

Eldre kvinners opplevelse av hvordan deltakelse i frivillig arbeid virker inn på deres helse

Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap

Master i helsefremmende arbeid

Kandidatens navn: Line Nordengen

Mai/2016

Antall ord: 17419

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært fylt med små opp og nedturer, og jeg hadde aldri kommet i mål på egen hånd.

Først og fremst vil jeg takke de seks informantene, som så generøst delte sine tanker og erfaringer med meg, og som inviterte meg inn i sine hjem. Uten dem hadde jeg ikke kunnet skrive denne oppgaven.

En stor takk går også til min veileder Berit Viken, som har hjulpet meg gjennom prosessen med raske, gode og konstruktive tilbakemeldinger.

Sist men ikke minst, vil jeg takke min familie, mine venner, medstudenter og kollegaer, som har vært til stor hjelp og støtte. Deres oppmuntrende ord, vilje til å lytte og konkrete og praktiske hjelp har vært uvurderlig for meg.

Tusen takk!

Line Nordengen

11. mai 2016

Sammendrag

Over halvparten av Norges befolkning deltar i frivillig arbeid, på et eller annet vis. Det er vist sammenheng mellom deltagelse i frivillig arbeid og helse, denne sammenhengen er ofte koblet opp mot opparbeidelse av sosial kapital. Sammenhengen er ikke lik for menn og kvinner, og den er heller ikke lik mellom de ulike generasjonene.

Hensikten med denne oppgaven er å se på hvordan eldre kvinner opplever at deltagelse i frivillig arbeid virker inn på deres helse. Det legges særlig vekt på sammenhengen mellom opparbeidelse av ulike typer sosial kapital og selvopplevd helse, men det åpnes opp for at andre faktorer også kan spille inn.

Undersøkelsen har et kvalitativt design. Det er gjennomført seks semistrukturerte intervjuer, med kvinner over 70 år som har vært engasjert i frivillig arbeid over flere år. Empirien ble analysert ved hjelp av framework- metoden.

Resultatet av undersøkelsen viser at kvinnene opparbeidet seg ulike typer sosial kapital gjennom deltagelse i frivillig arbeid, og dette hadde både positive og negative konsekvenser for deres helse. Kvinnene opplevde at de positive erfaringene veide opp for de negative. Sosial kapital var imidlertid ikke den eneste faktoren ved frivillig arbeid som virket inn på kvinnenens helse. Muligheten til å utgjøre en forskjell og opplevelsen av at deres liv hadde mening og formål ble også trukket frem som viktige faktorer i forhold til selvopplevd helse.

Abstract

More than half of Norway's population participates in some form of voluntary work. Studies show correlation between participation in voluntary work and health; this is often connected to the acquisition of social capital. The correlation differs between men and women, and between generations.

The purpose of this thesis is to examine elderly women's experience of how participation in voluntary work affects their health. The connection between acquisition of different forms of social capital and self-perceived health is emphasized, while remaining open to the possibility that other factors may also play a role.

The thesis has a qualitative design. Six semi-structured interviews were conducted, with women aged 70 and above, that had been engaged in voluntary work for several years. Data was analyzed using the framework-method.

The results show that the women acquired different forms of social capital through their participation in voluntary work, and this affected their health, in both a positive and negative manner. The women felt that the positive experiences outweighed the negative. Social capital was, however, not the only aspect of voluntary work that affected the health of the women; the opportunity to be of influence, and experience that their lives mattered, and had purpose was highlighted as important aspects in regards to self-perceived health.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag.....	ii
Abstract	ii
1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Egen forforståelse.....	3
1.4 Studiens hensikt.....	3
1.5 Faglig tilnærming	4
1.6 Begrepsavklaring.....	4
1.6.1 Eldre	4
1.6.2 Frivillig arbeid.....	4
1.6.3. Helse.....	4
1.7 Undersøkelsens utforming og gjennomføring.....	5
1.8 Oppgavens oppbygning.....	5
2. Litteraturgjennomgang	7
2.1 Frivillig arbeid.....	7
2.2 Sosial kapital	10
2.3 Det helsefremmende perspektivet	13
3. Problemstilling	16
4. Metode.....	18
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring	18
4.2 Kvalitativ metode	18
4.3 Intervju	19

4.4 Informantene	20
4.5 Analyse.....	21
4.6 Metoderefleksjon.....	24
4.7 Forskningsetikk	25
5. Analyse, funn og diskusjon	27
5.1 Hvilke former for sosial kapital opparbeider kvinnene seg gjennom deltagelse i frivillig arbeid?	28
5.2 Opplever kvinnene at den sosiale kapitalen påvirker deres helse, og i så fall hvordan? 33	
5.3 Om å føle at en utgjør en forskjell, og hvordan det virker inn på selvopplevd helse.....	37
5.4 Oppsummering	42
6. Avslutning	45
6.1 Oppsummering	45
6.2 Overføringsverdi	46
6.3 Videre forskning.....	47
Referanser.....	48
Vedlegg 1: Informasjonsskriv	1
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	2
Vedlegg 3: NSD vurdering.....	3

1. Innledning

Tema for denne oppgaven er hvordan eldre kvinner opplever at deltagelse i frivillig arbeid innvirker på deres helse.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Folkehelsemeldingen fra høsten 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 29) står det: «Regjeringen ønsker å skape større rom for frivillig initiativ, bedre vilkårene for frivillige organisasjoner og legge til rette for et godt samspill mellom frivillig sektor og myndigheter.» Det vektlegges at frivillighet blant annet skaper trivsel og fremmer helse, og det hevdes at de som deltar i frivillige organisasjoner har bedre helse og er mer tilfredse med livet enn andre. I løpet av ett år har flertallet av den norske befolkningen deltatt i frivillig arbeid på en eller annen måte. Eldre deltar i større grad enn yngre og menn i større grad enn kvinner (TNS & Frivillighet Norge, 2015). Med dette som utgangspunkt ønsket jeg å se nærmere på temaet frivillig arbeid og helse.

Etterhvert som jeg fordypet meg i litteratur omkring dette temaet var det tre områder som utkrystalliserte seg, og som jeg ønsket å se nærmere på. Disse tre områdene var kvinner, eldre og sosial kapital.

Det er mye forskning som viser en sammenheng mellom helse og deltagelse i frivillig arbeid, men det er lite forskning på området eldre kvinner og deltagelse i frivillig arbeid. Den forskningen som finnes, påpeker at frivillig arbeid har en annen innvirkning på kvinners helse enn på menns (Berry & Welsh, 2010; Eriksson & Ng, 2015; Osborne, Baum, & Ziersch, 2009), og at eldre har større utbytte av deltagelse i frivillig arbeid enn andre (Jenkinson et al., 2013; Mackean & Abbott-Chapman, 2012; Okun, Rios, Crawford, & Levy, 2011).

Sosial kapital ble i mye av litteraturen trukket frem som en forklarende faktor, til både positive og negative sammenhenger mellom helse og frivillig arbeid (Kirkby-Geddes, King, & Bravington, 2013; Osborne et al., 2009; Ziersch & Baum, 2004). Mittelmark (1999) sier at å styrke positive sosiale bånd er en prioritet for helsefremmende arbeid. En forventer at dette skal gi blant annet bedre fungerende individer og nabolag, men det er et stort sprik mellom dette idealet og kunnskapen en har om hvordan dette kan oppnås. Imidlertid finnes det kunnskap som viser at en kronisk belastning fra ens sosial nettverk kan føre til ubehag, som under ugunstige forhold kan utvikle seg til uhelse og sykdom. Sosial støtte og sosial

belastning er ikke bare to sider av et spektrum, men en distinkt menneskelig opplevelse, på samme måte som helse og uhelse er det. Det er derfor mulig å oppleve et aspekt av et sosialt nettverk som belastende, samtidig som en opplever et annet aspekt som støttende (Mittelmark, 1999)

Mastergradsstudiet som ligger til grunn for denne oppgaven, fokuserer på helsefremmende arbeid i et settingsperspektiv. I Ottawa-charteret påpekes det at helse oppstår og leves ut innenfor hverdagslivets settinger (WHO, 1986). For de som deltar i frivillig arbeid kan den frivillige organisasjonen være en slik setting. Settingsfokuset i helsefremmende arbeid har blitt videre styrket gjennom senere publikasjoner fra WHO, som Sundsvall-erklæringen (WHO, 1991) og Jakarta-deklarasjonen (WHO, 1997). Settingstilnærming har sine røtter i verdier som deltakelse, *equity* og samarbeid (Dooris, 2009); verdier som også er fremtredende i frivillig arbeid. I helsefremmende arbeid er settingstilnærmingen én av tre tilnærminger, hvor de to andre er sakstilnærming (fokus på tobakk, alkohol, trening osv.) og målgruppetilnærming (fokus på barn, eldre, studenter osv.). Settingstilnærmingen skiller seg fra de to andre ved å fokusere på helsens grunnleggende determinanter, og mindre på atferdsendring hos enkeltindividet (Torp, 2013).

Gjennom Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) har regjeringen satt et fokus på frivillig arbeid, som et middel i arbeidet for å bedre folkehelsen; dette sammen med mangelen på forskning omkring teamet eldre kvinners deltagelse i frivillig arbeid og helse, ligger til grunn for valg av tema i denne oppgaven.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i ønske om å finne ut hvordan eldre kvinner opplever at deltagelse i frivillig arbeid påvirker deres helse, ble følgende problemstilling utarbeidet: Hvordan opplever eldre kvinner at deltagelse i frivillig arbeid påvirker deres helse?

Ønske om å ha fokus på sosial kapital aspektet ved frivillig arbeid førte til formuleringen av to forskningsspørsmål:

1. Hvilke typer sosial kapital opparbeider kvinnene seg, gjennom deltagelse i frivillige arbeid?
2. Opplever kvinnene at den sosiale kapitalen påvirker deres helse, og i så fall hvordan?

1.3 Egen forforståelse

I likhet med 66% av den norske befolkning har også jeg erfaring fra deltaksels i frivillig arbeid, fra mer uformelt dugnadsarbeid til å sitte i styre i et lokallag. Mine egne erfaringer har vært både positive og negative, og det har nok helt sikkert farget mitt syn på hva frivillig arbeid er og hvordan en kan påvirkes av det. Jeg har derfor gjort mitt ytterste for å være bevisst denne forforståelsen i arbeidet med oppgaven, slik at det er informantenes, og ikke min stemme, som kommer frem av empirien.

Innen hermeneutikken betegnes forforståelse som «fordom», og viktigheten av å være bevisst egen forforståelse i møte med empirien vektlegges (Brodtkorb, Norvoll, & Rugkåsa, 2001). I følge Johannessen, Christoffersen og Tufte (2010) er forforståelse nødvendig for å forstå verden rundt oss. Vi bruker vår forforståelse til å tolke verden, ofte helt ubevisst. På samme måte vil forforståelsen farge hva forskeren ser, hva som blir vektlagt og hvordan det tolkes. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at gode forhåndskunnskaper om temaet som skal undersøkes, er viktig for at forskeren skal være i stand til å registrere og fortolke meningen i det informantene sier, og stille relevante oppfølgingsspørsmål. Samtidig bør forskeren være åpen, og bestrebe seg på å ha en bevisst fordomsfrihet i møte med nye og uventede fenomener. Målet med intervjuene er ikke å bekrefte egne forutinntatte antagelser, men at informantene skal få snakke fritt og nyansert om temaet.

1.4 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien var å se på hvordan eldre kvinner selv opplevde at deltakelse i frivillig arbeid virket inn på deres helse, eller om de opplevde at det hadde noen innvirkning i det hele tatt. Frivillig arbeid er et begrep som favner mye, og det har ikke vært mulig å få med alle aspekter ved, og former for, frivillig arbeid i denne oppgaven. I stedet har fokuset her vært frivillig arbeid, som utføres gjennom deltakelse i en lokalt basert frivillig organisasjon. Da mye av forskningen på frivillig arbeid og helse antar at sammenhengen mellom de to faktorene kan forklares med sosial kapital, ble dette et fokus for oppgaven. Ved å benytte semistrukturerte enkeltintervjuer fikk informantene fortelle med egne ord om de erfaringene de hadde gjort seg omkring dette temaet, gjennom sin mangeårige deltagelse i frivillig arbeid.

1.5 Faglig tilnærming

Litteraturen til oppgaven er valgt ut med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, og med ønske om å belyse det helsefremmende perspektivet. Teorien er delt inn i tre hovedtemaer: frivillig arbeid, sosial kapital og det helsefremmende perspektivet. Under frivillig arbeid presenteres litteratur, som ser på sammenhenger mellom deltagelse i frivillig arbeid og helse, og ulike perspektiver trekkes frem. Under sosial kapital presenteres forskning omkring temaet sosial kapital og helse, med særlig fokus på Bourdieu og Putnams definisjoner. Under det helsefremmende perspektivet presenteres litteratur, som setter frivillig arbeid inn i en helsefremmende ramme. Her trekkes det også frem andre faktorer, som kan ha innvirkning på helsen.

1.6 Begrepsavklaring

Noen av begrepene i oppgaven kan ha flere forskjellige definisjoner, her følger en oversikt over hvordan de er definert i denne oppgaven.

1.6.1 Eldre

Med eldre kvinner menes i denne oppgaven kvinner over 70 år. Tradisjonelt har det vært en generell enighet i industrilandene om at eldre defineres som personer over 65 år, men ettersom befolkningen blir stadig eldre har det blitt satt spørsmålsteget ved om dette er en hensiktsmessig definisjon. Sanderson og Scherbov (2015) forslår for eksempel at definisjonen endres til personer over 75 år, utfra en tanke om at det er bedre å definere alderdom etter antall forventede gjenstående leveår, enn utfra en fastsatt kronologisk alder. Informantene i denne oppgaven definerte seg selv som eldre, men ikke gamle. Begrepet «gammel» var for dem mer en tilstand enn en alder.

1.6.2 Frivillig arbeid

I denne oppgaven defineres frivillig arbeid som arbeid, som gjøres til gagn for andre utenfor egen familie og nærmeste vennekrets, uten at en kompenseres økonomisk. Definisjonen er blitt til med inspirasjon fra Wollebæk, Sætrang og Fladmo (2015).

1.6.3. Helse

Helse som begrep betyr ulike ting for ulike personer, derfor finnes det også mange ulike definisjoner på hva helse er. I denne oppgaven blir helse først og fremst definert utfra et

velvære perspektiv, heller enn et «fravær av sykdom» perspektiv. Tanken er at subjektiv helse er nettopp det, subjektiv. En kan oppleve at en er ved god helse, selv om en objektivt sett har en eller flere diagnoser. Oppgaven bygger ikke på en enkel definisjon av helse, men har funnet inspirasjon i WHO's definisjon fra 1946, Peter F. Hjorts definisjon og Ottawa-charteret. Dette er gjort for å ha et bredt grunnlag for å se på helseeffekter hos informantene, og for ikke å bli for bundet til en enkel definisjon.

Hjort (1995) definerte god helse som: «... evnen og kapasiteten til å mestre og tilpasse seg livets vanskeligheter og hverdagens krav»

WHO definerte i 1946 helse som: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (WHO, 1946). Denne definisjonen er omstridt, og den blir ofte sett på som uoppnåelig. Grunnen til at den allikevel har fått en plass i denne oppgaven er at den her brukes som et bilde på alt det helse omfatter.

I Ottawa-charteret hevdes det at helse oppstår og leves ut innenfor hverdagslivets settinger, der hvor menneskene lærer, arbeider, leker og elsker. Helse defineres her som en ressurs (WHO, 1986). Ottawa-charteret førte til et økt fokus på betydningen av miljøet rundt, og den sosiale kontekstens innvirkning på helsen. En begynte også å se et økende fokus på sosiale ulikheter i helse (Hanson, 2007). Det har medført et skifte i fokus, fra individets atferd til støttende miljøer, settinger, og deres direkte og indirekte innvirkning på helsen (Green & Tones, 2010).

1.7 Undersøkelsens utforming og gjennomføring

Undersøkelsen er kvalitativ og bygger på et hermeneutisk vitenskapssyn. Det ble gjennomført seks semistrukturerte enkeltintervjuer med kvinner over 70 år, som hadde vært engasjert i frivillig arbeid i flere år. Innsamlede data ble analysert ved hjelp av framework-metoden, slik den er beskrevet hos Ritchie, Lewis, Nicholls og Ormston (2013).

1.8 Oppgavens oppbygning

Inspirasjon til oppgavens oppbygning og inndeling er hentet fra Everett og Furseth (2012).

Oppgavens videre oppbygning er som følger: Først følger en presentasjon av oppgavens faglige forankring. Teorien som presenteres der, er funnet frem med utgangspunkt i oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Deretter følger et kapittel med presentasjon og utdyping av oppgavens problemstilling. Så følger metodekapittelet. Her

redegjøres det for valg og gjennomføring av metode, og oppgavens styrker og svakheter drøftes. Deretter følger analyse og diskusjon av empiriske funn. Avslutningsvis er det en kort oppsummering, videre drøfting av oppgavens overføringsverdi og implikasjoner for videre forskning.

2. Litteraturgjennomgang

Litteratur som er relevant for oppgaven, blir her presentert i tre underkapitler: frivillig arbeid, sosial kapital og det helsefremmende perspektivet. Selv om litteraturen er sortert inn under hovedtemaer, vil det gå noe over i hverandre da temaene henger sammen.

Ved å gjennomgå litteratur om temaet en ønsker å undersøke, unngår en å gjenta tidligere forskning, og en kan i stedet finne de spørsmålene som vil koble egen forskning opp mot foregående. Ved å bygge på tidligere forskning sikrer man at forskningen går fremover, og at man ikke bare blir stående på stedet hvil. Det er også viktig å være åpen for at det kan komme frem ting i egen empiri, som ikke stemmer overens med litteraturen. En må derfor ikke være for bundet av teorien, det kan være til hinder for nye funn. Det gjelder å finne en gylden middelvei, hvor en både bygger på teori og er åpen for at det kan komme frem funn, som står i motsetning til tidligere forskning (Lewis & Nicholls, 2013).

2.1 Frivillig arbeid

Frivillig arbeid er basert på frivillig tidsbruk og har et ikke-kommersielt formål (Frivillighet Norge, 2016). Ved å delta i frivillig arbeid bidrar individer til samfunnsutvikling, og en bedre hverdag for mange (Kulturdepartementet, 2015). 66 % av Norges befolkning deltar i en eller annen form for frivillig arbeid, og personer over 60 år er blant de som investerer mest tid i dette. Flere menn enn kvinner er engasjert i frivillig arbeid, og det er mest utbredt med frivillig arbeid knyttet til lokalmiljø og bosted. Den vanligste formen for frivillig arbeid er dugnad, fulgt av ulike former for styrearbeid (TNS & Frivillighet Norge, 2015). I 2013 tilsvarte den frivillige innsatsen i Norge 140 000 årsverk, noe som igjen tilsvarer en verdi på nesten 77 milliarder norske kroner (Statistisk Sentralbyrå, 2015).

Det er vist sammenheng mellom deltagelse i frivillig arbeid og redusert mortalitet, (Harris & Thoresen, 2005), bedre selvrapportert helse (Okun et al., 2011), psykisk helse (Black & Living, 2004), livstilfredstillelse og evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter (Lum & Lightfoot, 2005). Disse positive sammenhengene sees ikke ved andre former for altruistisk aktivitet, som for eksempel å donere penger, men er knyttet til faktisk frivillig arbeid (Borgonovi, 2008). Dess flere frivillige aktiviteter enn person deltar i, dess bedre selvrapportert helse har personen. Den positive sammenhengen mellom frivillig arbeid og helse er også til stede etter at man har justert for sosioøkonomiske faktorer, og andre relevante

kofaktorer (Cuypers et al., 2012). Frivillig arbeid regnes da også som en sosial helsedeterminant, i seg selv (Hagelin, 2015). Sterkest sammenheng med positive helseutfall ser en hos dem som er engasjert i frivillig arbeid rettet mot å hjelpe andre, det som har et uegennyttig perspektiv (Onyx & Warburton, 2003).

Frivillig arbeid er for det meste et gode for samfunnet, men det er ikke alltid et gode for individet (Ziersch & Baum, 2004). Enkelte kan oppleve et stort sosialt press til å delta, og i enkelte sammenhenger, for eksempel borettslag, kan det kreves en økonomisk kompensasjon fra de som ikke bidrar med frivillig arbeid. Da er det ikke lenger snakk om noen frihet i frivilligheten, og det kan føre til negative heller enn positive helseutfall. For de aller fleste oppleves allikevel frivillig arbeid som positivt og givende (Sivesind, 2005).

For eldre kan deltagelse i frivillig arbeid være en kilde til en følelse av mestring, velvære (Mackean & Abbott-Chapman, 2012) og god selvpoplevd helse (McMunn, Nazroo, Wahrendorf, Breeze, & Zaninotto, 2009). Eldre som deltar i frivillig arbeid har også større sannsynlighet for å opprettholde et betydelig høyere nivå av velvære, følelse av egenverd og en bedre evne til å gjennomføre dagliglivets aktiviteter, enn de som ikke er engasjert i frivillighet (Onyx & Warburton, 2003). Mye tyder på at alder spiller en rolle i forhold til hvordan frivillig arbeid virker inn på selvpoplevd helse, og at eldre opplever et større positivt utbytte av det enn yngre. Dette kan blant annet skyldes at pensjonister ikke har så mange andre settinger der de kan holde seg sosialt aktive, og det frivillige arbeidet blir da en viktig kilde til sosial integrering (Van Willigen, 2000). Gjennom deltagelse i frivillig arbeid kan de komme i kontakt med nye mennesker, både i og utenfor egen organisasjon. Dette er i seg selv en viktig motivasjon for mange av de eldre frivillige. Deltagelse er også vist å fremme generalisert tillit, noe som ikke bare er til nytte for individet, men også for samfunnet som et hele, da det gjør det mer sannsynlig at individet vil samarbeide med andre til gode for fellesskapet (Sivesind, 2005). Samtidig ser en at tilknytning til et sosialt nettverk er en avgjørende faktor for å starte opp med frivillig arbeid (Hagelin, 2015). Dette kan føre til at de som har størst potensielt utbytte av å delta i frivillig arbeid blir stående på utsiden, da de mangler tilgang på det sosiale nettverket som skal til for å komme inn i frivillig arbeid.

Pensjonister som deltar i frivillig arbeid, har bedre selvrappport helse enn de som deltar i omsorgsarbeid i hjemmet (Jenkinson et al., 2013). Den positive effekten av å delta i frivillig arbeid øker når helse og andre personlige ressurser avtar (Okun et al., 2011). Deltagelse i

frivillige organisasjoner med andre på samme alder, har blitt trukket frem som særlig positivt for personer over 65 år. Muligheten til å samhandle med likemenn, som har forståelse for, og kanskje også erfaring med, de utfordringene som kan komme sent i livet, som for eksempel kroniske lidelser, oppleves som positivt for mange. Det samme gjør det å bli verdsatt av andre for den kunnskapen, og de ferdighetene, man har opparbeidet seg gjennom et langt liv, og muligheten til å kunne dele dette med andre i samme livssituasjon som en selv (Mackean & Abbott-Chapman, 2012). Omsorgsarbeid i hjemmet er derimot assosiert med dårligere mental helse, dårligere livskvalitet og dårligere livstilfredstillelse (McMunn et al., 2009). Disse forskjellene i helse, mellom de som deltar i frivillig arbeid, og de som kun deltar i omsorgsarbeid i hjemmet, kan skyldes at frivillig arbeid gir en større frihet i forhold til å sette grenser, mens omsorgsarbeid i større grad kan oppleves som en plikt. En kan derfor anta at det også for frivillig arbeid vil være en grense for hvor mye som er for mye, og at det kan få negative helseeffekter hvis omfanget av frivilligheten blir for omfattende, og det oppleves som enda en forpliktelse (Jenkinson et al., 2013). Frivillighet som øker stressnivået, ikke bidrar til økt sosial støtte, eller har et ensidig fokus på personlig gagn, har liten eller ingen positiv innvirkning på helsen (Onyx & Warburton, 2003).

I Norge er det flere yrkesaktive enn ikke yrkesaktive, som deltar i frivillig arbeid, også i den aldersgruppen der mange begynner å tre ut av arbeidslivet, 60-69 år. En ser heller ingen tendens til at det å gå av med pensjon fører til at en engasjerer seg i frivillig arbeid hvis en ikke har gjort dette tidligere (Solem, Hansen, & Halse, 2005). Det kan argumenteres for at dette er beklagelig, med tanke på at deltakelse i frivillig arbeid kan bidra til at eldre opprettholder følelse av tilhørighet, reduserer ensomhet og opplever meningsfulle dager i pensjonisttilværelsen. Frivillighet kan også motivere til aktivitet i hverdagen, både fysisk, sosialt og kulturelt, som igjen kan ha en positiv innvirkning på helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Det er forsket lite på kvinners deltagelse i frivillig arbeid og hvilken innvirkning det kan ha på ulike aspekter av deres liv, som for eksempel helse (Daoud et al., 2010; Osborne et al., 2009). Mye tyder imidlertid på at særlig kvinner med lav sosioøkonomisk bakgrunn har nytte av å delta i frivillig arbeid, blant annet i form av bedre selvopplevd helse og opplevelse av sammenheng (Daoud et al., 2010). På den annen side er det også gjort funn, som tyder på at deltagelse i lokalsamfunnsgrupper kan ha potensielt alvorlige negative konsekvenser for

kvinner selvopplevde helse. For eksempel har en sett at økte muligheter til sosial deltagelse kan ha en negativ innvirkning (Berry & Welsh, 2010; Eriksson & Ng, 2015; Osborne et al., 2009). En teori om hvorfor det er slik er at måten kvinner deltar i gruppeaktiviteter er knyttet til deres sosiale og kjønnede identitet. Noe som igjen har relevans for deres mentale helse, da kvinners opplevelse av egen mentale helse har blitt knyttet opp mot kjønnet selvoppfattelse, karakterisert av høy emosjonell tilknytning mellom selv og andre. Kvinners deltagelse i frivillig arbeid kan reprodusere denne selvoppfattelsen ved at den befestes av en omsorgsetikk og en følelse av forpliktelse til å hjelpe andre (Osborne et al., 2009). Spriket i resultatene fra forskning omkring kvinners deltagelse i frivillig arbeid, er i seg selv et argument for at det trengs mer forskning på dette området.

Frivillig arbeid regnes som en kilde til opparbeidelse av sosial kapital, og kan brukes som et mål på sosial kapital i samfunnet. Det regnes også som viktig for opprettholdelse av sosial kapital, og det hevdes at en nedgang i frivillig deltagelse i et samfunn vil føre til forvitring av den sosiale kapitalen i samfunnet (Putnam, 2001). Sosial kapital opparbeidet gjennom deltagelse i frivillig arbeid er funnet å ha en robust tilknytning til velvære, lykke og tilfredshet med livet, faktorer som er knyttet til helse (Goth & Småland, 2014).

2.2 Sosial kapital

Verdens helseorganisasjon definerer sosial kapital som de sosiale nettverkene en har tilgang til gjennom blant annet familie, arbeidsplass, trossamfunn, og foreninger, og som en kan trekke veksler på i dagliglivet. Dess sterkere disse båndene er, dess mer sannsynlig er det at medlemmene av disse samfunnene vil samarbeide til beste for fellesskapet. Slik kan sosial kapital være med å skape helse og også forbedre utbytte av helseinvesteringer (WHO, 1998).

Det finnes mange ulike definisjoner på hva sosial kapital er og ulike måter å bruke begrepet på; dette er noe som går igjen i forskningen, omkring sosial kapital og helse. En kan blant annet skille mellom strukturell og kognitiv sosial kapital (Iversen, 2008), eller samhold og nettverk (Kawachi, 2006). Strukturell og nettverks definisjoner måles ofte ved å se på folks deltagelse i, og tilhørighet til, frivillige organisasjoner (Iversen, 2008; Kawachi, 2006; Ziersch & Baum, 2004). I denne oppgaven er det benyttet elementer fra Putnam (2001) og Bourdieu's (1986/2011) definisjoner av sosial kapital.

I følge Putnam (2001) er kjerneideen i sosial kapital begrepet at sosiale nettverk har verdi, og begrepet refererer til bånd mellom individer, sosiale nettverk og normene for gjensidighet og tillitt, som oppstår gjennom disse. Sosial kapital har både et individuelt og et kollektivt aspekt, det innebærer gjensidige forpliktelser, gjensidighetsnormer. Putnam snakker om to former for sosial kapital: bonding og bridging. Bonding er den sosiale kapitalen, som oppstår i homogene grupper, mens bridging er den sosiale kapitalen, som oppstår mellom heterogene grupper. Der bonding-sosial kapital er limet i samfunnet, er bridging oljen som får hjulene til å gå rundt, ved at den skaper tillitt mellom ulike samfunnsgrupper. I følge Putnam er samfunn karakterisert av generalisert tillitt og gjensidighet mer effektive enn samfunn preget av mistillit. Han sammenligner dette med hvordan penger er mer effektivt enn byttehandel. Tillitt smører de sosiale samhandlingene. I forhold til helse er det studier, som tyder på at bonding-sosial kapital kan ha en negativ effekt på individets helse. Disse studiene er imidlertid fra USA, og forskjellen i samfunnsstruktur mellom USA og Norge gjør det uklart om disse funnene kan overføres til norske forhold (Ziersch & Baum, 2004). Enkelte aspekter ved bonding-sosial kapital, som høy sosial kontroll og rigide normer, kan en allikevel på generelt grunnlag anta er lite helsefremmende. På samfunnsnivå kan en også se at tette bånd innad i en gruppe vil kunne føre til en opplevelse av utstøting og ekskludering for de, som står på utsiden (Sund & Krokstad, 2009). Det kan da være slik at faktorene som binder gruppen sammen, og som opplevdes som positivt for deltagerne i gruppene, oppleves negativt for lokalsamfunnet som helhet (Kirkby-Geddes et al., 2013). I samfunn med liten tilgang på ressurser kan bonding-sosial kapital medføre en sterkere følelse av forpliktelse til å hjelpe andre. Dette kan igjen føre til at individet opplever at egne begrensede ressurser blir strukket for langt, både økonomisk og sosialt (Kawachi, 2006). Putnams definisjon av sosial kapital er den som har hatt størst innflytelse innen helseforskning (Starrin, 2009). Arbeidet hans har imidlertid blitt kritisert for å ha et for ensidig fokus på sosial kapital, uten å ta høyde for den innvirkningen politikk og økende sosiale forskjeller kan ha hatt på samfunnene han beskriver. Han har også hatt lite fokus på de negative sidene ved sosial kapital, som for eksempel sosial kontroll (Sund, 2010). Videre har han blitt kritisert for å ikke ta hensyn til kjønnsaspektet ved sosial kapital (Osborne et al., 2009). Innvirkningen av sosial kapital i bonding og bridging form er ikke den samme for menn og kvinner. Dette kan skyldes samfunnets oppbygning og måten tradisjonelle kjønnsroller virker inn på hvilke typer sosial kapital menn og kvinner først

og fremst har tilgang til. Det er for eksempel vist at kvinner har bedre helseeffekt av bridging-sosial kapital enn menn (Iwase et al., 2012).

Bourdieu (1986/2011) definerer sosial kapital, som summen av faktiske og potensielle resurser knyttet til å ha varige nettverk, av mer eller mindre formelle relasjoner og felles bekjenskaper. Med andre ord en gruppetilhørighet, som gir medlemmene en form for kreditt, i form av gruppens kollektive kapital, i alle ordets betydninger. Dess flere personer en er knyttet til, dess større sosial kapital har en. Bourdieu sier at relasjonelle nettverk er et produkt av en investeringsstrategi, individuell eller kollektiv, rettet mot å etablere eller reprodusere sosiale forhold som kan benyttes, langsiktig eller kortsiktig, til å forvandle betingede forhold, som de i en frivillig organisasjon, til forhold som er både nødvendige og valgfrie, og som impliserer subjektivt anerkjente, eller institusjonelt garanterte, varige forpliktelser. Bourdieu vektlegger at sosial kapital hverken er positivt eller negativt i seg selv, men understøttes av maktrelasjoner og avhenger av den sosiale konteksten den eksisterer i. Bourdieu har blitt kritisert for å knytte sosial kapital for tett opp mot andre former for kapital, og slik redusere det til noe som kun angår samfunnseliten (Sund, 2010).

Norge er et av de landene i verden med høyest sosial kapital, målt som deltagelse i frivillig arbeid og grad av mellommenneskelig tillit (Sund & Krokstad, 2009), men det er få norske studier som ser på sammenhengen mellom sosial kapital og helse (Iversen, 2008). De studiene som er gjort, viser liten til ingen sammenheng mellom sosial kapital og helse på samfunnsnivå (Iversen, 2008; van der Wel, 2007). Det stilles da også spørsmål ved hvorvidt velferdsstaten reduserer effekten av strukturell sosial kapital på helsen. Internasjonalt er det også vist liten sammenheng mellom sosial kapital og helse i egalitære samfunn, i motsetning til de funn som er gjort i ikke-egalitære samfunn. Dette kan skyldes at tilgangen på sterke sikkerhetsnett og offentlige goder gjør at individenes helse i mindre grad blir påvirket av det lokalsamfunnet de lever i (Kawachi, 2006). Forskjellen i sammenhengen mellom sosial kapital og helse mellom egalitære og ikke-egalitære land, gjør det derfor lite hensiktsmessig å benytte forskning om dette temaet, fra for eksempel USA, for å belyse norske forhold. Denne forskningen har derfor i stor grad blitt valgt bort i denne oppgaven.

Det meste av forskningen som er gjort på sammenhengen mellom sosial kapital og helse, er gjort på samfunnsnivå, og det etterlyses forskning på individnivå på dette området (Ziersch & Baum, 2004). Særlig med tanke på at det i egalitære samfunn er på dette nivået en ser en

sammenheng mellom de to faktorene (Sund, 2010). Tap av sosial kapital på individnivå er vist å kunne ha en negativ innvirkning på selvrapportert helse for både menn og kvinner (Eriksson & Ng, 2015). Det er imidlertid også de som er kritiske til å se på sosial kapital og helse på individnivå, først og fremst fordi en argumenterer for at sosial kapital alltid bør sees på også i et samfunnsperspektiv (Kawachi, 2006).

2.3 Det helsefremmende perspektivet

I Ottawa-charteret står det at helse oppstår og leves ut innenfor hverdagslivets settinger, der hvor menneskene lærer, arbeider, leker og elsker (WHO, 1986), frivillige organisasjoner kan sies å være en slik setting. I Folkehelsemeldingen fra 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) legges det stor vekt på frivillig arbeid og frivillige organisasjoner, som en ressurs i folkehelsearbeidet. Frivillig arbeid blir blant annet trukket frem, som en viktig ressurs i arbeidet med å forebygge og bekjempe ensomhet, ved at det blant annet kan skape møteplasser der individer kan opparbeide seg sosiale nettverk. Gjennom disse nettverkene kan de igjen opparbeide seg sosial støtte, som beskrives som det motsatte av ensomhet. Ensomhet er i seg selv vist å være like skadelig for helsen som røyking. Som mange andre faktorer som virker negativt inn på helsen, er også ensomhet mest prevalent hos de med lav utdanning og de som står utenfor arbeidslivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Sosial støtte regnes også som en av helsens sosiale determinanter, og som et viktig element i sosial kapital begrepet. Det kan virke som en buffer i møte med ugunstige livshendelser og være en kilde til bedre livskvalitet (WHO, 1998). Videre kan den være med på å gi en opplevelse av mestring, identitet og mening i tilværelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Mangel på sosial støtte er forbundet med høyere mortalitet, uavhengig av faktorer som kjønn, alder, utdanning og bosted (Starrin, 2009). Støttende miljøer kan være med på å gi tilgang til helseressurser og bemyndigelse i forhold til egen helse, i tillegg til å være en arena for opparbeidelse av sosial kapital (WHO, 1991).

De forholdene som folk er født inn i, vokser opp i, lever, arbeider og eldes i, og ulikheter i makt, penger og andre ressurser ligger til grunn for sosiale ulikheter i helse. Det er helsens sosiale determinanter. Helsen er progressivt bedre jo høyere sosioøkonomisk status en har (Marmot, Allen, Bell, Bloomer, & Goldblatt, 2012). I samfunn der det sosiale samholdet er sterkt, og der forskjellen på folks økonomiske status oppfattes som liten, vil befolkningen jevnt over ha bedre helse enn i tilsvarende samfunn med større sosiale ulikheter (Starrin,

2009). I hjertet av helsefremmende arbeid ligger målet om å redusere ulikheter i helse, og å skape en rettferdig og inkluderende verden (Dooris, 2009). Begrepet «sosiale ulikheter i helse» viser til de forskjellene i helse man ser i befolkningsgrupper med ulik sosioøkonomisk status. De forekommer i alle aldersgrupper og uavhengig av kjønn, og uavhengig av om man definerer sosiale ulikheter etter yrke, utdanning eller inntekt. Forskjellene følger en gradient som går gjennom hele befolkningen, hvor høyere sosioøkonomisk status gir bedre helse (Sosial og Helsedirektoratet, 2005), uten at høy sosioøkonomisk status i seg selv er noen garanti for god helse, og vice versa. Helsefremmende arbeid tar sikte på å utjevne helseforskjeller og sikre lik tilgang på muligheter og ressurser, gjennom blant annet å gi befolkningen mulighet til å ta kontroll over de faktorene som påvirker deres helse (WHO, 1986).

Det finnes i hovedsak tre forklaringsmodeller for sosiale ulikheter i helse: den materialistiske forklaringen, helseatferdsteorien og det psykososiale perspektivet (Elstad, 2005). Den materialistiske forklaringen var dominerende gjennom 1800-tallet og første halvdel av 1900-tallet. Mangler og risikoer i det fysiske miljøet ble antatt å være hovedårsaken til ulikheter i levealder og helseplager (van der Wel & Dahl, 2009). De sosioøkonomiske helseulikhetene vedvarte imidlertid, selv om forbedring av de fysiske omgivelsene førte til en stor bedring i folkehelsen generelt, (Elstad, 2005). Fra 1970-årene overtok helseatferdsteorien som forklaringsmodell. Individets livsstil og adferd ble trukket frem som forklaringen på de sosiale helseulikhetene (van der Wel & Dahl, 2009). Begrepet «livsstilssykdommer» oppstod og søkelyset ble rettet mot faktorer som tobakksrøking, kosthold, og mosjon. Teorien har blitt kritisert for å utelukkende skylde på individet i stedet for å se på de bakenforliggende samfunnsmessige årsakene til helseulikheter. Det psykososiale perspektivet fokuserer på individet i dets sosiale omgivelser. Det anerkjenner at kognitive og emosjonelle inntrykk (stressorer) kan ha en kroppslig innvirkning (stress). Denne teorien har hatt en økende tilslutning innenfor forskningen om sosioøkonomiske helseulikheter. En tenker da at forekomsten av uheldig stress stiger jo lenger ned på den sosioøkonomiske stigen en er. Også denne teorien er omstridt, en finner ikke alltid en tydelig sosioøkonomisk gradient i forhold til stressbelastning, og hvor mye og hvordan stress påvirker helsen er enda ikke avklart (Elstad, 2005).

Også innenfor frivillig arbeid ser en at det er sosiale ulikheter. De med høy sosioøkonomisk status deltar i større grad i frivillig arbeid enn de med færre ressurser, og utviklingen går mot stadig større forskjeller (Hagelin, 2015). Lav sosioøkonomisk status hindrer opparbeidelse av sosial kapital. En ser også at mens det er de med høyest inntekt som opparbeider seg mest sosial kapital, er det de med lavest inntekt som har størst utbytte av sosial kapital (Kawachi, Kennedy, Lochner, & Prothrow-Stith, 1997). Andre ressurser, som for eksempel utdanning eller private helsetjenester, er også lettere tilgjengelig for de med høy sosial kapital, og dette er også faktorer som kan påvirke helsen. Ekskludering fra samfunnslivet innebærer en helserisiko, og frivillig arbeid regnes som en del av samfunnslivet. Tilrettelegging for deltagelse i frivillig arbeid vil slik sett kunne sees på som et helsefremmende tiltak (HUNT, 2011). Imidlertid mangler det forskning som kan si noe konkret om kausaliteten mellom frivillig arbeid og helse. Det er betenkelig at det legges så stor vekt på frivillig arbeid som en ressurs i folkehelsearbeidet, uten at det er gjennomført flere longitudinelle studier, som ser på kausaliteten mellom de to. Særlig med tanke på at en vet at det er de, som er høyt oppe på den sosiale gradienten, som i størst grad deltar i frivillig arbeid.

3. Problemstilling

I Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) trekkes frivillighet frem som en kilde til glede, trivsel og tilhørighet, og det hevdes at deltakelse i frivillige organisasjoner fremmer helse. Frivillighet trekkes videre frem som en faktor som gir eldre mulighet til å fortsette å delta aktivt i samfunnet, opprettholde et sosialt liv og opprettholde helse. Dette sammen med forskning som viser at eldre er de som har størst positivt utbytte av deltagelse i frivillig arbeid, og at kvinner og menn opplever helseinnvirkningen av deltakelse i frivillig arbeid ulikt, ligger til grunn for oppgavens problemstilling.

Denne oppgaven søker å finne ut hvordan eldre kvinner som deltar i frivillig arbeid, opplever at deltagelse i frivillighet påvirke deres helse, eller om de opplever at det gjør det i det hele tatt. Oppgavens problemstilling er: Hvordan opplever eldre kvinner at deltagelse i frivillig arbeid påvirker deres helse?

Det er bred enighet, både i Norge og internasjonalt, om at deltagelse i frivillig arbeid er knyttet til god selvopplevd helse (Finseraas, 2013; McMunn et al., 2009; Onyx & Warburton, 2003) Imidlertid er det fremdeles lite forskning som ser mer konkret på hva det er ved det frivillige arbeidet, som kan assosieres til god helse. En sterk antakelse er at det henger sammen med tilegnelse av sosial kapital (Onyx & Warburton, 2003; Ziersch & Baum, 2004); dette har derfor blitt hovedfokus i denne oppgaven. Videre mangler det forskning på kausaliteten mellom deltagelse i frivillig arbeid og helse (Finseraas, 2013), og for så vidt også mellom sosial kapital og helse (Gilbert, Quinn, Goodman, Butler, & Wallace, 2013). Heller ikke denne oppgaven vil kunne si noe om kausalitet, men den vil forhåpentligvis kunne si noe om hvordan eldre kvinner selv opplever disse sammenhengene.

For å finne svar på problemstillingen, og med fokus på sosial kapital, ble følgende forskningsspørsmål utarbeidet: Hvilke typer sosial kapital, opparbeider kvinnene seg gjennom deltagelse i frivillige arbeid?

Dette forskningsspørsmålet ble utarbeidet for å fokusere inn på sosial kapital aspektet ved frivillig arbeid. Siden deltagelse i frivillig arbeid ofte brukes som et mål på sosial kapital, tas det her for gitt at informantene vil ha opparbeidet seg sosial kapital gjennom sitt engasjement.

Forskningsspørsmål nummer to er som følger: Opplever kvinnene at den sosiale kapitalen påvirker deres helse, og i så fall hvordan? Tidligere forskning på kvinner og deltagelse i

frivillig arbeid har vist sprikende funn. Kvinnene, i Berry og Welsh' (2010) prosjekt fra Australia, hadde dårligere selvrapportert mental helse enn menn til tross for større selvrapportert deltagelse i lokalsamfunnet og sterkere sosiale bånd, mens resultatene i studien til Nyqvist, Nygård og Jakobsson (2012) impliserte at mellommenneskelig tillit hadde en positiv tilknytning til helse for alle informantene. Iwase et al. (2012) har vist at kvinner har større helseeffekt av bridging-sosial kapital enn menn, også i egalitære samfunn. Studien viste også at kvinner har større utbytte av bridging- enn av bonding-sosial kapital. Alder er også antatt å spille en rolle i hvordan frivillig arbeid virker inn på deltakernes helse, og eldre frivillige ser ut til å ha et større helseutbytte ved frivillig arbeid enn yngre (Onyx & Warburton, 2003).

De to foregående forskningsspørsmålene ble lagt til grunn for utarbeidelsen av intervjuguiden til denne oppgaven, og de ble også brukt for å finne frem til relevant litteratur. Under analysearbeidet kom det imidlertid frem noen resultater som viste at forskningsspørsmålene var for snevre. For å kunne svare godt på problemstillingen var det nødvendig å se på faktorer utover sosial kapital. Det ble ikke utarbeidet noe konkret forskningsspørsmål i forbindelse med dette, men hvis det hadde blitt gjort kunne det ha lydd slik: Hvilke andre faktorer ved det frivillige arbeidet virker inn på kvinnenens selvopplevde helse, og hvordan virker de i så fall inn?

4. Metode

Studien bygger på en kvalitativ metodetilnærming og et hermeneutisk vitenskapssyn. Empirien har blitt innhentet gjennom semistrukturerte enkeltintervjuer, og er analysert ved hjelp av framework-analyse.

4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Thornquist (2003) sier at hermeneutikken hjelper mennesket å se hvordan det forstår og gir verden mening. Den står i kontrast til et rent naturvitenskapelig vitenskapssyn. Heidegger og Gadamer regnes som særlig viktige for utviklingen av den filosofiske hermeneutikken, som stiller spørsmål ved menneskelige grunntrekk og de allmenne vilkårene for forståelse. Forståelseshorisont og fordom er to viktige begreper innenfor hermeneutikken. Forståelseshorisonten består av individets samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger, bevisste eller ubevisste. Den eksisterer uten at individet nødvendigvis er oppmerksom på det. Med «fordom» menes den forforståelse eller bakgrunnskunnskap individet møter et fenomen med. I hermeneutikken vektlegges viktigheten av å være bevisst egen «fordom» i møte med empirien. Hermeneutisk sirkel er betegnelsen på den dynamiske erkjennelsesprosessen der en veksler mellom å forstå en del utfra helheten, som igjen forstås utfra delene (Brodtkorb et al., 2001). Hver gang en forstår en del, påvirker det ens forståelse av helheten, og det påvirker igjen forståelsen av de enkelte delene, og så videre. Det er ikke så mye en sirkel som det er en spiral. Dette legger grunnen for en stadig dypere innsikt i materialet. I følge Heidegger og Gadamer er den menneskelige eksistens i seg selv hermeneutisk; mennesker er i verden som et forstående og fortolkende historisk vesen (Thornquist, 2003).

4.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode ble valgt til denne oppgaven fordi den regnes som særlig egnet når en ønsker å undersøke et fenomen nærmere (Johannessen et al., 2010). Formålet med dette prosjektet var å undersøke kvinners opplevelse av hvordan frivillig arbeid virket inn på deres helse. En kvantitativ undersøkelse ville ikke gitt kvinnene mulighet til å fortelle om sin egen opplevelse, på samme måte. Ved å bruke en kvalitativ tilnærming ble det åpnet opp for at kvinnene fikk fortelle sine historier med sine egne ord.

Kvalitative arbeid sees ofte på som induktive, men Ormston, Spencer, Barnard og Snape (2013) påpeker at analyseprosessen i kvalitative arbeid ofte består av både induksjon og deduksjon. Dette er noe også Tjora (2012) trekker frem i det han kaller den stegvis-deduktive induktive metoden. En arbeider seg i analysen «oppover» fra data til teori, men også «nedover», hvor en kontrollerer teorien opp mot empirien. Analysen er hele tiden forankret i empirien, og forholdet mellom databehandlingen og tolkningen er flytende. På samme måte som i den hermeneutiske sirkelen veksler en mellom å se på delene i forhold til helheten, og helheten i forhold til de enkelte delene (Spencer, Ritchie, Ormston, et al., 2013).

4.3 Intervju

Innhenting av empiri har foregått ved hjelp av semistrukturerte enkeltintervjuer. Det ble benyttet en intervjuguide som tok utgangspunkt i den problemstillingen som skulle belyses (Vedlegg 2). Denne intervjuguiden la føringen for de temaene som skulle dekket i løpet av intervjuene. Spørsmålene var åpne, og det ble lagt opp til at informantene skulle komme med utdypende informasjon. Underspørsmål ble benyttet for å sikre at temaene ble tilstrekkelig dekket. I utgangspunktet hadde intervjuguiden en bestemt orden, men dette ble endret underveis hvis informanten selv brakte nye tema på banen. Dette følger anbefalingene i Johannessen et al. (2010). Fokuset på dybde, nyanser og intervjuobjektets språk, som en kilde til forståelse, gjorde at det var mest naturlig at intervjuet ble tatt opp på bånd (Yeo et al., 2013). Enkeltintervjuer ble valgt fremfor fokusgrupper for at intervjuobjektene skulle føle seg frie til å snakke om temaer de kanskje ikke ville tatt opp i plenum. På den annen side kunne dynamikken i en fokusgruppe fått frem temaer enkeltpersonene ikke ville kommet frem til på egenhånd (Johannessen et al., 2010).

Informantene valgte selv hvor intervjuene skulle finne sted. Tjora (2012) anbefaler dette, fordi det gir informantene anledning til å velge en setting der de føler seg trygge og komfortable. Dette vil igjen kunne legge til rette for at de snakker friere enn de ellers ville gjort. Fem av informantene valgte å gjennomføre intervjuene hjemme hos seg selv, en informant valgte å bli intervjuet hjemme hos en annen. Hos to av informantene var ektefellen til stede i rommet under deler av intervjuet. Begge ganger førte dette til avsporinger, men det påvirket allikevel ikke gjennomføringen av intervjuene i nevneverdig grad. Det ble satt av en time til hvert intervju. Intervjuene tok 40-45 minutter hver, men tidsrammen gav rom for en avslappet stemning med tid til digresjoner og «sosialt prat» utover selve intervjuet. Tjora sier at en

avslappet stemning er en viktig forutsetning for å lykkes med dybdeintervjuer. Informantene fikk tilsendt informasjonsskriv (Vedlegg 1) i forkant av intervjuet, og fikk også anledning til å lese igjennom dette skrevet før intervjuet startet. Alle ble i tillegg informert muntlig om at de kunne trekke seg fra intervjuet når som helst, og at de også kunne trekke seg fra prosjektet i etterkant av intervjuet hvis de ønsket det.

4.4 Informantene

Utvalg av informanter var strategisk og homogent, det er derfor ikke representativt, men hensiktsmessig med tanke på det som skulle undersøkes (Johannessen et al., 2010). Denne typen utvalg er vanlig når man ønsker å undersøke et fenomen innenfor en spesifikk gruppe (Ritchie, Lewis, Elam, Tennant, & Nilufer, 2013), i dette tilfellet eldre kvinner som er engasjert i frivillig arbeid. Ved å kontakte ulike lokallag/organisasjoner var håpet å komme i kontakt med kvinner som hadde deltatt i frivillig arbeid i flere år. Ønsket var å få informanter fra flere organisasjoner/lokallag for at ikke den interne kulturen i et lag/en organisasjon skulle prege resultatet i for stor grad. Målet var å få informasjon om hvordan frivillig arbeid generelt påvirket kvinnenenes selvopplevde helse, ikke hvordan deltagelse i et bestemt lag gjorde det. Utvelgelsen var også kriteriebasert, kvinnene måtte delta i frivillig arbeid, de måtte ha deltatt over flere år, og de skulle være over 70 år. Det siste kriteriet handler om at kvinner i ulike livssituasjoner vil oppleve støtte/belastning fra deltagelse i frivillig arbeid ulikt, og denne oppgaven er ikke stor nok til å favne disse ulike perspektivene, slik jeg ser det.

Johannessen et al. (2010) sier at det i mindre prosjekter er vanlige med 10-15 informanter, men at en ofte ved studentprosjekter, hvor en blant annet har begrenset med tid, må begrense seg til færre en 10 informanter. I dette prosjektet endte det opp med å være seks informanter. Det var i utgangspunktet åtte, men to falt fra. Antall informanter ble satt ut ifra oppgavens størrelse og den relativt stramme tidsrammen. Informantene ble rekruttert ved at det ble sendt ut eposter til 15 ulike lokallagsledere. Av disse 15 var det tre som svarte positivt på henvendelsen, og gjennom disse ble det til slutt rekruttert to informanter fra hvert av de tre lokallagene. Disse seks informantene hadde til sammen tilknytning til mer enn 15 ulike foreninger, og samtlige hadde lang og bred erfaring fra frivillig arbeid. Lokallagene de ble rekruttert gjennom hadde samme moderorganisasjon, men under intervjuene fortalte informanten om erfaringer de hadde også fra andre frivillige organisasjoner. Kvinnene var i alderen 71-88 år, og hadde vært engasjert i frivillighet i 15-50 år, enda lenger hvis en regner

med engasjement i ungdomstiden. Kvinnene var fra ulike steder på Østlandet og hadde tilnærmet lik sosioøkonomisk bakgrunn. Samtlige hadde utdanning utover gymnasen, samtlige hadde vært i arbeid utenfor hjemmet, tre var enker og tre var gift, samtlige hadde barn og barnebarn som de hadde mye kontakt med. Det at informantene hadde en relativt høy sosioøkonomisk bakgrunn kan ha hatt innvirkning på empirien, både i forhold til helse og tilgang på sosial kapital. Så vel vanskelighetene med å få tak i informanter som informantenes relativt like sosioøkonomiske bakgrunn kan skyldes rekrutteringsmetoden. Ved å rekruttere gjennom lokallagsledere, via epost, kan henvendelsen ha druknet i alle andre henvendelser som kommer inn. Dette kan være årsaken til at få svarte. I tillegg har rekrutteringsmetoden gjort at samtlige informanter selv har forbindelse til styret i sin forening, de fleste hadde selv sittet i ulike styrer i flere år. En annen rekrutteringsmetode, som for eksempel å oppsøke arrangementer, ville ha kunnet resultert i et annet type utvalg, og det er naturlig å anta at det også ville gitt andre svar.

4.5 Analyse

Innsamlet data ble analysert ved hjelp av *the framework approach* (Spencer, Ritchie, Ormston, O'Connor, & Barnard, 2013), metoden kan minne om tematisk analyse, men vektlegger transparens i dataanalysen og båndene mellom de ulike analysestadiene (Smith & Firth, 2011). Metoden ble utviklet på 1980-tallet ved The National Center for Social Research i Storbritannia. Det er en matrisebasert metode, som legger til rette for at forskeren kan bevege seg frem og tilbake mellom de ulike abstraksjonsstadiene og samtidig beholde oversikten over råmateriale. Framework-metoden ble valgt fordi den er trukket frem som godt egnet hos Osborne, Baum og Ziersch (2009) hvis prosjekt er tematisk likt dette. Videre sier Smith og Firth (2011) at denne metoden er godt egnet for de som gjennomfører et kvalitativt prosjekt for første gang, da den gir et oversiktlig kart man kan følge gjennom hele prosessen.

Analysen kan deles inn i fem hovedpunkter (Spencer, Ritchie, O'Connor, Morell, & Ormston, 2013):

1. Bli kjent med data
2. Utvikle tematisk rammeverk
3. Kode

4. Før inn i rammeverket

5. Sammenfatte.

Bli kjent fasen bestod i å høre gjennom og transkribere intervjuene. Intervjuene ble ikke transkribert i sin helhet. Der informantene kom inn på emner som ikke var relevant for tema, eller ble distraheret, ble dette i stedet satt inn i en klamme med for eksempel (snakker om barnebarn) eller (ble avbrutt av ektefelle). Lydopptakene ble beholdt gjennom hele prosessen, så det var mulig å gå tilbake til disse hvis det skulle vise seg at noe av det som ikke ble transkribert allikevel var viktig for analysen. Spencer, Ritchie, Ormston, O'Connor og Barnard (2013) anbefaler at en holder seg i bli-kjent fasen til en føler at en har forstått det en kan av mangfoldet i omstendigheter, og karakteristikk i empirien.

Neste fase var utvikling av det tematiske rammeverket. Det tematisk rammeverk (framework) benyttes for å klassifisere og organisere data i henhold til nøkkeltemaer, konsepter og fremvoksende kategorier (Spencer, Ritchie, O'Connor, et al., 2013). Rammeverket består av en serie hovedtemaer som igjen inneholder flere underkategorier. Dette kommer en frem til gjennom å bli kjent med og krysskode råmaterialet. Etersom hovedtemaene utvikles fullt ut føres de i egne matriser, hvor respondentene får en rad og hvert undertema får en kolonne (Se illustrasjon, kapittel 5).

To av temaene var hentet fra teorien og var klare fra før; dette var helse og sosial kapital, som også var det planlagte fokuset for oppgaven. Et nytt tema dukket imidlertid opp i empirien i løpet av «bli-kjent»-fasen, temaet var «å føle at en utgjør en forskjell». Dette temaet fikk også et eget rammeverk. Temaet var noe alle informantene tok opp på eget initiativ, både som motivasjon for å drive frivillig arbeid, og som en faktor som påvirket deres helse. Framework-metoden åpner for at tematiske rammeverk kan ha utspring både i teori og empiri (Spencer, Ritchie, O'Connor, et al., 2013).

Deretter fulgte koding av empirien. I denne fasen ble NVIVO tatt i bruk. NVIVO er et dataprogram for analyse av kvalitative data (CAQDAS; computer assisted qualitative data analysis software) Programmet er kompatibelt med framework-metoden, og anbefales av Spencer, Ritchie, Ormston, et al. (2013). Tjora (2012) hevder at det fremdeles er en del skepsis rettet mot denne typen verktøy i kvalitativ forskning, men har selv opplevd det som nyttig i eget arbeid. CAQDAS kan tvinge frem en mer systematisk fremdrift i det kvalitative

analysearbeidet. Programmene bistår til systematisering av kodearbeidet, og det hjelper en å holde oversikten over analysen gjennom mange separate arbeidsøker (Tjora, 2012). De transkriberte intervjuene ble overført til NVIVO og det ble opprette noder for de ulike temaene. Det ble også opprettet en egen node for å få bedre oversikt over informantens bakgrunn. Ved hjelp av NVIVO ble intervjuene kodet og meningsbærende enheter sortert inn under de respektive temaene. En meningsbærende enhet kunne bli kodet inn under flere temaer; dette fordi en enkel meningsbærende enhet kan ha relevans for flere ulike undertemaer, og å splitte dem opp vil kunne ødelegge for meningsforståelse og sammenheng. I tillegg kan det at enheten passer inn under flere temaer være viktig for senere innsikt i, og forståelse av, materialet (Spencer, Ritchie, Ormston, et al., 2013).

Fjerde fase bestod i å føre de meningsbærende enhetene inn i de tematiske rammeverkene, dette ble gjort i Word. Det virket å gi en bedre oversikt enn å fortsette å utvikle rammeverkene med NVIVO. Når alle enhetene var ført inn i de ulike rammeverkene ble de fargekodet etter tema. Det gjorde det enklere å se hvilke enheter som var ført inn under flere temaer. For eksempel ble enheter som også var ført inn under «sosial kapital» merket oransje i «helse» rammeverket (se illustrasjon kapittel 5). NVIVO forenklet dette arbeidet fordi programmet lar en se hvilke enheter som er kodet i flere noder (som tilsvarer de ulike undertemaene). NVIVO ble i denne fasen også brukt for å gå over det transkriberte materialet for å se hva som var blitt kodet og om noe var oversett. Til slutt ble rammeverkene gjennomgått, og der det var tomme celler (hvis for eksempel cellen for bonding var tom, for en informant) ble det transkriberte intervjuet gjennomgått igjen for å kontrollere om noe var oversett.

Den siste fasen var sammenfatting eller meningsfortetting. Spencer, Ritchie, Ormston, et al. (2013) fremhever at hovedutfordringen her er å meningsfortette på en slik måte at en beholder sammenhengen og essensen i materialet uten at informantens stemme forsvinner. En skal ha med nok detaljer til at en ikke trenger å gå tilbake til råmateriale for å forstå meningen og konteksten, samtidig som for mye detaljer kan virke tyngende.

Etter dette steget, og før den endelige abstraksjonen og tolkningen, ble alt meningsfortettet materiale gjennomlest med tanke på sammenhenger og mønstre i materialet. Fordi alle stegene i analysen var bevart var det enkelt å bevege seg bakover i analysen der ting fremstod som uklart.

4.6 Metoderefleksjon

Tjora (2012) trekker frem tre hovedkriterier for kvalitet i kvalitativ forskning: pålitelighet, gyldighet, og generaliserbarhet eller overførbarhet.

Oppgavens pålitelighet er forsøkt ivaretatt ved å beskrive i sin helhet rekrutteringsprosessen, datainnsamlingen og analysen. Slik at en kan spore datadokumentasjon, metoder og avgjørelser som er tatt gjennom hele prosessen helt frem til det endelige resultatet (Johannessen et al., 2010). I analysen er sitater brukt hyppig for å synliggjøre informantenes «stemmer», og også klart vise hva som er kommet frem gjennom empirien og hva som er et produkt av analysen, som anbefalt av Tjora (2012). Egen forforståelse er redegjort for i innledningskapittelet.

I empirien kom det frem informasjon som ikke gav svar på forskningsspørsmålene, men som likevel var viktig for å svare på den overordnede problemstillingen. Det kan tyde på at forskningsspørsmålene hadde for snevert fokus. De var utarbeidet med bakgrunn i teori, og mesteparten av denne teorien pekte på sammenhenger mellom frivillig arbeid, sosial kapital og helse. Dette gjenspeiles i forskningsspørsmålene, men ikke nødvendigvis i problemstillingen som er mer åpen: Hvordan opplever eldre kvinner at deltagelse i frivillig arbeid påvirker deres helse? Da det gjennom analysen ble klart at det var en annen faktor ved det frivillige arbeidet som informantene opplevde at virket inn på deres helse, utover sosial kapital, ble derfor også dette tatt med i oppgaven. Hvis forskningsspørsmålene hadde vært åpne for dette resultatet i forkant, hadde det også blitt tatt med i utarbeidelsen av intervjuguiden og en kunne tatt med spørsmål som gikk inn på dette temaet. På den annen side åpnet den semistrukturerte intervjuformen for at det kunne stilles oppfølgingsspørsmål underveis, når det dukket opp andre aktuelle temaer enn de som var forutsett. Det var også de åpne spørsmålene i intervjuguiden som gjorde at informantene kom inn på temaet «å utgjøre en forskjell for andre». Det er allikevel klart at den snevre vinklingen på forskningsspørsmålene kan ha påvirket gyldigheten til oppgaven negativt.

Antall informanter er en annen faktor som kan ha påvirket oppgavens gyldighet. Seks informanter er ikke nok til å intervju «til forskeren ikke får noen ny informasjon» (Johannessen et al., 2010, s. 104), men begrensede ressurser (i hovedsak tid) gjorde at det ble

slik. For å forsøke å veie opp for få informanter har empirien i stor grad blitt analysert opp mot allerede eksisterende teori.

Antall informanter begrenser også overføringsverdien til prosjektet. Tjora (2012) trekker frem begrepet «konseptuell generalisering». Ved konseptuell generalisering forsøker en å finne typologier, modeller, metaforer eller lovmessigheter, som ikke kun er knyttet til den spesifikke empirien (Tjora, 2012). For å finne frem til dette benyttes tidligere forskning og teori som kan støtte opp under en større gyldighet og generaliserbarhet. Slik kan også denne oppgaven, vise til en viss overførbarhet.

4.7 Forskningsetikk

I prosjektet ble kravet til forskningsetikk ivaretatt ved å følge retningslinjene til Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH).

Deltagelse som informant var helt frivillig, og deltakerne hadde mulighet til å trekke seg fra prosjektet når som helst, hvis de ønsket det, uten at det ville få noen konsekvenser for dem (Webster, Lewis, & Brown, 2013). Skriftlig informasjon ble sendt ut til alle informanter i forkant av intervjuene. Slik at informantene fikk anledning til å lese igjennom informasjonen før de avgjorde om de ønsket å delta. De ble også presentert for det samme skrivet igjen før intervjuet startet, og ble da i tillegg informert muntlig om at de kunne trekke seg fra studien når som helst. Informantene fikk også mulighet til å stille spørsmål, både før og etter intervjuet, hvis det var noe de lurte på. Skrivet inneholdt informasjon om sentrale forhold ved prosjektet, som formål, metoder som skulle benyttes, og praktiske og andre følger ved å delta (Vedlegg 1). Fordi flere av informantene ble rekruttert via lokallagsleder var det ekstra viktig å forsikre at de ikke følte seg presset til å delta, og at de hadde fått tilstrekkelig informasjon til å kunne gi et fritt og informert samtykke (NESH, 2006; Webster et al., 2013). Webster et al. (2013) påpeker at for at et kvalitativt arbeid skal være av høy etisk kvalitet holder det ikke at man bare passivt forholder seg til ferdig utarbeidede etiske retningslinjer. Forskeren må tenke nøye igjennom hva det vil bety for informantene og delta i prosjektet. En må forsøke å se det hele fra de potensielle informantenes perspektiv, og nøye tenke igjennom hvordan de ønsker å bli behandlet. Særlig med tanke på at de kanskje ikke har noe tidligere erfaring med å delta i et forskningsprosjekt.

All innhentet informasjon har blitt anonymisert og informasjon, som kan brukes til å identifisere personer, ble slettet så snart det ikke var brukt for det. Dette for å overholde kravene til konfidensialitet og oppbevaring av identifiserende data (NESH, 2006). Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) (Vedlegg 3)

5. Analyse, funn og diskusjon

Dette kapittelet presenterer og drøfter funn, som er sentrale for å belyse problemstillingen. Navn på personer og organisasjoner er fjernet fra sitatene, for å bevare informantenes anonymitet. Sitater fra informantene er skrevet med innrykk, uavhengig av lengden på sitatene; dette er valgt for å gjøre teksten mer oversiktlig. Forskningsspørsmålene som lå til grunn for analysen, utgjør to av underoverskriftene. I tillegg kommer en underoverskrift om følelsen av «å bety noe» eller «utgjøre en forskjell», og hvordan informantene opplever at dette virker inn på deres helse. Dette punktet var ikke en del av de opprinnelige forskningsspørsmålene, men temaet kom frem i samtlige intervjuer og fremstod som viktig for å belyse problemstillingen. Tilslutt kommer det en oppsummering. Utgangspunktet for analyse og diskusjon er temaer funnet i teorien. Disse temaene har dannet hoved- og undertemaer i rammeverk, som vist i illustrasjonen under.

Informant	Fysisk helse	Mental helse	Sosial helse
C	Det er klart det gjør noe med deg å være aktiv. Så sant du har helse, det er jo punkt en.	Vi har et veldig godt miljø, så det er sånn vinn-vinn situasjon egentlig.	For som sagt, det er egentlig vinn-vinn situasjoner. Det er jo selvfølgelig avhengig av hvem du jobber sammen med. Vi har jo forskjellige grupper, i og med at vi har åpent hver dag. Så, det er overlappinger og du kommer i kontakt med mange flere egentlig på den måten.

Illustrasjon av analytisk rammeverk for hovedtema «helse»

Unntaket er temaet omkring det å bety noe, eller utgjøre en forskjell. Dette temaet er hentet fra empirien, men det er funnet frem teori om emnet underveis i analysen, etter den

innledende kodingen og sorteringen. Med tanke på at utvalget er så lite, med kun seks informanter, har det fremstått som fornuftig å lene seg på annen forskning og teori i analysearbeidet for bedre å kunne belyse de empiriske funnene.

5.1 Hvilke former for sosial kapital opparbeider kvinnene seg gjennom deltagelse i frivillig arbeid?

Det er som tidligere nevnt svært mange ulike definisjoner av hva sosial kapital er. I denne oppgaven tas det utgangspunkt i definisjonene til Putnam (2001) og Bourdieu (1986/2011), og utfra deres definisjoner har det blitt dannet fire undertemaer for temaet sosial kapital i analysen. Disse undertemaene er: bonding, bridging, gjensidighet, og relasjonelle nettverk.

Bourdieu (1986/2011) sier at sosial kapital er summen av faktiske og potensielle resurser knyttet til å ha varige nettverk. Samtlige informanter var medlem av flere frivillige organisasjoner, og hadde gjennom disse organisasjonene opparbeidet seg formelle og uformelle sosiale nettverk. På den måten hadde de opparbeidet seg sosial kapital slik den defineres av Bourdieu. Dess flere personer de var knyttet til gjennom disse nettverkene, dess større sosial kapital. Bourdieu hevder at denne typen nettverk er et produkt av en investeringsstrategi. Denne strategien kan være bevisst eller ubevisst. Informantene fortalte at muligheten til å opparbeide seg et større nettverk, hadde vært blant motivasjonene deres da de først startet opp med frivillig arbeid, i voksen alder. For dem hadde det å melde seg inn i en frivillig organisasjon vært en bevisst investeringsstrategi, selv om de selv ikke benyttet disse begrepene. Årsaken til at de ønsket å opparbeide seg et større nettverk kunne være at de hadde flyttet til et nytt sted hvor de manglet nettverk, eller at de hadde opplevd at venner fikk andre interesser, og det frivillig arbeid ble sett på som en setting der de kunne knytte nye bånd.

... og så meldte jeg meg. (...) Og traff jo da mange i nærområdet, ble kjent med mange. (Hadde flyttet til et nytt sted, kjente ingen. Informant E)

... sånn at jeg var veldig bevisst på, da jeg var i slutten av tjue åra at jeg kanskje måtte gjøre noe annet og finne meg noen andre interesser. (...) Og så var svigermoren min der i [foreningen]. Så tenkte jeg jaja de gjør jo mye bra de så begynte jeg der.
(Informant D)

Gjennom medlemskap i frivillige organisasjoner, og aktiv deltakelse i frivillig arbeid, hadde informantene fått tilgang til faktiske og potensielle ressurser, gjennom de nettverkene de

hadde opparbeidet seg der. At nettverkene gav tilgang til ressurser, informantene ellers ikke ville hatt tilgang til, er og et argument for at de er en kilde til bridging-sosial kapital, slik Putnam (2001) definerer det.

... alt det [jeg] har hatt som basis gjennom frivillighet det har jeg kunne brukt i jobb og utvikling. Ja hele livet, hele tida til jeg ble pensjonist. (Informant F)

Etter at hun ble enke, så sa hun: «Fortsett med det» ... mhm ... For da har du jo nettverket, som du har hatt hele livet. (Moren hadde vært skeptisk til hennes frivillige engasjement. Informant F)

Også utenom vet du, jeg er jo med på forskjellige ledermøter, landsmøter og, du treffer jo så mange interessante og fine mennesker. Ikke sant? (Informant A)

Det frivillige arbeidet var en kilde til bonding-sosial kapital for informantene. Bonding-nettverk gir medlemmene tilgang til tilhørighet, den bekrefter medlemmenes identitet og binder medlemmene tett sammen. Putnam (2001) beskriver disse nettverkene som sammensveiset og vanskelig for andre å komme inn i. Alt dette er faktorer informantene trakk frem da de snakket om de frivillige organisasjonene de var engasjert i.

De hadde knyttet nære vennskap til andre gjennom det frivillige engasjementet.

Også får du mange gode venner, som har samme interesse. (Informant E)

Det er her jeg hører hjemme. Det er her jeg har [forenings]vennene mine og noen av de har jo blitt private venner. Og har vært det før og men eh og noen er [forenings]venner som vi er sammen på [foreningen]. (Informant F)

Nære vennskap hadde også vært en vei inn i det frivillige arbeidet for noen.

Det var via en venninne, som hvis mor igjen hadde vært leder for [forening nasjonalt]. (Informant A, om hvordan hun ble med i foreningen)

Ut fra det informantene her forteller kan det virke som om bonding-sosial kapital er en vei inn i det frivillige arbeidet, og når en først har kommet «på innsiden» så er de kontaktene man opparbeider seg gjennom frivilligheten en kilde til bridging-sosial kapital. I Norge ser en at det er de med høy sosioøkonomisk status som i størst grad er engasjert i frivillige organisasjoner; dette gjenspeiles som tidligere nevnt også i informantene i denne oppgaven.

Nettverk er også tidligere vist å være en inngangsport til frivillig arbeid for seniorer (Hagelin, 2015). Hvis bonding-sosial kapital virker som en inngangsport til frivillig arbeid, så kan det også være med på å forklare homogeniteten i disse gruppene. Homogenitet er et kjennetegn for nettverk med høy grad av bonding-sosial kapital (Putnam, 2001)

Informantene møtte andre frivillige i foreningen, men også «privat» i bridgeklubber, på kafé og lignende; de utviklet relasjonelle nettverk. Informantene beskrev de nære relasjonene de hadde knyttet gjennom det frivillige arbeidet som en kilde til vennskap, trygghet og som et vern mot ensomhet. Relasjonene var en kilde til sosial støtte for informantene.

Ja, det blir venninner (Informant B)

Vi som jobbet sammen i [foreningen], vi møtes av og til på kafe. Etter arbeidstid så kommer de andre som kan. Så da har vi en sånn liten treff, så det er jo med det som grunnlag at vi jobbet sammen. (Informant C)

Sosial støtte trekkes frem som en helsefremmende faktor i Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), det kan være en kilde til opplevelse av identitet, mening og mestring.

Informantene gav også uttrykk for at det andre ganger kunne være vanskelig å opparbeide seg bonding-sosial kapital gjennom det frivillige arbeidet. De trakk frem at for enkelte medlemmer var frivilligheten kun en kilde til løsere nettverk. Her ble den enkeltes personlighet trukket frem som en forklaring. Hvis en ønsket å etablere nye vennskap gjennom foreningen kostet det noe av den enkelte.

Det er noen andre som har sagt det: «Ja, jeg ble med i det fellesskapet der og da, men det andre fellesskapet som på en måte kom ut av det igjen som blir på det personlige nivå. Det er vanskeligere.» (Informant D)

Vi ser jo det atte det kommer medlemmer som kanskje nettopp er i en sånn situasjon for å få da men.. men det er jo, da skal du jo være litt oppegående sjøl og da også. (Informant F, om personer som oppsøker frivillig arbeid for å etablere vennskap)

Et kjennetegn ved nettverk eller grupper som er preget av stor grad av bonding-sosial kapital, er at det kan være vanskelig å komme inn i nettverkene. Måten informantene snakket om hvordan det kunne være vanskelig for nye medlemmer å komme «på innsiden» av miljøet,

kan tyde på at miljøet, i de frivillige organisasjonene informantene var medlemmer av, var preget av bonding-sosial kapital. Dette kan ha negative helseeffekter både for de som er «på innsiden» og for de som står «på utsiden», og opplever at de ikke kommer inn. For de «på innsiden» kan det oppleves som negativt, da bonding-sosial kapital kan føre til at medlemmene kjenner på en sterk følelse av forpliktelse, og dette kan gjøre at de strekker egne ressurser for langt. Dette diskuteres også i kapittel 5.2. For de «på utsiden» kan det oppleves negativt fordi det kan føre til at de ikke får ta del i aktivitetene på en fullverdig måte. I ytterste konsekvens kan det føre til sosial utstøting.

Informantene gav også uttrykk for at det å være medlem av styret eller ansvarsgrupper, var viktig for å ikke havne «på utsiden».

For jeg ser at i det øyeblikket du går helt ut, så kan du bli på ytterkanten.

(Informant D)

Selv som medlem av en organisasjon kunne en oppleve utenforskap. For informantene var dette kun noe de hadde observert, ikke noe de selv hadde erfart.

For egen del kunne de også se på frivilligheten først og fremst som en kilde til løsere nettverk, selv om de også hadde knyttet nære vennskap med andre frivillige. Informantene snakket da om frivillig arbeid i vendinger som kan tyde på at de så på det som jobb, mer enn en fritidssysself. Frivillig arbeid var ikke fritid, og med-frivillige var mer som kollegaer enn venner. Noen med-frivillige traff de også i andre settinger, men det ble skilt mellom «foreningsvennskap» og «private vennskap». Det er ikke nødvendigvis det samme som at frivillig arbeid ikke virker som en kilde til bonding-sosial kapital, men kan tyde på at informantene her opplevde at det var klare skiller mellom de ulike nettverkene de var en del av. Der med-frivillige representerte et nettverk og private venner representerte et annet nettverk.

For da må du være litt mer, det er forskjell på vennskap i forhold til en sånn forening og nærmere personlig vennskap. (Informant D)

Det er ikke klart ut i fra empirien hva som skilte de informantene som hadde et mer formelt forhold til sine med-frivillige, fra de som hadde et mer vennskapelig forhold. De som gav uttrykk for mer formelle forhold tilhørte samme lokallag, så det kan ha vært faktorer ved den lokale foreningen som virket inn, men dette blir kun spekulasjoner.

Bridging-nettverk er utadrettede, de er mer åpne for nye medlemmer enn bonding-nettverk (Putnam, 2001). Det er denne typen nettverk som gir tilgang til andre sosiale settinger og miljøer. Putnam hevder at frivillig arbeid er en typisk setting for denne typen nettverk. Informantene snakket også om aspekter ved deltakelse i frivillig arbeid som assosieres med bridging-sosial kapital. Frivillig arbeid ble også beskrevet som en kilde til denne typen sosial kapital. Gjennom det frivillige arbeidet hadde informantene opparbeidet seg nettverk, som gav dem tilgang på ressurser de mente de ikke ellers ville hatt tilgang til. Ved hjelp av anbefalinger fra personer de hadde kommet i kontakt med gjennom det frivillige arbeidet, hadde de for eksempel fått innpass på studier og tilbud om arbeid.

Det gjorde jo at jeg kom inn på det studiet (...) Og jeg fikk lov til å delta fordi jeg fikk anbefalinger fra [person hun kjente gjennom frivillig arbeid] (Informant F)

Og jeg har nok en del sånne kontakter, for flere vet hvem jeg er fordi atte jeg har av alle ting blitt formann eller leder av [komité på fylkesnivå]. Som gjør at jeg, jeg må ha noen kontakter så jeg har noen sånne. (Informant D)

Ja og da kan du si det atte når jeg søkte også da, da de skulle starte opp. (...) Så fikk jo jeg den stillingen og det tror jeg jo var veldig mye på grunn av at de hadde sett og visste hvem jeg var. (Informant F)

Informanten beskrev altså det frivillige arbeid som en kilde både til bonding- og bridging-sosial kapital. Putnam (2001) hevder derimot at frivillige organisasjoner i hovedsak er en kilde til bridging-sosial kapital. At empirien i denne oppgaven viser noe annet, kan skyldes flere faktorer. En faktor er selvfølgelig at utvalget her er lite, med bare seks informanter. Et større utvalg kunne gitt andre resultater. Forskjellen kan også skyldes de kulturelle forskjellene mellom USA og Norge. Putnam har kun sett på frivillige organisasjoner i USA. Det er mulig at motivasjonen for å delta i frivillige arbeid er en annen i USA enn det den er i Norge, og at dette virker inn på hvilke sosial kapital som opparbeides. Kirkby-Geddes et al. (2013) finner i sin studie fra Storbritannia at frivillige organisasjoner oppleves som en kilde til både bonding- og bridging-sosial kapital, for medlemmene. Dette kan antyde at det er de kulturelle forskjellene mellom Norge og USA, heller en utvalgets størrelse, som ligger til grunn for avviket fra Putnam's teori.

Når informantene snakket om mindre aktive medlemmer, eller medlemmer som var eldre enn de selv og ikke lenger orket å yte like mye, lå det også noe uuttalt der. En forventning om at det de selv i dag ytet, ved å legge til rette for at disse andre medlemmene skulle få delta, ville noen andre gjøre for dem senere, når de selv ikke lenger har krefter til å delta på samme måte som i dag

Det er et fellesskap, og vi er jo flokkdyr. Så det at det er jo, jeg merker jo vi som har mer å gjøre enn disse eldste. De setter pris på å komme sammen. Så det var så morsomt, en av de som er med, hun er nå 92, hun var med. (Informant C)

Dette er et eksempel på generalisert tillit og gjensidighet, som er aspekter ved sosial kapital og som er vist å ha en positiv effekt på helse (Nyqvist, Nygård, & Jakobsson, 2012).

5.2 Opplever kvinnene at den sosiale kapitalen påvirker deres helse, og i så fall hvordan?

På samme måte som det er mange definisjoner på sosial kapital er det også mange definisjoner på hva helse er. I analysen ble hovedtemaet helse delt inn i tre undertemaer: fysisk helse, psykisk helse og sosial helse. Disse tre undertemaene brukes blant annet i WHO definisjon av helse fra 1946 (WHO, 1946). Sosial helse som begrep brukes både om individuell helse, og om samfunnets helse som et hele. I denne oppgaven brukes begrepet om individuell helse, med begrepet menes da at individet er i stand til å handle uavhengig og autonomt, evner å forholde seg til og samhandle med andre, og er i stand til å ta ansvar for andre enn seg selv (Green & Tones, 2010).

Informantene trakk frem det sosiale samværet i foreningene som en faktor som hadde en positiv innvirkning på deres psykiske og sosiale velvære. De ulike arrangementene de deltok på i regi av de frivillige organisasjonene, alt fra medlemsmøter til juleselskaper, ble omtalt som kilder til hygge og glede for informantene, og også for andre medlemmer. Særlig selskaper og turer ble beskrevet som noe som ikke bare var positivt for dem selv, men også for andre medlemmer.

Også har vi inviterer vi med oss medlemmene til en sommertur. Og så har vi tjuendedagsfest, med varm middag og ja. Varm middag med vin til får de da. Og det, vi har veldig mange gode tilbud egentlig. (Informant B)

De setter pris på å komme sammen. Så det var så morsomt, en av de som er med, hun er nå 92, hun var med. (Informant C, om de eldste medlemmene)

Det var tydelig at det for informantene var to sider ved dette. Den ene var det sosiale samværet, som de opplevde som positivt. Den andre var muligheten det gav til å gjøre noe for andre. Gleden ved å se at arrangementene deres gledet andre. Selv de som ikke nødvendigvis så på frivillighet som en god kilde til nye nære vennskap, fremhevet det positive i å kunne delta i sosialt samvær med andre frivillige. Det er i hovedsak sosial og psykiske helse informantene trekker frem i tilknytning til dette. Green og Tones (2010) hevder at sosialt samvær kan være en kilde til glede, og gi muligheter til å forholde seg til å samhandle med andre. Informantene gav uttrykk for at det sosiale samværet i foreningene var noe som hadde en positiv innvirkning på deres psykiske velvære.

Det er like mye at de treffer andre og prater, den sosiale biten av det. Det er den sosiale biten, som er den der vettu. (Informant D)

Så det er, veldig, veldig hyggelig og så er det da det sosiale samholdet ikke sant? Vi er jo en gjeng med damer da, vi har det veldig hyggelig sammen (Informant A)

Og sånn som for eksempel der borte på senteret, at man går dit treffer noen du aldri ville snakket med om du hadde truffet de ute. Og vi har det så hyggelig der borte altså, du kan snakke med alle, tulle og tøyse. (Informant E)

En longditunell studie fra Finland av Nyqvist et al. (2012) viste at sosial deltagelse kan ha en positiv innvirkning på velvære, funksjonsnivå, og forventet levealder for eldre over 75 år.

I kontrast til det overnevnte trakk informantene frem bekjente som ikke var engasjert i frivillighet. Disse bekjente beskrev de som ensomme, og ved dårligere helse enn dem selv. Det kom tydelig frem at de koblet disse menneskenes ensomhet og sviktende helse, til at de ikke var engasjert i frivillig arbeid. Dette kan tyde på at de også så en sammenheng mellom det at de ikke opplevde seg selv som ensomme eller ved dårlig helse, og det at de deltok i frivillig arbeid. Selv om ingen av informantene eksplisitt sa at frivillig arbeid beskyttet dem mot dårlig helse, sa de her implisitt at de opplevde at det å være engasjert i frivillig arbeid beskyttet de mot uhelse.

Jeg har en venninne som aldri har vært interessert i foreningsliv, og hun sitter ensom hun. (Informant B)

Jeg har en venninne; har aldri vært med på noen ting. (...) Så hun har ikke engasjert seg for noen ting, annet enn nå sitter hun bare der [på sykehjemmet]. (Informant E)

Det er mange faktorer som spiller inn både i forhold til ensomhet og sykdom generelt, og det kan godt være at informantene her trekker feil konklusjoner i forhold til årsaken til deres bekjentes lidelser. Det en derimot kan trekke ut av dette er at informantene ser på frivillig arbeid som en beskyttende faktor. Dette kan virke som en motivasjon til å fortsette med frivillig arbeid, og kanskje også til å ta grep for å sikre at de er i stand til å fortsette. Slik kan antakelsen om at frivillig arbeid er helsefremmende, føre til helsefremmende atferd fordi en ønsker å opprettholde det ferdighetsnivået, som er nødvendig for å drive med frivillig arbeid. Antakelsene kan slik bli en selvoppfyllende profeti.

Gjensidighet ble også trukket frem som noe som informantene opplevde at hadde positiv innvirkning på deres helse. De la ned en frivillig innsats for andre, men det var i visshet om at de selv også ville nyte godt av det; for eksempel i form av å bli invitert i selskaper eller med på turer arrangert av organisasjonen. Eller som tidligere nevnt at den frivillige innsatsen gav dem kontakter, som igjen kunne hjelpe informantene selv inn i nye settinger; dette gav dem tilgang til for eksempel utdanning og arbeid, som begge regnes blant helsens sosiale determinanter. Den gjensidigheten, som både Bourdieu (1986/2011) og Putnam (2001) nevner som kjennetegnende for sosial kapital, ble trukket frem som en kilde til glede for informantene. En kan også argumentere for at denne gjensidigheten legger til rette for sosial helse, da den forutsetter at individet forholder seg til, og samhandler med andre. Dette er et av aspektene ved sosial kapital slik Green og Tones (2010) fremstiller det.

Deltagelse i frivillig arbeid, eller medlemskap i en frivillig organisasjon, ble omtalt som en kilde til trygghet og tilhørighet. Dette kan igjen virke som en buffer mot stress, og motvirke ensomhet, som begge er kjente negative helsedeterminanter.

Du har behov å tilhøre noe egentlig, ikke sant? (...) Tilhører du [foreningen] så har du en trygghet rundt deg (Informant B)

Så [jeg] tenkte at nå er det på tide å gå tilbake til lokaler der jeg har røttene mine. Og det prøvde jeg også, mens jeg hadde de andre vervene at så langt jeg kunne så deltok jeg også lokalt. Fordi jeg ville ... det er her jeg hører hjemme liksom. (Informant F)

Det frivillige arbeidet var imidlertid også assosiert med stress, som følge av en følelse av forpliktelser. En følelse av forpliktelse ovenfor de andre i organisasjonen, og til og med organisasjonen selv. I disse tilfellene snakket informantene om forpliktelser som noe som var knyttet til den rollen de hadde, noe de ikke kunne unnsnippe. De snakket ikke om hva de selv fikk igjen for å utføre disse pliktene. Det var tydelig at dette er noe som opplevdes som stressende, og som en mental belastning. For Bourdieu (1986/2011) innebærer sosial kapital forpliktelse så vel som rettigheter, gjensidighet, og anerkjennelse. Putnam (2001) trekker frem gjensidighet som en av grunnsteinene i sosial kapital. Tanken om at jeg gjør noe for deg nå, i visshet om at du, eller en annen, vil gjengjelde denne tjenesten på et senere tidspunkt. Det er usikkert om informantene her opplever at gjensidigheten heller er ensidighet, og kanskje er det dette som gjør at det oppleves som tyngende. De yter, men på akkurat disse områdene er det ikke klart hva de får tilbake, eller det de får igjen står ikke i forhold til den innsatsen de legger ned.

Ja, kan nok ville det, men det er også.. det er ikke helt bare det. For det er helt klart at jeg er sånn som ansvarstype som tenker at da må jeg. Det er en forpliktelse der, fordi jeg har den rollen. Forpliktelsen ligger i rollen samtidig, så den er ikke bare meg og lyst og alt det der. Rollen binder. (Informant D)

Det er litt trasig innimellom. Nå for eksempel når vi skal ha det årsmøtet og vi holder på med det der årsregnskapet. (...) Og det er klart at det stresser en del. Så det er ikke bare, bare dans på roser egentlig. (Informant A)

I samfunn med høy grad av sosial kapital kan bonding-sosial kapital oppleves som en byrde for medlemmene, dette som en følge av de pliktene og forpliktelsene som medfølger. Imidlertid er det usikkert om dette er tilfellet i grupper med høy sosioøkonomisk status, noe informantene i denne oppgaven hadde, eller om dette er noe som kun forekommer blant de med lav sosioøkonomisk status, og følgelig liten tilgang på ressurser. Da forpliktelsene i så fall vil tære på de begrensede ressursene personen har tilgang til (Iwase et al., 2012).

Kanskje er da heller forklaringen på stresset informantene føler ikke forpliktelse, som følge av bonding-sosial kapital, men opplevelsen av forpliktelse som følge av den rollen de har trått inn i. Dette er også slik informantene selv helt konkret gir uttrykk for at de opplever det. Forpliktelsen og presset de føler er rolleavhengig. Her kan det da trekkes en parallell til det Osborne et al. (2009) peker på i sin artikkel: at kvinner gjennom deltagelse i frivillig arbeid reproducerer en kjønnset selvoppfattelse, karakterisert av høy emosjonell tilknytning til andre, og at dette befestes i en følelse av forpliktelse til å hjelpe. Osborne et. al. hevder at dette er noe som kan virke negativt inn på kvinners helse. Frivillig arbeid som er en kilde til stress for individene, er også vist å være ineffektivt i et helsefremmende perspektiv (Onyx & Warburton, 2003).

Andre informanter påpekte imidlertid at de ikke opplevde at det fulgte forpliktelser med det å være frivillig, i alle fall ikke på samme måte som i arbeidslivet. Felles for disse informantene var at de ikke i særlig grad var engasjert i selve driften av organisasjonen, men de deltok aktivt i det utadrettede arbeidet. Dette kan ha hatt innvirkning på deres opplevelse av plikt versus frihet, i forhold til det å være frivillig. De følte en frihet ved det å drive med frivillig arbeid, og da kanskje særlig i kontrast til det arbeidslivet de ikke lenger var en del av. Og nettopp denne friheten var noe av det de opplevde som særlig positivt ved det frivillige arbeidet.

Og det er nettopp det der, der, at du har ikke press når det er frivillig, og da det er noe annet hvis du har fast jobb. (...) Jo, det med frivilligheten som gjelder så får du, får du jo ikke noe betalt for det. Og da er det opp til deg hvor mye du vil yte. (Informant C)

5.3 Om å føle at en utgjør en forskjell, og hvordan det virker inn på selvopplevd helse.

I intervjuguiden (Vedlegg 2) var et av spørsmålene: «Hva er det ved det frivillige arbeidet som kan virke inn på hvordan du har det?» Under dette spørsmålet snakket informantene om det å bety noe for andre, eller det å føle at de gjennom frivillig arbeid utgjorde en viktig forskjell for andre. Det samme temaet ble tatt opp også under andre spørsmål, og samtlige informanter la vekt på at dette var noe som var viktig for dem, og som de følte var positivt for deres selvopplevd helse. Å føle at den innsatsen man legger ned utgjør en forskjell, har vist seg å øke den positive sammenhengen mellom frivillig arbeid og helse (Anderson et al.,

2014). Dette er ikke et tema som var en del av de opprinnelige forskningsspørsmålene, men det ble etter hvert tydelig at det var viktig for å svare på problemstillingen, og det ble derfor tatt med i etterkant.

Ønsket om å utgjøre en forskjell ble trukket frem som en viktig motivasjon for å begynne med frivillig arbeid. For noen kom det som et ønske om å fylle hverdagen med noe meningsfylt etter at de gikk av med pensjon, andre hadde ønsket å fylle tomrommet etter barn. Dette sammenfaller med Onyx og Warburton (2003) teori om at frivillig arbeid kan være en kilde til meningsfylte sosial roller, for eldre i møte med viktige endringer i livet, som barn som flytter hjemmefra, overgangen til pensjonisttilværelsen eller ektefeller som faller bort. Bortfall av slike roller er assosiert med redusert psykisk velvære (Greenfield & Marks, 2004). Frivillig arbeid er en syssel som verdsettes av samfunnet. Ved å delta i slike aktiviteter opplever deltakerne å føle seg nyttig, og det kan føre til at de føler seg lykkeligere, og opplever å ha bedre helse (Borgonovi, 2008).

Ikke annet enn at jeg tenkte at jeg skal ikke bare gå hjemme. Og det er jo bare å prøve å finne steder hvor man kan gjøre litt nytte. (Informant C)

... og den gangen jeg begynte i [foreningen]så var det fordi jeg kunne ikke tenke meg å være ... jeg ville heller engasjere meg i noe som var, fordi jeg syns at jeg var heldig og hadde det bra. At ... og jeg så at det, alle hadde ikke det. Og hvis da, eller denne foreningen passa godt til å kunne bli med for å gjøre en, en humanitær eller altså en eller samfunnsnyttig innsats (...) (Informant F)

Deltagelse i frivillig arbeid er også knyttet til redusert mortalitet for deltagere, hvis motivasjon er å hjelpe andre (Konrath, Fuhrel-Forbis, Lou, & Brown, 2012).

Meningsfylte sosiale roller regnes som en viktig kilde til opprettholdelse av mening og opplevelse av formål i livet, særlig for eldre (Greenfield & Marks, 2004).

Det å ha et formål i livet, slikt frivillig arbeid kan syntes å være for informantene, er antatt å kunne være særlig viktig sent i livet. Det kan virke som en beskyttende psykologisk ressurs i en fase av livet hvor mål ofte revalueres og reorganiseres, i forbindelse med aldringsrelaterte tap (Windsor, Curtis, & Luszcz, 2015). Personer med høy grad av utalt formål med livet har bedre selvpoplevd helse og færre depressive symptomer enn andre, de scorer også høyere på kognitive tester (Windsor et al., 2015). Å ha et formål i livet er antatt å fremme helse blant

annet ved at det motiverer personen til å disponere sine ressurser, slik at den best mulig kan nå sine mål. Hvis en opplever aktivitetene en deltar i som meningsfulle og av verdi, er det mer sannsynlig at en forsøker å disponere de ressursene en har til rådighet, på en slik måte at en kan fortsette med disse aktivitetene (Windsor et al., 2015). Hos informantene gjorde dette seg gjeldene blant annet ved hvordan de disponerte dagene sine, eller at de valgte å prioritere noen aktiviteter fremfor andre, for å spare krefter til det de opplevde som mest meningsfylt.

Men for min del, må bare rett og slett begrense. For det jeg kunne hatt lyst til det var å begynne i sangkor, for det gjorde jeg når jeg var yngre, men det tørr jeg ikke. For det atte, flere ting på en dag syntes jeg ikke er allright. For de forskjellige aktivitetene tar sin tid (...) Så ettermiddagene er deilig å være hjemme. (Informant C)

Det å gjøre noe meningsfylt for andre, i kontrast til fritidsaktiviteter som kun tilfredsstilte egne behov, ble trukket frem som betydningsfullt av informantene. Å kunne bidra med noe samfunnsnyttig blir hos Onyx og Warburton (2003) trukket frem som en viktig motiverende faktor for eldre, som starte med frivillig arbeid. Måten informantene snakket om dette på, kan antyde at å delta i frivillig arbeid for dem, var noe som var med på å gi dem en opplevelse av formål i tilværelsen.

Man får det jo bra, og ... så nei. Jeg føler at vi bidrar med noe som er viktig både i lokalmiljøet. (Informant A)

Nei, det er vel det. Følelsen av at du har en misjon, du gjør noe som har en betydning for andre altså du. Jeg vet ikke akkurat hvordan jeg skal si det, men på den måten føler du atte du ... Du sitter ikke bare og strikker hjemme hos deg selv, for deg selv. Ikke sant? Du gjør noe, du prøver. (Informant B)

Også her trakk informantene frem bekjente som ikke var engasjert i frivillighet, som eksempler på noe som var i kontrast til hvordan de opplevde seg selv. De bekjente ble her brukt som eksempler på personer, som bare var engasjert i «egoistiske» fritidssysler. At informantene trekker inn bekjente som eksempler på hvordan de selv ikke er, styrker teorien om at deltakelse i frivillig arbeid er med på å forsterke informantenes opplevelse av egen identitet.

... [en] får jo et videre perspektiv og tenker over ting. Mere enn mange andre av venninnene mine som hm.. reiser og spiller bridge og går på kunstutstillinger og

gygger så de er helt blå i ansiktet. Altså hver sin smak, for å si det. Og sånn er det, men jeg er nå en gang sånn. (Informant A)

Ikke at ikke informantene selv også var engasjert i fritidsaktiviteter kun for egen fornøyelse, men dette kom da i tillegg til det frivillige arbeidet.

McKnight og Kashdan (2009) hevder at det å ha et formål i livet er med på å gi livet mening. Dette sammenfaller med at informantene trakk frem hvordan det å hjelpe andre, gav dem en følelse av at nettopp de betød noe her i verden.

Så det er jo det som gjør det hele. Atte du merker at du kanskje i noen sammenhenger kan bety en liten forskjell for noen. (Informant D)

Det har gitt meg veldig mye. Du får et veldig godt ... altså. For det første så føler du at du gjør noe for andre mennesker, det er også en veldig god ting. (Informant B)

For mennesker som har et formål, er formålet en viktig del av deres livshistorie, og hvordan de tenker om sin egen identitet (McKnight & Kashdan, 2009). Informantene beskrev at de identifiserte seg med det frivillige arbeidet. De var «sånn», i betydningen av at de var en som hjalp andre, en som drev med samfunnsnyttige sysler. Eller de var ikke «sånn», i betydningen en som ikke hjalp andre, eller en som bare hadde «egoistiske» fritidssysler.

Også særlig å være, å være [foreningsmedlem], gir jo noe spesielt. Fordi føler at du er med på noe viktig. Altså du føler at du ikke bare går på gym og treningssenter og sånn. (Informant A)

Men altså ... jeg kunne jo godt latt det være, men sånn er jeg ikke. Nei, jeg er ikke det. (Informant E, om å hjelpe andre)

Onyx og Warburton (2003) trekker frem at frivillig arbeid er en setting, som gir eldre muligheten til å hjelpe andre, samtidig som de får noe positivt tilbake, i form av for eksempel informasjon eller ferdigheter. I dette tilfellet kan det se ut til at informantene får igjen en bekreftelse av egen identitet. Ved å få anledning til å fortsette å hjelpe andre, får de bekreftet sitt eget selvbilde. Dette kan beskytte mot opplevelsen av rolletap, som kan ha en negativ innvirkning på helsen (Greenfield & Marks, 2004).

Ja du kan si vi er stolte over å være med på noe frivillig. (...) at man er frivillig at man tenker litt lenger enn akkurat den derre nesetippen sin. Man føler at man er med

på noe som er viktig. Vi er veldig stolte vi av alt vi holder på med, det vi gjør.
(Informant A)

Det å utgjøre en forskjell for andre mennesker ble trukket frem, som noe som gjorde at de selv hadde det godt. Dette går både på sosial og mental helse. Green og Tones (2010) trekker frem det å akseptere ansvar for andre, som et aspekt ved sosial helse. For informantene var det å ha muligheten til å ta ansvar for andre mennesker, en kilde til god mental helse for egen del. Om det var å kunne donere klær til en de var blitt kjent med, eller hjelpe et annet foreningsmedlem slik at hun kunne fortsette å delta, så snakket de om det som noe som gav de stor glede, og fylt deres behov for å utgjøre en forskjell for andre, og i verden.

Og så er det ikke det at det gir henne så mye, men kanskje det gir meg noe. For jeg ser atte det faktisk, det betyr noe at du er her på jorda. (Informant D)

For det er jo også noe viktig ting, at man kan gjøre noe for andre mennesker. Sånn er det. Jeg er fornøyd med livet. (Informant E)

Et aspekt ved det frivillige arbeidet, som var eller hadde vært en kilde til stress for informanten, var mangelen på nye medlemmer, og den trusselen det utgjorde for foreningens videre eksistens.

Men det er jo trist da. At det er vanskelig å verve nye medlemmer. Ikke sant? (...) Så vi sliter jo. (Informant A)

Også fikk vi ikke rekruttering, det vet du er et problem i alle ... Og vi var ganske fortvilet (...). Ja, så satt vi på styremøte og besluttet at vi klarer det ikke lenger enn ut året. (Informant B)

Hvis det er slik at det frivillige arbeidet er en kilde til mening, og en mulighet for informantene til å nå det de opplever som sitt formål i tilværelsen, er det naturlig at en reel risiko for å miste dette oppleves som stressende. Hvis foreningen(e) forsvinner vil det også kunne føre til tap av betydningsfulle sosiale roller for informantene, så vel som tap av identitet.

På den annen side kunne nye medlemmer også oppleves som en stressfaktor for informantene. Særlig gjaldt dette informantene fra en forening som, i motsetning til de andre, hadde opplevd et sterkt oppsving i rekrutteringen etter først å ha vært truet med nedleggelse. Her snakket

informantene både om stresset de hadde opplevd da foreningen var truet av nedleggelse, på grunn av manglende rekruttering, og om stress de opplevde etter at en gruppe nye medlemmer hadde kommet inn i styret i foreningen. På samme måte som nedleggelse av lokallag, kunne også nye medlemmer true informantenes sosiale roller og identitetsfølelse. Nye medlemmer kunne virke truene på informantenes sosiale posisjon innen organisasjonen, ved at de ikke lenger ble gjenvalgt og slik true deres selvoppfattelse.

Jeg har vært med i styret lenge, nå skal det velges nytt styre til mandag. Kanskje jeg nå er for gammel, jeg vet ikke. Jeg står på valg, men det vet man aldri. Nå har vi fått veldig mange yngre medlemmer ... (Informant E)

Og jeg vil jo gjerne være med, så om det å være varamann til styret da for eksempel hadde vært helt ypperlig. Hvis dem ikke vil bli kvitt meg helt, men ... (Informant D)

Bekymringen eller stresset de utrykte i forhold til muligheten for at de ikke lenger ville ha en sentral posisjon i organisasjonen, kan også handle om å føle seg verdsatt. Det å bli gjenvalgt kan oppleves som en form for bekreftelse, på at den frivillige innsatsen de har lagt ned, blir verdsatt av de andre i organisasjonen.

5.4 Oppsummering

Det frivillige arbeidet har vært kilde til ulike typer sosial kapital for informantene, og de ulike typene sosial kapital har påvirket informantenes helse, både direkte og indirekte.

Bonding-sosial kapital har bidratt til sosial støtte, vært en inngangsport til frivillig arbeid, og styrket informantenes identitet. Bonding-sosial kapital har også en negativ side, det medfører forpliktelser, og disse forpliktelsene kan bli forsterket av kvinnenenes kjønnsidentitet. Det kan også føre til utstøting av andre; dette er ikke noe som har hatt en direkte effekt på informantenes egen helse, men det er noe de gav uttrykk for at de var oppmerksom på, og de antyder at frivillige organisasjoner kan ha en negativ innvirkning på helsen til de som blir stående på utsiden.

Bridging-sosial kapital har gitt informantene tilgang på ressurser, som utdanning og arbeid, både betalt og ubetalt. Dette regnes blant helsens sosial determinanter, og slik kan bridging-sosial kapital sies å ha hatt en indirekte innvirkning på informantenes helse.

De relasjonelle nettverkene informantene tok del i, var en kilde til glede for dem. Fordi de gav mulighet til å delta i positivt ladede sammenkomster, som juleselskaper og temakvelder. Dette hadde igjen en positiv innvirkning på deres psykiske og sosiale helse. Informantene viste dette ved å bruke ord som «setter pris på», «morsomt», og «veldig hyggelig». De beskrev også bekjente, som ikke hadde tilgang på samme type nettverk, som ensomme og ved dårlig helse, og antydte slik implisitt at de relasjonelle nettverkene hadde en beskyttende effekt. At informantene opplevde tilgangen på sosial kapital som positiv i forhold til egen helse, står i kontrast til de funnene Osborne et al. (2009), Eriksson og Ng (2015) og Ziersch og Baum (2004) har gjort i sin forskning. Dette kan være tilfeldig, da det er få informanter til denne oppgaven. Det kan også skyldes at deltagerne i denne oppgaven er eldre, mens informantene i de tre nevnte undersøkelsene er middelaldrende. Kanskje oppveier de positive sammenhengende knyttet til alder, som tilgang på nye meningsfylte sosiale roller, de negative knyttet til kjønn, som for eksempel en sterk følelse av forpliktelse til å hjelpe andre, også når dette går på bekostning av egen helse. På den annen side sammenfaller det med funnene til Iwase et al. (2012) og Daoud et al. (2010), som viste at det også for kvinner var en positiv sammenheng mellom tilgang til sosial kapital og helse.

Gruppetilhørighet, som kommer både ved det Bourdieu (1986/2011) kaller relasjonelle nettverk og det Putnam (2001) beskriver som nettverk preget av bonding-sosial kapital, ble sammen med opplevelsen av gjensidighet beskrevet som en kilde til trygghet for informantene. Vissheten om at en har tilhørighet kan motvirke ensomhet og forsterke individets opplevelse av egen identitet. Slik kan det også beskytte mot opplevelsen av rolletap. Nettopp identitet og opprettholdelse av eget selv bilde regnes som viktig for eldres psykiske helse (Greenfield & Marks, 2004). I møte med aldersrelaterte rolletap, som for eksempel å tre ut av arbeidslivet, kan deltagelse i meningsfylte aktiviteter kompensere ved å tilby nye roller. Deltagelse i frivillig arbeid kan ha vært en kilde til dette på to måter. Den ene var ved å åpne opp for deltagelse i nye relasjonelle nettverk, med de plikter og privilegier det medfører. Den andre var ved at det var en kilde til meningsfylte aktiviteter, der informantene opplevde at deres innsats ble verdsatt av andre. Slik opplevde de at livet deres hadde mening og formål, og de knyttet sin identitet opp mot det at de var frivillige.

Gruppetilhørigheten og muligheten til å delta i meningsfylte aktiviteter bidro begge til å styrke informantenes identitet, og kan slik ha beskyttet de mot negative helseeffekter som følge av aldersrelaterede rolletap.

Informantene opplevde også stress knyttet til deres deltagelse i frivillig arbeid. Stresset var knyttet opp mot egne og andres rolleforventninger. Dette kan ha kommet som et resultat av bonding-sosial kapital, men kan også være knyttet til informantenes opplevelse av egen rolle og identitet. Opplevelsen av stress var også knyttet til en opplevd trussel om at den rollen de var i nå kunne tas vekk fra dem, enten ved at foreningene de var engasjert i ble lagt ned, eller ved at nye medlemmer kom inn og tok over deres rolle. Wollebæk, Sætrang og Fladmo (2015) hevder at emosjonelle kostnader knyttet til frivillig arbeid kan oppleves som både frustrerende og utmattende, men de kan også oppleves som positive, fordi de forsterker opplevelsen av at arbeidet er verdifullt. Dette fordrer at arbeidet oppleves som verdifullt i utgangspunktet.

Informantene var ellers tilbakeholdne med å snakke om negative aspekter ved det frivillige arbeidet. Det kan være flere grunner til dette. En årsak kan være at de frivillige organisasjonene informantene tilhørte generelt sliter med nyrekruttering, og de kan ha hatt et ønske, bevist eller ubevist, om å fremstille frivillig arbeid i et best mulig lys. Det er selvfølgelig også en mulighet at informantene ganske enkelt ikke hadde, eller husket å ha, noen særlige negative erfaringer med deltakelse i frivillig arbeid.

Sosial kapital var ikke den eneste faktoren ved frivillig arbeid som påvirket informantenes helse, men det var gjennom sosial kapital de fikk tilgang på settinger og ressurser, som for eksempel gjorde det mulig for informantene å styrke sin identitet, få nye sosial roller og delta i meningsfylte aktiviteter. Deltagelse i frivillig arbeid har blitt en integrert del av informantenes livshistorie, og en viktig del av dere identitet.

Med tanke på det en vet om hvordan helsens sosial determinanter virker inne på individenes helse, er det ikke urimelig å anta at informantenes sosioøkonomiske status har vært mer avgjørende for deres helse, enn det deltakelse i frivillig arbeid har vært. Det kan allikevel heller ikke bestrides at informantene selv har opplevd at deltakelse i frivillig arbeid har vært en medvirkende faktor til god helse for dem.

6. Avslutning

6.1 Oppsummering

Gjennom deltakelse i frivillig arbeid har informantene fått tilgang til ulike former for sosial kapital, som de selv opplever har hatt både positiv og negative innvirkning på deres helse. Sosial kapital var imidlertid ikke den eneste faktoren, som virket inn på helsen til informantene.

I forhold til sosial helse har frivillig arbeid vært en setting der informantene har fått anledning til å forholde seg til, og samhandle med andre, og det har gitt dem mulighet til å ta ansvar for andre enn seg selv. Ved å styrke deres selvbylde og identitet har det frivillig arbeid også styrket informantenes følelse av autonomi; de har opparbeidet seg ferdigheter, som gjør at de er tryggere i forhold til å skulle handle selvstendig. Sosial helse og sosial kapital henger sammen på en sirkulær måte. Sosial kapital gir tilgang til settinger der informantene kan styrke sin sosiale helse, og sosial helse er viktig for å klare å opparbeide seg sosial kapital. Uten evnen til å samhandle og forholde seg til andre mennesker blir det tilnærmet umulig å opparbeide seg sosial kapital.

Informantenes psykiske helse har blitt påvirket både som en følge av opparbeidelse av sosial kapital og fordi de gjennom deltagelse i frivillig arbeid har opplevd at deres liv har mening og formål, og det har vært med på å styrke deres identitet og gitt de nye sosial roller. Deres psykiske helse har blitt påvirket både i positiv og i negativ retning. Det har i hovedsak vært positivt, og informantene snakket mye om den gleden de opplevde ved å delta i frivillig arbeid, men det var også en kilde til stress. Dette stresset kan ha kommet både som en følge av bonding-sosial kapital og de opplevde forpliktelsene som er et kjennetegn ved dette, og som en følge av informantenes egen rolleforståelse, både i forhold til de rollene de hadde i organisasjonene, og knyttet opp mot deres kjønnede identitet.

Fysisk helse nevnte informantene kun når de snakket om faktorer som kunne hindre deres fortsatte deltagelse i frivillig arbeid. Det er imidlertid velkjent at fysisk, psykisk og sosial helse henger sammen; så om ikke informantene opplevde at frivillig arbeid hadde en direkte innvirkning på deres fysiske helse, vil det ha hatt en indirekte innvirkning, ved at det har påvirket deres psykiske og sosial helse.

Informantene i denne oppgaven hadde relativt høy sosioøkonomisk bakgrunn. Det er derfor grunn til å anta at de ville hatt god helse også om de ikke hadde deltatt i frivillig arbeid. Det er derimot ikke det samme som at deltakelse i frivillig arbeid ikke har hatt noen reell effekt på deres helse.

6.2 Overføringsverdi

Overføringsverdi handler om hvorvidt en kan generalisere fra den spesifikke forskningen til andre settinger og kontekster (Lewis, Ritchie, Ormston, & Morell, 2013). Overføringsverdien til denne oppgaven begrenses først og fremst av to faktorer: oppgavens design og antallet informanter.

Oppgaven har et kvalitativt design, noe som vil gjøre det vanskelig å generalisere direkte utfra resultatene i denne oppgaven til et annet prosjekt. Det finnes imidlertid metoder som gjør generalisering mulig, også i kvalitativ forskning. En av disse metodene ble det redegjort for under kapittel 4.6, en annen metode er naturalistisk generalisering. Når en snakker om generalisering i kvalitativ forskning, kan en benytte en tilnærming som kalles naturalistisk generalisering, dette er en tilnærming som baserer seg på forskerens egen kunnskap, erfaring og anelser, heller en rasjonalisme og lovbundethet (Kvale & Brinkmann, 2009; Lewis et al., 2013). Det vil alltid være faktorer som gjør en spesifikk setting unik, men ved å ta dette med i betraktning kan en bedømme en eventuell overføringsverdi til andre settinger.

Overføringsverdien vil avhenge av graden av sammenfall mellom settingen forskningen er gjennomført i, og settingen forskningen eventuelt skal anvendes i. For denne oppgaven vil det si sammenfall mellom informantgruppen i denne oppgaven, og deltagerne i en eventuell annen studie eller frivillig setting. Forskningens overføringsverdi kan vurderes av forskeren selv, en gruppe interessenter eller berørte parter, eller leseren. For at andre enn forskeren skal kunne vurdere overførbarheten, er det viktig at prosessen frem til det endelige resultatet er nøye beskrevet, og også informantene og en eventuell setting der forskningen har funnet sted (Lewis et al., 2013); dette er forsøkt gjort i metodekapittelet i denne oppgaven.

Oppgavens størrelse er med på å begrense dens overføringsverdi, det samme er homogeniteten i informantgruppen. Det er vanskelig å trekke allmenngyldige konklusjoner om hvordan eldre kvinner opplever at deltagelse i frivillig arbeid virker inn på deres helse, når utvalget består av kun seks informanter med tilnærmet lik sosioøkonomisk bakgrunn.

6.3 Videre forskning

Denne oppgaven er liten med bare seks informanter, noe som igjen har resultert i et begrenset datamateriale. Videre studier på området bør gjennomføres med et større antall informanter, fortrinnsvis med en mer heterogen bakgrunn enn informantgruppen til denne oppgaven. Dette vil gi mulighet til å se på om forhold som sosioøkonomisk bakgrunn, eller alder, har en innvirkning på hvordan kvinner opplever at frivillig arbeid virker inn på deres helse. Dette er interessant i forhold til om frivillig arbeid er noe man kan anbefale til alle kvinner, ut fra et helsefremmende perspektiv. En mer omfattende undersøkelse, og kanskje også en kvantitativ undersøkelse, kunne sett på om det er forskjell i helseutbytte mellom aktive og mer passive deltagere i frivillige organisasjoner.

Et annet område det kunne vært verdifullt å se nærmere på, er hvorvidt frivillig arbeid har noen innvirkning på de som ikke deltar. De som blir stående på utsiden av det frivillige arbeidet, eller opplever at det er vanskelig å bli en del av miljøet. I denne oppgaven ser det ut til at organisasjonene informantene er medlem av kan være en kilde til bonding-sosial kapital, noe som har gjort det vanskelig å komme inn i miljøet, hvis man ikke kjenner noen der fra før. Et av kjennetegnene for grupper med høy grad av bonding-sosial kapital er at gruppens medlemmer er like; dette kan da føre til at de med lavere sosioøkonomisk bakgrunn, blir holdt utenfor. Ikke bevisst, men som en følge av mekanismene som ligger til grunn for bonding-sosial kapital. Videre vil de da ikke få tilgang til den bridging-sosiale kapitalen, som kan komme som en følge av å delta aktivt i frivillig arbeid. Hvis dette er korrekt kan frivillige organisasjoner i verste fall være med på å øke de sosiale forskjellene.

Som tidligere nevnt mangler det forskning på kausaliteten mellom frivillig arbeid og helse. I forhold til at frivillig arbeid trekkes frem i Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), som et helsefremmende tiltak, virker det særlig viktig at det gjennomføres forskning på området. En longditunell studie ville kunne finne svar på dette. For er det slik at deltagelse i frivillig arbeid fører til bedre helse, eller er det de med god helse som deltar i frivillig arbeid? Kanskje ligger svaret et sted imellom, men uansett hva svaret er trengs det longditunelle studier til for å finne det.

Referanser

- Anderson, N. D., Damianakis, T., Kröger, E., Wagner, L. M., Dawson, D. R., Binns, M. A., . . . Cook, S. L. (2014). The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, *140*(6), 1505-1533. doi: 10.1037/a0037610
- Berry, H. L., & Welsh, J. A. (2010). Social capital and health in Australia: An overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey. *Social Science & Medicine*, *70*(4), 588-596. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.10.012
- Black, W., & Living, R. (2004). Volunteerism as an Occupation and its Relationship to Health and Wellbeing. *The British Journal of Occupational Therapy*, *67*(12), 526-532. doi: 10.1177/030802260406701202
- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine*(66), 2321-2334. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.011
- Bourdieu, P. (2011). The Forms of Capital. I T. Kaposy & I. Szeman (Red.), *Cultural theory : an anthology* (s. 81-93). Malden. Massachusetts: Wiley-Blackwell. (Første gang publisert 1986)
- Brodtkorb, E., Norvoll, R., & Rugkåsa, M. (2001). *Mellom mennesker og samfunn : sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cuypers, K., Krokstad, S., Holmen, T. L., Knudtsen, M. S., Bygren, L. O., & Holmen, J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *66*(8), 678-703. doi: 10.1136/jech.2010.113571
- Daoud, N., Shtarkshall, R., Laufer, N., Verbov, G., Bar-el, H., Abu-Gosh, N., & Mor-Yosef, S. (2010). What do women gain from volunteering? The experience of lay Arab and Jewish women volunteers in the Women for Women's Health programme in Israel. *Health & Social Care in the Community*, *18*(2), 208-218. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00895.x
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, *129*(1), 29-36. doi: 10.1177/1757913908098881
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.
- Eriksson, M., & Ng, N. (2015). Changes in access to structural social capital and its influence on self-rated health over time for middle-aged men and women: A longitudinal study from northern Sweden. *Social Science & Medicine*, *130*, 250-258. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.029
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven : hvordan begynne - og fullføre* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Finseraas, H. (2013). *Helse og deltagelse i frivillige organisasjoner*. Oslo/Bergen: Institutt for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Frivillighet Norge. (2016). *Hva er frivillighet?* Hentet 12.04 2016, fra www.frivillighetnorge.no
- Gilbert, K. L., Quinn, S. C., Goodman, R. M., Butler, J., & Wallace, J. (2013). A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research. *Journal of Health Psychology, 18*(11), 1385-1399. doi: 10.1177/1359105311435983
- Goth, U. S., & Småland, E. (2014). The Role of Civic Engagement for Men's Health and Well Being in Norway-A Contribution to Public Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 11*(6), 6375-6387. doi: 10.3390/ijerph110606375
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion: planning and strategies* (2. utg.). Los Angeles: Sage.
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59B*(5), S258-S264. doi: 10.1093/geronb/59.5.S258
- Hagelin, S. (2015). Seniorer og frivillig arbeid – i et folkehelseperspektiv. *Plan, 46* (03-04), 66-67.
- Hanson, A. (2007). *Workplace Health Promotion. A salutogeniv approach*. Bloomington, Indiana: AuthorHouse.
- Harris, A. H. S., & Thoresen, C. E. (2005). Volunteering is Associated with Delayed Mortality in Older People: Analysis of the Longitudinal Study of Aging. *Journal of Health Psychology, 10*(6), 739-752. doi: 10.1177/1359105305057310
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen : mestrings og muligheter* (B. 19(2014-2015)). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Hjort, P. F. (1995). Society, community and marginalization. The countermeasures and health *In: Report from the International Conference on Culture and Health* (s. 21-28). Oslo: The Norwegian National Commission for UNESCO
- HUNT. (2011). *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*. Levanger: Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU.
- Iversen, T. (2008). An exploratory study of associations between social capital and self-assessed health in Norway. *Health Economics, Policy, And Law, 3*(Pt 4), 349-364. doi: 10.1017/S1744133108004544
- Iwase, T., Suzuki, E., Fujiwara, T., Takao, S., Doi, H., & Kawachi, I. (2012). Do bonding and bridging social capital have differential effects on self-rated health? A community based study in Japan. *Journal of Epidemiology & Community Health, 66*(6), 557-562. doi: 10.1136/jech.2010.115592
- Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., . . . Richards, S. H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analyses of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health, 13*(733). doi: 10.1186/1471-2458-13-733

- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Kawachi, I. (2006). Commentary: Social capital and health: making the connections one step at a time. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 989-993. doi: 10.1093/ije/dyl117
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*, 87(9), 1491-1498. doi: 10.2105/AJPH.87.9.1491
- Kirkby-Geddes, E., King, N., & Bravington, A. (2013). Social Capital and Community Group Participation: Examining 'Bridging' and 'Bonding' in the Context of a Healthy Living Centre in the UK. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 23(4), 271-285. doi: 10.1002/casp.2118
- Konrath, S., Fuhrel-Forbis, A., Lou, A., & Brown, S. (2012). Motives for volunteering are associated with mortality risk in older adults. *Health Psychology*, 31(1), 87-96. doi: 10.1037/a0025226
- Kulturdepartementet. (2015). *Frivillighetserklæringen - erklæring for samspillet mellom regjeringen og frivillig sektor*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lewis, J., & Nicholls, C. M. (2013). Design Issues. I J. Ritchie, J. Lewis, C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative Research Practice. A guide for social science students and researchers* (2. utg., s. 47-76). London: Sage.
- Lewis, J., Ritchie, J., Ormston, R., & Morell, G. (2013). Generalising from qualitative research. I J. Ritchie (Red.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers* (2. utg., s. 347-366). London: Sage.
- Lum, T. Y., & Lightfoot, E. (2005). The Effects of Volunteering on the Physical and Mental Health of Older People. *Research on Aging*, 27(1), 31-55. doi: 10.1177/0164027504271349
- Mackean, R., & Abbott-Chapman, J. (2012). Older people's perceived health and wellbeing: The contribution of peer-run community-based organisations. *Health Sociology Review*, 21(1), 47-57 11p. doi: 10.5172/hesr.2012.920
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). Purpose in life as a system that creates and sustains health and well-being: An integrative, testable theory. *Review of General Psychology*, 13(3), 242-251. doi: 10.1037/a0017152
- McMunn, A., Nazroo, J., Wahrendorf, M., Breeze, E., & Zaninotto, P. (2009). Participation in socially-productive activities, reciprocity and wellbeing in later life: baseline results in England. *Ageing & Society*, 29(5), 765-782. doi: 10.1017/S0144686X08008350

- Mittelmark, M. B. (1999). Social ties and health promotion: suggestions for population-based research. *Health Education Research*, 14(4), 447-451. doi: 10.1093/her/14.4.447
- NESH. (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Nyqvist, F., Nygård, M., & Jakobsson, G. (2012). Social participation, interpersonal trust, and health: A study of 65- and 75-year-olds in western Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 431-438. doi: 10.1177/1403494812453887
- Okun, M. A., Rios, R., Crawford, A. V., & Levy, R. (2011). Does the Relation between Volunteering and Well-Being Vary with Health and Age? *The International Journal of Aging and Human Development*, 72(3), 265-287. doi: 10.2190/AG.72.3.f
- Onyx, J., & Warburton, J. (2003). Volunteering and health among older people: a review. *Australasian Journal on Ageing*, 22(2), 65-69. doi: 10.1111/j.1741-6612.2003.tb00468.x
- Ormston, R., Spencer, L., Barnard, M., & Snape, D. (2013). The foundation of qualitative research. I J. Ritchie, J. Lewis, C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative research practice: A guide for social science studentes and researchers* (2. utg., s. 1-25). London: Sage.
- Osborne, K., Baum, F., & Ziersch, A. (2009). Negative consequences of community group participation for women's mental health and well-being: Implications for gender aware social capital building. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19(3), 212-224. doi: 10.1002/casp.988
- Putnam, R. D. (2001). *Bowling alone : the collapse and revival of american community*. New York: Simon & Schuster Paperbacks.
- Ritchie, J., Lewis, J., Elam, G., Tennant, R., & Nilufer, R. (2013). Designing and selecting samples. I J. Ritchie, J. Lewis, C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative research practice: A guide for social science studentes and researchers* (2. utg., s. 111-145). London: Sage.
- Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C. M., & Ormston, R. (Red.). (2013). *Qualitative research practice: A guide for social science studentes and researchers* (2. utg.). London: Sage.
- Sanderson, W. C., & Scherbov, S. (2015). Faster Increases in Human Life Expectancy Could Lead to Slower Population Aging. *PLoS ONE*, 10(4). doi: 10.1371/journal.pone.0121922
- Sivesind, K. H. (2005). *Seniorers deltakelse i frivillig arbeid. Betydning av alder og livssituasjon*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Smith, J., & Firth, J. (2011). Qualitative data analysis: the framework approach. *Nurse researcher*, 18(2), 52-62. doi: 10.7748/nr2011.01.18.2.52.c8284
- Solem, P. E., Hansen, T., & Halse, B. (2005). Frivillig innsats - vil det øke eller kanskje minske i framtiden? I B. Slagsvold & P. E. Solem (Red.), *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre, NOVA Rapport 11/05* (s. 161-168). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Sosial og Helsedirektoratet. (2005). *Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse . Gradientutfordringen*. Oslo.
- Spencer, L., Ritchie, J., O'Connor, W., Morell, G., & Ormston, R. (2013). Analysis in Practice. I J. Ritchie, J. Lewis, C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (2. utg., s. 295-345). London: Sage.
- Spencer, L., Ritchie, J., Ormston, R., O'Connor, W., & Barnard, M. (2013). Analysis: Principle and Process. I J. Ritchie, J. Lewis, C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (2. utg., s. 269-293). London: Sage.
- Starrin, B. (2009). Sosial kapital og helse. I R. Rønning & B. Starrin (Red.), *Soisal kapital i et velferdsperspektiv. Om å forstå og styrke utsatte gruppers sosiale forankring* (s. 31-43). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk Sentralbyrå. (2015). *Satellittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner, 2013*. Hentet fra <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/orgsat/aar/2015-10-22>
- Sund, E. R. (2010). *Sosial kapital : teorier og perspektiver : en kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Sund, E. R., & Krokstad, S. (2009). Sosial kapital: limet som holder folkehelsen sammen? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 115-135). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- TNS, & Frivillighet Norge. (2015). *Frivillighetsbarometeret 2015*. Hentet 14.04.2016, fra http://www.frivillighetnorge.no/filestore/Dokumenter/Frivillighetsbarometeret/ENDELIG_Frivillighetsbarometeret2015_oppdateret.pdf
- Torp, S. (2013). Hva er helsefremmende arbeidsplasser–og hvordan skapes det? *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(6), 768-779. Hentet fra <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1051>
- van der Wel, K. (2007). Social Capital and Health - A Multilevel Analysis of 25 Administrative Districts in Oslo. *Norsk Epidemiologi*, 17(1), 71-78. Hentet fra <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/175>
- van der Wel, K., & Dahl, E. (2009). Materialistiske og strukturelle forklaringer på sosiale ulikheter i helse. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 266-285). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Van Willigen, M. (2000). Differential Benefits of Volunteering Across the Life Course. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), S308-S318. doi: 10.1093/geronb/55.5.S308

- Webster, S., Lewis, J., & Brown, A. (2013). Ethical considerations in qualitative research. I J. Ritchie, J. Lewis, C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (2. utg., s. 77-110). London: Sage.
- WHO. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York. Hentet fra <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (1991). *Sundsvall statement on supportive environments for health*. Paper presentert på Third International Conference on Health Promotion Sundsvall. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
- WHO. (1997). *The Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century*. Paper presentert på Fourth International Conference on Health Promotion Jakarta, Indonesia. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Geneve. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- Windsor, T. D., Curtis, R. G., & Luszcz, M. A. (2015). Sense of purpose as a psychological resource for aging well. *Developmental Psychology*, 51(7), 975-986. doi: 10.1037/dev0000023
- Wollebæk, D., Sætrang, S., & Fladmo, A. (2015). *Betingelser for frivillig innsats*. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Yeo, A., Legard, R., Keegan, J., Ward, K., Nicholls, C. M., & Lewis, J. (2013). In-depth interviews. I J. Ritchie, J. Lewis, C. M. Nicholls & R. Ormston (Red.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (2. utg., s. 177-210). London: Sage.
- Ziersch, A. M., & Baum, F. E. (2004). Involvement in civil society groups: is it good for your health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(6), 493-500. doi: 10.1136/jech.2003.009084

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan påvirker kvinners deltagelse i frivillig arbeid deres helse?»

Bakgrunn og formål

Tema for oppgaven vil være hvordan deltagelse i frivillig arbeid, påvirker kvinners selvopplevde helse. Målet er å se om kvinner opplever at frivillig arbeid, og de båndene som knyttes gjennom dette, påvirker deres helse og i så fall hvordan.

Prosjektet er en masteroppgave, og siste del av mitt mastergradsstudie i helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

Du er invitert til å delta i denne undersøkelsen fordi du er engasjert i frivillig arbeid

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i undersøkelsen vil innebære å delta i et intervju, av cirka en times varighet. Spørsmålene vil omhandle ulike sider ved din deltagelse i frivillig arbeid, og dine tanker om hvordan dette påvirker andre områder av ditt liv og din helse.

Det vil bli gjort et lydopptak av intervjuet og tatt notater.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Du vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.16. etter dette vil alle personopplysninger og lydopptak makuleres. Alt øvrig datamateriale vil anonymiseres, slik at ingenting vil kunne kobles opp mot deg.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med: Line Nordengen, mobil 41696155, epost: linenordengen@gmail.com. Veileder er Berit Viken epost: Berit.Viken@hbv.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Informasjon:

Gjenta informasjon om bakgrunnen for oppgaven og temaet for intervjuet.

Gjenta informasjon om anonymitet og muligheten for å trekke seg fra undersøkelsen når som helst.

Informere om lydopptak og notater

Er det noe du vil spørre om før vi starter?

Hvis jeg kommer inn på områder du ikke ønsker å snakke om, må du bare si ifra.

1. Hva synes du om det å være frivillig?
 - Hva gir deg glede i arbeidet, har det endret seg siden du startet?
2. Hvordan ble du først engasjert i frivillig arbeid?
 - Hvor lenge har du vært engasjert?
3. Hva gjør dere sammen i foreningen?
 - Har dere kontakt utenom foreningsarbeidet?
 - Kan du spørre de andre om hjelp/råd/støtte?
4. Hvordan vil du si at ditt engasjement i frivillig arbeid påvirker andre områder av ditt liv?
5. Hva er det ved det frivillige arbeidet som kan virke inn på hvordan du har det?
 - (Gir energi vs. Tar energi)
 - (Engasjerer vs. føles som en plikt)
6. Har du noen gang vurdert å slutte med frivillig arbeid?
 - Hvorfor (ikke)?

Oppsummering

Klargjørende spørsmål. (Har jeg forstått deg riktig?)

Er det noe du ønsker å utdype nærmere, eller noe du ønsker å legge til?

Har du noen spørsmål til meg?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vedlegg 3: NSD vurdering

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Berit Viken

Institutt for helsefremmende arbeid Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Postboks 2243

3103 TØNSBERG

Vår dato: 03.02.2016

Vår ref: 46554 / 4 / ABS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>46554</i>	<i>Hvordan påvirker kvinners deltagelse i frivillig arbeid deres helse?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Berit Viken</i>
<i>Student</i>	<i>Line Nordengen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Andreas Bratshaug Stenersen

Kontaktperson: Andreas Bratshaug Stenersen tlf: 55 58 30 19

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 46554

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan kvinnen som deltar i frivillig arbeid opplever at en eventuell sosial kapital opparbeidet gjennom deltakelse i frivillig arbeid påvirker helsen.

Uvalget består av voksne kvinner som deltar i arbeid i frivillige organisasjoner. Informasjon om prosjektet er delt ut til ulike lokallag og forespurt om noen av medlemmene i lokallaget vil delta. Utvalget tar kontakt med student dersom de vil delta i prosjektet. Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Det tas høyde for at det vil behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak