baseres på en tverrsnittsundersøkelse kan vi ikke si noe om årsak-virkning.



#### IV. English abstract

**Background:** In recent years, there has been increasing interest in the importance of social and environmental factors in promoting health at community level. In particular, according with a health promoting perspective, local community should counteract social isolation and loneliness while strengthening health promoting factors that can improve citizens' quality of life in the population regardless of their socio-economic status. In spite of this evaluation and knowledge on health promotion initiatives at municipality levels are limited and needed for the purpose of how to best promote health in the population.

**Purpose:** The main purpose of the survey was to evaluate the NaKuHel initiative, and initiative based in the municipality of Asker that focuses on community activities that emphasizes nature and culture activities. The purpose was therefore to examine the participants' sociodemographic profile, as well as measuring the degree of Sense of coherence (SOC) and Quality of life (QOL), among participants of NaKuHel, as well as possible associations between these variables and frequency of participation in the NaKuHel's activities.

**Method:** A quantitative cross-sectional survey was conducted among 130 participants in the NaKuHel initiative (98 women and 39 men, age >20 years). Descriptive statistics and correlation analysis (Spearman's *rho*) were conducted in order to address the research questions.

**Results:** Among the participants, people with higher education, women and the elderly were over-represented. On the other hand, the proportion of people with foreign background appeared to be relatively representative of Asker's general population. No significant correlation was found between frequency of participation and the participants' sociodemographic characteristics, price assessment, or QOL. However, a significant negative correlation was found between participation and SOC.

**Conclusion:** The findings suggest that NaKuHel has a relatively broad reach in term of including disadvantaged groups, especially women, the elderly and the people of foreign background. However, the initiative does not seem to be largely inclusive for people with lower educational level. These findings need to be read in light of limitations of the study.

## 1. Introduksjon

Folkehelsearbeidet handler om å forbedre helse, livskvalitet og forlenge liv gjennom helsefremmende arbeid. Folkehelse er et sosialt og politisk konsept, som innebærer dynamiske tilnærminger for å skape helse blant hele befolkningen. Helse skapes der folk oppholder seg i det daglige, beskrives det i Ottawa charteret (1986). Å identifisere faktorer som bidrar til å øke helse med utgangspunkt i menneskers nærmiljø og hverdagsliv anses derfor som en viktig satsing i dagens folkehelsearbeid. Helse, defineres ifølge Verdens helseorganisasjon som «En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (World Health Organization [WHO], 1986). Helse blir derfor ansett som en ressurs for å takle hverdagens krav og utfordringer. Helse blir ifølge Dahlgren og Whitehead påvirket av «De sosiale helsedeterminantene» De sosiale helsedeterminantene er betegnet som de miljømessige, sosiale og kulturelle faktorer og de individ betingete livsstilsfaktorene som har betydning på helsen (Dahlgren & Whitehead, 2007, s. 11). Vi ser derfor at helse er fordelt ulikt i befolkningen. Sosiale ulikheter i helse har blitt identifisert som en av største utfordringene folkehelsearbeidet står overfor. Helseforskjeller ser vi blant annet når vi sammenligner verdensdeler, land, bydeler og kommuner. I Europa og den vestlige delen av verden ser vi at grad av utdanning og inntekt korrelerer med livsstil og levevaner. Befolkning med lavere sosioøkonomisk tenderer til dårligere livsstil og levevaner som innebærer ugunstige matvarevalg og mindre fysisk aktivitet (Marmot, 2004, s. 6). I Norge, som i mange andre vestlige land er sosioøkonomisk status en forutsetning for helse. I folkehelse rapporten fra 2018, rapporteres det store forskjeller i levealder og helse mellom kommuner, bydeler og fylker i Norge. Forventet levealder har en forskjell på opp til 10-12 år mellom menn som bor i kommuner med høyest og lavest levealder. I Oslo er det 8 års forskjell i levealder blant menn

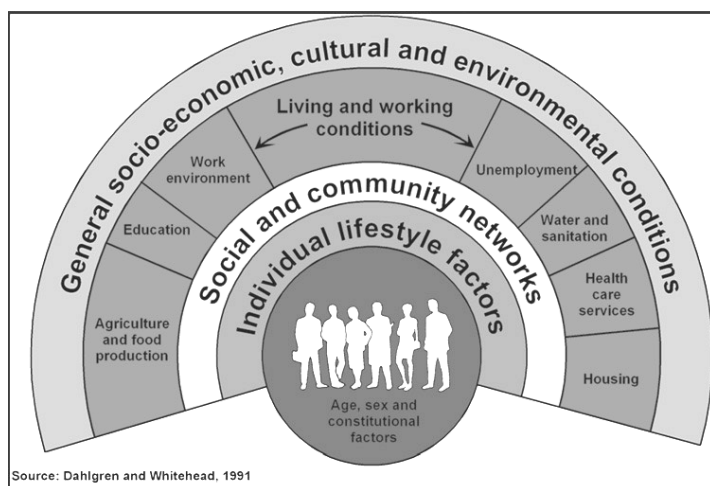
mellom bydelene med høyest og lavest levealder. For kvinner er forskjellen 5 år (Folkehelseinstituttet, 2018a, s. 46).

### 1.1 Helsefremmende arbeid og de sosiale helsedeterminanter

Til tross for mye kunnskap om hva som påvirker vår helse negativt er det mye som antyder at det finnes få studier og begrenset med kunnskap på hva som skaper helse. Helsefremmende arbeid anses derfor som en relativt ny metode innen helsearbeidet. Metoden fikk økt oppmerksomhet som følge av de fem strategiene som ble presentert i Ottawa charteret i 1986. Dokumentet beskriver blant annet helsefremmende strategier med formål i å skape helse der mennesker oppholder seg i det daglige, som på arbeidsplassen, i hjemmet og i nærmiljøet (WHO, 1998; Kickbush, s. 5). Interessen for en økologisk tilnærming til folkehelsearbeidet har derfor vært økende innen fagdisiplinen. Den økologiske tilnærmingen fokuserer på de miljømessige, bærekraftige og økonomiske determinantene for helse (WHO, 1998; Nutbeam, s. 3). I de senere årene har interessen for betydningen av det sosiale og miljømessige, vært økende innen strategier for helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet. Et av hovedformålene er blant annet at nærmiljøet skal motvirke sosial isolasjon, ensomhet og styrke helsefremmende faktorer som kan bedre livskvalitet i befolkningen uansett sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet, 2017).

Siden mønstre fra tidligere studier viser at grad av livskvalitet og helse er høyest blant befolkning med høyere sosioøkonomisk status, er det foreslått at helsefremmende tiltak på lokalnivå er en metode som kan bidra til å utjevne disse forskjellene og styrke livskvaliteten blant lavinntekts befolkning (Marmot, 2010, s. 30). Imidlertid, etterlyses det større oversikter over intervensjoner på lokale kunnskapsbaserte tiltak og nærmiljøaktiviteter (Evensen & Raanaas, 2018, s. 161). Det er mye som antyder at forskningslitteraturen og nasjonale rapporter etterlyser studier på helsefremmende nærmiljøaktiviteter og evalueringsstudier av disse. Det

er videre få studier som har identifisert om helsefremmende tilbud når hele spekteret av samfunnets sosiale lagdeling.



**Figur 1. De sosiale helsedeterminanter (Dahlgren & Whitehead, 1991)**

Dahlgren & Whitehead's modell illustrerer hvordan de ulike helsedeterminantene påvirker menneskets helse.

## 1.2 Natur-Kultur-Helse Asker – Et helsefremmende tiltak?

Natur-Kultur-Helse Asker (NaKuHel Asker) er en stiftelse som ble etablert i 1994 etter initiativ fra prof.med. Gunnar Tellnes. Som lege erfarte han at menneskers helse, ikke bare kunne opprettholdes av et velfungerende helsevesen, men også etter en mer dynamisk tilnærming for å opprettholde grad av helse. Dette omfatter blant annet et mer forebyggende perspektiv på helse i form av deltagelse i natur-og kulturaktiviteter, sosiale felleskap med formål i å bedre livskvalitet og mestringsfølelse i naturomgivelser. NaKuHel baserer sin virksomhet på den medisinske sosiologen Aaron Antonowsky's (f.1923) teori om salutogenese (teorien om salutogenese blir senere beskrevet i kapittel 2.1.1). NaKuHel drives derfor etter metoder som skiller seg fra den

tradisjonelle medisinske modellen som brukes i dagens helsevesenet. Ved NaKuHel brukes de salutogene tilbudene som et supplement til patogenesen og tradisjonell medisinsk forebygging. Dette betyr at aktivitetstilbudet legger vekt på kreative kultur og friluftaktiviteter med hensikt i å forebygge blant annet mentale og kroniske smertelidelser som ikke trenger behandling av medisiner. Hensikten er at tilbudet skal nå ut til hele spekteret av samfunnsgrupper. Det tilbys derfor også tilrettelagte aktivitetstilbud for mennesker som befinner seg i sårbare faser i livet. Ifølge Tellnes er også møteplassen ment som en arena for å dyrke helhetstenkning og kreativitet blant medlemmene (Tellnes, 2017, s. 197). NaKuHel arrangerer aktiviteter som fokuserer på å styrke det friske i mennesket. Mangfoldighet, frivillighet og deltakelse er et av senterets grunnpilarer. NaKuHel er Askers største frivillighetsentral og drives i et samarbeid mellom Asker kommune; skoler, Ny arbeids og velferdsforvaltning [NAV], frivillige organisasjoner og utdanningsinstitusjoner. Det anmodes at brukere betaler en medlemskontingent på 300 NOK, men dette er ikke et krav. NaKuHel Asker driver to kafeer som bidrar til en stor andel av inntektene for driften av virksomheten. Mindre enn 10 % av de årlige kostnadene til NaKuHel har en fast og relativ støtte, de resterende 90 % skaffes i form av inntekter fra kafevirksomhet og søknad om tilskudd fra ulike private og offentlige givere. Frivillighetsarbeid er et av grunnpilarene i driften, i tillegg til arbeidskraft fra personer i arbeidstrening og studenter. Videre drives NaKuHel av en rekke ansatte med kompetanse innen aktivitetene som tilbys.

Gjennom 25 år i drift har NaKuHel utviklet seg til en viktig aktør innen det lokale og regionale folkehelsearbeidet. Senteret er derfor et eksempel på et tiltak som tilbyr ulike helsefremmende aktivitetstilbud i nærmiljøet. Ifølge arrangørene er aktivitetstilbudet rettet spesielt mot befolkningsgrupper som barn og unge, personer som av ulike grunner faller utenfor ordinært arbeid og sosialt liv, hjemmeboende personer med demens og eldre.

Idegrunnet ved NaKuHel er basert på en holistisk tilnærming til helse. Virksomheten drives derfor i tråd med en helsefremmende tilnærming, som tilsvarer prinsippene beskrevet i Ottawa charteret og Verdens helseorganisasjon definisjon av helse. I tråd med den salutogene tenkningen er formålet med aktivitetstilbudet NaKuHel å bidra til et helsefremmende lokalmiljø og en arena for samvær og bedre livskvalitet (QOL) uansett alder eller helsestatus (Tellnes, 2009, s. 559). Virksomheten til NaKuHel er interessant med tanke på Ottawa charteret og WHO's helsebegrep. Derimot er det ikke kjent i hvilken grad tilbudet *faktisk* når befolkningsgrupper som er interessant i et folkehelseperspektiv. Dette innebærer blant annet befolkningsgrupper som eldre, personer med lavere sosioøkonomiskstatus eller minoritetsbefolkning.

I «prinsipper for tiltaksutforming i veiviseren til de lokale folkehelse tiltakene» understrekes det behovet for bredere befolkningsrettede strategier og tiltak som når alle grupper i samfunnet (Helsedirektoratet, 2018a). For å evaluere aktivitetstilbudet NaKuHel er det derfor interessant å kartlegge en sosiodemografisk profil av tilbudet. Videre vil det være interessant å få innblikk i hvordan befolkning som benytter seg av slike tilbud opplever sin livskvalitet. Siden tilbudet baserer seg på en salutogen modell, er det aktuelt å anvende teorien om Sense of Coherence (SOC).

### 1.3 Avgrensning

Viktigheten av nærmiljøets betydning på helse bør være et fokusområde innen folkehelsepraksis og tiltaksutforming. Et helsefremmende nærmiljø og tilbud som tilbyr aktiviteter av helsefremmende betydning er derfor ansett som en metode for å blant annet utjevne sosiale ulikheter i helse. Gjennom teori og forskning har det blitt antydnet at brukere av helsefremmende tilbud er underrepresentert blant vanskeligstilt befolkning, dette vil beskrives

nærmere i litteraturgjennomgangen. Det er videre mye som antyder at det er begrenset med forskning og kunnskap rundt dette i Norge.

Bakgrunnen for undersøkelsen er derfor at det etterlyses større oversikter og evalueringsstudier på kommunale helsefremmende tiltak i Norge. I en rapport utviklet av Helsedirektoratet (styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid) etterlyses det ytterligere kunnskapsgrunnlag på styrkebaserte tilnærminger innen folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2018b, s. 47). Det legges spesielt vekt på fremtidig kartlegging av innbyggerinvolvering, myndiggjøring og deltakelse. Oppgavens hensikt var derfor å kartlegge sosiodemografisk profil, faktorer som kartlegger QOL og Sense of coherence(SOC), samt deltakelse blant brukere av møteplassen NaKuHel-Asker. SOC er et nøkkelbegrep innen det salutogene teorien, og i følge forskning er det mye som antyder at SOC er beslektet med QOL. Teorien om SOC vil bli nærmere beskrevet i kapittel 2.1.3. Formålet med studien er derfor å angi en evaluering av et tilbud som tilbyr nærmiljøaktiviteter i form av natur og kultur-aktiviteter. Det er derfor av interesse å undersøke frekvens av deltakelse og sammenheng mellom SOC og QOL samt karakteristiske trekk blant brukere av et slikt tilbud.

## 1. Problemstilling

- I. *«Hva er den sosiodemografiske profilen, grad av sense of coherence og livskvalitet blant brukere av NaKuHel Asker ?»*
  
- II. *«I hvilken grad er deltakelse ved NaKuHel assosiert med brukeres sosiodemografiske karakteristikk, livskvalitet og sense of coherence?»*

**Hypotese I:** NaKuHels tilbud er overrepresentert av populasjon med høy grad av utdanning, SOC og QOL. Mens andre grupper som er av interesse i et folkehelseperspektiv vil være underrepresentert.

**Hypotese II:** Det hypotiseres at frekvens av deltakelse er lavere blant vanskeligstilte grupper (kvinner, eldre, alene forsørgere, befolkning med lavere utdanning og minoritetsbefolkning)

**Hypotese IIa :**Det hypotiseres en positiv sammenheng mellom frekvens av deltakelse og SOC

**Hypotese IIb:** Det hypotiseres en positiv sammenheng mellom frekvens av deltakelse og QOL

## 2. Litteraturgjennomgang

Oppgaven er basert på et teoretisk rammeverk som er relevant for oppgavens problemstillinger og NaKuHel-Asker. Siden tilbudet er orientert rundt teorien om salutogenese, vil derfor relevant teori og forskning som omfatter salutogenese bli utredet. Videre vil det presenteres forskning som omhandler natur-og kulturaktiviteter og dets betydning på helsen.

### 2.1.1 Salutogenese

Salutogenese er et paraplybegrep som omfatter ulike konsepter som blant annet livskvalitet, og vevlære. Teorien om salutogenese kan anses som det motsatte av patogenese. Patogenese omhandler nesten utelukkende om hva som skaper sykdom. Salutogenese handler derimot om hva som skaper helse. «Genese» betyr «opprinnelse» og «saluto» betyr «helse» (Antonowsky, 1996, s. 13). Salutogenese betyr derfor «helsens opprinnelse». Videre har dens konsepter implisitt blitt nevnt av WHO, som i sitt utsagn skisserer at «helse er mer enn bare fravær av sykdom og lyte». Utsagnets innhold kan derfor hevdes å ha mange likhetstrekk med



det som vektlegges i den salutogene tenkningen og som i større grad bør praktiseres i det helsefremmende arbeidet.

Den salutogene modellen eller teorien, representerer en mer dynamisk eller optimistisk tilnærming til forståelsen av helse (Langeland, 2017, s. 40). Den salutogene modellen ble i likhet med den positiv psykologiske bevegelsen, særlig kjent som en mer løsningsorientert tilnærming til helse, anerkjent som en motstandsbevegelse til en medikalisert og sykdomsfokusert holdningen innen helsearbeidet. Den optimistiske orienteringen til helse, kom på banen da hovedtilnærmingen til helse i større grad var preget av en sykdomsfokusert holdning. Dette gjaldt både innenfor psykologien og medisins fagfelt. E. P. Seligman (f.1942) stod blant annet for innledningen av nytenkningen innen det psykologiske fagfeltet, han ønsket en reorientering i retning av en mer positiv tenkning innen psykisk helse. Den nye orienteringen innen positiv psykologi resulterte derfor i et paradigmeskifte innen helse- og psykologiens fagfelt (Joseph & Sagy, 2017. s. 83). I likhet med den positiv-psykologiske tenkningen, forsøkte Antonowsky og forstå hva som fremmer helse eller «skaper helse». I den salutogene tilnærmingen forsøket man derfor å fokusere på hva som fremmer det friske i mennesket.

Antonowsky salutogene teori er ansett som en modell som i større grad bør praktiseres i det helseforebyggende arbeidet. I den salutogene tilnærmingen forsøker man å forstå helse som et kontinuum, der man stadig opplever å bevege seg mellom friskt og sykt (Antonowsky, 1996, s. 14). Den salutogene orienteringen rundt helse kan eksemplifiseres med bruk av symptomer på stress. I patogenesen anses stress som nesten utelukkende sykdomsskapende, mens man i den salutogene tilnærmingen forsøker å se stressorer som enten negative, nøytrale eller helsefremmende. Ifølge teorien avhenger dette av hvorvidt man evner å håndtere disse. En løsningsorientert håndtering av stressorer kan ifølge teorien til Antonowsky bidra til

mestringsfølelse, som fører til at man beveger seg i retning av den positive/helsebringende delen av kontinuumet (Antonowsky, 1996, s. 14).

### 2.1.2 Helsefremmende arbeid gjennom en salutogen tilnærming

Nytenkningen til Antonowsky ble introdusert som et paradigmeskift som omhandlet helsens kontinuum. Antonowsky's teori er derfor foreslått som et supplement innen det helsefremmende arbeidet (Antonowsky, 1996, s. 11). I følge Antonowsky vil den sykdomsfokuserte tilnærmingen til helsearbeidet fremdeles fortsette som den *dominerende* holdningen innen helsepraksisen, men som Antonowsky påpekte, impliserte han et håp om at den salutogene tilnærmingen kunne bidra til en positiv orientering rundt det helsefremmende arbeidet (Antonowsky, 1996, s. 14). En salutogen tilnærming i det helsefremmende arbeidet kan operasjonaliseres ved å tilrettelegge og gi større oppmerksomhet til faktorer som skaper helse. Dette kan blant annet gjøres gjennom sosial støtte og tilretteleggelse for fysisk aktivitet og friluftsliv (Langeland, 2017, s. 42).

### 2.1.3 Sense of coherence

Antonowsky (1989) hevdet at grad av SOC kunne anvendes som et verktøy for å kartlegge de generelle motstandsressursene (GMR). Sense of coherence er definert som: «en generalisert orientering av verden slik som en oppfatter den, i et kontinuum, som forståelig, håndterbar og meningsfull» (Hochwälder, 2019, s. 1).

Ifølge teorien til Antonowsky referer SOC til en orientering til livets omgivelser, dette innebærer blant annet hvordan individet evner og løse (coping) og håndtere (resiliens) utfordringer og at omstendighetene gir mening. SOC er nemlig et nøkkelbegrep innen den salutogene modellen, begrepet omhandler betydningen av individets orientering rundt livet

---

(Eriksson & Lindström, 2007, s. 938). Konseptet innebærer blant annet hvordan mennesker opplever livene som meningsfulle og håndterbare. Dette innebærer blant annet også hvorvidt man opplever tilgang av for eksempel økonomiske eller sosiale ressurser. Ifølge teorien er det antatt at individer som opplever tilgjengelighet av disse ressursene opplever bedre mestringsevne og bedre livskvalitet (Eriksson, & Lindström, 2007, s. 393).

Ifølge teorien er høy grad av SOC forbundet med bedre evne til å håndtere utfordringer eller stressorer i livet. Dette betyr at personer med høy grad av SOC evner å møte utfordringer med engasjement snarere enn engstelse. Dette forklares ved at personer med høy SOC har en intuitiv opplevelse av tilgjengelige ressurser som vil kunne bidra til å løse eller håndtere vanskelige utfordringer eller situasjoner (Antonowsky, 1996, s. 15). Til sammen har dette helsefremmende betydning. Antonowsky teoriserer videre at graden av SOC vil endres gjennom livets løpende faser. Det vil si at man under barndommen og helt frem til slutten av 30-årsalderen er i pågående utvikling i SOC, og at man etter 30 års-alderen har utviklet en stabil form for SOC. Graden av SOC vil avhenge av erfaringer basert på grunnleggende motstandsressurser. De grunnleggende motstandsressursene er i form av erfaringer fra barndom, egostyrke, utdanning, inntekt, sosial og kulturell stabilitet. Erfaringer vil med tiden resultere i en utvikling og stabilisert grad av SOC. Som oppgaven tidligere har vært inne på, er grad av helse - i følge Antonowsky, skissert som at man beveger seg innenfor et kontinuum. Dette betyr at alle individer, avhengig av tid og sted i livet befinner seg på et sted mellom helse og sykdom (Antonowsky, 1996, s. 12).

#### 2.1.4 Livskvalitet

Økende interesse rundt det positive og den forebyggende betydningen av helse, fikk økt oppmerksomhet parallelt med den positiv psykologiske orienteringen. Kartlegging av livsglede eller tilfredshet med livet har blitt identifisert som en kognitiv evaluering av livskvaliteten hos individer (Helsedirektoratet, 2018c, s. 56). I den norske folkehelsepolitikken ser vi også i økende grad oppmerksomhet rettet rundt betydningen av befolkningens livskvalitet og helse (Helsedirektoratet, 2018c, s. 4). Begrepet «livskvalitet» kan forstås som mangetydig. I den subjektive forståelsen av begrepet, tar man utgangspunkt i hvordan livskvalitet oppleves for den enkelte (Helsedirektoratet, 2018c, s. 13). Denne forståelsen omfatter egen opplevelse av tilfredshet og fungering i det daglige. Faktorer som grad av mestringsfølelse, følelse av mening med livet, glede og sorg er sentrale holdepunkter i den subjektive forståelsen. Den objektive tilnærmingen til livskvalitet innebærer en *utenforstående* forståelse. Begrepet omhandler derfor ulike dimensjoner av livet. Begrepet referer derfor til individets personlige velvære eller tilfredshet med livet. (Eriksson. & Lindström, 2007, s. 939). Dette omhandler derfor alt fra de eksterne ressurser som det kommunale, økonomiske eller sosiale, til de individuelle og interne ressurser; som psykisk og fysisk velvære (Eriksson. & Lindström, 2007, s. 939). Oppsummert handler livskvalitet om opplevelsen av det å ha tilgjengelige ressurser for mestring av hverdagens krav og belastninger, slik at den enkelte evner å ha det bra i det daglige og mestrer sentrale områder i livet (Helsedirektoratet, 2018c, s. 13). I denne oppgaven er hensikten å måle det subjektive aspektet ved livskvalitet.

### 3. Litteratursøk

I dette kapittelet vil det redegjøres for tidligere forskning relatert til oppgavens tema og problemstillinger. Videre det redegjøres for mangler innen forskning og hva slags kunnskap som etterlyses til det fremtidige folkehelsearbeidet.

#### 3.1.1 Søkestrategi

Det ble utført et systematisk litteratursøk i forskjellige databaser som Oria og Google scholar samt studier og faglitteratur etter anbefalinger fra fagpersoner.

Det ble hovedsakelig inkludert primærreferanser i oppgaven, derfor har også studier som er blitt referert til i artikler blitt inkludert. Det ble også inkludert forskningslitteratur som var tilgjengelig i gratis fulltekstformat på internett eller via Høgskolen i innlandet

#### 3.1.2 Inklusjonskriterier

I denne oppgaven er kunnskapsgrunnlaget basert på oversiktsstudier eller *systematic reviews* og enkeltstudier. De systematiske oversiktsartiklene blir vurdert som pålitelige kilder, da de sammenligner et bredt antall enkeltstudier (Bryman, 2009, s. 98).

#### 3.1.3 Natur og friluftaktiviteter viser sammenhenger med fysisk og mentalt velvære

For å forstå kunnskapsgrunnlaget for hvorvidt natur- og friluftaktiviteter har av helsemessig betydning, og anses som et viktig fokusområde i dagens helsefremmende arbeid, er det av relevans å se på intervensjoner som tidligere har blitt gjennomført. Dette er relevant for oppgaven, der hensikten er å undersøke frekvens av deltakelse på et tilbud som baserer seg på natur- og friluftaktiviteter og sammenhenger mellom SOC og QOL. Innen forskningslitteraturen er det kjent at fysisk aktivitet er forbundet med generelt bedre helse; dette innebærer blant annet bedre vitalitet samt redusert smerte, redusert risiko for livsstilssykdommer, samt sosial fungering, emosjonell og mental helse. Fysisk aktivitet, spesielt i form av utendørsaktiviteter, har vist betydelige helsefordeler.

Sammenhengen mellom miljøet rundt oss har av stor betydning på vårt velfungerende. Det er derfor hensiktsmessig at mennesket i større grad bør omringes av grønt-arealer og naturområder. Betydningen av dette tas i betraktning under utvikling av plan for byområder, skoler, arbeidsplasser og sykehus. Et eksempel på hvordan slike miljøutforminger virker på menneskers helse illustreres i en studie av Ulrich og medarbeidere. Studien viste blant annet at pasienter med utsikt mot naturområder hadde mindre behov for medisiner og viste betydelig progresjon i sykdomsbildet sammenlignet med pasienter som oppholdt seg i rom med blokkert utsikt (Ulrich, 1981, 420). Mindre tilgang på grønne arealer i nærmiljøet er derfor eksempler på de *miljømessige faktorene* som har av negativ betydning på helsen (Cyril, Oldroyd & Renzaho, 2013, s. 2). Andre studier som underbygger denne sammenhengen viser blant annet at tilgang på naturområder i nærmiljøet har av ulike betydninger for psykisk helse (Maas, 2009, s. 967). Det har blant annet blitt vist at det å være omringet av naturmiljø er assosiert med positive emosjoner, humør og selvtillit. Naturmiljø viser i tillegg sammenhenger med bedre prestasjoner innen fysisk aktivitet (Calogiuri. & Chroini, 2014, s. 1). Regelmessig fysisk aktivitet, særlig utendørs har vist å spille en viktig rolle i betydningen av fysisk og mental helse. Det å være omringet av naturområder har vist å øke menneskers emosjonelle tilknytning til naturen og mental tilstedeværelse. Mental tilstedeværelse er assosiert med metoder som brukes mye innen fagfeltet for psykoterapi og idrettspsykologi (Lipowski, Krokosz, Lada, Slizik & Pasek, 2019, s. 2). Videre forklares det innen forskningen at ulike kjemiske substanser anses som en av mange årsaker til naturen positive innvirkninger på helsen. En japansk studie fant blant annet at naturens fytokjemikalier har bidratt til positive effekter på livsstilsykdommer som blant annet hjerte-og karsykdom, diabetes og overvekt. (Mao, et al. 2012 s. 498). Videre så beskrives det i studien av Mao og medarbeidere at de fysiologiske innvirkningene har vist å bidra positivt på den mentale helsen. Studien til Mao viste at

fotokjemikaliene også bidrar til neurale responser som kan lindre symptomer på blant annet depresjon og angstlidelser (Mao, et al., 2012, s. 498). Interessante resultater fra en annen nederlandsk studie viste også at årlig forekomst av sykdom var lavere i bomiljøer med nærhet til grønne arealer. Sammenhengen var sterkest for psykiske plager som angst og depresjon. Et annet interessant funn, var at forekomst av sykdom var lavere blant individer med lavere sosioøkonomisk status (Maas, 2009, s. 967). Studien kan kritiseres for å ikke ta høyde for andre påvirkningsfaktorer, men det er likevel interessant å se funn som kan indikere en sammenheng mellom betydningen av naturområder, sosioøkonomisk status og helse.

#### 3.1.4 Sammenhengen mellom SOC og helse

SOC og friluftaktiviteter viser ifølge litteraturen positive sammenhenger. Det å være omringet av natur har vist å kunne påvirke motivasjon eller mestringstro, som en ressurs ved fysisk aktivitet (Lipowski, et al. 2019, s. 11). Sammenhengen mellom SOC og mental helse i ulike kontekster har derfor også vært relevant innen forskningsfeltet. Blant annet har resultater fra en japansk kohortstudie vist at grad av SOC viste sammenheng med mentalt velvære. Dette handlet blant annet om økt interesse for læring. Resultatene fra denne studien konkluderte derfor at teorien om SOC påvirket trivsel og mental utvikling. Studien viste imidlertid kun effekt hos mannlige studenter, og delvis effekt blant kvinnelige studenter (Togari, et al., 2008, s 4).

En annen svensk studie undersøkte SOC i ulike sosiale grupper i befolkningen. Resultatene viste at deltakere med høyere inntektsnivå var forbundet med høyere nivå av SOC. Det ble derimot vist at utdannelsesnivå ikke viste noen sammenheng med nivå av SOC. Videre ble det funnet en kjønnsforskjell; SOC viste sterkest sammenheng med mentalt velvære og fysisk helse blant kvinner (Larsson & Kallenberg, 1996, s. 175). En rekke andre studier har også identifisert sammenhenger mellom SOC, livskvalitet og mental helse. En finsk tverrsnittstudie undersøkte sammenhengen mellom SOC og livskvalitet blant innbyggere i Åland, Finland.

Studien identifiserte at høyere grad av SOC var forbundet med høyere alder (Eriksson, Lindström, Lilja, 2007, s. 686). Et annet interessant funn var at grad av depresjon viste negative sammenhenger med grad av SOC. Det beskrives videre at det er uvisst om grad av SOC påvirker mental helse eller om mental helse påvirker SOC. Studien anbefaler derfor ytterligere forskning på årsak-sammenhenger rundt SOC og helse (Eriksson, et al. 2007, s. 687).

### **3.1.5 Sosiodemografiske kjennetegn blant deltakere i helsefremmende tilbud**

Som problemstilling I postulerer, er det antatt at brukere av møteplass og- aktivitetstilbud som NaKuHel appellerer til brukere med høyere grad av utdanning.

I et folkehelseperspektiv er det forskjeller i utdanningsnivå som er forbundet med de største årsakene til sosiale ulikhetene i helse. Som det har blitt nevnt tidligere i oppgaven indikeres helse av de komplekse sosiale helsedeterminantene. Høyere utdanning og dermed høyere sosioøkonomisk status er forbundet med høyere økonomisk inntjening og ytterligere ressurser. Innen forskningsfeltet vises det også mønstre som indikerer at befolkning med høyere SØS ser ut til å i større grad delta på helsefremmende tilbud (Lindström, Hanson, Östergren, 2001, s. 445). Med bakgrunn i de utfordringer som folkehelsepolitikken står overfor som omfatter sosiale ulikheter i helse er det av relevans å se på forskningen på området. Noen av studiene nedenfor kan bidra til å forklare noen av disse mønstrene.

For eksempel, har studier identifisert at befolkning som opplever større økonomiske utfordringer er mindre motivert til å engasjere seg i helsefremmende aktiviteter. En studie av Lindström og medarbeidere (2001) identifiserte blant annet at dårlig tid og psykososiale ressurser var en av årsakene til at grupper med lavere SØS var mindre fysisk aktive (Lindström, et al. 2001, s. 445). En nyere studie (2018) hadde som hensikt å identifisere



hvordan man kan utvikle livsstils intervensjoner for grupper med lavere sosioøkonomisk status (SØS). Resultatene viste at det ofte ikke handlet om aktivitetene eller intervensjonene i seg selv, men omstendighetene rundt hverdagslivet til individer med lavere SØS (Copue, Cotterill & Peters, 2018, s. 12) Studien viste også at det var utfordrende å nå ut til befolkning med lavere SØS. Coupe og medarbeidere identifiserte blant annet at kunnskap om helse og livsstil eller helsekompetanse var begrenset blant denne gruppen og det ble derfor foreslått at fremtidige intervensjoner bør fokusere på bedre tilretteleggelse og tiltak som evner å nå ut til alle grupper i samfunnet uavhengig av deres helseforståelse (Coupe, et al. 2018, s. 3). Et annet viktig funn som utpekte seg var at deltakerne av studien fremhevet at gratis- tilbud gjorde det enklere for alle å delta, men det ble også bemerket at gratis-tilbud kunne være forbundet med dårligere kvalitet på tilbudet. Studien til Cupoe og medarbeidere oppsummerte derfor til slutt at fremtidige livstils intervensjoner bør tilpasses samfunnets sosiale-lagdeling, og at det bør fokuseres på prisnivået på tiltak som baseres på en helsefremmende tilnærming. Studien identifiserer dermed et funn som er interessant med tanke på NaKuHel. NaKuHel kan i prinsippet regnes som et lavterskeltilbud da det ikke kreves at man betaler for de fleste av aktivitetene som tilbys.

### 3.1.6 Betydningen av kultur-aktiviteter i det forebyggende helsearbeidet

I NaKuHel-konseptet defineres kulturaktiviteter som utfoldelse gjennom kunst, dans, fysisk aktivitet og håndverk (Tellnes, 2017, s. 20). Gjennom historien har musikk og ulike kulturaktiviteter vært knyttet til helbredelse og helse. I den tradisjonelle medisinske modellen har den alternativ medisin fått en del negativ oppmerksomhet, men det er mye som antyder at disse holdningene er i ferd med å endres. Parallelt med nytenkningen innen det helseforebyggende arbeidet har interessen for de alternative metodene også økt. I de senere årene har det blitt gjennomført enkelte studier med hensikt i å undersøke effekter av kulturaktiviteter på helse og livskvalitet (DeQuadros, 2017, s. 15). En studie som undersøkte

sammenhengen mellom bruk av blant annet musikkterapi og livskvalitet blant pasienter med demens, konkluderte med at musikkterapi viste betydelige positive innvirkninger på agitasjon (Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013, s. 676). imidlertid viste studien ingen signifikant effekt på livskvalitet. En annen studie hadde som hensikt å undersøke sammenhenger mellom kunst og kulturaktiviteter og livskvalitet, funnene indikerte at kulturelle aktiviteter hadde av positiv betydning på livskvalitet, angst og depresjon. Studien viste imidlertid at effekt av kreative kulturaktiviteter bidro til større respons blant kvinner, derimot ble det vist at menn viste bedre respons som følge av aktiviteter med teoretisk innhold (Cuypers, Krokstad, Holmen, Knudsten, Bygren, Holmen, 2011, s. 702) Studien konkluderte derfor at de positive effektene av kulturaktiviteter avhenger av kjønnsmessige forhold. Oppsummert antyder studier som har sett på sammenhenger mellom en større dynamisk tilnærming til det helseforebyggende i større grad bør praktiseres i det politiske arbeidet, videre understrekes det at det kreves ytterligere forskning på området.

### 3.2 Oppsummering inkludert mangler i forskningen

Innen forskningslitteraturen og folkehelselitteraturen er det mye som antyder at det eksisterer mye kunnskap om hva som påvirker helsen negativt. Vi har også mye kunnskap om at livsstil og levealder korrelerer i den sosiale helsegradienten. Til tross for dette, ser det ut til at det er begrenset med eksisterende studier på hva som skaper helse og hvordan livskvaliteten skapes og oppleves hos hver enkelt (Nes, Hansen & Barstad, 2018, s. 1). Det er videre flere mangler i forskningen som antyder at tiltak som baseres på salutogene tilnærminger bør forskes mer på. Flere av studiene som er nevnt over antyder nemlig en klar sammenheng mellom salutogene faktorer, naturmiljø, kulturaktivitet og helse. I tillegg er det verdt å nevne at det finnes få eksisterende enkeltstudier som undersøker sammenhengen mellom *salutogene faktorer*, *natur-kultur aktiviteter* og *sosioøkonomisk status*. Det finnes videre få evalueringsstudier på

helsefremmende tiltak på kommunenivå, samt effekten av disse og hvem som benytter seg av slike tilbud (Kruize, et al. 2019, s. 9). I en rapport utviklet av Helsedirektoratet (2018) etterlyses det større oversikter over forskning på helsefremmende tiltak på kommunenivå (Helsedirektoratet, 2018, s. 6). I kapittel 2 under «*prinsipper for tiltaksutforming i veiviseren til de lokale folkehelse tiltakene*» understrekes også viktigheten av bredere befolkningsrettede strategier og tiltak som *når* alle grupper i samfunnet (Helsedirektoratet, 2018). Videre er det beskrevet i en studie av Van der Berg (2017) at tilbud som baserer seg på natur-baserte tiltak regnes som meget kostnadseffektive og bærekraftige folkehelse tiltak (Van der Berg, s. 2, 2017).

Ifølge forskningen som presenteres i litteraturgjennomgangen er det derfor spesielt 3 funn om går igjen; Natur og kultur og friluftaktiviteter viser klare sammenhenger med fysisk og mentalt velvære. Andre interessante resultater som vises er de miljømessige betydningene på fysisk og mentalt velvære. Det tredje funnet som har av relevans for oppgaven er at saltuogene faktorer som SOC har vist positive innvirkninger på mentalt velvære, salutogene tilnæringer bør derfor inkluderes i helsefremmende intervensjoner.

## 4. Metode

I denne delen vil den metodologiske tilnærmingen i oppgaven beskrives. Videre vil den metodiske prosessen for undersøkelsen beskrives og begrunnes i tråd med relevant faglitteratur.

### 4.1 Metodologisk tilnærming

Det eksisterer en epistemologisk utfordring innenfor vitenskapsteorien som omhandler hvorvidt sosiale fenomener *bør* eller *kan* bli studert i et naturvitenskapelig eller objektivt perspektiv (Bryman, 2016, s. 24). En vitenskapsideologi som har en objektiv tilnærming er positivismen. I positivismen vil den metodologiske tilnærmingen innebære naturvitenskapelige vinklinger på sosiale fenomener (Bryman, 2016, s. 24). Innenfor kvantitativ metode arbeider forskeren gjerne ut ifra teori, med hensikt i å teste, beholde eller forkaste hypoteser. I denne oppgavens er hypotesene allerede utarbeidet ut ifra teorien om salutogenese, sosiale ulikheter i helse og tidligere forskningsfunn som er gjort på friluftaktiviteter og helse. Tilnærmingen i denne undersøkelsen vil derfor være hypotetisk deduktiv. Den deduktive metoden baserer seg på et vitenskapsideal der man forsøket å utvikle kunnskap ut ifra *teori* til *empiri* (Bryman, 2016, s. 21).

### 4.2 Forskningsdesign

Det overordnede metodiske designet i undersøkelsen var basert på et tverrsnittsdesign. En tverrsnittsundersøkelse kjennetegnes av at data innhentes på et tidspunkt og bidrar med et øyeblikksbilde av situasjonen. Dette bidrar til at man kan gjøre beregninger av prevalenser eller forekomster av fenomener (Thelle & Laake, 2015, s. 299). På bakgrunn av etterlysning av evalueringsundersøkelser på helsefremmende tiltak på lokalnivå og for å se etter eventuelle

mønstre i utvalget var det derfor relevant å benytte seg av tverrsnittsdesignet. Metoden egner seg for å besvare problemstillingene siden vi ønsker å kartlegge og gi et oversiktsbilde over sosiodemografisk profil, SOC og livskvalitets indikatorer blant utvalget. Det ble videre anvendt spørreskjema med spørsmål i punktformat og skalaer. Fordelen med bruken av spørreskjemaer er at de er kostnadseffektive og krever liten tid (Bryman, 2016, s. 56). Bruk av spørreskjemaer bidrar med å nå ut til større populasjoner. Følgelig kan det anses som en fordel at forsøksenheter har valget om å være anonyme. Dette er positivt med tanke på ønsket responsrate. Anonyme undersøkelser tenderer ofte å gi bedre svar-respons (Eaden, Mayberry, & Mayberry. 1999, s. 399). Spørreskjemaer kan enten distribueres digitalt eller på papirformat. I denne undersøkelsen ble papirformat vurdert som mest hensiktsmessig da det var antatt at de fleste brukere ved NaKuHel bestod av eldre og hadde begrenset digital kompetanse.

#### 4.3 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet refererer til påliteligheten av et måleinstrument, mens validitet handler om hvis måleverktøyet måler det konseptet vi faktisk ønsker å måle (Bryman, 2016, s. 158). Måleverktøyets reliabilitet anses derfor som en viktig indikasjon for studiens validitet. En utfordring i undersøkelsen gjelder for eksempel spørreskjemaet for SOC. Spørreskjemaet som ble brukt i denne undersøkelsen var en forkortet versjon som ble oversatt fra engelsk til norsk. Spørreskjemaet var derfor ikke identisk med det originale spørreskjemaet opprinnelig hentet fra; «*How People manage stress and stay well*» av Aaron Antonovsky (1987). Utfordringene ved oversettelsen er at det kan svekke reliabiliteten i spørreskjemaet, og kan derfor ha noe å si for validiteten for de endelige resultatene i undersøkelsen (Bryman, 2016, s. 162). Lingvistiske forskjeller kan påvirke hvordan spørsmålene blir fremstilt og kan derfor føre til forskjeller i tolkninger av spørsmålet (Wang & Lee, 2006, s. 310). Det finnes ulike tester og mål som kan gjennomføres for å vurdere instrumentets interne pålitelighet. Cronbarch Alpha er et verktøy som vanligvis anvendes for å teste den interne påliteligheten til skalaer. Testen gir

en indikasjon på om instrumentet gir konsistente og stabile svar, den gir også en indikasjon på om skalaen virkelig måler variabler den er designet for å måle (Connely, 2011, s. 45; Vogt, 2005). Alfa-koeffisienten vil variere mellom 1 og 0. En høyere score over 0.7 blir ansett som et akseptabelt pålitelig nivå (Bryman, 2016, s. 158).

#### 4.4 Utvalg

Det ble distribuert spørreskjema til alle brukere av NaKuHel i perioden da undersøkelsen tok sted (februar 2020). Grupper som mottok spørreskjema var: ulike grupper innenfor naturfag, turaktiviteter, lokalhistorie, sangkoret, matlaging, mindfulness, Sufi og Qigong. Ulike grupper med kreativt innhold i form av aktiviteter med akvarell maling, verksted, drivhus og hagearbeid.

Et inklusjons kriterium var at deltakerne var mellom 20 og eldre og hadde brukt aktivitetstilbudet i mer enn 3 måneder. Hensikten var å nå ut til flest mulig aldersgrupper for å få et bilde av aldersdistribusjonen for tilbudet. Videre var et inklusjonskriterium at kun deltakere som var samtykkekompetente kunne delta. Ved forskning på mennesker skal forsøkspersoner gjøres kjent med og forstå hva forsøkets formål er, forventede fordeler eller risikoer ved å delta og sin rett til å delta i eller trekke seg fra studien (Holm & Olsen, 2015, s. 107). Personer som ikke kan gi rettslig forpliktende samtykke er mindreårige eller personer med fysiske eller mentale begrensninger (Holm & Olsen, 2015, s. 108). Deltakere som av ulike grunner ikke var samtykkekompetente ble derfor ekskludert. Dette gjaldt en gruppe med aktiviteter rettet for mennesker med grad av Alzheimer. Til sammen utgjør medlemmene i de ulike gruppene ved NaKuHel rundt rundt 200 medlemmer og et større utvalg besøkende. Utvalgsstørrelsen for dette masterprosjektet kunne derfor i utgangspunktet vurderes som håndterbart. Det er vanskelig å definere hva som regnes som en *god utvalgsstørrelse*, men

fordelen innen kvantitativ forskning, er at man har muligheten til å nå ut til en større andel respondenter. Studiens hensikt var å inkludere medlemmer ved NaKuHel-Asker, utvalget var derfor kun representativt for denne stiftelsen. Man kunne med andre ord ikke *generalisere* funnene til hele populasjonen eller Askers befolkning. Begrenset generaliserbarhet kunne derfor regnes som en svakhet i denne studien (Bryman, 2016, s.184).

#### 4.5 Datainnsamling prosedyre

Det ble rekruttert frivillige deltakere ved NaKuHel i Asker kommune. Spørreskjemaer ble mangfoldiggjort av prosjektansvarlig og utdelt til én ansatt ved NaKuHel. Det var derfor kun en ansatt ved NaKuHel som stod for distribusjonen. Deltakere som benyttet seg av tilbudet i perioden da undersøkelsen fant sted ble tildelt spørreskjema på papirformat fra distribusjonsansvarlig. Det ble gitt et tidsvindu på 3 uker fra distribusjon til retur av svarskjemaer. Deltakere fikk muligheten til å fylle ut svarskjema hjemme og returnere ved neste oppmøte innen 3 uker. Det ble totalt distribuert et antall på 205 spørreskjemaer i papirformat med vedlagt informasjonsskriv. Svarskjemaene ble returnert til prosjektansvarlig etter 23 dager. Et antall på 17 spørreskjemaer var delvis ubesvarte eller mangelfulle i besvarelsen. En vanlig årsak til dette er uhell som kan ha skjedd ved for eksempel overse et spørsmål eller fordi respondenten ikke ønsker å svare (Bryman, 2016, s. 332) Store antall manglende data kan innen kvantitativ forskning bidra til bias, tap av viktig informasjon eller redusert generaliserbarhet (Dong, Ying, & Peng, 2013, s. 2). På variabler for SOC og QOL ble «manglende data» erstattet med gjennomsnittverdier. For «manglende data» for sosiodemografiske variabler ble variablene stående ubesvart.

## 4.6 Instrumenter

Bruk av instrumenter og kartleggingsverktøy er sentralt innen kvantitativ forskningsmetode.

Spørsmålene på sosiodemografiske segmenter var utarbeidet på bakgrunn av problemstilling I. Spørsmål relatert til problemstilling II var basert på standardisertes spørreskjemaer for livskvalitet og SOC. Alle spørsmålene var lukkede spørsmål, fordelen med dette er at de kan pre-kodes (Bryman, 2016, s. 227). Videre var de fleste av spørsmålene i undersøkelsen ordinale variabler. Ordinale variabler er kategoriske variabler som kan logisk rangeres. Men kjennetegnes av at avstanden mellom hver kategori er forskjellig (Bryman , 2016, s. 335). .

**Seksjon 1:** På bakgrunn av problemstilling I «Hva er den sosiodemografiske profilen blant brukere, grad av Sense og coherence og livskvalitet blant brukere av NaKuHel» vil denne delen ta for seg kartlegging av sosiodemografiske variabler. Bakgrunnen for dette var å kartlegge den sosiodemografiske profilen blant brukere og for å få en beskrivende oversikt over utvalget. Instrumenter for SOC og QOL vil bli nærmere beskrevet i seksjon 2 og 3.

**Kjønn:** Kjønn (Norsk, utlending) er eksempler på dikotome nominale variabler da disse kun innebærer to kategorier som ikke sier mer enn at de er forskjellige og heller ikke kan rangeres i en rekkefølge (Bryman, 2009, s. 335).

Svaralternativer på kjønn er: 1= Mann, 2 = Kvinne.

**Alder:** Det var sannsynlig å anta at en overvekt av brukere som benytter seg av NaKuHel var eldre. Dette var relevant å kartlegge, siden hensikten med tilbudet er å nå ut til alle aldre uansett helsestatus.

Svaralternativer på alder er ; 20-30, 31-40,41-50, 51, 60, 61-70, 70 og over.

**Sivilstatus:** Sivilstatus ble målt på ordinalt måle nivå,



svaralternativer er: 0=Singel, 1=Gift, 2=Skilt, 3=Samboer, 4=Partner men ikke samboer.

Det å være gift eller ha en partner har vist å ha positiv betydning på menneskets livskvalitet (Salokangas, Honkonen, Stengård & Koivisto, 2001, s. 381). Det var derfor relevant og kartlegge dette blant medlemmene ved NaKuHel-Asker.

**Utdannelsesnivå:** Folkehelseprofilen innhentes av folkehelseinstituttet, og gir en samlet oversikt over kommunenes helsestatus (Folkehelseinstituttet, 2019). Siden NaKuHel befinner seg i Asker kommune vil det være relevant å ta for seg Asker kommunes folkehelseprofil.

I folkehelseprofilen fra 2019 fremstilles noen sentrale trekk ved Asker kommunes folkehelse. Under kommunens oppvekst og levekår beskrives det at andelen barn (0-17 år) som bor i lavinntekts husholdninger er lavere enn på landsbasis (Folkehelseinstituttet, 2019, s. 1).

Ifølge folkehelseprofilen over Asker-kommune befinner det seg en større andel personer med høyere utdanning enn landsgjennomsnittet her (Folkehelseinstituttet, 2019, s. 4). Dette er data som indikerer at Asker kommune består av en relativ ressurssterk befolkning med høyere sosioøkonomisk status. Det er likevel interessant å undersøke om et tilbud som NaKuHel Asker har potensialet til å nå ut til lavinntekts husholdninger i kommunen.

Utdannelsesnivå ble presentert på ordinalt måle nivå. Kodede svaralternativer på utdannelsesnivå var: 0=Grunnskole, 1=videregående, 2= Universitet/Høgskole.

**Etnisk bakgrunn:** I Norge i 2018 utgjorde andelen innvandrere 17 prosent av den totale befolkningen. Det finnes begrenset kunnskap rundt helsetilstanden til minoritetsbefolkningen i Norge. Det etterlyses derfor ytterligere kunnskap på området (Folkehelseinstituttet, 2019). I en selvrapporing fra levekårsundersøkelsen (2005) fremkommer det at færre etnisk norske vurderte sin egen helse som god eller svært god (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 80). Etnisitet ble presentert på dikotomt måle nivå. Svaralternativer er; 0=Norsk, 1=annen nasjonalitet.

**Deltakelse på tilbudet:** Hvor ofte medlemmene benyttet seg av NaKuHel kunne indikere eventuelle sammenhenger med utbyttet de fikk av tilbudet. Prosjektet skulle derfor ha som hensikt å se etter korrelasjoner på hyppighet av deltakelse på aktivitetstilbudet med livskvalitetsindikatorer og SOC.

Deltakelse (som egentlig er kontinuerlige) ble målt på ordinalt nivå. Svaralternativer er; 0=1-5 ganger, 1= 5-10 ganger, 2 =10 eller flere

**Pris:** Tilbudet er gratis men det anbefales å betale en medlemskontingent på 300 NOK. Noen av gruppene har en ekstra kostnad da de ikke er drevet av frivillige. Spørsmålene var derfor relatert til kostnaden på tilbudet. Spørsmål om prisnivå vil være på ordinalt måle nivå, svaralternativer er: 0=Rimelig, 1=passe, 2=dyrt.

### Seksjon 2: Livskvalitet

Teorien om salutogenese og SOC er nært relatert til QOL, det var på bakgrunn av dette interessant å måle nivå av QOL blant medlemmer som benytter seg av tilbudet, samt QOL relatert til deltakelse. Dette var på bakgrunn av forsøkets hensikt med å evaluere den helsefremmende betydningen av tilbudet. På bakgrunn av både problemstilling 1 og 2 vil denne delen ta for seg måleinstrumentet for QOL.

I rapporten «*Livskvalitet- Anbefalinger for et bedre målesystem (2018)*» presenteres eksempler på måleverktøy som kan benyttes innen forskning på livskvalitet (Helsedirektoratet, 2018c). Tidligere målinger har vært mindre nøyaktige og er bakgrunnen for utviklingen av de nye anbefalingene på måleverktøyene. *Life satisfaction scale* er mest sannsynlig det verktøyet som oftest blir brukt for å måle subjektiv livskvalitet eller tilfredsstillelse av livet (Aas, Nes, Dalgard & Aarø, 2011, s. 1309). Skalaen er opprinnelig utarbeidet av Pavot og Diener (1993). Måleverktøyet anbefales som et nyttig verktøy til fremtidig forskning på livskvalitet av

folkehelseinstituttet. Skalaen som ble brukt for å måle livskvalitets indikatorer var derfor hentet ut ifra denne rapporten. Skalaen på livskvalitet bestod av en seksjon med fem spørsmål som omhandlet ulike aspekter ved livet slik som 'Livsbetingelse mine er svært gode', disse svaralternativene er vurdert på en 7-pt likert-skala fra '1=Helt uenig' til '7=Helt enig'. I tråd med de opprinnelige kriteriene til Pavot & Diener (1993) vil klassifisering av de 7 punktene tilsvare 31-35, Helt enig; 26-30, Enig; 21-25, litt enig, 20, verken enig eller uenig, 15-19, litt uenig, 10-14, uenig, 5-9 helt uenig (Vazquez, Hervas, & Duque, 2013, s. 5). En poengsum lavere enn 9 indikerer svært lav livstilfredshet, skårer på 31 eller mer indikerer ekstremt høy livstilfredshet, en skåre på mellom 20 og 24 regnes som et gjennomsnittlig nivå på tilfredshet med livet (Pavot. & Diener, 1998, s. 343). Intern pålitelighet for instrumentet var høy (Cronbach-  $\alpha = 0.90$ ) Den statistiske analysen innebærer å finne gjennomsnitts skåre på QOL samt en korrelasjonsanalyse med sosiodemografiske data og deltakelse.

### **Seksjon 3: Sense of coherence**

Bakgrunnen for at undersøkelsen hadde som hensikt å måle SOC, var med utgangspunkt i teorien om salutogenese, og formålet med å evaluere den helsefremmende betydningen av tilbudet. I denne delen vil spørreskjemaet «Sense of Coherence 13-item Questionnaire» bli presentert.. Spørreskjemaet var kun tilgjengelig på engelsk. I denne oppgaven ble derfor en oversatt versjon av spørreskjemaet inkludert, den oversatte versjonen ble derfor hentet fra en tidligere masteravhandling (Birkheim, 2014, s. 108). Spørreskjemaet var en forkortet versjon av det originale spørreskjemaet «Sense of coherence 29-item Questionnaire (SOC-29)». Den forkortede versjonen blir i følge forskning regnet som like pålitelig som originals kjemaet (Eriksson & Lindström, 2005, s. 462). Originalskjemaet for SOC har blant annet blitt kritisert for å være for langt. Korte spørreskjemaer tenderer oftere til å gi bedre svarprosent (Bryman, 2016, s. 226). SOC-13 består av 13 lukkede spørsmål som for eksempel; «Hvor ofte føler du at du ikke bryr deg om det som foregår rundt deg» der svaralternativene utgjør en vertikal 5.

punkt likert-scale: «1=Aldri/svært dårlig – 5= Svært ofte/svært godt». SOC-13 skjemaet kan derfor utgjøre et minimum score på 13 og et maksimum score på 91 (Pallant & Lae, 2001, s. 42). Intern pålitelighet for instrumentet var høy (Cronbach-  $\alpha = 0.99$ ).

#### **4.7 Data analyse**

Denne delen vil prosessen for håndtering av data og dataanalyse beskrives. Hvordan analysen ble gjennomført og hvilke variabler som ble analysert i analysen. De samlede dataene ble statistisk analysert med bruk av Microsoft Excel Software versjon 16.29.1. og statistikk programmet IBM SPSS Software versjon. Gjennom prosessen ble det også benyttet loggføring med en tids-mal og notater for arbeidsprosessen.

Den preliminnære prosedyren omfattet transkribering av data, samt analyse for å undersøke datadistribusjonen for avvikende observasjoner og manglende data.

##### **4.7.1 Deskriptiv analyse**

Denne delen av analyseprosessen hadde to formål: først og fremst ga den beskrivende statistikken grunnlag for å besvare problemstilling I; Videre ga den deskriptive analysen informasjon som kunne bidra til å gi en bedre forståelse av korrelasjonsanalysen.

Det ble det gjennomført en deskriptiv statistisk analyse i Microsoft Excel for å gi en oversikt over distribusjonen (presentert med [n] og prosent [%]) av de sosiodemografiske variablene med resultater for SOC og QOL. Det ble videre gjennomført utregning av gjennomsnittverdier [M] og standardavvik [SD] for SOC og QOL og de sosiodemografiske variablene. Resultatene for den deskriptive statistikken ble presentert i tabeller og grafer.

#### 4.7.2 Korrelasjonsanalyse

Det ble det gjennomført korrelasjonsanalyse med Spearman's (*rho*) i statistikkprogrammet SPSS for å se eventuelle signifikante sammenhenger for SOC, QOL og deltakelse samt sosiodemografiske karakteristikk. For å definere funn som statistisk signifikant, ble signifikansnivået satt som  $p < 0.05$ . En p-verdi lavere enn 0.05 (5%) indikerer at null hypotesen kan forkastes og at alternativ hypotesen kan antas som sann (Cohen, 2011, s. 19). I følge Pallant (2010) vil verdier mellom -1.00 til 1.00 indikere styrken på forholdet mellom to variabler i et datasett. En korrelasjon på - 0.0 indikerer derfor en negativ korrelasjon (Pallant, 2010, s. 134). Hvis korrelasjonen er nærmere null, er det ingen lineær sammenheng (Laake & Skavlund, 2015, s. 389). Null-hypotesen postulerer at det finnes en sammenheng mellom de undersøkte variablene, men alternativ-hypotesen postulerer det motsatte. Hvilken retning pilen peker for styrker av sammenhenger, indikeres av korrelasjonskoeffisienten Spearman's (*rho*). Det ble videre gjennomført en analyse med punktdiagram for å kartlegge eventuelle outliers. Videre måtte noen av variablene re-kodifiseres for å tilpasses i korrelasjonsanalysen. Dette gjaldt variabler på sivilstatus som opprinnelig var kodet fra 1-6. Variablene ble derfor slått sammen til mindre kategorier. Variablene ble derfor re-kodifisert som; 0=singel/skilt, 1=gift/partner/samboer.

### 5. Ethiske vurderinger

Vitenskapelig etikk omhandler normer som er nødvendig for at vitenskap skal anses som vitenskap. Etikk innen forskning bygger på de grunnleggende etiske prinsippene om respekt for menneskeverd og menneskerettigheter (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Helsinki deklarasjonen videreførte de etiske prinsippene opprinnelig fra Nürnberg-koden. Ethiske prinsipper som står sentral er; frivillighet, samtykke fra forsøkspersoner, forsøkspersoners ubetingede rett til å trekke seg fra undersøkelser. Forsøket skal også bidra til at forsøkspersoner utsettes for så minimale belastninger som mulig (Holm & Olsen 2015, s.

91). I tråd med disse prinsippene ble det bestemt at deltakere som av ulike grunner ikke kunne avgi samtykke ble ekskludert. Dette gjaldt en gruppe på 8 brukere som hadde ulike grader av demens.

Mastergradsprosjektet ble godkjent av NSD som anonym spørreundersøkelse. Det ble opplyst i informasjonsskrivet at undersøkelsen var anonym og at det var mulig å «velge å svare eller la være å svare», siden undersøkelsen var anonym var det ikke mulig å trekke tilbake samtykke, dette ble opplyst i informasjonsskrivet. Som et av kriteriene for anonyme undersøkelser måtte enkelte spørsmål endres/grov kategoriseres for å unngå identifisering i det endelige materialet. Prosjektet var derfor ikke meldepliktig til TSD. Lagring og analyse av data kunne derfor gjennomføres i Excel og SPSS på en egen one-drive mappe via Høgskolen i Innlandet.

Innen vitenskapsfilosofien argumenteres det for at det eksisterer to sett interne normer. Man skiller mellom de epistemiske og de sosiale. De epistemiske normene utledes fra forskningens virkelighetsoppfatning (positivisme eller relativisme). De sosiale normer omfatter ærlighet og lydhørhet overfor forskningsprosessen (Holm & Hofmann, 2015, s. 70). Åpenhet og ærlighet i forskning er viktig for å sikre tillitt til forskerens og forskningens kvalitet (Forskningsetiske komiteene, 2016, s. 16). Interessekonflikter oppstår når forskningsansvarlig eller institusjoner har interne relasjoner eller interesser for forskningen som blir gjort. I denne undersøkelsen hadde prosjektansvarlig ingen kjennskap eller tilknytning til NaKuHel fra tidligere, men det ble samarbeidet med en ekstern veileder som hadde tilknytning til NaKuHel. Den eksterne veilederen bidro kun med informasjon om NaKuHel, og hadde ingen innvirkning på oppgavens oppbygning eller resultater. I tråd med de etiske prinsippene innen helseforskning og de etiske retningslinjene for studenter ved Høgskolen i innlandet (HINN), ble forsøket meldt inn til personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste

AS (NSD). Dette var på grunnlag av forsøkets hensikt i å behandle bakgrunnsvariabler for sosiodemografiske segmenter. Siden bakgrunnsvariabler var grovkategorisert, ble de derfor vurdert til å ikke kunne identifisere respondenter i de endelige resultatene. Prosjektet ble derfor godkjent som anonym undersøkelse av NSD. Siden undersøkelsen ble vurdert anonym ble det derfor ikke ansett som nødvendig å lagre data ved TSD-server. Data kunne derfor lagres på personlig one-drive mappe via HINN.

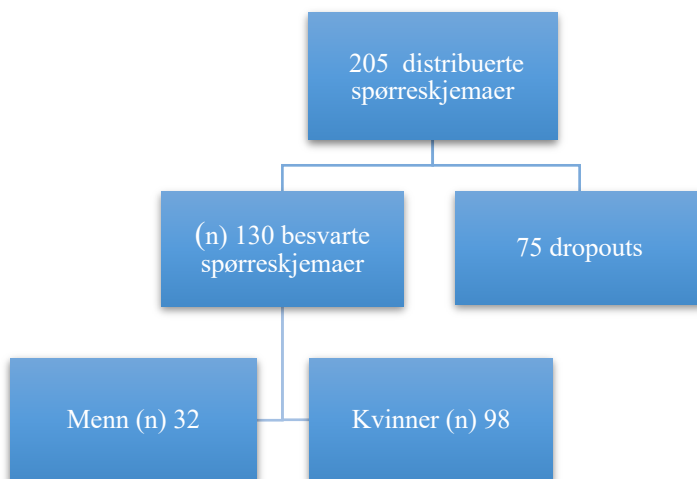
Et antall på 57 spørreskjemaer ble mottatt uten vedlagt informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Siden alle hadde mottatt samtykkeskjema ble disse derfor vurdert som «implisitt/stilltiende samtykke». Denne vurderingen ble gjort på bakgrunn av diskusjon med samarbeidspartnere ved NaKuHel, hovedveileder, emneansvarlig og med henhold til lov om pasient og brukerrettigheter § 4-2. *Krav til samtykkets form* – Kan samtykke gis uttrykkelig eller stilltiende. «Stilltiende samtykke foreligger dersom det ut ifra pasientens handlemåte og omstendighetene er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen. (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-7). Spørreskjemaene ble gjennom perioden oppbevart i et skap med kodelås. Dataene ville etter planen bli makulert ved prosjektslutt, i henhold til personopplysningsloven § 11. *Grunnkrav til behandling av personopplysninger; behandling av personopplysninger* (Personopplysningsloven, 2000, § 1-14).

## 6. Resultater

I dette kapitlet vil resultatene i undersøkelsen presenteres. I den første delen vil en deskriptiv tabell med oversikt over sosiodemografisk profil samt et histogram med gjennomsnittlig skåre for SOC og QOL bli presentert. Dette er med utgangspunkt i problemstilling I «Hva er den sosiodemografiske profilen blant brukere av NaKuHel, og hva er deres variasjoner i SOC og QOL». Deretter vil resultatene for frekvens av deltakelse, samt SOC og QOL bli presentert gjennom korrelasjonsanalyse med korrelasjonskoeffisienten Spearman's  $\rho$  (rho). Dette er med utgangspunkt i problemstilling II «Er det en sammenheng mellom frekvens av deltakelse og grad av SOC og QOL?»

### 6.1 Rekrutteringsprosess og respondenter

Det ble bekreftet av distribusjonsansvarlig at et antall på 205 spørreskjemaer ble distribuert. Det ble returnert et antall på 130 spørreskjemaer fra distribusjonsansvarlig til prosjektansvarlig etter 23 dager. De besvarte spørreskjemaene utgjorde derfor 63 % av distribuert materialet. I tråd med standard innen forskning anses en responsrate på 60% som et minimum (Livinston. & Wislar., 2012, s. 110). Figur 1 illustrerer en oversikt over rekrutteringsprosessen.



Figur 2. Skjematisk figur for rekruttering og frafall



## 6.2 Deskriptiv analyse av sosiodemografiske karakteristikk

Tabell 1 vil presentere frekvensfordeling for de ulike sosiodemografiske variablene for utvalget. For å synliggjøre mulige forskjeller, vil tabell 1 også presentere frekvensfordeling for de samme variablene for utgangspopulasjonen (Befolkning i Asker kommune).

Tabell 1. Sosiodemografisk profil blant deltakere av NaKuHel-Asker (Total n=130) og Asker kommune (Total n=70 083, alder 20-105). Hentet fra kommunefakta fra SSB Asker (Viken).

Funnene fra tabell 1 viser at det var en stor overvekt av kvinner som deltok i undersøkelsen (75.5%). Funnene fra undersøkelsen viser også at det var en stor overvekt av medlemmer i aldersgruppen over 60 som deltok (72.3%). De fleste av deltakerne befant seg på et høyere nivå av utdannelse (universitet eller høyskole mer enn 3 år, 71.5%). Av det totale antallet var litt over halvparten (57.6%) av deltakerne gift. Videre viste undersøkelsen at det var en overvekt av etnisk norske som deltok (86.9 %).

Tabell 1. Deskriptiv analyse av sosiodemografiske karakteristikk for NaKuHel og Askers befolkning presentert med prosent.

Variabler	NaKuHel n (%)	Asker N (%)
<b>Kjønn</b>		
Menn	32 (24.6)	34 860 (49.7)
Kvinner	98 (75.4)	35 223 (50.3)

**Alder**

20-30	3 (2.3)	9 488 (13.5)
31-40	6 (4.6)	11 505 (16.4)
41-50	9 (6.9)	14062 (20.1)
51-60	18 (13.8)	13 766 (19.6)
61-70	36 (27.6)	9913 (14.2)
70+	58 (44.6)	11 344 (16.2)

**Sivilstatus**

Singel	31(23.8)	-
Gift	75(57.6)	-
Skilt	10(7.6)	-
Partner	7(5.2)	-
Samboer	7(5.2)	-

**Utdannelse<sup>a</sup>**

Grunnskole	3 (2.3)	8424 (22.2)
Videregående	22 (25.3)	14 178 (37.4)
Høgskole/universitet	93 (71.5)	15 190 (40.4)

**Etnisitet<sup>a</sup>**

Norsk	112 (86.9)	61 189 (87.3)
Annen nasjonalitet	16 (12.3)	8894 (12.7)

---

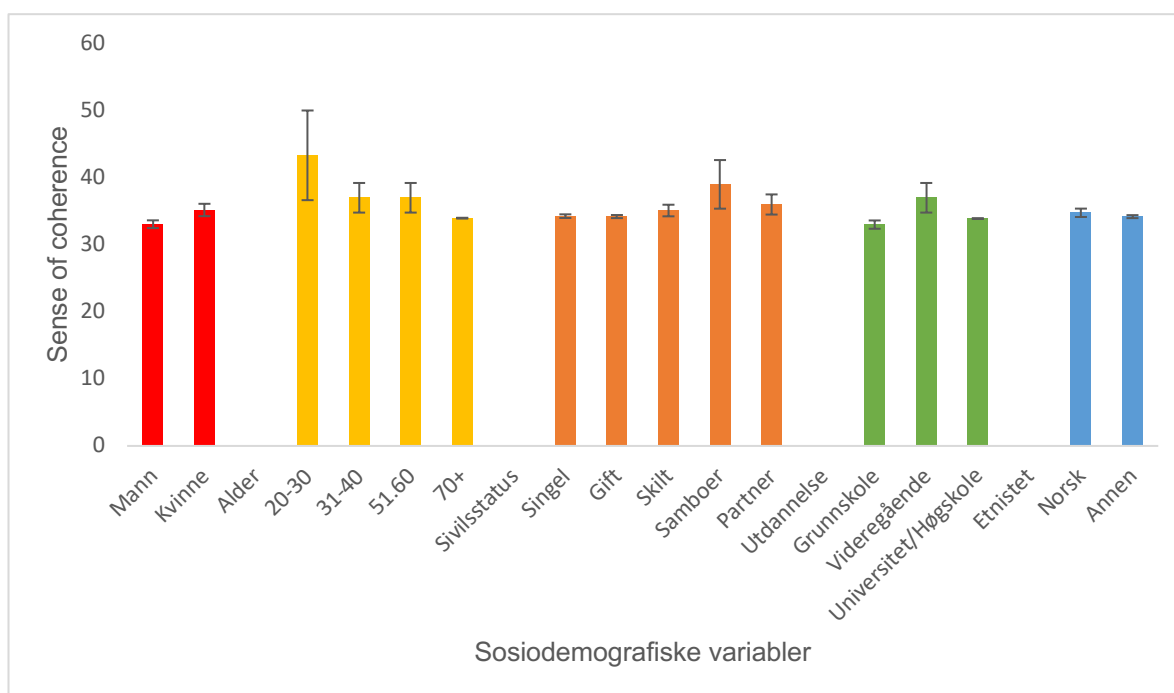
Merknad: [a] = n er mindre enn 130 på grunn av manglende svar i spørreskjemaet.

**6.2.1 Deskriptiv analyse av sosiodemografiske variabler og SOC**

På bakgrunn av problemstilling 1 som var å beskrive deltakeres sosiodemografiske karakteristikk, SOC og QOL, er det hensiktsmessig å visualisere dette i et histogram med frekvensfordeling for sosiodemografiske variabler, SOC og QOL.

Figur 3 illustrerer gjennomsnittlig skåre for SOC, samt standardavvik for utvalget. Som vist i figuren ser vi at kvinner rapporterte noe høyere SOC ( $35.18 \pm 0.922$ ). Menn rapporterte ( $33.06 \pm 0.408$ ). Deltakere som var i den høyeste alderskategorien så ut til å rapportere i gjennomsnitt lavere skåre for SOC ( $33.96 \pm 0.922$ ) og den yngste aldersgruppen rapporterte høyest skåre for SOC ( $43.33 \pm 6.685$ ). For sivilstatus rapporterte deltakere som hadde partner eller samboer høyest gjennomsnittlig skåre for

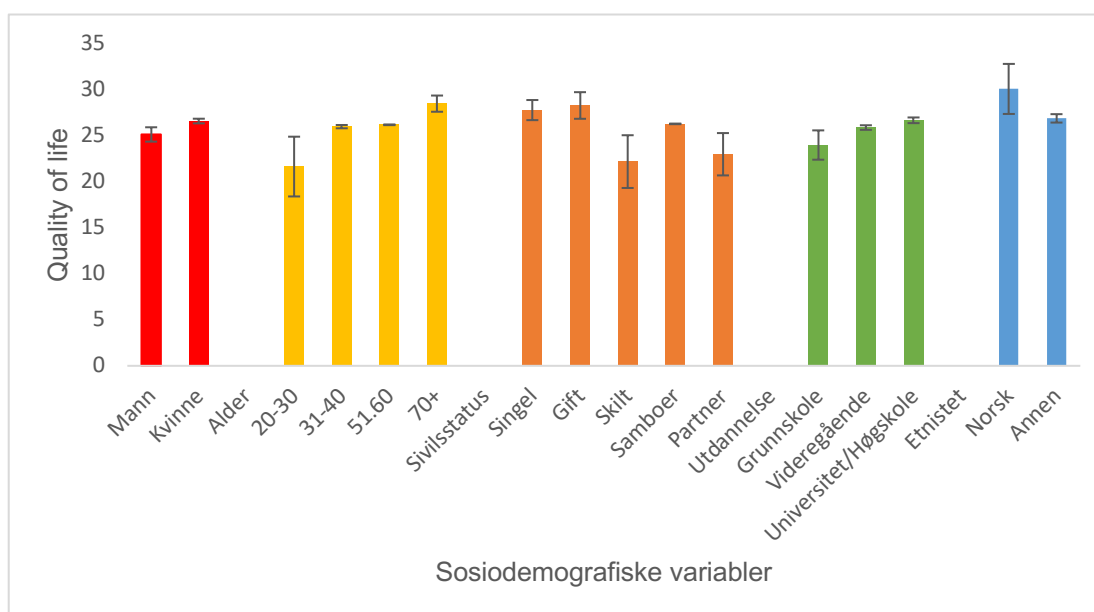
SOC ( $39.00 \pm 3.623$ ) De om var singel eller gift rapporterte lavest skåre for SOC ( $34.20 \pm 0.088$ ). For de ulike utdannelsesnivåene rapporterte de med høyere utdanning (universitet/høgskole) i gjennomsnitt lavere SOC ( $33.90 \pm 0.017$ ) mens deltakere som hadde gått grunnskole/yrkesfag eller videregående rapporterte høyere skåre for SOC ( $37.00 \pm 2.209$ ). For etnisitet var det liten variasjon i gjennomsnittlig skåre for SOC. Deltakere som var etnisk norske rapporterte likevel noe høyere grad av SOC ( $34.76 \pm 0.625$ ). Mens minoritetsbefolkning rapporterte noe lavere grad av SOC ( $34.19 \pm 0.222$ ). Gjennomsnittlig skåre for hele utvalget og SOC var 34.00, den laveste var 21.00 og høyeste var 52.00.



**Figur 3. Gjennomsnittlig SOC med standardavvik for de ulike undergruppene blant brukere av NaKuHel-Asker.**

## 6.2.2 Deskriptiv analyse av sosiodemografiske variabler og QOL

Figur 4 illustrerer gjennomsnittlig skåre for QOL samt standardavvik for utvalget. Som vist i figuren rapporterte kvinnene høyest skåre for QOL ( $26.61 \pm 0.25$ ) mens menn rapporterte noe lavere skåre for SOC ( $25.15 \pm 0.781$ ). For de ulike alderskategoriene rapporterte aldersgruppen 60-70 høyest gjennomsnittsskåre for QOL ( $27.30 \pm 0.739$ ) mens den yngste aldersgruppen rapporterte lavest skåre ( $21.66 \pm 3.220$ ). For sivilstatus var det deltakere som var gift som rapporterte høyest gjennomsnittsskåre for QOL ( $27.25 \pm 1.447$ ), mens den laveste verdien var for deltakere som rapporterte partner eller var skilt ( $20.14 \pm 2.301 / 22.70 \pm 2.867$ ). For de ulike utdannelsesnivåene var det deltakere med universitet/høgskole utdanning som rapporterte høyest gjennomsnittlig skåre for QOL ( $26.69 \pm 0.308$ ) mens deltakere med grunnskole utdanning rapporterte lavest verdi for QOL ( $24.00 \pm 1.594$ ). Resultatene for etnisitet viste at etnisk norske rapporterte høyest skåre for QOL ( $30.10 \pm 2.649$ ) mens andre nasjonaliteter rapporterte lavest ( $26.90 \pm 0.457$ ). Gjennomsnittsverdien for hele utvalget på QOL var 26.00, den laveste verdien var 9.00 og den høyeste var 35.00.



**Figur 4. Figur 3. Gjennomsnittlig QOL med standardavvik for de ulike undergruppene blant brukere av NaKuHel-Asker.**

### 6.3 Deskriptiv analyse av deltakelse, pris, SOC og QOL

Tabell 2 viser gjennomsnittlige verdier samt standardavvik for frekvens av deltakelse og vurdering av prisnivå for tilbudet. Tabellen viser få variasjoner i gjennomsnittlige verdier for SOC og QOL og deltakelse, likevel viser funnene noen variasjoner som er verdt å kommentere. For deltakere som benyttet seg av tilbudet 5-10 ganger i løpet av en periode på 4 måneder viste høyest gjennomsnittscore for SOC ( $36.23 \pm 1.665$ ) mens lavest skåre for QOL ( $26.38 \pm 0.089$ ). For de øvrige variablene viser resultatene at deltakere som benyttet seg av tilbudet 0-5 ganger hadde en gjennomsnittskåre for SOC ( $34.00 \pm 0.88$ ) og en gjennomsnittskåre for QOL ( $28.03 \pm 1.256$ ). For gruppen som rapporterte høyest frekvens av deltakelse hadde en gjennomsnittskåre for SOC ( $34.31 \pm 0.3.7$ ) og en gjennomsnittskåre for QOL ( $27.92 \pm 1.178$ ). De fleste av brukerne vurderte prisnivået som passe (67.7 %). Disse brukerne hadde også høyest gjennomsnittskåre for SOC ( $34.40 \pm 0.371$ ) og QOL ( $26.50 \pm 0.174$ ). En andel på (24.6%) rapporterte prisnivået som rimelig, disse brukerne rapporterte gjennomsnittskåre for SOC ( $33.9 \pm 0.017$ ) og QOL ( $26.5 \pm 0.174$ ). Deltakere som rapporterte prisnivået som dyrt utgjorde (3.0%) disse rapporterte lavest gjennomsnittskåre for SOC ( $32.5 \pm 0.973$ ) og QOL ( $23.0 \pm 2.301$ ).

Tabell 2. Oversikt over deltakelse og prisvurdering samt gjennomsnittlig skåre for SOC og QOL med standardavvik.

Variabler	N (%)	SOC gjennomsnitt	QOL gjennomsnitt
<b>Deltakelse<sup>a</sup></b>			
0-5	39 (30.0)	34.00±0.088	28.03±1.256
5-10	35 (26.9)	36.23±1.665	26.38±0.089
10 eller flere	52 (40.0)	34.31±0.307	27.92±1.178
<b>Pris<sup>a</sup></b>			
Rimelig	32(24.6)	33.9±0.017	26.5±0.174
Passe	88(67.7)	34.4±0.371	26.7±0.315
Dyrt	4(3.0)	32.5±0.973	23.0±2.301

Merknad: [a] =n er mindre enn 130 på grunn av manglende svar i spørreskjemaet.

#### 6.4 Korrelasjon av deltakelse med sosiodemografiske variabler, SOC og QOL

For å besvare problemstilling 2 har tabell 3 som hensikt å illustrere korrelasjoner av hvilke grupper som deltar sjeldent eller ofte og sammenhenger av SOC og QOL. Korrelasjonsanalysen viste at høyere frekvens av deltakelse var assosiert med mannlige deltakere, brukere som hadde høyere alder, var gift, hadde høyere utdanning og var norske. Tabell 3 viser videre en signifikant negativ korrelasjon mellom grad av SOC og høyere deltakelse ( $p < 0.05$ ). Dette betyr at deltakere som rapporterte hyppigst deltakelse rapporterte også lavere SOC. Det samme funnet gjaldt for deltakelse og QOL, men funnet var ikke statistisk signifikant. De øvrige variablene for deltakelse og sosiodemografiske karakteristikk var ikke statistisk signifikant.

Følgelig viste analysen en signifikant korrelasjon som tilsier at SOC var negativt korrelert med alder, høyere grad av SOC var derfor assosiert med de yngste aldersgruppene ( $p < 0.01$ ). Korrelasjonsanalysen viser også at brukere som var gift, hadde partner eller samboer viste sammenhenger med høyere livskvalitet ( $p < 0.05$ ). Det ble også funnet et statistisk signifikant negativt funn for SOC og QOL ( $p < 0.01$ ). Videre viser analysen at høyere prisvurdering var også forbundet høyere alder ( $p < 0.05$ ). Det ble også funnet et signifikant funn for etnisitet og kjønn, der brukere av annen nasjonalitet utgjorde flest kvinner ( $p < 0.05$ ). Følgelig ble det vist høyere alder viste signifikante korrelasjoner for høyere utdanning ( $p < 0.01$ ), det samme gjaldt for sivilstatus, der det å være gift, ha partner eller samboer viste signifikante korrelasjoner for høyere utdanning ( $p < 0.05$ ). Det ble ikke funnet noen signifikante sammenhenger mellom øvrige variabler.



Tabell 3. Korrelasjonsmatrise mellom sosiodemografiske variabler, deltakelse, pris, SOC og QOL med korrelasjonskoeffisienten Spearman's  $\rho$  (rho)

Variabler	Deltakelse	Kjønn	Alder	Sivilstatus	Utdannelse	Etnisitet	Pris	QOL
Kjønn	-0.065							
Alder	0.064	-0.014						
Sivilstatus	0.039	-0.042	-0.074					
Utdannelse	0.087	0.006	0.218**	0.332*				
Etnisitet	-0.080	0.162*	0.070	0.004	-0.035			
Prisvurdering	0.084	0.197*	0.226**	0.107	0.105	-0.032		
QOL	-0.063	-0.010	0.105	0.156*	0.111	0.092	0.043	
SOC	-0.154*	0.126	-0.341**	-0.004	-0.148	-0.044	-0.055	-0.338**

Merknad: Kjønn (1= mann, 2= kvinne) Alder (0=20-30 – 60= 70+) Sivilstatus (1=singel eller skilt, 2= gift, partner eller samboer) Utdannelse (0=Grunnskole, 1=Videregående, 2= Høgskole, universitet) Etnisitet (0=Norsk, 1=Utlending) Prisvurdering (0=Rimelig,1=passe, 2=Dyrt) (Deltakelse (0=0-5 ganger, 1=5-10 ganger, 2=10 eller flere) \*=p <0.05 \*\*=p<0.01.

## 7. Diskusjon

I denne delen vil resultatene diskuteres i sammenheng med problemstillinger og hypoteser. Resultatene vil deretter diskuteres i lys av teori og tidligere forskningsfunn. Videre vil styrker og svakheter relatert til studiens design og metode bli diskutert samt foreslåtte implikasjoner for fremtidig forskning.

### 7.1 Oppsummering av hovedfunn, presentert i lys av problemstillinger og hypoteser

Hensikten med mastergradsprosjektet var å kartlegge sosiodemografisk profil, grad av SOC og QOL blant brukere av NaKuHel-Asker. Som hypotese I postulerer, var det antatt at de fleste brukere av NaKuHel hadde høy grad av utdanning, grad av SOC og QOL, mens vanskeligstilte grupper (som minoritetsbefolkning, eldre, personer med lavere utdanning) var antatt å være underrepresentert og ha lavere SOC og QOL. Funnet fra undersøkelsen samsvarer med hypotesen om at en stor andel brukere hadde høy grad av utdanning. Videre viste undersøkelsen at en stor andel brukere var eldre og gift. Flesteparten var av etnisk norsk opprinnelse og en stor andel var kvinner. De fleste av brukerne hadde relativt høy SOC og QOL. For SOC lå flesteparten av utvalget rundt 34. For 13-punkt SOC-skalaen, vil dette kunne ansees som en middels skåre for SOC (Pallant & Lae, 2001, s. 42). For QOL hadde hele utvalget en gjennomsnittsskåre på 26, i følge Pavot og Diener, vil individer som faller innenfor denne kategorien vurderer livet som tilfredsstillende og bekymringsløst (Pavot & Diener, 1993, s. 165).

Ifølge problemstilling II var hensikten å se på ulike sammenhenger mellom deltakelse, SOC, og QOL blant brukerne. Ifølge Hypotese II var det antatt at frekvens på deltakelse var lavest blant grupper som er av interesse i et folkehelseperspektiv, og at høyere frekvens av deltakelse skulle være positivt forbundet med grad av SOC og QOL. Korrelasjonsanalysen illustrerte at høyere deltakelse var assosiert med deltakere som var menn, hadde høyere alder, var gift, hadde høyere utdanning og var norske. Videre viste resultatene fra undersøkelsen at høyere deltakelse

var signifikant negativt assosiert med lav SOC. Det samme funnet ble vist i sammenheng med QOL, men dette var ikke statistisk signifikant.

## 7.2 Diskusjon av oversikt over sosiodemografisk profil

En av hovedhensiktene med undersøkelsen var å avgi en deskriptiv oversikt av en sosiodemografisk profil blant brukere ved NaKuHel-Asker. På bakgrunn av problemstilling 1 ble det utledet en hypotese der det antas at befolkning av interesse i et folkehelseperspektiv, er forventet å være underrepresentert, og ha lavere grad av SOC og QOL.

Resultater fra undersøkelsen viste at de fleste brukerne som deltok hadde deltatt fler enn 10 ganger i løpet av de siste 4 månedene og hadde høyere grad av utdanning. Som det tidligere har blitt redegjort for i oppgaven, ser vi tendenser der befolkning med høyere SØS i større grad oppsøker tilbud som har av helsemessig betydning. Videre kan resultatet forklares av at befolkning med høyere utdanning er overrepresentert i å delta i studier. Dette samsvarer med resultater fra tidligere forskning som tilsier at deltakere med høyere utdanning vanligvis er overrepresentert i spørreundersøkelser (Goyder, Warner & Miller, 2002, s. 1). Dette anses som en av de vanligste årsakene til skjevheter innen forskning, delvis fordi man risikerer å basere funn fra befolkning med høyere SØS. De fleste av deltakerne rapporterte at de synes prisnivået på tilbudet var «passe». Dette resultatet må også tas i betraktning med deltakernes nivå av utdanning, ettersom at flesteparten av deltakerne hadde høyere SØS. Oversikter fra folkehelseprofilen over Asker kommune viser at andelen lavinntektshusholdninger er lavere i Asker kommune sammenlignet med landsgjennomsnittet (Statistisksentralbyrå [SSB], 2019). Videre viser kilder fra «SSB levekårssanalyse» at det eksisterer store inntektsforskjeller og at disse er større sammenlignet med andre deler av landet (Asker kommune, 2018, s. 6). Dette antyder at Asker kommune er en relativt ressurssterk kommune og kan bidra med å forklare noen av tendensene vi ser i denne undersøkelsen.

Videre viste resultatene at en stor andel brukere som deltok i undersøkelsen var i aldersgruppen 60 år og over. Dette antyder at NaKuHel tiltrekker seg befolkning i de eldre aldersgruppene. Det er kjent fra tidligere undersøkelser at inaktivitet øker med alder. Inaktivitetsrelaterte sykdommer blant eldre er derfor en av hovedårsakene til medisinbruk, hyppige sykehusinnleggelse og risiko for tidlig død (Van Uffelen, Khan & Burton, 2010, s. 2). I et folkehelseperspektiv, er det derfor av positiv betydning at tilbudet tiltrekker den eldre befolkningen. Regelmessig deltakelse i tilbud som bidrar til økt fysisk aktivitet eller sosialt samvær anses som et viktig aspekt i forebygging av tilstander som er utbredt i de eldre aldersgruppene.

Undersøkelsen viste at en stor andel av deltakerne i undersøkelsen var kvinner. De kjønnsmessige forskjellene kan relateres til tidligere funn, som indikerer at kvinner ser ut til å vektlegge betydningen av det sosiale samværet ved fysisk aktivitet. En studie som undersøkte ulike motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet blant eldre menn og kvinner, viste at kvinner var mer motivert til å delta i fysisk aktivitet i samvær med andre (Uffelen et al. 2010, s. 7). Videre kan den ulike kjønnsrepresentativiteten forklare av at flest kvinner valgte å avgi svar i undersøkelsen. Ulik kjønns representativitet i studier, er et tema som gjennom tiden har blitt diskutert innen forskningspraksisen. Særlig i de kliniske medisinske studier, som gjennom tiden har vært overrepresentert av menn (Liu & DiPietro, 2016, s. 2). En studie som undersøkte vanlige demografiske forskjeller i responsrater viste noen forklaringer på hvorfor det forekommer skjevheter i kjønnsfordeling i deltakelse til undersøkelser. Funnene fra studien til Porter og medarbeidere antydte at det som oftest er kvinner som velger å delta i studier som er basert på spørreundersøkelser/spørreskjema undersøkelser (Porter & Whitcomb, 2005, s. 147).

Følgelig viste resultatene at en stor andel brukere var gift. Ifølge teori og forskning er det mye som antyder at befolkning som er gift eller har en partner i livet, viser sammenhenger med

positiv helseatferd. Det å ha en partner i livet er ansett som et grunnleggende behov. Befolkning som er gift, eller har partner, tenderer også ofte og være mere sosiale og generelt ha bedre mental helse (Peters & Liefbroer, 1997, s. 696).

Funnene fra den sosiodemografiske oversikten viste videre at brukere som var single utgjorde en større andel brukere enn de som var skilt, hadde partner eller samboer. Dette er et positivt funn, ettersom møteplassen har som hensikt å bidra til helsefremmende aktiviteter i sosialt samvær.

Videre antydet funnene at det var en stor overvekt av deltakere som var av etnisk norsk opprinnelse. Imidlertid, viste funnene at andelen minoriteter var i overensstemmelse med forekomst for Asker kommune når man sammenlignet minoritetsgrupper for Askers generelle befolkning. Nasjonale rapporter understreker nemlig viktigheten av deltakelse i nærmiljøtilbud, og større inkludering av minoritetsbefolkning. Følgelig kan også noen av årsakene til at minoriteter var underrepresentert, forklares av mulige språkbarrierer. Som tidligere studier viser er det mye som antyder at i tillegg til kulturelle barrierer og forskjeller i verdier, er også språkbarrierer en av hovedgrunnene til at minoritetsbefolkning vanligvis er underrepresentert i studier (Chang, et. 2015, s. 1661). I et folkehelseperspektiv kan funnet anses som positivt. Andelen minoriteter som deltar i helsefremmende tilbud er ofte forbundet med lavere representativitet. Myndighetene har derfor utviklet ulike strategier for at disse forskjellene skal utjevnes, dette innebærer integreringspolitiske satsinger på kommunenivå. Sosial integrering er et av satsingene som er ment for å bedre deltakelse og livskvalitet blant innvandrere, herunder, blant annet integrering i arbeidsmarkedet (Schau & Lynnebakke, 2017, s. 33). Integrering gjennom arbeidstrening er en stor del av det NaKuHel virksomheten innebærer, og kan bidra med å forklare den større andelen minoriteter vi ser i utvalget.

### 7.3 Grad av SOC og QOL blant brukere ved NaKuHel

I problemstilling 1 etterspørres grad av sense of coherence og livskvalitet blant brukere av NaKuHel Asker. Det ble på bakgrunn av dette utledet en hypotese, der det antas at grad av SOC og QOL er høy blant brukere av NaKuHel. Det andre formålet med undersøkelsen var derfor å gi en deskriptiv oversikt samt grad av SOC og QOL blant hele utvalget. Resultatene fra den deskriptive analysen viste at verdier for SOC og QOL var relativt høye for de ulike sosiodemografiske karakteristikkene.

Det er viktig å understreke at den deskriptive analysen kun bidrar til et oversiktsbilde eller en *beskrivelse* av funnene i undersøkelsen. Vi kan således ikke utlede noen diskusjon rundt forskjeller eller sammenhenger mellom gruppene da vi er avhengige av sluttstatistikk med signifikansnivåer. Det er med andre ord umulig å vite om forskjellene vi ser skyldes tilfeldigheter (Bjørndal & Hofoss, 2017, s. 81). Mulige statistiske sammenhenger mellom deltakernes sosiodemografiske karakteristikk, SOC og QOL vil diskuteres senere i kapittel 6.4. Resultatene vil likevel forsøkes å belyses ut ifra teori og tidligere forskningsfunn.

Generelt viste resultatene fra den deskriptive analysen at verdier for SOC og QOL var relative høye for de ulike sosiodemografiske karakteristikkene. Funnet relatert til utdanning viste at grad av SOC var noe høyere blant deltakere med videregående bakgrunn. Funnet var noe overraskende da det ifølge teori ville være forventet at SOC skulle være høyere blant deltakere med høyere grad av utdanning. På en annen side, er det viktig å merke seg at forskjellene mellom gruppene var relativt små. For QOL og utdanning så funnene imidlertid ut til å være nærmere som forventet, selv om forskjellen var svært liten, kunne funnet likevel antyde at befolkning som hadde universitet/høgskole bakgrunn viste tendenser for høyere QOL. Følgelig kan vi ikke vite om resultatene som sees i den deskriptive analysen kan være relatert til skjevheter i utvalget, siden den største andelen utgjorde deltakere med universitet og høyskole

utdannelse. Skjevheter i utvalget er en vanlig utfordring innen forskningspraksisen, ved bruk av selvsleksjon, som denne oppgaven baseres på, oppstår det en potensiell fare for at utvalget avviker systematisk fra hele populasjonen (Hellevik, 1971 s. 69). Med andre ord, vi vet ingenting om deltakere som ikke valgte å delta. Det finnes imidlertid metodiske tilnærminger som reduserer sjansen for at utvalget ikke avviker fra populasjonen. Ved for eksempel kvoteutvelgelse bestemmer man at grupper av en type karakteristika skal være like i antall (Hellevik, 1971, s. 69). Man kan imidlertid ikke vite om enhetene som utgjør en bestemt kvote er representativt for de tilsvarende enhetene i hele populasjonen. En annen metodisk tilnærming som imidlertid kan øke generaliserbarheten og redusere sjansen for systematisk skjevhet er tilfeldigutvelgelse, samt større utvalgsstørrelse (Hellevik, 1971, s. 71). Resultatene som diskuteres bør derfor tolkes med forsiktighet, men gir også grunnlag for videre utredning av problemstillingen.

Ifølge den deskriptive analysen så det ut til at kvinner og menn hadde relativt like verdier for både SOC og QOL. Dersom vi skulle forsøke å tolke en slik sammenheng, avviker funnet fra tidligere studier. Kjønnforskjeller innen SOC ser nemlig ut til å være større i tidligere forskningssammenheng; tidligere forskning har identifisert at kvinner i større grad rapporterer lavere SOC (Wainwright & Surtees, 2007, s. 872). Det samme gjelder for QOL. Dette er i tråd med tidligere undersøkelser, der det har blitt identifisert gjennom levekårsundersøkelsen (2005); at til tross for at kvinner lever lenger, viser undersøkelser at kvinner skårer lavere på ulike livskvalitetsindikatorer sammenlignet med menn (Myklestad, Rognerud, Johansen, 2008, s. 22). Det ville på bakgrunn av tidligere undersøkelser være forventet at «forskjellene» ville være større. Siden vi mangler sluttstatistikk kan vi ikke anslå at det vi ser er reliabelt. Som tidligere nevnt, var også andelen kvinner i undersøkelsen overrepresentert, vi kan således ikke vite om skjevhetene skyldes forskjeller i utvalgsstørrelse for kjønn. Det samme vil være relevant når det gjelder tolkninger rundt resultater for alder, SOC og QOL. Deltakere som var i de eldste

aldersgruppene var overrepresentert. Noen av funnene vi ser for alder, SOC og QOL kan likevel belyses ut ifra teori og tidligere forskningsfunn. Hvis funnene fra den deskriptive analysen skulle vise at det var en forskjell, kan dette ha noen forklaringer. Som det tidligere har blitt redegjort for, er individet under en kontinuerlig utvikling til SOC, helt frem til omtrent ved slutten av 30 års-alderen. Ifølge teorien vil man etter denne alderen stabiliseres i forhold til SOC. Antonowsky teoretiserte videre at etter en rekke livserfaringer vil individet nå sitt stabile SOC, men at graden av SOC kan endres med opp til 10% i møte med utfordringer (Richardson, Ratner & Zumbo, 2007, s. 681). Det vil på bakgrunn av teorien derfor være mulig å oppnå lavere SOC selv i høy alder. Videre, var resultater for QOL høyest blant de eldste aldersgruppene. Dersom vi skulle anta det var en slik sammenheng, kan funnene relateres til tidligere forskningsfunn som tilsier at eldre i gjennomsnitt rapporterer bedre QOL. Dette kan blant annet forklares ut ifra eksisterende funn som antyder at høy alder er assosiert med endrede holdninger til hva som anses som viktig i livet. Gjennom ungdomstiden er man i en søken etter et meningsfullt livsinnhold, mens man i alderdommen søker etter en meningsfull konklusjon på livet. Det vil si at man ved økende alder blir mer selektiv i den grad av hva som prioriteres. De aldersrelaterte forskjellene innebærer derfor også blant annet at man ved økt alder blir mer fokusert på de emosjonelle og helsemessige aspekter ved livet (Siedlecki, Tucker, Oishi & Salthouse, 2008, s. 2). Til tross for disse funnene er det likevel verdt å nevne at det er forskjell på normal aldring og sykdomsrelaterte endringer. Høyere alder er også assosiert med dårligere fysisk og psykisk helse. Forekomst av blant annet muskel-og skjelettplager er høyest blant den eldste befolkningen, som også vil tilsvare mer smerte og dårligere funksjonsevne (Folkehelseinstituttet, 2018b). I tillegg til andre fysiske plager blir ofte kognisjonen svekket. Redusert livskvalitet oppstår gjerne relatert til smerte og begrenset funksjonsevne og mange eldre faller derfor innenfor ulike depresjonsdiagnoser (Lok, Lok. & Canbaz, 2017, s. 93).



Det kan være mange årsaker til de aldersrelaterte funnene som den deskriptive analysen antyder. Årsakene kan deriblant være relatert til utdanning. Den eldste aldersgruppen kan ha rapporterte høyere utdanningsnivå, mens den yngste aldersgruppen (som går gjennom en utdanning på høyskole/universitetsnivå) kan ha rapportert «videregående». Følgelig, kan de aldersrelaterte forskjellene forklares av de ulike livsfasenes stadier. For eksempel eksisterer det holdepunkter som tilsier at alderdommen, kan være preget av bitterhet eller anger over forbigåtte sjanser i livet. Dette kan eksemplifiseres i integritetsteori som ifølge psykologen Erikson (f.1901) omhandler åtte ulike integritetsfaser av livet. Erikson skisserte blant annet det åttende og siste stadiet, som enten å være preget av «integritet eller fortvilelse» Integritet referer til en aksept av sin egen identitet og sin egen livssyklus (Mathisen, 2006, s. 15; Eriksson, 1959). oppgaven tidligere har vært inne på, vil man gjennom livets faser oppleve en rekke ulike identitetsoverganger og livserfaringer, noen av disse kan resultere i at man i høy alder enten når et slags «aksept» for det livet man har levd, eller for noen, anger eller bitterhet og mindre tilfredshet. Tidligere forskningsfunn relatert til alder og SOC viser varierende resultater. En tidligere longitudinell studie som undersøkte hvordan grad av SOC utviklet seg med alder fant blant annet at SOC-skåren økte med alder (Lövheim, Granheim, Jonsén, Standberg & Lundman, 2012, s. 17). En annen svensk tverrsnittstudie viste derimot at graden av SOC var lavest blant den eldste befolkningen (Lundberg, 1997, s. 825). Funnene fra disse undersøkelsene viser imidlertid, at kunnskapsgrunnet innen forskningen varierer og at det er behov for grundigere utredning rundt aldersforskjeller og SOC.

I denne undersøkelsen viste derimot funnene at den yngste aldersgruppen antydte noe lavere grad av QOL. Etableringsfasen er en tid preget av mye uro samt usikkerhet rundt økonomi og jobbrelaterte utfordringer. Noen av årsakene til det som vises i studien, kan forklares av at utfordringene ser ut til å være forskjellig relatert til de ulike livsfasene. Lavere tilfredsstillelse eller livskvalitet blant den yngre aldersgruppen kan være preget av tåkelagte langiktige mål

enten i form av jobb eller økonomiske mål. Den nåværende livssituasjonen blir derfor vurdert som mer «uklar» og mindre tilfredsstillende. For å sammenlikne med tidligere studier er det blitt vist noen tendenser som kan være relevant å diskutere. For eksempel har det blitt vist av König og medarbeider at yngre befolkning, ofte rapporterer mindre tilfredsstillelse med livet her og nå. Dette bør sees i sammenheng med ulike påvirkende faktorer som SØS og helsestatus, men studien antydte imidlertid at livskvaliteten blant den yngre populasjonen, i større grad så ut til å være preget av arbeidsrelaterte utfordringer og usikkerhet rundt økonomi (König & Larsen, 2017, s. 270). Studien tematiserte videre at usikkerhet rundt økonomi så ut til å påvirke begge aldersgruppene negativt, men på ulik måte. Funnene i denne undersøkelsen kan imidlertid anses å være overraskende, da det ifølge teorien var forventet at befolkning som rapporterer lavere SOC også ville rapporterte lavere livskvalitet og omvendt. Funnene må derfor som tidligere nevnt, tolkes med forsiktighet da vi er avhengig av sluttstatistikk for å si noe om det egentlig var noen forskjell.

Tidligere studier har identifisert at befolkning med partner eller befolkning som er gift tenderer å leve lenger og ha bedre mental helse sammenlignet med enslige (Guitierrez-Vega, Villar, Saucedo & Alvarado, 2018, s. 483). Analysen viste at deltakere som rapporterte at de hadde samboer, også rapporterte noe høyere grad av SOC, det samme gjaldt for QOL. Dersom vi skulle anta at det var en forskjell blant deltakerne, kan funnet vi ser samsvare med tidligere forskningsfunn på parforhold og mental helse. Det å være gift, ha partner eller samboer er blant annet forbundet med bedre økonomiske og sosiale ressurser og derav bedre mentalt velvære (Simon & Barrett, 2010, s. 169). Men det kan sees ulikt avhengig av parforholdet. Partnere, som ikke er samboere kan være forbundet med mye usikkerhet rundt forholdets fremtid, derimot kan en samboertilværelse for mange innebære økt opplevelse av stabilitet i form av økonomi og sosial støtte (Simon & Barret, 2010, s. 169). Studier har også identifisert at etterhvert som man eldes kan en partner ha større betydning for sosialt velvære. I alderdommen vil gjerne

sosiale nettverk begrenses, en partner i livet vil derav ha større positiv betydning på individets sosiale velvære (Carr, Freedman, Cornman & Schwarz, 2014, s. 932). For de andre resultatene som gjaldt etnisitet og SOC var «forskjellene» svært lave, men kunne sies større ut for QOL. En grundig analyse med sluttstatistikk ville midlertid bidratt til et bedre forklaringsgrunnlag. Tidligere forskning og nasjonale rapporter antyder nemlig begrenset med kunnskapsgrunnlag rundt minoriteters helse og livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2019b). Tidligere internasjonal forskning har imidlertid identifisert at minoriteter ofte har større utfordringer relatert til sosial tilhørighet, boforhold og økonomi, og at slike faktorer gjenspeiles i deres livskvalitet (Flink. et al, 2013, s. 661).

Overordnet har det deskriptive materialet bidratt med en «grov»-oversikt for utvalget ved NaKuHel, SOC og QOL. Selv om vi ser at noen av funnene gir støtte for hypotese 1, ser vi også at det behov for videre utredning av hypotesen med et større utvalg og sammenlikningsgrunnlag, samt undersøkelser med effektmål. Det er imidlertid viktig å påpeke at disse funnene bør tolkes med forsiktighet, da det er utfordrende å beskrive noen forskjeller i resultatene uten signifikansnivåer. Redusert generaliserbarhet må også tas i betraktning. Det er videre utfordrende å finne studier som baserer seg på tilsvarende utvalg og metode og verdier for SOC og QOL, dette indikerer derfor at det eksisterer et «kunnskapshull» og at det behov for ytterligere forskning rundt sammenhenger mellom sosiodemografiske karakteristikk, SOC og QOL.

#### **7.4 Sammenheng mellom frekvens av deltakelse, sosiodemografiske karakteristikk, SOC og QOL**

Den andre hensikten med undersøkelsen var å undersøke sammenhenger mellom frekvens av deltakelse, sosiodemografiske karakteristikk, SOC og QOL. Deltakelse på aktiviteter i nærmiljø anses som en effektiv metode i å bidra med å redusere sosial isolasjon samt utjevne

sosiale ulikheter i helse (Helsedirektoratet, 2018b, s. 10). Imidlertid, vises det fra tidligere internasjonale undersøkelser, at tiltak som har av helsefremmende betydning, er mindre representert blant befolkning som er av interesse i et folkehelseperspektiv. I Norge, eksisterer det begrenset kunnskap om brukere av nærmiljøaktiviteter. Det ble på bakgrunn av dette utledet en problemstilling, 1 hypotese, som postulerer at frekvens av deltakelse er lavere blant en vanskeligstilt befolkning og to under hypoteser der det postuleres en positiv sammenheng mellom frekvens av deltakelse, SOC og QOL.

#### 7.4.1 Frekvens av deltakelse og sosiodemografiske karakteristikk

Resultatene viste ingen statistisk signifikant sammenheng mellom deltakers sosiodemografiske karakteristikk og frekvens av deltakelse. Analysen antyder derfor at tilbudet har et større involveringspotensial. Dette er positivt med tanke på den helsefremmende betydningen av tilbudet.

Vi har gjennom undersøkelsen sett at en stor andel brukere ved NaKuHel hadde høyere utdanning, men vi har ikke grunnlag for å si om det var noen forskjell på frekvens av deltakelse relatert til utdanning. Gjennom litteraturgjennomgangen ble det identifisert et fenomen som ses i sammenheng med befolkning med høyere SØS og atferdsmønstre. Dette ses i sammenheng med blant annet matvarevalg, fysisk aktivitetsvaner og sosialt liv. Det ble blant annet gjennom litteraturgjennomgangen identifisert at befolkning med høyere SØS i større grad benytter seg av helsefremmende aktiviteter. Det var derfor forventet at undersøkelsen skulle avgi funn for frekvens av deltakelse relatert til utdanning. Imidlertid, ble det ikke funnet noen signifikant sammenheng, men resultatene har således bidratt til preliminare funn og kan danne grunnlag for videre utredning rundt disse fenomenene.

Gjennom undersøkelsen har det blitt vist at en stor andel av brukere var kvinner, det ville på bakgrunn av dette vært interessant å gjøre en nærmere analyse rundt frekvens av deltakelse

ved NaKuHel, eventuelt ut ifra ulike aktivitetsgrupper. Som oppgaven tidligere har vært inne på, har tidligere undersøkelser vist at kvinner i større grad foretrekker fysisk aktivitet i sosialt samvær, særlig sammen med andre kvinner (Uffelen et al. 2010, s. 7). Det var derfor forventet at deltakelse skulle være høyere blant kvinner. Som det blitt utredet tidligere i oppgaven, sees det kjønnsforskjeller i deltakelse relatert til sosiale og kulturelle aktiviteter. Kvinner ser nemlig ut til i større grad å tiltrekkes av aktiviteter i form av kreativt innhold (Cuypers et al, 2012, s. 702). NaKuHel er et tilbud som praktiserer aktiviteter i form av kreative og kulturelle aktiviteter. Ytterligere utredning rundt deltakelse relatert til kjønn ville derfor være interessant for å kartlegge eventuelle forskjeller i kjønn og deltakelse ved NaKuHel.

Følgelig kunne vi ut ifra de tidligere funnene se at en stor andel brukere ved NaKuHel var blant de eldste aldersgruppene, dette er positivt med tanke på den helsefremmende betydningen av tilbudet. Det samme kunne derfor forventes å sees i sammenheng med frekvens av deltakelse, men funnet var ikke statistisk signifikant, og trenger ytterligere utredning og forklaringsgrunnlag. Gjennom undersøkelsen har vi også sett at tilbudet benyttes av en større andel brukere som var gift, hadde partner eller samboer. En mer inngående analyse med hensikt i å kartlegge frekvens av deltakelse relatert til ulike aldersgrupper, sivilstatus, og utdanning hadde derfor bidratt til et bedre bilde av involveringspotensialet av tilbudet. Som vi har sett i undersøkelsen, var andelen brukere som var gift, hadde partner eller samboer høyest representert. I et folkehelseperspektiv, gir dette funnet grunnlag for bedre involvering av ulike undergrupper av tilbudet.

Ensomhet er ansett som en betydelig sosial utfordring i det moderne samfunn. Enslig befolkning, særlig i høy alder, er forbundet med dårligere livsstil og dårlig psykisk helse. Særlig sees forekomst av depresjon, i sammenheng med ensomhet, som en vanlig utfordring blant eldre (Waite, Hawkley & Thisted, 2006, s. 141). Helsefremmende tiltak i nærmiljøet er derfor ansett

som en positiv bidragsyter for de som opplever ensomhet i hjemmet. Det er derfor behov for ytterligere strategier som fremmer involvering og deltakelse blant enslige eldre.

Til tross for at funnene for de ulike sosiodemografiske karakteristikkene og deltakelse ikke var statistisk signifikant, har undersøkelsen bidratt med en rekke interessante prelimnære funn. For eksempel, ville det være av interesse å gjøre en grundigere utredning rundt deltakelse og andelen minoritetsbefolkning, siden andelen minoriteter ved NaKuHel, så ut å være samsvarende med forekomsten i forhold til Asker kommune (SSB, 2019). Ifølge det som angis av NaKuHel, samsvarer dette med andelen minoriteter som har blitt registrert. Som oppgaven tidligere har diskutert, er inkludering av minoriteter et av satsingene i det fremtidige folkehelsearbeidet og er derfor av positiv betydning for tilbudet. Funnene som er vist i denne undersøkelsen, danner derfor grunnlag for ytterligere utredning rundt sosiodemografiske karakteristikk og deltakelse.

#### 7.4.2 Frekvens av deltakelse og SOC

I Problemstilling 2 spørres det om frekvens av deltakelse ved NaKuHel er forbundet med befolkning med høyere grad av utdannelse, det var på bakgrunn av denne problemstillingen utledet en hypotese der høyere frekvens av deltakelse var forventet å være positivt assosiert med grad av SOC og QOL. Et hovedfunn som utpekte seg i sammenheng med problemstilling 2 var at det ble påvist en signifikant negativ sammenheng mellom deltakelse og grad av SOC. Dette samsvarer ikke med hypotesen som postulerer en *positiv* sammenheng mellom deltakelse og grad av SOC. Det er på bakgrunn av tidligere teori og forskningsfunn ikke sannsynlig at høyere deltakelse ved NaKuHel fører til «lavere» grad av SOC, dette danner derfor grunnlag til å anta at befolkning med lavere SOC også deltar hyppigere på aktivitetene ved NaKuHel.

I følge den salutogene modellen er SOC-skalaen ment å måle hvordan mennesker opplever livet som meningsfullt og håndterbart. Høy grad av SOC er derfor forbundet med bedre evne til å håndtere stressorer og tilsvarende bidra til høyere grad av mentalt velvære. Tilsvarende vil dette si at høyere grad av SOC ville være forbundet med økt engasjement til å delta i helsefremmende aktiviteter (Eriksson, & Lindström, 2005, s. 378). Imidlertid, kan det være relevant å diskutere om lavere grad av SOC også påvirker individer til å i større grad, oppsøke tilbud som har av helsefremmende betydning. Det vil si at individer med helseutfordringer og lavere SOC kan initiere aktivitet i større grad og dermed i større grad oppsøke aktiviteter som har av helsemessig betydning (Kivimäki, Feldt., Vahtera & Nurmi, 2000, s. 585). Vi kan således ut ifra det signifikante funnet antyde en mulig sammenheng mellom NaKuHel og befolkning som er søkende etter mer mening med livet. For å diskutere mulige indikasjoner vil det være relevant å se på tidligere forskning. Det er utfordrende å finne studier med tilsvarende metode og tilsvarende resultater, men en longitudinell studie viste at personer med lav grad av SOC hadde større helsemessige fordeler enn personer med høy grad av SOC. I undersøkelsen til Kivimäki og medarbeidere hevdes det derfor at for å opprettholde egen helse ser det derfor ut til at man bør bevege seg innenfor det sykdomspregede spekteret av helsens kontinuum (Kivimäki, et al. 2000, s. 594). Som resultatene viser i denne undersøkelsen, kan dette være mulige forklaringer på de tendensene vi ser. Det er imidlertid, verdt å nevne at det eksisterer varierende hypoteser i forskningsfeltet. I faglitteraturen finner man også teorier som tilsier at for å påvirke grad av SOC, må også ressursene styrkes og motsatt. En tidligere finsk studie klarte imidlertid, ikke å finne sammenhenger som støttet SOC som en salutogen ressurs. Resultatene viste, i motsetning til det Antonowsky skisserte, at lavere SOC var forbundet med økt grad av generelle motstandsressurser (Smith, Breslin, & Beaton, 2003, s. 481). Uansett, kan funnet vi ser i oppgaven, som relateres til SOC og deltakelse bidra til å fremme den

helsemessige betydningen av NaKuHel, men videre forskning som utreder årsakssammenhenger hadde bidratt til et bedre forklaringsgrunnlag.

#### 7.4.3 Frekvens av deltakelse og QOL

I forbindelse med problemstilling 2 ble det utledet en hypotese orientert rundt QOL blant brukere ved NaKuHel. I likhet med hypotesen om SOC, var det antatt at høyere deltakelse var forventet å vise positive sammenhenger med QOL. Resultatene fra korrelasjonsanalysen viste imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom deltakelse og QOL.

NaKuHel fører en salutogen tilnærming og har som formål å bedre livskvalitet gjennom sine tilbud i form av sosiale- natur og kulturaktiviteter. Videre er tilbudets hensikt å nå ut til hele samfunnets sosiale lagdeling, uavhengig av helsestatus. Med grunnlag i funnene fra denne undersøkelsen er det derfor behov for ytterligere kartlegging og analyser av tilbudets effekt/ikke effekt på livskvalitet. Som det tidligere har blitt redegjort for, er livskvalitet et sammensatt og omfattende begrep. Begrepet gjenspeiler individets fysiske og psykiske helse samt de sosiale forhold og mer. Begrepet har derfor blitt ansett som problematisk i sin betydning, siden begrepet dekker et mangfold av indikatorer. Begrepet kan således anses som et idiosynkratisk fenomen (Albert, 1998, s. 429; Leplége, 1997). Med andre ord, avhenger livskvalitet av kulturforskjeller, tid, sted og personlig oppfatning. Enkelte forskere på feltet hevder derfor å utelukke begrepet i forskningssammenheng. Det har i forskningsfeltet også blitt adressert uenigheter rundt den subjektive betydningen av begrepet, samt diskusjoner orientert rundt måleinstrumenter for QOL. Videre sees det også et behov for ytterligere kunnskap og utredning rundt betydningen av begrepet, samt hva som påvirker befolkningens QOL og hvordan det på best mulig måte kan måles (Albert, 1998, s. 430).



Overordnet viser funnene fra undersøkelsen at SOC og deltakelse hadde en negativ sammenheng. Med grunnlag i teori og tidligere forskning, kan vi derfor se tendenser for at det eksisterer en sammenheng mellom befolkning som deltar hyppigere med hensikt i å oppsøke aktiviteter for å øke grad av SOC, men vi kan imidlertid ikke si noe om deltakelse relatert til QOL. Følgelig er det viktig å påpeke at funnene i analysen antyder funn som kun er preliminære. Det vil si at funnene gir grunnlag for ytterligere utredning av problemstillingen. I denne sammenhengen antydes derfor et behov for videre forskning rundt årsak-sammenhenger mellom deltakelse, SOC og QOL gjennom annen metode og forskningsdesign, dette vil belyses senere i kapittel 6.5.

#### 7.4.4 Refleksjoner rundt måleinstrumentets pålitelighet

Et annet funn som utmerket seg i undersøkelsen, var at SOC viste en signifikant negativ sammenheng med QOL. Dette var ikke en av studiens hovedhensikter, men er likevel verdt å kommentere. Ifølge teorien er høyere SOC forbundet økt grad av velvære og livskvalitet. Siden resultatet vi ser, ikke samsvarer med teori og tidligere forskning, kan det derfor være aktuelt å anta en mulig svakhet i studiens måleinstrument. Intern pålitelighet ble ifølge alfa koeffisienten vurdert som «høy», på bakgrunn av dette er det sannsynlig at svakhetene relateres til noe annet. Man kan derfor diskutere om selve måleinstrumentet var egnet for utvalget som ble undersøkt. Måleinstrumenter for SOC har vist å avgi ulikt resultat avhengig av populasjoner som måles. Dette kan eksemplifiseres i undersøkelsen til Drageset og medarbeidere (2015). Studien til Drageset og medarbeidere hadde som hensikt å måle SOC blant eldre ved sykehjems institusjoner i Norge. Imidlertid ble det oppdaget at enkelte spørsmål i spørreskjemaet burde vært vurdert endret eller slettet (Drageseth & Haugen, 2016, s. 628). Dette gjaldt for eksempel spørsmålene rundt «Har det hendt at du har blitt overrasket av oppførselen til mennesker du trodde du kjente?», eller «Har det skjedd at mennesker du stolte på har skuffet deg?». Spørsmålene er relativt like i sin betydning og kan bidra til forveksling, videre kan det

diskuteres om det å være «overrasket av noen du trodde du kjente» kan ha ulik betydning avhengig av individuelle tolkninger. Til tross for at mye forskning som antyder at SOC predikerer for bedre livskvalitet og generelt bedre helse, argumenteres det i følge Pallant og medarbeider (2002), at enkelte personer, som i utgangspunktet har det bra, (hvis man måler livskvalitet) også tenderer å overrapportere grad av SOC, og at dermed mange undersøkelser baseres på disse funnene. Imidlertid illustrerer dette funnet at det er behov for ytterligere forskning relatert til SOC skalaen sammenhenger med andre skalaer for helse og livskvalitet (Pallant & Lae, 2002, s. 45).

### 7.5 Styrker og svakheter

Studien er i tråd med Helsedirektoratets etterlysning på evalueringsundersøkelser av kommunale helsefremmende tiltak i Norge. Videre var en av de metodiske styrker at det ble brukt validerte instrumenter for SOC og QOL. Det interne pålitelighetsmålet (Cronbarch alfa) ble vurdert som høy, for begge måleinstrumentene. Responsraten var innenfor normalområdet for en akseptabel responsrate (63%). Den høye responsraten kan forklares på bakgrunn av den anonyme tilnærmingen. Anonyme undersøkelser tenderer ofte til høyere responsrate. Basert på studiens høye responsrate er det aktuelt å anta at studien har dekket flestparten av brukere av NaKuHel i tidsperioden da undersøkelsen fant sted. En annen metodisk styrke ved undersøkelsen er bruk av forkortede spørreskjemaer. Spørreskjemaer i forenklete eller forkortede versjoner kan ha bidratt til at flere tok seg tid til å delta. I undersøkelsen var det noen, men svært få manglende svar i spørreskjemaet, noe som styrker reliabiliteten i undersøkelsen.

Det er imidlertid verdt å nevne noen begrensinger i studiens design og metodiske tilnærming. Mastergradsprosjektet var basert på et tverrsnittsdesign, tverrsnittsdesignet er en type observasjonell studiedesign. Dette er i motsetning til kasus-kontroll studier der hensikten er å

måle et utfall som følge av en eksponering (Bryman, 2016, s. 54). En vanlig begrensning for tverrsnittsdesignet er at det er umulig å utlede kausaliteter eller årsak-virkninger. I forskningssammenheng er det likevel mulig å diskutere indikasjoner på sammenhenger eller tendenser. I denne undersøkelsen har vi sett på korrelasjoner, korrelasjon indikerer kun at det kan være en sammenheng mellom to variabler (A og B), (Pallant, 2010, s. 124). Med bakgrunn i tverrsnittsdesignet bidrar studien kun til et øyeblikksbilde over NaKuHel. Studien er i den betydning «utforskende» og kan anses som en «pilot» for fremtidig forskning. Funnene fra undersøkelsen gir derfor støtte for en grundigere utredning for årsak sammenhenger mellom fenomener som QOL og SOC samt deltakelse. Det er derfor av relevans å diskutere ulike metodiske tilnærminger som kan bidra til et bedre forklaringsgrunnlag i denne sammenheng. Forskningstilnærminger med eksperimentelle design og longitudinelle tilnærminger, vil bidra til bedre assosiasjonsstyrke. En annen metodologisk begrensning som er verdt å kommentere angår de vanlige utfordringer som oppstår i bivariate analyser. En vanlig utfordring i bivariate analyser er at man risikerer å oppnå falske resultater. Et falskt resultat oppstår når en sammenheng mellom to variabler er påvirket av en tredje variabel (Bryman, 2016, s. 344). Med andre ord, kan vi ikke vite om resultatene har blitt påvirket av en tredje variabel/konfunderende variabler. Videre er det ikke uvanlig at man gjennom forskningsprosessen risikerer former for bias. Bias kan deles i type 1 og type 2-feil. Hvis man begår en type 1 feil forkaster man nullhypotesen selv om den er sann. Ved type 2-feil godtar man nullhypotesen selv om den alternative hypotesen er den som reflekterer virkeligheten (Bjørndal & Hofoss, 2017, s. 202). Type 1 og type-2 feil vil nesten alltid forekomme, men med en større utvalgsstørrelse vil man redusere faren for å begå begge feilene (Bjørndal & Hofoss, 2017, s. 201).

## 7.6 Implikasjoner og forslag til videre forskning

Funnene fra undersøkelsen har bidratt som en «pilot» og kan gi grunnlag for videre forskning på årsak-sammenhenger mellom sosiodemografisk profil, deltakelse ved NaKuHel, SOC og QOL. Formålet med empiriske studier er å frembringe valide og repeterbare forskningsgrunnlag (Benestad & Laake, 2015, s. 123). Som denne studien har antydning er det behov for ytterligere konsistent forskning som kartlegger den helsefremmende betydningen av tiltaket. Som oppgaven tidligere har vært inne på, er observasjonsstudiet multifaktoriell; med andre ord uten noen form for randomiserte forsøksenheter og baseres på et tverrsnitt av en situasjon. Metoden er derfor dårlig egnet for å avklare årsak-sammenhenger (Benestad & Laake, 2015, 124). Ulike former for eksperimentelle intervensjoner eller kohorter for å se etter sammenhenger/effekter mellom gruppene/kontroll-grupper over tid hadde vært hensiktsmessig. Folkehelsearbeidet er avhengig av kunnskapsbaserte intervensjoner for utvikling av helsefremmende strategier med formål i å utjevne sosiale ulikheter i helse, fremme livskvalitet og levealder i befolkningen. Det er derfor behov for grundigere utredninger på brukere av tiltak som har av helsemessig betydning, samt sosiodemografiske karakteristikk.

## 8. Konklusjon

I forbindelse med problemstilling I var hovedfunnet at tilbudet inkluderer grupper som er av betydning i et folkehelseperspektiv. Funnene fra undersøkelsen viser også at tilbudet appellerer spesielt til den eldre befolkningen. Videre viste funnene at tilbudet bestod av en relativ høy andel personer med utenlandsk opprinnelse. Disse funnene antyder derfor tilbudets positive helsefremmende betydning. Det ble videre vist at en større andel hadde høy grad av utdanning, disse funnene er i tråd med teorier rundt de sosiale helsedeterminanter og sosiale ulikheter i helse. Funnene kan derfor anses som et forbedringspotensial tilbudet bør strekkes etter.

Resultater for både QOL og SOC var middels høy for utvalget, dette gjenspeiler tilbudets involverings potensial av grupper som er relevant i et folkehelseperspektiv. I forbindelse med problemstilling II var hovedfunnet at tilbudet viste et potensial i å i større grad involvere brukere av ulike undergrupper, dette gjaldt blant annet brukere som var enslige og minoritetsbefolkning. Det ble følgelig ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom hyppighet av deltakelse og brukeres sosiodemografiske karakteristikk. Dette antyder at tilbudet har et bedre involveringspotensial. At SOC viste negativ assosiasjon med høyere deltakelse kan ha av positiv betydning av helsefremmende aspektet ved tilbudet, siden dette viser at tilbudet involverer brukere med allerede lav SOC. Derimot, viste funnene at SOC korrelerte negativt med QOL, noe som kunne antyde mulige svakheter av måleinstrumentets validitet. Undersøkelsen hadde også ulike metodiske begrensninger, som begrenset representativitet i utvalget samt lav generaliserbarhet.

Oppsummert indikerer funnene at tilbudet har noe forbedringspotensial, dette omfatter blant annet å i større grad, inkludere grupper som er av interesse i et folkehelseperspektiv. Undersøkelsen gir derfor grunnlag for videre utredning rundt den helsefremmende betydning av tiltaket, det er derfor behov for ytterligere forskning på årsak sammenhenger mellom effekt av deltakelse, SOC og QOL blant brukere av NaKuHel-Asker.

## 9. Referanser

- Aas-Clench, J., Nes, R. B., Dalgard, O. S. & Aarø, L. E. (2011). Dimensionality and measurement invariance in the Satisfaction with Life Scale in Norway. *Quality of Life Research* (20): 1307-1317. doi: 10.1007/s11136-011-9859-x
- Albert, S. M. (1998). Defining and Measuring Quality of Life in Medicine. *American Medical Association* 6(279): 429-434
- Antonowsky, A. (1996). The salutogenic model as theory to guide health promotion. *Health promotion International* 1(11): 11-18
- Asker kommune. (2018). Rapport folkehelse i Asker 2018 – Rapport status for Kommuneplan for folkehelse 2015-2026. Hentet fra <https://www.asker.kommune.no/globalassets/samfunnsutvikling/folkehelse/rapport-folkehelse-2018.pdf>
- Bryman, A. (2016). *Social Research methods* (5th edt). Oxford univeristy press.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2012). *Statistikk i helse og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillitt og tilhørighet – En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. Statistisk sentralbyrå 2015/51
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M. & Petticrew, M. (2009). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal Epidemiol Health* (64): 284-291. doi:10.1136/jech.2008.082743
- Benestad, H. B. & Laake, P. (2015). *Forskning: Metode og planlegging*. P. Laake., B. R. Olsen & H. B. Benestad (red.), *Forskning i medisin og biofag* (s. 115-146). Oslo: Gyldendal akademisk
- Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C. & Schwarz, N. (2014). Happy Marriage, Happy Life? *Marital Quality and Subjective Well-being in Later Life*. *Journal of Marriage and Family* (76): 930-948 doi:10.1111/jomf.12133

- Calogiuri, G. & Chroni, S. (2014). The impact of the natural environment on the promotion of active living: An integrative systematic review. *BioMed Central*. (14) 1-27
- Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions, *Ageing & Society*. 41-67. DOI: 10.1017/S0144686X04002594
- Chang, T. E., Brill, C. D., Traeger, L., Bedoya, A. C. Inamori, A., Hagan. P. N., Flahert, K. Hails, K., Yeung, A. & Trinh, N. H. (2015). Association of Race, Ethnicity and Language with Participation in Mental Health Research Among Adult Patients in Primary Care. *Journal on Immigrant Minority Health* (17):1660-1669
- Cyril, S. Oldroyd, J. Renzaho, A. (2013). Urbanization, urbanicity, and health: a systematic review of the reliability and validity of the urbanicity scales. *BMC Medical Journal*. (13):513 2-11. doi:10.1186/1471-2458-13-513
- Coupe, N. Coterill, S. & Peters, S. (2018). Tailoring lifestyle interventions to low socio-economic populations: a qualitative study. *BMC Public Health*. (18):967 1-15
- Cuypers, K., Krokstad, S., Holmen, L. T., Knutdsen, M. S., Bygren, L. O. & Holmen, J. (2012). Patterns of seceptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal Epidemiol Community Health* (66):698-703 doi:10.1136/jech.2010.113571
- De Nasjonale Forskningsetiske komiteene. (2018). *Forskningsetisk veileder for internettforskning*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/veileder-for-internettforskning>
- De Quadros, A. (2017). Music, the Arts, and Global Health: In Serach of *Sangam*, its Theory and Paradigms. *Journal of Folklore Research* (54):15-38.
- Dong, Y. & Peng, Y. C. (2013). Principled missing data methods for researchers. Henter fra: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/2193-1801-2-222.pdf>
- Drageseth, J. & Haugan G. (2016). Psychometric properties of the orientation to Life Questionnaire in nursing home residents. *Scandinavian Journal of Caring Science* (30): 623-630 doi: 10.1111/scs.12271

- Dahlgren, G & Whitehead, M. (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Hentet fra: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Eaden, J., Mayberry, M. K. & Mayberry, J. F. Questionnaire: the use and abuse of social survey methods in medical research. *Postgrad Medical Journal* (75): 397-400.
- Evensen, K. H. & Raanaas, R. K. (2018). Helsefremmende nærmiljøutvikling gjennom medvirkning– erfaringer fra Akershus. *Kart og Plan* (78):161-173
- Eriksson, M. & Lindström (2005). Antonowskys sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Epidemiol Community Health Journal* (60): 376-381 doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M., Lindström, B. & Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? *Journal epidemiol Community Health*. 61(8): 684-8
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelsereporten – kortversjon*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helse hos eldre i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelseprofilene*. Hentet fra <https://www.fhi.no/en/hn/health-in-the-municipalities/>
- Folkehelseinstituttet. (2014). Folkehelsereporten 2014. (1503-1403): Helsetilstanden i Norge (rapport 2014:4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelsereporten-2014-pdf.pdf>
- Flink, I. J. E., Beirens, M. J., Looman, C., Landgraf, J. M., Tiemeier, H., Mol, H. A., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Mackenbach, J. P. & Raat, H. (2013). Health-related quality of life if infants from ethnic minority groups: the generation R study. *Quality Life Res* (22): 653.664 doi:10.1007/s11136-012-0184-9



- Goyder, J., Warriner, K. & Miller, S. (2002). Evaluating socio-economic status (SES) Bias in Survey Nonresponse. *Journal of Official Statistics* 1(18): 1-11
- Gutiérrez, M. V., Villar, O. A. E., Saucedo, I. C. C. & Alvarado, P. M. (2018). The Possible Protective of Marital Status Among Elders in U.S.-Mexico Border City. *Community Mental Health* (54): 480-484 doi: 10.1007/s10597-017-0166-z
- Hellevik, O. (1971). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (utg. 1.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Holm, S. & Olsen, B. R. (2015). Etikk i menneske-og dyreforsøk. P. Laake, Olsen, B. R. & B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag*, (s. 90-113). Oslo: Gyldendal akademisk
- Hochwälder, J. (2019). Sense of coherence: Notes on Some Challenges for Future Research. *Psychological Reports*. 1-8 doi:10.1177/2158244019846687
- Helsedirektoratet (2017). *Kommunen bør skape åpne samfunn med fokus på aksept og kunnskap om psykisk helse*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord>
- Helsedirektoratet (2017). *Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>
- Helsedirektoratet (2018) *Prinsipper for tiltaksutforming*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/prinsipper-for-tiltaksutforming>
- Helsedirektoratet (2018). *Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid – Innbygger involvering, myndiggjøring og deltakelse* (2721). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styrkebasert-tilnaerming-i-lokalt-folkehelsearbeid>
- Helsedirektoratet. (2018). *Livskvalitet – Anbefalinger for et bedre målesystem* (2727). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter. (Meld. St. 19 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldingen*. (Meld. St. 19. 2018-2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Kruize, H., Van Kamp, I., Van den Berg, M., Ven Kempen, E., Wendel-Vos, W., Ruisbroek, A. (2019). Exploring mechanisms underlying the relationship between the natural outdoor environment and health and well-being – Result from the PHENOTYPE project. *Environmental International*. 1-10 <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.105173>
- Kivimäki, M., Feldt, T. Vahtera, J. & Nurmi, J. E. (2000). Sense of coherence and health: evidence from two cross lagged longitudinal samples. *Social Science & Medicine* (50) 585-597
- Kuor, T. (2006). The Connections Between Social Cohesion and City Competitiveness. *Competitive Cities in the Global Economy*. 353-366 DOI: 10.1787/9789264027091-13-en · Source: OAI
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Commers, M. & Smerecnik, C. (2008). The Ecological Approach in Health Programs: A Decade Later. *American Journal of Health Promotion*. 22(6): 437-442
- König, T. M. & Larsen, V. (2017). An intergenerational perspective on life satisfaction and its drivers: a comparison between 18-29 year-old and 50+ consumers in Germany. *Journal of Strategic marketing* (25):258-274 doi: 10.1080/0965254X.2017.1299788
- Langeland, E. (2017). Salutogenese og tilhørighet. G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling* (s.38-45). Bergen: Fagbokforlaget

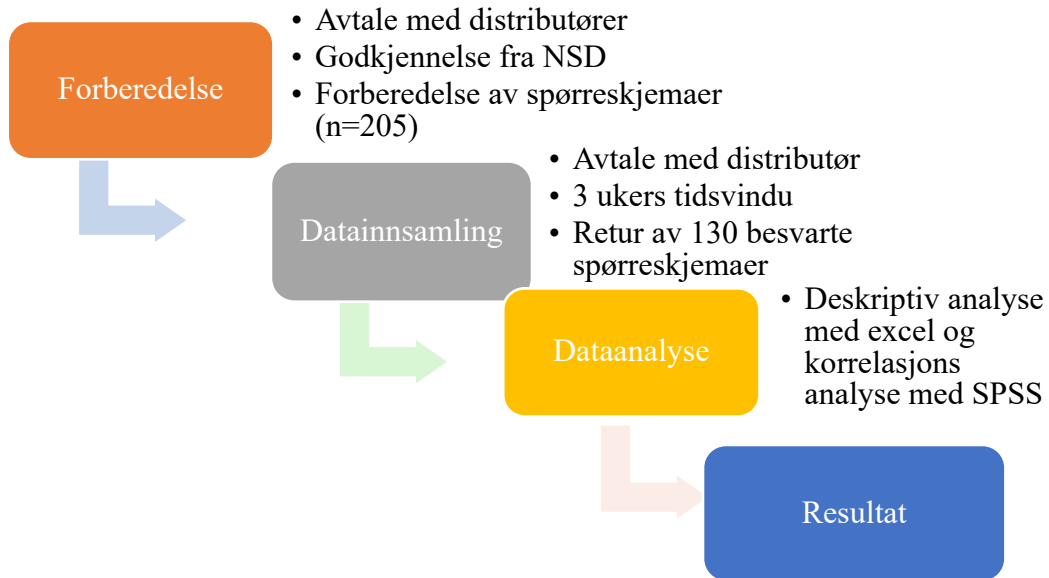
- Laake, P, Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (2015). *Forskning i medisin og biofag* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laake, P. & Skovlund, E. (2015). Statistisk analyse av kontinuerlige data. P. Laake, B. R. Olsen. & Benestad, B. (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (s. 351- 390). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsson, G. & Kallenberg, K. O. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal of public health* (6): 175-180.
- Lee, A. C. K. & Maheswaran, R. (2010). The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence. *Journal of Public Health* (33) 212-222 doi:10.1093/pubmed/fdq068
- Livinston, E. H. & Wislar, J. S. (2012). Minimum Response Rate for Survey Research. *American Medical Association* 147 (2):110
- Lövheim, H., Granheim, Ulla, H., Jonsén E., Strandberg, G. & Lundman, B. (2013). Changes in sense of coherence in old age – a 5 year follow-up of the Umeo 85+ study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (27): 13-19
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2007). Antonowsky's sense of coherence scale and its relation to quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61(11): 938-944 DOI:10.1136/jech.2006.056028
- Lindström, M., Hanson, B. S. & Östergren, P. O. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior. *Social Science and Medicine* (51): 441-451
- Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science & Medicine* (44): 821-831
- Liu, K. A. & DiPietro, N. A. (2015). Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. *Pharmacy Practice* (708): 1-9 doi: 10.18549/PharmPract.2016.01.708
- Lipowski, M., Krokosz, D., Lada, A., Slizik, M. & Pasek, M. (2019). Sense of Coherence and Connectedness to Nature as Predictors of Motivation for Practicing

- Karate. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(2483): 1-14 doi:10.3390/ijerph16142483
- Lok, N., Lok, S. & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics* (70): 92-98  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espenes, G. A. (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer.
- Marmot, M. (2004). Social Determinants of Health Inequalities. Hentet fra:  
[https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/676/1/Microsoft\\_Word\\_-\\_MM\\_Lancet\\_365\\_1099\\_UCL\\_eprints.pdf](https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/676/1/Microsoft_Word_-_MM_Lancet_365_1099_UCL_eprints.pdf)
- Maas, J., Verheij, S., De Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F. G. & Groenewegen, P. (2009). Morbidity is related to a green living environment. *Journal Epidemiol Community Health* 63 967-973 doi:10.1136/jech.2008.079038
- Mao, G. X., Cao, Y-B., Lan, X-G., He, Z-H., Chen, Z-M., Wang, Y-Z., Hu, X-L., Lv, Y-D., Wang, G-F., Yan, J. (2012). Therapeutic effect of forest bathing on human hypertension in the elderly. *Journal of Cardiology* 495-502  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2012.08.003>
- Mathisen, A. (2006). *Identitet som livslang transformasjon*. (Mastergradsavhandling). Universitetet i Tromsø. Tromsø.
- Myklestad, I., Rognerud, M. & Johansen, R. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse* (8). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20088-pdf.pdf>
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival manual – A step by step guide to data analysis using SPSS* (4th edt). Allen & Unwind.
- Pallant, J. F. & Lae, L. (2001). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences* (33): 39-48

- Pavot, W. & Diener, E. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*. 7(2): 340-354.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993) Review of the Satisfaction With Life Scale. *American Psychological Association* (2): 164-172
- Pretty, J., Peacock, R. H., Sellens, N., South, N. & Griffin, M. (2007). Green exercise in the UK countryside: Effects on health and psychological well-being, and implications for policy and planning. *Journal of Environmental Planning and Management*. 50(2) 319-337 <https://doi.org/10.1080/09640560601156466>
- Personopplysningsloven (2000). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2000-04-14-31). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2000-04-14-31>
- Peters, A. & Liefbroer, A. (1997). Beyond Marital Status: Partner History and Well-being in Old Age. *Journal of Marriage and Family* 3(59): 687-699
- Porter, S. R. & Whitcomb, M. E. (2005). Non-response in student surveys: The Role of Demographics, Engagement and Personality (46) DOI: 10.1007/s11162-004-1597-2
- Raanaas, K. R., Patil, G. G., & Hartig, T. (2011). Health benefits of a view of nature through the window: a quasi-experimental study of patients in a residential rehabilitation center. *Clinical rehabilitation* 26(11): 21-32 doi: 10.1177/0269215511412800
- Richardson, C. G., Ratner, P. A. & Zumbo, B. D. (2007). A Test of the Age-Based Measurement Invariance and Temporal Stability of Antonowsky Sense of Coherence Scale. *Educational and Psychological Measurement* (67): 679-696 <https://doi.org/10.1177/0013164406292089>
- Ridder, M. O., Stige, B. Qvale, L. G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Ageing and Mental Health* (17):667-678 <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>
- Simon, R. W. & Barrett, A. E. (2010). Nonmarital Romantic Relationships and Mental Health I Early Adulthood: Does the Association Differ for Women and Men? *Journal of Health and Social Behavior* 51(2): 168-182 doi: 10.1177/0022146510372343
- Smith, P. M., Breslin, C. E. & Beaton, D. E. (2003). Questioning the stability of sense of coherence. *Social Psychiatry Epidemiology* (38):475-484 doi: 10.1007/s00127-003-0654-z

- Solokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E. & Koivisto, A. M. (2001). To be or not to be married – That is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Social Psychiatry Epidemiol* (36): 381-390
- Schau, A. & Lynnebakke, B. (2017). *Folkehelse-og integreringspolitikens bidrag til å fremme sosial deltakelse og livskvalitet* (2017/5). Hentet fra <https://www.imdi.no/contentassets/a784026b328344cd8f0f7cbbadd6c224/folkehelse-og-integreringspolitikens-bidrag-til-a-fremme-sosial-deltakelse-og-livskvalitet.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Kommunefakta Asker (Viken)*. Hentet fra <https://www.ssb.no/kommunefakta/asker>
- Thelle, D. S. & Laake, P. (2015). Epidemiologisk forskning: Begreper og metoder. P. Laake, B. R. Olsen & Benestad, H. B. (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (s. 282-320). Oslo: Gyldendal akademisk
- Tellnes, G. (2009). How can nature and culture promote health? *Scandinavian Journal of Public Health* (37): 559-561
- Tellnes, G. (2017). *Helsefremmende samhandling*. (red.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Tellnes, G. (2003). *Samspillet Natur-Kultur-Helse Asker*. (2 utg.). Oslo: Unipub forlag.
- Togari, T., Yamazaki, Y., Takayama, S., Yamaki, C., & Nakayama, K. (2008). Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Pers Individ Dif* 44(6), 1335-1347. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2007.12.002>
- Ulrich, R. S. (1984). View through a Window May Influence Recovery from Surgery. *American Association for the Advancement of Science* 4647(224): 420-421
- Van Uffelen, J. G. Z., Khan, Asaduzzaman. & Burton, N. W. (2017). Gender differences in physical activity motivators and context preferences: a population-based study in people in their sixties. *British Medical Journal Public Health* 17(624): 1-11 doi: 10.1186/s12889-017-4540-0

- Van den Berg, J. (2017). From Green Space to Green Prescriptions – Challenges and Opportunities for Research and practice. *Frontiers in Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00268
- Vasques, C., Hervás, G. & Duque, A. (2013). Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults. Validation and Normative Data. *Spanish Journal of Psychology*. 1-15 doi: 10.1017/sjp.2013.82
- Wang, L. & Lee, H. (2006). Challenges and Strategies of Instrument Translation. *Western Journal of Nursing Research* 3(28) 310-321
- Waite, L. J., Hawkey, L. C. & Thisted, R. A. (2006). Loneliness a a Specific Risk factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and ageing* 1(21): 140-151 doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140
- Wainwright, N., Surtees, P. G., Welch, A. A., Luben, R. N., Khaw, K. T & Bingham. S. A. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal Epidemiol Community Health* (61): 871-876 doi: 10.1136/jech.2006.056275
- World's Health Organization. (2019). Constitution. Hentet fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- World's Health Organization. (2019). Health promotion. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World's Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Hentet fra: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/Ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- World's Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Hentet fra: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>

**Vedlegg I. Tidsmal for arbeidsprosessen**



## Vedlegg II Systematisk litteratursøk i Oria og Google scholar

Database/Kilde	Oria
Dato for søk	5.10.2019
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Sense of coherence and nature – Engelsk artikler, fulltekst. 10 år.
Antall treff	2 249
Kommentarer	1 artikkel relevant basert på innhold (psykisk helse, SOC og natur)

Database/Kilde	Google scholar
Dato for søk	5.10.2019
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Sense of coherence and socioeconomic characteristics
Antall treff	346
Kommentarer	1 artikkel relevant basert på innhold/abstract av Eriksson og Lindström (kjent innen forskning rundt SOC)

Database/Kilde	Oria
Dato for søk	1.05.2020
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Green spaces and health
Antall treff	1 346
Kommentarer	Artikkel av Van den Berg ble inkludert, kjent for forskning på naturmiljøets helseeffekt

Database/Kilde	Google Scholar
Dato for søk	30.3.2020
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Sense of coherence and wellbeing
Antall treff	7 454
Kommentarer	2 Inkludert av relevans i abstrakt

Database/Kilde	Google scholar
Dato for søk	14.3.2020
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Sense of coherence and socioeconomic characteristics
Antall treff	16 5000
Kommentarer	(Larsson & Kallenberg) <sup>1</sup> Inkludert på bakgrunn av abstract/innhold

## Vedlegg III. Godkjenning fra NSD

Aeldeskjema for behandling av personopplysninger

26.04.2020, 17:27



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Hva er de sosiodemografiske kjennetegnene på medlemmer av NaKuHel? Er det en sammenheng mellom deltakelse på tilbudet, sence of coherence og livskvalitet?

#### Referansenummer

348009

#### Registrert

15.11.2019 av Maria Emilie Gresslien - 234644@stud.inn.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

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

Giovanna Calogiuri , giovanna.calogiuri@inn.no, tlf: 62430245

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Maria Emilie Gresslien, mariaemilie@hotmail.com, tlf: 46852592

#### Prosjektperiode

10.02.2020 - 15.05.2020

#### Status

04.02.2020 - Vurdert anonym

#### Vurdering (2)

---

##### 04.02.2020 - Vurdert anonym

Det er vår vurdering at det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette prosjektet, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i

meldeskjemaet den 04.02.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra NSD.

#### HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER?

Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

#### VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

#### 30.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 30.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og etnisitet, samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg IV. Informasjonsskriv

### **Vil du delta i forskningsprosjektet** **«NaKuHel – Et helsefremmende tiltak?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge bakgrunnsinformasjon (Sosiodemografiske data), Følelse av sammenheng/mening (Sense of coherence) og livskvalitet blant medlemmer av NaKuHel-Asker I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Jeg studerer en mastergrad i folkehelsevitenskap og arbeider for tiden med min mastergradsoppgaveoppgave.

I mitt masterprosjekt ønsker jeg å kartlegge sosiodemografiske kjennetegn (bakgrunnsinformasjon), Sense of Coherence (Følelse av sammenheng) og livskvalitet blant medlemmer av NaKuHel-Asker. Jeg ønsker å undersøke dette for å evaluere aktivitetstilbudet NaKuHel-Asker.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i innlandet er ansvarlig for prosjektet.

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

For å gjennomføre forskningsprosjektet vil jeg derfor spørre deg og alle andre medlemmer av NaKuHel-Asker i alderen 20- og over.

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

Spørsmålene i spørreskjemaet vil omhandle litt bakgrunnsinformasjon om deg, spørsmål relatert til livskvalitet og Sense of Coherence. Det anonyme spørreskjemaet vil til sammen utgjøre litt over 20 spørsmål. Spørsmålene vil bli lagt inn i et kodesystem for videre analyser. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca. 10 minutter. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

#### **Det er frivillig å delta**

Deltakelse i spørreundersøkelsen er frivillig og anonym. Dersom du svarer, har du gitt samtykke til å delta. Dersom du ikke vil delta, kan du la være å svare. Dersom du ombestemmer deg underveis i utspørringen, lar du være å levere inn skjemaet. Etter at skjemaet er levert, kan svarene ikke trekkes tilbake fordi de er levert anonymt og kan ikke spores tilbake til deg. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller velger å trekke deg.

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- I dette prosjektet vil kun prosjektansvarlige ha tilgang på opplysningene du opp gir.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data», lagre datamaterialet på forskningsserver, innelåst/kryptert, etc.
- Gruppelederne skal samle inn spørreskjemaet. Prosjektansvarlige vil ha ansvaret for å bearbeide og lagre dataene.
- Deltakere i spørreundersøkelsen vil ikke kunne gjenkjennes i den endelige publikasjonen.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes den 15. mai 2020. Den anonyme bakgrunnsinformasjonen vil etter planen bli makulert ved prosjektslutt.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

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

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

*Prosjektansvarlig:* Maria Emilie Gresslien, Tlf: 46 85 25 92 eller Giovanna Calogiuri Tlf: 62 43 02 45

- Vårt personvernombud: Hans Petter Nyberg, Tlf: 62 43 00 23
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
Maria Emilie Gresslien

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *NaKuHel-Asker – Et helsefremmende tiltak?*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i spørreundersøkelsen

Jeg forstår at ved å levere svarskjema, samtykker jeg til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15. mai 2020.



## Vedlegg V. Godkjenning for SOC skala

### Permission to use the SOC scale

I hereby grant permission to use the 13-item version of the Sense of Coherence (Orientation to Life) Questionnaire, originally found in *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*, by Aaron Antonovsky (Jossey-Bass Publishers, 1987), for use in your study described above. Permission to use the questionnaire for future studies requires a separate permission request.

### The permission is granted upon fulfillment of the following conditions:

1. You may not redistribute the questionnaire (in print or electronic form) except for your own professional or academic purposes and you may not charge money for its use. If administered online (on a secured web site only), measures should be taken to insure that (a) access to the questionnaire be given only to participants by means of a password or a different form of limited access, (b) the questionnaire should not be downloadable, and (c) access to the questionnaire should be time-limited for the period of data collection, after which it should be taken off the server or secured web site. Distributing the questionnaire to respondents via email is not permitted.
2. The questionnaire is intended for research purposes only, in a study that has been approved by the relevant Ethics or Helsinki Committee, and may not be used for diagnostic or clinical purposes. By "diagnostic or clinical" it is meant that the SOC score cannot be the basis of any kind of physical, mental, cognitive, social or emotional diagnosis, assessment or treatment of the respondent, and cannot direct therapeutic or medical decisions of any kind.
3. You may not reprint the questionnaire in any publication. You may quote 3-4 items as examples with reference to the abovementioned source.
4. The copyright of the Sense of Coherence Questionnaire, in all languages and versions, remains solely in the hands of Dr. Avishai Antonovsky.

By clicking "I agree" you agree to the aforementioned terms and are aware that violating them may be an infringement of international copyright laws.

If possible, please send a copy of any forthcoming paper concerning the study in which the SOC questionnaire has been used to:

Sincerely,

  
Avishai Antonovsky, Ph.D.  
Copyright Holder  
Israel

## Vedlegg VI. Spørreskjema

### Spørreskjema på bakgrunnsinformasjon

#### Del 1:

Sett kryss på kategorien som passer med ditt svar:

1. Hvilket kjønn er du?

Mann

Kvinne

2. I hvilken alderskategori er du?

20-30

31-40

41-50

51-60

61-70

Eldre enn 70

3. Hva er din sivilstatus?

Singel

Gift

Skilt

Samboer

Partner men ikke samboer

4. Hva er din grad av gjennomført utdanning?

Grunnskole

Videregående skole, yrkes-eller allmennfaglig studieretning

Universitet eller høyskole, underveis eller fullført 3-6 års utdanning

5. Hvilken etnisk opprinnelse er du av?

Norsk

Annen nasjonalitet

6. Hvor ofte har du deltatt i de ulike aktivitetene ved NaKuHel i løpet av de siste 4 månedene?

- 1-5 ganger
- 5-10 ganger
- 10 eller flere

7. Hva synes du om den årlige medlemskontingenten på (300 NOK) ?

- Rimelig
- Passe
- Dyrt

### **Vedlegg 5**

#### Del 2

#### Spørreskjema på kognitiv livskvalitet

#### **A1 (OECD)**

Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden? Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke fornøyd i det hele tatt og 10 betyr svært fornøyd.

#### **A2-A6 (Satisfaction With Life Scale)**

**Dato** \_\_\_\_\_

Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om livet ditt?

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
På de fleste måter er livet mitt slik jeg ønsker det	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livsbetingelsene mine er svært gode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Så langt har jeg fått det viktigste jeg har ønsket meg i livet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis jeg kunne leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret på noe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

(Helsedirektoratet, 2018).

## **Vedlegg 6**

### Del 3

#### **3.1 Spørreskjema på «13-item Questionnaire on Sense Of Coherence»**

Nedenfor vil du se en rekke spørsmål knyttet til forskjellige aspekter ved livene våre. Hvert spørsmål har fem mulige svar. Kryss av ved det svaret som passer deg best. Gi bare ett svar per spørsmål.

**15.** Hvor ofte føler du at du ikke bryr deg om det som foregår rundt deg?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Svært ofte

**16.** Hvor ofte har du blitt overrasket over oppførselen til folk du trodde du kjente?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

17. Hvor ofte har det hendt at mennesker du stolte på, har skuffet deg?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

18. Hvor godt tror du at du vil like tingene du kommer til å gjøre i fremtiden?

- Svært dårlig
- Dårlig
- Sånn passe
- Godt
- Svært godt

19. Hvor ofte føler du deg urettferdig behandlet?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

20. Hvor ofte er du i situasjoner der du ikke vet hva du skal gjøre?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

21. Hvor godt liker du tingene du gjør daglig?

- Svært dårlig
- Dårlig
- Sånn passe

- Godt
- Svært godt

**22.** Hvor ofte hender det at du selv ikke forstår hva du selv føler og tenker?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

**23.** Hvor ofte hender det at du har følelser og tanker du helst ikke ville hatt?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

**24.** Mange føler seg stolte i visse situasjoner. Hvor ofte har du følt det slik?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

**25.** Hvor ofte føler du at du ikke henger med på det som foregår rundt deg?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

**26.** Hvor ofte føler du at det er lite mening i det du driver med daglig?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

27. Hvor ofte hender det at du ikke har kontroll over følelsene dine?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Veldig ofte

Takk for at du tok deg tid til å besvare spørsmålene.

Legg spørreskjema og samtykke til deltakelse i vedlagt konvolutt og lever konvolutt til din gruppeleder.

Vennlig hilsen Maria Emilie Gresslien

