

Svømmekurs med fokus på
svømmeferdigheter og sosial integrering
som helsefremmende tiltak for kvinner
med innvandrerbakgrunn

Tone Worren Kløcker

Master of Public Health

MPH 2014:2



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Svømmekurs med fokus på svømmeferdigheter og sosial integrering som helsefremmende tiltak for kvinner med innvandrerbakgrunn

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-67-6



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Svømmekurs med fokus på svømmeferdigheter og sosial integrering som helsefremmende tiltak for kvinner med innvandrerbakgrunn				
Författare Tone Worren Kløcker				
Författarens befattning och adress Sykepleier og Folkehelskoordinator, Treaveien 5, 4842 Arendal, Norge				
Datum då examensarbetet godkändes 09.05.2014			Handledare NHV/Extern Professor Alexandra Krettek NHV	
Antal sidor 56	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk, Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-67-6

Sammanfattning

Bakgrunn: I norske levekårsundersøkelser oppgir innvandrere at de har dårligere helse enn resten av befolkningen. Et mål i norsk integreringspolitikk er å fremme levekår for innvandrerbefolkningen. Fysisk aktivitet slik som svømming har en sosial og kulturell verdi i det norske samfunnet, samtidig som det er en forebyggende innsats ved at manglende ferdigheter i svømming bidrar til at innvandrergrupper har høyere risiko for å drukne.

Hensikt: Formålet med studien var å utvikle et svømmekurs som en helsefremmende intervensjon for kvinner med innvandrerbakgrunn og undersøke om svømmekurset bidro til økte svømmeferdigheter og sosial integrering.

Metode: Å utføre en intervensjon gjennom et svømmekurs med deltagelse fra 16 kvinner fra 6 forskjellige land. Triangulering av metoder med spørreundersøkelser, gruppeintervjuer og observasjoner fra 15. november 2012 til 26. oktober 2013. Forskningsspørsmål har søkt svar innenfor temaene økte svømmeferdigheter, sosial integrering og andre faktorer som kunne påvirke helsetilstanden til kvinner med innvandrerbakgrunn. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å analysere det kvalitative datamaterialet.

Resultat: Deltagerne viste økte svømmeferdigheter parallelt med økt trygghetsfølelse i forhold til vann fra kursstart til kurset var avsluttet. Deltagerne viste en kulturell åpenhet og personlig utvikling som ble synlig gjennom utvidet sosialt nettverk på tvers av kulturer og utvidet omfang av sosiale aktiviteter slik som bruk av offentlig basseng. Andre funn var en bedre selvopplevd helse og at deltagerne fungerte som rollemodeller for egen familie og venner med tanke på å lære svømmeferdigheten.

Konklusjon: Denne intervensjonen viste at aktivitet tilrettelagt for kvinner med innvandrerbakgrunn fremmet faktorer som hadde en positiv effekt på helsetilstanden, Dette gjennom bedring av svømmeferdigheter, og som inngangsport til sosial integrering.

Nyckelord

kvinner med innvandrerbakgrunn, svømmekurs, svømmeferdigheter, sosial integrasjon, health promotion



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis Stroke by stroke: Can swimming lessons promote new skills and social integration in immigrant women?				
Author Tone Worren Kløcker				
Author's position and address Nurse and Public Health Coordinator, Treaveien 5, 4842 Arendal, Norway				
Date of approval 09.05.2014		Supervisor NHV/External Professor Alexandra Krettek NHV		
No. of pages 56	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian, English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-67-6

Abstract

Background: Norwegian surveys have reported that the health of immigrants compares negatively with the health of the general population. Norwegian society emphasizes the social and cultural value of physical activity such as swimming, and integration policy promotes improved living conditions for immigrants. Moreover, inability to swim heightens the risk of drowning.

Purpose: This study aimed to develop swimming instruction as a health-promoting intervention among immigrant women. It also examined whether such swimming lessons improve women's health by increasing skills and social integration.

Method: Sixteen women from six different countries participated in swimming lessons between 15 November 2012 and 26 October 2013. This thesis used a triangulation of methods (i.e., surveys, group interviews, and observations) to investigate whether increased swimming skill, social integration, and other factors affect the health of immigrant women. I used qualitative content analysis to evaluate all data.

Results: As immigrant women became better swimmers, their sense of security in the water improved. Additionally, swimming enhanced cultural openness and personal development, and participants' social networks expanded across cultures. Public swimming pools increased social activity. Finally, as participants' perceptions of their own health improved, they encouraged their family and friends to learn how to swim.

Conclusion: This intervention shows that activities organized for immigrant women promote factors that have a positive effect on health, such as improved swimming skills. Swimming is a gateway to social integration.

Key words

Immigrant women, swimming instruction, swimming skills, social integration, health promotion

1 Innholdsfortegnelse

1	FORORD	5
2	INNLEDNING	5
2.2	STUDIENS AKTUALITET	9
3	TEORETISK OG BEGREPSMESSIG RAMME	13
3.1	FAKTORER SOM GIR HELSE	13
3.2	HEALTH LITERACY OG EMPOWERMENT	15
4	FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	17
5	METODE.....	18
5.1	METODETILNÆRMING	18
5.2	BESKRIVELSE AV INTERVENSJONEN	18
5.3	STUDIEDELTAKERE	22
5.4	DATAINNSAMLING	23
5.5	DATAANALYSE.....	25
5.6	ETISKE OVERVEIELSER	27
6	RESULTAT.....	28
6.1	DEMOGRAFISKE DATA OG OPPMØTE	28
6.2	BIDRAR SVØMMEKURSET TIL ØKTE SVØMMEFERDIGHETER?	29
6.3	RESULTATER SVØMMEKURSET TIL AT DELTAGERNE I INTERVENSJONEN OPPNÅR ØKT SOSIAL INTEGRERING SETT FRA INTERVJUPERSONENES OG INSTRUKTØRENE PERSPEKTIV?	33
6.4	FREMKOMMER DET ANDRE FAKTORER SOM PÅVIRKER HELSETILSTANDEN OG SOM KAN RELATERES TIL SVØMMEKURSET?	36
7	DISKUSJON.....	37
7.1	METODEDISKUSJON	37
7.2	RESULTAT DISKUSJON	40
8	KONKLUSJON	44
9	TAKK	45
10	REFERANSER	45
VEDLEGG		51
VEDLEGG 1:	SPØRRESKJEMA OG INTERVJUGUIDES.....	51
VEDLEGG 2:	EVALUERINGSSKJEMA TIL INSTRUKTØRER.....	56

1 FORORD

Arendal kommune har cirka 43 000 innbyggere og er en kystby sør i Norge. Forfatteren av dette eksamensarbeidet er ansatt i Arendal kommune som folkehelsekoordinator. Masteroppgaven kom i gang ved at forfatteren leste om et planlagt svømmetilbud til innvandrere som var dokumentert og dermed forankret i Folkehelseprogrammet for Arendal kommune 2010-2013. Svømmetilbudet lå inn under hovedmålet om å få flere innbyggere i fysisk aktivitet. Innvandrerrådet i kommunen hadde budsjettert 10 000 kr til delmålet om ”Svømming for alle” som et bidrag til at flere innvandrere skulle være aktive gjennom å kunne svømme. Det var ikke laget noen fremdriftsplan for et svømmetilbud, heller ikke noe om organisering og innhold av svømmetilbudet. Forfatteren så det som sin oppgave som nyansatt folkehelsekoordinator å igangsette tilbudet samtidig som dette var en anledning til oppstart av et spennende prosjekt og studie som kunne brukes i forfatterens masterutdanning.

2 INNLEDNING

Denne studien omhandler hvordan man gjennom fysisk aktivitet, slik som svømming, kan fremme innvandreres integrering i lokalsamfunnet og dermed påvirke deres levekår. De nordiske landenes integreringspolitikk har sentrale fellestrekk i forhold til innsatsområder for integrering av nyankomne innvandrere med tiltak for økt deltagelse i utdanning og arbeidsliv, tiltak mot diskriminering og marginalisering og tiltak for sosial utjevning (1).

2.1.1 Historisk tilbakeblikk på svømmeopplæringens utvikling

For å forstå den kulturelle viktigheten av fysisk aktivitet og av bading som en folkehelseaktivitet presenteres den historiske utviklingen av bad og svømming, hovedsakelig i Norge, men med en kunnskap om at de skandinaviske landene hadde tett samarbeid om svømmesportens utvikling fra tidlig 1900 tallet (2). I den norrøne sagalitteraturen er svømming den hyppigst omtalte idretten, og både menn, kvinner og barn omtales som svømmere (2). På 1800 tallet var det flere badehus langs kysten i Sør Norge og badehusanstaltene vokste frem i takt med en økende bevissthet om sammenhengen mellom renslighet, helse og rekreasjon (3).

Svømming som idrettsaktivitet fikk en oppblomstring på 1900 tallet, trolig fordi det var en økt interesse for helse og bedre livskvalitet etter grekernes gjenopplivning av de olympiske leker i 1896. I tillegg ble de norske polfarerne Fridtjof Nansen, Hjalmar Johansen og Roald Amundsen forbilder som bidro til at flere fant glede i forskjellige friluftslivs aktiviteter (2). Strendene ble hyppigere besøkt med en ny og mer frilynt

kroppskultur. Bading hadde nå fått en tilleggsverdi som et middel til fysisk fostring, frihet og naturlighet gjennom sol, frisk luft, bading og friluftsliv (3).

I 1901 ble det første norske heftet for å lære om svømmeteknikk og livredding utgitt etter inspirasjon fra Sverige (2). Man ønsket å gi plass til svømming i skolen og i 1904 tok Norges første svømmeforening, Centralforeningen, til orde for å lovfeste svømming som skolefag, som ble en realitet i 1959 (2). Årene fra 1949 og frem til 1959 er kjennetegnet av stor innsats og en stor offensiv holdning for å bringe svømmesporten og svømmeferdighetene i befolkningen fremover. Målet til Norges Svømmeforbund var: "Hver Normann en svømmer, og hver svømmer en livredder" (2).

Det tidlige arbeidet med å forebygge drukningsulykker kan man se i sammenheng med Norges lange kyst, mange innsjøer og kunnskapen om at det var drukning som dominerte i forhold til dødsårsak relatert til ulykker i Norge helt frem til 1960 årene. For barn var det drukning i brønn eller i vann i nærheten av hjemmet, men for unge og voksne var det i sammenheng med fiske og skipsfart og derfor flest menn (4).

Helsedirektoratet i Norge, Norges badeforbund, Norsk Folkehjelp, Statens Idrettsråd og Norges svømmeforbund gikk sammen for å koordinere og fremme utbyggingsprosessen av svømmehaller og friluftsbad i Norge (2). For å spe på en sviktende kommuneøkonomi og streng rasjonering av bygge materiell i etterkrigsårene ble blant annet Norsk Tipping etablert der overskuddet fra tippingen skulle fordeles mellom forskning og "anlegg" til idretten. Dette økte utbyggingen, og en oversikt viste en økning av svømmehaller fra 59 i 1959 til 680 svømmehaller i 1976 (2). I årene fremover ble det lagt mye arbeid i å utvikle kompetansekrav og retningslinjer for den praktiske gjennomføringen av svømmeopplæringen i skolen, samt materiale om overleving og livberging. Svømming som en samfunnsverdi gjennom bedret helse ga ny oppmerksomhet og vises gjennom Norges Svømmeforbunds målsetting fra 1989 som lød slik: "Å få flest mulig mennesker til å drive regelmessig svømmemosjon med de helsemessige gevinster det vil gi den enkelte og samfunnet som helhet" (2).

Med over 100 års arbeid med å fremme svømming som helsebringende og livreddende aktivitet, har skolene i Norge i dag et lovbestemt krav i forhold til svømme og livredningsopplæring jf. opplæringsloven § 2-3 og § 13-10 som er rettet mot at opplæringen er i samsvar med læreplanverket (5,6).

2.1.2 Politiske føringer og strategier i folkehelsesatsningen

I årene rundt tusenårsskiftet ble mange av de kommunale svømmehallene i Norge stengt på grunn av reparasjonsarbeid eller for å spare kommunale utgifter. Flere store norske organisasjoner har i fellesskap arbeidet for å påvirke det nasjonale målet å øke penebruken på svømmehaller slik at flere kan bygges eller re-åpnes (2).

Regjeringen som ble valgt for 2009-2013 fulgte opp oppfordringen om å investere i svømmeanlegg i den politiske plattformen som ble fremforhandlet ved regjeringens

dannelse (7). Målet i forhold til blant annet utbedring av svømmehaller lyder som følger: ”Gjennomføre rentekompensasjonsordningen med en investeringsramme på 15 milliarder kroner til oppussing og bygging av skoler og svømmeanlegg fra 2009-2016” (7).

Videre hadde regjeringen fra 2009 som mål å bidra til at Norge skulle være et inkluderende samfunn. Økt internasjonal mobilitet stiller det norske samfunnet overfor nye utfordringer og regjeringen vil forhindre at det utvikler seg et klassesdelt samfunn hvor personer med innvandrerbakgrunn har dårligere levekår og lavere samfunnsdeltagelse enn resten av befolkningen. Regjeringen sier at det er avgjørende med rask bosetting av flyktninger i kommunene og god integrering i lokalsamfunnet for å fremme gode levekår og samfunnsdeltagelse (7). Som et resultat av viljen til å arbeide med å utjevne sosiale forskjeller og et inkluderende samfunn la denne regjeringen frem følgende dokument:

”Lov om Folkehelsearbeid” fra 2011 gir føringer til kommunene i Norge om å skaffe seg oversikter over helseutfordringer og tiltak for å møte disse. Målsettingen er at Folkehelseloven skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår (8). ”Stortingsmelding nr. 6, En helhetlig integrering - Mangfold og fellesskap” er en melding som presenterer prinsipper og rammer for fremtidens politikk for mangfold og fellesskap og gir en helhetlig fremstilling av regjeringens integreringspolitikk (9). ”Folkehelsemeldingen” er regjeringens presentasjon av en samlet strategi som bygger på Folkehelseloven sine fem prinsipper for folkehelsearbeidet som er: 1) utjevning 2) helse i alt vi gjør 3) bærekraftig utvikling 4) føre-var og 5) medvirkning (10). ”Likeverdige helse og omsorgstjenester – God helse for alle”, er den norske regjeringen sin nye strategi for innvandrers helse. Den er et redskap i helse og omsorgstjenesten for å tilrettelegge for gode tjenester for ulike deler av innvandrerbefolkningen gjennom å beskrive hovedutfordringer som knytter seg til enkelte innvandrergrupper når det gjelder helse, og den beskriver arbeidet som skjer i tjenestene (11).

De overnevnte dokumenter er aktuelle i forhold til studiens tematikk og følgende utdrag vil være aktuelle politiske strategier:

- Kommunene er pålagt å skaffe seg oversikt over helsetilstand og sosiale fordelinger av faktorer som påvirker helsen. Dette innebærer at kommuner med spesielle folkehelseutfordringer blant innvandrere, skal utvikle mål, strategier og tiltak for å møte disse (8,9).
- Kvinners fysiske og psykiske helse er i flere innvandrergrupper dokumentert dårligere enn menns, og det taler for at det bør legges spesiell vekt på kvinners helse i det forebyggende arbeidet (9).
- Regjeringen vil bidra til likeverdig helse og omsorgstjenester blant annet gjennom bedre tilrettelagt informasjon, forbedre kunnskapsgrunnlaget om innvandrers helse og deres bruk av helsetjenester (9).
- Regjeringen vil bidra til at frivillig sektor fortsatt skaper møteplasser og er aktør i integreringsarbeidet (9).

- Kommunene må se innvandrernes behov som en del av behovene til hele befolkningen i kommunen og at integreringsarbeidet inngår som en del av det kommunale planarbeidet. Dette forutsetter tverrsektorielt samarbeid (9).
- De kommunale tjenestetilbudene skal bygge på forståelse av at språk, kulturforskjeller og andre forhold kan kreve spesiell tilrettelegging for urfolk, nasjonale minoriteter og innvandrere (10).
- Offentlig informasjon skal være forståelig og universelt tilgjengelig og være tilpasset ulike målgruppers behov. Samarbeid med ressurspersoner i innvandringsbefolkningen kan gjøre det enklere med dialog og nå frem med nødvendig informasjon (10).
- Arbeidet med inkludering av innvandrerbefolkningen og erfaringsoverføring mellom innvandrerorganisasjoner og tradisjonelt norske organisasjoner er styrket, blant annet gjennom økte bevilgninger til frivillighet i Norge (10).
- Helse- og omsorgstjenesten skal ha tilgang til oppdatert kunnskap om innvandreres helse og bruk av helsetjenester og benytte kunnskapen i utvikling av tjenestene (11).

Dette viser at norske kommuner har klare føringer fra gjeldende lov- og regelverk fra den norske regjeringen knyttet til blant annet integrering og sosial utjevning.

2.1.3 Innvandringsbildet i Norden

Landene i Norden er karakterisert av klare likhetstrekk tuftet på velutviklede sosialdemokratiske velferdsstater og et godt organisert arbeidsliv. Den nordiske velferdsstatsmodellen kjennetegnes av et sterkt fokus på likhet og rettferdig omfordeling av ressurser mellom ulike sosioøkonomiske befolkningsgrupper (12). Økonomisk globalisering, klimaendringer og befolkningsendringer er faktorer som vil gi økt internasjonal mobilitet og som i økende grad vil gi utfordringer til samfunnsaktørene i de nordiske landene (13). Til tross for at de nordiske landene karakteriseres av en velutviklet sosialdemokratisk velferdsstatsmodell utfordres disse landene nå særlig av den sosiale gradienten, der sosial ulikhet i helse blant befolkningsgruppene er økende (14).

De Nordiske landene har i dag 26 millioner innbyggere og det er en økning på 2.6 millioner siden 1990. For 2012 var innvandrerandelen størst i Sverige med 20 % og minst i Finland med fem %. Island har ni %, Danmark 11 % og Norge 13 % innvandring, alle tall er oppgitt i cirka tall (13). Statistikken om innvandrere i de forskjellige landene bygger alle på innvandrere og etterkommere i % av totalbefolkningen (13). Det norske Statistisk Sentral Byrå (SSB) definerer innvandrere som:

”Personer bosatte i Norge som er født i utlandet av to utenlands fødte foreldre og fire utenlands fødte besteforeldre. Norskfødte med innvandrerforeldre er personer med to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre født i utlandet” (11)s.8.

Felles for de nordiske landene er at innvandrerne stort sett er fra de samme landene, med hovedtyngden av statsborgere fra EU-området. Innvandrere fra EU-land defineres ofte som arbeidsinnvandrere. Innvandrere med flyktningsbakgrunn som kom til Norge i 2013 var hovedsakelig fra landene Somalia, Irak, Iran, Bosnia-Hercegovina, Afghanistan, Vietnam, Eritrea, Kosovo og Sri Lanka (15).

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjorde 13.1 % av befolkningen i Norge og 10.9 % av befolkningen i Arendal ved inngangen til 2012 (16).

Statistisk sentralbyrå har gått vekk fra inndelingen i vestlig og ikke-vestlig land. Innvandrerbegrepet defineres nå etter verdensdeler (17). Når begrepet ”kvinner med innvandrerbakgrunn” brukes videre i dette eksamensarbeidet menes kvinner innvandret til Norge/Norden fra landene Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS.

2.2 Studiens aktualitet

2.2.1 Innvandreres helse

Med en verden i stadig forandring, med økt internasjonal mobilitet, står de nordiske landene overfor nye utfordringer når det gjelder helse og de store utfordringene knyttet til sosial ulikhet i helse. De nordiske velferdsstatene vil møte mennesker som er vokst opp i andre land og/eller har preferanser fra andre kulturer enn den som dominerer hos den etniske majoriteten. Hvert enkelt individ har sin historie med språklige, religiøse, sosiale og kulturelle særtrekk. Dette vil påvirke hvert enkelt individ, men også grupper i møtet med andre kulturer (18).

Innvandrere er en svært heterogen gruppe. Det er store forskjeller langs en rekke ulike dimensjoner både mellom de ulike nasjonalgruppene og innad i den enkelte gruppen. Det er også til dels store forskjeller mellom ulike aldersgrupper og mellom kvinner og menn (19). For å kartlegge innvandrergruppers helsetilstand gjennomførte SSB i 2005/2006 en stor undersøkelse om levekår blant innvandrere i Norge, dette ble gjort med bakgrunn i at ordinære levekårsundersøkelser ikke dekket innvandrer grupper. I denne levekårsundersøkelsen fremstår innvandrere som sykere enn befolkningen sett under ett, der en større andel betrakter helseproblemene sine som alvorlige, og de selv rapporterer at de har mer psykiske problemer enn befolkningen som helhet (20). Det er derfor av særlig interesse at velferdsstaten utvikler strategier som bidrar til å bedre levekår blant innvandrere.

Flere menn enn kvinner er sysselsatt, og innvandrere innenfor arbeidslivet behersker bedre norsk enn de som er utenfor arbeidslivet. En sammenheng kan være at kvinner med innvandrerbakgrunn dermed har dårligere norskkunnskaper enn menn og at det påvirker kontakten med samfunnet (21). Innvandrere med gode sosiale og materielle

ressurser er mindre utsatt for helseproblemer (20). Dette forklares gjennom den sosiale gradient der man ser sammenfall mellom høy sosioøkonomisk status og god helse (14).

2.2.2 Helsen til kvinner med innvandrerbakgrunn sett i et folkehelse perspektiv

For mødre med innvandrerbakgrunn pekes det på sammenhenger mellom deres kunnskaper og ferdigheter innen språk og sosial integrering og barnas fremtidige muligheter og integrering i samfunnet (22). Med denne kunnskapen kan en se at kvinnene i økende grad er målet for en integreringspolitikk (22).

Dersom man ser på kvinner som integreringsagenter i en health promotion sammenheng vil kunnskaper om kvinnes normer innen fysisk aktivitet, deres mentale og fysiske helse være av interesse. Kvinnene i levekårsstudien melder generelt om flere helseplager enn menn innenfor psykosomatiske plager som tretthet, smerter i kroppen, hodepine og migrene, søvnproblemer, aggressivitet og generelle psykiske plager (20).

Helsefremmende arbeid rettet mot en gruppe kvinner med innvandrerbakgrunn i en kommune kunne være å fremme kvinnes ressurser og forståelse slik at de selv er med på å påvirke og utvikle sin egen helsetilstand gjennom mestring. Dette i tråd med Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av helsefremmende arbeid som sier at:

”Health Promoton is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being” (23)s.1.

Forebyggende strategier i det helsefremmende arbeidet kan være tiltak som bidrar til trygge og gode oppvekstvilkår, bidrar til en utviklende og meningsfull tilværelse og fremmer støttende og stimulerende omgivelser (24).

En del kvinner har naturlig nok drevet med trening i sitt hjemland tidligere, men studier har vist at det er vanskelig å komme i gang igjen på egen hånd etter innflytting til ny kultur (25). For at kvinner med innvandrerbakgrunn skal komme i gang med trening slik som svømming, er det en oppfattelse av at treningen skal være arrangert i nabolaget, at den ikke skal føles støtende og at treningen foregår i grupper (25). Helsedirektoratet i Norge har gitt anbefalinger om at voksne bør drive fysisk aktivitet med moderat intensitet minimum 30 min daglig. Det kan for eksempel være i form av en tur med rask gange der en blir varm og får økt puls (26). Generelt er fysisk aktivitet i form av turgåing og trening ikke like etablert blant innvandrere som blant befolkningen for øvrig, særlig kvinner ser man mosjonerer i betydelig mindre grad enn resten av

befolkningen og de vil dermed være mer utsatt for overvekt, diabetes type 2 og hjerte- og karlidelser (11).

I forhold til kvinnehelse er det også viktig og kjenne til at omskjæring kan være tilfelle hos noen kvinner med innvandrerbakgrunn, og at dette kan medføre begrensninger av aktiviteter (27). Somalia er det landet der det er høyest andel av omskårede kvinner (28).

2.2.3 Innvandreres ferdigheter i svømming

Svømmedyktighet hos innvandrergrupper påvirkes av alder, etnisitet og sosioøkonomiske faktorer. En amerikansk studie med 1680 barn og ungdom med innvandrerbakgrunn viser at foreldres utdanning er en sterk indikator for svømmeferdigheter og barns risiko for drukning. Barna til foreldre med høy utdanning hadde bedre svømmeferdigheter enn de foreldrene som hadde lav utdanning (29). En studie av drukningsulykker i Sverige fra 1998-2007 viste at 42% av alle dødsfall for drukning i alderen 0-17 år skjedde i sjø/innsjø/basseng under badeaktivitet og ca. 1/3 av disse barna var født i utlandet eller hadde utenlandske foreldre (30). En annen undersøkelse samstemmer i dette og viser at innvandrere hadde 2.58 ganger så stor risiko for å drukne som den etniske hollandske befolkningen (31).

Norsk Folkehjelps statistikk over drukningsulykker i Norge offentliggjøres månedlig på deres hjemmeside. Tallene for 2013 viser 93 drukningsulykker ved utgangen av oktober 2013, i 2012 var det 62 drukningsulykker (32). Norsk Folkehjelp startet med å samle inn oversikter over drukningsulykker i Norge i 1988, de har register over alder, kjønn og drukningsårsak. For to år siden begynte de også å registrere druknede etter fødeland, men de har foreløpig valgt å ikke publisere denne informasjonen. I rapporten om innvandrere og ulykker savnes det derfor statistikker over fødeland for personer involvert i drukningsulykker i Norge (33).

2.2.4 Sosial integrasjon

Sosial integrasjon vil si at man er opptatt av de prosesser man skal gå igjennom for å oppnå samfunnsmessig solidaritet og hvordan individer blir del av et hele, og dels til selve denne tilstanden av harmonisk enhet (34). I dette eksamensarbeidet er sosial integrasjon definert i forhold til deltagelse i organisasjonsliv og nettverk som familie, venner og nabolag.

Norge og de andre nordiske landene har vært preget av en høyere grad av tillit enn de andre europeiske landene (35). Det dreier seg om tillit til nære relasjoner, naboer, familie, til personer fra annen nasjonalitet eller religion og til myndighetene. Politikk og styring er kun et element i prosesser som skaper tillit. Blir et menneske møtt med respekt for egen person og bakgrunn reduseres behovet for å lukke seg inne.

Opplever individer at de behandles rettferdig, er individene mer tilbøyelige til å utvikle en tilhørighet til samfunnet som behandler dem slik. For at samfunnet skal fungere må individer og grupper også oppleve at de lever sammen med hverandre, ikke bare ved siden av eller i motsetning til hverandre (9). En høy grad av tillit er en styrke for samfunnet og er viktig i arbeidet for å fremme sosial integrering.

I Arendal kommune er det cirka 100 personer som starter på introduksjonskurs for innvandrere hvert skoleår. Innvandrere som går på introduksjonsprogrammet er de nyeste innflyttede innvandrerne som skal bli boende i Arendal kommune. Disse individene treffer målgruppen fordi de går på et program der målsettingen blant annet er å få grunnleggende innsikt i norsk samfunnsliv, grunnleggende ferdigheter i norsk samt forberedelse til utdanning eller yrkesliv. Eller man kan si at nyinnflyttede innvandrere til Arendal skal forberedes til å mestre innenfor grunnsteinene som bidrar til sosial integrering. Siden introduksjonsprogrammet er lovpålagt vil det si at intervensjonen har deltagere fra en arena som de fleste nyinnflyttede innvandrere har et forhold til.

Felles for denne gruppen er at de er i en etableringsfase. Innvandrerstatusen bidrar til at det kan være uregelmessigheter, slik som å være utenfor arbeid, språkutfordringer, avstand til familiemedlemmer og annet som før var selvfølgeligheter og som nå må bygges opp på nytt (18). Dette bekrefter at gruppen trenger sosial støtte, bygging av sosialt nettverk og opplevelse av sammenheng og mening som gir mestringsfølelse. Slik vil det å studere om intervensjonen bidrar positivt til sosial integrering være av interesse.

2.2.5 Svømmekurs til kvinner med innvandrerbakgrunn sett i et folkehelse perspektiv

Et tiltak for å bedre helseutfordringer for innvandrere i kommunen kan være et svømmekurs til kvinner med innvandrerbakgrunn da svømming er en effektiv aktivitet for å styrke generell muskulatur og fysisk form, samt en aktivitet som kan sees i sammenheng med sosial og kulturell aktivitet og velvære. I tillegg til at man har sett at innvandrere kan ha manglende ferdigheter i svømming som gjør at de oftere er innblandet i drukningsulykker, vil det å ha fokus på gode svømmeferdigheter være et aktuelt forebyggende tiltak (30).

De nordiske landene har mye kyst og lange kulturtradisjoner knyttet til sjø. Dette kan gjøre at det kan oppstå et gap mellom personers forståelse når den ene kulturen bruker sjø og vann som rekreasjon og den andre kulturen holder seg borte fra vann på grunn av frykt. Vannaktiviteter sees ikke på som en mulighet for rekreasjon for Vietnameser-Amerikanere som derfor heller ikke lærer og svømme (36). Denne kunnskapen kan bidra til å søke mer kunnskap for å øke den kulturelle kompetanse slik at man kan forstå personene en møter. Å ha kulturell kompetanse innebærer å være nysgjerrig, og å søke etter forklaringer som fremmer en bedre forståelse for mennesker fra forskjellige kulturer. Det innebærer også at man er villig til å tilegne seg praksis som imøtekommer klientens normer (37).

Foreldrene til Vietnameser-Amerikanerne sier at når de tar barna med for å svømme, er de redde for å gå ut i vannet dersom de måtte redde de fra å drukne (36). Andre funn som styrker viktigheten av å gi et tilbud om svømmekurs til kvinner i et forebyggende og helsefremmende perspektiv, er at foreldre som fikk svømmeopplæring ble mye tryggere på og ta med barna sine til basseng og strender, fordi foreldrene hadde en trygghet på at de selv kunne svømme (29).

Bergen Svømmeklubb har engasjert seg i integreringsarbeid rettet mot kvinner, unge og barn med innvandrerbakgrunn gjennom å tilby spesielt tilrettelagt svømmeopplæring. I 2010 ga svømmeklubben 250 kvinner og barn svømmekurs. Gjennom svømmekurset som er presentert på nett ønsker Bergen Svømmeklubb å motivere andre kommuner til å starte opp med svømmekurs (38). En gruppe knyttet til Høyskolen i Telemark gjorde et pilotprosjekt i 2009 med fokus på kvinnehelse og helsefremmende tiltak gjennom svømmeopplæring og dialogundervisning med fokus på kropp, seksualitet og reproduktiv helse for Somaliske kvinner fra 16-50 år (39). Prosjektet bidro til at kvinnene som deltok fikk økte svømmeferdigheter, at de er ble mer bevisst sentrale forhold ved egen og andres helse. Kvinnene ble mer reflektert rundt kulturelle og religiøse tabuer, sammenhengen mellom kropp, seksualitet og kultur. En annen effekt var økt kontakt med mennesker som hadde en norsk bakgrunn, og at de bedre forsto den norske kulturen, opplevde mindre barrierer og dermed bedre muligheter for integrering (39).

Slik kan svømmeopplæring være en helsefremmende intervensjon som bidrar til at individer kan oppleve økt mental og fysisk helse gjennom aktivitet, sosialisering, integrering og mestring (40).

3 TEORETISK OG BEGREPSMESSIG RAMME

3.1 Faktorer som gir helse

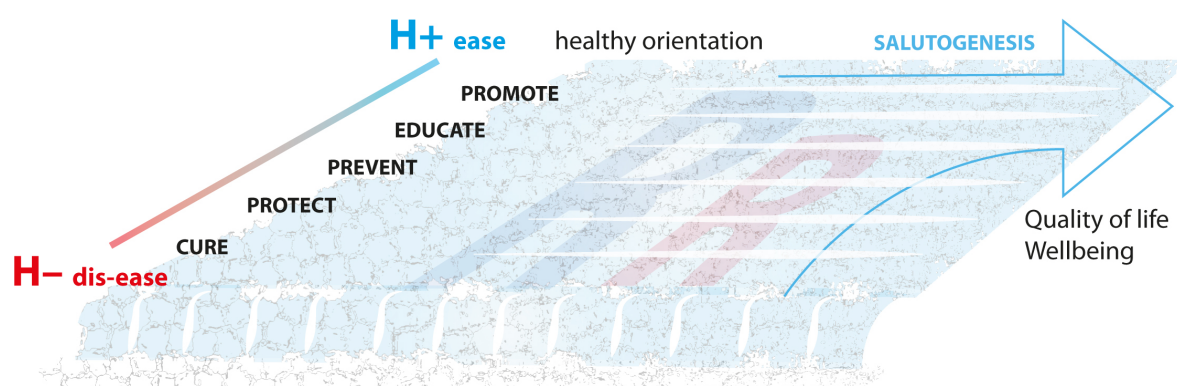
Intervensjonen i dette eksamensarbeidet søker etter å fremme eller beskytte helsen til kvinner med innvandrerbakgrunn i lokalsamfunnet gjennom å tilby et svømmekurs, og å se kvinnene i et salutogent perspektiv gjennom hele gjennomføringsprosessen. Det arbeides for å se etter og forstå hvilke sammenhenger som er viktige for å gjennomføre en meningsfull intervensjon for kvinnene.

Samfunnet har utfordringer og risikofaktorer som kan true individer og grupper og har derfor lett for å sette fokus på årsaken til problemet, sykdommen eller helseutfordringen. Sekundært blir å sette inn innsatser for at problemet skal bli overkommelig, mindre eller forsvinne. Aaron Antonovsky argumenterte for en motsatt tilnærming, han stilte seg spørsmålet om hvorfor så mange mennesker klarte seg så bra

gjennom livet tross mange risikoer, han begynte å studere hva som skapte og fremmet helse hos mennesket og i samfunnet rundt (41).

Resultatet ble en teori som kan hjelpe til og sortere og forstå en komplisert tilværelse, som fikk navnet Sense of Coherence (SOC), på svensk ble den oversatt til ”kånslan av sammenhang” (KASAM) (42). Årsaken til helse finnes hos mennesket og i hele menneskets sammenheng, derfor behøver man et helhetstenkende som innebærer at en interesserer seg for fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle forutsetninger for helse. Det salutogene perspektivet er også blitt kalt en ”helsesynsmåte” fordi man er opptatt av hva det er som gjør at menneskene beveger i retning mot helse, eller hvilke generelle motstandsressurser individet innehar som gjør at det opprettholder helse (42).

Denne studien strekker seg etter å ha et salutogent perspektiv, som innebærer at man spør seg hva som skaper helse, hva kan styrkes av faktorer hos individ for å opprettholde eller bedre helse? Antonovsky sine teorier og ideer ble satt i relasjon til health promotion teorier, men ble overlatt til andre etter hans død i 1994 (41,42). Livets elv, som vist i Figur 1., er en metafor utviklet av Lindström og Eriksson som kan hjelpe til å forstå sammenhengen mellom forbedring eller opprettholdelse av helse fra forskjellige faser i livet (41).



© Bengt Lindström, Monica Erikson, Peter Wikström

Figur 1. Health in The River of Life (41). Med tillatelse til gjengivelse av Monica Eriksson.

I det salutogene perspektiv fokuserer en i retningen MOT helse. Elven flyter vertikalt. Langs fronten av elven er det en langsgående foss langs hele elven, det betyr at uansett hvor man er i elven er det en mulighet for å bli utsatt for risiko, sykdom og død, men hovedstrømmen og retningen i elven er ikke ned mot fossen, men vertikalt i retningen mot liv og helse. En kan overføre teori til empiri og undersøker hvilke faktorer som kan styrkes hos deltagerne i intervensjonen som bidrar til at deltagerne bedrer eller opprettholder sin helse. Noen av deltagerne har behov for litt støtte og veiledning på svømmekurset men er trygge og knytter raskt sosiale kontakter. Disse individene

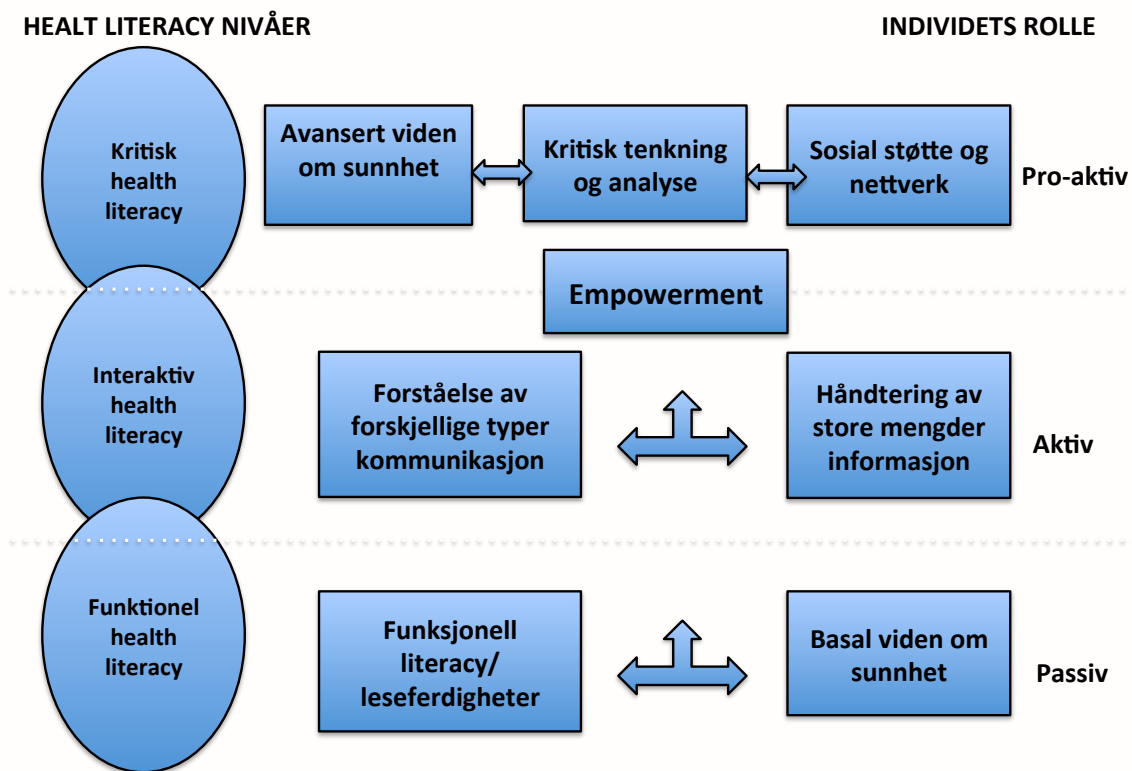
befinner seg på ease, hvor elven flyter stille, hvor det er god tid til å lære og svømme, hvor en kan flyte og forutsetningene for liv er gode med mange ressurser tilgjengelig. Andre kan være nærmere fossefallet, på dis-ease, hvor de er engstelige, har lite tro på at de skal klare å mestre, føler seg utenfor, og har generell lav selvfølelse. Disse deltagerne vil trenge tettere oppfølging både i teknikk og psykisk støtte for å finne egne ressurser. Elven er akkurat som livet, full av risiko og ressurser. Helseprosessen er en læreprosess hvor man reflekterer på hva som vil skape helse og hva som er valgene for liv og bedring av livskvalitet (41). Dette kan man kalle en "helsesynsmåte", hvor man velger å se det friske eller å se på det som fungerer. Man velger å ville forstå hvorfor det fungerer slik at man kan ta vare på dette og ta utgangspunkt for en forbedringsinnsats i retningen mot bedre helse.

For at deltagerne i studien skal oppleve en følelse av sammenheng, benyttes "KASAM som forandringsmodell", som er Hanson sin fremstilling av Antonowsky sin teori gjennom en pragmatisk tankemodell (42). Modellen bidrar til å støtte opp om deltagerens forståelse, deres motivasjon og deres handlinger gjennom en pedagogikk som tar hensyn til personers behov og forutsetninger. I modellen står begripelighet for forståelse, meningsfullhet for motivasjon og håndterbarhet står for handlinger (42). I dette MPH-eksamensarbeidet kobles denne teorien til empiri i metoddelen der "KASAM som forandringsmodell" er brukt som verktøy for å sikre et velfungerende svømmekurs.

3.2 Health literacy og empowerment

Kvinner som er invitert til å delta i studien har forskjellige språk kunnskaper og forskjellig kulturelle og sosiale bakgrunner. Teorien om Health literacy kan brukes for å hjelpe individer og grupper til å bedre eller vedlikeholde egen helse (43). Før en skal formidle helsekunnskap må en kjenne gruppen med mennesker en skal formidle kunnskap til. Studiedeltagerne er kvinner med innvandrerbakgrunn og en må kjenne deres evnen til å lese, forstå og motta helseinformasjon før en starter med å informere. Health literacy presenteres som en nøkkel for health promotion arbeidet, og nivå av health literacy kan sees i sammenheng med kulturell og sosial bakgrunn (43). Nutbeam definerer health literacy som personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (44). Sverre Pettersen har oversatt begrepet health literacy til helsefremmende allmenndannelse på norsk (45).

Nutbeam presenterer tre hierarkiske nivåer innen health literacy som kan hjelpe til og forstå og møte individene etter hvilken mulighet de har til å tilegne seg helsekunnskap og dermed hvilken mulighet individer har til å gjøre sunne valg og adoptere helsefremmende livsstiler. De tre nivåene benevnes som funksjonell, interaktiv og kritisk (44). Kickbusch har fremstilt Nutbeam sine tre hierarkiske nivåer i sammenheng med individets rolle ved tilegnelse av kunnskap inn i en modell. Individet er fremstilt som enten passiv, aktiv eller pro-aktiv (44,46). Dette er fremstilt i Figur 2.



Figur 2. Health literacy framework. Health literacy nivåer sett i sammenheng med individets rolle (44,46).

Modellen viser hva hvert nivå innebærer for en persons evne til å innhente kunnskap som påvirker egen helse. Funksjonell innebærer at man må kunne lese og skrive, for å kunne skaffe seg eller innta en grunnleggende kunnskap om kropp og helse. Neste nivå er interaktiv health literacy, som innebærer at man har opparbeidet mer avanserte kognitive og sosiale ferdigheter, særlig innenfor kommunikasjon, som gjør at det er lettere å delta i sosiale aktiviteter samt å oppsøke rett behandlingssted dersom det oppstår et problem man trenger hjelp til å løse. På dette nivået er individet mer aktivt enn på forrige nivå, dette gjør at individet har bedre forutsetninger for å påvirke faktorer som påvirker egen helse. Det høyeste nivået av health literacy er i følge Nutbeam det å kunne være kritisk sortierende overfor alle typer helsepåstander. Det å ha en godt utviklet health literacy kan være den viktigste forutsetningen for oppnåelse av helsefremmende adferd.

For noen individer med innvandrerbakgrunn kan dette være en utfordring i forhold til grad av språkforståelse, kunnskap om sammenheng mellom kropp og helse, begrepsforståelse, mulighet for å føre dialog med helsepersonell, vitenskapsforståelse og forventninger av å få konkrete råd og ikke å måtte behøve å ta et valg. Dette er viktig kunnskap å ta med i det profesjonelle møtet med individer der forutsetningene for kommunikasjon er svært forskjellig.

Empowerment er en prosess der individet mottar støtte og/eller undervisning for å utvikle egne kunnskaper, ferdigheter, holdninger og selvbevissthet for effektivt og ta ansvar for sine egne helserelaterte valg (47). Empowerment er et nøkkelbegrep innen health promotion fordi empowerment er med på og forklare prosessen som øker et individs health literacy nivå (48). For å bedre health literacy på individnivå vil det innebære å styrke den enkelte, gjennom mobilisering av den enkeltes krefter og ressurser. Figur 2. viser utviklingen av fra funksjonelt til kritisk health literacy nivå. På funksjonelt nivå er individet passivt, og har behov for aktiv støtte/undervisning for å øke sin health literacy til et høyere nivå der empowerment prosessen og dermed individets bruk av egne ressurser og mestringsfølelse vil være tydelig.

I denne studien kartlegges deltageres health literacy nivå gjennom kunnskapsdeling fra Voksenopplæringen som kjenner deltagerne, samt i intervjuerens møte med intervjupersonene der refleksjon over deres utsagn i forhold til Nutbeam sine nivåer vil hjelpe å kartlegge individets evne til å innhente kunnskap. Det arbeides for en tilrettelegging av informasjonen slik at deltagerne får informasjon på sitt individuelle nivå og innsatsen rundt deltagerne er tilpasset etter prinsipper fra empowerment, der det legges opp til utvikling av egne ressurser og opplevelse av mestring.

4 FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Formålet med studien er å utvikle et svømmekurs som en helsefremmende intervensjon for kvinner med innvandrerbakgrunn og undersøke om svømmekurset bidrar til økte svømmeferdigheter og sosial integrering.

- Bidrar svømmekurset til økte svømmeferdigheter?
- Resulterer svømmekurset til at deltagerne oppnår økt sosial integrering sett fra intervjupersonenes og instruktørens perspektiv ?
- Fremkommer det andre faktorer som påvirker helsetilstanden og som kan relateres til svømmekurset?

5 METODE

5.1 Metodetilnærming

Denne studien har benyttet triangulering, med bruk av flere metodiske tilnærminger og ulike datakilder. Triangulering er en kombinasjonsstrategi for å få flere perspektiver på samme studieobjekt (49). Spørreundersøkelsen har vært kvantitativ med en deduktiv tilnærming da det på forhånd var skapt noen forventninger gjennom teorier og andres erfaringer (50). Den kvalitative metode gjennom bruk av intervensjon bidrar til å finne kunnskap om intervjupersonenes erfaringer, følelser, væremåter og kultur og dermed få en nyansert beskrivelse av temaet (50). Det har vært en induktiv tilnærming i de kvalitative metodene som er gruppeintervju, observasjon og åpne spørsmål i spørreundersøkelsen.

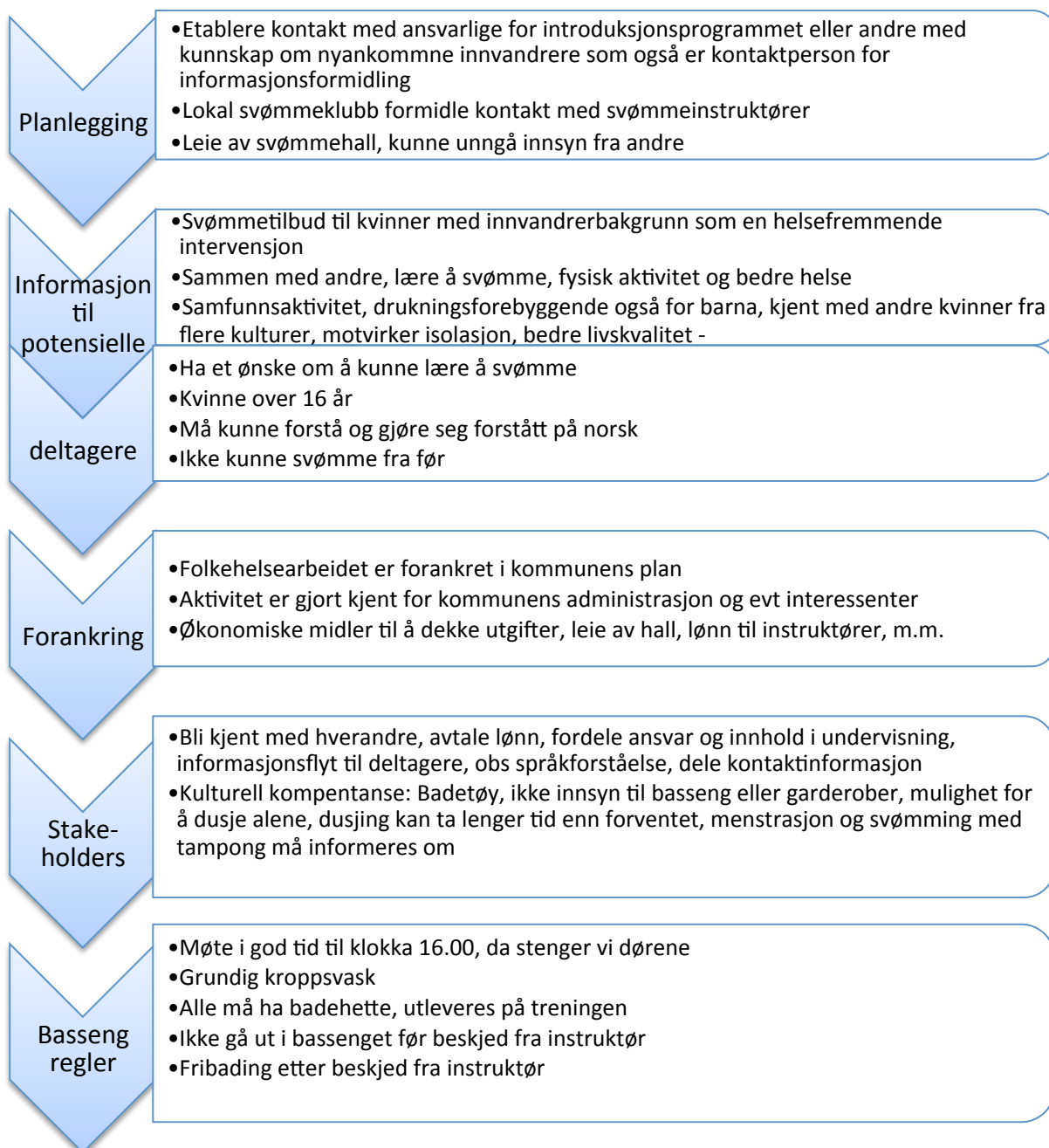
5.2 Beskrivelse av intervensjonen

Svømmekurset ble gjennomført i Birkenlund svømmehall og skole som ligger 2 km fra Arendal sentrum. En gymsal ligger i etasjen over svømmehallen og en av garderobene brukes av både svømmehall og gymsal. Det går busser til nærområdet hver halve time. Svømmehallen er uten innsyn med unntak fra et lite vindu som ble dekket med et sjal. Bassenget måler 12x15 meter og ca. 1.70 meter på det dypeste. Det er tre garderober med hver sin felles dusj. En enkel dusj med plass til å skifte for en person. Garderobene ble brukt til oppholdsrom under datainnsamling med spørreskjema, mens noen stoler ute i svømmehallområdet ble brukt ved det første og det siste gruppeintervjuet.

Tre erfarne svømmeinstruktører ble leid inn og sto for utvikling av svømmeferdigheter og for det sikkerhetsmessige ansvaret. Disse var i vannet med deltagerne og bidro med rapportering av egne observasjoner etter hver gjennomført svømmetime.

Ved oppstart var det bestemt at svømmekurset skulle gå over ti kurskvelder. Etter at den 10. kurskvelden ble avsluttet ble det tatt en avgjørelse på at det skulle tilbys et kurs 2 for alle som hadde deltatt på kurs 1. Studien forholder seg til kurs 1 og kurs 2. Kurs 2 ga fire ekstra svømmetimer med en instruktør, og det ble også her gjort observasjoner som ble dokumentert i en rapport. Fire måneder etter at kurs 2 var avsluttet ble alle deltagere kontaktet per mail med invitasjon til avslutningstime i bassenget og lett servering. Dette for å gjennomføre siste datainnsamling.

Figur 3. viser den detaljerte planlegging som forfatteren har forholdt seg til i gjennomføring av intervensjonen.



Figur 3. Svømmekurset fra planlegging til gjennomføring

5.2.1 KASAM som verktøy for å føle sammenheng

Ved å bruke KASAM som verktøy vil det kunne bidra til at svømmekurset blir tilrettelagt slik at deltagerne til intervensjonen opplever en følelse av sammenheng (42). Teorien som tidligere er presentert ble satt inn i rammene til intervensjonen og vises i Tabell 1.

Tabell 1. KASAM som forandringsmodell for å sikre et velfungerende svømmekurs

Begripelighet 	God informasjon til alle berørte parter om bakgrunn, formål og innhold i intervensjonen. Toveis informasjon og tilegnelse av kulturell kompetanse for hele gruppen, også for de som koordinerer aktiviteten. Bakgrunnen for hvorfor ikke minimal bekledning kan brukes. Viktigheten av inkludering også i samfunnsaktiviteter. Drukningforebygging, også ringvirkninger til barna i familien.
Forståelse 	Formulere eller kommunisere fram en mening med svømmekurset. La mennesker være delaktige og kjenne seg betydningsfulle. Samarbeidsmøte med instruktører og skolekontakt, samt informasjon med spørsmål til potensielle deltagere om hva som skal til for at DU skal begynne å lære å svømme? Svømming som helsegevinst, både fysisk og mentalt. Gruppetilhørighet gir positivt selvbylde, du er viktig i en gruppe, sosialisering, oppbygging av nettverk.
Meningsfullhet 	Ta hensyn til synspunkter. Gi rammer, redskap, tid og andre forutsetninger som skaper sammenheng istedenfor frustrasjon. Hva skal til for at gruppen skal fungere for deg? Felles utarbeidelse for gruppens aktiviteter med instruktørene. Kjennskap til hverandre og arbeide for god kommunikasjon og forutsigbare rammer.
Motivasjon 	
Håndterbarhet 	
Handler	

5.2.2 Brachts five stage community model som verktøy til gjennomførings-prosessen av intervensjonen

Lokale helsefremmende arbeid kan ta mange former og gjennomføres på mange måter. Det er avhengig av hvem som tar initiativet, hva som utløser handlingen, hvilke målsetting man har for arbeidet og så videre. En prosessmodell for det helsefremmende arbeidet sikrer oversikt og planlegging av initiativet. Bracht's five stage community model er en model som er egnet som verktøy til oppstart av lokalsamfunnsbaserte prosjekter, som i dette tilfellet er et svømmekurs (24). De ulike stadiene man her bruker er samfunnsanalyse, planlegging, iverksetting og gjennomføring, forankring og holdbarhet og til sist spredning og evaluering. Selv om disse stadiene danner en naturlig progresjon, kan utviklingen i prosjektet allikevel skje gjennom parallelle prosesser (24). Denne studien har tatt utgangspunkt i denne modellen og følger prosessen gjennom hele intervensjonen.

1. Samfunnsanalyse

Skaffe kjennskap til de behov, problemer, ressurser, verdier og sosiale strukturer som finnes i både samfunn og lokalsamfunn. I denne studien ble det søkt etter regjeringens overordnede mål for folkehelsearbeid og politiske føringer og strategier som støtter opp om studiens tematikk, samt leting i interne kommunale saksdokumenter. Lokale aktiviteter eller organisasjoner som kunne ha interesse av eller støtte opp om arbeidet ble kontaktet. I denne studien inngikk man samarbeid med Arendal svømmeklubb som hadde ønske om å tilby kvinner og menn med innvandrerbakgrunn svømmekurs og Arendal Voksenopplæring som kjente målgruppen.

2. Planlegging

I denne fasen skal det etableres en organisatorisk struktur for prosjektet. Det trekkes inn lokale krefter for å bidra til et lokalt eierforhold til prosjektet. Arendal voksenopplæring bidrar med ansvar for utveksling av informasjon til målgruppen og Arendal svømmeklubb bes bidra med kvinnelige instruktører. Det arrangeres samarbeidsmøter for instruktører, ansatt fra Voksenopplæringen og forfatter for å sikre at bidragsytere til intervensjonen kan medvirke til intervensjonens mål og virkemidlene for å nå de. Utarbeide/presentere evalueringssystem med rapportering om fremmøte og måloppnåelse.

3. Iverksetting og gjennomføring

Teorier prøves ut i praksis og planer omformes til aktiviteter, oppfølging blir viktig da det alltid skjer uforutsette hendelser. Ved å dokumentere og evaluere intervensjonen godt, håper man å kunne forankre tilbudet med økonomisk støtte fra kommunen, og organisering gjennom svømmeklubben. Følge opp handlingsplanen som ligger i bunnen og den organisatoriske strukturen for gjennomføringen.

4. Forankring og holdbarhet

Etter hvert som aktiviteten fungerer tilfredsstillende bør en legge vekt på å få aktiviteten integrert og forankret i lokale strukturer. Utvikling, gjennomføringen og ressursbruk/behov under hele intervensjonsperioden er viktig samtaletema med alle involverte. Målet er at aktiviteten skal fortsette etter at intervensjonen er over, derfor blir samarbeidspartene og dokumentasjon fra aktiviteten viktig ved videreføring og ved politisk involvering.

5. Spredning og evaluering

Evaluerer effekter av intervensjonen. Sammenfatte resultat og dele med andre interessenter, samt for planlegging av fremtidige tiltak. Aktuelle kommunale instanser, Norges svømmeforbund kontaktes for deling av resultater etter gjennomført intervensjon. Vurdere i samråd med kvinnene i intervensjonen om de kan fortsette aktiviteten gjennom å være ressurspersoner for andre som ønsker å delta på svømmekurs. Informere om lokale aktiviteter som kvinnene kan delta på i samarbeid med lokale organisasjoner.

5.2.3 Forfatterens rolle

I dette MPH-arbeidet har forfatteren hatt to roller som har blitt utført om hverandre. Oppmøtet på svømmekurset har blitt utført i fritiden som student, mens planlegging og informasjon er blitt gjort i arbeidstiden. Forfatteren har organisert, informert og igangsatt svømmekurset fra start til slutt, vært med som observatør ni av ti ganger og gjennomført alle intervjuer. Oppgavene som forfatteren har utført i svømmehallen har vært å sikre svømmehallen for innsyn, ansvar for å observere aktiviteten fra land, og oppmuntret og bidratt med informasjon til instruktører om deltagere som trengte hjelp under aktiviteten.

5.3 Studiedeltakere

Målgruppen var voksne kvinner med innvandrerbakgrunn. Introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger var en egnet arena for å inkludere deltagere fordi kvinnene er i en prosess der et av målene er å få grunnleggende ferdigheter i norsk, grunnleggende innsikt i norsk samfunnsliv, samt å forberede til deltagelse i yrkesliv og/eller utdanning. Alle elevene i fire forskjellige klasser på introduksjonsprogrammet fikk samme informasjon og mulighet for å melde seg på svømmekurset. Det var kvinner og menn i klasserommet hvor informasjonen ble holdt. Elevene hadde gått på grunnkurset i cirka et halvt år og de hadde varierende norskferdigheter.

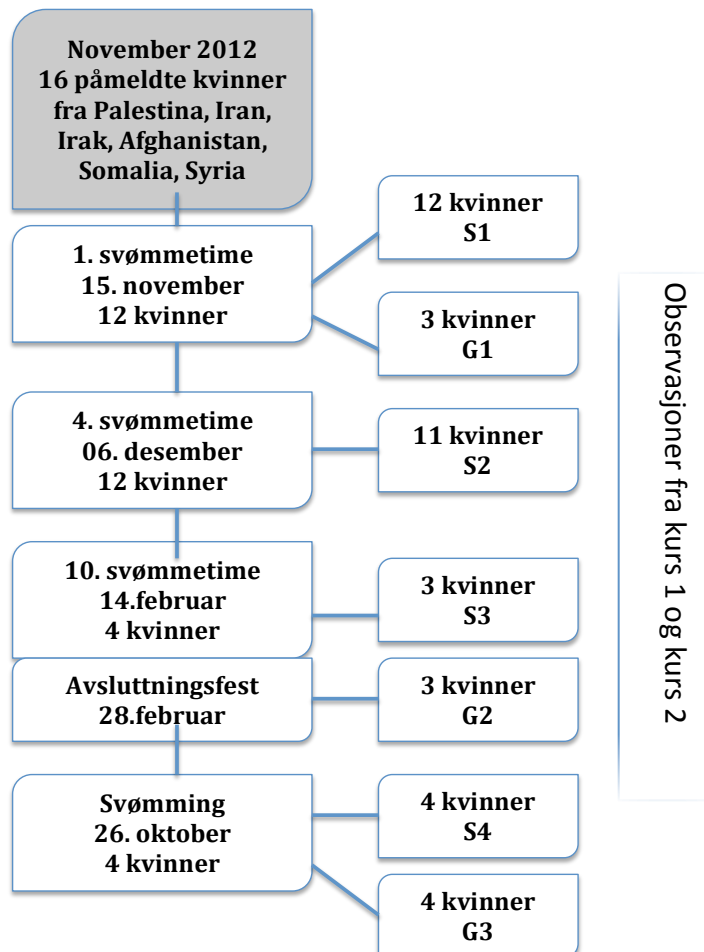
De 16 kvinnene var fordelt på seks forskjellige land. Antall påmeldte kvinner fordelt etter land er følgende: Syria en, Palestina to, Iran fem, Irak to, Afghanistan fire og Somalia to kvinner. Med deltagere og intervjupersoner i denne studien menes kvinner med innvandrerbakgrunn som deltar i intervensjonen.

Inklusjonskriterier var at deltagerne måtte kunne gjøre seg forstått på norsk og forstå hva som ble sagt, at de ikke skulle kunne svømme fra før, at de skulle ha et ønske om å lære og svømme og at de måtte være over 16 år. Dette ble det informert om samtidig som læreren fra Arendal Voksenopplæring, som hadde påtatt seg oppgaven å ta imot påmeldinger, var tilstede.

5.4 Datainnsamling

Datainnsamlingen har foregått fra 15. november 2012 til 26. oktober 2013. Dataene er hentet inn fra fire spørreskjema (S1-S4) med kombinasjon av åpne og lukkede spørsmål, gjennom tre gruppeintervju (G1-G3), gjennom observasjonene som instruktørene skrev ned etter hver svømmetime og gjennom speiling av instruktørenes observasjoner opp mot intervjupersoner i et intervju.

Svømmekurset har blitt gjennomført på torsdager fra klokka 16.00-18.00. Timene begynte alltid på benken inne i hallen med opprop og lett samtale. Effektiv bassengtid var cirka en time. Timen ble avsluttet mens deltagere var i bassenget med felles tilbakemelding på utviklingen som de hadde vist og på hva deltagerne kunne forberede seg på til neste gang. Datainnsamlingen fra gruppeintervju og spørreskjemaet ble alltid gjennomført etter aktiviteten. Figur 4. viser antall intervjupersoner som besvarer på hver datainnsamling og tidspunktet det ble gjennomført.



Figur 4. Antall intervjupersoner (kvinner) deltatt ved hver datainnsamling, inkludert rapporter fra instruktører fra kurs 1 og kurs 2. Dataene er hentet inn fra fire spørreskjema (S1-S4) gjennom tre gruppeintervju (G1-G3) og observasjoner fra alle svømmetimer.

5.4.1 Spørreskjemaer

Intervjupersonene har svart på fire spørreskjemaer, tre av spørreskjemaene på samme dag som gruppeintervjuene ble gjennomført. Begrunnelsen for å benytte fire spørreskjemaer er pragmatisk, og først og fremst for å dokumentere utviklingen av svømmeferdigheter i forhold til antall timer, og for å få tilbakemeldinger underveis fra intervjupersonene som kunne være viktig for gjennomføringen. Det første skjemaet hadde innledningsvis demografiske spørsmål etterfulgt av graderings spørsmål i forhold til ferdigheter. Alle skjemaene hadde like spørsmål innenfor gradering av opplevde ferdigheter for at det skulle kunne sammenlignes innenfor perioden. Trivsel var også et graderingss spørsmål som ikke var relatert til ferdigheter, men relatert til livskvalitet som hører til innunder temaet sosial integrering. Spørsmål i skjemaet og gruppeintervjuet var av overlappende karakter ved at noen av spørsmålene kom inn på samme tema som skulle utdypes under intervjuet. Temaene er områdene som intervensjonen søker svar på og omtales nærmere under dataanalyse. Når intervjupersonene hadde gjort seg ferdig, ble skjemaet samlet inn av forfatteren og tatt vare på for å summere svarene. Spørreskjemaene er vedlagt under Vedlegg 1.

5.4.2 Gruppeintervju

Gruppeintervju vil si at man intervjuer en gruppe samtidig og intervjueren fungerer som ordstyrer og en slags debattleder. Medlemmene svarer ikke bare på spørsmål fra intervjueren, men de stiller også spørsmål innad i gruppen (50). Gruppeintervjuer kan være effektive når det gjelder å utvikle og avklare det enkelte individs erfaringer og gjennom samtale med andre i samme situasjon får intervjupersonene perspektiv på tingene og de utvikler meninger i løpet av selve prosessen (50). Mennesker er ikke isolerte individer, men sosiale vesener som inngår i kulturelle og språklige sammenhenger. Dette utnyttes ved å samle intervjupersonene i grupper og skape trygghet og interaksjoner (51). Språket kan være en barriere under gruppeintervjuene, ved at det å ta ordet og formulere seg kan skape utrygghet på grunn av forskjellige språklige nivåer innad i gruppen.

Det er gjennomført tre gruppeintervjuer. Det første ved oppstart, det andre halvveis i kurs 1 og det tredje fire måneder etter at kurs 1 og 2 var gjennomført. Intervjuene ble tatt opp med en telefon av typen I Phone. Intervjupersonene ble informert om hva som skulle skje før opptaket startet.

Etter at første kurstime var ferdig ble det gjennomført gruppeintervju med tre kvinner. Ingen kjente hverandre godt fra før, men alle gikk på samme skole. Intervjuet varte i 12 minutter. Intervju nummer to ble gjort med de samme intervjupersonene etter at svømmetimen var gjennomført. Intervjuet varte i ni minutter. Siste gruppeintervju ble gjennomført fire måneder etter at kurset var avsluttet og inkluderte kurs 2. Det var planlagt å intervju de samme intervjupersonene som tidligere, men disse kom ikke denne dagen. Det ble istedenfor utført intervju av fire deltagere, som var de eneste som møtte denne dagen. Intervjuet var i to deler. Første delen gikk på innholdet i

observasjonene til instruktørene, med målsetting i å høre hva intervjupersonene opplevde som bra undervisning. I dette intervjuet var en instruktør med og denne delen varte i 20 minutter. Andre del var som tidligere intervju rettet mot prosjektets formål, her var ikke instruktøren med og intervjuet varte i 41 minutter. Spørsmålene som ble stilt under gruppeintervjuet kan sees i Vedlegg 1.

Når opptaket var ferdig ble det lagret som lydfil. Opptaket ble transkribert til et Word-dokument og lagret på privat computer. Transkripsjonen inneholdt følelsesuttrykk som f. eks latter. Dokumentet ble merket med dato for opptak, lengden på intervjuet, antall intervjupersoner som deltok og hvor intervjuet hadde funnet sted.

5.4.3 Observasjon

Det ble gjort avtale om at instruktørene skulle observere hver svømmetime og skrive en rapport etter hver time. Instruktørene fikk utlevert en mal der det sto hva som skulle observeres. Instruktørene skulle observere grad av integrering (bedring av språk, åpenhet for å forstå andres kultur), sosialisering (stemning, knytte kontakt) og økte svømmeferdigheter (fysisk helse) og gi tilbakemeldinger både på individ og gruppenivå. Samtidig var det bedt om at instruktørene skulle skrive ned sine egne opplevelser med hjelpespørsmål som: Hva er utfordringene? Hva observerer du relatert til de ønskede effektene? Malen til instruktørenes rapport kan sees i Vedlegg 2.

5.5 Dataanalyse

5.5.1 Spørreskjema

Spørreskjemaene ble tatt med tilbake til arbeidsplassen på Rådhuset i Arendal for bevaring. Alle spørreskjemaene ble summert og skrevet for hånd inn i et skjema, deretter ble all informasjon fylt inn i tilsvarende skjema elektronisk og lagret på PC. Når alle spørreskjemaene var gjennomført ble de analysert etter type data. De demografiske spørsmålene ble brukt i resultatet for å beskrive deltagerne i intervensjonen. Graderingsskjema etter ferdigheter ble fremlagt som de var. De åpne spørsmålene i spørreskjemaet ble analysert etter prinsippene til innholdsanalyse og ble brukt til å understøtte gruppeintervjuet.

5.5.2 Gruppeintervju

Analyse av de kvalitative data er utført etter prinsipper fra innholdsanalyse beskrevet av Lundman og Hallgren Granheim (52). Kvalitativ innholdsanalyse karakteriseres ved at analysen søker etter meninger som både kommer tydelig frem og som eventuelt er

indirekte og dermed tolkbare, samt at metoden undersøker likheter og forskjeller i datamaterialet. Lundeman og Hallgren Granheim beskriver en strukturert analyse som identifiserer innholdet i teksten steg for steg. Dokumentet benevnes med analyseenhet, og et domen er deler av teksten som omhandler en spesifikt område. Fremgangen i innholdsanalyse slik den er beskrevet (52):

- Identifisere meningsenheter, trekke ut ord eller setninger
- Kondensering, forkorte tekst, uten å forandre innholdet
- Abstrahere innholdet, løfte innholdet til et høyere nivå
- Koder, en etikett som beskriver innholdet
- Kategori, sette sammen flere koder som har lignende innhold, kan deles i under og hovedkategori

Analyseenheten var 20 sider transkribert tekst fra intervjuene. På forhånd var det utarbeidet domener som analysen skulle fokusere på: Svømmeferdigheter, sosial integrering, egenopplevd helse og øvrige funn som kunne være aktuelle for intervensjonen. Analyseenheten ble først systematisert etter domenene, som hjalp forfatteren og se intervjuet i sammenheng med forskningsspørsmålene. Deretter ble det gjort en identifisering av meningsenheter og kondensering ved at lengre setninger ble komprimert til korte forklarende utsagn. Herifra ble utsagn abstrahert, det vil si at forfatteren løftet innholdet til et høyere logisk nivå og benevnte det med en kode. Koder som var nært beslektet ble satt sammen i kategorier som besvarte spørsmålet ”Hva?”. Tabell 2. viser hvordan analyseprosessen til domene sosial integrasjon ble analysert frem.

Tabell 2. Eksempel fra analyseprosessen

Domene	Koder	Underkategori	Hovedkategori
Sosial integrering	Drømmer, kulturell frihet, fremtidsrettet, mestring, lavt selvbilde, gruppestøtte, kulturkræsj, sjenanse, sosial videreføring og aktivitet, ressursperson, kjønnsforskjeller	Fremtidstro	Personlig utvikling
		Kulturell tilpasning	
		Relasjonsbygging	

5.5.3 Observasjon

Instruktørene skulle observere grad av integrering, sosialisering og økte svømmeferdigheter på individ og gruppenivå, samt egen erfaring relatert til instruktørrollen. Instruktørenes tilbakemeldinger ble samlet inn etter at kurs 1 og kurs 2 var ferdig. Innholdet ble gruppert etter dato som svømmetimen hadde blitt gjennomført på. Observasjonene fra alle svømmetimer ble lagt sammen til en felles rapport. Denne

rapporten ble vist til intervjupersonene og gjennomgått i plenum under første del av gruppeintervjuet den 26. oktober. Dette for å speile instruktørenes observasjoner og opplevelser mot intervjupersonene. Rapporten er brukt i resultatdelen i forhold til svømmeferdigheter, mens deler er trukket ut i resultatdelen for å understøtte intervjupersonenes ytringer. Observasjonene fra instruktørene har vært viktige med tanke på å understøtte data fra intervjupersonene.

5.6 Etiske overveielser

Medisinsk og helsefaglig forskning er i den norske helseforskningslovens §4 definert som ”Virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom” (53). Dette MPH-arbeidet inneholder ikke forskningsspørsmål som omhandler sykdom eller helse på en slik måte at det gir krav om etisk godkjenning. Verken direkte eller indirekte personopplysninger er registrert i studien og gir derfor ikke behov for meldeplikt til Personvernombudet for forskning, NSD, i Norge (54). Studien ble presentert per telefon til rådgiver hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk for region Sør-øst der det ble bekreftet at undersøkelsen ikke behøver etisk godkjenning.

Når informasjonen ble gitt på skolen ble elevene informert om at svømmekurset var en del av en studie, hvem som sto ansvarlig for studien, hva formålet var, at datainnsamlingen var anonymisert og at det var frivillig deltagelse i studien med mulighet for å trekke seg uten forklarende årsak. Dette etter føringene for ”krav til samtykke” (54).

Det ble tatt hensyn til at det kunne være språkutfordringer, og lærer som kjente elevene var med for å støtte opp under informasjonen. Deltagerne ble informert på nytt når de møtte opp til første svømmetime om at de er deltagere i en studie som ønsket å se på effekten som svømmeopplæring har for kvinner med innvandrerbakgrunn. Videre ble det informert om at resultatene vil bli presentert både i skolesammenheng og i kommunen for å dokumentere hva et svømmekurs kan bety for kvinner som ønsker å lære og svømme. Informasjonen som offentliggjøres vil bli anonymisert ved at det ikke vises til alder eller bakgrunn og at det er Arendal kommune som er arbeidsgiver og har godkjent svømmekurs og undersøkelse.

Forfatteren har vært bevisst på å veie spørsmålene i forhold til temaer som kunne være sensitive under intervjuene. Personlige grunner som kunne være interessante, men som ikke var relatert opp mot forskningsspørsmålet ble ikke gått inn på av hensyn til intervjupersonene. Eksempel på dette er årsaker til at kvinnene flyttet fra sitt opprinnelses land, hvorfor hun nå er alene med barna og så videre.

6 RESULTAT

De demografiske data fra spørreskjemaene presenteres innledningsvis før de resterende resultatene presenteres systematisk etter forskningsspørsmålene. Rapportene fra instruktørenes observasjoner presenteres særlig under rubrikken om svømmeferdigheter. Hovedkategorier og underkategorier som ble identifisert med innholdsanalyse presenteres innunder tilhørende forskningsspørsmål og fremvises i Tabell 3.

Tabell 3. Hovedkategorier og underkategorier som ble identifisert

Hovedkategorier	Underkategorier
Personlig utvikling	Kulturell åpenhet Fremtidstro Relasjonsbygging
Helsegevinster	Friskere kropp Avstressende Bedre søvnkvalitet
Rollemodeller	Barnas svømmeferdigheter Familiestøtte

6.1 Demografiske data og oppmøte

6.1.1 Familiesituasjon, oppholdstid i Norge og yrkesbakgrunn

Kvinnene ble spurt om deres sivilstatus, om de hadde barn, antall barn og alderen på disse. Åtte av 12 intervjupersoner oppga at de var gift, en oppga at hun ikke var gift og tre svarte blankt. Åtte intervjupersoner oppga at de hadde barn og fire hadde ikke barn. Det er ikke spurt om alder, men det er registrert fødselsår på en del av kvinnene som viser at de er spredt fra 1970 til 1995. Seks av intervjupersonene svarte på hvor mange barn de hadde, og to av de som hadde svart at de hadde barn svarte blankt. Antall barn per kvinne hos de som svarte på dette var fordelt fra et barn til syv barn. Alderen på barna var spredt fra to år til 19 år. Alle 12 deltakere som var tilstede svarte på hvor lenge de hadde bodd i Norge. Spredningen var fra 1 år til fem år. Gjennomsnittlig oppholdstid i Norge var på 2.4 år.

Intervjupersonene ble spurt om hva de jobbet med sist de var i arbeid og om hva slags studier de hadde gjennomført. I forhold til studier ble det nevnt fagbrev innenfor data, frisør utdanning, et fire år langt studie av ukjent studieretning og to var studenter i allmenne fag. Yrkeserfaringen i hjemlandet varierte fra skole, sykepleier, data, frisør, lærer, statsviter, FN arbeid, husmor og arbeid i en kiosk.

6.1.2 Fremmøte og frafall

Totalt har 16 deltagere vært påmeldt til kurs 1, med varierende antall oppmøte per gang. Det var tre deltagere som møtte ni av ti ganger, og en møtte to av ti ganger.

Gjennomsnittlig møtte 9.6 deltagere per gang, med en stor forskjell på oppmøtene de første fire kurstimene i kurs 1, og på de neste timene innenfor samme kurs. Dette blir synlig ved å vise gjennomsnittsberegningen for begge periodene som var 12.5 deltagere per gang de første fire gangene og 7.7 deltagere per gang de neste seks gangene. Det var fem ukers opphold mellom fjerde og femte kurstime på grunn av juleferie. På kurs 2 var gjennomsnittlig oppmøte 6.75 deltagere per gang av maks syv mulige. Laveste oppmøte var tiende gang med fire oppmøte.

Av 16 påmeldte deltagere var det to stykker som sluttet etter fire ganger av ukjent årsak. En tredje sluttet etter fem ganger på grunn av eksem. Ved fravær oppga de andre deltagerne sykdom og transportproblemer som årsak. Deltagerne ble informert om at de ikke kunne kombinere menstruasjon og svømmetime dersom de ikke brukte tampong. Dette kan også ha vært en fraværsgrunn.

6.2 Bidrar svømmekurset til økte svømmeferdigheter?

6.2.1 Svømmeferdigheter

Svømmeferdigheter er evaluert ved oppstart (første gang), ved midtevaluering (fjerde gang), ved sluttevaluering (tiende gang) og 11 måneder etter kursstart der samtlige av intervjupersonene har gjennomgått kurs 2. Intervjupersonene fikk beskjed om å sette ring rundt det tallet der de følte seg mest "hjemme". Resultatene som vises i Tabell 4. er presentert i antall deltagere.

Intervjupersonene fikk spørsmålet "Hvordan er dine svømmeferdigheter", der 0 = kan ikke svømme, og 10 = veldig gode svømmeferdigheter (kan svømme i sjø på dypt vann og føler meg trygg).

Tabell 4. Svømmeferdigheter i basseng

Ved oppstart	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 12	10 1 1
Midtveis	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 11	1 4 4 1 1
Ved sluttevaluering	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 3	1 1 1
Etter 11 måneder	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 4	1 1 1 1

Tabell 4. viser at ved oppstart svarte ti av 12 intervjupersoner at de ikke kunne svømme. Midtveis er det ingen som sier at de ikke kan svømme, men ni av 11 intervjupersoner svarte at de hadde dårligere enn 5 i svømmeferdigheter (5 er median). Ved sluttevaluering var det en av tre som svarte at de har under 5 i svømmeferdigheter. Evalueringen etter 11 måneder viste at tre av fire intervjupersoner meldte under 5 i svømmeferdigheter, det vil si at svømmeferdighetene hadde gått noe tilbake. Deltagerne til kurs 1 har i mellomtiden hatt tilbud om kurs 2 (oppfølgingskurs) som ble avsluttet fire måneder før evalueringen.

6.2.2 Trygghet i forhold til vann

Trygghet påvirker evnen til å erverve svømmeferdigheter, og intervjupersonene ble spurt på samme måte som med svømmeferdigheter, ved at de skulle sette ring rundt det tallet som best beskrev deres opplevelse av trygghet i bassenget. Resultatene vises i Tabell 5.

Intervjupersonene fikk spørsmålet ”Hvor trygg føler du deg i bassenget, der 0 = redd for å være i vann og 10 = føler meg veldig trygg i vann.”

Tabell 5 Trygghet i basseng

Ved oppstart	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 12	1 2 4 1 1 1 2
Midtveis	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 11	1 1 1 2 2 3 1
Ved sluttevaluering	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 3	1 1 1
Etter 11 måneder	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 4	1 1 1 1

Tabell 5. viser at ved oppstart svarte ni av 12 intervjupersoner at de lå under 5 i opplevelse av trygghet, mens ved midtevaluering svarte fem av 11 intervjupersoner at de lå under 5 i opplevelse av trygghet, noe som viser en forbedring. Ved sluttevaluering svarer en av 3 intervjupersoner at de opplevde seg under midtveis trygg, som er en sannsynlig ytterligere forbedring. Ved evalueringen etter 11 måneder svarer to av fire intervjupersoner at de opplever under 5 i trygghet, det vil si at intervjupersonene føler seg mindre trygge i bassenget enn ved sluttevalueringen åtte måneder tidligere.

Det å dukke hodet under vann er en handling som sier noe om graden av trygghet i å forholde seg til vann og kan sees i sammenheng med spørsmålet om trygghet i basseng. Ved oppstart svarte tre av 12 intervjupersoner at de klarte å dykke hodet under vann uten å bli redd, ved midtveis evalueringen svarte to av 11 intervjupersoner det samme. Ved sluttevalueringen svarte to av tre at de klarte å dykke hodet under vann uten å bli redd, mens etter 11 måneder mener to av fire intervjupersoner at de kan dykke hodet under vann uten å bli redd.

Intervjupersonene ble spurt om de klarte å holde seg flytende uten hjelpemidler ved alle fire evalueringene, og de skulle svare ja eller nei. Ved oppstart svarte en av 11 intervjupersoner at de klarte å flyte uten hjelpemidler. Ved midtveis evalueringen svarte fire av syv intervjupersoner at de klarte å flyte uten hjelpemidler. Ved sluttevalueringen svarte to av tre at de kunne flyte uten hjelpemidler og etter 11 måneder svarte alle fire intervjupersonene at de kunne flyte uten hjelpemidler.

6.2.3 Instruktørenes observasjoner i forhold til svømmeferdigheter

Instruktørene meldte om fremgang i forhold til utvikling av svømmeferdigheter etter tredje time. Under fjerde kurstime ble det øvd på å flyte, og det var fremgang i å føle trygghet i vannet, samt mye humor blant deltagerne. Det ble brukt ”pølse” som flytehjelpemiddel, og under den femte kurstimen var det to stykker som klarte og svømme helt uten hjelpemidler. Neste time var deltagerne ivrige på å lære og svømme, og hele syv av ni deltagere svømte uten hjelpemidler, samtidig ble det observert at det var vanskelig for deltagerne å holde seg flytende på grunn av anspenhet.

Ved starten av timene ble det observert at mange av deltagerne var skeptiske, det tok en stund før de torde og stole på seg selv igjen og dermed å komme på samme nivå som sist de var på svømming. En uke mellom hver svømmetime ble derfor oppfattet som for lenge. Dette ble bekreftet av en intervjuperson.

Jeg husker at en gang per uke ikke var nok svømming, vi glemte det vi hadde lært.

Instruktørene opplevde at antall deltagere i bassenget påvirket opplevelsen av kontroll og oversikt i undervisningssituasjonen. Det vil si at voksne har andre utfordringer i læresituasjonen enn barn.

I dag var det bare seks deltagere, noe jeg som instruktør synes er helt topp. Det er mer oversiktlig i vannet og en føler en når rundt og får hjulpet alle. En annen utfordring er å få de til å flyte bedre, de synker fort med beina, og de er stivere og mer redde enn barn.

Under åttende kurstime ble det byttet til ”egg” istedenfor ”pølse” fordi deltagerne var kommet såpass langt i trygghet og svømmeferdigheter at det fungerte. Dette gjorde at de fleste svømte med både armer og bein istedenfor å holde seg fast i ”pølsa”. Etter niende gang så instruktørene at ti svømmetimer var for lite til å lære og svømme, de aller fleste var på nivå med ”nesten” å klare å svømme. Den tiende timen møtte det fire deltagere, alle kunne svømme, to av de kunne nesten svømme 25 meter og de to andre klarte å svømme 3-5 meter.

Etter tredje time i kurs 2 viste deltagerne en stor trygghet i vannet. Tre av syv dukket hodet under vann, og alle syv deltagere prøvde å flyte på rygg. Den fjerde og siste timen i kurstillbudet var det syv deltagere som møtte. De brukte fremdeles tid på og venne seg til vannet i begynnelsen av timen, men på slutten av treningen var alle uten hjelpemidler. Et sitat fra instruktøren i forhold til oppnådde svømmeferdigheter lød slik:

Fantastisk å se hvor mange av dem som faktisk svømmer og greier å svømme fra side til side. Så mye glede! Jeg er kjempestolt av disse damene som tar denne utfordringen på en slik positiv måte.

6.3 Resulterer svømmekurset til at deltagerne i intervensjonen oppnår økt sosial integrering sett fra intervjupersonenes og instruktørenes perspektiv?

6.3.1 Intervjupersonenes opplevelse av trivsel

Trivsel påvirker en persons livskvalitet. Intervjupersonene fikk beskjed om å sette ring rundt det tallet som best beskrev deres trivsel i Norge på det aktuelle tidspunktet. Ved oppstarten av kurset var det ni av 12 intervjupersoner som svarte. Resultatet vises i Tabell 6.

Intervjupersonene fikk spørsmålet ”Hvordan er din totale trivsel i Norge nå”, der 0 = veldig dårlig og 10 = har det kjempe bra.

Tabell 6. Trivsel i Norge

Ved oppstart	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 9 (3 blanke)	1 2 1 1 1 3
Midtveis	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 11	1 2 5 3
Ved sluttevaluering	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere: 3	1 2
Etter 11 måneder	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Antall deltagere :4	4

Ved oppstart svarte fire av ni intervjupersoner at de hadde en trivsel i Norge mellom 8-10 der 10 er maksimal trivsel. Midtveis svarte åtte av 11 intervjupersoner at de hadde en trivsel i Norge mellom 8-10. Ved sluttevaluering svarte to av tre at de hadde en trivsel mellom 8-10. Etter 11 måneder svarte samtlige intervjupersoner at de hadde en trivsel i Norge mellom 8-10. Dette viser en gradvis bedring av trivsel i Norge under hele perioden.

6.3.2 Personlig utvikling

På de 11 måneder som intervensjonen varte utviklet deltagere seg personlig. Det ble synlig gjennom handlingene de gjorde. Handlingene innebar å besøke offentlige bad, reise på ferie med venninner fra svømmekurset til en plass der det var basseng som var åpent for alle, og forandringen fra å ville dusje alene til å kunne dusje naken sammen

med norske kvinner i offentlig bad. Andre ble ressurspersoner for venninner som ikke hadde fått tilbud om svømmekurs. Alle fikk nye venner, eller knyttet nærmere kontakter med de de allerede kjente.

Første møte med kvinnene var preget av usikkerhet for alle som var involvert i intervensjonen. Det var blant annet usikkerhet over de valgmuligheter det var for deltagerne i forhold til avkledning og dusj, men som de etter kort stund fant ut av og organiserte seg selv. Det var ingen som dusjet naken, men de vasket seg som de hadde fått instruksjoner om. Noen valgte å ta dusjen hjemme før de kom. Instruktørene dusjet og kledde seg slik som de var vant med, det vil si nakne i dusjen og av og påkledning uten å dekke seg særlig til i garderoben som var felles med deltagerne.

Dere spurte oss: Hvem må dusje alene? Jeg sa at jeg ville alene! Men nå har jeg vært på offentlig svømmehall, damene der dusjer nakne, så jeg begynte å ta av meg klærne, litt og litt, ja, det fungerer for meg. Jeg tar av meg badetøyet nå.

Jeg har vært på ferie i Norge der det var svømmebasseng, både menn og kvinner, og alt (ler). Jeg tok på meg hijabbadeklær, og jeg svømme. Jeg kunne jo ikke bare se på de andre!

Å være kristen kvinne med norsk bakgrunn og å være kvinne med muslimsk innvandrerbakgrunn er tradisjonelt sett forskjellig med tanke på kropp og beklledning. Allikevel ble det observert en tilnærming til norsk kultur.

En badevakt, mann, han ser på alle. Han er veldig høflig mann. Jeg husker du (en annen deltager) sa til meg første gang – Vi kan ikke gjøre annet, vi må ta det!. Det går fint, var sjokk første gangen. En mann sitter der....hva er det??? Etter en halv time jeg gikk til han, sto der.....kan jeg få en pølse..(alle spruter ut i latter)..han var veldig, veldig høflig...trenger du noe annet? Det var helt ok...jeg kunne snakke med han i bikini...jeg skulle gjøre det!

Kvinnene fortalte at det var kulturforskjeller som lå til grunn for at det var vanskelig å besøke offentlige strender og svømmehaller. Kulturforskjellen gikk ut på at man ikke var vant til å se nakne kropp, særlig av motsatt kjønn. Med naken, mentes mye hud, og det mentes da også når man bruker badetøy.

For meg også veldig gøy å gå på svømmehall, men noen ganger jeg blir sjenert. For en mann er noen ganger han sett, og jeg blir sjenert. Nei, han ser ikke bare på meg, han ser på alle (mannlige badevakten), ...fordi jeg er uten klær føler jeg meg.....fordi jeg er muslim, det er rart for en muslim at en mann ser på en kvinne om hun kan svømme.

Første intervju var det snakk om å følge en drøm, siste intervju hadde drømmen begynt å bli virkelighet. Det å ha kommet til et nytt land, hadde gitt nye muligheter.

Jente (i hjemlandet) fikk ikke lov å gjøre svømme, eller kjøre bil og sånn, på grunn av det, hvis jeg kommer her (til Norge) og fikk lov, jeg vil, det er drøm, ikke sant..eh...det er masse drømmer..jeg vil svømme, jeg vil kjøre bil, jeg vil spille, jeg vil gjøre alt. Jeg fikk før ikke lov, jeg må gå foran, ikke se bak. Derfor.

Andre drømmer som ble presentert var å lære og snakke engelsk og å ta med seg barna sine til havet og bade til sommeren. Kvinnene hadde startet med nye aktiviteter ved sammenkomsten 11 måneder etter at kurset hadde begynt.

Jeg tar kjøretimer hver dag også begynner jeg med engelsk kurs. Å kunne snakke engelsk er en drøm.

Etter at kurset var ferdig, gikk syv damer fra svømmekurset jevnlig i offentlig svømmehall. En gikk gjerne alene, mens de andre avtalte med hverandre.

Ingen av intervjupersonene oppga kulturelle hinder for deltagelse på svømmekurset. Det var ingen deltagere som viste tegn til fysiske begrensninger med tanke på temaet omskjæring. To ganger ble det oppgitt fravær på grunn av transportproblemer. Burkini, heldekkende badedrakt ble brukt av to deltagere.

Deltagerne lærte at de måtte samarbeide og stole på hverandre, og instruktørene observerte et tettere bånd mellom deltagerne underveis. Dette ble observert gjennom at de kommuniserte, de støttet hverandre både fysisk og psykisk, de definerte hverandre som venner og tok kontakt med hverandre i fritiden. Intervjupersonene svarte at svømmekurset hadde gjort dem mer sosiale og at de hadde lært mer om norsk kultur. Deltagerne hadde blitt venn med mange både fra eget og andres land, også hadde de en opplevelse av at de hadde blitt mer fornøyde og vennlige.

Informanten fra voksenopplæringen hadde observert en forskjell på elevene som hadde vært deltager på svømmekurs og på de andre elevene. Elevene som hadde vært deltagere hadde vist en raskere interesse for den norske kulturen, og de hadde tatt mer kontakt med andre elever utenfor sin egen kulturelle gruppe. Alle involverte ga tilbakemeldinger om at små grupper med egen instruktør og egen fremdrift var positivt fordi de var på samme nivå med tanke på svømmeferdigheter innad i gruppen. Dette ga trygghet, god oversikt og gode resultater.

Det er lettere å hjelpe alle, samt mer oversiktlig. Deltagerne virker også tryggere med mer ro i vannet. Gruppen er veldig sosial! (instruktør).

6.4 Fremkommer det andre faktorer som påvirker helsetilstanden og som kan relateres til svømmekurset?

6.4.1 Helsegevinster

I spørreskjemaet definerte 11 av 12 kvinner seg som friske. De ble spurt om de hadde noen plager. Det som ble nevnt var at tre stykker hadde vondt i ryggen og at en person hadde migrene. Hva den ene intervjupersonen definerte som ikke frisk er ukjent, men spørsmålet sto i sammenheng med de nevnte plagene ryggsmarter og migrene. Under gruppeintervjuene bekreftes de fysiske plagene ryggsmarter og migrene, i tillegg ble det nevnt mentale plager som nedstemthet og søvnproblemer. I løpet av 11 måneder var samtlige tilbakemeldinger at de opplevde bedre helse med en oppdagelse av å være mer opplagt av å trene.

Deilig følelse av å kunne svømme, som relaxed. Jeg kunne sove hele natta, jeg ble så trøtt.

Når jeg kom for å svømme, etterpå jeg kan tenke bedre for hver ting. Min kropp blir fortraskere. Før jeg begynte å svømme, alltid jeg tenkte negative ting, bli depressed. Når jeg begynte å svømme jeg blir bedre.

6.4.2 Rollemodeller

De intervjupersonene som hadde barn hadde det til felles at de alle var veldig opptatt av barnas svømmeferdigheter. Mange viste en frykt for barnas mangel på svømmeferdigheter. Mye av motivasjonen til at kvinnene ville lære å svømme, lå i at de ville være forbilder for barna sine slik at de også kunne lære og svømme. Kvinnene ville også passe på barna sine ved vannaktiviteter slik at ikke noe farlig skulle skje, men de ville også være forbilder for sine barn, de ønsket å fremstå som sterke og trygge.

Oss som utenlandske, vi er ikke vant til vann, føler oss ikke trygge, mange steder her er det vann. Min lille datter, kanskje hun forstår nei, men er de langt fra oss, kan vi ikke nå de. Jeg må lære!

Denne kvinnen fortalte om hvor viktig det hadde vært for henne å mestre. Ikke bare med tanke på seg selv, men også med tanke på sine barn.

Fordi når du tar bilde for meg og sånn (filmet henne med hennes eget kamera), jeg komme til barna mine og sier, "se jeg svømmer, se jeg svømmer", til mamma og sånn, jeg er tøff, mine barn stoler på meg, hvis jeg svømmer, kjøring og sånn, det blir mer tøff, jeg vil begynne på nytt, jeg må begynne på sterk måte, ikke på sånn måte med sliten og sånn. Derfor jeg bli veldig glad på den kurs. Jeg stoler på meg selv.

7 DISKUSJON

Underveis i MPH-arbeidet fant forfatteren få gjennomførte studier om kvinner med innvandrerbakgrunn og deres svømmeferdigheter, og om svømmekurs som en aktivitet for å øke sosiale integrering. Derimot finner man at Norges Svømmeklubb har arbeidet frem et kurstilbud om svømmeopplæring til innvandrere (55). Dette kurstilbudet ble først kjent for forfatteren i slutfasen av denne studien, og innholdet og anbefalingene som oppgis til lokale organisasjoner som ønsker å starte opp kurs er i samsvar med mange av funnene i denne studien. Dokumentet bygger på tilbakemeldinger fra lokale svømmeklubber som har gjennomført kurs for personer med innvandrerbakgrunn gjennom flere år. Dette er interessant lesing. Aktiviteter slik som et svømmekurs som svømmeklubben beskriver kan bidra til å bedre helsetilstanden, men den mangler vitenskapelig dokumentasjon slik mange intervensjoner igangsatt fra frivillige organisasjoner gjør (56). Dette MPH-arbeidet støtter arbeidet som Norges Svømmeklubb har igangsatt, og vil derfor ha en verdi når arbeidet offentliggjøres og gjøres kjent for Norges Svømmeklubb.

Intervensjon i dette arbeidet støtter også artikkelen til Sødergren om at gruppetrening er effektivt med tanke på å få kvinner med innvandrerbakgrunn igang med trening (25). Funnene viser en større tendens til sosial integrering ved at offentlig tilbud kan overta som treningsarena når kvinnene har bygget opp et treningsnettverk. Dersom aktiviteten er tilgjengelig med offentlig transport er ikke avstanden heller så vesentlig som det fremkommer i samme artikkel (25).

7.1 Metodediskusjon

Validitet er definert som sannhet, riktighet og styrke, eller i hvilken grad våre resultater reflekterer de fenomener eller variabler man ønsker å vite noe om (57). I spørsmålet om studiens reliabilitet, om resultatene kan reproduseres (57), vil det kunne diskuteres med tanke på intervjuerens førkunnskaper, forfatterens to roller og språkkunnskapene til intervjupersonene.

7.1.1 Datainnsamlingen

I møte med mennesker opplever man at det opparbeides trygghet og relasjoner over tid, noe som bidrar til god kommunikasjon under påvirkning av de individene som deltar. Tidlig i datainnsamlingen hadde ikke forfatteren og intervjupersonene opparbeidet kjennskap til hverandre og innholdet i datamaterialet kan være påvirket av det. Dette kan forklares blant annet med at forståelse og respekt for intervjupersonenes verdier gjorde at samtaler i starten var preget av usikkerhet, som bunnet i en lite utviklet kulturell kompetanse. Et eksempel er den lave responsen på spørsmålet om hva som kunne være grunnen for at kvinner ikke begynte på svømmekurset? Språkforståelse og

kjennskap til intervjupersonene og forfatteren hadde vært bedre ved det siste intervjuet og samme spørsmålet hadde med stor sannsynlighet fått en bredere forståelse og diskusjon. Tiden per intervju ble påvirket av utviklingen av språkforståelsen og kjennskapen til hverandre ved at samtaler ble mer engasjerende og dypere og dermed tidsmessig lengre underveis. Repstad har gjort et poeng ut av at god forskning på mennesker forutsetter nærhet som gir innsikt og blikk for viktige nyanser (58).

Spørreskjemaet ble prøvd ut på kommunelege i kommunen og skjema og sammenheng ble forklart. Jacobsen (50) anbefaler et testintervju på fire-seks intervjupersoner og at dette er av stor betydning for å unngå irriterende feil. Språk har vært en utfordring i spørreskjemaet, og i ettertid ser forfatteren at et testintervju på en kvinne med innvandrer bakgrunn ville vært et riktigere valg. Dette på grunn av forskjellige kulturelle bakgrunner hos intervjuer og intervjupersoner som kan gjøre at intervjuets innhold og kvalitet ble påvirket av unødvendige misforståelser.

Kvinnene som hadde gode norskkunnskaper leverte et fullstendig utfylt spørreskjema, mens kvinnene som ikke hadde så gode norskkunnskaper lot ofte spørsmål stå ubesvart. På denne måten er språket en mulig feilkilde i denne studien. Forfatteren sjekket heller ikke skjemaene ved innsamling slik at ubesvarte spørsmål ble oppdaget. Ved oppstarten av kurset var det kun ni av 12 intervjupersoner som svarte på spørsmålet om trivsel i Norge. Her kan årsak ligge i at dette spørsmålet sto alene på siste side i spørreskjemaet og at noen ikke oppfattet dette, og at det ikke var språket som gjorde at de lot dette spørsmålet stå åpent. Her kunne forfatteren uten tvil vært mer kritisk til utformingen av spørreskjemaet. Intervjuguiden til gruppeintervjuene berørte de samme temaene som de åpne spørsmålene i skjemaet, dette bidro til at gruppeintervjuene har vært en viktig kilde til datamaterialet for å finne svar på forskningsspørsmålet, og dermed vært med på å validere datamaterialet.

Fremmøte på svømmetimen var gjennomsnittlig 10 deltagere, med to kurstimer som kun hadde seks og fire oppmøtte deltagere. De to siste spørreundersøkelsene ble foretatt på to av kurstimene da det var lavest fremmøte, dette er en svakhet for datainnsamlingen. Kommunikasjonen om invitasjon til svømmetime og avslutning foregikk på mail i etterkant av kurs. De som mottok informasjonen ble oppfordret til å informere videre, da det var et usikkerhetsmoment om adressene fortsatt var i bruk. Dersom ikke alle deltagerne mottok informasjon er det en forklarende årsak til det lave oppmøtet for denne svømmetimen. Forfatteren kunne med fordel ha delt informasjonen med deltagerne om når datainnsamlingen skulle finne sted på et tidligere tidspunkt, og om hvor viktig hver enkel besvarelse var for studien på en tydeligere måte. En tilleggsmulighet som forfatteren kunne benyttet seg av hadde vært og kontaktet kursdeltagere i etterkant ved å sende skjemaene med postgang for å øke sverdeltagelsen.

Det at svømmeferdigheten har blitt målt fire ganger over en periode på 11 måneder er en styrke, men det hadde vært ønskelig med en høyere svarprosent på spørreskjemaene fra februar og oktober. Svarene vil vise en tendens, men kvaliteten på datamaterialet og dermed sammenligningsgrunnlaget er ikke oppfylt med en spredning i besvarelser fra tre til 12 intervjupersoner. Observasjonene fra instruktørene og besvarelsene fra gruppeintervjuene er avgjørende for å støtte opp om funnene fra spørreskjemaet.

7.1.2 Forfatterens roller

Forfatterens forhold til deltagerne i intervensjonen har vært preget av både nærhet og distanse. Nærhet, fordi forfatteren fikk innsikt og kjennskap til hvert individ, og oppnådde tillit som etter hvert ga adgang og åpenhet til deltakernes tanker og opplevelser. Men også en distanse i rollen som studerende, med en streben etter å knytte det empiriske materialet med teori, og som ansatt i kommunen i en administrativ rolle overfor deltagerne og en tillitsrolle med bruk av kommunens midler. Repstad belyser at det kan være situasjoner der forskeren har andre relasjoner enn de rent forskningsmessige, og peker på mulige strategier for å bote på en slik nærhet (58). Strategier er å forankre prosjektet i teori, se til at egne konklusjoner bli korrigert av annen relevant forskning, og å diskutere fortolkninger med veileder. Forfatteren har funnet støtte i studiens teoretiske og begrepsmessige ramme. KASAM har bidratt for tilrettelegging av intervensjonen for intervjupersonene.

Forfatteren hadde en antagelse med bakgrunn i litteratur som var lest i forhold til kvinnelig omskjæring (27,28). Teori bidro til at instruktører fikk økt kunnskap om muslimske kvinner, og muligens at misforståelser ble unngått, men teori bidro også til en usikkerhet og en unødvendig fokus på fysiske begrensinger som ikke hadde funnet sted uten forfatterens innblanding. Når svømmekurset har blitt gjennomført og ingen har vist tegn til hindringer ser man at antagelsene til forfatteren har påvirket instruktørene i en retning som var u hensiktsmessig for intervensjonen.

Forfatteren har hatt en sterk motivasjon for å starte opp et etterspurt kommunalt svømmekurs, motivasjon med å mestre oppgaven både i regi som student og som ansatt, og motivasjon for at intervensjonen skulle oppleves meningsfull for alle involverte. Under utformingen av MPH- arbeidet har det vært nyttig å diskutere forfatterens roller med veileder. Veilederen har stilt kritiske spørsmål, og bidratt til at forfatteren har strebet etter kritisk refleksjon rundt relasjoner og skriftlige fremstillinger.

Forfatteren har vært den utøvende med tanke på datainnsamling fra start til slutt, dermed har intervjupersonene hatt en person å forholde seg til. Konteksten rundt datainnsamlingen var i kjente omgivelser der svømmekurset holdt sted, og ble derfor en naturlig ramme. Denne forutsigbarheten og tryggheten styrker datainnsamlingens troverdighet.

7.1.3 Intervensjonens overføringsverdi

16 kvinner av totalt 100 personer som gikk på introduksjonskurset høsten 2012 meldte seg på kurset. De påmeldte var personer med vilje, ønske og mulighet til å begynne med en aktivitet som ville tilegne de nye ferdigheter. En kan reflektere over hvem disse kvinnene var og om deres egenskaper sett i sammenheng med resten av populasjonen.

Forskjellige individer vil akseptere en ny ide på forskjellige tidspunkt. I alle samfunn er det en del av befolkningen som er såkalte ”innovatører” og tidligbrukere, som er først

ute med å prøve ut nyheter (59). Disse mennesketypene utgjør cirka 16% av befolkningen og kjennetegnes ved at de har mange interesser, er utadvendte, har høyere utdanning, er ledertyper og har ofte høy status i lokalmiljøet.

Det er en mulighet at gruppen som deltok i studien hadde en personlighet som passer til beskrivelsen til innovatører. Deltagerne var først ute med å adoptere intervensjonen, de har høy yrkes- og studiebakgrunn og de gir et inntrykk av å ha flere interesser, samtidig som de viser motivasjon for å lære noe nytt. Resultatene i dette MPH-arbeidet kan derfor ikke umiddelbart overføres til andre.

Deltagerne i denne studien kan imidlertid være forbilder og igangsettere for andre, liksom andre svømmekurs eller lignende aktiviteter kunne utvikle seg til en positiv trend ved at innovatører går veien for andre.

7.2 Resultat diskusjon

7.2.1 Måloppnåelse med tanke på svømmeferdigheter

I denne intervensjonen var det 12 kvinner som møtte til første svømmetime og ingen kunne svømme. Ingen kjente hverandre godt, verken deltagere eller instruktører. Starten på kurset var kaotisk og stressende, og det å "være på dypt vann" fikk en ny betydning. Resultatene fra intervensjonen antyder at prosessen som instruktørene og intervjupersonene gikk igjennom under intervensjonen gjorde en forskjell.

Dokumentasjon fra instruktøren som hadde kurs 2 støtter opp om økte svømmeferdigheter gjennom beskrivelsen om at alle deltagere var uten hjelpemidler og at noen svømte fra side til side i bassenget. Denne dokumentasjonen viser at ytterligere tre til fire svømmetimer ga resultater for de deltagere instruktøren viser til. Samtlige av deltagere blir beskrevet til å inneha svømmeferdigheter. Hvordan de graderer sine egne svømmeferdigheter vet ikke forfatteren imidlertid noe om fordi det ikke ble målt.

Den totale datainnsamlingen indikerer at intervensjonen har bidratt til at deltagere har oppnådd økte svømmeferdigheter. At gruppen besto av jevnlike individer kan ha påvirket resultatet positivt ved en naturlig psykisk og fysisk motivasjon som har gitt deltagere en ekstra utvikling (60). Resultatene som foreligger 11 måneder etter oppstart viser en tilbakegang av svømmeferdigheter etter kurs 1, men graden av denne er usikker på grunn av få besvarelser.

De fleste deltagere antydde at de var utrygge i vann ved oppstart. En kan se en sammenheng i at mangel på ferdigheter bidro til at det var lett å miste kontroll i vannet og dermed var veien til trygghet kort. Utviklingen fra oppstart til sluttevalueringen etter kurs 1 viste en tendens til at intervjupersonene fikk en økt trygghet i bassenget. Det at instruktøren observerte stor trygghet etter tredje time i kurs 2 kan tyde på en fortsatt

økende grad av trygghet hos deltagerne, mens evalueringen etter 11 måneder viste en tendens til en opplevelse av mindre trygghet.

Studien til Graham et. al. har imidlertid funnet at frykten for vann mister sin styrke med alderen og blir mer generell, dermed lar den seg lettere påvirke av positive og negative erfaringer (61). Dette bekrefter funnene fra denne studien der trygghetsfølelsen økte parallelt med erfaringene intervjupersonene fikk underveis i svømmekurset. Samme studien konkluderer også med at familien har en viktig rolle i forhold til trygghet i vann ved at læring innad i familien motvirker utviklingen av utrygghet (61). Med tanke på funn som viste at intervjupersonenes motivasjon for å bedre svømmeferdigheter også var rettet mot familien, vil det kunne være en langsiktig gevinst for lokalsamfunnet. Resultatene fra svømmeferdigheter og trygghet i vann viser en proporsjonalitet, dette kan antyde at trygghet i vann og svømmeferdigheter henger proporsjonalt sammen, og en kan anta at ved gjenopptagelse av ukentlig svømming ville deltagerne nærmet seg samme nivå av trygghet og dermed samme egenvurdering av svømmeferdigheter som i juni. Ut i fra dette funnet kan man indikere at å arbeide for å få følelse av trygghet i vann vil ha en positiv effekt på svømmeferdigheter. Denne kunnskapen kan en dra nytte av med tanke på å ha et høyere fokus på det å oppnå følelse av trygghet i bassenget før en går i gang med aktiviteter som er direkte knyttet til å lære å svømme.

7.2.2 Måloppnåelse med tanke på sosial integrering

Intervjupersonene representerte seks forskjellige land, men de fremsto som en gruppe, og hadde en del likheter som ga dem en samhörighet. Dette kan ha bidratt til en personlig utvikling. I en slik sammenheng kan de ha sett styrker hos seg selv, turt og ta et steg fremover enten fordi de selv var klare, eller fordi gruppen de etter hvert kan ha følt mer og mer tilhörighet til gikk foran og gjorde veien lettere. Studien til Choudry et.al støtter dette ved å si at det å samle kvinner, som ellers hadde vært isolert, og å gi de en mulighet til å bli partnere i et helsefremmende prosjekt vil bidra til empowerment (62). Dette fordi gjennom å dele erfaringer opplevde intervjupersonene en kollektiv identitet som ga de en felles forståelse og respekt som tillot de å kunne uttrykke seg fritt med stolthet i deres kultur som igjen styrket deres kulturelle identitet (62). Informanten fra voksenopplæringen hadde en mening om at svømmekurset hadde vært en åpningsport til en raskere integrering. Hun hadde observert at intervensjonen ga deltagerne en trygghet og et kontaktnett på tvers av kulturene, noe som var annerledes enn hos de andre elevene.

Sense of Coherence kan også hjelpe til å forklare deltagernes utvikling. Meningsfullt gjennom motivasjonen de viste for å mestre svømmeferdigheten, håndterbare handlinger gjennom intervensjonens rammer og begripelig gjennom forståelsen av at svømmeferdigheter ville gi en helsegevinsten. Styrking av sosialt nettverk og individuelle livsstilsfaktorer ble observert og meldt fra intervjupersonene selv. De fremmet sin helsetilstand gjennom empowerment og en kan anta at den kulturelle integreringen ble en naturlig del av tilpasningsprosessen som igjen påvirket den sosiale integreringen. Kvinner med innvandrerbakgrunn som har problemer med å integrere seg

i samfunnet kan finne støtte og oppnå økt velvære gjennom å delta i klubber for kvinner med samme bakgrunn (63). Flere av kvinnene i studien til Povlsen (63) oppnådde ikke økt integrering i det danske samfunnet, men de fikk økt sosial kapital og dermed økt livskvalitet. Resultatene fra dette MPH-arbeidet antyder at intervjupersonene hadde oppnådd en større sosial integrering i det norske samfunnet enn kvinnene i Povlsen sin studie, der en mulig årsak kan være at gruppen som deltok i intervensjonen fikk kjennskap til flere kulturer som bidro til at de innad i gruppen opplevde trygghet og slik sett fikk en lavere terskel med å bli kjent med andres kultur.

Terskelen for å begynne på en aktivitet alene er vanligvis høy, også for kvinnene som deltok i denne intervensjonen. Intervensjonen tilbød et organisert svømmekurs, og det å lære å svømme ga mening for kvinnene. Andre aktiviteter i frivillige organisasjoner kan også gi mening, og man kan komme sammen på tvers av kulturer og oppleve samhold og mestring. Slik kan man integreres gjennom en aktivitet og ikke i aktiviteten og dermed skape en arena der både etniske og innvandrere kan spille etter samme regler, om ikke med en gang så etter en stund når trygghet og samhold har fått utvikle seg. En kanadisk studie fant at innvandreres motivasjon for å oppsøke frivillige organisasjoner lå i et ønske om å skape sosiale relasjoner, men også for å få hjelp til å lære seg språk, kultur, og den hverdagslige praksisen i sitt nye vertsland (64). Samtidig var det sosiale, kulturelle og språklige barrierer som hindret innvandrere i å oppsøke frivillige organisasjoner. Nyetablerte innvandrere, de som hadde bodd i vertslandet mindre enn fem år, hadde en høy motivasjon for å oppsøke frivillige organisasjoner med tanke på å styrke mulighetene for sysselsetting (64).

Sosiale relasjoner er viktige for å etablere gjensidig tillit (9). Tilrettelegging individuelt og organisatorisk med tanke på barrierene som innvandrere opplever, er avgjørende for å skape lokale møteplasser gjennom frivillige organisasjoner for å bygge opp om opplevelsen av å høre til i samfunnet. Under intervensjonsperioden ble det observert at noen av intervjupersonene hadde brutt sosiale, kulturelle og språklige barrierer, dette viste de gjennom å ta del i offentlige tilbud, slik som offentlig bad, engelskkurs og kjøretimer.

Refleksjon på hva man setter i gang av prosesser som ved igangsetting av en intervensjon slik som i denne studien er en viktig vurdering. Intervjupersonene presenterte positive forandringer ut ifra eget perspektiv, som også hadde innebåret støtte fra de nærmeste, men det kunne vært motsatt. Intervensjonen kunne ha igangsatt prosesser som gikk for fort med tanke på de nærmeste. Dette kunne ha satt individet tilbake med tanke på egenopplevd mestringsfølelse og sosial integrering. Avstanden mellom kulturer kan by på utfordringer i samfunnsbildet, slik som mannen som var badevakt i offentlig bad for kvinner; hva gjorde den mannen der? Man kan mistenke at avgjørelser er tatt uten refleksjon over kulturelle barrierer som kan oppstå med en mannlig badevakt på jobb der tilbudet er for kvinner. Når kvinnene fortalte med innlevelse sin opplevelse med en mann på damesvømming ble det synlig fra et helt annet perspektiv. Damene presenterte situasjonen fra en humoristisk side, og de hadde taklet situasjonen etter hvert, men det kunne også vært annerledes.

Opplevde kulturelle verdiforskjeller spiller en viktig rolle i å motivere innvandrere til integrasjon i den dominerende kulturen og samfunnet (65). Med det menes å anerkjenne og respektere forskjellene mellom grupper med å ha en multikulturell tilnærming, og at dette kan skape meningsfulle og spennende forskjeller. For at andre kulturer skal være spennende, trengs en utvikling av kulturell kompetanse (37), og denne begynner ofte med en nysgjerrighet og et ønske om en utvikling eller kunnskap. Dette ønsket må komme ut fra et eller annet, og et lokalsamfunn har en viktig rolle i å skape denne interessen, for dermed å fremme integrering.

Intervensjonen forholdt seg på et micro nivå, ved å forholde seg til lokalitetene. Svømmehallen skulle presenteres slik at kvinnene kunne mestre å møte opp på svømmekurs. Noen av kvinnene utviklet seg videre. Dette gjorde de ved å oppsøke åpen svømmehall, reise på dameferie, fjerne hijab og gjøre ting som tidligere var utenkelig på grunn av kulturelle barrierer.

7.2.3 Motivasjonsfaktorene til kvinnene

Grad av motivasjon påvirker mestringsevnen til mennesker, også i det å tilegne seg svømmeferdigheter. Bandura sin teori om sosial kognitiv teori understøtter dette (24). De kognitive aspektene er knyttet til våre valg og det er et kontinuerlig samspill mellom adferd og kognitive prosesser (24). I intervjuene snakket kvinnene mye om drømmer og frykt som tydelig fremsto som årsaker til deres motivasjon. Bandura trekker frem mestringsforventning (self-efficacy) og resultatforventning (outcome efficacy) som to sentrale begreper. Det innebærer at menneskers motivasjon og handling i stor grad bestemmes gjennom forhåndsvurderinger – hva en bestemt handling vil føre til og – hvor kapable de er til å gjennomføre handlingen (24). Det forklarer kvinnes motivasjon til handling der en av kvinnene hadde forhåndsvurdert at hun ønsket å kjøre bil, lære og svømme og så videre, ikke bare ut ifra egne erfaringer, men også ut ifra at hun hadde observert andre og utnyttet deres erfaringer. Deretter hadde hun gjort en vurdering som bekreftet at hun var kapabel til å gjennomføre det. Å komme til et nytt samfunn der forutsetningene for handling er annerledes, gjør at man revurderer både mestringsforventning og resultatforventning i forhold til sine drømmer. Dette bekrefter resultatene fra dette MPH-arbeidet.

Studien kan støtte opp under Lindstrøm og Eriksson sin oppfordring til å forske mer på Salutogenese (41). Den foreslåtte modellen har fokus på et individs helse relatert til opplevd livskvalitet for individet og dets sammenheng. Samtidig utforsker en hva det er som er beskyttende faktorer og risikofaktorer med tanke på individets opplevde livskvalitet. Svaret man får er de beskyttende faktorene som enten individet har eller som individet må fremme for å skape helse. Lindstrøm og Eriksson foreslår at dette kan utvikles til helsefremmende strategier (41). Deres forslag kan eksemplifiseres. Kvinner med innvandrerbakgrunn som drømmer å lære og svømme, eller å gjøre de tingene som ikke var mulig tidligere. Disse vil kunne oppleve en tydelig sammenheng mellom opplevelse av livskvalitet og for eksempel det å lære og svømme. Risikoen for å lære å svømme er at en kan drukne eller at en ikke lykkes i å lære og svømme. Hvilke

forebyggende/støttende faktorer blir satt i gang for at en skal lære å svømme? Svarene på dette er de generelle motstandsressursene og som kan fremme et individs helse (41). Det grunnleggende spørsmålet blir: "Hva er det som skaper helse"? For en kvinne kan det å være i en morsrolle, og det å ville være et forbilde for sine barn kunne gi styrke og energi. Flere av kvinnene i studien fremsto som rollemodeller for sine barn og deres motivasjon vil påvirke deres barn i det å tilegne seg svømmeferdigheter gjennom at de presenterer en sammenheng, en begripelighet og håndterbarhet i forhold til det å lære og svømme.

I et helsefremmende perspektiv fremstår health literacy som særlig interessant i denne studien. Med utgangspunkt i at utvalget representerer en gruppe kvinner som under intervensjonen har vist en stor grad av evne til mobilisering av egne ressurser, kan man spekulere på om disse kvinnene befant seg på et høyere health literacy nivå (44). Med tanke på at språkferdigheter er en påvirkningsfaktor for kommunikasjon og dermed evnen til å tilegne seg helsekunnskap, kan det dessuten være grunnlag for å diskutere hvorvidt nivået på health literacy ville fremstått forskjellig i et land der individet kommuniserer på eget morsmål enn i et land som individet har innvandret til, og der språket er ukjent.

8 KONKLUSJON

Svømmekurset bidro til at kvinnene som deltok i studien anskaffet seg økte svømmeferdigheter som bedret deres egenopplevde helse og styrket deres individuelle livsfaktorer og sosiale nettverk. Kvinnene viste et sosialt fellesskap innad i gruppen og integrering i lokalsamfunnet med en større kulturell forståelse gjennom deltagelse på andre arenaer enn tidligere.

Introduksjonsprogrammet på voksenopplæringen er en egnet arena for å nå kommunens nyinnflyttede innbyggere med innvandrerbakgrunn. Både individ, grupper og populasjonen vil ha gevinst av at innvandrere raskt får en tilhørighet til samfunnet der de bor. Målgruppen kan brukes som rollemodeller i det forebyggende arbeidet gjennom sekundært å styrke deres barn svømmeferdigheter. Svømmekurs er en egnet aktivitet, der måloppnåelsen har en overføringsverdi til andre aktiviteter som drives lokalt av frivillige organisasjoner og lag.

9 TAKK

Jeg har vært utrolig heldig som har fått muligheten til å studere ved Nordic School of Public Health NHV. Studiet har vært akkurat slik et studie måtte være for at det skulle la seg kombinere med familie og arbeid. Det har vært et studiemiljø som har vært preget av engasjement, kvalitet og positivitet fra administrasjon og medstudenter. Det nordiske perspektivet har vært særlig spennende og nyttig, noe jeg dessverre vil være en av de siste studentene som får oppleve siden NHV stenger.

Fra å være en utøvende pragmatisk sykepleier, har jeg gått inn i teoriens vitenskapelige verden med massevis av utfordringer, men desto mer læring. Hele prosessen har vært utrolig spennende, krevende og utviklende fra januar 2009 til i dag når jeg endelig har mitt MPH-arbeid klart.

Takk til familie som har stilt opp med å passe barn og hjem når jeg har reist til Göteborg, det hadde ikke gått ellers, og mannen min som tålmodig har ventet på at studietiden er over, og takk til mine ledere Nina Smith og Torill Skår som har vært positive og støttende.

TUSEN TAKK til min fantastiske veileder Alexandra Krettek som er like faglig dyktig som hun er trivelig, imøtekommende og positiv. Og takk til Charlotte Killand fra Universitetet i Agder som trådte støttende til på slutten av MPH-arbeidet. Et faglig puff i riktig retning kan føles som et underverk.

Takk til Agnes May, Elisabeth og Renate som har vært dyktige og engasjerte instruktører. Hva er vel et svømmekurs uten! Og sist men ikke minst, tusen takk til dere flotte damer som har bidratt med å dele deres erfaringer, utfordringer og gleder. Den kulturelle kompetansen har blitt styrket hos oss alle, og det har vært en glede!

10 REFERANSER

(1) Regjeringen Norge. NOU:2011:14 Bedre integrering - Mål, strategier, tiltak. Available at: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2011/nou-2011-14.html?id=647388>. Accessed 03/31, 2014.

(2) Larsen JT, Norges svømmeforbund. Svømming for alle: Norges svømmeforbund 1910-2010. Oslo; Bergen: Norges svømmeforbund; Grieg; 2010.

(3) Tidsskrift for arkiv og oslohistorie, TOBIAS. Oslo byarkiv 2+3/2007, By og vann, Opplevelser ved vann. Available at: <http://www.slideshare.net/anoraker/by-og-vann-tobias-232007-oslo-byarkiv>. Accessed 04/05, 2014.

- (4) Ragnhild Rein Bore. På liv og død. Helsestatistikk i 150 år. Statistisk sentralbyrå i Norge. 2007; Available at: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/på-liv-og-død>. Accessed 03/20, 2014.
- (5) Kunnskapsdepartementet Norge. Opplæringslova, LOV-1998-07-17-61. Available at: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=opplæringslova*. Accessed 03/20, 2014.
- (6) Utdanningsdirektoratet Norge. Læreplan i kroppsøving - Kompetansemål. 01.08.12; Available at: <http://www.udir.no/kl06/KRO1-03/>. Accessed 03/20, 2014.
- (7) Regjeringen Norge. Politisk plattform for flertallsregjeringen 2009-2013, Soria Moria oktober 2009. Available at: <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/smk/rapporter-og-planer/rapporter/2009/politisk-plattform-for-flertallsregjerin.html?id=579058>. Accessed 03/20, 2014.
- (8) Helse- og omsorgsdepartementet, Norge. Lov om folkehelsearbeid - folkehelseloven av 24.juni 2011 nr. 29. 2012.
- (9) Regjeringen Norge. En helhetlig integreringspolitikk - Mangfold og fellesskap. Stortingsmelding nr.6 (2012-2013). Available at: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/integrering/submeny/publikasjoner.html?id=434517>. Accessed 03/20, 2014.
- (10) Helse og Omsorgsdepartementet. Meld.st.nr 34 - Folkehelsemeldingen 2012-2013. Available at: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013/3.html?id=723845>. Accessed 11/11, 2013.
- (11) Helse og Omsorgsdepartementet. Likeverdige helse og omsorgstjenester - god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandrers helse 2013-2017. Available at: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2013/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester.html?id=733870. Accessed 11/27, 2013.
- (12) Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press; 1990.
- (13) Fløtten, Hermansen, Strand og Trondstad. Befolkningsendringer og de nordiske velferdsstatene. Fafo-rapport 2013:14. Available at: <http://www.fafo.no/pub/rapp/20304/index.html>. Accessed 11/27, 2013.
- (14) Brekke KA, Grünfeld LA, Kverndokk S. Explaining the Health Equality Paradox of the Welfare State. University of Oslo, HERO. 2011.
- (15) SBB - Statistisk sentralbyrå Norge. Personer med Flyktningbakgrunn vist med landbakgrunn fra 2000 - 2013. Available at:

http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger/_attachment/136675?_ts=140e27cafc8. Accessed 11/01, 2013.

(16) Folkehelseinstituttet i Norge - Folkehelseprofil 2013 for Arendal. Available at: <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0906&sp=1&PDFAar=2013>. Accessed 11/27, 2013.

(17) SSB - Statistisk Sentralbyrå Norge. Samfunnsspeilet 2008/4 - Innvandrerbegreper i statistikken: Vestlige og ikke-vestlige, ord som ble for store og gikk ut på dato. Available at: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato>. Accessed 01/09, 2014.

(18) Helman CG. Culture, health and illness. 5th ed. London: Hodder Arnold; 2007.

(19) Mæland JG. Sosialmedisin. 2 utg ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.

(20) Blom S. Sosiale forskjeller i innvandreres helse: Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2010.

(21) Blom S, Henriksen K. Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006. ;Rapporter 2008/5.

(22) Eide K. Over profesjonelle barrierer: et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.

(23) WHO.
Milestones in health Promotion, Statements from global conferences. 2009; Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/>. Accessed 11/27, 2013.

(24) Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis. 2 utg ed. Oslo: Universitetsforl.; 2005.

(25) Södergren M, Hylander I, Törnkvist L, Sundquist J, Sundquist K. Arranging appropriate activities: Immigrant women's ideas of enabling exercise. Womens Health Issues 2008;18(5):413-422.

(26) Folkehelseinstituttet i Norge. Fakta og statistikk om fysisk aktivitet. 2012; Available at: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6046&MainContent_6261=6464:0:25,6047:1:0:0::0:0&List_6212=6218:0:25,6052:1:0:0::0:0. Accessed 11/27, 2013.

(27) Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kroppen din er perfekt fra naturens side, Informasjonsbrosjyre om kjønnslemlestelse. 2013; Available at: http://www.nkvts.no/tema/Sider/kjønnslemlestelse_brosjyrer.aspx. Accessed 04/05, 2014.

- (28) Helse og Omsorgsdepartementet N. Handlingsplan mot kjønnslemlestelse: handlingsplan 2008-2011. Available at: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse/handlingsplan-mot-kjonnslemlestelse-2008.html?regj_oss=1&id=512071. Accessed 04/05, 2014.
- (29) Irwin C, Irwin R, Ryan T, Drayer J. Urban minority youth swimming (in) ability in the United States and associated demographic characteristics: toward a drowning prevention plan. *Injury prevention* 2009;15(4):234-239.
- (30) Schyllander J, Janson S, Nyberg C, Eriksson U, Ekman DS. Case analyses of all children's drowning deaths occurring in Sweden 1998–2007. *Scand J Public Health* 2013;41(2):174-179.
- (31) Stirbu I, Kunst A, Bos V, van Beeck EF. Injury mortality among ethnic minority groups in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(3):249-255.
- (32) Norsk Folkehjelp - Drukningssstatistikker. Available at: <http://www.folkehjelp.no/Vaart-arbeid/Redningstjeneste-og-foersthjelp/Ulykkesforebygging/Vannvett/Drukningssstatistikk>. Accessed 11/03, 2013.
- (33) Transpostøkonomisk institutt - TØI. Innvandrere og ulykker - Kunnskap om skadetyper og skadeomfang blant personer med innvandrerbakgrunn. TØI rapport 1255/2013. Available at: <https://www.toi.no/transportikkerhet/innvandrere-har-hoeyere-risiko-for-ulykker-og-skader-article31741-1025.html>. Accessed 04/05, 2014.
- (34) Hagelund A, Loga JM. Frivillighet, innvandring, integrasjon: en kunnskapsoversikt. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivilligsektor. 2009.
- (35) Wollebæk D, Seggaard SB. Sosial kapital i Norge. : Cappelen Damm akademisk; 2011.
- (36) Quan L, Crispin B, Bennett E, Gomez A. Beliefs and practices to prevent drowning among Vietnamese-American adolescents and parents. *Injury prevention* 2006;12(6):427-429.
- (37) Dunn AM. Culture competence and the primary care provider. *Journal of Pediatric Health Care* 2002;16(3):105-111.
- (38) Bergen svømmeklubb. Svømmekurs for kvinner med flerkulturell bakgrunn. Available at: http://www.hordaland.no/Global/kultur/dokument/dokument2010/KIA_konf_2010/Arbeisgruppe%203%20Svømmekurs%20for%20flerkulturelle%20kvinner.pdf. Accessed 03/28, 2014.
- (39) Høgskolen i Telemark. Det er min kropp det gjelder. Prosjektrapport Et sunnere liv for jenter og kvinner med somaliske bakgrunn- Fokus på kropp, seksualitet og helse. 2009; Available at:

<http://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMTE/Om%20Fylkesmannen/Publikasjoner/Det%20er%20MIN%20kropp%20det%20gjelder.pdf>. Accessed 04/05, 2014.

(40) Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(2):119-127.

(41) Lindström B, Eriksson M. The hitchhiker's guide to salutogenesis: salutogenic pathways to health promotion. 2010;2010:2:76.

(42) Hanson A. Salutogent ledarskap: för hälsosam framgång. Stockholm: Fortbildning AB; 2010.

(43) Abel T. Measuring health literacy: moving towards a health - promotion perspective. *Int J Public Health* 2008;53(4):169-170.

(44) Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Internation* 2000;15(3):259-267.

(45) Jorde D, Bungum B, Sjøberg S. Naturfagdidaktikk: perspektiver, forskning, utvikling. Oslo: Pensumtjeneste; 2005.

(46) Improving Health Literacy—A key priority for enabling good health in Europe. European Health Forum Gastein; 2004.

(47) Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promot Int* 2001 Mar;16(1):87-94.

(48) Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Internation* 2001;16(3):289-297.

(49) Hjerm M, Lindgren S, Blomgren E. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig analyse. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.

(50) Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 2 utg ed. Kristiansand: Høyskoleforl.; 2005.

(51) Holter H, Kalleberg R editors. Kvalitative metoder i samfunnsforskning. 2 utg ed. Oslo: Universitetsforlagets metodebibliotek; 1996.

(52) Lundman B, Hällgren Graneheim U editors. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård, kap 10 Kvalitativ innehållsanalys. : Studentlitteratur Lund; 2008.

(53) Helse og Omsorgsdepartementet. Helseforskningsloven av 20.juni 2008. 2010; Available at:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer.html?id=2127. Accessed 04/05, 2014.

(54) Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Personvernombudet for forskning. Available at: <http://www.nsd.uib.no/personvern/>. Accessed 03/22, 2014.

(55) Norges Svømmeforbund. Svømming for flerkulturelle. Available at: <http://www.svomming.no/index.php?articleid=6413>. Accessed 03/28, 2014.

(56) Knudtsen MS, Holmen J, Håpnes O. Hva vet vi om kulturdeltakelse og helse? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:3418 -20.

(57) Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 3 utg ed. Oslo: Abstrakt forl.; 2006.

(58) Aasland T, Repstad P, Balsnes AH, Halvorsen A, Johnsen HCG. Å Forske Blant Sine Egne: Universitet Og Region - Nærhet Og Uavhengighet. Kristiansand: Høyskoleforl.; 2009.

(59) Rogers EM, Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.

(60) Weiss MR, McCullagh P, Smith AL, Berlant AR. Observational learning and the fearful child: Influence of peer models on swimming skill performance and psychological responses. Res Q Exerc Sport 1998;69(4):380-394.

(61) Graham J, Gaffan E. Fear of water in children and adults: Etiology and familial effects. Behav Res Ther 1997;35(2):91-108.

(62) Choudhry U, Jandu S, Mahal J, Singh R, Sohi Pabla H, Mutta B. Health promotion and participatory action research with South Asian women. Journal of Nursing Scholarship 2002;34(1):75-81.

(63) Povlsen L. Immigrant women's clubs in a health-promotion perspective. Scand J Public Health 2012;40(4):355-359.

(64) Handy F, Greenspan I. Immigrant Volunteering A Stepping Stone to Integration? Nonprofit Voluntary Sector Q 2009;38(6):956-982.

(65) Zhang A, Jetten J, Iyer A, Cui L. Difference makes the heart grow fonder: Perceiving intergroup difference enhances minority groups' willingness to integrate. Group Processes & Intergroup Relations 2013;16(2):192-208.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Spørreskjema og intervjuguides

Spørreskjema november 2012

1. Har du barn? **Ja** **Nei**
Hvor mange?..... Alder på barna:.....år
Kan barna dine svømme? **Ja** **Nei** alder på de som kan
svømme:.....
Er barna dine med på noen aktiviteter her i Arendal utenom skoletid?
Skulle du ønske at de var med på noe utenom skolen?
2. Er du gift? ? **Ja** **Nei**
Dersom ja, bor mannen din i Norge? **Ja** **Nei**
3. Hvor mange år har du vært i Norge?
4. Hva jobbet du med når du var i arbeid sist.....Har du gått på skole (yrke)?.....
5. Er du frisk? **Ja** **Nei** Hva feiler du?.....

Svømmeferdigheter:

6. Hvordan er dine svømmeferdigheter? Der 0 er kan ikke svømme, og 10 er veldig gode svømmeferdigheter (kan svømme i sjø på dypt vann og føle meg trygg). Sett ring
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
7. Hvor trygg føler du deg i bassenget, der 0 er redd for å være i vann og 10 er veldig trygg
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
8. Klarer du og holde deg flytende i vannet uten hjelpemidler? **Ja** **Nei**
9. Kan du dykke hodet under vannet uten og bli redd? **Ja** **Nei**
- Generell trivsel nå her i Norge:
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10, Opprinnelses land:

Intervju guide november 2012.

1. Hva er det beste med å være i vann? 2. Svømmekurset er på 10 ganger, det er viktig å være her hver gang. Hva skal til for at du ikke kan komme? 3. Hvorfor meldte du deg på svømmekurset? 4. Hva forventer du deg av kurset? 5. Hvorfor er ikke dine venner med på kurset? 6. Hvem er dine venner, familie, fra Norge, fra andre land?, fått nye venner? 7. Kjenner du noen av de andre deltagerne godt? 8. Hva skal til for at denne gruppen fungerer for deg? 9. har dere noe annet dere vil si?

Spørreskjema desember 2012

1. Dersom du hadde fysiske plager når du begynte på kurset (ryggsmarter, magesmerter, hodepine eller lignende) kan du si noe om hvordan de plagene er nå i forhold til da du startet på svømmekurset?

Mer plager nå	Samme plager som før	Litt mindre plager	Mye bedre	Hadde ikke plager
☐	☐	☐	☐	☐

2. Hvordan er dine svømmeferdigheter? Der 0 er kan ikke svømme, og 10 er veldig gode svømmeferdigheter (kan svømme i sjø på dypt vann og føler meg trygg). Sett ring

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

3. Hvor trygg føler du deg i bassenget, der 0 er redd for å være i vann og 10 føler meg veldig trygg i vann

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

4. Klarer du og holde deg flytende i vannet uten hjelpemidler?

Ja ☐ Nei ☐

5. Kan du dykke hodet under vann uten og bli redd?

Ja ☐ Nei ☐

6. Hvordan er din totale trivsel i Norge der 0 = veldig dårlig og 10 = har det kjempe bra

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

7. Dersom vi skal ha undervisning, hva ønsker du at tema skal være?.....

8. Andre ting du ønsker og fortelle om deg selv, kurset eller kurs instruktørene (ønsker, meninger og råd) ?

14. Hva var grunnen for at du ikke var med alle 10 gangene?
15. Dersom vi skal lage et nytt svømmekurs for andre kvinner, fortell oss hva vi må gjøre bedre/vite om.
17. Annet? Har du en historie å fortelle?

Intervjuguide oktober 2013

Ber de først gå igjennom observasjonene og opplevelsene fra instruktørene. Dette for å memorere:

Første gang dere var i bassenget var det vanskelig. Hva har skjedd siden da?

Hvordan synes dere kurset har blitt gjennomført?

Hva var grunnen for at du ikke var med alle 10 gangene?

Dersom vi skal lage et nytt svømmekurs for andre kvinner, fortell oss hva vi må gjøre bedre/vite om.

Hva har vært vanskelig (i bassenget, utenfor, organisering)

Deretter oppsummering fra forrige gruppe intervju:

Det er viktig å lære svømming, fordi du kan hjelpe barna dine eller deg selv, eller andre mennesker dersom noe farlig skjer i vannet.

Vi bor i en by med vann rundt overalt

Om bord i båt blir man vist film der kapteinen sier at dersom det blir problemer må dere svømme - Hva tenker dere om dette nå?

Sist snakket vi mye om drømmer, om å gjøre andre ting enn man har kunnet gjøre før.

Hva drømmer dere om i dag?

Hvordan har dere brukt svømmeferdighetene deres?

Vært i svømmehall? Vært i havet? Vært på hotell med basseng? Vært i innsjø?

Har dere påvirket andre til å lære å svømme ? I så fall hvem?

Barna deres kunne ikke svømme, hvordan har kurset påvirket barna deres?

Hvordan har svømmekurset påvirket deg som person? (sosialt, språk, kunnskap, aktivitet, venner, integrering, trygghet, mestring)

Hvem er det som støtter deg i at det er bra at du kan svømme ?

Du har vokst opp i en annen kultur enn det er i Norge. Hvordan er det å være fra din kultur og å bo i Arendal ?

Hvordan ser du på dette med å være i bevegelse/trening? Hvordan er mulighetene dine for å være fysisk aktiv (trene)

Har du kjent på kroppen, erfaring med hva trening gjør ? Hva kan du gjøre for å bli enda flinkere til å svømme enn du er i dag? (Hva skal til for at du gjør det?)

Vedlegg 2: Evalueringsskjema til instruktører

Evalueringsskjema fra

instruktør.....Dato:.....

Se på dette skjemaet som en dagbok/observasjon. Jeg vil ikke gjengi dere med navn og skjemaet blir ikke videresendt fra meg. Jeg trenger rapportene i retur når kurset er avsluttet.

Ønskede effekter er: økt integrering (bedring av språk, motivasjon til å ønske om å forstå andres kultur), sosialisering (stemning, knytte kontakt med andre) og økte svømmeferdigheter (fysisk helse). Tilbakemeldinger både som gruppe, individ med tanke på deltagere, men også fra deg som instruktør. Hva er utfordringene? Hva observerer du relatert til de ønskede effektene? Eller FRITT FRAM ;-)

Mvh Tone ☺

