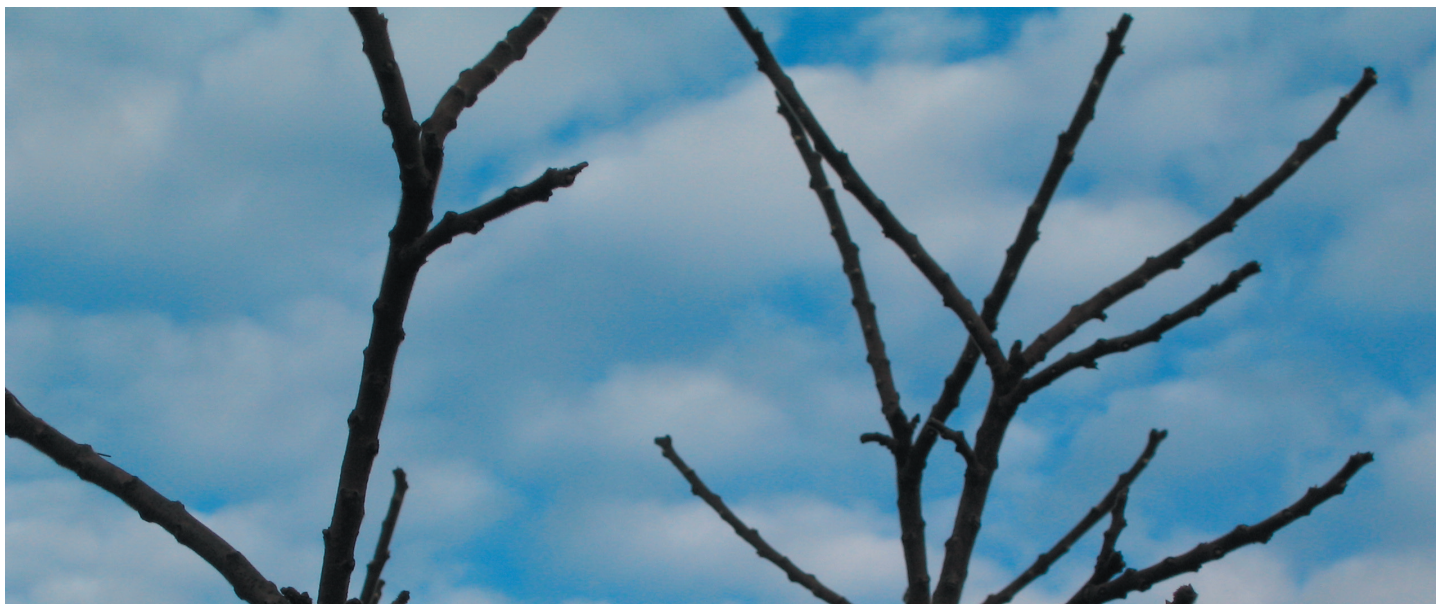




VIDEN OG FORANDRING

- Flygtninge og indvandreres viden, holdninger og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud

2005

En kvalitativ undersøgelse af Gunilla Henriksson, Lene Kildsgaard, Thea Kronborg, Vibeke Rasch og Helle Samuelsen. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Viden og forandring

- Flygtninge og indvandreres viden, holdninger og erfaringer med prævention og re-produktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud

En kvalitativ undersøgelse af Gunilla Henriksson, Lene Kildsgaard, Thea Kronborg, Vibeke Rasch og Helle Samuelsen. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Juni 2005

Viden og forandring

En kvalitativ undersøgelse af flygtninge og indvandreres viden, holdninger og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud

Forfattere:

Gunilla Henriksson, Lene Kildsgaard, Thea Kronborg, Vibeke Rasch og
Helle Samuelsen, Afdeling for International Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Københavns Universitet

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 Kbh. S

Emneord: Indvandrere; forebyggelse; sundhedstilbud; reproduktion

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk/>

Version: 1.0

Versionsdato: 1. juni 2005

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-7676-082-0

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres mod kildeangivelse

Indhold

Forord	6
Resumé	7
1 Indledning	9
1.1 Baggrund	9
1.1.1 Indvandrerkvinder, prævention og abort	9
1.1.2 Kulturel og religiøs baggrund	10
1.1.3 Social udsathed	12
1.1.4 Viden om prævention og kroppens funktioner	12
1.1.5 Problemer i mødet med de danske sundhedstilbud	13
1.1.6 Præventionsrådgivning til flygtninge og indvandrere	13
1.2 Formål	14
1.2.1 Specifikke formål	14
1.3 Læsevejledning	14
2 Metode	15
2.1 Introduktion	15
2.1.1 Kvalitative metoder	15
2.1.2 Individuelle interviews	15
2.1.3 Fokusgruppediskussion	16
2.1.4 Interviews med nøglepersoner	16
2.2 Dataindsamling	16
2.2.1 Oversigt over informanterne	17
2.2.2 Identifikation og rekruttering af informanterne	20
2.2.3 Spørgeguides	21
2.2.4 Interviewenes forløb	22
2.3 Validitet og analyseteknik	22
2.4 Studiets begrænsninger	22
2.5 Begrebsdefinitioner	24
2.5.1 Indvandrer	24
2.5.2 Efterkommer	24
2.5.3 Flygtning	24
2.5.4 Reproduktiv sundhed	24
3 3 De tyrkiske kvinder og mænd	25
3.1 Deltagernes baggrund	25
3.2 Pardannelse, familieplanlægning og det sociale netværk	25
3.2.1 Pardannelse og seksualitet	25
3.2.2 Familieplanlægning	26
3.2.3 Det sociale netværk	27
3.3 Prævention og reproduktiv sundhed	27
3.3.1 Viden om prævention og reproduktiv sundhed	28
3.3.2 Forskelle i viden	29
3.3.3 Beslutning og ansvar vedrørende prævention	29
3.3.4 Kendskab til kønssygdomme	31
3.3.5 Erfaringer med og holdninger til provokeret abort	32
3.4 Informationskanaler og tilegnelse af viden	33
3.4.1 Undervisning	33
3.4.2 Sundhedsvæsenet	33
3.4.3 Det sociale netværk	34
3.4.4 Medier	36
3.5 Nye informationsinitiativer	36

3.6	Sammenfatning	38
4	De pakistanske kvinder og mænd	40
4.1	Deltagernes baggrund	40
4.2	Pardannelse, familieplanlægning og det sociale netværk	40
4.2.1	Pardannelse og seksualitet	40
4.2.2	Familieplanlægning	42
4.2.3	Det sociale netværk	43
4.3	Prævention og reproduktiv sundhed	44
4.3.1	Viden om prævention og reproduktiv sundhed	44
4.3.2	Erfaringer med og holdninger til prævention	45
4.3.3	Kendskab til kønssygdomme	46
4.3.4	Erfaringer med og holdninger til provokeret abort	46
4.4	Informationskanaler og tilegnelse af viden	47
4.4.1	Undervisning	48
4.4.2	Sundhedsvæsenet	48
4.4.3	Det sociale netværk	49
4.4.4	Medier	50
4.5	Nye informationsinitiativer	50
4.6	Sammenfatning	51
5	De iranske kvinder og mænd	54
5.1	Deltagernes baggrund	54
5.2	Pardannelse, familieplanlægning og det sociale netværk	55
5.2.1	Pardannelse og seksualitet	55
5.2.2	Familieplanlægning	55
5.2.3	Sociale netværk	56
5.3	Prævention og reproduktiv sundhed	57
5.3.1	Viden om og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed	57
5.3.2	Kendskab til kønssygdomme	59
5.3.3	Erfaringer med og holdninger til provokeret abort	59
5.4	Informationskanaler og tilegnelse af viden	60
5.4.1	Undervisning	61
5.4.2	Sundhedsvæsenet	61
5.4.3	Det sociale netværk	62
5.4.4	Medier	63
5.5	Nye informationsinitiativer	63
5.6	Sammenfatning af de iranske kvinder og mænd	64
6	De eksjugoslaviske kvinder og mænd	66
6.1	Deltagernes baggrund	66
6.2	Pardannelse, familieplanlægning og det sociale netværk	66
6.2.1	Pardannelse og seksualitet	66
6.2.2	Familieplanlægning	68
6.2.3	Det sociale netværk	68
6.3	Prævention, reproduktiv sundhed og seksualitet	69
6.3.1	Viden om prævention og reproduktiv sundhed	69
6.3.2	Erfaringer med og holdninger til prævention	70
6.3.3	Kendskab til kønssygdomme	71
6.3.4	Erfaringer med og holdninger til provokeret abort	72
6.4	Informationskanaler og tilegnelse af viden	74
6.4.1	Undervisning	74
6.4.2	Sundhedsvæsenet	74
6.4.3	Det sociale netværk	76

6.4.4	Medier	76
6.5	Nye informationsinitiativer	76
6.5.1	Blade og brochurer	76
6.5.2	Klub og asylcenter	77
6.5.3	Sprogskoler	77
6.5.4	Internet	77
6.5.5	Radio og fjernsyn	78
6.5.6	Undervisning	78
6.5.7	Sundhedspersonale	79
6.6	Sammenfatning	79
7	Nøglepersonernes erfaringer	81
7.1	Lægerne	81
7.1.1	Lægernes patientkategori	81
7.1.2	Patienternes viden om og erfaring med prævention og uønsket graviditet	81
7.1.3	Viden om kroppens reproduktive funktioner	83
7.1.4	Kønssygdomme	83
7.1.5	Rekonstruktion af mødom	84
7.1.6	Holdning til abort blandt muslimske patienter	84
7.1.7	Fordomme fra begge sider	85
7.1.8	Kilder til viden om prævention og kroppens funktion	86
7.1.9	Kommunikation via tolk	86
7.1.10	Rådgivningssituation med indvandrere	87
7.1.11	Forslag til hvordan man bedre kan nå målgruppen	87
7.1.12	Sammenfatning af lægerne	88
7.2	Sygeplejersken	89
7.2.1	Sygeplejerskens kontakt med flygtninge	89
7.2.2	Viden om prævention, seksuelt overførte sygdomme og kroppens funktion blandt flygtninge	89
7.2.3	Rådgivning og information	90
7.3	Sundhedsplejerskerne	90
7.3.1	Klienternes baggrund	90
7.3.2	Vidensniveauet om prævention, kroppens reproduktive funktioner og seksuelt overførte sygdomme.	91
7.3.3	Jordemoderen	92
7.3.4	Religion i rådgivningssituation	92
7.4	Tolke	92
7.4.1	Tolke om kulturelle aspekter af reproduktion	93
7.4.2	Social kontrol	93
7.4.3	Rollemodeller	93
7.5	Sammenfatning	93
8	Opsamling og diskussion	96
8.1	Social identitet og kategoriseringer	96
8.1.1	Kategoriseringer mellem land og by	97
8.1.2	Kategoriseringer mellem indvandrere og flygtninge	97
8.1.3	Kategoriseringer på baggrund af sociale forskelle	98
8.1.4	Kategoriseringer mellem europæere og ikke-europæere	98
8.1.5	Social identitet og sundhedsaktiviteter	98
8.2	Viden om prævention og reproduktiv sundhed	99
8.3	Holdninger til og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed	100
8.4	Holdninger til og erfaringer med abort	101
8.5	Erfaringer med det danske sundhedsvæsen	102
8.5.1	Den kulturelle, sociale og religiøse kontekst	103
8.5.2	Kultur som forklaring eller som undskyldning?	104
8.5.3	Betydningen af det sociale netværk	104
8.5.4	Kulturbegreber: Er det tabu at tale om seksualitet?	105

	8.5.5	Kulturbegreber: Familiens ære	105
	8.5.6	Kulturbegreber og religion	106
9		Forslag til en målrettet informationsindsats	107
	9.1	Generelle overvejelser	107
	9.2	Indhold i forebyggelsesindsatsen	107
	9.3	De sundhedsprofessionelle som nøglepersoner	108
	9.4	Information og rådgivning	109
	9.5	Brug af forskellige medier i informationsindsatsen	110
	9.6	Information og praksis	111
	9.7	Forskning	111
10		Referencer	113
11		Annex	117
	11.1	Annex 1. Interviewguide til individuelle interviews med mænd og kvinder	117

Forord

I Danmark er op mod 8% af befolkningen indvandrere eller efterkommere. En undersøgelse gennemført for Sundhedsstyrelsen i 2004 viste, at på trods af at indvandreres abortkvotient har været faldende, er der stadig nogle indvandrergrupper, som har endog særdeles høje abortkvotienter. Det drejer sig især om indvandrere fra Pakistan, Tyrkiet, Iran og det tidligere Jugoslavien. Lande som kulturelt er meget forskellige fra hinanden, og indvandrere som har vidt forskellige historier og forudsætninger for at modtage information. Undersøgelsen fra 2004 viste desuden, at det især var socialt svagt stillede indvandrerkvinder, som risikerede at ende i en situation, hvor de fik foretaget en provokeret abort. Derfor er der i nærværende undersøgelse fokus på særligt udsatte indvandrer- og flygtningegrupper. Undersøgelsen søger således ikke at beskrive vidensniveauet blandt etniske minoriteter fra de nævnte lande generelt, men en mindre og mere udsat del af denne gruppe, primært 1. generations-indvandrerkvinder.

Nærværende undersøgelse søger at afdække viden om sex, prævention og kroppens reproduktive funktioner blandt de nævnte indvandrer- og flygtningegrupper. Derudover søger undersøgelsen at afdække erfaringer med brug af sundhedstilbud, samt at indsamle viden om, hvor de forskellige indvandrergrupper modtager information om emner, der har at gøre med seksualitet og reproduktion. Undersøgelsen har taget udgangspunkt i fokusgruppeinterviews, dybdeinterviews og interviews med nøglepersoner, for derigennem at søge at belyse samme problemstillinger fra flere forskellige vinkler og med forskellige metoder. Interviewene er blevet gennemført i perioden september – december 2004.

Undersøgelsen ville ikke have været mulig uden den aktive hjælp fra enkeltpersoner og foreninger. Det drejer sig først og fremmest om de kvinder og mænd fra Pakistan, Tyrkiet, Iran og det tidligere Jugoslavien, som med et åbent og venligt sind har deltaget i undersøgelsen. Det har været meget lærerigt og en stor fornøjelse at tale med så mange mennesker med forskellig baggrund, der har delt deres erfaringer med os, og givet os indsigt i deres opfattelser og personlige holdninger til en række forskellige emner indenfor reproduktiv sundhed.

Derudover vil vi rette vores tak til de sundhedsprofessionelle, der har deltaget i undersøgelsen med åbenhed og ekspertise. De har med sans for nuancerne bidraget med indsigt. Tolke, som har medvirket, samt lærere og administrativt personale på sprogskolerne og lederne på de forskellige aktiveringssteder, skal også have en stor tak for deres assistance.

Der skal også rettes en stor tak til de forskellige organisationer, foreninger og personer, som har været med til at formidle kontakt til potentielle informanter. Der er mange, der helt frivilligt har ydet en stor indsats.

En speciel tak rettes til Birthe M. Pedersen, som har hjulpet med at identificere iranske informanter og til Mette Foged, som har hjulpet med at transskribere de mange bånd, samt en tak til medarbejdere ved Center for International Sundhed og Udvikling (CISU)/Afd. for International Sundhed, Københavns Universitet for deres støtte under hele forløbet.

Undersøgelsen er blevet gennemført af *Gunilla Henriksson, Lene Kildsgaard, Thea Kronborg, Vibeke Rasch og Helle Samuelsen*, Afdeling for International Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Sundhedsstyrelsen, 1. juni 2005

Resumé

Nærværende rapport er udarbejdet i forbindelse med en informationsindsats iværksat af Sundhedsstyrelsen med støtte fra Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration. Formålet med rapporten er at belyse, hvordan man bedst muligt kan målrette den forebyggende indsats mod uønsket graviditet blandt kvinder fra Tyrkiet, Pakistan, Iran og Eksjugoslavien samt belyse, hvordan man i højere grad end nu kan nå disse grupper med relevant information om reproduktiv sundhed og prævention. Baggrunden for dette initiativ er, at tidligere undersøgelser har vist, at der blandt flygtninge og indvandrere konstateres markant forhøjede abortrater i forhold til landsgennemsnittet. De fire flygtninge- og indvandrergrupper, som denne undersøgelse omhandler, har det til fælles, at de antalsmæssigt er forholdsvis store og samtidig har en forholdsvis høj abortrate. Undersøgelsen beskriver målgruppens viden om prævention og kroppens funktioner samt normer og praksis vedrørende brug af prævention. Desuden belyser rapporten målgruppens brug af medier og informationsmateriale til at lære om seksualitet og prævention samt målgruppens oplevelser af mødet med de danske sundhedstilbud ved henvendelser om graviditet, barsel, prævention og abort. Praktiserende lægers og sundhedsplejerskers holdninger til og erfaringer med præventionsrådgivning til flygtninge og indvandrere beskrives ligeledes.

For at få indsigt i målgruppens egne opfattelser og erfaringer, baserer undersøgelsen sig på kvalitative forskningsmetoder, herunder etnografiske interviews, fokusgruppediskussioner samt interviews med nøglepersoner. I alt indgik 75 kvinder (16-45 år) og 20 mænd (19-55 år) i undersøgelsen. Informanterne repræsenterer en stor spredning mht. uddannelsesniveau, antal år i Danmark og beskæftigelsessituation. Undersøgelsen er gennemført på baggrund af 59 individuelle interviews med informanter fra de fire etniske grupper (49 kvinder og 10 mænd), 8 fokusgruppediskussioner og 11 interviews med nøgleinformanter. 24 interviews er gennemført med brug af tolk.

Undersøgelsens resultater viser, at der er stor forskel både mellem de forskellige etniske grupper og internt mellem grupperne på hvordan de kategoriserer sig selv og andre. En informationsindsats må derfor tage højde for disse forskelle, og nuancere terminologien og kategoriseringen af indvandrere og flygtninge. Der er stor forskel mellem de fire etniske grupper og indenfor hver gruppe mht. viden om kroppen og prævention samt anvendelse af prævention. Således har de tyrkiske og pakistanske indvandrere den mindst detaljerede viden om seksuel og reproduktiv sundhed. Vidensniveauet afhænger dog også af uddannelsesniveau og af sociale normer, idet lavt uddannelsesniveau samt tabuisering af seksualitet er med til at vanskeliggøre tilegnelse af viden om kroppens funktion og de forskellige præventionsformers virkningsmekanisme; Blandt mange af deltagerne er det især de noget usikre metoder som afbrudt samleje og 'sikre perioder', der bliver anvendt, men mange har anvendt eller anvender p-piller, spiral og kondom. Størstedelen af både de mandlige og de kvindelige informanter betragter abort som den sidste udvej, og der er således ingen, der har benyttet abort som primær præventionsform. De kvindelige informanter, der har fået foretaget en provokeret abort, befandt sig en særlig social sårbar situation, da de blev gravide. Fælles for informanterne fra alle fire lande er, at den primære kontakt til det danske sundhedsvæsen er via den praktiserende læge, som der generelt er meget stor tillid til. Dog har ingen af informanterne oplevet at lægen selv har bragt emnet prævention op inden de første gang er blevet gravide. Ud over kontakten til den praktiserende læge har mange af informanterne haft kontakt til sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet og fødsel. Der er flere af informanterne, særligt blandt tyrkerne, der først har modtaget professionel vejledning omkring prævention og reproduktiv sundhed i forbindelse med graviditet og fødsel.

Undersøgelsen peger på, at sociale og kulturelle forhold spiller en stor rolle i forbindelse med holdning til prævention og valg af præventionsmiddel samt holdning til abort. Undersøgelsen diskuterer ligeledes de kulturelle, sociale og religiøse faktorerers indflydelse på holdning og praksis relateret til reproduktiv sundhed og prævention. Men undersøgelsen påpeger også faren ved, at stereotypificere og exotisere indvandrere således at forskelle og nuancer mellem de forskellige grupper forsvinder.

Afslutningsvist gives en række forslag og anbefalinger til en målrettet informations-indsats vedrørende reproduktiv sundhed og prævention. Forslag og anbefalinger er opdelt i seks underafsnit: generelle overvejelser, den praktiserende læge som nøgleperson, information og rådgivning, brug af forskellige medier i informationsindsatsen information og praksis samt forskning.

1 Indledning

1.1 Baggrund

I 2002 udarbejdede Sundhedsstyrelsen *Rammeplan for forebyggelse af hiv/aids, seksuelt overførbare sygdomme og uønsket graviditet* for perioden 2002-2005. Vedrørende forebyggelse af uønsket graviditet er det overordnede mål at styrke kvinders og mænds forudsætninger for at planlægge graviditet og nedbringe antallet af uønskede graviditeter. I forbindelse med denne målsætning har man prioriteret en særlig indsats målrettet kvinder med anden etnisk baggrund end dansk. Dette er sket i erkendelse af, at man blandt flygtninge og indvandrere har kunnet konstatere en markant forhøjet abortkvotient i forhold til landsgennemsnittet. Der er dog store variationer de enkelte flygtninge og indvandrergrupper imellem (Ingerslev 2000, Rasch, Knudsen & Gammeltoft 2004). En del af årsagen til forekomsten af uønsket graviditet blandt nogle indvandrergrupper skal søges i omfanget og kvaliteten af den information, de kan benytte sig af, samt deres viden om kroppens funktioner og præventionsmuligheder.

Med støtte fra Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration har Sundhedsstyrelsen på denne baggrund iværksat en informationsindsats med det formål at informere indvandrere om abort, graviditet og forebyggelse af uønskede graviditeter. Målgrupperne for denne indsats er indvandrere fra Pakistan, Tyrkiet, Iran, og det tidligere Jugoslavien. Som led i denne informationsindsats er nærværende rapport blevet udarbejdet. Rapporten vil udgøre en væsentlig baggrundsinformation, som skal benyttes til at tilrettelægge målrettede informations- og forebyggelsesindsatser. Derudover er det hensigten, at rapporten skal bidrage til, at informationsindsatser i blandt andet kommuner og amter i højere grad tilpasses de enkelte indvandrergruppers behov for information.

1.1.1 Indvandrerkvinder, prævention og abort

Danmark kan med sine godt 5 millioner indbyggere i dag betegnes som et multi-etnisk samfund, hvor andelen af indvandrere udgør 8 % af den totale befolkning (Rasch, Knudsen & Gammeltoft 2004). Specielt gennem de sidste 3 årtier har Danmark modtaget et betydeligt antal indvandrere fra lande uden for Europa.

De største grupper har oprindelse i Tyrkiet (ca. 53.000), Tyskland (ca. 25.000), Irak (ca. 24.000), Libanon (ca. 21.000), Bosnien-Herzegovina (ca. 20.500), Pakistan (ca. 19.000), Somalia (ca. 18.000) og det tidligere Jugoslavien (ca. 18.000) (Rasch, Knudsen & Gammeltoft 2004).

Hvis man ønsker at forebygge uønsket graviditet blandt kvinder bosat i Danmark, er man nødt til at forholde sig til det faktum, at kvinder i dagens Danmark kommer fra vidt forskellige kulturer, samt at kvindernes kulturelle baggrund kan have betydning for både deres viden om og deres holdning til prævention. I erkendelse af, at der er mange forskellige etniske minoriteter i Danmark, samt at det vil være vanskeligt detaljeret at beskrive alle gruppers viden om og holdning til prævention, fokuserer nærværende undersøgelse på kvinder fra henholdsvis Pakistan, Tyrkiet, Iran og det tidligere Jugoslavien. Disse fire indvandrergrupper har det til fælles, at de antalsmæssigt er forholdsvist store, og samtidig har de en forholdsvist høj abortkvotient. Således var abortkvotienten for iranske kvinder 41 per 1000 15-49-årige kvinder i perioden 1994-98. For eksjugoslaviske, tyrkiske og pakistanske kvinder var de tilsvarende tal henholdsvis 38, 25 og 24. Til sammenligning var abortkvotienten blandt kvinder med dansk oprindelse 12 i samme periode (Ingerslev 2000).

Effektiv forebyggelse af graviditet forudsætter, at brugerne af prævention har et reelt valg mellem forskellige præventionsformer. Dette valg forudsætter igen, at man ved hvilke præventionsformer, der findes, hvordan de fungerer, og hvordan man får adgang til dem. En tidligere kvalitativ undersøgelse udført blandt danske kvinder og indvandrerkvinder, der fik foretaget provokeret abort, har vist, at dette ikke altid er selvfølgelig viden (Rasch, Knudsen & Gammeltoft 2004). Den forholdsvis høje abortkvotient blandt de nævnte grupper af indvandrerkvinder understreger, at der er behov for i højere grad at nå disse kvinder med oplysning og rådgivning om prævention. I den forbindelse er det vigtigt at målrette indsatsen og udtænke strategier, der tager afsæt i kvindens sociale og kulturelle baggrund. Dette kræver et mere detaljeret kendskab til indvandrerkvinder og deres holdning til prævention, og eventuelle barrierer i forbindelse med anvendelse af prævention, end man har på nuværende tidspunkt.

1.1.2 Kulturel og religiøs baggrund

Ud fra tilgængelige oplysninger om præventionsanvendelse er det tydeligt, at kvindernes adgang til prævention i de fire nævnte lande er meget forskellige. Kvinderne, der er interviewet i denne undersøgelse, har dog det til fælles, at de alle har været bosiddende i Danmark i nogen tid og derfor har andre forudsætninger for at anvende prævention end kvinder i de respektive lande.

Tyrkiet

Tyrkiet er et land, hvor der er store regionale forskelle. Således er prævention langt mindre udbredt i de østlige og sydøstlige dele af landet end i resten af landet. Disse områder er også økonomisk tilbagestående i forhold til den øvrige del af landet. Tilsyneladende er brug af naturlige præventionsmetoder som for eksempel afbrudt samleje og sikre perioder udbredt. Blandt gifte tyrkiske kvinder i reproduktiv alder angiver 64%, at de enten bruger moderne prævention eller naturlige former for prævention, mens det kun er 38%, der angiver at anvende moderne prævention (UNFPA 2004). Et kvalitativt studie fra Istanbul har påvist, at afbrudt samleje er den mest foretrukne form for prævention (Cebeci et al 2004), samt at kulturelle og religiøse forhold er bestemmende for, om kvinden anvender moderne prævention.

1.1.2.1 Pakistan

I Pakistan er der især blandt lavt uddannede et ønske om at etablere store familier, hvilket afspejles i en høj total fertilitetsrate. I gennemsnit føder hver pakistansk kvinde 5.6 barn (UNFPA 2004). Præventionsanvendelsen er lav, idet kun 13 % af gifte pakistanske kvinder i reproduktiv alder anvender moderne prævention (UNFPA 2004). Studier har vist, at de væsentligste barrierer i forhold til præventionsanvendelse er, at kvinden mener, at det vil være i konflikt med hendes mands interesse, hvis hun anvender prævention, samt en opfattelse af, at det både er socialt og kulturelt uacceptabelt at anvende prævention. Endelig spiller angst for bivirkninger tilsyneladende også en rolle (Harel 1997, Casterline, Sathar & ul-Haque 2001). Kvalitativt orienterede undersøgelser har endvidere vist, at pakistanske kvinder føler, at de kun har begrænset kontrol over deres liv, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved, at de bliver gift meget unge, samt at der er store forventninger til, at kvinden bliver gravid umiddelbart efter at hun er blevet gift. Derudover har kvinderne ofte også vanskelig adgang til prævention (Winkvist & Akhtar 2000).

Iran

Tilbage i 1967 indførte Iran under Shah Reza Pahlavi en familieplanlægningspolitik med det formål at accelerere den økonomiske vækst, og for at forbedre kvindernes status. Efter den islamiske revolution i 1979 indførte præstestyret et stop for disse familieplanlægningsaktiviteter ud fra den begrundelse, at familieplanlægning var udtryk for negativ vestlig indflydelse. Samtidig anså man det for en national styrke at have en talrig befolkning, en holdning, der blandt andet var udløst af krigen mellem Iran og Irak (Larsen, 2003). Denne pronatalistiske politik førte til en kraftig øget befolkningstilvækst i løbet af 1980'erne. I erkendelse af de negative implikationer den hastigt voksende befolkning havde for landet, etablerede man i 1989 på ny familieplanlægningsprogrammer. Prævention er nu gratis tilgængelig, og man tilråder 3-4 års afstand mellem hver graviditet, samt at hver familie kun får 2-3 børn. Mobile klinikker sørger for, at rådgivning om prævention når ud til 4 ud af 5 kvinder i landområderne i Iran. Samtidig er oplysning om familieplanlægning blevet inkluderet i skolernes pensum. Udover disse initiativer har man også, som det eneste land i verden, lovbefalet, at iranske mænd skal undervises i familieplanlægning før de indgår ægteskab (Larsen, 2003). Disse tiltag har ført til en kraftig øgning i antallet af kvinder, der anvender prævention. Befolkningsopgørelser har således vist, at 56 % af gifte iranske kvinder i reproduktiv alder anvender moderne prævention (UNFPA 2004).

Eksjugoslavien

Borgerkrigen i det tidligere Jugoslavien (Eksjugoslavien) i 1990'erne førte til etablering af følgende selvstændige stater: Bosnien-Hercegovina, Serbien-Montenegro, Kroatien, Makedonien og Slovenien. Som konsekvens af borgerkrigen blev mange jugoslaver drevet på flugt, specielt fra Bosnien-Hercegovina. De eksjugoslaviske flygtninge er en sammensat gruppe både med hensyn til kulturel baggrund og religion. Således er islam den fremherskende religion i Bosnien-Hercegovina, hvorimod hovedparten af befolkningen i Serbien-Montenegro og Makedonien er ortodokse kristne, mens hovedparten i Kroatien er romersk katolske (Udenrigsministeriet 2004). Uddannelsesniveau og brug af prævention varierer også staterne imellem. I Bosnien-Hercegovina er det kun fx 16 % af kvinderne, der anvender moderne prævention mod henholdsvis 33 % i Serbien-Montenegro og 59 % i Slovenien (UNFPA 2004).

Pakistan, Tyrkiet, Iran og Eksjugoslavien er hver især en del af 3 adskilte geografiske regioner, henholdsvis Sydlige Central Asien, Vest Asien og Sydeuropa. Disse tre regioner har forskellig historisk og økonomisk baggrund og har derfor ikke noget umiddelbart nært kulturfællesskab. Et fælles træk er dog, at langt hovedparten af befolkningen fra Tyrkiet, Pakistan, Iran og Bosnien (hvor en stor del af flygtningene fra Eksjugoslavien stammer fra) er muslimer. Der har i de seneste år været en del diskussion i de muslimske lande, om man fra statens side kunne gennemføre familieplanlægningsprogrammer for at bremse den hurtige befolkningstilvækst uden derved at bryde med islamiske principper. Meningerne har været delte, men mange lande, heriblandt Tyrkiet, Pakistan og Iran har indført familieplanlægningsprogrammet. Denne politik stemmer også overens med moderate fortolkninger af islam. De klassiske jurister er således enige om, at "prævention kun må benyttes, såfremt begge parter er enige om det. En mand må ikke tvinge sin hustru til at bruge prævention, ligesom ingen af parterne må bruge prævention imod den andens vilje... Prævention må ikke bruges med den hensigt for egen bekvemmeligheds skyld at forblive barnløs, men gerne med det formål at forlænge afstanden mellem fødsler" (Tønnesen 2001). Ud fra denne moderate fortolkning af koranen er der således ikke et modsætningsforhold mellem at være rettroende muslim og anvende prævention. Men indenfor samme trosretning findes der også modstandere, der hævder, at prævention er unaturlig og ødelæggende for naturens orden (Tønnesen 2001). Med hensyn til de enkelte præventionsmidler, så er naturlig prævention (afbrudt samleje og sikre perioder) tilladt i henhold til koranen. Brug af kondom, spiral og andre mekaniske præventionsmidler, der forsegler kvindens livmoder (sadd-e-famme-rahm), opfattes som en forbedring af de naturligt præventions metoder og er derfor også tilladte. Med hensyn til

p-piller og sterilisation er der uenighed, og specielt sterilisation opfattes af mange som et indgreb i naturens orden, hvilket koranen flere steder advarer imod (Tønnesen 2001).

1.1.3 Social udsathed

Som det fremgår, er gruppen af indvandrerkvinder i Danmark meget heterogen og ikke umiddelbart karakteriseret ved nogle fælles kulturelle faktorer, som kan forklare den øgede forekomst af provokeret abort. Den mest nærliggende forklaring er snarere, at immigrantstatus i nogle tilfælde er associeret med lav uddannelse, svagt socialt netværk, lav indkomst og øget arbejdsløshed. Denne sammenhæng mellem social udsathed og forekomst af provokeret abort er blevet påvist i flere undersøgelser udført blandt kvinder med dansk baggrund (Rasmussen 1983, Bertelsen 1994, Rasch, Wielandt & Knudsen 2002). Danmark er det land i Europa, hvor arbejdsløsheden blandt indvandrere og flygtninge er højest. I gennemsnit er ledigheden blandt indvandrere tre gange så høj som blandt danskere. Blandt efterkommere er ledigheden lavere end blandt 1. generation, men dog stadig markant højere end blandt den øvrige befolkning. Samtidig er der også en klar tendens til, at fjernkulturelle befolkningsgrupper har en højere ledighed end nærkulturelle (Undervisningsministeriet 2002). Når man ser på indvandreres og flygtninges deltagelse i uddannelser på danske uddannelsesinstitutioner, så er cirka halvdelen af de 15-20-årige blandt 1. generationsindvandrere i gang med en uddannelse. Blandt efterkommere drejer det sig om cirka 70 %. Dette tal er kun et par procent under den øvrige befolknings uddannelsesdeltagelse i samme aldersgruppe. Som det fremgår af ovenstående, afstedkommer det at være flygtning/indvandrer ofte social udsathed, en omstændighed, der øger den sårbare position mange indvandrere i forvejen befinder sig i (Rasch, Knudsen & Gammeltoft 2004). Det er dokumenteret, at denne udsathed blandt andet fører til en øget risiko blandt indvandrerkvinder for forekomst af uønskede graviditeter og provokeret abort (Ingerslev 2000, Rasch, Knudsen & Gammeltoft 2004). En tilsvarende sammenhæng er fundet i andre skandinaviske lande (Eskild et al 2002, Helstrom et al 2003).

1.1.4 Viden om prævention og kroppens funktioner

En væsentlig årsag til den manglende viden om prævention blandt indvandrerkvinder er, at præventionsrådgivning i Danmark er målrettet unge. Vi har i Danmark formaliseret seksualoplysning i grundskolen. De fleste unge mennesker forventes således at have viden om prævention og kendskab til egen krop og fysiologi, når de begynder at være seksuelt aktive (David 1990, Sundhedsstyrelsen 2004). Dette er dog ikke altid tilfældet. Specielt blandt kvinder, der har etableret sig i Danmark efter den skolepligtige alder, må man forvente, at viden om kroppens fysiologi og om præventionsformer er begrænset. Dette skyldes især, at mange kvinder med indvandrerbaggrund kommer fra kulturer, hvor seksualitet og prævention ofte er tabuiserede emner, som først bliver introduceret i forbindelse med indgåelse af ægteskab eller i forbindelse med svangerkontrol (Rasch, Knudsen & Gammeltoft 2004). Kvinders brug af prævention er således ikke altid et "frit" valg – men er ofte begrænset af den viden, de har på området. Samtidig tyder undersøgelser på, at unge indvandrere og efterkommere har et lavere vidensniveau om seksualitet og prævention og er mindre tilbøjelige til at anvende prævention (Frederiksberg Kommune et al 1999).

1.1.5 Problemer i mødet med de danske sundhedstilbud

Et tidligere kvalitativt studie har dokumenteret, at mange indvandrerkvinder ofte er i tvivl om, hvor de kan henvende sig for at få oplysning om seksuelle- og reproduktive forhold. I de tilfælde, hvor kvinderne henvender sig hos egen læge, føler de ofte, at konsultationen bliver udført under et vist tidspres, hvilket gør det vanskeligt for lægen at nå at rådgive om samtlige præventionsformer og for kvinderne at forstå budskabet (Rasch, Knudsen & Gammeltoft 2004). Samtidig er kvinderne hver især medlem af et socialt netværk og et familienetværk, hvor kulturelle værdier også indbefatter værdier omkring forebyggelse og reproduktiv sundhed, og hvor beslutningen om at forebygge graviditet ikke nødvendigvis tages af kvinden alene. Ofte har kvindens partner stor indflydelse på hendes valg af prævention. For at fremme forståelsen af den kontekst, hvor indvandrerkvinder foretager deres reproduktive valg, er der derfor behov for øget viden om især partnerens holdning til graviditet og prævention. Sådant information vil være af betydning i forbindelse med at målrette præventionsrådgivning, således at man i højere grad når gruppen af indvandrere.

Det er dokumenteret, at dårlig kommunikation er en væsentlig faktor bag den sub-optimale behandling, som indvandrerkvinder af og til oplever (Høgberg 2004, Essen et al 2002). De beskrevne problemer, indvandrerkvinder oplever i mødet med det danske sundhedsvæsen, underbygges af et skandinavisk litteraturstudie med fokus på alment praktiserende læger i Skandinavien og deres møde med patienter fra fremmede kulturer. Her fandt man, at nogle af de væsentligste problemer i almen praksis' møde med fremmede kulturer var kommunikationsproblemer (Lofvander & Dyhr 2002).

1.1.6 Præventionsrådgivning til flygtninge og indvandrere

I forbindelse med en øget informationsindsats omkring uønsket graviditet og brug af sundhedstilbud, som skal målrettes indvandrerkvinder, bør man erkende, at kvaliteten af den indsats, der ydes aktuelt, ikke i tilstrækkelig grad tilgodeser det behov for oplysning om seksuel- og reproduktiv sundhed, mange indvandrerkvinder og deres ægtefæller/partnere har. Hvis man ønsker at etablere en effektiv præventionsvejledning, må dette sikres ved, at kvinden (og partneren) opnår handlekompetence på baggrund af viden og indsigt om prævention. Denne viden og indsigt skal dog formidles til kvinden med afsæt i hendes egen kulturelle og sociale baggrund. Dette ud fra en betragtning om, at handlinger er socialt knyttet, og det kræver mere end viden at ændre dem til handlekompetence (Pedersen 2004). Hvis man vil give indvandrerkvinder de samme forudsætninger for at beskytte sig mod uønskede graviditeter, som kvinder med dansk baggrund, er det således nødvendigt at målrette sin indsats og udtænke strategier, der gør det muligt at nå målgruppen med information om seksuel- og reproduktiv sundhed. Disse strategier bør tage afsæt i kvindens sociale og kulturelle baggrund, og kræver at man har mere detaljeret kendskab til indvandrerkvinder og deres holdning til prævention og evt. barrierer i forbindelse med deres anvendelse af prævention. Nærværende undersøgelse søger med afsæt i kvalitativ forskningsmetodologi at belyse disse faktorer.

1.2 Formål

Det generelle formål med undersøgelsen er at belyse, hvordan man bedst muligt kan målrette den forebyggende indsats mod uønsket graviditet blandt kvinder fra Tyrkiet, Pakistan, Iran og Eksjugoslavien samt belyse, hvordan man i højere grad end nu kan nå målgruppen (kvinder og mænd) med relevant information om seksuel- og reproduktiv sundhed.

1.2.1 Specifikke formål

- At beskrive målgruppens viden om prævention og kroppens funktioner.
- At beskrive holdninger til og normer omkring brug af prævention blandt målgruppen.
- At belyse hvilke medier målgruppen benytter sig af både i forhold til seksualitet og prævention, og hvilke krav målgruppen stiller til udformning af informationsmateriale om seksualitet og prævention med hensyn til grafisk layout, sprog, emne og indhold.
- At belyse de problemer, målgrupperne oplever i mødet med de danske sundhedstilbud ved henvendelser om graviditet, barsel, prævention og abort.
- At belyse praktiserende lægers og sundhedsplejerskers holdninger til og erfaringer med præventionsrådgivning til flygtninge og indvandrere samt beskrive, hvordan man ud fra deres erfaring kan forbedre indsatsen.

1.3 Læsevejledning

Rapporten er opbygget således, at der i kapitel 2 gives en beskrivelse af undersøgelsens metode og materialer.

I kapitel 3, 4, 5 og 6 præsenteres en analyse af henholdsvis de tyrkiske, de pakistanske, de iranske og de eksjugoslaviske deltagere i undersøgelsen. I disse kapitler belyses deltagernes baggrund, par- og familiedannelsesmønstre og sociale netværk. Endvidere analyseres gruppernes viden om, holdninger til og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed. Endelig belyser kapitlerne, hvorfra grupperne har deres viden omkring disse emner og deres forslag og ønsker til en forbedret informationsindsats omkring prævention og reproduktiv sundhed.

Dette efterfølges af kapitel 7, som er en analyse af forskellige nøglepersoners erfaringer fra mødet og arbejdet med indvandrere og flygtninge vedrørende spørgsmål om prævention og reproduktiv sundhed.

I kapitel 8 præsenteres en diskussion af undersøgelsens resultater, hvor ligheder og forskelle mellem de forskellige informantgrupper belyses, og vigtige emner for en forbedret informationsindsats diskuteres.

På baggrund af undersøgelsens resultater afsluttes rapporten i kapitel 9 med anbefalinger til målrettede informationsindsatser vedrørende prævention og reproduktiv sundhed for indvandrere og flygtninge i Danmark.

2 Metode

2.1 Introduktion

Hovedformålet med denne undersøgelse er at skabe indsigt i forskellige indvandreres og flygtninges egne opfattelser, holdninger og viden om reproduktiv sundhed for at belyse, hvordan man bedst muligt kan styrke informationsindsatsen vedrørende uønsket graviditet og hiv/aids. Derudover skal undersøgelsen belyse behovet for information om prævention og reproduktiv sundhed blandt flygtninge og indvandrere i Danmark. For at få indsigt i målgruppens egne opfattelser og erfaringer baserer undersøgelsen sig på kvalitative forskningsmetoder, herunder etnografiske interviews, fokusgruppediskussioner samt interviews med nøglepersoner. Udgangspunktet for undersøgelsen er således, at en grundlæggende indsigt i målgruppens viden, holdninger og praksis er nødvendig for at kunne identificere relevante informationer og aktiviteter, der på lang sigt kan føre til ændringer af eksisterende praksis. Undersøgelsen omfatter flygtninge og indvandrere fra Tyrkiet, Pakistan, Iran og Eksjugoslavien.

2.1.1 Kvalitative metoder

I anvendelsen af kvalitative forskningsmetoder fokuseres der primært på informanternes eget perspektiv, og på hvordan informanterne selv søger at skabe mening på baggrund af egne erfaringer og på baggrund af den sociale og kulturelle sammenhæng, de befinder sig i. Kvalitative metoder er således velegnede til at få en dybere indsigt i mindre grupper af informanternes holdninger og adfærd samt at beskrive variationer mellem forskellige positioner (Schmidt & Holstein 1999, Casley & Kumar 1989, Grbich 1999, Johnson & Sargent 1990, Manderson & Aaby 1992, Silverman 1998, Willms, Best & Taylor 1990). Sundhedsforskning, der søger at beskrive og analysere lokale forklaringsmodeller og opfattelser af sygdom, sundhed og behandling, anvender ofte kvalitative forskningsmetoder. Medicinsk antropologi er en af de discipliner, der både nationalt og internationalt benytter kvalitative metoder i udforskningen af lokal meningsproduktion (Eisenberg 1977, Jensen et al 1987, Kleinman 1980, Kleinman 1988, Samuelsen 1998, Samuelsen 1999, Samuelsen 2004, Gammeltoft 1999).

2.1.2 Individuelle interviews

Det etnografiske interview er kendetegnet ved en særlig form for menneskelig interaktion, hvor der udvikles viden gennem dialog, og hvor udgangspunktet for forskeren er viljen til at lære af den person, der interviewes. Det er med andre ord informanten, der er ekspert (Spradley 1979, Holstein & Gubrium 1998). Interviewet er koncentreret om informantens erfaringer og vurderinger, og hvilken betydning informanten tillægger sine erfaringer og holdninger. I denne undersøgelse er der primært benyttet semi-strukturerede interviews, hvor vi ud fra på forhånd udarbejdede spørgeguides har gennemført samtaler med informanterne (se annex 1). De semi-strukturerede interviews sikrer på den ene side en vis ensartethed, idet de samme temaer dækkes i alle interviews, og på den anden side er det muligt at stille opfølgende og uddybende spørgsmål for at sikre, at det er informanternes egne perspektiver, der er i fokus. I det etnografiske interview indleder interviewerens med at fortælle om formålet med undersøgelsen, hvilke emner interviewet vil omfatte, og hvordan data opbevares og tænkes anvendt. Afslutningsvist gives informanten tid til at tænke over, om vedkommende har mere at fortælle og opfordres til at stille interviewerens spørgsmål, enten om selve undersøgelsen eller om nogle af de berørte temaer

Ved individuelle interviews om så intime emner som viden om - og holdninger til prævention og reproduktiv sundhed kræves en høj grad af sensitivitet. Aktiv lytning er også et vigtigt element i det etnografiske interview netop for at kunne koncentrere sig om de mange betydningsnuancer i et svar og for at bygge videre med uddybende spørgsmål. Tavshed er normalt ikke noget, man forbinder med interviews, men det kan være vigtigt, at der gives tid til tavshed ind imellem, i stedet for at gøre interviewet til et krydsforhør (Kvale 1994, Schmidt & Holstein 1999).

2.1.3 Fokusgruppediskussion

Fokusgruppediskussioner er en kvalitativ metode, hvor man typisk inviterer mellem 6 og 12 deltagere til at diskutere et eller flere afgrænsede emner. Gruppen sammensættes normalt relativt homogent i forhold til køn, alder, sociale forhold eller i forhold til kendskab til eller indsigt i et bestemt emne. Gruppediskussionen ledes af en moderator, hvis opgave det er at igangsætte en erfarings- og meningsudveksling mellem deltagerne ud fra en på forhånd udarbejdet spørge- eller emne guide. Som regel deltager også en referent, som har mulighed for at tage notater om den non-verbale kommunikation og stemningen og atmosfæren i gruppen. I nærværende undersøgelse blev alle fokusgruppediskussioner optaget på bånd, og der var i alle tilfælde både en moderator og en referent til stede. Formålet med en fokusgruppediskussion er at generere en meningsudveksling mellem deltagerne, således at samtalen ikke forløber som et 'spørgsmål – svar interview', men således at interviewerens spørgsmål ansporer til diskussion og udveksling mellem deltagerne. Fokusgruppediskussioner kan således være særdeles anvendelige, når man ønsker at undersøge viden, holdninger og behov blandt en gruppe mennesker. Gennem en fokusgruppediskussion søger man således ikke kun at undersøge, hvad der er konsensus om i en gruppe, men i lige så høj grad de forskellige positioner og perspektiver indenfor gruppen (Barbour & Kitzinger 1999, Burrows & Kendell 1997, Burrows 1998).

2.1.4 Interviews med nøglepersoner

Nøglepersoner er mennesker, som forventes at have en særlig indsigt, interesse eller mening om det emne eller de grupper/individer, der er fokus for undersøgelsen. Nøglepersoner kan være lægfolk eller forskellige typer af specialister indenfor det felt, der studeres. I denne undersøgelse er der interviewet en række nøgleinformanter, som alle er karakteriseret ved at have kontakt med indvandrere og flygtninge i deres daglige arbejde. Flertallet af nøgleinformanterne arbejder i sundhedssektoren, men et mindre antal tolke er også interviewet som nøgleinformanter, da de også har en særlig indsigt i de pågældende indvandrergruppers livsverden.

2.2 Dataindsamling

Dataindsamlingen fandt sted i perioden juli til november 2004.

I alt er der udført 59 individuelle interviews med informanter fra de fire etniske grupper, 8 fokusgruppediskussioner og 13 interviews med nøgleinformanter. Informanterne fordeler sig således:

- 49 individuelle interviews med kvinder. Det drejer sig om 12 fra Tyrkiet, 16 fra Pakistan, 14 fra Iran og 7 fra Eksjugoslavien.
- 10 individuelle interviews med mænd. Det drejer sig om 2 fra Tyrkiet, 3 fra Pakistan, 4 fra Iran og 1 fra Eksjugoslavien.
- 8 fokusgruppediskussioner. Tre med tyrkiske kvinder, 1 med pakistanske mænd, 1 med pakistanske kvinder, 1 med iranske kvinder og 2 med eksjugoslaviske mænd.

- 13 nøglepersoner. 4 praktiserende læger, en læge med indvandrerbaggrund, 2 sundhedsplejersker, 1 sygeplejerske, 3 tolke, 1 jordemoder og 1 familieterapeut.

I de tilfælde, hvor informanterne hverken forstod eller talte dansk, foregik interviewet ved hjælp af tolk. I alt blev 24 af interviews gennemført med tolk. Ved fokusgruppediskussionerne blev der ikke benyttet tolk, men ved et tilfælde assisterede og supplerede en kvindelig kursusleder en gruppe tyrkiske kvinder.

2.2.1 Oversigt over informanterne

Der indgik i alt 75 kvinder i undersøgelsen. Der var flest tyrkiske kvinder og færrest eksjugoslaviske kvinder.

Der er store variationer både mellem nationaliteterne men ligeledes inden for hver gruppe.

- ❑ Kvinderne var mellem 16 og 45 år.
- ❑ Kvinderne fra Eksjugoslavien var ældst, mens de yngste var fra Pakistan.
- ❑ Størstedelen af de kvinder, der indgår i undersøgelsen, er gift.
- ❑ Andelen af kvinder, der var ugift, var størst blandt de pakistanske kvinder, hvilket formentlig hænger sammen med, at de også har den højeste andel af yngste kvinder.
- ❑ Den store andel af unge kvinder blandt pakistanerne ses også reflekteret i det forhold, at de pakistanske kvinder også er dem, hvor der er flest, der ikke har børn.
- ❑ Der er flest af de tyrkiske kvinder, der har 3 eller flere børn, hvilket også ses ved, at de tyrkiske kvinder har det højeste gennemsnit af børn.
- ❑ Der er ingen af de iranske kvinder, der har mere end to børn, og det er også de kvinder, der har færrest børn i gennemsnit.

De iranske kvinder havde længst skolegang/uddannelse, og den største andel af kvinder med kort skolegang er tyrkerne. Den største andel af kvinder, der er i arbejde, stammer ligeledes fra Iran. Der er færrest fra Pakistan, der er i arbejde, mens der er flest pakistanske kvinder, der er under uddannelse. Der er flest fra Tyrkiet, der går i sprogskole. Det drejer sig om næsten halvdelen af de tyrkiske kvinder. Der er ligeledes flest af de tyrkiske kvinder, der er arbejdsløse.

Langt størstedelen af de tyrkiske og pakistanske kvinder opgav, at de var muslimer. Der var en større andel blandt de iranske og tyrkiske kvinder, der var kulturelle muslimer, havde en anden form for religion eller ikke var religiøse.

Den største andel af kvinder, der er født og opvokset i Danmark, kom fra Pakistan. Derudover var der flest blandt de tyrkiske og iranske kvinder, der havde været her i 10 år eller mere.

Der indgik i alt 20 mænd i undersøgelsen. Der var flest pakistanske og eksjugoslaviske mænd og færrest tyrkiske mænd.

Mændene var mellem 19 og 55 år. Tyrkerne var de ældste, mens eksjugoslaverne var de yngste. Størstedelen af mændene var gift. Der var flest ugifte mænd blandt eksjugoslaverne, hvilket formentlig igen hænger sammen med, at det også er i denne gruppe, der er flest unge. Der er ligeledes den største andel af barnløse blandt de eksjugoslaviske mænd. Der er flest blandt de tyrkiske og pakistanske mænd, der har 3 eller flere børn.

De højest uddannede mænd findes blandt iranerne. Dem, der har kortest uddannelse, findes blandt tyrkerne og pakistanerne. Den største andel af mænd i arbejde er eksjugoslavere. Som det var tilfældet hos kvinderne, er det blandt pakistanerne, der er flest studerende. Der er kun de iranske mænd, der går i sprogskole. Der er flest af de tyrkiske mænd, der er arbejdsløse.

De eksjugoslaviske mænd er dem, der har den højeste andel af muslimer. Iranerne har den mindste andel muslimer.

Blandt mændene var der igen flest af pakistanerne, der var født og opvokset i Danmark. Der var flest blandt eksjugoslaverne, der havde været i Danmark i 10 år eller mere.

Tabel 1. Oversigt over de kvindelige deltageres demografiske baggrund.

Kvindelige deltagere		Tyrkiet (N = 27)	Pakistan (N = 24)	Iran (N = 17)	Eks- jugoslavien (N = 7)
Alder	15-25	4	11	2	0
	25-35	8	10	5	2
	35-45	15	3	10	5
Civilstand	Gift	20	15	13	5
	Ugift	3	8	3	1
	Separeret / skilt	4	1	1	1
Børn	0	8	12	7	2
	1-3	10	9	10	4
	≥ 3	9	3	0	1
	Gennemsnit	1,8	1,04	0,94	1,6
Uddannelse	0-10 år	20	7	3	2
	Gymnasial	2	6	3	0
	Faglært	4	1	4	3
	Videregående	1	10	7	2
Beskæftigelse	I arbejde	6	2	8	3
	Elev / studerende	1	10	3	1
	Sprogskole	13	8	6	3
	Hjemmegående	1	3	0	0
	Arbejdsløs	5	1	0	0
	Andet	1	0	0	0
Religion	Muslim	24	24	7	4
	Kulturel muslim ¹	2	0	9	1
	Andet	1	0	1	2
Antal år i Danmark	0-5	5	5	4	1
	5-10	5	5	3	1
	≥ 10	16	5	10	5
	Født og opvokset i Danmark	1	9	0	0

¹ Kulturel muslim betyder, at de er opdraget i en muslimsk kultur, men at de ikke er praktiserende muslimer.

Tabel 2. Oversigt over de mandlige deltageres demografiske baggrund.

Mandlige deltagere		Tyrkiet (N = 2)	Pakistan (N = 7)	Iran (N = 4)	Eks- jugoslavien (N = 7)
Alder	15-25	0	2	0	4
	25-35	0	3	2	1
	35-45	2	2	2	2
Civilstand	Gift	2	4	3	2
	Ugift	0	2	1	5
	Separeret / skilt	0	1	0	0
Børn	0	1	5	2	6
	1-3	0	1	2	1
	≥3	1	1	0	0
Uddannelse	0-10 år	2	2	0	1
	Gymnasial	0	2	0	3
	Faglært	0	2	1	1
	Videre-gående	0	1	3	2
Beskæftigelse	I arbejde	0	3	2	4
	Elev / studerende	0	2	0	3
	Sprogskole	0	0	2	0
	Hjemme-gående	0	0	0	0
	Arbejdsløs	2	1	0	0
	Andet	0	1	0	0
Religion	Muslim	1	6	0	7
	Kulturel muslim	1	1	3	0
	Andet	0	0	1	0
Antal år i Danmark	0-5	0	1	1	0
	5-10	0	0	1	0
	≥ 10	2	2	2	7
	Født og opvokset i Danmark	0	4	0	0

2.2.2 Identifikation og rekruttering af informanterne

Der blev opsat tre kriterier for inkludering af deltagere i denne undersøgelse. Deltagerne skulle være:

Flygtninge, indvandrere fra Tyrkiet, Pakistan, Iran eller Eksjugoslavien

Mellem 15-45 år for kvindernes vedkommende

Mellem 15-55 år for mændenes vedkommende

For at opnå en indsigt i forskellighederne mellem de forskellige grupper af flygtninge og indvandrere, er der så vidt muligt søgt en spredning i forhold til følgende faktorer:

- Alder
- Ægtestand,
- Antal børn
- Uddannelsesniveau
- Hvorvidt de er i arbejde
- Antal år bosat i Danmark
- Danske sprogkunderskaber

En hurtig rekruttering af informanter blev vanskeliggjort af undersøgelsens starttidspunkt i juli måned, hvor mange potentielle informanter var bortrejst, på ferie i deres hjemland eller andre steder. Samtidig var mange af de folk, som arbejder ved- eller på anden måde er tilknyttet indvandrerorganisationer og institutioner ligeledes på ferie ved undersøgelsens start. Dette bevirkede, at det tog længere tid end beregnet at komme i gang med interviewene. Det første interview blev udført i slutningen af august 2004.

Rekruttering af informanter foregik ved indledningsvist at identificere foreninger, organisationer, institutioner, netværk, råd, sprogskoler, trossamfund og klubber, som kunne tænkes at have forbindelser, og kontakt til målgruppen. Omkring halvfems kontaktmuligheder blev identificeret og en profil af organisationerne blev udarbejdet med henblik på at udvælge de mest relevante som kontakttled til potentielle informanter. Udvalgelsen skete således først som en strategisk udvælgelse, hvor de relevante organisationer blev udvalgt. Selektionskriterierne vedrørende etnicitet, køn, alder, civilstatus blev dernæst anvendt til at identificere mulige informanter. Potentielle informanter blev efterfølgende kontakttet telefonisk eller via en direkte mundtlig introduktion til projektet på enkelte sprogskoler i Københavnsområdet. En kort skriftlig introduktion til projektet blev formidlet til interesserede informanter. Både ved den mundtlige og skriftlige henvendelse blev anonymitet pointeret.

Rekrutteringen af informanter kan være vanskelig, når det ikke foregår via etablerede registre som for eksempel i forbindelse med hospitalsophold, hvor der i forvejen er en direkte kontakt til informanterne. Der fornemmes dels en 'mæthed' blandt indvandrerorganisationerne og hos enkeltpersoner, når det drejer sig om undersøgelser/studier af flygtninge og indvandrere, og dels påvirker undersøgelsens sensitive emner også potentielle informanters villighed til umiddelbart at deltage i en negativ retning. Den største modstand mod at deltage var blandt kvinder og mænd fra Eksjugoslavien. Det var også den eneste af alle de fire grupper, som spurgte om kompensation for at deltage. I afsnit 2.4 diskuteres disse forhold vedrørende undersøgelsens metode yderligere.

2.2.3 Spørgeguides

Med udgangspunkt i projektets formål blev spørgeguides med relevante temaer for undersøgelsen udformet både til fokusgruppediskussionerne og til de individuelle interviews. De forskellige emner var tilpasset hvert køn. Specifikke spørgeguides blev også udarbejdet til brug ved interviews med nøgleinformanter. Samtlige guides blev testet før undersøgelsens start, for at sikre at spørgsmålene var begribelige og relevante for informanterne. Alle spørgeguides indeholdt følgende overordnede temaer (se annex 1 for et eksempel på en spørgeguide):

- Målgruppens forestillinger om familie og familieplanlægning
- Målgruppens viden om kroppens funktioner og seksualitet
- Holdninger og normer til abort og brug af prævention blandt målgruppen

- Brug af informationskanaler og behov for informationsmateriale
- Brug af sundhedstilbud og typen af kontakt til forskellige sundhedsprofessionelle
- Betydningen af det personlige netværk i forbindelse med reproduktive spørgsmål

2.2.4 Interviewenes forløb

Som indledning til de individuelle interviews og fokusgruppediskussioner blev projektets formål og metoder forklaret, og alle informanter blev informeret om sikring af anonymitet, og at de til hver en tid kunne trække sig ud af projektet. Samtlige deltagere godkendte, at interviewene og fokusgruppediskussionerne blev optaget på bånd.

Deltagerne i fokusgruppediskussionerne var ofte meget åbne. Dette kom især til udtryk ved fokusgruppediskussionerne. Når diskussionen først var i gang, udviklede de sig til livlige erfarings- og holdningsudvekslinger. Generelt gav mange af kvinderne udtryk for glæde og engagement i forbindelse med at få lov at drøfte disse emner.

2.3 Validitet og analyseteknik

I sin helhed handler validitet om forskningsresultaternes troværdighed, og om en metode undersøger det, den har til formål at undersøge. Generelt kan man sige, at kvalitative undersøgelser ofte har en høj grad af validitet. De indsamlede data er troværdige, fordi der ofte bruges triangulering, det vil sige de samme spørgsmål belyses ved hjælp af forskellige metoder. I nærværende undersøgelse er de samme spørgsmål og fænomener diskuteret både i de individuelle interviews og i fokusgruppediskussionerne og belyses også i et vist omfang i interviewene med nøgleinformanterne. Desuden har det været muligt hele tiden at stille uddybende spørgsmål.

Analysen af kvalitative data er en proces, hvor man med udgangspunkt i undersøgelsens formål og via formulerede spørgeguides søger at finde ligheder og forskelligheder i det indsamlede materiale. Analyse af kvalitative data indebærer således, at man i lighed med kvantitative metoder er nødt til at systematisere og kategorisere sine data for på den måde at skabe sig et overblik over materialet. I kvalitative forskningsprojekter starter analysen allerede under dataindsamlingen, hvor forskeren gradvist får indsigt i hvilke temaer og begreber, der er de mest centrale for de fænomener, der studeres. Derudover får forskeren ligeledes indsigt i, hvordan temaerne hænger sammen (Schmidt & Holstein 1999).

2.4 Studiets begrænsninger

Denne undersøgelse er baseret på en kvalitativ metode, hvor formålet har været at beskrive og analysere informanternes egne perspektiver i forhold til prævention, uønsket graviditet og reproduktiv sundhed. Det har været muligt at gå i dybden med relativt få informanter, men undersøgelsen er ikke repræsentativ for flygtninge og indvandrere indenfor de fire etniske grupper. Det har således ikke været formålet med undersøgelsen at kortlægge viden og holdninger blandt målgruppen i en repræsentativ forstand, og det kan ses som en begrænsning, at man ikke i en statistisk forstand kan generalisere undersøgelsens resultater.

I den forbindelse skal det alligevel overvejes, hvilke begrænsninger, der kan være i forhold til udvælgelsen af informanter i denne undersøgelse, de såkaldte selektionsbias. Selvom validitet inden for kvalitative metoder ikke omhandler repræsentativitet i statistisk forstand, stiller validitetsspørgsmålet alligevel krav til den kvalitative forsker om at vurdere potentielle bias og disses retning, da det skal overvejes, hvorvidt de udvalgte personer har begrebsmæssig identitet med det univers, man ønsker at udtale sig om (Mainz 2001).

Først skal det her bemærkes, at antallet af immigranter, der indgår i denne undersøgelse, kun udgør en lille del af det samlede antal tyrkiske, pakistanske, iranske og eksjugoslaviske immigranter, der bor i Danmark. Undersøgelsens informanter er således en selekteret gruppe af det samlede antal af de fire nationaliteter i landet. Kontakten til informanterne via organisationer og institutioner kan medvirke til en selektionsbias, idet kontaktpersonerne muligvis vælger eksempelvis velfungerende immigranter. Dog skal det her bemærkes, at den meget brede kontaktflade, projektet har opbygget, som i praksis førte til rekruttering af informanter fra mange forskellige organisationer og ikke mindst sprogskoler, formentlig betyder, at en eventuel selektionsbias ikke entydigt peger i én retning.

Endvidere skal det bemærkes, at flere immigranter har takket nej til at deltage i undersøgelsen. Flere har forklaret det med, at de ikke havde lyst til at tale om undersøgelsens emner – det er for privat. Det har ikke været muligt at indhente informationer om disse mennesker, men der kunne være en risiko for, at der for eksempel kunne være en større abortfrekvens blandt dem, der har afslået at deltage på grund af emnets tabubelagte karakter. Specielt har det været vanskeligt at rekruttere informanter fra Eksjugoslavien, hvorfor det ikke er lykkedes at interviewe det ønskede antal informanter. En af årsagerne til dette er formodentlig, at de eksjugoslaviske immigranter ikke er så velorganiserede, hvilket har vanskeliggjort at få etableret kontakt til potentielle informanter. Derudover kunne en traumatiseret fortid, som mange eksjugoslaviske kvinder har, afholde en del kvinder fra at deltage i en undersøgelse, hvor man netop ønsker at tale om graviditet, prævention og abort.

I sammenhæng med genstandsfeltets komplicerede natur skal der nævnes risikoen for informationsbias. Det kan ikke udelukkes, at nogle informanter har givet usande oplysninger igen på grund af emnets tabubelagte karakter. Det kunne i den forbindelse have været interessant at interviewe deltagerne mere end en gang. Intervieweren kunne herved have haft en større mulighed for at opbygge et tillidsforhold til informanten, hvilket kunne have ført til en større åbenhed fra informantens side. På den anden side ville det muligvis have afholdt endnu flere fra at deltage. Undersøgelsen har dog til en vis grad taget højde for denne type informationsbias, idet undersøgelsen netop har brugt en trianguleringsmetode, hvor det samme emne undersøges ved hjælp af forskellige metoder. I det kvalitative interview er det desuden muligt at vende tilbage til det samme spørgsmål senere i interviewet og på den måde 'kontrollere' udsagnene.

Det har ved flere af interviewene med immigranterne været nødvendigt at anvende tolk, da de ikke kunne tale dansk. Dette medførte, at det var vanskeligt at frembringe en situation, som mindede om en samtale med fleksibilitet og dynamik. Derudover vil oversættelsen fra et sprog til et andet uundgåeligt føre til tab af mening og betydning af det, der bliver sagt blandt andet på grund af problemer i forhold til flertydighed omkring sprog og mening (Martin & Nakayama 2000). Samtidig havde nogle informanter afslået brug af tolk, men hvor det alligevel var så svært at forstå hinanden, at mening og betydning gik tabt.

De personer, som har været involveret i udførelsen af undersøgelsen, har alle været kvinder. I den forbindelse er det værd at overveje, hvilken form for informationsbias, der kan ligge i det. Der er formodentlig ingen tvivl om, at det har været en fordel i forhold til de mange interviews og fokusgruppediskussioner med kvinder, men det kan overvejes, om det har været en barriere i forhold til interviewene med de mandlige informanter. Flere af de mandlige informanter gav udtryk for, at de ikke var vant til at snakke om 'den slags', men de var ikke afvisende overfor at svare på spørgsmålene.

2.5 Begrebsdefinitioner

2.5.1 Indvandrer

En indvandrer er en person født i udlandet, hvis forældre begge er udenlandske statsborgere eller født i udlandet (Pedersen, Andersen & Andreasen 2004).

2.5.2 Efterkommer

En efterkommer er en person født i Danmark af forældre, som begge er indvandrere eller efterkommere (Pedersen, Andersen & Andreasen 2004).

2.5.3 Flygtning

Danmark tiltrådte FN's Flygtningekonvention i 1952. Ifølge denne er en flygtning en person, som nærer en velbegrundet frygt for at blive forfulgt på grund af sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en social gruppe eller sine politiske anskuelser, og som befinder sig uden for det land, hvor personen er statsborger. Derudover giver Danmark beskyttelse i de tilfælde, hvor Danmark er forpligtet hertil efter de internationale konventioner, som Danmark har tiltrådt. Der gives i forbindelse hermed opholdstilladelse til de asylansøgere, der risikerer dødsstraf, tortur, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf, hvis de vender tilbage til deres hjemland (Udlændingestyrelsen n.d.).

2.5.4 Reproduktiv sundhed

I rapporten anvendes begrebet reproduktiv sundhed, idet der bredt refereres til sundhed i forbindelse med seksualitet, graviditet og fødsel (Sex og Samfund n.d.).

3 De tyrkiske kvinder og mænd

3.1 Deltagernes baggrund

I alt indgår 27 kvinder og 2 mænd fra Tyrkiet i undersøgelsen. De gifte kvinder i studiet er mellem 23 og 45 år, mens de ugifte kvinder, herunder de fraskilte, er mellem 17 og 40 år. De tyrkiske mænd i studiet er henholdsvis 36 og 44 år.

Alle på nær en af de tyrkiske deltagere er født i Tyrkiet. Af disse har de unge ugifte været i Danmark omkring 3 år, mens de fraskilte har været i Danmark mellem 5 og 27 år. De gifte kvinder og mænd, som er født i Tyrkiet, har været i Danmark fra få måneder og op til 30 år, og de fleste kom til Danmark, da de var omkring 20 år. En informant er efterkommer og en anden er kommet til Danmark, da hun var to år gammel.

De fleste af de gifte og fraskilte kvinder er kommet til Danmark i anledning af giftermål med herboende tyrkiske indvandrere. Enkelte af kvinderne og én af mændene er blevet familie-sammenført i forbindelse med, at deres forældre er flyttet til Danmark.

Størstedelen er de gifte kvinder og mænd har børn og/eller venter barn. Ingen af de ugifte, der ikke tidligere har været gift, har børn, mens de fleste af de fraskilte har børn.

En overvejende del af de tyrkiske deltagere har et relativt begrænset uddannelsesniveau, idet de har gennemført mellem 5-10 års grundskole uddannelse. Enkelte har gennemført en gymnasial uddannelse, og få er startet på en videregående uddannelse. Ligeledes har enkelte gennemført en faglig uddannelse. Flere af de tyrkiske deltagere i studiet går på sprogskole eller arbejder, men der er relativt mange, som er arbejdsløse. En enkelt går i folkeskole.

Over halvdelen af de tyrkiske deltagere i studiet taler ikke dansk eller har forholdsvis svært ved at begå sig på dansk. Også mange af dem, der har været i Danmark i mange år, har svært ved at kommunikere på dansk og fortæller, at de har svært ved at læse dansk.

Størstedelen af de tyrkiske kvinder og mænd i studiet er praktiserende muslimer. Enkelte betegner sig selv som kulturelle muslimer, mens en enkelt slet ikke er religiøs.

3.2 Pardannelse, familieplanlægning og det sociale netværk

I dette afsnit skal det redegøres for, hvilke pardannelsesmønstre, der gør sig gældende for de tyrkiske deltagere i studiet, og hvilke forestillinger de gør sig omkring det at danne par. Endvidere skal familieplanlægning og tanker omkring det at skabe sig en familie belyses. Endelig ses der i afsnittet på det øvrige sociale netværk, som de tyrkiske deltagere er en del af, herunder storfamilien, venner/veninder og sociale grupper.

3.2.1 Pardannelse og seksualitet

Det er karakteristisk for alle de gifte tyrkiske deltagere, at de er gift enten med tyrkere eller med kurdere fra Tyrkiet. Mange har giftet sig med en tyrker bosiddende i Danmark, mens nogle selv var bosiddende i Danmark og fandt en ægtefælle i Tyrkiet, som derefter kom til Danmark. Størstedelen af de gifte kvinder blev gift i slutningen af teenageårene eller i starten af tyverne. Mændene var i starten af tyverne, da de blev gift.

Der er stor forskel mellem kvinderne i forhold til, hvor meget forældre og anden familie har været involveret i valget af ægtefælle. Flere af kvinderne kendte deres mand inden, de blev gift, og de valgte selv at blive gift. En 29-årig indvandrerkvinde understreger, at det var vigtigt for hende selv at vælge sin mand, og hun stod fast ved beslutningen, selvom hendes familie ikke bifaldt den i starten. *Alle i familien var imod det. Jeg stod bare op og sagde: Ved du hvad, jeg bliver gift med ham... Og heldigvis har jeg det meget godt. Og alle i min familie er helt vilde med min mand nu.*

Enkelte af kvinderne er gift med en fætter, men de fleste af kvinderne havde ikke noget indgående kendskab til deres mand inden ægteskabet, selvom de eventuelt selv har valgt ægtefællen. En del af kvinderne beskriver, hvor vanskeligt det kan være at blive gift med en mand, de langt fra kender. Som det skal belyses senere, kan det være svært at tage beslutninger om at bruge prævention eller at planlægge børn sammen med en mand, som man ikke kender.

Stort set alle de tyrkiske kvinder i studiet mener, at for både manden og kvindens vedkommende tilhører sex ægteskabet. Alle de gifte kvinder fortæller, at de har ventet med at have et seksuelt forhold til de blev gift. Flere af de unge ugifte kvinder har aldrig selv haft et seksuelt forhold. De fortæller, at de ved, at mange har sex før ægteskab, men de vil ikke selv gøre det. Denne holdning begrundes med reference til deres muslimske tro. En kvinde forklarer om sex før ægteskab: *... det må man ikke i islam. Det er selvfølgelig ikke alle, der holder det, for Tyrkiet er et stort land med mange forskellige mennesker... Jeg tilhørte dem, der holder. Både min mand og jeg er meget troende, så sådanne ting må man gøre, når man er gift.*

Kun enkelte af kvinderne har haft seksuelle forhold udenfor ægteskab. Én kvinde er ikke religiøs, og hun mener derfor ikke, at sex uden for ægteskab er forbudt. En anden er fraskilt og fortæller, at hun har mistet troen på ægteskab. De fleste af kvinderne fortæller dog, at hvor nogle mænd venter, til de er blevet gift, forholder det sig generelt sådan, at mange mænd har sex inden ægteskab. Således er det er de fleste af kvindernes egne erfaringer, at den mand, de giftede sig med, allerede havde haft seksuelle forhold, inden han blev gift.

Flere påpeger holdningsforskelle mellem generationerne. En 17-årig ugift indvandrerkvinde siger, at hun har et mere frit forhold til seksualitet og prævention, end hendes forældre har. Også i denne forbindelse skelnes der mellem by og land. En kvinde, der selv er fra landet, siger, at det kun er i byen, at unge mennesker har sex før ægteskab. De gør det i storbyer, ikke i landsbyen, bare et lille sted. Det kan være i Ankara, Istanbul eller sådan nogle steder. *De har også en kæreste eller sådan noget. Men i vores område, skal de ikke.*

3.2.2 Familieplanlægning

Alle de tyrkiske kvinder giver udtryk for, at de kun ønsker sig mellem 1 og 3 børn, og at de bestræber sig på at planlægge deres børn. Størstedelen af dem med børn har mellem 2-3 børn. De fleste af både de yngre og de lidt ældre kvinder var mellem 18 og 22 år, da de fik deres første barn.

Flere af kvinderne fremhæver vigtigheden af, at der er tid mellem børnene. Mange planlægger i samråd med ægtefællen. Flere af kvinderne nævner dog det forhold, at deres mænd gerne vil have mange børn, da det ikke er dem, der passer og opdrager børnene. *Min eks-mand, han kan godt lide børn, han gerne vil have mange. Men jeg siger nej... Han kan godt lide det, fordi han ikke passer dem – derfor. Det er kvinden, der passer [børnene]...*

For nogle af kvinderne har det været svært at planlægge deres børn på trods af ønsket derom. En 29-årig kvinde med tre børn, fortæller, at i starten af ægteskabet ønskede hun at vente med at få børn. Alligevel blev hun hurtigt gravid. De overvejelser, hun gjorde sig dengang, var dels, at de ikke havde råd til at få børn. Hverken hende eller hendes mand havde arbejde, og de havde ikke egen lejlighed, men boede hos mandens forældre. Dels kendte hun knap nok sin mand, som forældrene havde bestemt, hun skulle gifte sig med ... *Jeg havde ikke nogen lejlighed at bo i. Jeg havde lige lært min mand at kende. Det ville blive meget svært [hvis jeg blev gravid] ... Fordi hvis man skal have et barn, så skal man selv sørge for barnet, og barnet skal have en lejlighed. Jeg havde heller ikke arbejde... jeg fik penge fra A-kassen, han var arbejdsløs... Så dengang... sagde jeg, vi skal ikke have børn nu... Så blev jeg gravid.*

Alle de ugifte unge kvinder vil gerne have familie og børn engang i fremtiden, og de forestiller sig, at de gerne vil have omkring 2-3 børn. En af disse kvinder fortæller, at tyrkerne i Danmark får færre børn end tyrkerne i Tyrkiet. I Danmark tænker de mere på ikke at få så mange børn, da de tænker på deres børns og deres egen fremtid, siger hun.

3.2.3 Det sociale netværk

Det er karakteristisk for størstedelen af tyrkerne – både dem, som har været her i mange år, og dem, som er kommet inden for de sidste år - at det sociale netværk, de indgår i, hovedsageligt består af andre tyrkere. Det er de færreste, der har danske venner eller veninder. En kvinde beskriver, hvor svært det kan være at komme i kontakt med danskere. Da hun gik i dansk folkeskole som ung, var hun for genert til at tage kontakt til de danske piger. ... *dengang kunne vi ikke tale dansk. Så bliver man måske for genert til at gå og spørge hende, om hun vil lege med mig.*

Af disse grunde oplever mange af kvinderne, at de ikke har nogen særlig kontakt til det danske samfund, og de føler sig fremmede: *Selvom de fleste kvinder har boet her i over 20 år, så føler de stadig, at det er et fremmed land.*

Udover kernefamilien er øvrige familiemedlemmer en vigtig del af hverdagen for mange af de tyrkiske kvinder. Mange har søskende, forældre, onkler, tanter, fætre og kusiner og svigerfamilie i Danmark. Flere af kvinderne fortæller, at de er tæt knyttet til deres søskende, som de ofte betragter som veninder. Flere af dem, som ikke har mange familiemedlemmer i Danmark, fortæller om, hvor ensomme de er. En fraskilt indvandrerkvinde siger: *Hvis jeg tænker på min egen familie, som bor i Tyrkiet, så vil jeg meget gerne have, at de bor her. Jeg er alene i Danmark og føler mig alene.*

Flere af kvinderne er med i klubber for indvandrerkvinder og er meget glade for den sociale kontakt, de her har med andre kvinder. En 29-årig gift indvandrerkvinde, der kommer meget på et mødested for indvandrerkvinder fra forskellige lande, fortæller: *Det betyder meget for kvinder, som ikke kan tale dansk, at komme her, fordi så kan de lære en masse mennesker at kende. De kan også få at vide, at de kan komme på sprogskole.* I disse klubber kan den isolation, der opstår blandt andet på grund af sprogproblemer, brydes.

3.3 Prævention og reproduktiv sundhed

I dette afsnit beskrives kvinderne og mændenes viden om prævention og reproduktiv sundhed, holdningen til seksualitet og erfaringer med - og holdninger til præventionsanvendelse. Endelig analyseres kendskabet til kønssygdomme og holdningerne til at få provokeret abort.

3.3.1 Viden om prævention og reproduktiv sundhed

Langt de fleste af de gifte og ugifte kvinder kender til kondom, spiral, p-piller og afbrudt samleje. Mange af de gifte kvinder har hørt om sterilisation. De fleste af både de gifte og de ugifte kvinder kender ikke til andre præventionsformer som pessar, femidom, p-stav, p-ring og p-sprøjte. En af de ugifte unge kvinder, som er opvokset i Danmark, adskiller sig fra de andre, da hun kender til en lang række af præventionsmidler: P-piller, kondom, spiral, p-ring, p-stang, pessar og p-sprøjte. Omvendt adskiller en gift kvinde sig fra de andre gifte kvinder ved, at hun slet ingen præventionsmetoder kender. Hun har problemer med at få børn og har aldrig selv anvendt prævention. De tyrkiske mænd i studiet nævner kun kondom og p-piller.

De af de ugifte unge, der ikke selv er seksuelt aktive, har en meget begrænset viden omkring præventionsmetodernes virkning og funktion. De har ikke har fået nogen vejledning hos deres egen læge eller fra andet sundhedspersonale. En ugift indvandrerinde på 19, der ikke har ikke har modtaget seksualundervisning i skolen, ved, at kondom er en barrieremetode. Hun kender dog ikke til virkningen af p-piller. Hun forklarer, at *det er en slags pille, folk tager for ikke at få børn. Så vidt jeg ved, så tager man dem et par timer før samvær. Det gjorde min mor i hvert fald.*

De fleste af kvinderne er meget opmærksomme på, at man kan blive gravid, hvis man glemmer at spise p-pillerne.

Der er stor forskel på, hvad kvinderne ved omkring kroppens funktion og reproduktiv sundhed.

Langt de fleste af kvinderne kendte til menstruation, da de fik det første gang. Nogle fortæller dog, at selvom de vidste, at de ville få menstruation, var de ikke helt klar over, hvad det var. En kvinde, der er opvokset i Danmark, fortæller: *Jeg vidste det ikke, fordi jeg fik min menstruation, da jeg var 14. Jeg fik altid smerter i maven, og min mor sagde, at det sker snart. Men hvad, der skulle ske snart, det vidste jeg ikke noget om.*

Ligesom for mange af de andre kvinder, var det hendes søster, hun spurgte til råds omkring menstruation. Kun de få, der har gået i dansk folkeskole, fik kendskab til menstruation i skolen.

Syv af kvinderne, der er mellem 32-45 år og opvokset i Tyrkiet, fortæller, at de ingenting vidste om menstruation, før de fik det.

Nogle af de gifte kvinder kender til kvindens cyklus, og til hvordan man bliver gravid, og hvornår en kvinde kan blive gravid. Én kvinde fortæller, at hos lægen lærte hun om ægløsning og graviditet: *... når man får menstruation, så efter 14 dage, bliver ægget løsnet... han har fortalt sådan noget. Så vidste jeg, at det er sådan, man bliver gravid.*

Mange af både de gifte og de ugifte kvinder har dog ikke den basale viden om kroppens funktion med hensyn til graviditet og kvindens cyklus. En af de unge ugifte kvinder, fortæller, hvornår man kan blive gravid, og hvornår man får ægløsning: *Altså, jeg har hørt fra mine veninder herfra, at ti dage efter man har ophørt med menstruation [kan man blive gravid]. Det har jeg hørt, fordi min veninde er blevet undersøgt... Jeg tror, det er under menstruation, at man får ægløsning.*

Mange kender til kvindens cyklus, men det er de færreste, der ved hvornår, en kvinde kan blive gravid i cyklussen.

Stort set alle tyrkerne har kendskab til, hvor og hvordan man kan få fat på prævention i Danmark. En af de unge ugifte kvinder, der har boet i Danmark i tre år, er undtagelsen.

Den viden, som de gifte og fraskilte kvinder har i dag omkring prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed, var langt fra noget, alle havde, da de blev gift. Én af de fraskilte kvinder fortæller, at hun er kommet langt og har udviklet sig meget, siden hun som 19-årig blev gift og ikke vidste meget om seksualitet og prævention. Dette afspejler hovedandelen af de giftes og fraskiltes historier og erfaringer. Mange af kvinderne fremhæver således, hvor lidt de vidste om seksualitet, prævention og kroppens funktion, da de først blev gift. En 32-årig skilt indvandrerkvinde siger: *Jeg var meget genert, og jeg vidste ikke, hvad jeg skulle gøre, når jeg skulle sove med min mand...Jeg vidste ingenting, dengang jeg blev gift. Heller ikke hvordan, man blev gravid. Men efter tre måneder var jeg gravid.*

En 45-årig gift indvandrerkvinde fortæller, at hun følte sig vred, fordi hun ingenting viste: *Jeg sov der ved siden af min mand, som var fremmed for mig. Og hvad skulle jeg gøre med den mand?*

En 29-årig indvandrerkvinde fortæller, at da hun først blev gift, kendte hun intet til præventionsmidler, til kvindens cyklus eller til hvornår en kvinde kan blive gravid. *De siger bare, man bliver gravid lige med det samme. Én dag. Hvis man kommer i seng med en mand, så bliver man gravid.* Denne kvinde er også ked af den manglende viden, hun havde omkring graviditet og fødsel første gang, hun blev gravid. Hun vidste for eksempel ikke, at hun ikke måtte løfte tunge ting. Da hun så løftede tunge ting, og barnet ville ud for tidligt, vidste hun ikke, at det var veer, hun mærkede. Der var ikke nogen, der havde fortalt hende det, og hun havde ikke selv spurgt nogen.

3.3.2 Forskelle i viden

Flere af de kvinder, der selv kommer fra byen, fremhæver, at der er store forskelle i vidensniveauet og holdningerne blandt tyrkerne i forhold til, om de er fra landet eller byen i Tyrkiet. Generelt udtrykker de, at der er stor åbenhed i byerne, og at folk her har en stor viden om prævention. I de små byer får man ikke så meget information, og der er ikke så stor åbenhed i forhold til at tale om prævention og seksualitet. En 29-årig gift kvinde, der selv er opvokset i Danmark, siger: *Altså, man skal forstå det på den måde, at det er ikke alle, der ikke ved noget. De er meget forskellige. Der er nogle, som kommer fra byen, som ved alt, og som er opvokset i Danmark. Men så er der dem, som kommer fra landet i Tyrkiet. De ved slet ikke noget om det. I Tyrkiet er det flovt at snakke om det... Jeg er sikker på, at de fleste af dem, der ikke ved noget, kommer fra landet, for man snakker overhovedet ikke om den slags på landet i Tyrkiet, ikke indtil man er forlovet og sådan noget...*

Nogle påpeger også en forskel i vidensniveauet og holdninger til seksualitet og prævention blandt tyrkerne fra byerne i Tyrkiet og tyrkerne, der bor i Danmark. Tyrkerne fra byerne i Tyrkiet har mere viden og er mere åbne i forhold til at tale om prævention og seksualitet end de tyrkere, der bor i Danmark.

3.3.3 Beslutning og ansvar vedrørende prævention

Af interviewene med kvinderne i denne undersøgelse fremgår det, at beslutningsprocessen omkring at bruge prævention og valget af præventionsmetode er en kompliceret proces, hvori der indgår mange faktorer, overvejelser og barrierer. I dette afsnit skal det belyses, hvilke erfaringer kvinderne har med præventionsbrug, og hvilke tanker og overvejelser de har omkring præventionsvalg, herunder tanker omkring sundhed, egne og andres erfaringer og ægtefællens og den øvrige families holdning til præventionsbrug.

Flere af kvinderne bruger spiral. Nogle er glade for det, da de mener, det er sikkert, og man ikke skal huske på det hver dag som med p-piller. Andre har ikke lyst til at bruge spiral blandt andet med begrundelsen, at det er underligt med et fremmedlegeme i kroppen, mens en enkelt har haft udebleven menstruation på grund af spiralen.

Flere har i perioder brugt kondom og har været tilfreds med det. Det er dog en generel opfattelse og erfaring hos kvinderne, at det er svært at få manden til at bruge kondom. Én af kvinderne fortæller om sin rationalisering i forhold til valget om at bruge spiral: *Ja, jeg siger, jeg skal have spiral. P-piller glemmer man. Hvis man glemmer en dag, så bliver man gravid, siger de. Kondom kan alle mænd ikke lide. Så må jeg hellere tage spiral på.*

Sundhedsmæssige overvejelser omkring, hvad der er bedst for kvindens krop, indgår i flere af kvindernes overvejelser om præventionsmetoder. Det er især p-piller som fravælges i denne forbindelse. Mange af kvinderne har enten haft dårlige erfaringer med at bruge p-piller eller har slet ikke lyst til overhovedet at prøve dem. Nogle nævner, at de fik bivirkninger som vægtforøgelse, psykiske problemer eller kraftige menstruationer. Én kvinde fortæller: *Jeg har brugt p-piller i lang tid, men jeg syntes, at jeg blev overvægtig af det, og man bliver psykisk dårlig af det, og man får også hår på kroppen. Der er så mange reaktioner.* For mange skyldes fravalget af p-piller, at det er svært at huske at tage en pille hver dag, og på grund af dette er usikkerheden ved at bruge dem stor. En 39-årig fraskilt indvandrerkvindes siger: *Jeg har brugt spiral. Jeg kan ikke lide p-piller, fordi jeg glemte dem. Det er for farligt.*

Afbrudt samleje er en meget udbredt præventionsform blandt deltagerne i studiet. Denne præventionsmetode beskrives ofte på følgende måde: *... det er manden, der beskytter sig selv. Det er ham, der kontrollerer.* Det er mange af kvindernes erfaring, at det er den præventionsform, manden foretrækker.

Ikke bare kvindernes egne erfaringer, men også veninders eller familiemedlemmers erfaringer har betydning for valg og fravalg af præventionsformer. Især bliver mange fravalgt gjort på grund af veninders eller familiemedlemmers dårlige erfaringer med metoderne. En 24-årig indvandrerkvindes, der selv bruger spiral, tror ikke på sikkerheden i at bruge hverken kondom eller p-piller. Hun har hørt om flere af sine tyrkiske veninder, der er blevet gravide på trods af, at de brugte disse præventionsformer.

En ung ugift pige, der endnu ikke selv har erfaring med brug af prævention, fortæller, at hun ikke vil bruge p-piller før efter hendes første fødsel, da hun har hørt fra mange i hendes omgangskreds, at hvis man spiser p-piller inden, man har født, så er det svært at få børn senere. To af de ugifte kvinder, der endnu ikke selv har erfaring med brug af prævention, gør sig overvejelser om, hvor vigtigt det er, at der bruges prævention, hvis man går i seng med hinanden: *Hvis de skal gøre [have samleje], så skal de bruge [prævention], hvis de ikke skal have børn.*

Der er forskel mellem viden og handlen, og selvom kvinderne kender til prævention, er det ikke altid, at der anvendes noget. En ung indvandrerkvindes, der selv er meget vidende omkring præventionsmetodernes virkning og funktion, fremhæver dette paradoks, at selvom mange ved noget, handles der ikke på det: *... man ved det godt, men fordi man ikke handler, på det man ved... og måske mangler der også [viden] fra bunden. Altså, det er svært at sige, man ved det godt, men man gør det bare ikke.* Hun forsøger at forklare dette ud fra sine egne erfaringer. *I begyndelsen af et forhold bruger man kondom, men ikke efter et år... Jeg bygger forhold på tillid, og hvis man ikke kan gøre det, så synes jeg, at det kan være lige meget.* Denne kvinde blev gravid og fik en abort, da hun var 17. Dengang havde hun ikke brugt prævention i et år. Hun tænkte: *Det sker ikke for mig, men hos naboen.* Det var ikke fordi, de ikke vidste, hvordan man beskytter sig: *Det smuttede bare.*

Mange af kvinderne har selv taget beslutningen om præventionsmetode, mens flere nævner, at de har taget beslutningen sammen med deres mand. Flere lægger vægt på, at manden og kvindens forhold er af stor betydning for valget om at anvende prævention.

Én ung kvinde, der selv er opvokset i Danmark, mener i denne forbindelse, at den høje abortkvotient blandt indvandrerkvinder i Danmark skyldes en kombination af, at kvinderne ikke ved nok om prævention – især hvis de kommer fra landet i Tyrkiet – og at mændene bestemmer på det område. Jeg tror også, at mændene lige med det seksuelle har mere at sige, end kvinderne har. Kvinderne er nødt til at indordne sig, og de har måske heller ikke så meget viden, og de er vant til, at manden er overhovedet.

En anden kvinde mener, at den høje abortkvotient kan skyldes både uvidenhed, som har at gøre med hvor meget information, man har fået hjemmefra og ubevidsthed, som kan skyldes, at man ikke taler med sin ægtefælle om prævention: *Ægtefællerne taler ikke nok om, hvad det er, de vil... der er ikke nok planlægning.*

Netop denne kombination af manglende viden og det, at man ikke kan tale med sin ægtefælle om prævention, udgjorde en barriere for præventionsvalg hos en af kvinderne. En 29-årige gift indvandrer kvinde beskriver, at det var svært for hende at tale med sin mand om prævention i starten af ægteskabet, da de knap nok kendte hinanden. Dette, i kombination med at hun ikke kendte til nogen præventionsmidler, gjorde, at det var ham, der besluttede at de skulle bruge afbrudt samleje. Han mente, at kondomer er farlige for mænd. *Det ved jeg ikke [hvad hendes mand vidste om prævention, da de blev gift]. Jeg blev måske også genert, jeg har heller ikke spurgt om noget. Det var kun noget med, han siger, man skal ikke have kondom. De siger, det er farligt for mændene... Han sagde, jeg beskytter mig... jeg kender heller ikke til kondom og sådan nogle ting. Han siger, jeg skal nok passe på.*

Et par af kvinderne fremhæver også at i forhold til valget af prævention, er det vigtigt, hvor meget manden ved om dette. Det kan for eksempel være et problem, hvis en kvinde kommer fra landet i Tyrkiet til Danmark og ikke ved noget om prævention, og hvis manden også selv er kommet til Danmark få år tilbage og heller ingen viden har. Én af kvinderne nævner, at hun har været meget glad for sin mands store viden om prævention. Han har tidligere været gift med en dansker og havde en stor bevidsthed omkring dette. *Han er meget mere bevidst, end jeg er om forskellige præventionsmuligheder... Det har jeg meget gavn af, at han har meget erfaring med det. Hjemme hos mig er det sådan, at man taler om tingene. Det er noget, man tager op på bordet og snakker om. Det er ikke noget, jeg på egen hånd søger, eller gør eller finder ud af.*

Flere af kvinderne har oplevet, at svigerfamilien har spillet en stor rolle i deres valg omkring familieplanlægning. Én kvinde fortæller om, hvor isoleret hun var, da hun først kom til Danmark og ikke kunne sproget og blev holdt hjemme af sin svigerfamilie, som hun og hendes mand boede hos. Svigerfamilien ville ikke have, at parret skulle få børn og lagde et stort pres på dem for ikke at få dette. En anden kvinde fortæller, at hun gerne vil steriliseres, men det vil hendes mand og familie ikke have, at hun bliver.

3.3.4 Kendskab til kønssygdomme

Alle kvinderne, både de gifte og de ugifte, kender til aids, og hvordan man kan blive smittet med hiv. Nogle, men langt fra alle ved, at man kan bruge kondom for at beskytte sig mod sygdommen.

Flere af kvinderne fortæller, at man i Tyrkiet fokuserer meget på at informere omkring aids og beskyttelse mod aids blandt andet gennem tv-udsendelser og i skolen.

Flere af kvinderne har selv haft overvejelser omkring sygdommen. For eksempel fortæller én, at hun har været meget bange for sygdommen, da hendes mand har været hende utro med en prostitueret, der viste sig at være smittet. Hendes mand har, inden de blev gift, været sammen med prostituerede, men hun mente ikke, der var nogen fare dengang, for manden så jo ikke syg ud.

Kun få af kvinderne kender til andre kønssygdomme, og der nævnes svamp og herpes.

Kun én kvinde nævner, at hun gerne ville beskytte sig mod kønssygdomme ved kondombrug, da hun først indledte et forhold til en mand. Der er ikke andre af de tyrkiske kvinder i undersøgelsen, der har overvejet dette på trods af, at mange fortæller, at deres mand havde mange seksuelle forhold, før han blev gift. En enkelt af deltagerne er selv blevet testet for kønssygdomme.

En af de unge kvinder siger, at mænd generelt ikke er villige til at bruge kondom, og hun mener ikke, at unge i dag tænker på at beskytte sig mod aids.

3.3.5 Erfaringer med og holdninger til provokeret abort

I princippet er næsten alle kvinderne og mændene i studiet imod provokeret abort, og de fleste af kvinderne kunne ikke selv forestille sig at få abort. Dette er ofte med reference til islam, at kvinderne og mændene fortæller, at abort er forbudt. Mange siger, at de er imod abort af både personlige og religiøse grunde. Mange understreger også vigtigheden af at forebygge mod uønsket graviditet. En 40-årig fraskilt indvandrerkvindes ord lyder: *De skal tænke før, de bliver gravide. Det er som at slå mennesker ihjel, 100 % forbudt.*

Men hvis man er i en svær situation med mange børn, og man ved et uheld bliver gravid, vil flere af kvinderne dog vælge abort. En 29-årig gift indvandrerkvindes ord lyder: *Fosteret er jo levende i dig. Det er ligesom et mord, synes jeg. Ok, men hvis man har to børn med et års mellemrum og bliver gravid en tredje gang ved et uheld – for eksempel kondomet går i stykker – så er det ok, at man får en abort.*

En anden af indvandrerkvinderne, der allerede har tre børn, er selv i den situation, at hun uønsket er blevet gravid: *Jeg har ikke prøvet før, hvordan det er – men især når man har mange børn, så... hvad skal man gøre?* Hendes mand, mor og svigermor tillader dog ikke, at hun gør det: *Den her gang, jeg siger, jeg skal lave abort. Min mand siger nej – hvis du skal lave abort, så må du ikke komme hjem... Det siger hele min familie. Jeg ville have en abort, men de siger nej. Det må du ikke.*

Kun en enkelt af kvinderne i studiet fortæller, at hun havde fået en provokeret abort, fordi hun var blevet gravid i en meget ung alder. Da hun dengang ikke mente, det var en mulighed for hende at få barnet, var det ikke en svær beslutning at få abort. ... *jeg vidste jo, jeg ville have en abort...*

Flere af kvinderne i studiet har selv fået abort eller kender nogle, som har det, på grund af, der har været noget i vejen med barnet, eller der har været en risiko for mors eller barns sundhed forbundet med graviditeten.

Blandt de tyrkiske kvindelige informanter er der således klare principielle holdninger mod abort. Samtidig udtrykker flere af informanterne dog forståelse for, at der kan være konkrete tilfælde, hvor abort kan være den eneste løsning.

3.4 Informationskanaler og tilegnelse af viden

I dette afsnit skal det belyses, hvor og hvordan kvinderne har erhvervet sig viden om prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed, herunder hvilke barrierer der måtte være for at tilegne sig yderligere viden om disse emner.

3.4.1 Undervisning

Som det tidligere blev beskrevet, kendte mange af de gifte kvinder intet til prævention eller reproduktiv sundhed, da de først blev gift. Én af grundene til dette er, at langt de fleste af de tyrkiske kvinder og mænd, der er opvokset i Tyrkiet, aldrig har modtaget nogen formaliseret form for undervisning hverken med hensyn til seksualitet, kroppens funktioner, graviditet eller prævention. Mange af kvinderne påpeger, at det er fordi, de kun har omkring 5 års skolegang. Og som én af kvinderne fortæller: *Det var hemmeligt dengang.* En enkelt kvinde på 38, der først for nylig er kommet til Danmark, er undtagelsen. Hun gik på gymnasium i Tyrkiet og fortæller, at hun her fik lidt undervisning omkring disse emner. Flere fortæller, at det først er inden for de seneste år, at der er kommet en formaliseret seksualundervisning i Tyrkiet.

Selvom viden stilles til rådighed, kan kulturelle antagelser, omat viden om seksualitet ikke er relevant, så længe man ikke er gift, gøre, at det er svært at tilegne sig denne viden.

En 29-årig kvinde, der kom til Danmark i den tidlige pubertet, oplevede sådanne sociale regler og normer for, hvad der er accepteret at få viden om. Kvinden fik undervisning i folkeskolen i Danmark, hvor hun gik i en klasse for indvandrere. Hun fortæller, at hun faktisk ikke fik noget ud af denne undervisning, da seksualitet og prævention i den vennegruppe, hun gik i, ikke var noget, man skulle interessere sig for: *Der var drenge, der gik i den anden klasse, og pigerne gik i den anden klasse. Så kan jeg huske læreren, der kom med nogle agurker eller gulerødder. Så vi blev generte, vi kunne ikke høre efter... Der var nogle, der var meget nysgerrige, de skal høre efter. Men vi venner, vi gider ikke høre efter.* På trods af at hun havde modtaget denne undervisning, vidste hun således i starten af ægteskabet ikke noget om prævention eller reproduktiv sundhed.

3.4.2 Sundhedsvæsenet

De tyrkiske kvinders primære kontakt i det danske sundhedssystem er den praktiserende læge. Til spørgsmålet om, hvor kvinderne vil gå hen, hvis de mangler råd omkring prævention, seksualitet og prævention svarer stort set alle både gifte og ugifte kvinder, at de vil gå til deres egen læge. Hovedandelen af de tyrkiske kvinder og mænd i studiet kender ikke andre muligheder for at få oplysning omkring disse emner.

Nogle af kvinderne har selv henvendt sig til lægen med spørgsmål om prævention, inden de har fået børn. Der var ikke nogen af de tyrkiske deltagere, der har oplevet, at lægen selv henvendte sig med oplysning omkring prævention eller seksualitet, før de har været gravide. De ugifte, der ikke selv har et seksualliv, har aldrig talt med deres læge eller andre sundhedsprofessionelle om prævention. Lægen har heller ikke selv henvendt sig til dem om prævention. For de fleste af kvindernes vedkommende betyder det ikke noget, om lægen er en kvinde eller en mand, men adspurgte foretrækker de fleste kvinder dog en kvindelig læge.

Det er karakteristisk, at mange af de gifte kvinder, der aldrig har modtaget undervisning omkring prævention, først har fået professionel vejledning om dette efter deres første fødsel i Danmark eller i forbindelse med, at de blev gravide. Denne information har de fået enten af lægen, jordemoderen eller sundhedsplejersken. I nogle tilfælde er det sundhedspersonalet, der har taget initiativ til at tale omkring prævention efter en fødsel. Det er også i denne forbindelse, at mange finder ud af, hvordan man får adgang til prævention i Danmark. Enkelte af de gifte kvinder, der brugte prævention, inden de kom til Danmark, har talt med deres læge i Tyrkiet.

Flere har været i kontakt med speciallæger, som for eksempel gynækologer i forbindelse med barnløshed eller ved problemer med visse præventionsformer.

Mange udtrykker tilfredshed med den praktiserende læges rådgivning om prævention og reproduktive forhold og har besluttet sig for bestemte præventionsformer efter denne rådgivning. *Min egen læge, han er god. Hvis jeg har problemer, kan jeg godt snakke med ham. Han fortæller mig, hvad jeg skal gøre.* Andre har ikke været tilfredse og nævner forhold som, at rådgivningen har været for overfladisk, eller lægen ikke tog dem alvorligt.

Det er et stort problem for mange af kvinderne, at de ikke har eller ikke har haft kendskab til karakteren af tilbuddene i sundhedsvæsenet og til deres rettigheder i forbindelse med kontakten til lægen.

Én af kvinderne vidste for eksempel ikke, at lægen har tavshedspligt også overfor hendes mand. Hun vidste heller ikke, at hun godt kunne få lavet en abort uden mandens vidende. Hun forklarer, at i Tyrkiet er det sådan, at man skal have sin mand eller et familiemedlem med for at få foretaget en abort. Hun havde fået aftalt en tid til at få foretaget abort, men: *Så siger min mand nej. Så gik jeg igen til lægen efter en måned, og han sagde, at du kan sagtens komme til mig, uden din mand ved det. Du skal ikke sige til ham, du er gravid, så kan vi lave abort lige med det samme, uden at han ved det. Jeg sagde, hvordan uden han ved det. Skulle han ikke komme og skrive en underskrift. Så siger han nej.*

Flere af kvinderne påpeger, at en del af dette problem er, at kvindens ægtefælle ofte fungerer som tolk, når kvinden er til læge. På denne måde kan kvinden ikke tale fortroligt med lægen, uden at manden får det at vide. Et andet problem, med at ægtefællen fungerer som tolk, kan være, at manden ikke får oversat alle informationerne til kvinden. Én kvinde fortæller, at hun ikke var blevet informeret af de danske læger om, hvordan hendes fødsel skulle foregå, ligesom hun heller ikke fik oplysning omkring prævention efter fødslen. Hun spurgte ikke selv lægen om prævention... *fordi dengang så fulgte min mand med mig, for han kunne dansk.* Og som en anden kvinde fortsætter: *... hvis kvinden ikke kan tale dansk, så er det manden, som får information, og det er noget, som han selv ikke er interesseret i, og han fortæller heller ikke til sin kone om det... De fleste mænd kommer ikke for at høre, hvad det handler om, eller hvad de skal. De synes, at det er uinteressant.*

3.4.3 Det sociale netværk

For mange af både de gifte og de ugifte kvinder er veninder og familiemedlemmer en vigtig kilde til viden om prævention og reproduktiv sundhed, og det er ofte med reference til bekendte, at kvinderne fortæller om deres viden om emnerne. Generelt viser interviewene, at kvinderne godt kan tale med deres veninder omkring prævention og på denne måde udveksle erfaringer.

Flere af kvinderne fortæller, at de blev informeret omkring seksualitet af veninder og familie lige inden, de blev gift. Andre har kunnet tale med familie eller veninder om menstruation, prævention, seksualitet og lignende også inden, de skulle giftes. Også én af de ugifte unge piger fortæller, at hun i Danmark ikke har fået information om prævention, hverken gennem fjernsynet eller på den sprogscole, hvor hun går. Men når veninder og kusiner samles, så kan de godt snakke om sådanne ting og spørge hinanden. Fra disse samtaler ved hun, at kvinderne i hendes familie bruger spiral og p-piller. Hun har også hørt, at mændene ikke kan lide at bruge noget.

En anden af kvinderne understreger, at man i Tyrkiet godt kan tale om prævention. Især i byerne taler kvinderne meget om prævention og planlægning af børn. I hendes familie, især blandt hendes søskende, har de været meget åbne omkring at tale om prævention, og hun har også spurgt sine søskende til råds. Det er ligeledes noget, hun også taler meget med sin mand om.

En ung ugift kvinde fortæller, at det især er hendes ældre kusiner, hun kan spørge om prævention. Det var også en kusine, hun fortalte det til, da hun fik menstruation første gang og var meget genert i forhold til at fortælle andre det.

Både de yngre og de lidt ældre af kvinderne fremhæver, at det er vigtigt at tale med deres børn om prævention, og det er i det hele taget vigtigt for dem, at børnene ved noget om prævention. De ønsker ikke, at deres børn er så uvidende, som de selv følte, de var. En af kvinderne siger i denne forbindelse: *Jeg skal nok fortælle til dem, de skal ikke være ligesom mig.* Flere fortæller dog, at selvom de gerne vil snakke med deres børn om disse emner, er børnene ofte generte i forhold til at tale med forældrene. Til gengæld påpeger mange, at deres døtre og sønner ved det hele fra folkeskolen, og de er alle meget positive overfor den viden, som børnene her opnår.

Det kan for mange af kvinderne være svært at få information andre steder fra end fra andre tyrkere. Mange af kvinderne – både dem, som har været her kort tid og dem, som har været her i mange år – har svært ved at tale og forstå dansk. En ung kvinde, der selv er opvokset i Danmark, påpeger, hvor svært det er for kvinderne at bruge de oplysninger, de får, når ikke de kan sproget: *... her kan de ikke sproget, og så er det svært for dem at skelne mellem hvad, som er hvad. Fordi, selvfølgelig er der mange oplysninger, men du skal jo kunne sproget, før du forstår.*

En anden kvinde, der er kommet til Danmark for nylig, nævner, at netop den daglige kommunikation, hvor man kan få viden ved at tale med andre mennesker, er svær, når man ikke kan sproget.

Selvom det er udbredt at tale med sin familie og veninder omkring prævention og reproduktiv sundhed, er der sociale normer for og begrænsninger i forhold til, hvad der er accepteret at søge oplysning om og tale om. Disse eksisterer også blandt de gifte kvinder. Flere af kvinderne forklarer, at for mange tyrkiske kvinder er det tabubelagt at tale om prævention og seksualitet: *Nej, tyrkiske kvinder, de bliver generte... De siger: Ved I ikke, hvordan man går i seng med sin mand, ved I ikke, hvordan man beskytter sig. Der er ikke så mange tyrkiske damer, der vil lære noget... Tyrkiske damer, de er stadig generte overfor deres mand. De kan ikke fortælle noget om kondomer, de kan ikke fortælle, når de har menstruation.* Samtidig fremhæver kvinderne, at der er forskel på de yngre piger, som er vokset op i Danmark, og de kvinder, som i en forholdsvis sen alder bliver familiesammenført til Danmark. En 29-årig gift kvinde siger: *Dem, der kommer i min alder fra Tyrkiet, de er stadig generte. Men dem, der er født [i Danmark] ligesom min lillesøster, de er ikke generte.*

3.4.4 Medier

Generelt benytter de tyrkiske deltagere dog hovedsageligt tyrkiske medier i Danmark. Især blandt de tyrkere, som ikke er opvokset i Danmark, er det i høj grad tyrkiske informationskanaler så som fjernsyn, radio og avis, som benyttes i det daglige. De tyrkiske medier er som oftest produceret i Danmark eller i Tyskland.

Flere læser desuden danske aviser, ser danske nyheder i fjernsynet og enkelte læser danske bøger lånt på biblioteket. Kun meget få anvender internettet til generel informationssøgning, men flere fortæller, at deres sønner og døtre anvender internettet.

Ingen af de tyrkiske deltagere anvender medier til decideret at søge information omkring prævention eller reproduktiv sundhed.

3.5 Nye informationsinitiativer

I dette afsnit belyses de tyrkiske deltageres behov for, ønsker og forslag til nye informationsinitiativer omkring prævention og reproduktiv sundhed.

Ligesom der var forskel mellem kvinderne i forhold til deres viden om prævention, udtrykker kvinderne også forskellige behov for rådgivning om information. Enkelte sagde, at de ikke har brug for mere information end den, de allerede har fået. Mange kvinder understreger, at de gerne ville have vidst mere, da de først kom til Danmark og var nygifte. Én kvinde siger: *Inden du bliver gift, skal der skal være et sted, hvor de skal fortælle til dig, hvordan man skal beskytte sig, hvordan man skal gøre.* En anden af kvinderne reflekterer over sin manglende viden, da hun blev gift og hendes ønske om at have vidst noget dengang: *Jeg blev gift som så mange andre med en mand, som jeg aldrig har kendt. Og hvis det var i dag, jeg blev gift, så ville jeg gerne have al den viden, jeg kunne få inden. Og jeg ville også have mere at sige selv - vil jeg have børn og hvor mange børn, hvordan kan jeg beskytte mig, og hvad betyder sex - ja det hele. Jeg ville vide det hele.*

Én af de unge ugifte indvandrerkvinder vil meget gerne vide mere om prævention, og hvordan det virker: *Det, jeg er meget nysgerrig efter at vide, er, om pillerne virker 100 %. Og hvor mange timer, det virker – når jeg spurgte dem [veninder og kusiner] sagde de, at de tog en pille hver aften...Spiral for eksempel hvordan den virker?* Mange, der ikke har været tilfredse med de præventionsformer, de har anvendt, ønsker råd og vejledning omkring alternative metoder. Nogle nævner også, at de gerne vil vide mere omkring kønssygdomme.

Der er mange forskellige forslag og ønsker til, hvordan rådgivning omkring disse emner kan gennemføres. Et gennemgående tema for en stor del af kvinderne er, at personlig vejledning i form af undervisning eller hjemmebesøg er den bedste måde at formidle viden omkring prævention, seksualitet, kønssygdomme og reproduktiv sundhed. En 25-årig ugift indvandrer kvinde udtrykker, hvad mange af de andre kvinder også er inde på: *Jeg tror, det er bedst at tale personligt med folk, ligesom vi gør nu. Jeg tror, man skal opsøge kvinderne personligt på deres eget sprog. Jeg tror, det er en spiraleffekt – hvis én ved det, så den næste ved det, for hun vil fortælle det videre. I sådanne sammenhænge er kvinderne også mere frie og åbne og tør spørge mere, hvorimod hos deres egen læge tror jeg ikke, at de tør spørge om så meget, for de er generte. Hvis det foregår der, hvor kvinder mødes, og de føler, at de kan have tillid til den person, som vil fortælle dem om prævention, så er det noget, der rykker.*

Som denne og mange af de andre kvinder udtrykker, er det vigtigt, at undervisningen foregår på kvindernes eget sprog, eller at der er en tolk med til undervisningen. En stor del af de tyrkiske kvinder – også dem, der har været her i mange år – taler ikke godt nok dansk til at forstå sådanne emner.

Denne kvinde er også inde på noget essentielt i forhold til formidlingen af viden. Prævention og reproduktiv sundhed er emner, som ofte kan være tabubelagte. Derfor er et tillidsfuldt miljø vigtigt i forhold til tilegnelse af viden. Endnu en fordel ved mundtlig formidling er, at man kan stille spørgsmål, hvis der er noget, man er i tvivl om.

Mange nævner undervisning på sprogskolen som et sted, hvor mundtlig vejledning og undervisning kunne foregå. Dette kunne ske enten ved skolens lærere eller ved, at en person udefra kom og underviste. Andre nævner indvandrerklubber. Et par af kvinderne nævner også, at det ville være en god ide, hvis der kom en sygeplejerske i hjemmet. Denne kunne man så spørge om prævention. En af de unge kvinder, der selv går i folkeskolen, nævner også, at det ville være godt, hvis der kom nogle ud på skolerne og fortalte.

Stort set alle kvinder, som nævner undervisning i disse emner, siger også, at en sådan undervisning skal opdeles på mænd og kvinder. Nogle forklarer, at grunden til dette er, at mange er generte overfor mænd fra deres eget land eller i nogle tilfælde overfor indvandrermand generelt. Én fraskilt indvandrerkvinde på 39 år siger: *Ved siden af danske mænd er de udenlandske kvinder ikke generte. Ved siden af udenlandske mænd, tyrkiske mænd for eksempel, bliver de generte... fordi udlændingene kender næsten alle sammen hinanden, og så snakker de.*

Mange nævner også skriftlig information i form af brochurer som en god idé. Alle de, der nævner dette, understreger samtidig vigtigheden af, at informationen også sker på tyrkisk eller på andre sprog til personer fra andre lande. Forslag til, hvor man kan stille sådanne brochurer, er biblioteker, på mødesteder, hos de privatpraktiserende læger, på hospitaler, jordemodercentre og apoteker. En 39-årig kvinde, der har været i Danmark i 27 år, siger: *Jeg læser godt, men jeg kan ikke helt forstå. Det er for svært.*

Enkelte nævner, at også tv og radio er gode steder at modtage information. Andre er dog inde på, at da de fleste tyrkere generelt anvender tyrkiske medier, er dette et vanskeligt sted at give information.

En enkelt af de unge kvinder nævner en video som et godt medie til at informere.

En anden af de unge kvinder skelner mellem formidling til de unge og til de ældre. Hun mener, der skal helt andre midler til hos de unge, som jo ved meget om prævention. Internettet og musik er nogle af medierne, de unge bruger. Man kan for eksempel anvende musik i en kampagne, eller anvende nogle af de ord og udtryk, som unge bruger. Eller reklamer, som fanger og har flotte farver. Tingene skal ikke stå for kompliceret eller med for meget tekst.

Stort set alle kvinder mener, at det er vigtigt at give information til både mænd og kvinder. Mange påpeger dog problemer i forhold til mændenes villighed til at tilegne sig viden. En kvinde mener ikke, at mændene er åbne, hverken overfor at bruge kondom eller at snakke om prævention. Hun siger: *... jeg tror ikke, at vi [unge piger] føler, at vi er to om det, for vi føler måske, at manden ikke er åben.* Derfor mener hun, at man skal starte med at informere kvinderne. *Jeg tror, at man skal starte med kvinderne, fordi de er helt sikkert mere åbne for det, fordi det er jo dem, det går ud over.*

En af kvinderne nævner, at det er svært at få kontakt til kvinderne – især hvis de er isolerede og samtidig har problemer i deres ægteskab. En af indvandrermandene mener, at det er svært at nå de unge, da han mener, at de har tilstrækkelig faktuel viden, men at de ikke bruger den i praksis. Han siger: *Jeg tror ikke, du kan nå dem. Du kan ikke forklare dem det... De har mere forstand på det, end du har*

3.6 Sammenfatning

Det er karakteristisk for de tyrkiske deltagere, at de stort set udelukkende danner par med andre tyrkere. Indgåelse af ægteskab har i de fleste tilfælde været forbundet med en familiesammenføring, og som oftest er det kvinden, der er blevet familiesammenført til manden, som allerede var bosat i Danmark.

Alle de tyrkiske informanter udtrykte ønske om at planlægge en familie med 1-3 børn. De fleste gav udtryk for, at det simpelthen er for vanskeligt at opdrage og passe mange børn. Stort set alle ønsker således en eller anden form for familieplanlægning.

De moderne præventionsmetoder, som de tyrkiske deltagere kender til, er især kondom, spiral, p-piller og sterilisation. Mange har enten tidligere anvendt eller anvender nu en eller flere af disse præventionsformer. Endvidere er afbrudt samleje en meget udbredt metode blandt tyrkerne. Der er ingen af deltagerne, der selv anvender eller kender til sikre perioder. Meget få har kendskab til andre af de moderne præventionsmidler som for eksempel p-stav, p-sprøjte, pessar og p-ring, og ingen har selv anvendt nogen af disse metoder. Mange af både de gifte og de ugifte mangler en basal viden omkring præventionsmetodernes virkning og funktion og omkring reproduktiv sundhed. Det er en erfaring hos kvinderne, at det er svært at få manden til at anvende kondom.

Da størstedelen af kvinderne aldrig har modtaget formel undervisning i prævention og reproduktiv sundhed, bygger megen af personernes viden omkring disse emner på udsagn fra venner og familiemedlemmer. Da det sociale netværk for de flestes vedkommende består af andre tyrkiske indvandrere, får personerne information fra disse, som måske heller ikke har nogen særlig kontakt til det danske samfund. Efterkommerne og nogle af kvinderne og mændene, der kom til Danmark som helt unge, er undtagelserne – de har modtaget undervisning i den danske folkeskole og har på baggrund af dette en større viden om prævention.

Social udsathed er et gennemgående tema for de tyrkiske deltagere, der i høj grad har betydning for valget af præventionsmetode, og som i sidste ende gør, at kvinderne ofte ikke har et reelt valg i forhold til prævention. Det kommer til udtryk ved den ovennævnte begrænsning af det sociale netværk til andre tyrkere, men ligeledes gennem det forhold, at kvinderne ofte har svært ved at tale med deres ægtemænd om seksualitet og reproduktive forhold.

Generelt set har mange af de tyrkiske deltagere endvidere svært ved at kommunikere på dansk, hvilket vanskeliggør tilegnelse af viden. Det er især de tyrkiske kvinder, der har et forholdsvist begrænset kendskab til det danske sprog, hvilket gør dem ekstra afhængige af deres mand.

Mange har i perioder oplevet arbejdsløshed. Flere føler sig isolerede, og da de fleste som nævnt har et socialt netværk, der stort set udelukkende består af andre tyrkere, giver dette en begrænset kontakt til det danske samfund og dermed en begrænset mulighed for opnå viden om og gøre brug af de sundhedstilbud, der eksisterer.

Deltagerne skelner klart mellem dem, der er fra landet i Tyrkiet og dem, der kommer fra byerne. De, der selv stammer fra byerne i Tyrkiet, fremlægger sig selv som mere vidende og åbne i forhold til prævention og seksualitet i forhold til dem fra landet. I byerne får man mere information, og det er mere accepteret at tale om disse emner. Omvendt udtrykker dem fra landet, at det er i byerne, at sex før ægteskab forekommer.

Religion synes ikke at have nogen betydning for valget af præventionsmetode, men religion har derimod stor betydning for holdningen til seksualitet. Med reference til islam er seksualitet uden for ægteskab uacceptabelt for stort set alle de tyrkiske deltagere i studiet. Hvor størstedelen af de kvindelige deltagere i studiet ikke har haft sex før ægteskabet, er det deres oplevelse, at mange mænd har haft sex før ægteskabet.

Hvor størstedelen af deltagerne har hørt om hiv og aids, er det de færreste, der kan nævne andre kønssygdomme. Flere ved, at kondom kan beskytte mod hiv, men der er samtidig mange af deltagerne, der ikke har kendskab til dette. Overvejelser omkring seksuelt overførte sygdomme er generelt ikke noget, der indgår i forbindelse med beslutningen om præventionsmetode, ligesom det er et emne, der for de fleste af studiets tyrkiske deltagere, ikke har nogen særlig interesse.

Størstedelen af deltagerne er imod abort, og dette er ligeledes begrundet med, at det er forbudt ifølge islam. Der eksisterer dog blandt flere af tyrkerne en flertydig holdning til abortspørgsmålet, da flere samtidig mener, at abort i visse tilfælde kan være acceptabelt, som for eksempel hvis en kvinde har for mange børn, eller hvis graviditeten er sket på grund af præventionssvigt.

Det er hovedsageligt den praktiserende læge, som tyrkerne har kontakt til i det danske sundhedssystem, og det er til denne, at de fleste vil gå, hvis de har behov for vejledning. De fleste har været glade for vejledningen hos lægen. Mange af de tyrkiske kvinder vil gerne vide mere om præventionsmuligheder og savner råd og vejledning i forhold til, hvad der er det bedste valg for dem. De fleste mener, det hovedsageligt er lægens job at rådgive omkring prævention. Det er dog forholdsvis sjældent, at lægen under en konsultation selv har bragt emner som prævention og seksualitet ind i samtalen. Det er i flere tilfælde ægtefællen, der tolker, ved et lægebesøg. Problemer forbundet med denne praksis kan bestå af, at kvinden ikke kan tale fortroligt med lægen, uden at ægtemanden hører det, og at kvinden ikke får at vide, hvilke tilbud, der eksisterer. Generelt har de tyrkiske informanter et relativt begrænset kendskab til øvrige sundhedstilbud og informationsmuligheder.

For flere af informanterne er tyrkiske medier en vigtig kilde til information omkring prævention og reproduktiv sundhed. I Danmark anvender de fleste tyrkiske medier, og størstedelen får derfor ikke viden gennem danske medier omkring prævention og reproduktiv sundhed.

Ovenstående data peger således på, at der er stort behov for et øget fokus på information og kommunikation om kroppen, prævention og reproduktiv sundhed i forhold til tyrkiske indvandrere med relativ kort skolegang og specielt i forhold til de indvandrere, der ikke er en del af det danske arbejds- og uddannelsesmarked. En stor del af de tyrkiske deltagere peger på mundtlig information og undervisning som en metode til at forbedre informationsindsatsen. Gennem personlig kommunikation kunne der tages højde for de kulturelle og sociale faktorer, og der kunne tages hensyn til sproglige forudsætninger og det eksisterende vidensniveau. Det er også tydeligt, at den praktiserende læge og sundhedsplejersken må spille en vigtig rolle i en sådan forebyggelsesindsats. Hvis der benyttes skriftlig information, bør dette være på tyrkisk, da mange endnu ikke er gode nok til dansk til at kunne få tilstrækkeligt ud af dansk information.

4 De pakistanske kvinder og mænd

4.1 Deltagernes baggrund

I dette afsnit beskrives de pakistanske deltageres demografiske og personlige baggrund. Der indgår 24 kvinder og 7 mænd fra Pakistan i undersøgelsen.

De gifte kvinder er mellem 21 og 44 år. De ugifte kvinder er mellem 17 og 29 år, hvoraf en er fraskilt. De gifte mænd er mellem 23 og 55 år. De ugifte mænd er mellem 24 og 40 år, hvor den ældste er fraskilt.

De fleste af de kvindelige informanter er indvandrere og har været i Danmark mellem 1½ og 25 år. To af kvinderne, der deltog i individuelle interviews samt 8 unge kvinder, der deltog i en fokusgruppediskussion, er efterkommere. Der er en større andel af de ugifte end de gifte kvinder, der er født i Danmark. Mændene har været her mellem 1 og 38 år. Fire af mændene er efterkommere og tre er indvandrere.

Alle, på nær to af de gifte kvinder, har børn eller er gravide med første barn. Ingen af de ugifte har børn. Heller ingen af de ugifte mænd, der ikke tidligere har været gift, har børn.

En stor del af de pakistanske deltagere har en kort skolegang, men der er flere, der har en gymnasial eller faglig uddannelse, og især en del af de kvindelige informanter har en videregående uddannelse.

Det er forholdsvis få af de pakistanske deltagere, der er i arbejde. En del af dem er under uddannelse og en del af kvinderne (men ingen af de mandlige informanter) går på sprogskole. Der er ligeledes mange, der er under uddannelse. De resterende er hjemmegående, arbejdsløse eller en form for pensionister.

Langt størstedelen af de pakistanske deltagere er praktiserende muslimer. En enkelt kalder sig for kulturel muslim.

De pakistanske deltageres sprogkunderskaber varierer meget. De, der er opvokset i Danmark, taler næsten flydende dansk, men den resterende del taler forholdsvis dårligt dansk.

4.2 Pardannelse, familieplanlægning og det sociale netværk

4.2.1 Pardannelse og seksualitet

I dette afsnit beskrives hvilke pardannelsesmønstre, der er gældende for de pakistanske deltagere i studiet, og hvilke forestillinger de gør sig omkring det at danne par. Endvidere belyses deltagernes tanker om familieplanlægning og seksualitet. Endelig ses der i afsnittet på det øvrige sociale netværk, som de pakistanske informanter har.

Alle de gifte pakistanske kvinder i undersøgelsen er gift med pakistanske mænd. I størstedelen af tilfældene kendte de manden før ægteskabet, og en del af ægteskaberne er fætterkusine ægteskaber. En del af de gifte kvinder er kommet til Danmark i forbindelse med indgåelse af ægteskab med en herboende pakistansk mand.

Stort set alle kvinderne giver udtryk for, at forældrene har haft eller vil have en vis form for indflydelse på valget af ægtemand. I nogle tilfælde er det udelukkende forældrene, der bestemte eller vil bestemme, hvem kvinden skal gifte sig med, hvilket kvinderne ikke finder problematisk. I de tilfælde hvor kvinden er opvokset i Danmark, har hun haft medindflydelse på valget af ægtemand.

Der er kun en af de ugifte kvinder, der giver udtryk for, at hun har en kæreste. Hun holder det skjult for sin familie. Nogle kvinder fortæller, at det ikke er velset i den pakistanske kultur at have kærester. En 25-årig ugift kvindelig efterkommer fortæller: *Vi har ikke den der frihed til at sige, at nu tager jeg mig en kæreste. Den overvejelse man gør sig, det bliver den endelige afgørelse. Det skal være den eneste ene, når jeg skal giftes.*

Andre kvinder mener, at det er i orden at have en kæreste, inden man bliver gift, bare ikke i den danske forstand af ordet. En 25-årig ugift kvindelig efterkommer fortæller: *Men jeg tror, at det danske begreb om at have en kæreste... Vi kommer aldrig ud i de baner. Når vi snakker om kontakter, så er det telefonkontakter og mails og snakke sammen og besøge hinanden, men det når aldrig ud på at lave en date eller gå ud i biografen sammen eller sådan noget. Jeg snakker for mit tilfælde nu, og på den front kommer det aldrig så langt ud. Så det danske begreb af kæreste, kan man slet ikke sammenligne med det, som vi snakker om. Et par af mændene nævner, at de har haft kærester, inden de blev gift. Ingen af dem fortalte det til deres forældre.*

De pakistanske kvinder fortæller, at det ifølge islam ikke er tilladt for en kvinde at have sex uden for ægteskab. En fraskilt indvandrerkvinde forklarer det således: *Vi muslimer, vi skal være gift. Så da jeg er skilt – no men.* Mange af de ugifte kvinder fortæller dog, at de gerne vil vide noget om sex, inden de bliver gift, så de kan være forberedt til bryllupsnatten. Det er dog samtidig vigtigt for dem at påpege, at de ikke vil praktisere denne viden, inden de bliver gift. Flere af informanterne lægger vægt på, at det vil skade familiens ære, hvis en ung kvinde har sex før ægteskabet. Alle de gifte kvinder tager ligesom de ugifte kvinder afstand fra sex før ægteskab. Mange af kvinderne gør opmærksom på, at det er vigtigt, at kvinden er jomfru, når hun bliver gift. De fortæller, at for nogle er det stadig vigtigt at kunne fremvise en blodplet på lagnet for manden og i flere tilfælde også svigerfamilien efter bryllupsnatten. En 23-årig gift pakistansk mand, der er født i Danmark, fortæller, at det alligevel hænder, at nogle af de unge mennesker mødes i det skjulte

Flere af kvinderne forlangte, at hvis de skulle være jomfruer ved brylluppet, skulle deres mand også. De erkender samtidig, at de pakistanske mænd har en større frihed, end kvinderne har. Det er i højere grad accepteret, at de pakistanske mænd har forhold, inden de bliver gift. Flere af kvinderne er således ikke klar over, om deres mand har haft forhold før dem, hvor flere mænd giver udtryk for, at det var meget vigtigt i deres valg af ægtefælle, at hun var jomfru.

Flere af mændene giver udtryk for, at de har et stort kendskab til seksualitet og prævention, også før de blev gift. Dette hænger i nogle tilfælde sammen med, at de har været seksuelt aktive inden ægteskab. Det er også flere af kvindernes opfattelse, at mændene ved det, de skal vide om seksualitet. En 44-årig gift indvandrerkvinde fortæller: *Det er ikke så vigtigt med information til mændene, for de ved, hvad det drejer sig om.*

Begge køn er således meget opmærksomme på de to begreber, ære og skam, men det er især kvindernes liv og handlinger, der er påvirket og i nogle tilfælde begrænset af de normer og værdier, der er knyttet til den pakistanske kultur.

Flere af de pakistanske deltagere fremhæver forskellen mellem, hvorledes man i det danske og pakistanske samfund forholder sig til seksualitet. Flere af kvinderne mener, at der er for meget fokus på sex i det danske samfund. En 29-årig gift indvandrerkvind fortæller: *Det er alt for meget. Det skal ikke være så meget. Det skal ikke være så åbenlyst.*

Andre mener måske nok, der er for meget fokus på sex i det danske samfund, men de forsøger at acceptere det og tilpasse sig det, da de mener, at danskerne skal have lov til at have deres egen kultur. En 32-årig gift indvandrerkvind fortæller om sine tanker, om hvorledes danskerne forholder sig til seksualitet: *Jeg tænkte bare, at det var deres tradition... Selvom jeg er muslim, så kan jeg ikke kritisere andre mennesker. Hvis folk går uden tøj på stranden, så er det deres sag. De beder ikke mig om at tage mit tøj af. Alle har ret til at leve i frihed.*

Enholdsvis en 30-årig og en 40-årig gift indvandrerkvind fortæller ligeledes, hvordan de accepterer den danske kultur på godt og ondt. *Jeg kan ikke ændre på noget ved at sige, om det er godt eller dårligt. Det er deres kultur. Man må bare holde sig væk fra de steder, hvor folk har lidt tøj på... De må de selv om, hvordan de lever, for når jeg møder danskere, så er de gode nok. Det er deres kultur, så de har ret til at leve, som de vil.* Mange af kvinderne er således forholdsvist åbne overfor danskernes måde at forholde sig til seksualitet, på trods af at det i høj grad strider imod, hvordan mange er opdraget. Mange respekterer danskernes frihed til at forholde sig anderledes til sensitive emner.

Mange af de ugifte kvinder nævner som udgangspunkt, at de skal giftes med en pakistaner og bo i Danmark. Flere er dog også åbne overfor at blive gift med en mand med en anden nationalitet så længe, han er muslim. Flere tilføjer dog, at det ville deres forældre formentlig ikke acceptere. En 25-årig ugift kvindelig efterkommer fortæller: *Jeg tror, at der er mange piger i dag, som siger, at det gør ikke noget, hvilken nationalitet vedkommende har, så længe han er muslim, men jeg tror, problemet kommer igen, lige så snart at vi henvender os til vores forældre og vores familie. De vil aldrig kunne acceptere det. De er ikke nået så langt i deres udvikling, så de kan acceptere det... Så i det perspektiv tror jeg, at der er mange piger, der vil sige, jo, hvilken nationalitet, det er lige meget, så længe han er muslim, hvorimod vi ikke er nået til det stadie, hvor det kan lade sig gøre for nogle familier - måske flertallet - vil jeg vove at påstå.*

En ung ugift 24-årig mand siger, i princippet er det lige meget, hvilken nationalitet hans kommende hustru har, men det ville være nemmest med en pakistansk kvind, da det ville lette kommunikationen i mellem begge parter forældre.

Der er kun én fraskilt kvind blandt de pakistanske kvinder. Det at være fraskilt er ikke velset af det pakistanske samfund, og hun forsøger derfor at holde det skjult. Dette står i kontrast til en pakistansk mand, der også er fraskilt. Han skjuler det ikke, og fortæller gerne om sin civilstand.

4.2.2 Familieplanlægning

Alle de pakistanske informanter finder det vigtigt at planlægge familien og familielivet godt. De gifte kvinder har mellem 0-6 børn. I gennemsnit har de 1.7 børn. Tre af kvinderne er gravide. Langt størstedelen af kvinderne fødte deres første barn i starten af tyverne.

Ingen af de ugifte informanter har børn, men det er noget, de alle ønsker at få når de bliver gift. Ingen af kvinderne har planlagt at få mange børn. Mange nævner to børn som det optimale antal. Flere forklarer det med, at livet kan være hårdt med mange børn både økonomisk og praktisk. En enkelt af de pakistanske indvandrerkvinder har 6 børn, men det var ikke planlagt, hun siger: *Børnene har meldt sig selv, så vi siger, de er Allahs gaver.*

4.2.3 Det sociale netværk

Flere af de pakistanske deltagere nævner, at der er forskel på pakistanere afhængig af, om de kommer fra land eller by. I det pakistanske samfund er der forbundet en del fordomme med, hvor man kommer fra. En ugift 20-årig kvindelig efterkommer siger: *Der er den hovedforskel, at kommer du fra en landsby, så ser du ud på en bestemt måde, og så lugter de meget tit af mad. Og det er ikke for at være nedladende, men jeg kan se på folk, om de kommer fra en landsby eller fra en storby – på deres tøj, holdning, deres måde at snakke på... Det er selvfølgelig forkert, at bare fordi man kommer fra en landsby, bliver man set ned på, men det gør man tit i den pakistanske omgangskreds. Sidder du fem familier, og så er der én, der lige kommer derfra, så kan det godt være, de andre tænker: "Hende der, hende skal jeg ikke lige snakke så meget med, for hun er fra et andet sted".* Hun tilføjer samtidig, at denne kategorisering af andre pakistanere især hører hendes forældres generation til. Forskellene udligner sig ved efterkommere. Flere af de pakistanske kvinder nævner, at det kan være svært at stole på andre pakistanere. En fraskilt indvandrerkvinde siger: *Hvis jeg fortæller noget til en pakistansk kvinde, vil hun have medlidenhed med mig i de første 5 minutter. Bagefter vil hun genfortælle, hvad jeg sagde til nogle andre kvinder, og det er derfor, jeg ikke fortæller pigerne her [på sprogcentret], at jeg er fraskilt.*

De fleste af kvinderne omgås dog alligevel næsten udelukkende med andre pakistanere. Flere nævner dog, at de gerne ville være venner med danskerne, og nogle få har også danske veninder. En gift indvandrerkvinde på 32 år siger: *Det er også mit synspunkt, at man skal blande sig med andre mennesker. Religion er ikke en hindring. Man skal snakke med de andre, så man integrerer sig rigtigt. Det er min mening. Fordi hvis du hele tiden siger, det er forkert... hvorfor bor vi her? Du bor i et land, som er Danmark, og så er man også nødt til at blande sig med danske mennesker. Du arbejder her, og du får penge fra dette samfund. Men det er ikke alle, der tænker sådan. Jeg tror, at det kommer an på hvilken personlighed og hvilken indstilling, man har.*

En kvindelig indvandrer fortæller, at hun finder danskerne svære at komme i kontakt med: *Danskere er meget kolde mennesker. De ønsker ikke at være venner med dig. De forsøger at holde afstand. Jeg har virkelig forsøgt. Jeg har ringet til dem og inviteret dem. Men de giver ikke noget til gengæld. De vil vide alt, men de vil ikke fortælle noget om dem selv. De er ikke venlige, men de vil tale høfligt til dig.* Flere kvinder er således interesseret i at skabe kontakter til danskerne men føler, at danskerne kan forekomme uvillige overfor dette. På trods af at mange gifte kvinder har både mand og børn omkring sig, er der også flere af dem, der nævner, at de føler sig alene i Danmark. En 32-årig gift indvandrerkvinde siger: *Der er mange kvinder, som er ulykkelige i deres ægteskab. Hun føler sig alene, fordi manden har sine mandlige venner, som han går til, hvorimod hun ikke har mange steder at tage hen. Mange pakistanske kvinder vil leve som de danske, men det tillader deres mænd ikke. Kvinderne er nødt til at begynde at sige, at nu er det nok, men nogle kvinder bliver så trætte af det hele, så de vil skilles. Flere af kvinderne giver således udtryk for, at manden ofte har et større socialt netværk, som han deltager i ude af huset, mens kvinden forventes at blive hjemme, hvor hendes sociale kontakt ofte kun består af svigermoderen.*

4.3 Prævention og reproduktiv sundhed

I dette afsnit beskrives de pakistanske informanternes viden om prævention og reproduktiv sundhed, samt deres erfaringer med og holdninger til præventionsanvendelse. Endelig analyseres kendskabet til kønssygdomme og holdninger til at få provokeret abort.

4.3.1 Viden om prævention og reproduktiv sundhed

Næsten alle de pakistanske kvinder og mænd kender til p-piller, kondom og spiral. Enkelte kender også til metoder som p-sprøjte, femidom, p-ring, pessar og fortrydelsespille. Nogle af kvinderne har direkte forkerte oplysninger. En gift kvinde mener eksempelvis, at der findes p-piller til mænd. Samtidig siger hun: *[Kvinden] bliver ikke gravid, hvis hun ikke har lyst.*

De færreste af kvinderne kender til mekanismerne bag præventionsmetoderne. En 23-årig gift kvindelig efterkommer fra fokusgruppediskussionen er i tvivl om, hvad p-piller er lavet af. Hun siger: *Kan det passe, at p-piller bliver lavet af moderkagen?... I hvert faldt så var det det mest ulækre, jeg nogensinde har hørt. Altså, jeg kunne aldrig finde på at bruge dem, efter at jeg har hørt det.* En 25-årig ugift kvindelig efterkommer siger: *Men hvordan kan man få så meget moderkage, så der kan laves p-piller til alle kvinder?* En 20-årig ugift kvindelig efterkommer ved godt, at det er forkert, at p-piller fabrikeres af livmoderen, og hun laver sjov med det: *Skal du have p-piller, så kom med din moderkage.* Det er især kvinderne, der ikke er opvokset i Danmark, som har en begrænset eller forkert viden om prævention.

Ligesom viden omkring prævention er begrænset blandt de pakistanske kvinder, så er viden omkring kroppens funktioner det også. De ugifte kvinder fremstår som mindre vidende end de gifte kvinder. Den største årsag til dette er formentlig, at det som nævnt ovenfor ikke er velset for ugifte kvinder at beskæftige sig med seksualitet.

Omkring halvdelen af de pakistanske kvinder kendte ikke menstruation, før de fik den. Det er de kvinder, der ikke er opvokset i Danmark, som ved mindst om emnet. En gift 32-årig indvandrerkvind fortæller: *Første gang jeg fik det [menstruation], vidste jeg alligevel ikke helt, hvad det var. Jeg troede, jeg skulle tisse og gik på toilettet. Så bliver man alligevel helt chokeret med al den blod. Hvad sker der med mig?*

En 28-årig gift indvandrerkvind har ikke kendskab til kvindens cyklus, og hun ved ikke, at der i denne eksisterer sikre og usikre perioder, men som hun siger: *Jeg ved, at hvis en kvinde ikke bliver gravid, så bløder kroppen. Kvinden har menstruation.* En gift indvandrerkvind på 30 år troede ikke, hun kunne blive gravid, mens hun ammede, så to måneder efter hun havde født, blev hun gravid igen.

Det er de færreste af de gifte kvinder, der var klar over, hvad det vil sige at have samleje, før de blev gift. En 40-årig gift indvandrerkvind fortæller, at hun ikke præcis vidste, hvad sex var, før hun blev gift, men hun siger: *[Jeg vidste], der var noget mellem dem i familien, der lige var blevet gift.* Flere af de gifte kvinder vidste heller ikke, hvordan en kvinde bliver gravid, før de blev gift.

De kvindelige informanternes viden om prævention og reproduktiv sundhed bygger således på et relativt spinkelt grundlag og er præget af myter eller populære forestillinger om kroppen og de enkelte præventionsmidler.

4.3.2 Erfaringer med og holdninger til prævention

Ingen af de ugifte kvinder har erfaring med prævention. Det forklarer de selv med, at ingen af dem, på nær en fraskilt kvinde, har haft seksuelt samvær med en mand. De fleste af de ugifte kvinder fortæller, at de gerne vil bruge prævention, når de er blevet gift. Nogle fortæller, at de vil bruge prævention efter, de har fået det antal børn, de gerne vil have, og andre vil ligeledes anvende prævention for ikke at få børnene lige efter hinanden. Kun den yngste på 17 år har ikke taget stilling.

Over halvdelen af de gifte kvinder beskytter sig ikke mod uønsket graviditet. Enkelte fortæller dog at de anvender naturlige præventionsmetoder, som afbrudt samleje eller sikre perioder. Kun en gift indvandrerkvinde på 30 år forholder sig til, at afbrudt samleje muligvis ikke er en sikker metode: *Jeg ved det ikke, men jeg har hørt, at der er risiko for, at man kan blive gravid, for det går så stærkt, når manden får udløsning, at han ikke kan nå at trække sig ud, og så kan det ske alligevel.*

En mand fortæller, at han har brugt kondom. To mænd fortæller, at deres kone bruger p-piller. Resten fortæller ikke, hvorvidt de anvender prævention i deres ægteskab. De unge mænd fremstår dog som mere åben overfor at bruge prævention end de lidt ældre. Generelt giver en stor del af mændene udtryk for, at de ikke interesserer sig i at tale om prævention med andre end deres hustru. De mener, at prævention hører familielivet til. Flere ser således ikke fordelene ved at tale om prævention med sine venner. En ugift 30-årig indvandrermand siger: *En anden mand kan ikke beslutte, så det er mellem konen og manden. Det er på den måde.*

I mange tilfælde bliver den viden, der eksisterer, heller ikke ført ud i livet af forskellige årsager. Flere af kvinderne forklarer, at deres mand ikke bryder sig om at bruge kondom. Nogle af de pakistanske mænd bekræfter dette. De mener ikke, de kan føle noget. En 24-årig ugift mand fortæller, at det kan være svært for kvinden at få manden til at bruge kondom, da det kræver, at manden selv skal være aktiv.

Den generelle opfattelse blandt de pakistanske kvinder er, at unge har et større kendskab til prævention og seksualitet end ældre. Flere af kvinderne og mændene mener, at de har en mere liberal opfattelse af prævention, end deres forældre har. De nævner, at det formentlig skyldes, at de er opvokset eller har boet mange år i Danmark, mens forældrene er opvokset i Pakistan. Der er dog også en 22-årig familiesammenført kvinde, der mener, at der er stor forskel på forældrenes og hendes tankegang: *Kvinderne var ikke så bevidste om, hvornår man kan holde pause mellem børn – prævention. Ikke så stort kendskab til det. Og nu ved vi, hvorfor der skal være pause. Og hvor mange børn vi vil have eller ønsker. Det der havde de ikke nogen tankegang til eller kendskab til.*

Mange kvinder, men også få af mændene, har gjort sig nogle sundhedsmæssige overvejelser i forbindelse med brug af prævention. Flere af kvinderne har hørt eller selv erfaret, at man tager på i vægt af p-piller. Derudover er der flere, som er utrygge ved at tage p-piller, da de mener, det kan skade deres krop således, at de ikke kan få børn, efter de stopper med at tage pillerne. En 24-årig gift kvindelig efterkommer fortæller: *... p-piller har jeg set negative sider ved hos to til tre piger... Der var en, der ikke kunne få børn, fordi hun tog p-piller. Så efter 3-4 års behandling har hun heldigvis fået en pige, men det har været barskt for hende.*

Der er også flere af kvinderne, der fortæller, at de ikke vil bruge spiral, fordi de selv har haft dårlige erfaringer eller hørt om nogle, der har haft det. En 38-årig gift indvandrerkvinde fortæller om, hvorfor hun ikke vil have lagt en spiral op: *Det er måske noget psykisk. Hvis jeg ikke bløder, det jeg skal bløde, så kommer jeg ikke af med den blødning, så bliver det i min mave, og så jeg bliver endnu tykkere.*

De pakistanske informanter er generelt opmærksomme på familieplanlægning og ønsker sig en familie med få børn. Alligevel er der mange af de gifte informanter, der enten benytter sig af usikre metoder eller slet ikke beskytter sig. De yngre informanter føler, at deres generation er mere vidende og opmærksomme på prævention end deres forældres generation, og nogle af kvinderne udtrykker vanskeligheder med at få deres ægtefælle til at bruge kondom.

4.3.3 Kendskab til kønssygdomme

De fleste af kvinderne og mændene kender til hiv og aids. Det er dog ikke alle, der opfatter hiv/aids som en kønssygdom og ikke alle ved, at hiv og aids hænger sammen, og at aids er det sene stadie af en hiv-infektion. Ingen af kvinderne nævner andre seksuelt overførte sygdomme, mens flere af mændene kender til syfilis og klamydia.

Det er ikke alle kvinder og mænd, der har kendskab til, at anvendelsen af kondom kan beskytte mod seksuelt overførte sygdomme. Flere af kvinderne tilkendegiver, at den måde, de kender, man kan beskytte sig mod seksuelt overførte sygdomme, det er, hvis man ikke er seksuelt aktiv, eller som en af de ugifte kvinder nævner, hvis man ikke er gift.

En gift 32-årig indvandrerkvinde fortæller at for at undgå kønssygdomme, er det vigtigt, at man kender hinanden. *Man skal være forsigtig. Man kan ikke tro på alle mænd. Jeg tror, at de unge i dag får mange oplysninger om alt muligt fra medier og internettet, og så afprøver de det, men jeg tror alligevel ikke rigtig, at de forstår, hvad det handler om. De skal først kende hinanden og stole på hinanden, inden, man går i seng med hinanden. Selvom de er fornuftige, så glemmer de alting, når der bliver "hastighed".*

Ingen af deltagerne nævner, at de er blevet testet for kønssygdomme. Størstedelen af de pakistanske deltagere fremstår generelt set ikke særligt interesserede i og fokuserede på kønssygdomme. Således giver ingen af kvinderne udtryk for, at de har overvejet, hvorvidt deres mand kunne være smittet med kønssygdomme i de tilfælde, hvor der er mulighed for, at han har haft seksuelle forhold før ægteskab. Og ingen af mændene, der har haft seksuelle forhold før ægteskab, nævner, at de har overvejelser om smitterisiko i deres nuværende forhold.

4.3.4 Erfaringer med og holdninger til provokeret abort

Størstedelen af kvinderne ved, hvad provokeret abort er. Ingen af de pakistanske kvinder fortæller, at de har haft en provokeret abort. Abort strider mod mange af både kvindernes og mændenes overbevisninger. En 32-årig gift indvandrerkvinde siger: *Jeg er helt imod. Og islam siger også, at det er ligesom mord. Jeg forstår heller ikke selv, fordi når man bliver gravid, så er man meget glad. Hvordan kan man tage et liv som er indeni dig? [Og hvis hun ikke vil være gravid], kan hun bruge prævention... De [pakistanske kvinder] ved, "how to do sex" uden af blive gravide.*

Nogle mænd og kvinder har en større forståelse for, at nogle kvinder får foretaget abort. De giver udtryk for, at mange forhold kan påvirke beslutningen om abort. En 23-årig gift familiesammenført kvinde siger: *Det [et barn] er Guds gave... men det afhænger af situationen. Jeg ved ikke, hvad andre kvinder føler, men for mig er det Guds gave, så jeg synes ikke, at abort er en god ide.*

Enkelte af kvinderne kunne selv forestille sig situationer, hvor de ville vælge at få en abort. Den fraskilte indvandrerkvindes ville vælge at få en abort, hvis hun skulle blive gravid, da det på ingen måde accepteres i pakistansk kultur og samfund, at en ugift kvinde har sex. Derfor ville hun være nødt til at få barnet fjernet. Hun fortæller dog samtidig, at hun aldrig ville have et seksuelt forhold uden for ægteskab, da det strider mod hendes religion. ... *hvis jeg ved en fejltagelse skulle blive gravid, ville jeg få en abort. Vores samfund accepterer det ikke... Men først og fremmest vil jeg ikke foretage mig noget, som strider imod min religion. Jeg vil ikke sove med nogen... Den bedste måde er at holde afstand – følge din religion.*

Det kommer bag på alle de pakistanske informanter, at pakistanske kvinder, der bor i Danmark, får foretaget flere aborter end danske kvinder. Flere kvinder nævner, at den forhøjede abortkvotient blandt pakistanske kvinder i Danmark kan skyldes, at ugifte kvinder følger det danske samfunds normer og har sex inden ægteskabet, men samtidig har de ofte en begrænset viden om prævention. Hverken deres familie eller det pakistanske lokalsamfund vil acceptere denne adfærd, og hvis hun bliver gravid, er hun er tvunget til at få en abort. En 32-årig gift indvandrerkvindes fortæller: *Hvis det er ugifte kvinder [der får abort], så tror jeg, at det beror på, at de vil være ligesom danske piger, når de ude, men når de kommer hjem, så skal de være som pakistanske piger. Forældrene giver ikke lov til, at de skal være ligesom danskerne. De er i konflikt med to kulturer. Så sommetider går de ud uden at fortælle deres forældre og prøver alt, som danske piger gør. De har kæreste som danskere... og de vil prøve, netop fordi de ikke får lov til det. De kender ikke så meget til, hvordan de skal beskytte sig, så de tager fejl. Så får de abort uden at fortælle deres forældre.*

En 32-årig gift indvandrerkvindes forestiller sig, at manden og kvinden kan have svært ved at forstå hinanden og fungere sammen, fordi manden ofte er opvokset i Danmark, mens kvinden har boet i Pakistan, og kvinden vælger derfor i nogle tilfælde at få en abort uden at fortælle det til manden: *Jeg tror, at det største problem alligevel er, at mange af de pakistanske kvinder kommer direkte fra landsbyen i Pakistan og gifter sig med en mand, som har boet her i mange år. Det bliver et stort pres for kvinden. Ofte forstår manden og kvinden ikke hinanden. Svigermoder presser også. Og når man ikke forstår hinanden, så kan man ikke lide at få flere børn. Så vil de ikke snakke med sin mand om, at de er gravide igen, og det bliver en hemmelighed, og de går til lægen. Den 32-årige gifte kvinde fortæller ligeledes, at pakistanernes religiøse værdier og normer i nogle tilfælde ændrer sig, når de kommer til Danmark: ... som jeg sagde, de fleste pakistanere kommer fra landsbykultur, og når de kommer til en anden kultur, så ændrer deres tanker sig. Selvom mændene måske ikke drikker øl... så tænker de, at det er lige meget og glemmer mere og mere deres religion.*

De pakistanske mænd er ligeledes imod abort. Der er dog en ugift 24-årig mand, der giver udtryk for, at han godt kan acceptere, at der er andre mennesker, der får foretaget abort, men personligt er han imod. Han mener, at årsagen til den forhøjede abortkvotient blandt pakistanske kvinder er, at de ikke kan få mændene til at bruge kondom.

De fleste pakistanske informanter er således principielt imod provokeret abort, men der er flere af informanterne, der udtrykker forståelse for enkelte situationer, hvor abort kan være den eneste mulighed.

4.4 Informationskanaler og tilegnelse af viden

I dette afsnit skal det belyses, hvor og hvordan informanterne har erhvervet sig den viden, som de har om prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed.

4.4.1 Undervisning

Ingen af kvinderne, der har boet i Pakistan, har fået undervisning om prævention og seksualitet gennem den pakistanske skole. En 28-årig gift indvandrerkvinder siger: *Det er forbudt i Pakistan, du må ikke diskutere sex.*

Størstedelen af de kvinder, der har gået i dansk folkeskole, har modtaget undervisning om seksualitet og prævention. Der er dog fire kvinder, som ikke har modtaget seksualundervisning i folkeskolen i Danmark. Den ene, en 20-årig ugift kvindelig efterkommer, fortæller: *I ottende / niende klasse, der tog man til præventionsklinikker, men der pjækkede jeg, for jeg synes, at det var så pinligt.*

En 25-årig ugift kvinde, der er født i Danmark, måtte ikke deltage i undervisningen for sine forældre. *Mine forældre, de gjorde det, at de trak mig ud fra seksualundervisningen. Og det var ren og skær, at de ikke vidste bedre. Det, de ikke vidste, var, at man tog til biblioteket, og så kom man tilbage i frikvarteret, og så fik man den helt forkerte ende af historien, ikke. For alle ens klassekammerater skulle lige fortælle, hvad det var, så jeg blev snotforvirret. Jeg vidste ikke noget som helst. Jeg havde det helt forkerte billede oppe i hovedet om, hvad prævention var, hvad samleje var, og hvad sex var.*

De fleste af kvinderne accepterer dog, at børn får seksualundervisning i skolen. En gift 44-årig indvandrerkvinder siger: *... det er jo skolesystemet, så vi kan jo ikke stå der og sige, at vores børn ikke må [få undervisning]. Børnene skal jo have viden, for det er jo viden om livet. Børnene skal jo udstyres til at klare livet.* Enkelte kvinder og mænd giver dog også udtryk for, at de mener, at seksualundervisning i 6. klasse er for tidligt. Flere forestiller sig, at undervisning om seksualitet og prævention kan føre til, at børnene / de unge vil afprøve deres viden. Den fraskilte 29-årige indvandrerkvinder siger: *I 6. klasse er børnene ikke gamle nok. Deres tankegang er som børns. De vil måske blive ophidsede, eller de vil måske afprøve, hvad sex er, og de kan lave fejltagelser, fordi alting er åbent – du kan gøre det og det... Jeg er moden. Jeg kan skelne mellem rigtigt og forkert, men børn ved ikke, hvad der er rigtigt og forkert. Viden er godt, men hvis du bruger den på en negativ måde, så er viden dårligt.*

En 30-årig gift indvandrerkvinder mener slet ikke, at piger har behov for undervisning om seksualitet, for hun vil få den viden, hun har brug for, når hun bliver gift: Jeg mener ikke, det er nødvendigt, at piger skal have sexinformation, før de gifter sig. De får det jo automatisk efter brylluppet... Det er ikke godt for pigerne at have sexundervisning, før de bliver gift, for [så] vil de jo gå ud og prøve.

4.4.2 Sundhedsvæsenet

Omkring halvdelen af de gifte kvinder nævner den privatpraktiserende læge som det primære oplysningssted om prævention og seksualitet. En kvinde forklarer det med, at det er den bedste mulighed for hende på grund af det fortrolige forhold, hun har til sin læge. Kun en kvinde nævner, at hun har fået information om disse emner fra sundhedsplejersken.

Ingen af kvinderne nævner andre steder, hvor man kan henvende sig i sundhedsvæsenet med spørgsmål om prævention og seksualitet end hos deres egen læge.

Kvindernes erfaringer med det danske sundhedsvæsen omhandler hovedsagelig den praktiserende læge. De fleste af de gifte kvinder har dog også været i forbindelse med det danske hospitalsvæsen, da mange har født i Danmark. Mange har været tilfredse med denne oplevelse, og flere omtaler hospitalspersonalet som meget hjælpsomt. Dem, der nævner, de har haft kontakt med en sundhedsplejerske, er ligeledes meget tilfredse med denne oplevelse.

Flere af både de gifte og ugifte kvinder nævner, at de føler sig mest tilpasse ved en kvindelig læge, hvor nogle giver udtryk for, at det er nemmere at tale med en kvinde om reproduktive emner, men for de fleste er lægens køn ikke afgørende. Hvis det er en mandlig læge, så lægger flere af kvinderne dog vægt på, at det ikke må være en pakistaner. En 25-årig ugift kvinde, der er født i Danmark, forklarer: *Jeg tror, at det er fordi, vi har den der tankegang, at hvis det er en mand fra vores eget land, så er han enten en onkel eller bror, eller vi tiltaler ham i hvert fald sådan. Alle er brødre til en, og jeg tror, at det er i den forbindelse, at jeg tænker, at der er bare ikke nogen af de der [pakistanere], som skal se på mig eller noget som helst.*

Flere af kvinderne nævner, at de har eller har haft deres mand med som tolk hos lægen, men der var ingen som tilkendegav, at det havde hæmmet deres samtale med lægen. Flere kvinder fortalte, at de ikke havde noget at skjule for deres mand, så de følte, at de kunne tale med lægen om alt i mandens påhør.

4.4.3 Det sociale netværk

Flere kvinder nævner, at det er først, da de blev gift, at de lærte om seksualitet og prævention. Efter brylluppet har de talt med deres mand, gifte veninder eller kvindelige familiemedlemmer. Kun få af kvinderne har haft samtaler med eller kan spørge deres forældre til råds om disse emner. En ugift kvinde fortæller dog, at fordi hun er 20 år og ikke længere er et barn, er det i orden, hun lytter med til sin mors og bedstemors samtaler med andre gifte kvinder om prævention og seksualitet.

Der er imidlertid flere kvinder, som nævner, at de inden ægteskab har talt med enten deres søstre, kusiner eller svigerinder om seksualitet og prævention. En 32-årig gift indvandrer-kvinde siger: *Jeg er og var meget fri med mine søstre. Også inden jeg blev gift, fordi de trænede mig. De sagde for eksempel sådan og sådan, er det med en mand.*

Størstedelen af kvinderne forestiller sig, at de selv vil tale med deres døtre om prævention og seksualitet. En 40-årig gift kvinde har allerede talt med sine døtre om disse emner. En 32-årig gift indvandrer-kvinde siger: *Jeg tror, man skal fortælle sin datter [om menstruation]. Det vil jeg gøre. Fordi man bliver bange, og man vil ikke have, at det kommer igen... Hvis man siger til dem [børnene], at det må de ikke vide, så bliver de bare endnu mere opmærksomme. Ingen af kvinderne giver udtryk for, at de vil tale med deres sønner om disse emner. Flere nævner, at det må være faderens opgave. Også flere af mændene nævner, at de vil tale med deres børn, men igen kun børn af eget køn. Et fåtal af kvinderne mener ikke, det er nødvendigt for forældre at tale med deres børn om seksualitet og prævention. En gift 44-årig indvandrer-kvinde siger: *Det vil jeg muligvis ikke, for de ved det allerede, når de kommer dertil... Børnene finder ud af det... så vi behøver ikke at fortælle dem det.**

Nogle af kvinderne taler med deres veninder om seksualitet og prævention. En 17-årig ugift kvinde fortæller, at hvis hun har nogle spørgsmål om seksualitet og prævention, så kan hun spørge lederen af den pigeclub, hun går i. Den fraskilte kvinde fortæller, at mange af hendes veninder er gifte, og hun har opnået viden om prævention ved at lytte til deres samtaler om deres erfaringer. En 20-årig ugift kvinde fortæller derimod, at hun ikke taler med sine veninder om seksualitet og prævention, da de ikke er gift, og det er derfor ikke velset, at de beskæftiger sig med disse emner. Det er således tilsyneladende ofte ikke tilladt for ugifte kvinder at tale om seksualitet og prævention, men blandt gifte er det accepteret.

Flere af mændene fortæller, at hvis de taler med nogle om prævention og seksualitet, så er det deres hustruer, da de mener, det er et meget privat emne.

4.4.4 Medier

De mest anvendte medier blandt de pakistanske kvinder er fjernsynet, både dansk, pakistansk, og pakistansk lokal-tv. Derudover benytter en forholdsvis stor del af de unge pakistanske kvinder og mænd sig af internettet. Få nævner bøger, avis, radio og blade.

Der er flere mænd og kvinder, som nævner fjernsynet som kilde til information om seksualitet og prævention. Blandt andet er der i pakistansk tv vist programmer om prævention. En enkelt nævner, at hun har benyttet telefonisk rådgivning op til flere gange. Hun siger: *Jeg synes, det er godt at ringe til en klinik, fordi man kan være helt anonym. Man kan stille alle mulige spørgsmål og få svar. Det er ikke alt, man kan sige til sin læge, når man sidder overfor.*

Flere af de unge nævner også, at de har benyttet internettet til at få information om seksualitet og prævention, da det kan benyttes i hjemmet uden andre kan følge med i, hvad man læser om. At kunne tilegne sig information anonymt fremstår således som vigtigt for flere deltagere, især de ugifte, da det som nævnt ofte ikke er velset for dem at tilegne sig information om seksualitet og prævention.

4.5 Nye informationsinitiativer

I dette afsnit belyses de pakistanske deltageres behov for, ønsker og forslag til nye informationsinitiativer omkring prævention og reproduktiv sundhed.

Flere af de gifte kvinder mener, at de har et behov for mere viden, især om prævention. Alle de ugifte kvinder er interesserede i information og viden om seksualitet og prævention, selv om de fortæller, at de ikke vil bruge den til noget, inden de bliver gift. Mændene fremstår ikke ligeså interesserede i yderligere information om seksualitet og prævention, som kvinderne gør. En 30-årig ugift mand fortæller, at det ikke er nødvendigt med information om seksualitet og prævention, for det er noget 'man bare ved'.

Kvinderne foreslår forskellige arenaer og forskellige metoder, man kunne anvende i forsøget på at udbrede viden om seksualitet og prævention. Således mener mange, at det ville være en god ide at give information om seksualitet og prævention i en brochure. En kvinde fortæller, at det bedste er, hvis informationen er skriftlig, da man så kan sidde alene og læse. Nogle foreslår, at brochuren kan stå på biblioteket, hos lægen eller på en sprogskole. Andre mener igen, at hvis de står her, er der ingen, der læser dem. Hvis man i stedet sendte dem hjem til pakistanerne, ville man i højere grad opnå, at de blev læst. Der er flere både mænd og kvinder, der mener, at det ville være fordelagtigt at skrive brochurerne på urdu, da man her ville nå dem, der ikke var opvokset i Danmark, og derfor sandsynligvis ikke har fået seksualundervisning.

En enkelt kvinde nævner, at det ikke er alt, man kan forstå i en brochure, så derfor er det også vigtigt at tale med sin læge om seksualitet og prævention. Flere af kvinderne foreslår, at lægen selv kunne tage disse emner op under en konsultation.

Flere af kvinderne mener også, at en anden person, de gerne ville tale med inden for sundhedsvæsenet, er sundhedsplejersken.

Der er en del kvinder, der fortæller, at de gerne ville modtage undervisning om seksualitet og prævention i sprogskolen. En kvinde nævner, at dette er en god ide, da alle fra Pakistan går på sprogskole på et eller andet tidspunkt. Det fremstår dog som meget vigtigt for kvinderne, at seksualundervisningen foregår i kønsopdelte klasser, især for at undgå seksualundervisning sammen med pakistanske mænd. En 22-årig gift indvandrer kvinde forklarer det således: *Ja, måske er det fordi, at vi ved, at han også forstår tingene på den måde, vi forstår. Vi taler også samme sprog, vi kommer fra samme kultur. Vi har oplevet næsten samme ting i vores barndom fra vores eget land. Så han er meget tæt på os, så vi bliver mere generte.* En ugift 20-årig kvinde mener ikke, at seksualundervisning på en sprogskole, er en god ide. Hun forestiller sig, at mange flygtninge og indvandrere ville tro, at Danmark var et meget sexfikseret land, hvis noget af det første de hørte om, var sex og prævention.

En mand foreslår, at man kunne arrangere samtaler med både manden og kvinden på sproglig eller socialt center. ... det bedste er nok ved samtaler, hvor man snakker og forklarer både til manden og kvinden om, hvordan prævention fungerer, og hvad man bruger det til. For der har du begge parter, ikke. Lad os sige, at manden er ligeglad, men så er der jo kvinden ved siden af, og hun er mere nysgerrig, så kan hun gå hjem og snakke med manden om det.

Flere kvinder foreslår også internettet som et brugbart medie til at udbrede viden om seksualitet og prævention. Nogle nævner, at det især er de unge, som man ville nå ved at benytte denne metode.

Flere af mændene foreslår fjernsynet som oplagt medium til at udbrede viden om seksualitet og prævention. De mener, at næsten alle ser fjernsyn. Derudover foreslår flere af mændene, at man benytter islamiske medier som pakistanske aviser og blade, der udgives i Danmark, og islamiske hjemmesider. De nævner, at det ofte er den lidt ældre generation, der anvender disse medier.

4.6 Sammenfatning

Det er karakteristisk for de pakistanske deltagere, at de stort set udelukkende danner par med andre pakistanere. Størstedelen fortæller, at forældrene har en eller anden form for medbestemmelse i valget af ægtefælle. Mange er gift med et familiemedlem.

Generelt set har de pakistanske informanter relativ begrænset viden om seksualitet, prævention og kroppens funktioner. Det er ikke velset for ugifte at tale om og beskæftige sig med seksualitet og prævention før ægteskab, og derfor står flere uvidende med hensyn til det at have samleje og beskytte sig selv mod uønsket graviditet, inden de bliver gift og i starten af deres ægteskab.

Størstedelen af deltagerne kender dog til p-piller, kondom og spiral, og flere af de gifte kvinder anvender eller har anvendt en af disse præventionsformer. Meget få kender til ikke så udbredte præventionsformer som p-stav, p-ring og p-sprøjte.

De, der er opvokset i Danmark og har fået undervisning om disse emner i den danske folkeskole, fremstår som mere vidende end dem, der har gået i skole i Pakistan. Det er dog ikke i alle tilfælde ensbetydende med, at de anvender denne viden i praksis.

Ingen af kvinderne har planlagt eller planlægger at få mange børn, men størstedelen anvender ingen prævention eller udelukkende de forholdsvist usikre naturlige præventionsformer. Årsagerne er multiple og omfatter blandt andet, at prævention ofte anses som værende kvindens ansvar, og det kan derfor være svært at få manden til at være aktiv og bruge kondom. Endvidere afholder mange sig fra at anvende prævention på grund af misvisende informationer, egne eller andres dårlige erfaringer eller religiøse overbevisninger.

Både kvinderne og mændene har et begrænset kendskab til kønssygdomme, og det er heller ikke et område, de udviser stor interesse for.

Alle har derimod en mening om provokerede aborter, og langt størstedelen er imod. Ingen gav udtryk for, at de har fået foretaget en provokeret abort, og meget få kan forestille sig at få en i fremtiden. Flere mener, at årsagen til det forhøjede aborttal blandt pakistanske kvinder er, at de er blevet gravide uden for ægteskab, men da sex uden for ægteskab ikke er accepteret af det pakistanske samfund, kan det ikke være den eneste reelle mulighed.

Mange af de pakistanske informanter har boet i Danmark i en lang årrække, men æresbegrebet er stadig en meget vigtig del af familielivet. Æresbegrebet handler om moral og har indflydelse på holdninger og praksis vedrørende familieplanlægning, seksualitet, prævention og abort. Mange af informanter udtrykker også, at der er en ret stor social kontrol indenfor det pakistanske miljø i Danmark, hvor der bliver set meget fordømmende på adfærd, der adskiller sig fra de gængse pakistanske normer.

De pakistanske deltagere lægger dog også vægt på, at der er store indbyrdes forskelle mellem pakistanere i Danmark. Blandt de pakistanere, der er født og opvokset i Pakistan, skelnes der mellem, hvorvidt de kommer fra landet eller byen. Der er en tendens til, at man ser ned på dem, der stammer fra landet, mens dem, der kommer fra byen, fremstilles som mere moderne og velorienterede.

Gennem flere af de temaer, pakistanerne beskæftiger sig med, er det tydeligt, at kønnet spiller en stor rolle. Eksempelvis ville det skabe mange problemer for en fraskilt kvinde, hvis andre indvandrere på den pågældende sprogskole vidste, at hun var skilt, men for den fraskilte mand i undersøgelsen er det ikke problematisk åbent at fortælle om sin civilstand. Den samme tendens ses ligeledes ved temaet, der handler om kærester og sex uden for ægteskab. Det er forbudt for kvinder, mens der ofte bliver set gennem fingre, når de unge mænd har haft forhold inden ægteskabet.

På trods af at de pakistanske deltageres normer og overbevisninger i høj grad adskiller sig fra de danske, giver mange af pakistanerne udtryk for, at de respekterer den danske levevis. Flere mener, at de unge pakistanere nærmer sig danskerne ved at blive liberale i deres opfat-
telser.

Det er forholdsvis få af de pakistanske deltagere, der har danske venner, selvom flere er meget interesserede heri. For flere af deltagerne, især kvinderne, er ensomhed et stort problem, og når de har et netværk, begrænser det sig i høj grad til andre pakistanere. Der er således forholdsvis mange, der har en ringe kontakt til det danske samfund. Det er derfor ofte andre pakistanere, der bliver spurgt til råds ved spørgsmål om prævention eller seksualitet, og hvis deres viden ligeledes er begrænset, vil der formentlig ikke ske en udvikling på området.

For en stor del af de pakistanske indvandreres vedkommende er der således et stort behov for information og kommunikation om seksualitet og prævention. De foreslår selv, at der kunne tilrettelægges undervisning som blandt andet kunne placeres på sprogskoler. Derudover nævner de pakistanske deltagere, at en kilde til information om disse emner kunne være den praktiserende læge, som ofte er deres primære kontakt til sundhedsvæsenet. I denne forbindelse nævner nogle kvinder, at det er vigtigt for dem, at lægen er en kvinde. Flere af deltagerne foreslår ligeledes sundhedsplejersken, oplysningsprogrammer på dansk og pakistansk lokal tv, brochurer på dansk og urdu samt information på pakistanske og danske internetsider som mulige måder at øge informationen om seksualitet og reproduktive forhold. En øget kommunikationsindsats må tage højde for diversiteten blandt pakistanere i Danmark, der er stor forskel på indvandrere og efterkommere, men der er også store forskelle blandt indvandrerne afhængig af skolegang og tilknytning til det danske arbejdsmarked.

5 De iranske kvinder og mænd

5.1 Deltagernes baggrund

I dette afsnit beskrives de iranske deltageres demografiske og personlige baggrund. Der indgår 17 kvinder og 4 mænd fra Iran i undersøgelsen.

De gifte kvinder i studiet er mellem 25 og 45 år, de ugifte er mellem 16 og 43 år. De mandlige deltagere er mellem 26 og 51 år.

Alle de iranske deltagere er født og opvokset i Iran, på nær den yngste på 16 år, der er født i Danmark. De har været i Danmark mellem 6 måneder og 19 år, og omkring halvdelen har været i Danmark under 10 år, mens den anden del har været i landet i 10 år eller mere. Alle de gifte iraneres ægtefæller har også iransk baggrund. En enkelt deltager er samboende med en dansker. De er kommet til Danmark enten som flygtninge eller i forbindelse med giftermål med en ægtefælle bosiddende i Danmark. Over halvdelen af deltagerne har dansk statsborgerskab.

Størstedelen af de gifte deltagere har børn. Ingen af deltagerne har mere end 2 børn. Tre af kvinderne har haft provokeret abort, hvoraf den ene var af helbredsmæssige årsager.

Uddannelsesniveautet blandt de iranske deltagere er relativt højt. Alle har gennemgået fuld grundskole, og flere har en universitetsgrad. Størstedelen har arbejde i Danmark eller er i gang med et uddannelsesforløb. De fleste af dem, der har opholdt sig en del år i Danmark, taler godt dansk, andre går på sprogskole.

Der er en del af de iranske deltagere som karakteriserer sig selv som kulturelle muslimer. For en del af disse har religionen netop været en begrundelse for at flygte ud af Iran eller begrundelsen for ægtefællens flugt. Andre er praktiserende muslimer.

Det er tydeligt, at en del af de iranske informanter har det svært med at blive kategoriseret som indvandrere ligesom alle andre ikke-etniske danskere. En af kvinderne forklarer i en fokusgruppediskussion: *Hvis jeg skal få lov til at forklare en ting, jeg tror, man skal kigge på folks baggrund, altså for danskere, så er alle udlændinge, men for os er der stor forskel imellem, hvem er flygtninge, og hvem er indvandrere – men altså selvom der også er indvandrere [fra Iran], så kommer de efter en flygtning, fordi deres mand var flygtning, og de bliver nødt til, der er stor forskel, altså når du taler om for eksempel pakistanere eller tyrkere, der er ingen pakistanere eller tyrkere, der er flygtninge, de kommer fordi de vil... altså du kan overhovedet ikke sammenligne iranere og irakere med tyrkere og pakistanere... der er stor, stor forskel mellem os, men for danskerne – for jeg taler med mange danskere, der siger udlændinge [om alle].*

En anden informant siger: *Dem, der er fra andre lande, de har en helt anden baggrund. Den del fra Iran, der er kommet herop i hvert fald, de har jo en helt anden baggrund end for eksempel dem, der kommer fra Pakistan eller Tyrkiet. De kom herop for at arbejde, dem, der kommer herop fra Iran, de fleste af dem, de kom bare for at få et bedre liv, bedre uddannelse og så flygte fra regeringen. Baggrunden, den spiller også en stor rolle.*

5.2 Pardannelse, familieplanlægning og det sociale netværk

I dette afsnit vil de iranske deltageres pardannelsesmønstre og forestillinger om familieliv blive beskrevet. Desuden vil deres viden og holdninger til familieplanlægning herunder prævention og abort blive belyst, hvorefter afsnittet afsluttes med en beskrivelse af de iranske deltageres sociale netværk.

5.2.1 Pardannelse og seksualitet

En del af de iranske deltagere er blevet gift i Iran, inden de måtte flygte til Danmark med deres ægtefælle, men der er også en del af kvinderne og en enkelt mand, der er blevet familie-sammenført i forbindelse med ægteskab. Ingen af informanterne er blevet tvangsgift, men flere har kendt ægtefællens familie i Iran. Et par af de endnu ugifte yngre kvinder forestiller sig ligeledes, at de skal giftes med en iransk mand, dog udtrykker den ene, at der også kunne blive tale om en dansk mand eller en mand med anden nationalitet.

Ifølge informanterne er det ikke udbredt at indgå i etablerede kæresteforhold eller seksuelle forhold inden ægteskab i Iran. En af informanterne fortæller dog, at det hænder, at man finder sig en 'kæreste', som man kommer sammen med, dog uden at have et forhold: *Det er ikke normalt at have et forhold, det er tabu.* På spørgsmålet om, hvordan det er for de unge iranske kvinder i Danmark, siger en 36-årig kvinde, der har været i Danmark i knapt 10 år: *Her i Danmark er det noget andet, fordi dem, der er kommet herop, de har fået en anden frihed, som de ikke har haft i Iran. Der er nogle, der bruger den på en rigtig måde, og der er nogle, der bruger den på en dårlig måde.*

En af indvandرمændene fortæller: *Altså, jeg har ikke været sammen med andre. Jeg har ikke været seksuel aktiv, været sammen med andre, før jeg blev gift. Det er noget, som jeg selv har bestemt. Men når jeg kigger blandt mine egne venner, da jeg læste på universitetet, vi var omkring ti stykker, som boede sammen, og to tredjedele af dem havde været sammen med andre piger, selvom de ikke havde været gift. Så det var noget, jeg selv havde valgt, men jeg tror, det er lige så mange, der er seksuelt aktive. Det er ikke fordi, jeg er religiøs, det var bare sådan, som jeg ville have det.*

Det iranske samfund har ifølge informanterne undergået store forandringer gennem de sidste 20 år, hvor der før i tiden var større åbenhed og en udbredt vestlig orientering, er samfundet i dag på visse områder mere konservativt hvad angår forholdet mellem kønnene. Informanterne fortæller dog, at inden ægteskab indgås i Iran i dag, skal ægteparret have taget en blodprøve for at teste for seksuelt overførte sygdomme, og alle par skal gennemgå et kort kursus af få timers varighed, hvor der undervises i seksualitet og prævention.

5.2.2 Familieplanlægning

Det er meget karakteristisk for deltagerne, at de har gjort sig mange tanker om familieliv og familieplanlægning. Alle udtrykker klart, at de ønsker børn, men at de højst vil have to børn. Alle kvinderne med børn har fået deres første barn i en relativ sen alder. Flere af de gifte deltagere fortæller, hvordan de har ventet med at få børn, til de havde en uddannelse. En 36-årig indvandrer kvinde siger: *Ja, vi skulle i hvert fald ikke have ret mange børn. Det var jo sådan, at jeg skulle lære det danske sprog, og så kunne vi så sådan få børn. Og jeg tror, at fra den dag vi blev gift, det var først to år efter, at vi begyndte at tænke på, at nu skulle vi få børn.*

En anden indvandrerkvind med en akademisk uddannelse siger: *Vi har også snakket om, vi skal jo have børn snart. Altså, jeg er jo med min karriere lige nu, ikke også, jeg vil gerne lige få fødderne fast. Jeg tror nok, det tager ikke mere end et halvt år mere, så venter vi ikke mere, så prøver vi. Vi glæder os faktisk meget til det. Også med min alder, jeg kan jo ikke vente mere.*

Flere af de kvindelige informanter taler om, at det er bedre med to børn end et barn, fordi de netop ikke har så meget familie i Danmark, en 35-årig indvandrerkvind fortæller: *Men det ville være rart for os som udlændinge, som ikke har så meget familie her i Danmark, eller et stort netværk [at få mere end et barn]. Det er i hvert fald rart for børnene. Men hvis man kigger i dag i Iran på min generation, de nøjes med en, de fleste sådan veluddannede og akademikere, de vil ikke have mere end et.*

Mange af informanterne kommer selv fra familier med mange søskende, så der er formodentligt sket et stort skred i holdningen til familiestørrelse i løbet af en generation.

To af kvinderne fortæller, at de har vanskeligheder med at få børn, den ene fordi ægtefællen har fået konstateret lav sædkvalitet, den anden har fået det første barn, men har problemer med at få det næste.

5.2.3 Sociale netværk

Generelt fortæller de iranske informanter, at en stor del af deres omgangskreds omfatter andre iranere, men der er også mange, der fortæller, at de også har danske bekendte og bekendte fra andre etniske grupper. Det er karakteristisk, at de informanter, der er på arbejdsmarkedet eller har gennemført en uddannelse i Danmark, har et socialt netværk, der indbefatter par, familier eller enkeltpersoner med anden etnisk baggrund end deres egen, og også indbefatter danskere. En fokusgruppe blev afholdt på et af Dansk Flygtningehjælps aktivitetscentre, og her var det tydeligt, at mange er kommet på centret igennem en lang periode og kender hinanden på tværs af etniske grupper.

En 43-årig kvinde, der har boet mere end 10 år i Danmark, fortæller, at hun har en del iranske venner, blandt andet nogle hun kender fra den uddannelse, hun har taget i Danmark. Hun siger: *... også vores nabo her, de er politiske flygtninge fra Iran. De har ikke rejst til Iran, og det kan de heller ikke. De er rigtige politiske flygtninge. Og de er rigtig gode venner. Det er jeg meget glad for, og vi går hver aften, når jeg har tid, fordi nu går jeg på arbejde, så ringer til hende, eller hun ringer til mig, så går vi en tur.* De danske bekendte hun har, kender hun primært gennem sønnens skole.

De yngre iranske informanter har et relativt bredt netværk, fordi de netop er aktive i det danske uddannelsessystem.

Det fremgår dog også af en del af interviewene, at der også er en del social kontrol blandt de iranske flygtninge og indvandrere i Danmark. Flere fortæller, at de ikke altid er så åbne overfor deres landsmænd, fordi der også bliver snakket meget. En fortæller: *Vores samfund her i Danmark, eller mellem iranere mener jeg, det iranske samfund her i Danmark er ligesom i Iran. Ligesom en meget lille by i Iran, og så de andre sladrer, så måske er de bange for dem.* En af deltagerne er af samme grund meget opmærksom på anonymiteten i undersøgelsen.

5.3 Prævention og reproduktiv sundhed

I dette afsnit beskrives kvindernes og mændenes viden om prævention og reproduktiv sundhed, holdninger til seksualitet og erfaringer med og holdninger til præventionsanvendelse. Endelig analyseres kendskabet til kønssygdomme og holdningerne til at få provokeret abort.

5.3.1 Viden om og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed

De fleste af de kvindelige informanter har et relativt godt kendskab til de mest almindelige præventionsformer: P-piller, spiral, afbrudt samleje og kondom. Nogle få kender til pessar, men ingen af deltagerne har tilsyneladende personlige erfaringer med pessar. Ifølge informanterne, der er opvokset i Iran, gives der ikke seksualundervisning i grundskolen, men flere refererer til det korte obligatoriske kursus, man gennemgår, inden man bliver gift i Iran. På kurset beskrives de forskellige præventionstyper, deres anvendelse og funktion. En 35-årig informant kan nævne de mest almindelige præventionsformer, men kan ikke forklare, hvordan for eksempel p-piller virker. Hun kender heller ikke hormon-stav, femidom eller den såkaldte fortrydelsespille. En af de yngre kvinder, der har levet i en flygtningefamilie, fortæller, at hun indtil hun kom til Danmark som 16-17-årig intet vidste om seksualitet og prævention, hun fortæller: *... jeg har aldrig oplevet nogen nøgne kvinder eller nøgne mænd, aldrig, indtil jeg blev 17 år i Danmark.*

Der er forskel mellem informanterne i forhold til, hvor velorienterede de er omkring reproduktiv sundhed. Nogle informanter nævner, at de i de større klasser i Iran fik biologiundervisning, dog uden at seksualitet direkte blev diskuteret. Andre har som nævnt fået information på det obligatoriske kursus i forbindelse med deres bryllup. I nogle familier er det normalt, at unge piger er blevet orienteret om menstruation og seksualitet af moderen eller af andre kvindelige familiemedlemmer. Men det er bestemt ikke alle, og man sporer en generel usikkerhed, når samtalen falder på faktuelle aspekter af kroppens funktion og de forskellige præventionsmidlers konkrete virkning. Det er ligeledes karakteristisk, at mange af kvinderne faktisk ønsker at få mere information, og at mange af kvinderne er meget interesserede i at diskutere disse emner.

De fleste af kvinderne fortæller, at de gennem søskende og andre familiemedlemmer vidste, hvad menstruation var, da de fik det. Nogle fortæller, at de er blevet orienteret af deres mor om menstruationen, men at information om seksualitet og prævention primært er fra søskende og veninder.

En kvinde fortæller, at hun ikke har modtaget undervisning om kroppens fysiologi i sit hjemland, hun fortæller: *... da jeg var gravid med min første søn, fik jeg bøger, så sad jeg og læste.* På spørgsmålet om hun så ikke vidste, hvordan man bliver gravid, svarer hun: *Jo, men ikke meget dybt, ikke præcist.* En 34-årig indvandrerkvinde fortæller, at hun i Iran har fået undervisning: *Ja, ja, men ikke som her i Danmark, Da jeg havde gymnastik, fik vi en bog, som handlede om anatomi og forskellige ting, og nogle bøger var omkring for eksempel kvindens menstruation og også om mænd, men ikke så meget om forplantning.*

En indvandrerkvinde, der selv har haft mange problemer med brug af prævention og med graviditet siger: *Efter mere end 10 år, hvor jeg har boet her, så kender jeg lidt til, hvordan kvindens krop fungerer, men jeg ønsker virkelig at vide meget mere, og jeg ønsker, at der var et sted, hvor jeg kunne få mere information, eller nogen kunne forklare mig. For eksempel vil jeg vide, hvordan man får en æggestokssvulst, eller nogle andre problemer som kvinder har, men jeg kender ingen steder, hvor jeg kan få oplysning om disse ting.*

De gifte kvinder giver udtryk for, at de har et åbent forhold til deres mænd, hvor de godt kan diskutere prævention og seksualitet. En 39-årig kvinde fortæller, at hun ikke taler så meget med andre kvinder om sådanne emner. Til gengæld taler hun åbent med sin mand om det, hvilket hun siger, de ikke ville have gjort i Iran, men fordi man i Danmark er så åbne om disse spørgsmål, kan de gøre det her.

En 35-årig indvandrerkvinde, der har været igennem en abort, fortæller, at hendes mand var velorienteret om prævention, da de blev gift, idet han havde haft seksuelle forhold før ægteskabet, hvilket hun ikke selv havde haft. Da hun blev gift, vidste hun noget i teorien men ikke i praksis. Hun fortæller: *Ved du hvad, alt var teori, ik'. Det var ikke praktik. Så det værste var, at jeg var alt for meget bange for at gøre det... ja, fordi, - det ved jeg ikke, hvorfor jeg var bange. Men jeg vidste ikke, ... hvis jeg nu skal være helt ærlig... jeg tænkte bare altid, at der ikke er noget hul i min krop, så den... forstår du, hvad jeg mener?* En anden kvinde siger: *Jeg var 24 år gammel, og jeg vidste ikke, hvordan man dyrkede sex, slet ikke.*

En af de iranske indvandrermande fortæller, at han har fået informationer fra sin vennekreds. Han fortæller: *For nylig er man også begyndt at få at vide fra de forskellige myndigheder [i Iran], at man skal beskytte sig, at man skal bruge prævention. Men er begyndt på dette for nylig. Det er på grund af befolkningsstørrelsen, og det er ret katastrofalt. Han mener også, at vidensniveauet afhænger af socialklasse. Jeg tror, også kvinderne får deres oplysninger fra forskellige steder. De ved en del, men det kommer meget an på, hvilken type familie du kommer fra, familieklasse, så kan det godt være, at hvis du stammer fra en lav socialklasse, at man kender noget til det, men man ved ikke rigtig hvordan, tingene foregår. Det er bare noget, man har hørt fra sine venner eller lignende.*

Størsteparten af de iranske informanter giver udtryk for, at de selv ønsker at tale med og informere deres børn om menstruation, seksualitet og prævention. Mange giver også udtryk for, at der er stor forskel mellem generationerne. En indvandrerkvinde siger: *Generationen efter os er mere åbne. Min søsters børn taler om seksualitet. De ved alt. Nogle gange er de også deltagere i diskussionerne.*

En af de mandlige indvandrere mener dog, at børn i Danmark bliver informeret for tidligt. Han siger: *For eksempel, min datter var 10-11 år, hun kommer og informerer sin mor i forbindelse med sex og sagde ting, der ikke passer til en alder på 11 år. Det passer til en alder på 20 år. Det er for tidligt. Jeg er ikke muslim, jeg taler ikke religion, det er andre ting.*

Flere af kvinderne har erfaringer med flere forskellige præventionsformer. En 36-årig indvandrerkvinde med to børn fortæller om de tre former for prævention, hun har brugt, før hun fik børn: *Før de to år da vi ikke skulle have børn, så var der sådan et år, hvor jeg brugte piller, og så tænkte jeg, nu er jeg begyndt at få problemer med hormonerne og sådan noget, og så holdt jeg op med at bruge dem, så brugte vi kondomer, og så i hvert fald i de perioder, der var imellem mine to menstruationer. Og så skulle vi bare være opmærksomme på, hvilke datoer det var.*

Om mandens reaktion på, at hun stoppede med p-pillerne, siger hun: *Ja, han synes, det var sådan lidt besværligt, han kunne ikke sådan nyde det, som han skulle, og nu skulle han bruge kondom, og sådan noget. Jeg sagde, ved du hvad, du tænker på de her nydelser, og jeg tænker på min krop. Jeg vil ikke få nogen problemer, bare fordi du vil nyde det. Manden accepterede derefter at bruge kondom i de usikre perioder, og efter deres første barn fik kvinden en spiral.*

En indvandrerkvind med to børn fortæller, at hun ikke skal have flere børn. Hun har både brugt spiral og p-piller, men holdt op med p-pillerne efter det andet barn. *Jeg synes spiral er bedre end p-piller, da piller er noget kemisk, der går ind i min krop, og det kan jeg ikke lide.* Efter 6 år med spiral har hun nu fået den fjernet på grund af smerter, og nu bruger de kun sikre perioder.

En indvandrerkvind på godt 40 år fortæller, at hendes mand har brugt kondom, inden de fik deres barn. Efter fødslen har hun brugt spiral i en periode uden problemer, men den er taget ud, fordi de gerne ville have et barn mere. Kvinden oplever et dilemma. På den ene side vil de gerne have et barn og bruger ikke kondom, men på den anden side føler både hun og hendes mand, at de er for gamle. *Ja, det er det. Det er et stort dilemma, for jeg vil også have et barn, og det er også for sent at få et barn.* På spørgsmålet om risikoen for at blive gravid, fortæller hun, at hun har hørt, at kvinder, der tager meget på efter en graviditet, får mere mandligt kønshormon, hvilket skulle bevirke, at de ikke bliver gravide. *... jeg tror, den der teori, de siger nu forskerne, det passer til mig, fordi jeg har taget meget på, og de har altid sagt til mig, og jeg spiser meget søde sager, jeg tror det passer til mig, det der de har sagt, at det er derfor, man ikke får barn mere.*

En del af kvinderne fortæller, at de har haft problemer i forbindelse med brug af p-piller. En fortæller, at hun får uregelmæssig menstruation, hormonforstyrrelser og ulyst til sex, en anden at hun følte, at det påvirkede hende både fysisk (temperatursvingninger og trang til at spise) og psykisk (ofte i dårligt humør), en tredje har taget voldsomt på efter at have spist p-piller. Et par af deltagerne har også oplevet problemer med brug af spiral i form af betændelse og andet ubehag.

5.3.2 Kendskab til kønssygdomme

De fleste iranske informanter kender til hiv/aids. Nogle nævner også syfilis og kønsvorter. En del af informanterne er også klar over, at kondomer beskytter mod kønssygdomme. Men der er også her en del usikkerhed i forhold symptomer, forebyggelse og behandling. En af kvinderne spørger for eksempel intervieweren, om kønssygdomme kun smitter fra mand til kvinde, eller om kvinder også kan smitte manden. En anden kvinde fortæller, at hendes mand faktisk blev testet for kønssygdomme inden deres ægteskab på anbefaling af et sundhedsuddannet familiemedlem.

5.3.3 Erfaringer med og holdninger til provokeret abort

Generelt er de iranske kvinder ikke direkte imod provokeret abort, hvis kvinden er i en vanskelig situation. Ingen af informanterne giver dog udtryk for, at man kan bruge abort som prævention. En af indvandrerkvinderne siger: *Jeg kan ikke lide det. Jeg har aldrig selv fået det, men veninder har prøvet det, og de har fået dårlig samvittighed bagefter.* På spørgsmålet hvorfor veninderne fik abort, fortæller hun: *Ugifte kvinder, det er på grund af religion og vores kultur. Hvis de er gifte, så er der mange andre årsager. De er under stort pres. De skal nå en masse ting. De skal lære dansk, de skal arbejde, de skal have alle mulige kvalifikationer, og børnene kræver meget tid, og penge... Samfundet kigger på dem, der har flere end 3 børn, de tænker ikke på fremtiden. Der er et pres fra samfundet for ikke at få flere børn.* Selv har hun ringet til en mullah for at spørge, hvad islam siger om abort. Her har hun fået at vide, at der er en periode, hvor man kan få foretaget abort. Hvis denne periode overskrides, må man ikke få abort. Hun fortæller også, at hun har læst på internettet, at hvis en kvinde er syg eller har problemer med graviditeten, så må hun gerne.

Som nævnt har tre af de iranske kvinder haft en provokeret abort. En af indvandrerkvinderne, der havde vanskeligheder med sin mand, fortæller, at hun ikke kunne tåle p-piller, og manden ikke ønskede at bruge kondom. På spørgsmålet om det var fordi, manden gerne ville have et barn, svarer kvinden:

Nej, han tænkte slet ikke... han ville have børn, og jeg var gravid engang. Men jeg ville ikke have et barn, fordi jeg har problemer med ham. Og jeg ville ikke hele mit liv være afhængig af ham på grund af et barn. Så vi fik abort.

Om aborten fortæller hun: Jeg har det dårligt. Det skal jeg bare sige. Fordi jeg elsker børn. Men jeg gjorde det. Og så fik jeg også ... jeg blev deprimeret. Og det tager 6 måneder sagde min mand. Jeg kunne ikke mærke at... jeg følte bare, at jeg havde tabt eller mistet noget meget vigtigt. Og jeg vidste ikke, hvad det var.

En anden indvandrer kvinde blev gravid som meget ung med en kæreste, der havde en anden etnisk baggrund end hende selv, mens hun boede i Danmark. Hun havde kendt ham i lang tid, men hun følte selv, hun var for ung, og at der ville være problemer med hans familie. Kæresten ville egentlig gerne have barnet, men hun overbeviste ham om, at de var nødt til at få en abort. På spørgsmålet om de nogensinde havde talt om prævention, siger hun: *Vi gjorde det bare, og også, jeg kan ikke rigtig huske, om vi har, vi har aldrig snakket om kondom fra starten. Jeg var usikker, jeg troede ikke, at jeg blev gravid med det samme, og det gør jeg faktisk.*

Om aborten fortæller hun yderligere: Jeg fortrød det på den måde, jeg har aldrig fortrudt, at jeg ikke har barnet nu, altså jeg ville ikke have det. Men på den anden side, så jeg har faktisk nogen samvittighed måske, på et eller andet tidspunkt at Gud han vil straffe mig, eller et eller et eller andet.

Den tredje kvinde, der ligeledes er indvandrer, har haft to provokerede aborter, efter hun havde fået det første barn. Efter den første fødsel brugte hun spiral, men der var mange problemer med smerter og uregelmæssig menstruation. Dernæst anvendte hun p-piller men tog meget på i vægt og har også været nødt til at spise andre hormonpiller. Begge gange, hvor graviditeten endte med abort, havde de brugt kondom. Hun var nødt til at abortere af medicinske grunde. Hun siger: *Jeg forstod ikke, hvad der gik galt med kondomet, det ved jeg ikke. Jeg vidste også, at der var en mulighed for, at manden kunne trække sig ud før udløsning, men det har jeg ikke brugt den metode. Jeg brugte to gange kondom, hvor det gik galt, jeg ved ikke, hvad der var problemet.*

To af de iranske indvandrer mænd forholder sig også åbent til abortspørgsmålet, hvis kvinden eller parret befinder sig i en vanskelig situation. Den ene siger: *Vi har faktisk talt om det, mig og min kone, og jeg synes, det er hende, der skal bestemme, om hun vil beholde barnet eller ej. Hvis kvinden får en abort, er det hende, der vil blive ramt rent psykisk, så jeg har foreslået hende, at det er hende, der bestemmer, om hun vil beholde barnet eller ej. Det jeg siger nu, det er mine egne tanker. Det kan godt være, at er du iraner, der lige er kommet fra Iran, så kan det godt være, så har han sandsynligvis et andet forhold, men nu har jeg boet her i ca. 2 år, og jeg føler selv, jeg er blevet mere åben hvad angår sådan nogle ting.*

5.4 Informationskanaler og tilegnelse af viden

I dette afsnit beskrives, hvordan informanterne har erhvervet sig viden om prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed. Desuden belyses nogle af de barrierer, der har været og er i forhold til tilegnelse af viden.

5.4.1 Undervisning

En del af informanterne fortæller, at de har modtaget basal undervisning om anatomi i løbet af deres skolegang i Iran. De har dog ikke modtaget specifik undervisning om seksualitet eller forplantning. De af informanterne, der er blevet gift i Iran inden for de sidste 7-8 år, har dog gennemgået det obligatoriske kursus inden ægteskab, hvor emner som familieplanlægning og prævention indgår. Derudover har de fleste informanter genereret viden gennem deres familienetværk og sociale netværk. For dem, der har ældre søskende, har disse været en naturlig informationskilde, og en del af kvinderne har fået information om menstruation af deres mødre i puberteten. Det er dog tydeligt fra interviewene med både de mandlige og de kvindelige informanter, at seksualitet er et sensitivt emne, der er belagt med tabu. Mange af kvinderne giver udtryk for, at de først fandt ud af mange ting, efter de var blevet gift, og at de stadig mangler specifik viden om de enkelte præventionsmidlers konkrete funktion.

5.4.2 Sundhedsvæsenet

Fælles for alle de iranske informanter er, at deres primære kontakt til det danske sundhedsvæsen er via den praktiserende læge og generelt udtrykker informanterne tilfredshed med deres kontakt til lægen og den information, de modtager hos deres læge.

En af kvindelige indvandrere fortæller således, at hun har fået svar på de spørgsmål, hun har haft hos den praktiserende læge og den gynækolog, hun har haft kontakt med. ... *de er meget venlige, og de svarer. Især min praktiserende læge, hun bruger utrolig meget tid, hver gang hun har en patient.*

En svarer på spørgsmålet om, hvor hun ville søge mere viden om prævention: *For det første ville jeg snakke med min læge. Jeg tror, han er den bedste, man kan snakke med for at få lidt mere at vide. Han er også god at snakke med om sådan noget.*

Gruppen af iranske kvinder har både mandlige og kvindelige læger. Et par af kvinderne fortæller dog, at de foretrækker en kvindelig læge frem for en mandlig. En kvinde, der har boet mere end 10 år i Danmark, fortæller, at hun, da hun kom til Danmark, efter at være blevet gift, først fik tildelt samme mandlige læge som hendes mand. Men senere har hun skiftet til en kvindelig læge. *Jeg føler med undersøgelser og sådan nogle ting, at jeg har det bedre med en dame end en mand. Det er derfor, jeg har valgt det. Det er ikke på grund af nogen religion eller nogen ting overhovedet ikke, men jeg har det meget bedre med en dame, når jeg går til undersøgelse.*

Flere af informanterne beretter, at der er stor forskel på, hvordan man konsulterer en læge i Danmark og i Iran. En indvandrerkvinde beskriver forskellen således: *I Iran går man til lægen, hvis man har et problem, hvis man har hovedpine, hvis man har et problem med kroppen, ik' ... Det er ikke én læge, du kan snakke med. Der er forskellige læger, og du bestemmer selv hvilken. Hvis du har problemer med øjnene, så skal du bare gå til en øjenspecialist. Du kan selv bestemme, sådan er Iran... Der er et helt andet system i Iran. Hvis jeg vidste, at jeg kan snakke med min læge om alt muligt. Jeg tænkte kun, man kunne tale med læge, hvis man har et problem med kroppen. Ikke nogen oplysninger. Det vidste jeg ikke... Så nu ved jeg godt, at systemet her i Danmark er sådan, at hvis jeg har problemer med mig selv, så kan jeg gå til min læge og snakke med ham. Selv om han er læge. Han er ikke en psykolog eller psykiater, så kan man godt gøre det [alligevel]. Sådan er det ikke i Iran. Denne kvindes pointe er, at man burde orientere mere om den praktiserende læges funktion på integrationskurserne for indvandrere, så det går op for indvandrerne, at systemet med den praktiserende læge i Danmark er meget anderledes, end det mange indvandrere kender fra deres hjemlande.*

Kun en af indvandrerkvinderne beskriver dårlige erfaringer med mødet med det danske sundhedsvæsen. Hun fortæller om mødet med læge en i forbindelse med en abort: *Den dag, jeg skulle have abort, hvor jeg fik taget blodprøver og sådan noget. De har ikke forklaret mig sådan noget om, hvordan jeg bruger prævention.* Hun var heller ikke tilfreds med sundhedsplejerskens besøg, efter hun fødte sit barn for 6-7 år siden, primært på grund af sprogsvækkeligheder: *Hun kommer, og jeg forstår ikke, hvad hun siger. Hun skriver om den lille, for eksempel hvor mange kilo og noget om kroppen. Jeg forstår lidt. Jeg forstår ikke, hvorfor hun ikke kommer sammen med en tolk.*

Både kvinderne og mændene giver udtryk for, at de ville henvende sig til deres praktiserende læge, hvis de havde spørgsmål om prævention eller reproduktiv sundhed.

5.4.3 Det sociale netværk

Mange af informanterne får også information og udvekslet erfaringer med andre mennesker i deres omgangskreds. Kvinderne, der er vokset op i Iran, har i de fleste tilfælde fået information om menstruation af kvindelige familiemedlemmer.

En indvandrer kvinde på 43 år fortæller: *Det er forskelligt mellem familier. Der er nogle familier, der fortæller deres barn alt, selvom barnet er 15 år, men der er også nogle familier, der overhovedet ikke fortæller noget. Det er meget radikale familier. Det er ingenting med kultur. Det er ikke kultur. Det er bare familiens holdning. Nogle mødre siger "nej, jeg kan ikke fortælle", og nogle mødre, "ja, jeg skal sige det til min pige".* Information om seksualitet og prævention er dog ofte noget, man for alvor først får og opsøger, når man selv er gift, fortæller en af indvandrerkvinderne: *I Iran selvfølgelig har jeg hørt fra venner og veninder, at der findes forskellige ting og sager, som spiral og kondom og p-piller. Men i Iran, når man er hjemme hos forældrene, indtil man bliver gift, så har man ikke sådan præcis oplysning, hvordan man forhindrer at få et barn. Fordi det er ikke nødvendigt at vide, først når man gifter sig, så undersøger man fra veninder eller andre, hvordan man stopper at få børn.* En 36-årig indvandrer kvinde fortæller, at hun i forbindelse med sit bryllup gerne ville have sin mor til at fortælle om seksualitet: *Så skulle jeg have at vide, hvad er det, man gør, fordi jeg vidste ikke rigtig, hvad er det, man gør, hvordan er det, det foregår, men min mor var så genert, at hun ikke kunne sige noget til mig. Så sagde hun, så kan du tale med din moster. Okay moster, hvad er det, man skal gøre? Og min moster var endnu mere genert. Okay, så må jeg hellere lade være med at få viden om det her.* Hun fortæller videre, at det viste sig, at manden havde erfaring fra et tidligere forhold.

En 34-årig indvandrer kvinde fortæller i en fokusgruppediskussion, at hun, hvis hun har problemer eller gerne vil vide noget, ringer til en af de andre iranere, der også deltager i fokusgruppen. Det er ikke hendes bedste veninde, men det er bedre at ringe til en veninde, end at bruge sin egen familie.

Flere af de iranske informanter fortæller også, at de har danske venner, de ringer til eller kontakter, hvis de har problemer.

Det er generel enighed blandt både kvindelige og mandlige informanter om, at de selv ønsker at informere deres børn om både menstruation og seksualitet. Mange giver udtryk for, at det er vigtigt at formidle til sine børn. En 36-årig indvandrer kvinde fortæller, at hun agter at tale med sine sønner om seksualitet og prævention: *Jeg vil i hvert fald snakke med mine børn om det her. Som jeg sagde, jeg har altid været åben om sådan noget, hvis der har været nogle, der ville snakke om det, så har jeg også snakket. Jeg er ikke sådan, nej, nej, du må ikke tale sådan, og blevet sådan rød i hovedet og ville ikke snakke, nej – det er jeg ikke.*

5.4.4 Medier

Der er forskel med hensyn til de iranske informanternes brug af forskellige medier, alt efter hvor godt de selv føler, de mestrer det danske sprog.

En 33-årig kvinde, der har boet mere end 10 år i Danmark, føler stadig ikke, hun mestrer det danske sprog godt nok til at få nok ud af de informationer, hun kunne modtage via forskellige elektroniske medier. De har ikke internet adgang derhjemme, og med hensyn til andre medier fortæller hun: *Nogle gange hører jeg radio, men det er ikke perfekt, jeg forstår dansk radio. Nogle gange, jeg kigger i avisen, jeg ikke forstår det hele, og så lægger jeg avisen, hvis jeg ikke forstår.*

På spørgsmålet, om hun så ser udenlandske TV stationer, svarer hun: *Nogle gange persisk, men jeg har ikke så meget tid, fordi hvis jeg går hjem, jeg laver mad og passer barn, jeg ikke så meget tid.*

En anden indvandrerkvindes på 34 år fortæller derimod, at hvis hun har brug for oplysninger om familiesundhed, bruger hun ofte internettet: *Ja, internettet er bedre, fordi jeg kan bruge internettet, når jeg har tid, men hos lægen, jeg skal have en tid, og det skal være en bestemt tid, men på internettet kan man gå hver gang, man vil.*

5.5 Nye informationsinitiativer

De iranske informanter foreslår en række forskellige formidlingsinitiativer. Ud over information i skolerne, som de alle synes er vigtigt og nyttigt, er der også en del af informanterne, der understreger, at foldere eller brochurer hos den praktiserende læge og på apoteket er nyttigt. Flere foreslår desuden, at materiale kunne skrives på farsi/persisk, så man sikrer sig, at også de kvinder og mænd, der ikke er så fortrolige med det danske sprog, kan forstå informationen. En af de iranske indvandrermand foreslår, at for de iranere, der lige kommer til Danmark, vil det være en god ide med foldere, hvor de kan sidde og læse for sig selv *for sådan nogle emner er ikke noget, man taler med de andre omkring. Jeg tror, man ville være meget flov, hvis man skulle sidde og læse om disse ting meget åbenlyst.*

En kvindelig indvandrer, der selv arbejder indenfor sundhedsvæsenet, giver udtryk for, at man også kunne sende foldere hjem til folk. På spørgsmålet om det vil være grænseoverskridende, svarer hun: *Nej, men jeg ved det ikke, men jeg tror ikke, at alle familier har brug for det, vel, men det vil være vildt relevant at sætte den hos lægen, for eksempel eller på biblioteket, det er jo også et sted, hvor folk de kommer.*

En af de unge kvinder foreslår, at man eventuelt skriver noget om disse emner til gratisbladene som for eksempel Metro Express og Urban samt "Ud og Se", der ligger i togene.

En 45-årig indvandrerkvindes mener, at man på integrationskurserne burde gøre mere ud af at informere om det danske sundhedsvæsen. Hun siger: *Vi fik nogle oplysninger – man kan godt gå på stranden uden noget tøj på. Det er slet ikke nogen vigtige ting, synes jeg. Og de siger bare, hvordan skattesystemet er her i Danmark. Men det er meget, meget kort, måske 20 minutter, og så kan man slet ikke finde ud af, hvordan man skal betale skat... Så det er spild af tid, synes jeg. Det er meget vigtigt, at man ved, at hvis man har et problem, så skal man tale med sin sagsbehandler i kommunen om penge eller om de problemer. Hvis man har nogle private problemer, så kan man snakke med sin egen læge. Man skal bare vide om det.*

Der er også nogle af informanterne, der mener, at det kunne være nyttigt, hvis der kom en sygeplejerske eller en anden sundhedsperson ud på sprogskolerne for at orientere om prævention og andre emner vedrørende reproduktiv sundhed. Flere gør opmærksom på, at det vil være vigtigt at holde separate informationsmøder med kvinder og mænd.

En 33-årig indvandrerkvinde foreslår, at kvinder bliver indkaldt til undersøgelse med jævne mellemrum. *Jeg synes, systemet skulle indkalde kvinder hver sjette måned, for eksempel, og undersøge dem grundigt, fordi måske har de kræft i livmoderen, og hun tror, hendes problem er væk med en pille, men jeg synes, kvinder skal tjekkes hver sjette måned, sådan måske med brystet, med underlivet eller andre ting.*

Der er således mange bud på, hvordan man kan sikre sig et højere informationsniveau blandt iranere i Danmark.

5.6 Sammenfatning af de iranske kvinder og mænd

Alle de iranske deltagere er født og opvokset i Iran på nær den yngste, som er født i Danmark. De er kommet til Danmark enten som flygtninge eller i forbindelse med giftermål med en ægtefælle bosiddende i Danmark. De har alle en relativ lang skolegang bag sig, og en stor del af dem har en formel uddannelse.

Ifølge informanterne er det at have seksuelle forhold tæt knyttet til ægteskabet. Det er ikke udbredt at indgå i etablerede kæresteforhold før ægteskab, men det er muligt at have et mere platonisk forhold uden at benævne det som kæresteforhold. Flere informanter nævner, at det er mere almindeligt, at mænd har seksuelle forhold før ægteskab end kvinder. Ligeledes oplyser informanterne, at inden ægteskab indgås i Iran i dag, skal ægteparret have taget blodprøver for at teste for seksuelt overførte sygdomme, og alle par skal gennemgå et kursus på få timers varighed, hvor der undervises i seksualitet og prævention.

Det er karakteristisk for alle deltagerne, at de har gjort sig mange tanker om familieliv og familieplanlægning. Samtlige kvinder udtrykker ønske om, at de vil have børn, men højest to børn. De kvinder, som har børn, har fået deres første barn i en relativ sen alder. Hovedbegrundelsen herfor har været ønsket om at uddanne sig, inden man stifter familie.

Informanternes sociale netværk omfatter hovedsageligt andre iranere, men der er også mange, der har både danske bekendte og bekendte fra andre etniske grupper. Flere af informanterne er ligeledes kommet på et af Dansk Flygtningehjælps aktivitetscentre gennem længere tid og har lært andre mennesker at kende på tværs af etniske grupper. De yngre iranske informanter har et bredt netværk i det danske uddannelsessystem. Selvom informanterne har deres største netværk blandt landsmænd, er der flere af dem, der fortæller, at der også er en del social kontrol blandt de iranske flygtninge og indvandrere i Danmark. Denne kontrol bevirker, at man ikke altid er så åben overfor sine landsmænd, fordi det også bliver snakket meget.

De fleste af de kvindelige informanter har et relativt godt kendskab til de mest almindelige præventionsformer: P-piller, spiral, afbrudt samleje og kondom. Dog er der flere, der selv udtrykker ønske om at vide mere. Ifølge dem, der er vokset op i Iran, gives der ikke decideret seksualundervisning i grundskolen. Den eneste seksualundervisning de kender, er de er få timer inden man bliver gift.

Kvinderne har erfaring med at bruge forskellige former af præventionsmetoder. Nogle har brugt p-piller i perioder, men en del har også oplevet problemer med p-piller i form af uregelmæssig menstruation, hormonforstyrrelser, ulyst til sex, humørsvingninger og vægtproblemer. Spiral er også en relativ almindelig præventionsform blandt iranere, der har født. Nogle af disse kvinder har dog også haft problemer med spiralen. Flere har også brugt kondom, og mange kvinder fortæller, at de i perioder har brugt afbrudt samleje.

Der er forskel mellem informanterne i forhold til, hvor velorienterede de er omkring reproduktiv sundhed. Der opstår en generel usikkerhed blandt informanterne, når emner som kroppens funktion og forskellige præventionsmidler konkrete virkning diskuteres. De gifte kvinder giver udtryk for, at de har et åbent forhold til deres mænd, hvor de godt kan diskutere prævention og seksualitet. Blandt kvinderne gives der udtryk for et ønske om at få mere information om prævention og reproduktiv sundhed. Desuden er de meget interesserede i at diskutere disse emner. Mange giver udtryk for, at det er stor forskel mellem generationerne i forhold til, hvor åbent man er omkring disse emner. Den yngre generation er mere åben. Til gengæld så mener en af mændene, at børn i Danmark bliver informeret for tidligt.

De fleste informanter kender til hiv/aids, nogle nævner enkelte andre kønssygdomme. En del af informanterne er klar over, at kondom beskytter mod kønssygdomme. Der er meget begrænset viden om, hvordan kønssygdomme smitter.

De iranske informanter er generelt ikke imod provokeret abort, hvis kvinder er i en vanskelig situation. Ingen af informanterne giver udtryk for, at man kan bruge provokeret abort som prævention. Af forskellige grunde har tre af de iranske kvinder gennemgået en provokeret abort. I to af de tre tilfælde befandt kvinderne sig i socialt meget sårbare situationer. I det tredje tilfælde var der mange problemer med brug af prævention, og kvinden udtrykker, at hendes viden om disse emner var for begrænset.

Udover den lidt sparsomme information de har modtaget i Iran, benytter mange sig af deres familienetværk og sociale netværk til at få oplysning om prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed. Mange af kvinderne har også lært sig meget, efter de var blevet gift enten fra manden eller via deres kontakt til den praktiserende læge.

Langt størsteparten af de iranske informanter har positiv erfaring med den praktiserende læge. De synes, at de får svar på de spørgsmål, de kommer med til lægen. Kun en af kvinderne har dårlig erfaring med mødet med det danske sundhedsvæsen. Både kvinderne og mændene giver udtryk for, at de vil henvende sig til deres praktiserende læge, hvis de havde spørgsmål om prævention eller reproduktiv sundhed.

Med hensyn til forbedret kommunikation med iranere i Danmark om prævention og reproduktiv peger data i denne undersøgelse på, at problematikken er anderledes end for de tyrkiske og pakistanske indvandrere. Størstedelen af de iranske informanter har en grundlæggende viden om kroppens funktioner og reproduktiv sundhed, men mange har et behov for at få at vide, hvor man kan få mere detaljeret information. Informanterne foreslår selv foldere på farsi, der kunne distribueres via den praktiserende læge, apoteker og biblioteker, artikler i gratis-aviser og blade, informationsmøder på sprogskoler og rutinemæssige indkaldelser til undersøgelse.

6 De eksjugoslaviske kvinder og mænd

6.1 Deltagernes baggrund

Der indgår 7 kvinder og 7 mænd fra Eksjugoslavien i undersøgelsen.

To stammer fra Makedonien, 1 fra Montenegro, 1 fra Serbien og 3 fra Bosnien.

Alle kvinderne er kommet til Danmark i forbindelse med krigen i Eksjugoslavien.

Fem af kvinderne er gift med mænd med samme kulturelle baggrund som dem selv, mens en kvinde er ugift og en er separeret. Kvinderne er mellem 27 til 43 år.

De gifte kvinder har i gennemsnit 2 børn, og en af dem er gravid. Den separerede kvinde har ligeledes 2 børn. Den ugifte kvinde har ingen børn.

Fire af kvinderne er praktiserende muslimer, 1 er kristen, 1 er kristen ortodoks, og 1 betegner sig selv som kulturel muslim.

To af kvinderne har en almindelig folkeskolebaggrund fra Eksjugoslavien, 3 har en gymnasial uddannelse, 1 er faglært uddannet og 2 har en videregående uddannelse. Tre af kvinderne har arbejde, 1 er under uddannelse og 3 går på sprogskole.

Mændene, der deltog i undersøgelsen, kommer alle fra Bosnien. Fire af de mandlige deltagere har en folkeskolebaggrund fra Bosnien, 3 har en gymnasial uddannelse, 1 er faglært uddannet og 2 af dem har en videregående uddannelse.

De har alle boet i Danmark i ca. 12 år.

6.2 Pardannelse, familieplanlægning og det sociale netværk

I dette afsnit belyses kvinderne og mændenes erfaring med deres ægteskab og parforhold samt deres tanker om at planlægge familie. Der redegøres også for hvilke mennesker, de omgås med i dagligdagen, og som udgør en del af deres sociale netværk.

6.2.1 Pardannelse og seksualitet

I forhold til de tyrkiske, pakistanske og iranske informanter, så fremgår det, at både de eksjugoslaviske kvinder og mænd har et mere åbent forhold til det at have en seksuel relation før ægteskabet.

Indvandrerkvinden som er separeret fortæller, at den mand, som hun blev gift med, ikke var den første, som hun gik i seng med. Til spørgsmålet om det er noget, som man går op i Bosnien, svarer hun: *Det kommer an på hvilken del af Bosnien, folk kommer fra. Dem, der kommer fra landet, er anderledes og har en lidt anden tankegang, og det kommer også an på, hvilken familie man er vokset op i. Jeg er opvokset i en almindelig arbejderfamilie, hvor mor og far arbejder, altså sådan en fri og åben familie, kan man sige. Men det er meget forskelligt. Det kan godt være, at en kvinde fra Bosnien aldrig har snakket med sin mor.* Hun fortæller, at hun var 17 år, da hun var i seng med en mand første gang. Hun var meget forelsket og tænkte ikke på noget andet. Hun brugte ikke nogen form for prævention. På spørgsmålet om hun tænkte over, om hun kunne blive gravid, svarer hun: *Ja, ja, jeg vidste det godt, at jeg måske kunne. Men når man er forelsket, så er det ligegyldigt, hvis det kommer en lille, så er det kun dejligt.*

En indvandrerkvind på 32 år fortæller, at hun har haft seksuelt samvær med to mænd i sit liv. Hun mener, at det generelt er accepteret at have samleje inden ægteskabet i Bosnien og Makedonien, men ikke alle har det. Hun forklarer, at det kommer an på vennekredsen og til dels af, om man kommer fra en lille landsby eller fra større byer. Hun siger: *Vi har ikke stigmatiseret dem, der havde sex inden ægteskabet, men hele samfundet betragtede dem som jomfruer. I en vis grad var det hemmeligt, at de gik i seng med hinanden.* Hun mener, at der er flere, der gør det, når de er ugifte og bor i Danmark. Hun fortæller ligeledes, at mange bosniere i Danmark også har danske kærester, og at det er meget accepteret at være kæreste med en dansker.

På spørgsmålet til de unge indvandrermand om det er i orden at have sex før ægteskabet, svarer de, at det er meget individuelt fra familie til familie. Det kan have noget med religion at gøre eller bare nogle tanker. En af dem siger: *Det er ikke det samme, at vores forældre synes, det er i orden at have en kæreste, og at have sex før ægteskabet.* En anden ung mand siger: *I Bosnien er vi meget dobbeltmoraliske. De synes jo, det er okay, at mænd gør det, men ved for eksempel min lillesøster, der er det sådan lidt strengt, det må hun ikke rigtig. Det vil ikke få nogen konsekvenser, hvis hun gjorde det, men det vil bringe sådan lidt skam over familien, hvis folk fik det at vide.*

De gifte eksjugoslaver har ægtefæller fra deres egen kultur, og ingen af ægteskaberne har været arrangerede.

En 32-årig ugift indvandrerkvind bor sammen med sin kæreste fra Bosnien. Hun forklarer, at for de fleste bosnieres vedkommende vælger man selv kæreste og ægtefælle. Hun fortæller også, at det er ok med hendes forældre, at hun bor med sin kæreste, selvom de har et helt andet forhold til seksualitet og kærester, end hun selv har. Hun fortæller: *Der er meget stor forskel. Min mor siger, at hun har aldrig kysset en dreng, før hun blev gift.* Hendes forældre betragter hende og hendes kæreste, som værende gift, og derfor accepterer de, at de bor sammen. Det har ingen betydning for hende og hendes kæreste, hvorvidt de er gift.

Ved spørgsmålet til de unge indvandrermand fra Bosnien, hvorvidt deres forældre hjælper dem med at finde en partner, svarer de: *Overhoved ikke. I bosnisk kultur var det muligt at finde et sådant tilfælde for 100 år siden, eller hvis man rejser til meget utilgængelige steder.* Tre af de fire yngre mænd har bosniske kærester, men de har ikke noget imod danske piger. En af dem har også haft en dansk kæreste. Ingen af dem regner dog med at finde en dansk kvinde som livspartner, på grund af de store kulturforskelle. En af dem siger: *Jeg tænker ikke som nogen arabiske drenge, at danske piger er ludere og sådan nogle ting. Jeg har også kendt en pige i gymnasiet, som jeg synes meget godt om, men det ville ikke være gået, fordi alle de der kulturforskelle.*

En ung indvandrermand fortæller, at han havde sin første kæreste, da han var 12-13 år. På spørgsmålet om, hvorvidt hans forældre accepterede det, svarer han: *Dengang vidste jeg ikke, om det var okay med mine forældre, fordi jeg gik i en omgangskreds med udlændinge, der gik meget rundt med indvandrere, som jeg fik at vide af alle dem, at de ikke måtte have kærester. Så jeg har snakket med mine forældre om det dengang. Men så fik jeg at vide senere, at det var okay med det.* Han tilføjer, at han ikke er en typisk indvandrer, der ikke må have kærester og sådan: *"Nede i Bosnien, der er vi meget frie, altså udover, at jeg har en religion, som jeg holder for mig selv, så er jeg sådan ligesom danske unge."*

Han fortæller også, hvor vigtigt det er for ham, at den kvinde, som han en dag vil giftes med, ikke forinden har været sammen med alt for mange mænd. Det betyder meget for ham, fordi en kvinde, som har været sammen med mange mænd, har et dårligt rygte, og hvis han gifter sig med en sådan kvinde, ville alle kigge skævt på dem.

6.2.2 Familieplanlægning

De eksjugoslaviske kvinder giver udtryk for, at de ønsker 2-3 børn og flere af kvinderne, der har børn, har planlagt dem i samråd med deres mænd. En af indvandrerkvinderne, der nu er separeret fra sin mand, fortæller dog, at deres første barn ikke var planlagt. Hun var sikker på, at hun ikke kunne blive gravid under menstruationen, så hun beskyttede sig ikke. Alligevel blev hun gravid under den næstsidste dag af menstruationen. Hun siger selv, at hun er vred på sig selv over, at hun fik sit første barn: *For det er jo meget forkert, altså når man ikke helt har planlagt det og har så mange andre ting og er så ung og får et barn.* Hendes ældste søn er blevet opdraget hos hendes svigerforældre, så hun fik tid til at lave andre ting. Hun fortæller, at det er almindeligt, at børnebørn bliver passet af deres bedsteforældre i Bosnien.

En anden indvandrer kvinde fortæller, at hun blev gravid med sit andet barn, da hun og hendes familie var på asylcenter. Det var ikke planlagt, men hun siger, at det barn faktisk reddede deres liv. *Min mand og jeg var meget glade. Hun reddede os faktisk, fordi når man har et lille barn, så er der altid noget at lave, ellers var det ikke noget.*

En ugift indvandrer kvinde fortæller, at hun og hendes kæreste gerne vil have børn. Hun har prøvet på at blive gravid, siden de flyttede sammen, men det er stadig ikke lykkes. De har planlagt at få to børn, men hun siger, at hun slet ikke er sikker på, at hun kan få børn.

6.2.3 Det sociale netværk

De eksjugoslaviske informanter fortæller, at familien og venner fra deres eget land er de vigtigste personer i deres omgangskreds. De eksjugoslaviske kvinder synes generelt, at det er svært og få kontakt med danskere. De mener, at det primært skyldes sprog vanskeligheder. Derfor holder de sig mest til deres egen familie og til deres venner fra deres eget land. En af indvandrerkvinderne siger: *Altså, jeg taler med albanske veninder, fordi jeg ikke har sprog endnu til at kunne have danske veninder.*

En af indvandrerkvinderne fra Bosnien fortæller, at hun ikke har så stort behov for at være sammen med en masse venner. Hun dyrker lidt socialt samvær med forældre til børnene i skolen, hvor hendes yngste datter går.

Flere af informanterne fortæller, at foreningslivet blandt eksjugoslaver er meget opsplittet. Der er ofte separate foreninger for kroater, serbere og muslimer. En af indvandrerkvinderne fortæller, at da hun selv er kroat, og hendes mand serber, så ved de ikke, hvilken forening, de skulle være medlem af. En af de albanske kvinder efterlyser en klub, hvor kvinderne kunne mødes og snakke sammen.

En bosnisk indvandrer kvinde får sit sociale behov dækket på sit arbejde. Hun har både danske og bosniske veninder. Hun har nok at se til og siger: *Det er her [i bestyrelsen], og så er det i Flygtningehjælpen. og der er igen integration og forskellige gruppearbejder, så er der altid et eller andet kursus, der er kørende, så går jeg til syning. Der er mange ting.*

Tre af de bosniske indvandrer mænd fortæller, at de er medlemmer af en bosnisk forening, hvor de jævnligt mødes. De unge mænd fortæller, at de både har mange danske og bosniske venner.

På spørgsmålet om de betragter sig selv som bosniere eller danskere, svarer to af dem: *Som bosniere*, hvorimod en tredje siger: *Mig også, jeg er lidt... jeg betragter mig selv, jeg vil ikke sige dansker, men udenlandsbosnier*. Alle tre betragter sig selv som lidt anderledes i forhold til gennemsnitlige bosniere. *For vi har fået så meget af den danske kultur med, og det afgørende er, at vi har været igennem puberteten i Danmark*. De fortæller ligeledes, at det de godt kan lide ved Danmark, det er, at der ikke er forskel mellem mennesker. I Bosnien er der stor forskel, og mennesker behandles også forskelligt, alt afhængigt af, hvor de kommer fra. Der er store klasseforskelle især på grund af krigen: *Enten er de undertrykkere ellers bliver de undertrykt*.

En af de unge indvandrermand fortæller, at mange bosniere kender hinanden, fordi de kom til Danmark samtidig og har boet i asylcenter sammen. Han mener, at det giver både fordele og ulemper: *Det er ligesom en kæmpe familie, og snakken den går hurtigt*.

6.3 Prævention, reproduktiv sundhed og seksualitet

Kvindernes erfaringer med præventionsmetoder er individuelt, men de fleste har prøvet p-piller i forskellige perioder i deres liv. Deres holdninger til brug af præventionsmidler er også forskellige. Den viden, de har tilegnet sig om prævention, har de enten fra skolen eller fra diskussion med deres søstre, deres mødre, deres veninder eller fra deres læge. Information om prævention har de enten fået fra fjernsyn i Eksjugoslavien eller fra sundhedssystemet. Der er ikke noget tabu forbundet med at bruge prævention. Til gengæld kan det være tabu at tale om præventionsmetoder og seksualitet..

For hvad angår at tale om prævention med venner, så er der forskel på den midaldrende og yngre generation mænd. Den førstnævnte generation mener, at det er tabu at tale om prævention i det hele taget, og således nævner de heller ikke noget om brug af prævention, hvorimod den yngre generation af mænd taler frit med sine venner om prævention.

6.3.1 Viden om prævention og reproduktiv sundhed

Der var kun tre af kvinderne, som svarede direkte på, hvilke præventionsmidler de kender. Udover p-piller så kender en af indvandrerkvinderne til kondom, pessar, implanom, p-ring og fortrydelsespiller.

En ugift indvandrer kvinde kender p-piller, kondom, spiral, og hun har også hørt om femidom, p-ring og pessar. Hun har også hørt om fortrydelsespiller men synes, at det er uansvarligt, at man bare tager piller og tror, at man kan løse det på den måde. Da hun hørte om spiral, fik hun det meget dårligt: *Jeg fik det så dårligt, at jeg skulle kaste op. Jeg tænkte, at det var ulækkert – især spiral, at tænke, at jeg skulle have sådan noget i min krop*. Ifølge denne kvinde er problemet ikke, at folk fra Eksjugoslavien ikke kender til prævention, men at de ikke bruger det.

Kvinderne har dels fået information om prævention gennem kvindelige familiemedlemmer, og flere af de gifte kvinder fortæller ligeledes, at de taler med deres mænd om prævention. Nogle af kvinderne taler også med deres veninder om forskellige former for prævention.

Mange af informanterne fortæller, at de har tilegnet sig viden om kroppens reproduktive funktion i skolen. Indvandrerkvinden, som er separeret, fortæller: *Man starter at lære om det i syvende klasse. Det er i biologi, at man lærer om kroppen og om de forskellige cykluser i kroppen. Jeg har lært om menstruation og alle de cykluser, en kvinde går igennem*. Hun fortæller, at hun ikke personligt kender til familier, hvor det er tabu at tale om sex og prævention. Selv har hun fået det at vide af nogle af sine slægtninge, som er læge og sygeplejerske.

Hendes ældste datter er på eget initiativ kommet til sin mor og har spurgt om menstruation og prævention, hvor moderen har fortalt, det hun vidste. Hun vil også gøre det med den yngste, når hun bliver lidt større. De ser også fjernsyn og lærer meget derfra.

En anden indvandrerkvindes fortæller, at hendes forældre blev skilt, da hun var barn, og hun boede på skift hos sin mor og far men mest hos faderen. Da hun var omkring 12 år gammel, købte hendes far en tyk bog om kvindens krop, som hun skulle lære, fordi han var nervøs for at manglede oplysning.

En af indvandrerkvinderne fortæller, at hun ikke har fået undervisning i skolen om prævention. Men da hun blev lidt ældre, kunne hun snakke med sin mor om det. Hun talte også med en veninde, som var ved at uddanne sig til læge og fik også fat på nogle brochurer. Der er også to læger og en sygeplejerske i hendes familie, som hun kunne henvende sig til. En af de andre indvandrerkvinder fortæller, at hun har set et program om det i fjernsyn fra Montenegro.

To af indvandrerkvinderne giver udtryk for, at religionen ikke spiller nogen rolle ved valg af prævention: *I Makedonien er man ikke så religiøs i det. Ikke de unge i hvert fald.*

Der er tydelig generationsforskel mellem de mandlige bosniske indvandrere. Hvor de gifte mænd giver udtryk for, at det er tabu at tale åbent om prævention og seksualitet, fortæller de yngre mænd, at man godt kan tale om den slags ting. Den ældste af indvandrermandene siger, at det er svært for ham at tale om det. Han er slet ikke vant til at tale om prævention og seksualitet og er bange for, at folk ville grine ad ham, hvis han skulle stille spørgsmål. Så han taler ikke med nogen om det. En anden siger: *Når der er kommunikationsproblemer om disse emner på dit eget sprog, hvordan skal du så kunne udtrykke dig på et fremmed sprog?*

De yngre indvandrermande fra Bosnien har kendskab til p-piller, kondom, spiral og fortrydelses piller. De taler med deres venner om prævention. De har også fået undervisning i skolen. De unge mænd er interesserede i at vide præcis, hvordan forskellige præventionsformer anvendes, og hvor lang tid der skal gå efter samleje, før kvinden kan tage fortrydelsespiller. Den yngste indvandrermand på 19 år fortæller, at hans mor fortæller ham, at han skal huske at beskytte sig, men han vil ikke gå videre ind i diskussionen med sin mor om prævention og henviser til, at han har lært om det i skolen. Om spiral siger han: *Den der t-dims, man kan stikke op, så ægløsning ikke kan komme, eller æggene kan komme derned, men jeg har ikke hørt om nogen, der bruger det eller noget. Jeg tror heller ikke, der er noget, der bliver brugt helt så tit i hvert fald ikke os unge.* Han har fået information om fortrydelsespiller af sine gamle kærester: *Ja, altså hvor de ikke har taget p-piller og så spurgte jeg sådan, hvad skal vi så gøre, og så sagde de bare, at så kan jeg tage fortrydelsespiller i morgen, og så ved jeg, hvad det er.* Desuden taler han både med sine mandlige og kvindelige venner om disse ting. De taler for eksempel om, hvor irriterende det er, hvis deres kærester ikke bruger nogen form af prævention.

6.3.2 Erfaringer med og holdninger til prævention

Tre af kvinderne og deres mænd har altid brugt afbrudt samleje som prævention. Bortset fra det, så har de fleste kvinder også brugt kondom i perioder. Selvom nogle af kvinderne har brugt p-piller i forskellige perioder af deres liv, så er flertallet af dem bange for p-piller af forskellige årsager, såsom overvægt, kræft og blodstyrning. En enkelt kvinde bruger spiral i dag og er tilfreds med det. Hun har brugt spiral i perioder og kondom i andre perioder.

En 32-årig indvandrerkvind fortæller, at hun har brugt p-piller i forskellige omgange i sit liv. Hendes mand har også brugt kondom. På spørgsmålet om hvornår hun brugte p-piller første gang, svarer hun: *Efter jeg fik mit første barn, havde jeg ikke menstruation i næsten et år, og gik til lægen konstant. Der var ikke noget i vejen, det hele var ok. Men den usikkerhed den plagede mig meget, er jeg nu gravid igen eller? Jeg var 21 år, og så tænkte jeg hele tiden på, om det var det. Og så fik jeg faktisk anbefalinger fra lægen, for han fortalte mig, det er jo at p-piller gør det, at de stabiliserer menstruationen. De kan hjælpe til at menstruationen kommer i gang. Det var mest af den grund, at jeg begyndte at bruge dem.* Hun fortæller, at hun bruger p-piller meget uregelmæssigt. Nogle gange fire til fem år i træk og nogle gange i 3 måneder eller 6 måneder, og så holder hun en pause. De forskellige pauser skyldes, at hun tog på i vægt og fik hovedpine. Hun blev også psykisk frustreret, men vælger alligevel at tage dem i perioder, fordi det er nemt.

En ugift indvandrerkvind fortæller at hun egentlig synes, at det er mandens ansvar at passe på, så hun har aldrig brugt andre former for prævention end afbrudt samleje. Hun vil for eksempel ikke bruge spiral, fordi hun ikke kan forestille sig at have noget inden i kroppen. Hun vil hellere undgå samleje end at bruge nogen form for prævention. Hun fortæller også, at de ikke har haft så meget sex, men nu arbejder de på, at hun skal blive gravid. Hun er meget i mod p-piller, da hun mener, de er usunde for kroppen. Det er en læge i Danmark som har fortalt hende om det.

Tre af de unge bosniske indvandrermand siger, at de bruger kondom, og at de ikke har noget problem med det. Ved spørgsmålet om de har talt med deres kæreste om prævention, svarer en af dem: *Jo, jeg siger, jeg vil købe det [kondomer]. Jeg tænkte også på det med p-piller, for man ved jo aldrig, om hun har gået ude med en anden, så jeg tager aldrig chancer. Jeg tager altid kondom på.*

En af mændene mener, at mange med høj uddannelse altid vil kræve, at manden bruger kondom. En anden siger: *Det med ikke at bruge kondom, det har jeg faktisk hørt før. Drengene siger, at det er klamt at bruge, og jeg har ikke samme følelse med kondom, så lader de bare være med at bruge kondom, så det ligesom er op til pigen at bruge p-piller.*

Den yngste af de mandlige indvandrermand fortæller, at han og hans kæreste er uenige om hvilken præventionsform, de skal bruge. I perioder har de brugt kondom, men da hverken han eller kæresten er så glade for at bruge kondom, har kæresten i perioder brugt p-piller. I første omgang forklarer han, at det er fordi, hun er *for doven til at gå til lægen og få det*, men senere i samtalen forklarer han, at det også er af økonomiske grunde. Hun har ikke råd til at betale for p-piller, og han vil ikke, da han synes, at det er hende, som burde betale det. I flere tilfælde har han givet hende penge til fortrydelsespiller. De har også brugt afbrudt samleje, men er begge klar over, at det ikke er helt sikkert.

6.3.3 Kendskab til kønssygdomme

Til spørgsmålet om hvilke seksuelt overførte sygdomme kvinderne har kendskab til, er aids det første svar, man får fra alle kvinderne. I første omgang er der ingen, der ved, hvordan man beskytter sig imod aids, men ved direkte spørgsmål om de ved, om man kan bruge kondom, svarer de ja.

Og ved spørgsmål til hvordan man beskytter sig imod kønssygdomme generelt, siger en af indvandrerkvinderne: *Altså, ja, altså hygiejne i hvert fald og kondom hjælper også meget, hvis man har forskellige partnere, men det har jeg ikke.*

En af indvandrerkvinderne forklarer, at tidligere fandtes aids stort set ikke i Montenegro, så det var ikke noget, man talte om og vidste noget om, da der kun var få personer, der havde det.

En af de andre indvandrerkvinder mener ikke, at gifte par kan få aids, for i følge deres religion, så må de ikke være hinanden utro. Hun tror, at aids er mere udbredt blandt de unge, der er ugifte.

Ved spørgsmålet om de tror, at de unge er bevidste om at beskytte sig imod aids, svarer en af indvandrerkvinderne: *Altså i Kosovo fjernsyn – det er jo den fjernsyns-station, vi som albanere i Danmark kan tage – der tales der om de her ting, fordi i Kosovo er der problemer af den art blandt de unge. Sådan er det med demokrati, der kommer problemerne.*

Ved det åbne spørgsmål hvilke andre kønssygdomme kvinderne har kendskab til, er der kun to af kvinderne, der kommer med helt konkrete bud. De nævner både syfilis og klamydia, og de ved også, at man får disse gennem kønslig omgang. De andre kvinder kender ikke til andre kønssygdomme, men da flere kønssygdomme bliver nævnt ved deres navn, så siger to af dem, at de aldrig har hørt om det, hvorimod en siger, at hun har hørt navnene, men hun kender ikke noget til selve sygdommene.

De unge bosniske mænd har kendskab til klamydia, hiv/aids, gonoré og syfilis. De er meget interesseret i kønssygdomme, og hvordan man kan undgå dem, men også i, hvordan deres kærester kan undgå graviditet. De har for eksempel sat sig godt ind i, hvornår man skal tage fortrydelsespiller. Den yngste af mændene fortæller, at han for nyligt selv er blevet testet for klamydia og hiv for som han siger *at være sikker*. Det var mere eller mindre en af hans venner, der fik ham overtalt til at få taget testene. Han har prøvet at lade være med at tænke på aids, for han bliver skræmt, når folk begynder at snakke om det. Nu venter han så på resultatet fra hospitalet og er nervøs for det.

Til spørgsmålet om hans kæreste også har fået lavet en test, svarer den unge indvandrermand: *Jamen, det var det, der skræmte mig mest, at jeg begyndte at komme sammen med min kæreste, som heller aldrig nogen sinde har prøvet at blive undersøgt før, og det var der min ven skræmte mig og sagde, at nu tager du dig sammen, fordi hun er aldrig nogensinde blevet tjekket, og du skal virkelig gøre det*. Han fortæller, at han og kæresten har aftalt, at hun også skal testes: *Jeg har altid kørt den der stil med, at jeg får pigen til at blive tjekket, og hvis hun så ikke har noget, så må det så betyde, at jeg heller ikke har noget.*

6.3.4 Erfaringer med og holdninger til provokeret abort

De to indvandrerkvinder, som er fra Makedonien, har svært ved at tro på, at mange kvinder fra Eksjugoslavien får foretaget mange aborter. De er begge forbavsede og siger: *... for nu ved alle jo, hvordan tingene hænger sammen. Det er kun de gamle, der ikke ved.*

Begge kvinder forklarer, at de personligt ville have det dårligt med at få en abort, men det er deres generelle holdning, at abort er en rettighed. De mener ikke, at det er en god ting for kvinden. De mener begge, at det er bedre at beskytte sig, så man ikke bliver uønsket gravid. En af kvinderne er imod abort, fordi det ikke er godt for kvindens krop. Hun siger: *Det er ikke godt for kvinden til at få mange aborter, fordi hendes vagina bliver totalt skrabet [Hun hentyder til udskrabning]*. Hun fortæller, at 3-4 af hendes veninder har fået flere aborter, men hun ville aldrig selv få det.

En indvandrerkvindes fortæller, at hun selv har fået to aborter. Første gang, da de endnu ikke havde fået permanent opholdstilladelse i Danmark. De boede på Røde Kors asylcenter på et lille værelse, og der var ikke plads til endnu et barn. Anden gang valgt hun at få abort, fordi fremtiden stadig var usikker, så det var af sociale årsager begge gange. Hun ville selv vælge abort i dag, hvis hun blev gravid imod sin vilje, og uanset hvad det skulle koste hende. Hun siger: *For det er jo netop kvinden, der tager ansvar, der bliver belastet mest.*

En anden indvandrerkvindes udtrykker tvivl om sin stilling til abort: *Hvis det er nødvendigt, så skal man gøre det, men jeg vil helst undgå det.* På den anden side så siger hun, at det er svært at vide, hvordan hun selv ville reagere i situationen. Måske hvis der ikke var andre muligheder, så ville hun gøre det. Hun fortæller om en veninde, der fik abort. Venindens ven, som hun blev gravid med, boede med en anden kvinde, og derfor blev veninden nødt til at få abort. det var således ikke fordi, veninden og manden ikke var gift. Hun siger: *Det har ikke stor betydning, om man er gift eller kærester. Mine forældre og andre accepterer det. Det er ikke det, der gør det. Hun gjorde det, da der ikke var noget håb. Hun havde også et barn i forvejen, som var uden far.*

En bosnisk mand siger, at der kan være flere grunde til, at eksjugoslaviske kvinder får abort i Danmark. Han tror, den primære grund kan være socialt betinget. Selvom bosniske kvinder heller ikke får oplysning om prævention og seksualitet i skolerne i deres hjemland, så tror han ikke på, at den stigende abortkvotient skyldes mangel på oplysning om prævention. Han mener, at kvinderne også lærer sig af deres veninder samt fra bøger og TV. Desuden så bliver man oplyst om det, når man kommer til Danmark.

Flere af indvandrer mændene mener, at abort er forbudt i følge koranen, og en af mændene er modstander af abort på alle plan bortset fra de tilfælde, hvor der er fare for moderens liv. De yngre mænd er også principielt imod abort, men udtrykker sig mere usikkert. En af dem siger, at han principielt altid bruger kondom, fordi han mener, at man ikke skal komme i nærheden af abort. En af de andre har haft samme kæreste i 4 år og ville helst ikke opfordre sin kæreste til at få abort. Hvis hun blev gravid, så ville han hellere gifte sig med hende eller i det mindste forlove sig. Den tredje synes, at det er et meget svært spørgsmål, for det kommer an på mange ting: *Hvis det virkelig var uplanlagt så... Men det er absolut den sidste nødvej.*

På spørgsmålet om hvorfor han tror, at der er mange kvinder fra Eksjugoslavien, der får foretaget en abort i Danmark, svarer en 19-årig indvandrermand: *Personligt så kender jeg ikke nogen, som har fået det, men jeg tror altså, sex det er blevet meget mere udbredt her på det sidste. Det var det ikke så meget før nede i Jugoslavien, så jeg tror, det er det, der gør det. Jeg tror også, det er en skam, det er virkelig skam dernede at få et barn udenfor ægteskabet. Der er det sådan, at alle snakker om det bag ens ryg, og der er ikke nogen, som vil være sammen med en kvinde, som allerede har et barn i forvejen fra de steder, hvor jeg kommer fra. Jeg tror, det er mere derfor, de gør det.* Han fortæller, at hvis for eksempel han søster fik et barn nu, så ville alle bosniere i hans omgangskreds se ned på hende og bagtale hende. Han tror heller ikke, at mange drenge ville være villige til at være sammen med hende senere. *Måske en nat, men ikke noget fast forhold,* siger han. Der er således forskel på de eksjugoslaviske mænd og kvinders holdninger til abort.

6.4 Informationskanaler og tilegnelse af viden

De eksjugoslaviske informanter giver udtryk for forskellige måder at tilegne sig viden om prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed. Nogle af dem, som er vokset op i Eksjugoslavien, har fået begrænset undervisning i skolen. En del har talt med deres venner, søstre og mødre, og andre har brugt medier såsom fjernsyn og internet. Et mindre antal fortæller, at de har talt med deres egen læge i Danmark. Den yngre generation, som er vokset op i Danmark, har tilegnet sig viden fra skolen, men de taler også med deres familie og venner om prævention og seksualitet. I dette afsnit belyses de forskellige informationskanaler samt informanternes erfaring med det danske sundhedssystem.

6.4.1 Undervisning

Selvom der ikke er stor aldersforskel på de informanter, som er født og opvokset i Eksjugoslavien, er det alligevel lidt modstridende oplysninger, man får til spørgsmålet, om de har fået undervisning om prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed i skolen.

En indvandrer kvinde, som er 38 år, siger for eksempel, at man lærer om alt dette i skolen i Bosnien, og at det ikke adskiller sig meget fra det, man lærer i Danmark. Hun har et specifikt kendskab til formen af livmoderen, æggelederen og sædceller.

En anden indvandrer kvinde, som er 37 år, siger, at hun lærte sig lidt i 8 klasse. Hun tilføjer: *Men altså, I ved jo godt, at hos muslimer taler man ikke så meget om de ting i skolerne. Men nu snakker man i fjernsynet om, at man skal indføre det som et fag i skolerne, altså seksualundervisning.*

Indvandrerkvinden, som er ugift, er 32 år, og hun har tilegnet sig viden om sikre perioder og kvindekroppen i skolen, men hun kan ikke huske, om det var i folkeskolen eller gymnasiet. Til gengæld husker hun, at hun lærte om p-piller, kondom og spiral for mange år siden gennem undervisning på universitetet. I forbindelse med at man talte om stofmisbrug i skolen, fik hun også lært om hiv.

En 36-årig indvandrer kvinde fortæller: *Jeg tror ikke, vi har haft noget undervisning, altså seksualundervisning. Jeg tror ikke, vi har haft sådan noget, men vi snakker om det. Det var ikke et konkret fag eller en periode, hvor det var planlagt, det kan jeg i hvert fald huske.*

De eksjugoslaviske indvandrer mænd, der er vokset op i hjemlandet, fortæller, at de ikke har fået undervisning om disse emner i skolen i Bosnien, hvorimod de unge mænd, der er vokset op i Danmark, og har gået i skole her, har fået seksualundervisning. En af dem forklarer, at de fik undervisning i 8-9. klasse men mener, at det var lidt for tidligt, fordi de var for umodne. Han har læst, at folk er begyndt at droppe kondomer og mener derfor, at undervisning om prævention og seksualitet skal gentages, når de er lidt ældre i gymnasiet eller på universitetet.

6.4.2 Sundhedsvæsenet

Flertallet af kvinderne har god erfaring med det danske sundhedssystem. De kvinder, som taler og forstår dansk, føler, at de kan spørge deres læge om alt muligt med hensyn til prævention, og de får også tilfredsstillende svar.

En af kvinderne er nødt til at tage sin mand med til lægen, fordi at hun synes, at lægen taler for hurtigt, så hun ikke kan nå at følge med alene. Hun glæder sig til den dag, hvor hun bliver bedre til dansk og derfor kan gå til lægen alene. En af de andre kvinder giver hende ret i, at det er svært at forstå, hvad lægen siger.

Et par af kvinderne giver også udtryk for tilfredshed over den måde, de blev mødt af sundhedspersonalet på asylcenteret. De kunne altid gå til sygeplejersken og stille alle de spørgsmål, de havde. Sygeplejersken kunne også formidle råd om, hvor de kunne henvende sig, hvis de havde brug for endnu mere rådgivning og hjælp med prævention.

En af kvinderne blev gravid med sit sidste barn på asylcenteret, hvor hun også gik til kontrol hos sygeplejersken og lægen. Både graviditeten og fødslen gik godt. Hendes mand var med til fødslen her i Danmark. Det var ikke planlagt, men det var glædeligt alligevel. Efter fødslen fortalte sygeplejersken hende om, hvilken prævention hun kunne bruge.

Ingen af kvinderne kender til andre steder udover den praktiserende læge eller sundhedsplejersken, hvor man kan henvende sig for at få råd og vejledning om prævention.

Ved spørgsmålet om mændenes erfaring med det danske sundhedssystem forklarer en af de ældre indvandermænd, at man meget hurtig efter ankomsten til Danmark får et møde med en dansk læge via tolk. Han siger: *Man bliver stillet overfor en masse spørgsmål om alt muligt, som har med sundhed at gøre. Også om ens egen kendskab til prævention. Man får samtidig oplysning om hvilke former for prævention, der findes og så videre.* Ved den første samtale med en dansk læge forklarer den ældste af indvandermændene, at han blev forbavset over, at det stod en stor skål fyldt op med kondomer foran ham. Han følte sig lidt flov.

En af indvandermændene udtrykker dog, at han har dårlig erfaring med sin praktiserende læge. Han er sjældent syg og går kun til lægen ca. engang om året. Den ene gang om året, kræver han derfor at blive respekteret, og at man tager hans problemer alvorligt. Sådan føler han slet ikke, at det er. Desuden så mener han, at det er helt urimeligt, at man kun får fem eller ti minutter ved hver konsultation. Og i begyndelsen var det endnu værre, når kommunikationen skulle foregå via en tolk. *Det giver helt klart nogle begrænsninger i ens udtryksform. Man har ikke altid lyst til at fortælle alt, når en tredje person er involveret.* Han mener, at konsultationen med lægen kunne blive bedre, hvis det var en læge fra hans egen baggrund.

Flere af de mandlige deltagere er enige om, at man bør inddrage læger og andre fagfolk inden for sundhedssystemet med anden etnisk baggrund til at tage sig af deres egne landsmænd her i Danmark. De mener, at det ville være bedre for alle parter. Man sparer også dyre tolkeudgifter, og indvandrerne selve ville føle sig langt mere trygge med en læge eller andet sundhedspersonale fra deres eget land. Ifølge disse mænd skulle man udvikle kompetencen blandt sundhedspersonale med anden etnisk baggrund, så den passer til det danske sundhedssystem. Det skal gøres meget hurtigt, efter at de er kommet til Danmark. Bagefter skulle man ansætte dem som fagfolk i rådgivningssituationer med indvandrere fra for eksempel Bosnien.

En af de unge indvandermænd foretrækker en mandlig læge fordi, det er rart at tale med en mand men lige så meget fordi, han mener, at en mandlig læge bedre kender til en mandlig krop. Det er ikke længe siden, at han fik lavet en undersøgelse for kønssygdomme. Han var lidt bange for selve undersøgelsen, fordi han aldrig har prøvet det før, og han synes, at det var ubehageligt, at sygeplejersken bare kom og sagde, at han skal tage bukserne af: *Og så står man bare der. Det synes jeg var lidt mærkeligt, at sygeplejersken ikke gik udenfor men bare stod der og kiggede på.* Generelt spiller lægens køn dog ingen afgørende rolle for de eksjugoslaviske informanter.

Alle tre unge indvandrermand foretrækker at gå til en læge og tale om prævention. Udover lægen så forklarer de, at man kan hente information på apoteket. En af dem kender desuden til Dansk Sexologisk Center.

6.4.3 Det sociale netværk

Kvinderne giver udtryk for, at deres søstre, mødre og veninder i Eksjugoslavien har været en vigtig kilde til viden om prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed. Dog er der flere, der fortæller, at de ikke har talt direkte med deres forældre om den slags ting. Da de kom til Danmark, har de fortsat med at diskutere med deres eksjugoslaviske veninder. De gifte kvinder giver også udtryk for, at de taler med deres mænd om prævention. De unge mænd snakker også med deres venner om prævention.

De fleste af de eksjugoslaviske informanter siger også, at de selv ønsker at formidle information til deres egne børn om prævention og seksualitet. En af indvandrerkvinderne taler med sine to drenge om, at man skal beskytte sig. Hun siger: *Vi yngre synes, at det er bedre at tale om det, end at der sker noget galt.* De unge mænd vil fortælle deres sønner om det ved 14-15 års alderen. *Og så skal det repeteres mindst en gang om året,* siger en af dem. De vil overlade det til børnenes mor at tale med deres døtre.

6.4.4 Medier

Alle kvinderne ser både dansk fjernsyn og fjernsyn fra deres eget land. Nogle af dem lytter også til dansk radio og radioprogrammer fra deres eget land. Flertallet af dem læser også danske aviser. Et par af dem læser også dameblade. To af kvinderne henvender sig på biblioteket for og få oplysning om prævention. Majoriteten af kvinderne benytter sig også af internettet for og få oplysning.

Kun en af de unge bosniske mænd, som deltog i gruppediskussionen, vil bruge internettet for at få oplysning om seksualitet og prævention.

En af de unge mænd siger, at han lytter meget til radio. Han bruger ikke internettet for at finde oplysning om for eksempel kønssygdomme. Han mener ikke, at man kan stole på alt, som man læser på internettet. Han vil hellere spørge en sagkyndig person ved direkte personlig kontakt.

6.5 Nye informationsinitiativer

Selvom flertallet af kvinderne fra Eksjugoslavien har elementær viden både om præventionsformer, kønssygdomme og kroppens reproduktive funktion, så er der generelt et stort behov og interesse for mere information om disse emner. Helt specifikt så giver de også udtryk ønske om mere viden, om hvilke fordele og ulemper, der er omkring brug af forskellige præventionsmidler.

6.5.1 Blade og brochurer

De kvindelige informanter har en række forskellige forslag til, hvordan informationsindsatsen skulle målrettes. Nogle af dem mener, at brochurer ville være godt som informationsmateriale. Brochurerne kunne være tilgængelige, der hvor mange mennesker færdes i deres dagligdag, for eksempel i busser og på togstationer. Oplysningerne i brochurerne skulle være på deres eget sprog, bosnisk og albansk. Og der skulle være oplysning om, hvordan de forskellige metoder egentlig virker.

En af indvandrerkvinderne er meget kritisk over den måde, brochurerne blev præsenteret på asylcenteret. Hun følte sig meget fornærmet og mener, det er helt forkert at trække alle indvandrere over en kam. *Som om vi alle er ens... Der er stor forskel på os og arabere, somalier og pakistanere. Vi kan læse os til information og behøver ikke få det som en brochure, ligesom de andre indvandrergrupper. Hvis der skal gives information til folk fra mit land, som endnu ikke kan læse, så skal det i det mindste være en separat brochure på vores sprog og ikke en standardbrochure til alle indvandrere.*

Nogle foreslår, at man eventuelt kunne informere i det bosniske ugeblad, der hedder *Nur*. Et par kvinder mener også, at man kunne bruge damebladene, fordi der er mange kvinder, der læser dem.

6.5.2 Klub og asylcenter

Kvinderne fra Makedonien mener, at den bedste måde at få oplysning ville være, når kvinderne samles for eksempel i en klub. Som det ser ud i dag, har de ikke en sådan klub. Det er kun forbeholdt mændene. Kvinderne er meget interesserede i at få startet en sådan klub, hvor de kan træffes og samtidig få oplysning. Kvinderne foreslår, at for eksempel en sygeplejerske kunne komme ud til klubberne og oplyse dem om ovenstående emne. En anden idé er at holde foredrag på asylcentre til de forskellige grupper på hver deres sprog og med kønnene separeret.

6.5.3 Sprogskoler

Flertallet af de eksjugoslaviske informanter er enige om, at sprogskoler er et godt sted at få information om prævention og reproduktiv sundhed. Dog fremhæver de, at det er vigtigt at adskille kønnene ved sådanne informationsmøder.

En af kvinderne fortæller om en episode fra sprogskolen, hvor emnet var abort. Hun kom i gruppe med en mand fra Irak. Det var svært, fordi han var nygift og ikke ville sidde ved siden af hende med mindre det var en stol imellem. Han var bange for, at hun kunne komme til at røre ved ham. De kunne derfor slet ikke samarbejde. Bortset fra det så, bliver både kvinder og mænd generte, hvis begge kønnene er sammen, når man skal tale om så følsomme emne. Det er underordnet, hvem der underviser, bare det er en person, som har kendskab til disse emner.

De unge bosniske mænd er kritiske over for at informere på sprogskoler, sådan som det ser ud i dag. De pointerer, at klasserne for det første er meget blandet aldersmæssigt. Der kan være alt fra 30-årige til 60-årige i den samme klasse. Uddannelsesniveaulet er også forskelligt, og sidst men ikke mindst er kønnene blandet. Derfor er det ikke hensigtsmæssigt at undervise om så følsomme emne med så blandet struktur, for det kan være stødende for nogle og normalt for andre. *Nogle vil fnise af det, og andre vil tage det alvorligt.*

6.5.4 Internet

De unge bosniske mænd diskuterer frem og tilbage hvorvidt, internettet ville være et godt medie til at informere om reproduktiv sundhed, seksualitet og prævention. Deres konklusion er, at man først skal vække interesse og skabe opmærksomhed om alt det her på en anden måde. Man må desuden tænke på, at ikke alle mennesker har adgang til internet eller kan bruge det. Og som nævnt er en af de unge mænd skeptisk over det, man kan læse på internettet.

Kvinderne giver ikke udtryk for større interesse i at bruge internettet. Der er kun en kvinde, som ønsker at have adgang til internet derhjemme, så hun kan søge oplysning om prævention og reproduktive forhold.

6.5.5 Radio og fjernsyn

En albansk kvinde synes, at det ville godt at give information via den albanske radiostation på Nørrebro, hvor der er udsendelser hver lørdag og søndag. Nogle mener også, at fjernsyn ville være et godt medie til at formidle information via reklamer.

De unge bosniske indvandrermænd tror ikke, at det er en god idé at gå ud og skabe en offentlig dansk debat om disse emner, fordi så opstår der også de etiske spørgsmål. En af dem siger: *Så vil man bare have nogle imamer, der farer ud og siger, vi er imod abort, og så er det et totalt andet tema i gang, så jeg synes ikke, at det er en god idé. Kom i kontakt med etniske fjernsynskanaler, Kanal København for eksempel. De har sådan noget Etnica på tv. Lav en udsendelse der.* En anden mand tilføjer: *Det kunne faktisk være en god idé at kontakte dem og så sige, at vi vil stille en læge til rådighed som ekspert på det her område med kønssygdomme og så videre. Og så ville fjernsynet nok finde ud af det med tolk, og så lave et samarbejde med en dansk og en bosnisk læge.*

6.5.6 Undervisning

En af de unge bosniske indvandrermænd, som deltog i gruppediskussionen siger: *Sådan som jeg har opfattet det, så har det slet ikke noget med religion at gøre. Man skal helst adskille det. Man skal vise fakta og vise dem eksperter, der siger, at det her er fakta, og sådan her kan I skade jeres krop. Jeres overbevisning er noget helt andet, men det her er sandhed. Det er ofte de mest ekstreme opfattelser, der bliver gengivet.*

Mændene mener, at man er meget umoden i 8-9 klasse, når man modtager information i biologi-timerne om prævention, kroppens funktioner og seksualitet. En af dem siger: *Unge er umodne, men hvis man gav dem undervisning i 18-19 års alderen... Det skal gentages, når de er 18-årige. Jeg har læst, at folk er begyndt at droppe kondomer, så det burde gentages, når de er lidt ældre, i gymnasiet og på universitetet.*

En anden indvandrermand foreslår, at man også kunne uddele prævention i gymnasiet. Han siger: *For jeg kender nogen, der har været flove over at gå på apoteket for at spørge, og så måske køber de noget i nogle kiosker, hvor det ikke er så godt.* Han fortæller i den forbindelse om en ven, som gik ind på et apotek for at købe kondomer, hvor ekspeditricen begyndte at spørge, om det skulle være riller eller med farve og så videre. Hun stillede så mange spørgsmål, at hans ven blev sur og gik ud: *Det var for flovt. Der var gamle damer, der stod ved siden af.*

De unge bosniske indvandrermænd mener generelt, at både kvinder og mænd skal undervises. De tror, at kvinder er mere vidende om disse emner, end mænd er. De har også mere styr på det, for det er deres egen krop, det går ud over: *Så det er faktisk mænd, man skal have fat i. Man skal udpege deres ansvar i alt det her, når de nægter at bruge kondom, så gør de det her mod deres piger eller koner.*

Til sidst siger en af mændene: *Primært er det os mænd, der skal skifte tankegang. Det er også et meget svært spørgsmål, for så skal man vores deres mentalitet og vores måde at tænke på."*

6.5.7 Sundhedspersonale

Generelt vil alle kvinderne søge information hos deres egen praktiserende læge. Da få af kvinderne har kendskab til præventionsklinikker, er der ingen af dem, der nævner det som en mulig informationskilde.

I en fokusgruppe, foreslog nogle af de eksjugoslaviske indvandrermænd, at man skulle engagere folk fra indvandrergrupperne selv: *Ja, det er det igen, at man engagerer lokale folk fra selve indvandrergrupperne. Det behøver ikke at være en læge. Det kan være en sygeplejerske eller en sundhedsplejerske. Hun, eller de, kunne engageres og ikke kun danske sygeplejersker, fordi de bosniske har en bedre tilgang, og en bedre forståelse for at sende et budskab til indvandrere fra det samme land. Man skal bare sende et budskab til en bestemt gruppe*

6.6 Sammenfatning

De fleste deltagere fra Eksjugoslavien er alle sammen kommet til Danmark som flygtninge for ca. 10 år siden. De føler sig rimelig integrerede i det danske samfund. Nogle af dem er i gang med uddannelse, og andre går på sprogskole. Den yngre generationen er vokset op i Danmark og har også gået i dansk skole.

Både dem, der er gift, og dem, som lever i parforhold eller har kæreste, har en partner fra deres egen kultur. Kun en af kvinderne var separeret. Ifølge informanterne er det almindeligt for eksjugoslaver at have kæreste inden ægteskabet, både i Eksjugoslavien og i Danmark. De fleste af informanterne har haft seksuelle relationer inden ægteskabet, og de der ikke er gift endnu, er seksuelt aktive.

De unge mænd, som er vokset op i Danmark, føler sig som bosniere, men fordi de har gennemlevet deres pubertet i Danmark, betragter de sig som lidt anderledes i forhold til en gennemsnitsbosnier. Enkelte af de eksjugoslaviske kvindelige informanter har på grund af sprogsvanskeligheder kun veninder fra deres egen kultur. De, der er vokset i Danmark, har både danske og eksjugoslaviske venner.

De kvindelige eksjugoslaviske informanter har kendskab til de mest almindelige præventionsformer, uden at de dog føler sig sikre i deres viden. Afbrudt samleje, p-piller og kondom er de præventionsformer, der nævnes oftest. Nogle af informanterne har tilegnet sig viden om prævention og reproduktiv sundhed fra skolen i Eksjugoslavien og andre via snak med kvindelige familiemedlemmer og veninder. De yngre mænd har et grundlæggende kendskab til de mest almindelige præventionsformer og kan tale med deres venner om disse emner. De er interesserede i at vide præcis, hvordan de forskellige præventionsformer virker, og hvor lang tid der kan gå efter samleje, før kvinden kan tage fortrydelsespiller. De bruger efter sigende alle sammen kondom. De fleste informanter er meget interesserede i at få mere at vide om fordele og ulempe med de forskellige præventionsmetoder

Den foretrukne præventionsform, som flertallet af kvinderne har brugt og bruger, er afbrudt samleje og kondom. Selvom nogle af kvinderne også har brugt p-piller i forskellige perioder i deres liv, så er de bange for bivirkninger såsom overvægt, kræft og blodstyrning.

Samtlige informanter har kendskab til hiv og aids, men derudover er især kvindernes kendskab til andre kønssygdomme begrænset. Dog er der et par der nævner klamydia og syfilis, men få ved hvordan man reelt beskytter sig mod kønssygdomme. Det virker, som om mændene har et bredere kendskab til forskellige kønssygdomme. En af de yngre mænd har nyligt ladet sig teste for kønssygdomme.

Holdningen til abort blandt de eksjugoslaviske informanter er differentieret. Ingen af kvinderne tager direkte afstand fra det, men de mener ikke, det er godt for kvindens krop. De fleste af informanterne er principielt imod provokeret abort, men samtidig udtrykker en del af kvinderne, at det er en rettighed, kvinden har. Ingen af kvinderne angiver religiøse grunde. En af deltagerne har selv fået to aborter, og hun ville gøre det igen, hvis hun blev gravid imod sin vilje. Flere af mændene er enige om, at abort er forbudt ifølge Koranen, og en af dem er modstander af det på alle plan, undtagen hvis det er til fare for kvindens liv. De yngre mænd er i princippet også imod abort, men ikke af religiøse grunde.

De fleste af kvinderne har en positiv erfaring og holdning til det danske sundhedsvæsen, hvorimod mændene umiddelbart virker mere skeptiske. Meget få af de kvindelige deltagere foretrækker en kvindelig læge.

De eksjugoslaviske deltagere i denne undersøgelse kommer med flere forslag til, hvordan man kunne informere den eksjugoslaviske befolkningen om prævention og reproduktiv sundhed. Brochurer, som er nøje afstemt med målgruppen, kunne distribueres i for eksempel busser og på togstationer. Dog skal der tages visse forbehold i udformningen af brochurerne. En kvinde følte sig krænket over den måde, nogle brochurer blev præsenteret på i et asylcenter for flygtninge. Brochurerne indeholdt den samme information til alle flygtninge uanset etnisk baggrund. Hun mener, at man skal tage meget mere hensyn til de forskellige etniske gruppers kulturelle baggrund.

Nogle foreslår, at man skal gå ud i asylcentre og indvandrerklubberne med direkte, personlig information. Majoriteten af informanterne synes, at sprogskoler er det bedste sted at informere folk, men under den forudsætning, at kvinder og mænd bliver undervist separat. De yngre mænd mener, at det også ville være hensigtsmæssigt at opdele folk efter deres uddannelsesniveau og alder. Underviseren kan være en person, som har en faglig baggrund, for eksempel en sygeplejerske eller læge.

De yngre mænd forklarer desuden, at det ikke er nok at få undervisning i 8. – 9. klasse, fordi man stadig er så umoden og let glemmer, hvad man har lært. De foreslår derfor, at undervisning om disse emner skal gentages på gymnasieniveau, når man er seksuelt aktiv. De yngre mænd foreslår desuden at anvende lokale radio- og tv stationer. De nævner for eksempel Kanal København, der har nogle etniske fjernsynskanaler. Bosnisk fjernsyn bliver også nævnt som et muligt medium til at udbrede information.

7 Nøglepersonernes erfaringer

I denne undersøgelse indgår interviews med 13 nøgleinformanter, der alle i deres daglige virke har tæt kontakt med indvandrere og flygtninge. Formålet med disse interviews har været at få belyst et udsnit af professionelle erfaringer fra mødet og arbejdet med indvandrere og flygtninge vedrørende spørgsmål om reproduktiv sundhed.

Tre praktiserende læger med praksis i boligområder med mange indvandrere og en læge med anden etnisk oprindelse indgår i undersøgelsen. Desuden er der gennemført interviews med en dansk sygeplejerske, to danske sundhedsplejersker, en jordemoder med anden etnisk baggrund samt en familieterapeut.

Udover disse repræsentanter fra det danske sundhedssystem omfatter undersøgelsen interviews med to tolke. Tolkene er en interessant gruppe, idet de fleste jo selv har baggrund i de kulturer og sprogområder, deres klienter kommer fra, og samtidig har de via deres arbejde en bred erfaring med mødet mellem indvandrere og det danske sundheds- og socialsystem.

7.1 Lægerne

7.1.1 Lægernes patientkategori

Mange af de patienter, som henvender sig til de læger, som medvirkede i denne undersøgelse, har indvandrerbaggrund. Blandt denne patientgruppe er et stort antal fra Tyrkiet, Pakistan, Iran og Eksjugoslavien. Patienterne fra Iran og Eksjugoslavien er ifølge de praktiserende læger ofte præget af, at de har store traumer bag sig, hvilket gør, at både eksjugoslaverne og iranerne er forskellige fra de tyrkiske og pakistanske grupper. Det betyder blandt andet, at rådgivningen om prævention og abort skal håndteres anderledes. Udover at arbejde som læge på en gynækologisk afdeling har lægen med anden etnisk baggrund end dansk også sin egen private rådgivningsklinik, hvor hun overvejende har muslimske kvinder og mænd som patienter.

7.1.2 Patienternes viden om og erfaring med prævention og uønsket graviditet

Selvom lægerne er enige om, at mange indvandrere har en helt basal viden om forskellige præventionsformer, påpeger de samtidig, at der er megen usikkerhed om specifikke aspekter ved de forskellige præventionsformer, hvilket også fører til forskellige forestillinger, der ikke altid bunder i faktuelle oplysninger. En af lægerne fortæller, at han har mange ægtepar blandt sine indvandrerpatienter, som bruger kondom, fordi der florerer mange rygter i indvandrer kredse om, at p-piller giver brystkræft og blodprop.

En af lægerne forklarer, at de fleste af hendes kvindelige patienter med indvandrerbaggrund primært kender til spiral og p-piller. Hun mener, at det skyldes, at deres mænd ikke kan lide kondomer, og derfor bliver kvinden nødt til selv at bruge prævention. Hun synes selv, at pessar er en god præventionsform, men som hun siger: *Det kræver jo, at man også ved, hvad det er man går ind til, og jeg vil sige, at de ofte ved meget lidt om, hvordan deres hormoner fungerer, og hvorfor man har menstruation. Og det gør det jo nogen gange ret svært at forklare de forhold, der er omkring det. Jeg har oplevet flere gange for eksempel med den her "Devonova" hormonspiral, at de så siger: "Ja men er det ikke farligt, at jeg ikke bløder. Alt det her blod, det hober sig jo op inde i kroppen". Og der kan man sige, at der er lang vej hjem, før man har fået forklaret, hvad det egentlig er. Derfor så er det jo ofte ikke de sådan dybere teoretiske diskussioner, vi har om det her. Det er på et andet niveau. For det kan være meget svært, hvis man skal begynde helt forfra med at forklare menstruation, og hvornår*

har man ægløsning. Det kræver mere end en almindelig konsultation, hvis man oven i købet har en tolk med.

Selvom afbrudt samleje ikke er en sikker præventionsform, er det alligevel en udbredt præventionsform blandt mange indvandrergupper. To af lægerne fortæller, at det kan være svært at forklare risikoen ved denne metode, når flere af patienterne kommer og siger, at de selv har brugt denne metode i mange år uden at blive gravid. En anden læge fortæller: *Nogle af mine patienter kommer og fortæller, at manden har passet på, men at de alligevel er blevet gravide. Derfor er jeg en stor modstander både af sikre perioder og afbrudt samleje. Det eneste, der er sikkert, er, at det er usikkert, ikke!*

En af lægerne sammenligner de fire etniske grupper repræsenteret i denne undersøgelse og siger at ud fra hans egne erfaringer: *... er det den bosniske gruppe, der har størst kendskab til prævention. Nu har vi ikke så mange førstegenerations-iranere, de er ofte anden generation eller opvokset i Danmark, og de er også meget velorienterede. De tyrkiske, igen anden generation eller dem, der er vokset op i Danmark, er måske rimeligt orienterede. De har gået i dansk skole og har fået dansk seksualundervisning. De ældre kender kun p-piller, har jeg indtryk af. Det er det samme med pakistanere.*

En anden mener, at det er svært at snakke generelt om indvandrernes kendskabsniveau i forhold til prævention. Hendes indtryk er, at alle ved, at der findes prævention, og at der også er viden om, at man kan gå til den praktiserende læge og få prævention. Hun forklarer: *Spørgsmålet er så bare, hvordan og hvorledes det kommer på dagsordenen. Og hvordan deres livssituation er i forhold til at bruge de muligheder, der så er.*

Lægerne fremhæver generelt, at viden om de forskellige præventionsmetoder blandt patienter med anden etnisk baggrund end dansk er meget varieret i forhold til deres uddannelsesniveau. En læge har den erfaring, at de patienter med anden etnisk baggrund end dansk, der har en dansk gymnasial baggrund, måske har mere kendskab til prævention end dem med mindre uddannelse, men som han siger: *Det er mere i ord end i handling.* Han mener ikke, at de er så forskellige fra danskere, men alligevel er deres anatomiske viden dårligere på trods af, at de har gået i dansk skole.

En anden mener, at jo mindre grad af skolebaggrund folk har, jo mindre er folk vant til at få oplysning. Derved er det også sværere at forholde sig til de informationer, man får, og der kan opstå misforståelser, som kan føre til præventionssvigt. Hun giver et eksempel på præventionssvigt: *Nogen tror, at når man ammer, så bliver man ikke gravid, eller man kan holde lidt pause med p-piller eller bare tage dem på bestemte tidspunkter. Og der er besluttet manglende viden om brugen. Og der er nogle forestillinger, som kan være årsag til præventionssvigt.*

Det er også tydeligt fra interviewene med lægerne, at det er vanskeligt for mange unge at henvende sig til lægen med spørgsmål og ønsker om at anvende prævention, fordi det er vanskelige og ofte tabubelagte emner, specielt hvis de unge er ugifte. En af lægerne fortæller, at unge med anden etnisk baggrund end dansk ofte bestiller tid hos ham med alle mulige andre begrundelser, og så kommer de og vil have prævention. Nogle er bange for, at forældrene skal få det at vide. Der er forskel på den måde, danske piger og indvandrepiger vil have prævention. Danske piger henvender sig ofte før de er sammen med nogen, hvor nogle af dem med anden etnisk baggrund først gør det, når de har indledt et seksuelt forhold. Lægen siger: *Nok fordi de på en eller anden uskyldig måde faktisk tror, at de skal være jomfruer, til de bliver gift, og så oplever de, at sådan var det ikke alligevel.* Når de så går til lægen, er de ofte meget angste og bekymrede. Ifølge denne læge er der få, som er gravide, men hvis de er det, så får de abort.

Det er lægernes erfaringer, at mange unge kvinder med anden etnisk baggrund end dansk foretrækker p-piller, mest fordi det er det eneste, de kender. Generelt vil de unge bare have noget, der virker, og så er de nærmest ligeglade med, at der kan være bivirkninger. Til gengæld er de mere voksne kvinder bekymrede for bivirkningerne ved p-piller. Den mest almindelige bekymring går på, at de er bange for at tage på i vægt og få blodprop. Udover p-piller så er mange kvinder især fra Tyrkiet glade for at bruge spiral. En af lægerne forklarer, at hun lægger rigtig mange spiraler, dog ikke hormonspiraler. Kvinderne ønsker ikke helt at holde op med at bløde og at miste kontrollen over deres menstruationsmønster.

Ikke så sjældent har de unge mere velfungerende piger med anden etnisk baggrund end dansk den strategi, at de kommer op på klinikken, fordi de har stærke menstruationssmerter, som de ønsker medicin for. Lægen forklarer: *Og så er det p-piller, det drejer sig om. Så får de p-piller og kommer tilbage 2 måneder efter og bliver testet for klamydia eller noget andet, og så var det ikke bare på grund af menstruation.* Det er helt legalt at tage p-piller ved menstruationssmerter, så forældrene fatter ikke mistanke om, at det også kan være anvendt som præventionsmetode.

7.1.3 Viden om kroppens reproduktive funktioner

En af lægerne forklarer, at der er meget forskel mellem indvandrere hvad angår deres kendskab til kroppen og de reproduktive funktioner. Hun forklarer, at der er mange, der ved, at der kommer et æg: *Men den fysiologiske forståelse er der mange patienter med bondebaggrund og uden skolegang, der ikke har. Det er også mange højt uddannede, der ikke ved det.*

Lægen, der selv har anden etnisk oprindelse, mener at kendskabsniveauet hvad angår kroppens funktion afhænger af den pågældendes uddannelsesmæssige baggrund. Generelt ved mange meget lidt om kroppens funktion, fordi det er tabu at analysere kroppen. Hun fortæller, at det ofte er tabu at tale om kroppens funktioner blandt muslimske ugifte kvinder. Denne læge mener, at når man taler om tabu, så er det vigtigt at præcisere, hvad man mener med tabu: *Det er ikke tabu som sådan, at vide noget om seksualitet og kroppens funktion. Men det er tabu, fordi de er bange for, at de unge kan bruge det til noget.*

7.1.4 Kønssygdomme

Den mest udbredte form for kønssygdomme, som patienterne kommer med, er ifølge de fire praktiserende læger klamydia. Men de unge kommer ikke og siger, at de tror, de har en kønssygdom. Drengene kommer, fordi det gør ondt, når de tisser. Nogle af dem spørger om, hvordan det kan være, og nogen af dem kommer med deres kone eller kæreste. Ifølge én af lægerne er der dog rimelig åbenhed om omkring det.

En anden læge siger: *Der kommer vi jo jævnligt ud for, at der kommer en pige herop og vil undersøges for kønssygdomme, fordi at kæresten har en eller anden plet eller nogen klø på tissemanden, og så mener de [manden], at kæresten skal gå op og blive undersøgt, før de selv går op og bliver undersøgt. Jeg ved ikke, om de i virkeligheden lader pigerne klare det.*

En anden læge forklarer, at indvandermændene kommer og bliver testet, når de har symptomer på en eller anden kønssygdom. De spørger ikke selv til præventionsmidler, fordi at det er et tabuområde at tale om.

Ved spørgsmålet om de unge med anden etnisk baggrund end dansk er bevidste om, hvad de skal bruge for at beskytte sig imod kønssygdomme, svarer en af lægerne, at han oplever en del som betragter kønssygdomme som et dansk problem: *Så hvis de får en kæreste fra deres egen nationalitet... så tror de ikke, at de kan få kønssygdomme, for det er kun danskere, der får det.*

Denne læge fortæller også, at det er et tabu blandt gifte kvinder at blive testet for kønssygdomme. Lægen beskriver den metode, han bruger: *Jeg siger så, at jeg tager prøver for betændelse, men i virkeligheden, så tager jeg prøve for klamydia. Typisk er det, hvis manden har været på besøg i hjemlandet en måned, og så får kvinden gener, når han kommer tilbage. Der er da ingen tvivl om, at hvis en kvinde kommer op og har ondt i underlivet, og hendes mand har været udstationeret 3 måneder i Bosnien, så vil jeg også tage en prøve på hende, selvom de har to børn. Man behøver så ikke sige til konen, at han har nok været et sted ikke, men det er mere almindeligt blandt "machomænd". Og mændene fortæller mig ofte, at de har været sammen med andre.*

7.1.5 Rekonstruktion af mødom

Ønsket om at få opereret en ny mødom blandt indvandrerpiger er et relativt nyt fænomen, som det danske sundhedspersonale møder i deres daglige praksis. Alle fire læger, der er interviewet, har patienter, som ønsker at få deres mødom rekonstrueret. En af lægerne fortæller, at nogle unge par, som endnu ikke er gift med hinanden indgår en aftale, så det skal se ud som om, pigen er jomfru, når hun skal giftes. Det sker også, at der kommer piger, der spørger om en henvisning til en gynækolog for at få bekræftet, at de stadig er jomfruer.

7.1.6 Holdning til abort blandt muslimske patienter

Tre af de interviewede læger har praksis på det ydre Nørrebro. Den ene af dem siger, at folks forhold til abort i dette område af København er afbalanceret. Han arbejdede blandt bosniske flygtninge dengang, de kom til Danmark og har derfor en del af dem som patienter i dag. Han tror, at der var en stor gruppe fra den lave middelklasse og arbejderklassen blandt bosnierne, som af forskellige årsager brugte aborter som prævention, men at de ikke havde mindre moralske skrupler af den grund. Han forklarer det med, at mange af bosnierne sjældent udtrykker deres følelser synligt.

Den samme læge forklarer også om abortsituationen blandt tyrkiske og pakistanske familier: *I Danmark er vi jo vant til og sidde og græde og svømme hen og vise følelser, men masser af udlændinge kan være utroligt kede af det, men holder ansigtet. Men de har også en idé om, at de selv er skyld i det. Jeg har haft flere tyrkiske og pakistanske familier her, som har været ti gange til imamen og spurgt frem og tilbage, men det endte med, at de ikke skulle have en abort.*

En anden læge fortæller, at der er mange forskellige årsager til, at kvinder får abort. For det meste beror det på den livsholdning, den enkelte kvinde har. Nogle henviser til islam, og hvad der står i koranen om, at man kan få abort inden 120 dage, for eksempel hvis man ikke er i stand til at give barnet et meningsfuldt liv, eller hvis kvinden er syg. Lægen mener, at det kan tolkes på mange måder, men det kan have at gøre med skam og med noget religion alt efter hvilken baggrund, man kommer fra. Hun mener også, at det lige så meget har med tradition og gøre.

Når unge indvandrerpiger kommer og er uønskede gravide, kan der opstå problemer med traditioner, og de har ikke lyst til at fortælle det til forældrene, da de først og fremmest tænker på at beskytte familiens ære. Lægen kommer med et eksempel på en ung pakistansk pige, som blev uønsket gravid. Hendes far var død og pigen levede sammen med sin mor og seks søskende. Lægen siger: *Hun knokler løs for at få det hele til at hænge sammen, og så er hun så blevet gravid, og hun synes bare, at det er så synd for hendes mor, at hun skulle høre, at hendes datter heller ikke lige kunne finde ud af det. Hun havde egentligt et udmærket forhold til sin mor, men hun ville bare beskytte hende. Og det kan du godt kalde ære. Denne pige var ugift: Og dem kommer der flere af, forklarer lægen.*

En anden kategori af indvandrerpiger, som denne læge ser en del af, er dem, der bliver uønskede gravide, men som gennemfører graviditeten. Hun forklarer: *Det er så nogen af de helt unge, som igen er socialt belastede og får sig en kæreste fra hjemlandet, som ikke kan komme herop på grund af reglerne. Så bliver de gravide, og dem ser jeg flere af, og det er meget, meget trist, fordi så tror de, at faderen kommer herop senere.*

Lægen med anden etnisk baggrund har også erfaring med unge indvandrerpiger, som kommer og er gravide imod deres ønske: *Det er et meget hemmelighedsfuldt liv med en masse risici, som de piger udsætter sig for. Nogle af dem får medicinsk abort, og det kan foregå på en dag, hvor de kommer hjem direkte bagefter. Nogle af dem fortæller familien, at de er i skole, og så gør man det i skoletiden og på den måde får forældrene det ikke og vide. Hun mener, at det er vigtigt at tale med dem, så de forstår, hvad det handler om og kan ændre deres adfærd.*

Et andet problem er, som lægerne nævner, er, at mange unge piger i dag føler sig pressede til at have sex imod deres ønske og har svært ved og sige nej: *De er mere og mere udsat, og der kommer et boom af dem. Fordi de får den her dobbelt 'siksak' kultur, så bliver det svært. De vil gerne være moderne og har lyst. Men på den ene side presser familien, og på den anden side presser deres partner på med at ville gå i seng med hende.*

7.1.7 Fordomme fra begge sider

En af lægerne forklarer, at der er mange fordomme blandt det danske sundhedspersonale om, hvad de kan tillade sig at snakke om, når det drejer sig om præventionsrådgivning og seksualitet til patienter med anden etnisk baggrund. Han refererer til dengang, han var læge blandt bosniere, hvor der blev annonceret, at mange af dem var muslimer, og at man derfor kun skulle have kvindelige gynækologer: *Jeg kan tydeligt huske, at der var en kvindelig læge blandt flygtningene fra Bosnien, som sagde: 'Det kan I godt droppe, for der er ikke særlig mange kvindelige gynækologer i Bosnien. De er vant til at gå til mandlige læge'.*

Denne læges erfaring er, at hvis man spørger patienten direkte, så får man også et svar: *Jeg har aldrig oplevet andet, end hvis man spørger direkte om prævention, eller om de har været sammen med andre, så får man ofte svaret: 'Ja, det har jeg faktisk'. Og det, tror jeg, er fordi, at hvis man siger det på den måde, så bliver folk ikke fornærmede. Hvis man spørger direkte, så fornærmer man ikke folk, men det gør man, hvis man sidder og væver og pakker tingene ind. Jeg tror, at der er mange fordomme også med hensyn til præventionsmetoder. Men jeg synes ikke, at udlændinge på den måde adskiller sig så meget fra andre patientgrupper. Det er et spørgsmål om at sige tingene på den rigtige måde. Selvom der sidder en pige med tørklæde, så siger jeg: Nu når du får menstruation så kan du blive gravid og hvis det er sådan at du har brug for prævention og brug for at snakke med mig om sex eller andre ting, så kan du bare komme op ikke. Og nogen gange kan jeg godt se, at forældrene hæver øjne brynene, men jeg har aldrig haft nogen, der har været sure eller flyttet fra mig. Jeg*

siger tingene direkte... Og jeg har aldrig hørt om nogen, der siger: 'Nej, det er ikke aktuelt'. De vil gerne høre det.

Lægen med anden etnisk baggrund mener, at det er vigtigt at tale ud fra indvandrerkvindernes egen synsvinkel, og hun har gjort sig den erfaring at ved at tale om prævention og seksualitet ud fra en familiesynsvinkel, åbner de sig og vil gerne tale om det. Hun forklarer: *Seksualitet har en funktion først og fremmest for gruppen og ikke for den enkelte. Seksualitet er tilladt, fordi man skal bruge det for gruppen med formålet at give fødsel.*

7.1.8 Kilder til viden om prævention og kroppens funktion

Det er lægernes indtryk, at de fleste unge indvandrepiger først og fremmest får oplysning om prævention fra hinanden. De fleste har også hørt noget i skolen, nogle har for eksempel en god skolelærer, som de kan tale med. Endvidere har de fleste kendskab til, at man kan gå til lægen for at få oplysning. Lægerne mener, at man kunne gøre meget mere ud af præventionsundervisningen i skolerne, da det er der, de unge er samlet. Det er lægernes indtryk, at ikke ret mange har kendskab til præventionsrådgivningsklinikker, som for eksempel Sex og Samfund. De gifte kvinder opsøger typisk deres egen læge for at få præventionsrådgivning.

Viden om kroppens funktion og prævention kan kvinder også tilegne sig fra forskellige foredrag på daghøjskoler og i foreninger. Flere af de interviewede læger underviser indvandrerkvinder og – mænd i kroppens funktion og reproduktiv sundhed, ofte på mødesteder for indvandrere og i sprogskoler.

Én af dem forklarer, at hun benytter sig meget af metaforer i sin undervisning, da hun har erfaring med, at det er den måde, kvinderne bedst forstår: *Fordi de forstår ikke det her med menstruation, det er for abstrakt. Så prøver jeg at tegne livmoderen og laver en vugge med silke og så videre, fordi hvis der kommer en baby og ligger der, så er der blod og alt muligt. Og hvis ikke der kommer noget, så skal vi rydde op, det bliver gammelt, vi skal have en ny en.* Denne undervisningsmetode bruges ikke udelukkende til kvinder med lav uddannelse. Hun forklarer, at selv kvinder med høj uddannelse har måske aldrig set en illustration af uterus.

Hun fortæller, at de gifte kvinder er meget interesseret i at høre om underlivet. De unge vil vide noget helt konkret om ægløsning og om hvornår, de kan få børn. De taler også meget om, at de ikke vil have misdannede børn og stiller spørgsmål til, hvordan de kan undgå det.

7.1.9 Kommunikation via tolk

Lægerne fortæller, at ægtefællen i nogle tilfælde fungerer som tolk, hvilket de har forskellige erfaringer med. En af lægerne mener, at det kan være udmærket, at manden er til stede ved en præventionsrådgivning, fordi han så kan tage del i præventionsprojektet. Men lægerne mener, at det generelt er en dårlig idé at bruge manden som tolk, især når drejer sig om forhold, som er meget kvinderelaterede, og som selv kvinden kan være genert over at skulle sige overfor sin mand.

Der er både gode og dårlige erfaringer med at bruge tolk. En af lægerne forklarer, at han automatisk anvender tolk ved præventionsrådgivning. Han har dog ikke altid været tilfreds med de unge tolke fra Pakistan, fordi han er usikker på, om det han siger, bliver korrekt oversat, da det er hans fornemmelse, at de ikke ved nok om anatomi. Det er også lægens erfaring, at mange ikke vil have at tolken ved, at de for er henvist til en behandling.

7.1.10 Rådgivningssituation med indvandrere

På spørgsmålet om hvorvidt der er forskel på at rådgive indvandrerkvinder i forhold til danske kvinder, forklarer en af lægerne: *Det er jo sværere, da de ofte er dårligere informerede om, hvordan kroppen fungerer. Men ellers synes jeg, at de er overraskende frimodige. Jeg synes, at man har en åben snak om det med de gifte kvinder. De yngre er jo utroligt generte og blufærdige omkring hele deres underliv. Og det kan de godt være, indtil de har fået deres første barn. Vi har nogle gange store problemer med at kunne lave gynækologiske undersøgelser på førstegangsgravide, der lige er kommet til Danmark. Men ellers så synes jeg, at det fungerer godt, og de stiller også nogle fornuftige spørgsmål og har tænkt over tingene.*

En af lægerne taler ofte om prævention med de unge. Hvis de for eksempel skal rejse til deres hjemland på ferie eller lignende, så kommer de til klinikken og får p-piller. Lægen går så i dialog med pigen og spørger: *Har du en kæreste dernede, eller er der planer om, at du skal giftes med nogen? Og så spørger jeg også, om de ikke skal have p-piller, men der er flere der spørger selv.* I mange tilfælde er det deres mødre, der sender dem op til klinikken for at beskytte dem imod uønsket graviditet.

Lægen med anden etnisk baggrund mener selv, at danske læger gør et fint stykke arbejde i deres rådgivning med indvandrere, men som hun siger: *De mangler ligesom nogle dansetrin. Når jeg sidder med dem [patienterne] føler jeg, at jeg ved præcis, hvornår jeg skal trykke på knappen.*

7.1.11 Forslag til hvordan man bedre kan nå målgruppen

Ifølge lægerne er der et stort behov blandt indvandrere for at få mere oplysning om kroppens funktion og prævention, og lægerne har gjort sig mange tanker om, hvordan man bedst kan nå ud med information om reproduktiv sundhed, prævention og kønssygdomme.

Alle er enige om, at sprogskoler er et godt sted at give information, idet både kvinder og mænd er samlet der. Det kan være både læger, sundhedsplejersker, sygeplejersker, jordemødre og andre folk med kendskab til kroppen og dens anatomi, som går ud og fortæller om disse emner, men det er også vigtigt at få lærerne med på idéen, så man ikke går ind og tager noget af undervisningen fra disse.

Lægerne har forskellige bud på metoder til at nå målgruppen. En af lægerne mener, at det er vigtigt at holde fast i skolen, og at alle skal deltage i seksualundervisningen uanset hvilken etnisk baggrund, man har. Han påpeger desuden, at det skal være på deres eget sprog: *... så bliver der også en viden i forældregenerationen og hos drengene og deres brødre og hos veninden og alt muligt andet, så det måske er noget, man kan tale om. Hvorimod hvis der er noget, der kun foregår på dansk et andet sted end i deres egen sfære, så er det ikke noget, man taler om, fordi det tilhører en anden verden eller en umoralsk verden eller noget, som ikke er deres kultur. Og allerbedst er det, hvis man kunne få nogle rollemodeller. En rollemodel kunne for eksempel være en pakistansk læge, der på eget sprog kunne informere de unge.*

Denne læge mener endvidere, at man skal være meget konkret ved for eksempel at bruge statistikker. Han refererer til en kampagne om diabetes blandt pakistanere, hvor man direkte har gået ud og sagt, at det her er altså også et pakistansk problem. Det har haft effekt. På den måde kan det aldrig opfattes som diskrimination, for det er fakta, man taler om. Han siger: *Man kan jo ikke gå ud og sige, det er din datter der bliver gravid vel. Men hvis man siger: det er faktisk sådan, at i pakistanske miljøer eller i tyrkiske miljøer er der flere, der bliver*

gravide unge... Lægen mener også, at det ville være godt hvis for eksempel en pakistansk læge og en imam kunne gøre det sammen.

En af lægerne bruger humor i sin undervisning: Hvis der for eksempel er nogle unge med i gruppen, og der bliver sagt noget rigtig pinligt, så hjælper det at lave sjov med det, for det kan jo også være sproget. Det behøver jo ikke være, fordi du er dum. Vi har jo alle sammen nogle ting, vi ikke forstår.

Denne læge tror mere på direkte personlig kommunikation end på oplysning i foldere og brochurer. Hvis man informerer via brochurer og foldere, er det vigtigt, at der står, hvor man kan henvende sig for og få personlig rådgivning.

Hun mener, at man skulle give en generel information om det danske sundhedsvæsen, når personerne først ankommer til Danmark. Det burde være en del af integrationsprogrammet. *Jeg mener, at det skulle være en del af integrationspakken, og så skulle man sørge for, at også familiesammenførte fik del i den. Vi har blandt andet også foreslået, at alle nyankomne får en time hos deres læge, der kan fortælle dem om præventionsmuligheder. Kommunen ved jo også hvem, der kommer af nye, så kunne man sige, at vi giver dig en time hos lægen eller sundhedsplejersken. Jeg synes, at lægen ville være naturlig, for det er en, man skal følge resten af tiden, og man præsenteres for hinanden her i stedet for at komme, når man er syg, så er det et dårligt udgangspunkt for at snakke om, hvordan tingene fungerer.*

Lægen med anden etnisk baggrund mener, at behovet for at vide mere både om prævention og om, hvordan kroppen fungerer, er enormt. Hun er selv ofte ude på sprogskoler og fortælle om disse emner, hvor hun også kommer i kontakt med lærerne i dansk og samfundsfag. De fortæller hende, at i nogle timer er halvdelen af eleverne væk på grund af forskellige skavan-ker. Men så snart de ser, at der kommer en læge, en jordemoder eller en fysioterapeut, så kommer de alle sammen: *Jeg har hørt, at nogle siger til deres mænd, at de skal aflyse gæster, de aflyser alt. Så siger de til mig: 'Jeg har kun to timer og jeg kom for og høre dig'. Og derfor siger jeg til dem i Sundhedsstyrelsen, at jeg synes, at vores sundhedsvejledning virkelig skal integreres med integrationsministeriets planer om sprogskole og sådan noget. Det er klart, at de skal lære dansk, men det skal læres på en måde, hvor det relaterer til noget, som for eksempel sundhed og kroppen.*

Hun peger på et par punkter, som hun generelt mener, er helt centrale i forbindelse med, at danskere rådgiver indvandrere: *Det skal ikke hedde vores model til jeres dårlige model. Det skal hedde: Vi må sammen gøre noget for os alle sammen.*

En overset gruppe, når det drejer sig om præventionsrådgivning, er indvandrer-mændene. En af lægerne fortæller om hvordan, man kan få mændene med: *Det kan man for eksempel gøre ved at opruste de mandlige danske lærere på sprogskolerne, men også de mandlige lærere med anden etnisk baggrund. Vi skal have mandlige sprogformidlere eller kulturformidlere. Jeg har arbejdet meget med kvinder, men vi skal have mænd, som allierer sig med en som mig. Lad mændene tale med kvinderne, og lad dem også snakke med mændene om kvinderne. Og dem, der tør tage deres kvinder med, så det bliver kvinder og mænd, som diskuterer.*

7.1.12 Sammenfatning af lægerne

De læger, som har medvirket i denne undersøgelse, oplever ikke væsentlige kulturelle barrierer i forhold til at rådgive indvandrerkvinder. Det, der kan være svært, er, at de ofte er dårligt informerede om, hvordan kroppen fungerer, men ellers taler de meget åbent både om prævention og reproduktiv sundhed.

Mændene henvender sig sjældent til lægerne om prævention og reproduktiv sundhed. De kommer oftest i selskab med deres koner og fungerer oftest som tolk. Til gengæld kommer mændene for at blive testet for kønssygdomme. Det forekommer sjældent, at gifte kvinder går til lægen for at blive testet for kønssygdomme, for det er tabubelagt.

Det er lægernes opfattelse, at indvandrergupper med et lavt uddannelsesniveau har en relativt begrænset viden om kroppens funktion og præventionsmetodernes virkning og funktion. Til gengæld er der en stor interesse blandt disse grupper for at tilegne sig mere viden om disse emner.

7.2 Sygeplejersken

Sygeplejersken, der indgik i undersøgelsen, arbejder til daglig på et asylcenter for flygtninge. Hendes arbejde er forskelligt fra lægernes, idet mange af de mennesker, hun møder i sit daglige arbejde, ikke ved, hvorvidt de kan blive i Danmark.

7.2.1 Sygeplejerskens kontakt med flygtninge

I sit daglige arbejde på centret møder sygeplejersken mange flygtninge fra Eksjugoslavien, især fra Bosnien og Serbien. Nogle er desuden Kosovo-albanere og romaer. Hun fortæller, at romaerne generelt har mindst uddannelse, især kvinderne og mange af deres børn går heller ikke i skole. De fleste ældre Kosovo-albanere har kun gået i skole i 2-3 år. Der er også iranere på centret, som generelt er mere veluddannede. De fleste har gået i skole i 12 år, og en del af dem har også en lang uddannelse bag sig.

7.2.2 Viden om prævention, seksuelt overførte sygdomme og kroppens funktion blandt flygtninge

Sygeplejersken kan godt mærke, at der blandt eksjugoslaverne findes en interesse for at være aktiv omkring prævention. Men hun mener samtidig, at det tager utroligt lang tid at ændre holdninger. Sygeplejersken fortæller, at mange af dem spørger, hvornår de kan få prævention, hvor de kan få det, hvor lang tid det virker, og hvad det koster. Man kan få bevilliget en spiral, så det behøver ikke at blive så dyrt. Mange vælger spiralen. Den er mere populær end p-piller, men ifølge sygeplejersken hænger det formodentlig sammen med, at man så ikke behøver tænke på at tage p-piller. De anbefaler generelt ikke p-piller, netop fordi flygtninge og indvandrere har så mange andre ting og tænke på. De unge flygtninge siger, at prævention ikke er aktuelt for dem, for de er ikke lige ved at skulle giftes. Alligevel er der unge ugifte piger, der bliver gravide, især blandt romaerne.

Der er ikke ret mange seksuelt overførte sygdomme på centret. De fleste ved hvad hiv/aids er eller har hørt om det, men det er tabu at snakke om, og de fleste mener, at det ikke rammer dem. De mener, at det kun er blandt homoseksuelle. *Hvis man går nærmere ind på, at ens ægtefælle kan jo også godt smitte, så stejler de og siger, at det er ikke noget, der rammer mig.*

Bosnierne ved mere om kroppens funktion og prævention end mange af de andre flygtninge og indvandrere, og de tager også større ansvar for deres eget liv. Kvinderne bruger mest spiral. Mændene bruger i flere tilfælde kondom, men de har ikke kendskab til andre præventionsformer. Kosovo-albanerne ved derimod næsten ingenting om kroppen og prævention.

Det er også generelt stor uvidenhed blandt kvinderne om kroppens funktion. De ved, at hvis menstruation ikke kommer, så er det fordi, at man er gravid. *Der for eksempel nogle kvinder, som ikke har haft menstruation i 4 måneder, og når jeg spørger, hvad de har gjort ved det, så svarer de bare, ikke noget. Så beder jeg dem om at få en graviditetstest, som viser sig po-*

sitiv. Den tanke, at de kunne være gravide, har de måske fortrængt, fordi de har så mange andre ting. Det er jo en meget svær livssituation, de mennesker står i. Det er vigtigere at tage sig af det, der foregår lige nu og her i stedet for at tage sig af det fysiske.

Sygeplejersken har kun haft en henvendelse fra en eksjugoslavisk kvinde, som ville have en abort. Hun har indtryk af, at provokeret abort er tabu. Det er ikke noget, man tyr til som i Danmark, fordi deres religion også er, som den er.

7.2.3 Rådgivning og information

Ved spørgsmålet om hvordan en god rådgivning ser ud, svarer sygeplejersken: *Man skal være meget konkret, og det skal være med meget få ord. Der er for eksempel ikke ret mange af de Kosovo-albanske flygtninge, som forstår lange og abstrakte sætninger.*

Sygeplejersken oplever et stort behov blandt kvinderne for at vide mere om kroppen og dens funktioner, og om prævention. Når sygeplejersken underviser, foregår det på folkeskolens niveau, ellers forstår de det ikke. Hun tegner kroppen på tavlen, og desuden medbringer hun en dukke, som man kan tage det ene lag efter det andet af og kigge ind i kroppen. De fleste kvinder aner ikke, hvad der findes under huden.

Ligesom lægen med anden etnisk baggrund bruger metaforer i sin undervisning til indvandrerkvinder, så gør sygeplejersken det også. For at forklare kvinderne hvordan underlivet fungerer, bruger hun følgende metode: *Hvis man skal vise for eksempel æggestokkene, der svarer til en mandel, så har man nogle mandler. Æggelederen svarer til spaghetti. og så har man noget spaghetti med, og livmoderen svarer til en pære og så medbringer man en pære. Det skal være på det niveau, ellers så forstår de ikke. Hvis man skal lave brochurer, så kunne man tænke på nogle børnebøger, hvor det er meget konkret og få ord. De er ikke vant til alle ord.*

Sygeplejersken mener, at undervisning til flygtninge og indvandrere ikke kan serveres på en dansk måde. Det er af stor betydning, at underviserne har kendskab til den kultur, som modtagerne af undervisningen kommer fra. Endvidere synes hun, det er oplagt at undervise kvinder og mænd separat på sprogskoler. I øvrigt mener hun, at den menneskelige kontakt, er vigtigere end for eksempel brochurer.

7.3 Sundhedsplejerskerne

Sundhedsplejerskerne har erfaring med indvandrere både fra hjemmebesøg i forbindelse med fødsler men ligeledes gennem deres funktion på skolerne. En af sundhedsplejerskerne fortæller, at hun har ca. 50 % indvandrere i sit område.

7.3.1 Klienternes baggrund

Den ene sundhedsplejerske fortæller, at den største forskel mellem indvandrergrupperne er uddannelsesniveaue, hvor de iranske familier er de mest veluddannede. Dem fra Eksjugoslavien er ligeledes veluddannede eller er i gang med en uddannelse. Hendes erfaring er også, at dem fra Eksjugoslavien er anderledes i den forstand, at de aldrig ringer til hende og beder om råd. De ringer hellere til deres mor, søster eller svigerinde. Dermed ikke sagt, at de ikke har været glade for at få besøg fra sundhedsplejersken. Når hun besøger en iransk familie, så er de altid godt forberedt med spørgsmål, hvorimod de tyrkiske familier sjældent har forberedt sig på besøget. Den anden sundhedsplejerske synes, det er svært at kategorisere i forhold til de enkelte etniske grupper, da der er mange forskellige faktorer, der spiller ind,

såsom uddannelsesniveau, antal år i Danmark og sproglige kompetencer. Der er dog en generel forskel på de tyrkiske og pakistanske familier i forhold til de iranske og eksjugoslaviske både i forhold til uddannelsesniveau og i forhold til, hvor meget de holder fast i deres kultur. Hos de tyrkiske og pakistanske familier ser man for eksempel, at børnene er malet med sorte streger rundt øjnene for at beskytte mod det 'onde øje', og at de har amuletter rundt om arme og hals for at beskytte mod sygdomme.

Den ene af sundhedsplejerskerne forklarer, at der er forskel på den tilgang, børnene har til krop, prævention og seksualitet i forhold til de voksnes tilgang. Børnene får information i skolen og nogle gange på fritidshjem eller i klub-regi. Hun forklarer, at der sker en stor forandring med de tyrkiske og pakistanske piger, når de kommer op i 8.-9. klasse og begynder at bruge slør. Pludseligt vil de ikke tale om seksualitet i skolen. De vil hellere komme to og to og tale med sundhedsplejersken.

Til spørgsmålet om hvad, hun tror, er årsagen til, at de ikke vil tale om det i en gruppe i skolen, svarer sundhedsplejersken: *Det er kulturelt betinget. Det har at gøre med ære og tabu, og man er ikke en pæn pige hvis man beskæftiger sig med disse emner, og det vil gå udover deres forældre.*

7.3.2 Vidensniveauet om prævention, kroppens reproduktive funktioner og seksuelt overførte sygdomme.

Kendskabsniveauet om prævention og kroppens funktion er igen afhængig af hvilken uddannelsesmæssig baggrund, kvinderne har. Alligevel siger den ene sundhedsplejerske: *Men selv ved de kvinder, der har rimelig uddannelse, er jeg forbløffet over, hvor lidt de ved om prævention, om hvordan kroppen fungerer og om smerter. Alt hvad der har at gøre med kroppen, skal der komme nogen udefra og gøre noget ved.* Det er således en af sundhedsplejerskernes erfaring, at mange flygtninge og indvandrerkvinder ikke tager ansvar i forhold til deres egen krop, men de har i stedet den opfattelse, at der er nogle andre, som tage ansvar for deres sygdom og sundhed.

Den ene af sundhedsplejerskernes erfaring er, at de fleste indvandrerkvinder, hun er i kontakt med, anvender spiral som præventionsmetode.

De unge pigers kendskabsniveau afhænger af, hvor velintegrerede de er i skolevæsenet, og om de deltager i fritidsaktiviteter. De piger, som ikke er en del af forenings- og klublivet, har ifølge sundhedsplejerskerne en mere begrænset viden.

I skolen underviser sundhedsplejersken piger og drenge separat. Et af de emner, pigerne er meget optaget af, omhandler mødommen. De er eksempelvis bekymrede for, at mødommen kan briste, hvis de cykler. Det er vigtigt for dem, at bevare mødommen, for *så er man en pæn pige. Man gør sine forældre ære, og så fungerer man godt i det sociale liv.*

Sundhedsplejerskerne kan ikke udtale sig om mændenes kendskabsniveau, da de sjældent taler med dem om det. Til gengæld så ved en af sundhedsplejerskerne, at de unge drenge, som hun underviser i skolerne, at de har kendskab til kondom. Udover at de hører om det i skolen, så henter de deres viden fra 'mandeverdenen'. De taler for eksempel meget sammen med deres ældre brødre, deres fætre og nogen gange med deres far. *Men jeg tror, det er på farens betingelser. Jeg tror ikke, det er sådan, at hvis de vil spørge om et eller andet, så kan de det. Jeg tror, det er, når faren vurderer, at nu er du blevet stor nok, så vil jeg lige orientere dig omkring det. Jeg har ikke fornemmelsen af, at der er invitation til spørgsmål. Jeg har fornemmelse af, at det er en dossering. Så, nu har jeg gjort det. Og ellers kommer deres viden fra fætre, storebrødre eller deres kammerater.*

Ved spørgsmålet om der er forskel på, hvad de unge ved om seksuelt overførte sygdomme, i forhold til hvad de danske børn ved, siger den ene sundhedsplejerske, at hun umiddelbart vil tro, at niveauet er lidt mindre blandt flygtninge og indvandrere. Hun fortæller, at det afhænger af, hvor man får sine oplysninger fra. De danske unge ser for eksempel meget dansk fjernsyn, taler med deres venner, forældre og familie, hvorimod i et tyrkisk og pakistansk hjem ser man fjernsyn på sit eget sprog, og det er begrænset, hvor meget man lærer sig om seksuelt overførte sygdomme der fra.

7.3.3 Jordemoderen

En af nøglepersonerne er en muslimsk kvinde, som er uddannet jordemoder i Danmark. Hun er født i Danmark, men hendes forældre har en anden etnisk baggrund. Til daglig arbejder hun på et aktiveringssted for indvandrerkvinder og mænd, hvor hun blandt andet rådgiver kvinderne i prævention og kroppens funktioner. Flertallet af de kvinder, som kommer på dette aktiveringssted, er fra Pakistan, men der er også kvinder fra andre muslimske lande. De kvinder, hun rådgiver, er fra 16 år til klimakteriealderen. Hun har også tilknytning til en fødegang på et hospital.

Ved spørgsmålet om hvordan kendskabsniveauet om prævention ser ud blandt de kvinder, der kommer på aktiveringsstedet, forklarer jordemoderen, at det afhænger af den uddannelsesmæssige baggrund, kvinderne har, og af deres alder. Hun forklarer, at de yngre typisk godt ved, hvilke præventionsmuligheder, der findes, men langt de færreste ved præcis, hvad p-piller gør ved kroppen.

Til spørgsmålet om deres viden om kroppens funktion, så svarer hun: *Hvis man ved, hvordan piller virker, så er det også fordi, man ved, hvordan kroppen virker. Selvfølgelig, de kvinder som ikke har nogen uddannelse, er også dem, der har mindst kendskab til kroppens funktion. Jeg tror helt klart, det er en sammenhæng mellem den uddannelsesmæssige baggrund og viden. Men når jeg tænker uddannelse, så tænker jeg ikke kun på, at man har gået i skole. En uddannelse kan også være, at man har haft nogle ressourcestærke forældre i forhold til at videreformidle information.*

7.3.4 Religion i rådgivningssituation

Til spørgsmålet om hun tror, at muslimske kvinder henvender sig til hende, netop fordi at de ved, at hun er muslim og måske derfor føler sig mere trygge, svarer hun: *Ja, det tror jeg, at du har ret i. Det er helt klart en gruppe, som henvender sig til mig netop på grund af min religion. Nå de søger rådgivning, så vil de også have afklaret nogle andre spørgsmål, som de har forventninger om, at jeg måske kan svare på.*

De kvinder, som hun rådgiver, fortæller hende om deres erfaringer med det danske sundhedssystem. Hun forklarer, at der er nogle problemstillinger, der går igen. *Jeg har en fornemmelse af, at de positive oplevelse skal man kigge langt efter. Jeg tror, at det største problem for patienter med anden etnisk baggrund er, at de føler, at de ikke bliver mødt. Og at de føler, at de ikke bliver taget alvorligt.*

7.4 Tolke

Dette afsnit omhandler overvejelser og holdninger, som flere af de tolke, der har indgået i undersøgelsen, har givet udtryk for. Tolkene har stor en stor kontaktflade og et bredt kendskab til gruppen, de oversætter for. Tolkene er på grund af arbejdets karakter primært i kontakt med de indvandrergrupper, der ikke mestrer det danske sprog og derfor generelt heller

ikke er velintegreret i det danske samfund. Tolkene betragter imidlertid ofte sig selv som ressourcestærke velintegrerede personer, hvilket også kan have indflydelse på deres udtalelser.

7.4.1 Tolke om kulturelle aspekter af reproduktion

En tolk fra Montenegro fortæller, at bosniske kvinder ikke er så glade for at bruge p-piller, fordi de er forholdsvis dyre, og desuden er de bange for at tage på i vægt. De vil heller ikke bruge penge på kondom, og spiral er de ikke så glade for. Tolken mener ikke, at der er seksualundervisning i Bosnien. Sex er et tabubelagt emne, som man ikke taler åbent om. I følge tolken, så er abort lovligt og gratis i Bosnien. Personligt mener hun, at en del kvinder muligvis bruger abort som prævention.

En tyrkisk tolk forklarer, at tyrkiske kvinder får provokeret abort, fordi deres mænd ikke vil bruge kondom, og fordi p-piller kan være svære at tage til tiden. Tolken mener, at unge tyrkere, der har været i Danmark i mange år, ofte har et stort kendskab til seksualitet og prævention, men at der også er problemer mellem generationerne indenfor de enkelte familier. Denne tolk mener ligeledes, at mange tyrkere i Danmark er relativt tilbagestående i forhold til tyrkerne fra storbyerne i Tyrkiet. Tyrkerne i Danmark holder fast ved traditionerne og normerne, der var gældende i Tyrkiet i 60'erne, hvor de forlod Tyrkiet. Tolken kalder det *et slags Morten Korch-syndrom*. Hun mener, at det ville være en god idé at opdele pigerne og drengene, når der er seksualundervisning i skolen, da det vil give dem en større frihed.

7.4.2 Social kontrol

En pakistansk tolk fortæller, at de herboende pakistanere udøver stor social kontrol med hinanden. For eksempel er der fokus på, hvordan de unge pakistanske piger går klædt, og hvorvidt de har kontakt til drenge. Der er ikke den samme opmærksomhed på drengene. De har større frihed. Den sociale kontrol eksisterer også i forholdet mellem svigerfamilien og svigerdatteren.

Tolken fortæller, at der er et socialt fællesskab mellem indvandrere fra samme etniske gruppe, for eksempel pakistannerne, men fællesskabet er ofte problematisk. De stoler ofte ikke på hinanden. De har imidlertid svært ved at få kontakt til danskere, og da de ikke ønsker at leve i ensomhed, vælger de at omgås pakistannerne.

7.4.3 Rollemodeller

Lægen med anden etnisk baggrund mener at rollemodeller kan være en god metode at informere unge indvandrerpiger og drenge om prævention og reproduktive forhold. Det er vigtigt, at det er unge og evt. også indvandrere eller flygtninge, der underviser i disse emner, da de unge vil føle, det er 'en af deres', og de vil derfor være mere lydhøre. Rollemodeller er ligeledes vigtige i forhold til ældre indvandrere og flygtninge, da de ofte har ringe kontakt til det danske samfund, og de mangler derfor informationskilder.

7.5 Sammenfatning

I de forskellige interviews med nøglepersonerne fremgår det, at indvandrerens viden om præventionsmetoder er afhængig af deres uddannelsesniveau. Jo mindre skolebaggrund de har, jo sværere er det for dem at forholde sig til information vedrørende reproduktion. Dog er det nøgleinformanternes indtryk, at de fleste gifte kvinder og mænd, uanset uddannelsesmæssig baggrund, ved, at der eksisterer kondom, spiral og p-piller. De yngre ugifte piger har

en lidt mere nuanceret viden på grund af skolegang i Danmark og informationer gennem medierne. Dog mener en af lægerne, at denne viden begrænser sig mere til ord end i handling.

I følge flere af nøglepersonerne råder der også en uvidenhed om, hvordan præventionsmetoder virker, hvilket kan føre til præventionssvigt.

Mange unge kvinder med anden etnisk baggrund end dansk foretrækker p-piller ofte af den årsag, at det er det eneste, de kender. Generelt vil de unge bare have noget, der virker, og så er det af mindre betydning, at der kan være bivirkninger. Til gengæld er de lidt ældre kvinder bekymrede for bivirkningerne ved p-piller. De mest almindelige bekymringer er at tage på i vægt og at få blodprop.

Det er lægernes erfaring, at mange patienter med anden etnisk baggrund er åbne omkring at modtage præventionsrådgivning, men der er også informationsudveksling i omgangskredsen, hvor diverse rygter om forskellige bivirkninger ved de enkelte præventionsformer cirkulerer. Udover at hente information hos sin egen læge, har nogle kvinder tilegnet sig viden i form af foredrag på daghøjskoler eller ude i foreninger. Sundhedsplejersken fortæller, at de unge drenge henter viden om prævention generelt i 'mandeverdenen', hvor de for eksempel snakker med deres ældre brødre, deres fætre og nogen gange med deres far.

Der er en relativ stor uvidenhed om kroppens funktioner både blandt ugifte og gifte kvinder og mænd. Det er lægernes erfaring, at mange unge indvandrere og efterkommere oplever et dilemma mellem deres etniske kultur og de normer og værdier, de møder i det danske samfund.

Den mest udbredte form af kønssygdomme er ifølge lægerne klamydia, men mange af indvandrerne betragter kønssygdomme primært som et dansk problem. De unge tror for eksempel ikke, at de kan få kønssygdomme, hvis de har en kæreste fra deres egen kultur.

Ifølge lægerne eksisterer der fordomme i det danske sundhedssystem eksempelvis med hensyn til hvor direkte, man kan tillade sig og være i en rådgivningssituation.

Der er forskellige opfattelser blandt lægerne om at bruge tolk. Nogen mener, at det for eksempel kan være udmærket, at manden er med som tolk i en præventionsrådgivning. Andre mener, at det generelt er en dårlig idé at bruge manden som tolk, især når konsultationen består af kvinderelaterede emner, som kvinden kan være genert over at tale om til en mand.

Sundhedsplejerskerne har erfaring med, at når de unge tyrkiske og pakistanske piger kommer op i 8.-9. klasse og begynder at bære slør, så vil de ikke længere tale om krop, prævention og seksualitet i classesammenhæng. Det er ligeledes sundhedsplejerskernes erfaring, at det er meget vigtigt for især pakistanske og tyrkiske familier, at familiens ære bevares i forhold til det omgivende tyrkiske og pakistanske samfund.

Der er generel enighed blandt samtlige nøglepersoner om, at der er et stort behov af undervisning både om prævention og kroppens funktioner, først og fremmest blandt indvandrerkvinder med lav uddannelse. Det er bred enighed om, at der mangler rollemodeller, som de kan identificere sig med. Disse rollemodeller kan være kvinder fra deres eget land, som i forvejen har en uddannelse indenfor sundhedssektoren.

Der er også udbredt enighed om, at sprogskoler er velegnede steder til at informere hhv. kvinder og mænd om familieplanlægning, prævention og kroppens funktion. Det er af stor vægt, at den, der underviser, ikke bare har kendskab til anatomi og andre fagligt relevante aspekter men ligeledes til den kultur, modtagerne af undervisningen kommer fra.

Flere af nøglepersonerne mener, at indvandrer mændene ofte er en overset gruppe, når det drejer sig om præventionsrådgivning.

8 Opsamling og diskussion

I analysen af informanter fra fire landegrupper fremkom det, at anvendelse af prævention ikke blot handler om vidensniveauet hos de enkelte personer. Om prævention anvendes og hvilke præventionsformer, der eventuelt anvendes, afhænger af en række andre faktorer, som skal diskuteres i dette afsnit. Hvor vi i de foregående afsnit analyserede de enkelte lande separat, skal vi i dette kapitel sammenligne og kontrastere resultaterne fra de forskellige informanter på tværs af landene. Først belyses hvordan indvandrere definerer sig selv og kategoriserer sig selv i forhold til andre grupper af indvandrere. Herefter diskuteres overordnede forskelle og ligheder mellem landegrupperne i forhold til viden, holdninger og erfaringer med prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed samt gruppernes kontakt til det danske sundhedssystem. Dette følges op af diskussioner om de sociale og kulturelle aspekters betydning herunder betydningen af det sociale netværk.

8.1 Social identitet og kategoriseringer

I forbindelse med en målrettet informationsindsats er det essentielt at se på, hvordan de forskellige grupper definerer og opfatter sig selv. Som det også blev belyst i analyserne af de enkelte lande, er kategoriseringer af selv og andre et gennemgående træk i mange af personernes udtalelser.

Selvom en del af undersøgelsens informanter faktisk har dansk statsborgerskab indgår de jo i undersøgelsen, fordi de netop opfattes og delvist opfatter sig selv som ikke-danskere. I dette afsnit belyses forskellige aspekter af informanternes kategoriseringer af sig selv i forhold til andre etniske grupper og i forhold til forskellige grupperinger indenfor egen etniske gruppe.

I antropologiske studier af etnicitet har det været almindeligt at skelne analytisk mellem en såkaldt *intern definition* af en etnisk gruppe og en *ekstern definition*. De interne definitionsprocesser handler om, at aktører signalerer både indad og udad en definition af egen identitet. Det kan både komme til udtryk på et individuelt plan, hvor det enkelte individ definerer sin egen etniske identitet og på et kollektivt plan, hvor en gruppe definerer sig selv. Det giver naturligvis mest mening at tale om etnicitet på et individuelt plan, hvor identiteten defineres og dets udtryk refererer til en genkendelig socialt konstrueret identitet, og hvor der trækkes på et repertoire af kultur specifikke praksisformer. Den eksterne definitionsproces handler om, at en person eller en gruppe af personer definerer de *andre* som 'X' eller 'Y' (Barth 1969, Jenkins 1994: 197-199). Pointen i denne skelnen er netop, at produktionen, reproduktionen og transformationen af de sociale grænser mellem etniske grupper er en dobbeltsidet proces, der finder sted henover grænsen mellem 'os' og 'dem'. Med andre ord, et individ eller en gruppe af mennesker kan ikke definere sig selv uden også at definere hvem, 'de andre' er – og omvendt - man kan ikke definere 'de andre' uden også at forsøge at producere sin egen identitet. I diskussionen omkring etnicitet og etniske gruppers karakteristika finder der derfor også en løbende forhandling sted, en forhandling om hvem 'vi' er, og hvem 'de andre' er.

Udover denne skelnen mellem en intern og en ekstern definition af social identitet, kan det være nyttigt også analytisk at skelne mellem *gruppe* og *kategori*. I denne sammenhæng har en gruppe således rod i de interne definitionsprocesser, hvorimod en kategori er eksternt defineret. Det betyder, at hvor sociale *grupper* definerer sig selv, deres navn(e), deres karakteristika og deres grænser, så er sociale *kategorier* defineret og afgrænset af andre. For informanterne i nærværende undersøgelse er det ikke nødvendigvis tilhørsforholdet til en etnisk gruppe, der er afgørende for, hvordan man forholder sig til prævention, abort og seksualitet. Der findes fællestræk indenfor de fire etniske grupper, men der er også interne forskelle mellem grupperne. Desuden ses en tendens blandt en del af informanterne til at gå i dialog med

andres kategorisering af dem som indvandrere. Nogle giver udtryk for, at kategoriseringen af de mange indbyrdes meget forskellige mennesker, der kun har det til fælles, at de har en anden etnisk oprindelse end dansk, er en for simpel kategorisering. Flere af informanterne diskuterer således hvem ”de” er i forhold til danskere, men også i forhold til ”de andre”, som heller ikke er danskere.

I den danske debat om indvandreres integration i det danske samfund har der da også de senere år løbende været en debat om, hvem ’vi’ er, og hvem ’de andre’ er. Hvem er etnisk dansker? Hvem er indvandrer? I hvor lang tid bliver man betegnet som indvandrer? Er det relevant at skelne mellem indvandrere og flygtninge? Formålet med denne undersøgelse har ikke været specifikt at undersøge informanternes etnicitet og sociale identitet, men i de mange interviews og fokusgruppediskussioner har det alligevel vist sig at være vigtigt for informanterne selv at diskutere kategoriseringen af dem som indvandrere både i forhold til danskere, men i lige så høj grad i forhold til andre grupper af indvandrere. Informanterne har i diskussionerne af egen sociale identitet berørt forskellene mellem folk med oprindelse i henholdsvis by - og landmiljøer, andre informanter har diskuteret forskellene mellem indvandrere og flygtninge, sociale forskelle, samt forskelle mellem hvorvidt man er en del af en europæisk kultur eller ej.

8.1.1 Kategoriseringer mellem land og by

Det har været karakteristisk for både de tyrkiske og de pakistanske informanter, at de internt skelner mellem folk fra deres egen etniske gruppe alt efter om de oprindeligt kommer fra by - eller landmiljøer i deres hjemlande. Denne skelnen har primært været artikuleret af informanter, der selv kommer fra bymiljøer i Pakistan og Tyrkiet, hvor de giver udtryk for, at man blandt pakistanske og tyrkiske indvandrere i Danmark tydeligt kan se og mærke forskel på, hvorvidt folk kommer fra byen eller landet. Det drejer sig både om visuelle aspekter såsom beklædning og kropssprog, men det drejer sig også om vidensniveauet i forhold til reproduktiv sundhed, værdinormer vedrørende pardannelse og graden af tabuisering af emner som reproduktion og seksualitet. Her er der flere pakistanere og tyrkere, der selv har oprindelse i hjemlandenes bymiljøer, der giver udtryk for, at de repræsenterer en mere moderne og liberal holdning til disse aspekter i forhold til pakistanere og tyrkere med rural oprindelse. Enkelte iranske og eksjugoslaviske informanter giver udtryk for samme type skelnen i forhold til egne landsmænd.

8.1.2 Kategoriseringer mellem indvandrere og flygtninge

Specielt blandt den iranske gruppe af informanter fremgår det tydeligt, at mange af dem finder det vigtigt at skelne mellem hvem, der er flygtninge, og hvem der er ’almindelige’ indvandrere. Begrundelsen herfor er, at flygtningene og de ægtefæller, der er kommet til Danmark for at blive gift med flygtninge, har en helt anden historie og motivation for at komme til landet. Flere af iranerne siger, at de jo netop er flygtet fra islam, flygtet fra en islamisk stat, hvor de selv eller nære familiemedlemmer har været forfulgte og undertrykte. Mange af dem har heller ikke mulighed for at rejse tilbage, hvilket er anderledes betingelser end de fleste pakistanske og tyrkiske indvandrere har. De opfatter disse forskellige forudsætninger for ophold i Danmark som meget vigtige, og mener ikke at man bare kan kategorisere flygtninge, som var de almindelige indvandrere. Flere af iranerne giver også udtryk for, at det er problematisk, at danskerne tilsyneladende kategoriserer flygtninge og indvandrere i samme gruppe, når der netop er så store forskelle.

8.1.3 Kategoriseringer på baggrund af sociale forskelle

En del af de veluddannede informanter fra alle de fire etniske grupper påpeger ligeledes, at netop uddannelse og social opvækst spiller en stor rolle for ens viden og muligheder for at tale om seksualitet og prævention. Generelt opfatter de veluddannede det således, at jo mere uddannelse en person har, jo større viden har vedkommende også om reproduktiv sundhed og seksualitet - og jo mindre tabu er der i forhold til at tale om seksualitet og prævention. Sammenhængen mellem social status og viden om seksualitet og prævention er forståelig, idet en del grundlæggende information om kroppen og forplantning gives gennem uddannelsessystemerne. Selvom nærværende undersøgelse ikke baserer sig på statistiske data, bekræfter de udførte interviews, at der er forskel på informanternes viden afhængig af uddannelsesniveau og sociale situation. De informanter med mindst skolegang og uddannelse er umiddelbart også dem, der i størst omfang giver udtryk for, at de mangler grundlæggende viden om kroppens funktion og seksualitet. På baggrund af informanternes egne udsagn ser man således også en gruppering i selvpfattelse på tværs af de fire etniske grupper, der er baseret på indvandrernes uddannelsesmæssige baggrund.

8.1.4 Kategoriseringer mellem europæere og ikke-europæere

Blandt de eksjugoslaviske informanter fornemmes en modstand mod at blive inkluderet i den overordnede kategori af indvandrere. De fleste af de eksjugoslaviske informanter har været i Danmark i mere end ti år og føler sig som europæere, selvom nogle af dem samtidig er praktiserende muslimer. Især de unge informanter udtrykker en følelse af at være ligesom danske unge. Selvom nogle af dem muligvis foretrækker at finde en ægtefælle, der også har rødder i Eksjugoslavien, føler de, at de har en naturlig omgangskreds med danske unge, hvilket også inkluderer danske kærester. Det har ligeledes været vigtigt for en del af de eksjugoslaviske informanter at beskrive deres værdinormer som værende meget mere i harmoni med vestlige normer end med mellemøstlige/islamiske værdinormer. Det er blandt andet kommet til udtryk ved interviewspørgsmål om normer vedrørende ægteskaber, hvor flere informanter gør meget ud af at fortælle, at der ikke er tradition for arrangerede ægteskaber i deres kultur. Også i spørgsmål om religionens betydning for holdninger til prævention, abort og seksualitet opfatter de eksjugoslaviske muslimer sig selv som mere liberale end mellemøstlige og asiatiske muslimer.

8.1.5 Social identitet og sundhedsaktiviteter

Social identitet er i konstant forhandling afhængig af de aktuelle sammenhænge. I denne undersøgelse, hvor temaerne primært omhandler forholdsvis intime aspekter af folks personlige liv, viser det sig, at man bør være meget opmærksom på, hvilke former for kategoriseringer, der er relevante. I visse sammenhænge er en skelnen mellem de fire etniske kategorier, tyrkere, pakistanere, iranere og eksjugoslaver meget relevant. Men i andre sammenhænge er det måske vigtigere at tage udgangspunkt i, hvordan folk selv definerer deres sociale identitet. Er det den urbane/rurale distinktion, der eventuelt er vigtig, eller er det målgruppens uddannelsesmæssige baggrund, der er vigtig? Eller er det noget helt andet, der afgør, hvordan individer definerer deres tilhørsforhold. Specielt forekommer det vigtigt, at man i fremtidige aktiviteter, hvad enten det drejer sig om informationsvirksomhed eller bruger-involvering, er meget opmærksom på, hvem målgruppen er, og hvordan målgruppen kategoriserer sig selv i forhold til andre.

8.2 Viden om prævention og reproduktiv sundhed

Der er både vigtige forskelle og ligheder mellem informanterne fra de fire lande i vidensniveauet og i forhold til, hvor og hvordan viden omkring prævention og reproduktiv sundhed er erhvervet. Endvidere er der en række interne forskelle i grupperne, idet faktorer som uddannelse, mestring af det danske sprog og graden af kontakt til det danske samfund synes at være afgørende for vidensniveauet og for mulighederne og barriererne for at tilegne sig viden.

Det er gennemgående for informanterne fra alle fire lande, at det er kondom, spiral, p-piller og afbrudt samleje, som flest kender til. Størstedelen af informanterne har ikke kendskab til andre præventionsformer. Ligeledes er det gennemgående, at mange mangler en basal viden omkring præventionsmetodernes virkning og funktion, dog er det blandt tyrkerne og pakistanerne, at mange i særlig grad mangler denne viden. Det er også især blandt de pakistanske og de tyrkiske deltagere, at flere både gifte og ugifte har besluttet ukorrekt viden om prævention og reproduktiv sundhed. De fleste af informanterne har gennem den praktiserende læge opnået kendskab til hvor og hvordan, man kan få fat på prævention i Danmark.

Samtidig er der for alle grupperne en stor generationsforskel, idet de unge har et langt større kendskab til præventionsmetoder og reproduktiv sundhed end de lidt ældre. Mange af de unge kender udover de ovenfor nævnte præventionsmetoder også til metoder som pessar, p-ring, p-stav, p-sprøjte og femidom, og de har en forholdsvis omfattende viden omkring reproduktiv sundhed. Forskellen hænger især sammen med, om personerne er opvokset i Danmark eller er kommet til Danmark i en alder, så de har modtaget seksualundervisning i skolen. Endvidere har disse personer haft mulighed for at tilegne sig den viden, der generelt har været til rådighed i forskellige medier. Især blandt eksjugoslaverne karakteriseres denne generationsforskel også ved, at de unge synes, det er muligt frit at snakke om prævention og seksualitet, mens disse emner er mere tabubelagte blandt de lidt ældre.

Det er især karakteristisk for de tyrkiske, pakistanske og iranske informanter, at mange af de gifte kvinder havde en meget begrænset viden om prævention og seksualitet, før de blev gift. Mange har aldrig modtaget undervisning i disse emner, med undtagelse af de iranere, der har gennemgået et kort obligatorisk kursus i forbindelse med indgåelse af ægteskab. Nogle af de iranske informanter, der generelt er højere uddannede end de andre grupper, har endvidere fået undervisning i anatomi og har herigennem nogen kendskab til kroppens funktion med hensyn til graviditet og så videre. Blandt eksjugoslaverne er der store interne forskelle med hensyn til, om personerne har fået undervisning, og hvor meget de vidste omkring prævention og seksualitet, før de blev gift.

Holdningen, hvor det ikke er relevant at vide noget om seksualitet, prævention og reproduktiv sundhed inden man bliver gift, kan gøre det vanskeligt at tilegne sig viden omkring disse emner på et relevant tidspunkt. Holdningen er især udbredt blandt pakistanerne og iranerne, og mange af disse har heller ikke talt med nogen eller opnået information via medier om disse emner før, de er blevet gift. Emnerne er også tabubelagte blandt tyrkerne, dog er der de senere år i Tyrkiet fokuseret mere på undervisning og information gennem medier. Flere af tyrkerne har også talt med venner eller familie om prævention og reproduktiv sundhed, inden de er blevet gift. En stor del af eksjugoslaverne kender til prævention og reproduktiv sundhed inden, de er blevet gift, og det er udbredt at tale med venner om disse emner.

Dette betyder, at mange af især pakistanere og tyrkere, der først kommer til Danmark i forbindelse med indgåelse af ægteskab med herboende landsmænd, har et meget begrænset kendskab til prævention og reproduktive forhold. Der virker dog, som om der sker et skred i

holdningen til at tale omkring prævention og reproduktiv sundhed, idet størstedelen af informanterne fra alle fire etniske grupper mener, at det er vigtigt at tale med deres egne børn om emnerne, og det er vigtig, at deres børn har viden på området.

Alle disse forhold skal knyttes til den generelle sociale udsathed, som mange oplever, når de kommer til Danmark. Undersøgelsen viser, at netop den sociale situation spiller en vigtig rolle i forhold til mulighederne for at tilegne sig ny viden om prævention, reproduktiv sundhed og de sundhedstilbud, der eksisterer i Danmark.

De fleste af iranerne, informanterne fra Bosnien og nogle af pakistanerne har videregående uddannelser, og de begår sig generelt bedre rent sprogligt end de øvrige. Disse har også flere danske venner, mens de øvrige grupper har sociale netværk, der hovedsageligt består af mennesker fra samme etniske gruppe. Derfor har førstnævnte en langt større mulighed for at tilegne sig den viden, der bliver stillet til rådighed gennem medier, sundhedsvæsenet og så videre. Undersøgelsen viser, at det især er de lavtuddannede fra Tyrkiet og Pakistan, der henter deres viden om prævention og reproduktiv sundhed i erfaringer og udsagn fra familie og venner, der som nævnt ofte består af mennesker fra samme etniske gruppe.

Med hensyn til kønssygdomme kender informanterne fra alle fire grupper til hiv/aids, men mange har ikke kendskab til, at kondomer kan beskytte mod sygdommen. Langt de fleste af informanterne kan ikke nævne andre kønssygdomme. Eksjugoslaverne adskiller sig dog i denne forbindelse fra de andre tre grupper, da de kender mere til andre kønssygdomme.

8.3 Holdninger til og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed

Størstedelen af deltagerne fra de fire lande anvender en eller anden form for prævention. Blandt mange af deltagerne er det især de noget usikre metoder som afbrudt samleje og sikre perioder, der er populære, men mange har anvendt eller anvender p-piller, spiral og kondom. Disse er ligeledes mange af nøglepersonernes erfaringer.

Det er karakteristisk for mange af kvinderne, at de selv har haft eller kender nogle, der har haft dårlige erfaringer med de to præventionsformer, p-piller og spiral. Især p-pillerne har voldt mange kvinder problemer, hvilket i mange tilfælde har medført, at der i stedet anvendes naturlige præventionsformer, da de ikke giver komplikationer.

Det er især blandt tyrkerne og pakistanerne, at egne eller andres dårlige erfaringer med prævention har ført til en beslutning om hvilken præventionsform, der skal anvendes. Det er således ikke så ofte, at deltagerne fra disse grupper har truffet et direkte vidensbaseret valg. Det er ligeledes sjældent, at religion spiller en rolle i valget af prævention.

Det gælder endvidere blandt alle deltagerne, at manden ofte har meget at skulle have sagt ved valg af præventionsform, og i mange tilfælde er han den, der har det sidste ord. Samtidig bliver det ofte kvindens opgave at beskytte sig mod uønsket graviditet, da manden ofte ikke er villig til at anvende kondom. Mange foretrækker, at det er kvinden, der anvender prævention, eller at parret anvender naturlige præventionsformer. Det er en tendens, der ses blandt alle nationaliteter, men det er især blandt de ældre mænd, at ansvaret fralægges. De unge eksjugoslaviske mænd ser dog ud til at tage ansvar med hensyn til at beskytte deres partner mod uønsket graviditet og dem selv mod kønssygdomme ved at være meget bevidst om at bruge kondom.

Blandt tyrkerne, pakistanerne og iranerne er det ikke velset at beskæftige sig med prævention, seksualitet og kroppens funktioner uden for ægteskab. Flere af lægerne nævner, at det ofte er årsagen til, at det er svært for ugifte at henvende sig til deres praktiserende læge med spørgsmål om disse emner. Her skiller eksjugoslaverne sig ud, da de opfatter det som accepteret at have kærester og seksuelle forhold, inden man bliver gift.

Mens det således kan være svært for ugifte tyrkere, pakistanere og iranere at skaffe sig information om prævention, seksualitet og kroppens funktioner, er det accepteret for gifte kvinder at tale med deres gifte veninder eller gifte kvindelige familiemedlemmer om deres holdninger til og erfaringer med disse områder.

Mange af kvinderne fra alle fire lande giver udtryk for, at de kan tale med deres mand om prævention og seksualitet. Der er dog en tendens til, at kvinder, som ikke kendte deres mand, inden de blev gift, har sværere ved at tale om disse emner i deres ægteskab.

Mændene fremstår generelt mindre åbne om disse emner end kvinderne, og flere giver udtryk for, at disse emner er kvindeemner og derfor ikke så relevant for mænd at forholde sig til. Hvis de taler med nogen om prævention, seksualitet eller kroppens funktioner er det i mange tilfælde udelukkende deres hustru. Igen er de unge indvandrere og flygtninge, især de eksjugoslaviske, mere liberale i deres holdninger, idet de i flere tilfælde nævner, at de udveksler erfaringer med jævnaldrende kammerater.

Mange af de kvindelige deltagere ville gerne have haft viden om prævention, graviditet og seksualitet, inden de blev gift, og man kunne forestille sig, at det er årsagen til, at de er derfor næsten alle åbne over for at tale med deres egne børn om disse emner, så de kan være forberedt. Størstedelen af deltagerne mener ligeledes, at det er godt, at børn får seksualundervisning i Danmark. Flere af især pakistanerne mener dog, at undervisningen starter for tidligt. Det er dog meget få, der har valgt at tage deres børn ud af undervisningen. Mange af informanterne, på tværs af landegrupperne, foreslår at undervisningen bør gentages, når børnene er blevet ældre, da de således får repeteret deres viden. Desuden vil denne viden også være mere relevant, når de begynder at have seksuelle forhold og indgå ægteskab.

Der er en holdning blandt mange af deltagerne fra alle fire lande om, at mænd har en større frihed end kvinder. I mange tilfælde anses det som værende almindeligt, at mænd har seksuelle forhold inden ægteskab, mens der for kvindernes vedkommende vil blive set meget fordømmende på en sådan adfærd. Det kommer især til udtryk blandt tyrkerne og pakistanerne, men der er ligeledes kønsforskelle blandt eksjugoslaverne og iranerne.

8.4 Holdninger til og erfaringer med abort

Det kommer bag på alle deltagerne, at kvinder fra deres egen etniske gruppe har en højere abortkvotient end danske kvinder. Mange mener også, at emnet er meget tabubelagt, og det er generelt ikke en erfaring, der deles med andre, hvilket måske kan være årsagen til, at få har kendskab til det høje aborttal.

Blandt deltagerne er der generelt en positiv holdning til abort, hvis det kan skade moderens helbred at fuldføre graviditeten. Der, hvor grupperne adskiller sig fra hinanden, er på spørgsmålet om provokeret abort, hvor der ikke er en medicinsk begrundelse. Mange af tyrkerne og pakistanerne er således imod abort. Afstandstagen til abort blandt tyrkerne og pakistanerne sker ofte med reference til islam. Ifølge Khader (1996) er der dog forskellige tolkninger af, hvad der skrives i Koranen angående abort. Han mener ikke selv, at det er forbudt i følge Koranen at få en abort. Denne holdning er i høj grad repræsenteret blandt de iranske

og eksjugoslaviske informanter. De forholder sig mere liberalt til abortspørgsmålet, idet en stor del mener, det er kvindens ret at vælge en abort. Det er også blandt disse grupper, at nogle af de kvindelige informanter fortæller, at de selv har fået foretaget abort. Størstedelen af både mændene og kvinderne fra alle fire lande fortæller dog, at de betragter abort som den sidste udvej, og at de helst vil undgå at nå til det punkt, hvor de ser sig nødsaget til at vælge en abort. Der er således ingen, der benytter abort som primær præventionsform.

Kvinderne, der har fået foretaget en abort, fortæller, at mændene var med i beslutningsprocessen, men at det i sidste ende var deres eget valg.

Det karakteristiske for de deltagere, der har fået foretaget en provokeret abort, er, at de befinder sig i en eller anden form for social sårbar situation, da de blev gravide. En boede eksempelvis på et meget lille værelse på et asylcenter med mand og barn, og en anden havde store ægteskabelige problemer. Det er lignende eksempler informanterne giver, når de fortæller om bekendte, der har fået foretaget abort. En forklaringsmodel som mange både mandlige og kvindelige deltagere giver udtryk for, er, at i mange tilfælde vil manden ikke bruge kondom. Mange sætter således fokus på, at manden mangler at tage et ansvar i spørgsmålet om prævention.

Flere giver udtryk for, at de ugifte kvinder får foretaget aborter, fordi de tilegner sig nogle af de danske normer. Holdningen er, at disse kvinder gerne vil fremstå som danske i det offentlige rum, og derfor vælger de i flere tilfælde at have sex uden for ægteskab. På hjemmefronten ønsker de dog stadig at fremstå som ærbare etniske piger, da deres familier ser meget fordømmende på en sådan adfærd, er de nød til at skjule det og få foretaget en abort, hvis de bliver gravide. Her bliver der også sat fokus på den sociale sårbarhed, da kvinderne føler, de vil stå meget dårligt socialt, hvis de vælger at få et barn.

Mange tager implicit udgangspunkt i, at det er blandt de ugifte kvinder, at størstedelen af aborterne foretages. Der er meget få, der fokuserer på andelen af gifte kvinder, der får foretaget abort. Opfattelsen af, at størstedelen af aborter finder sted blandt ugifte kvinder, kan ligeledes være et udtryk for en holdning om, at det er "de andre", der har problemerne.

8.5 Erfaringer med det danske sundhedsvæsen

Fælles for informanterne fra alle fire lande er, at den primære kontakt til det danske sundhedsvæsen sker via den praktiserende læge. De fleste af informanterne fra de fire lande udtrykker, at de har været tilfredse med den information og vejledning, de har modtaget hos lægen. Kun få udtrykker utilfredshed med lægens håndtering af disse emner i konsultationen.

Det er også lægen, de fleste af informanterne vil gå til, hvis de mangler råd og vejledning omkring prævention og reproduktive forhold. Lægen betragtes af mange som den mest troværdige og kompetente i forhold til at vejlede om disse forhold. Endvidere nævner flere det tillidsfulde forhold, de har til deres læge. Til gengæld har ingen af informanterne oplevet, at lægen selv har henvendt sig til dem omkring prævention, inden de første gang er blevet gravide. Lægen opfattes således af informanterne selv som en nøgleperson i forhold til informanternes viden om disse emner og i forbindelse med introduktion af muligheder og rettigheder i kontakten til sundhedsvæsenet.

Stort set ingen af de ugifte kvinder fra Tyrkiet, Pakistan eller Iran har talt med deres læge om prævention. Det er ligeledes de interviewede lægers erfaring, at det er tabu for ugifte indvandrere og flygtninge at tale om dette med lægen.

Udover kontakten til lægen har mange af informanterne haft kontakt til sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet og fødsel, og nogle af disse har i denne forbindelse modtaget vejledning om prævention af en jordemoder eller en sundhedsplejerske. Især blandt tyrkerne er der flere, der først har modtaget professionel vejledning omkring prævention og reproduktiv sundhed i forbindelse med første graviditet eller fødsel. Det er dog ikke alle, der har været tilfredse med kontakten til sundhedsvæsenet, og mødet har for nogle været forbundet med en række problemer såsom sprogproblemer og problemer med at de sundhedsprofessionelle afsætter for kort til konsultation og vejledning.

Det er et gennemgående træk for informanterne fra alle fire lande, at mange mangler kendskab til de sundhedstilbud, som man kan benytte sig af i Danmark. Dette spænder fra manglende viden om karakteren af de sundhedstilbud, der findes, til et manglende kendskab til hvilke tilbud, der overhovedet findes. Dette gælder for både højt og lavt uddannede og for personer, der har været i Danmark i kortere og længere tid.

Endvidere er det tydeligt, at der er brug for en introduktion til, hvordan det danske sundhedssystem fungerer. Dette er noget både de etniske informanter og nøglepersonerne efterspørger. Nogle har for eksempel ikke haft kendskab til den privatpraktiserende læges funktion. Andre har ikke haft kendskab til rettighederne i forbindelse med kontakten til sundhedsvæsenet, som for eksempel lægens tavshedspligt. I mange tilfælde mener informanterne ikke, at de i tilstrækkelig grad er blevet informeret omkring de tilbud, der findes. Flere har således ikke haft kendt til de eksisterende tilbud i forbindelse med graviditet og fødsel. Især giver flere af de tyrkiske kvinder udtryk for, at der har været kommunikationsproblemer forbundet med fødselsforberedende tilbud. Således manglede flere basal viden om for eksempel, hvad man må og ikke må, når man er gravid, og om hvordan fødslen skulle foregå.

En af årsagerne til dette kan være, at kontakten til sundhedsvæsenet for mange af informanterne ofte er forbundet med sprogproblemer. Nogle har oplevet, at der ikke var tolk med, selvom de havde brug for det. Især blandt tyrkerne synes der ofte at forekomme problemer, når ægtefællen fungerer som tolk, som kan skyldes, ægtefællen ikke i tilstrækkelig grad oversætter informationen, eller at det er svært for kvinden at tale om disse emner i ægtefællens påhør. Det er også de interviewede lægers opfattelse, at det for mange indvandrerkvinder kan være svært at tale om disse emner, når manden er til stede. Lægerne påpeger også det problem, at tolken ikke altid har nok kendskab til anatomi og derfor ikke oversætter korrekt. Det er ligeledes nogle af nøglepersonernes opfattelse, at det kan være svært at forklare, hvordan præventionen virker, når klienterne mangler en basal forståelse for kroppens funktion. Rådgivning skal derfor gives på et meget basalt niveau.

Stort set ingen af informanterne nævner muligheden for at henvende sig andre steder end hos lægen med spørgsmål om prævention og reproduktiv sundhed. Det er de færreste af informanterne, der kender til sundhedstilbud, som for eksempel præventionsklinikker og telefonrådgivning

8.5.1 Den kulturelle, sociale og religiøse kontekst

I denne undersøgelse har der været fokus på holdninger, normer og praksis vedrørende forskellige aspekter af reproduktiv sundhed blandt fire forskellige etniske grupper. Af analyserne fremgår det, at indvandrernes sociale og kulturelle forhold spiller en stor rolle for deres holdninger og praksis. Sociale og kulturelle normer spiller ind på mange niveauer i forbindelse med holdning til prævention og valg af prævention samt holdning til abort. I nedenstående afsnit vil de sociale og kulturelle aspekter blive perspektiveret. Hvor de ovenstående kapitler har taget udgangspunkt i de enkelte etniske grupper, vil kultur begrebet og de sociale aspekter her blive diskuteret på tværs af de etniske grupper. Formålet hermed er at opnå

en nuancering af kulturbegrebet og dets anvendelse i forbindelse med sundhedsaktiviteter målrettet de forskellige etniske grupper.

8.5.2 Kultur som forklaring eller som undskyldning?

I antropologiske og andre samfundsvidenskabelige studier af lokale opfattelser af sundhed og sygdom lægges der stor vægt på at beskrive og analysere de sociale, kulturelle, økonomiske og politiske sammenhænge, hvori bestemt fænomener optræder. Det betragtes som vigtigt og essentielt at have kendskab til den lokale kultur for at forstå de enkelte individers handlinger og holdninger. Antropologiske bidrag til studier af indvandreres interaktion med de eksisterende sundhedssystemer har da også i høj grad koncentreret sig om at fremskaffe viden om normer og værdier i de lande, hvorfra migranterne er kommet (van Dijk 1998). Denne viden om de lokale kulturer er i en vis udstrækning formidlet videre til sundhedspersonalet, således at de i højere grad kunne tage patienternes/klienternes kulturelle 'bagage' i betragtning i kommunikationen med indvandrerne. Van Dijk beskriver fra Holland, at denne viden om indvandrernes oprindelige kultur undertiden medfører en 'eksotisering' af indvandrernes normer og praksis. Denne eksotisering hænger formentlig sammen med en stereotypifisering, hvor for eksempel viden omkring fødsler i det rurale Tyrkiet kan skabe forestillinger om, at alle tyrkere forventer at føde på samme måde (van Dijk 1998:246). Samtidig er der en risiko for, at de lokale kulturer, hvad enten det er pakistansk, tyrkisk, iransk eller en helt anden, bliver beskrevet som statiske kulturer. Derfor vil det være vigtigt, at man i beskrivelsen og analysen af indvandreres eksotiske opfattelser og praksis i forbindelse med sundhed og sygdom netop er opmærksom på risikoen for stereotypificering og derfor også søger at identificere nuancerne og forandringerne, samtidig med at indvandrernes sociale og kulturelle levevilkår i landet, hvori de lever, også tages i betragtning. Den lidt provokerende overskrift på dette afsnit hentyder derfor til, at specifik og nuanceret viden om de sociale og kulturelle forhold må være vigtig for at kunne yde den bedste og mest målrettede indsats overfor de enkelte målgrupper. Men samtidig må kulturen nødt til blive en undskyldning eller en forklaring i sig selv.

Beskrivelserne og analyserne i nærværende studie peger på en række kulturelle og sociale faktorer, der i en vis udstrækning går på tværs af de fire etniske grupper. I nedenstående afsnit beskrives nogle af disse sociale og kulturelle faktorer, som formodes at få betydning for planlægningen af fremtidig indsats vedrørende reproduktiv sundhed blandt forskellige indvandrergrupper.

8.5.3 Betydningen af det sociale netværk

Der har i de senere år været øget fokus på betydningen af det sociale netværk som en vigtig faktor for menneskers sundhed (McCulloch 2001), hvor blandt andet begrebet social kapital har været anvendt. Begrebet social kapital handler således om, hvilke sociale ressourcer den enkelte har (Bourdieu 1990). Der kan enten være tale om sociale ressourcer baseret på et socialt netværk i familien, på arbejdspladsen, uddannelsesinstitutionen eller i naboskabet. I nærværende undersøgelse er der også tydelig forskel i den sociale kapital blandt forskellige informanter. De informanter, der er i gang med et uddannelsesforløb eller har gennemgået et uddannelsesforløb i Danmark, fremstår som nogle med en forholdsvis stor mængde social kapital. Derimod virker de informanter, især kvinder, der ikke har en uddannelse og som ikke er på arbejdsmarkedet, som om de har relativt begrænset social kapital. Det drejer sig primært om kvinder, der er kommet til landet i forbindelse med ægteskab, og som endnu ikke mestrer det danske sprog. Nogle af disse kvinder har ikke et socialt netværk, der indbefatter andre end deres familie (svigerfamilie) og nogle få andre bekendte fra deres egen etniske gruppe. Kvinder med lav social kapital fremstår derfor også som socialt sårbare. Kvinder

med lav social kapital vil formentlig også være de sværeste at nå i forbindelse med information og aktiviteter indenfor sundhedsområdet, herunder reproduktiv sundhed.

8.5.4 Kulturbegreber: Er det tabu at tale om seksualitet?

En hel del af undersøgelsens informanter finder det naturligt at tale med deres ægtefælle om prævention og seksualitet. For mange hører det ægteskabet til at tale om den slags ting. Derimod er der for mange grænser for, hvem man i øvrigt taler med om disse sensitive emner. Emner som seksualitet, abort, prævention, kønssygdomme opfattes derfor af mange som tilhørende privatsfæren. Der er dog også store forskelle mellem informanterne. For nogle af de ugifte (især pakistanske og tyrkiske) kvinder er det vanskeligt at tale med andre end nogle ganske få fortrolige om seksualitet, da de ikke selv forventes at have erfaring eller interesse i disse emner før ægteskabet. I det hele taget er der stor forskel mellem generationerne, hvor det i høj grad er de ældste mænd blandt undersøgelsens deltagere, der giver udtryk for at italesættelse af disse emner er vanskelig. Det kan dog også konstateres, at der ikke har været større vanskeligheder i selve undersøgelsen med at få informanterne til at svare på spørgsmål og diskutere undersøgelsens emner. Nogle informanter har endda foreslået endnu et møde for at tale videre. Det har også været tydeligt, at den generation, som er vokset op i Danmark, og som mere eller mindre har tilegnet sig danske vaner og normer, ikke har de store problemer med at tale åbent med deres venner om disse emner. Til gengæld er der stadig tabu eller "lidt pinligt" at tale med sine forældre om de emner (hvilket det muligvis også er i en del danske familier).

Imidlertid er der et sted i det offentlige rum, hvor dette tabu område overskrides. Denne overskridelse foregår enten i rådgivningssituationen mellem læge og patient, i den praktiserende læges konsultationsværelse, eller med en sygeplejerske på et asylcenter. Ligeledes kommunikerer både jordemoderen og sundhedsplejersken med unge piger og kvinder om de samme emner. Ifølge nøgleinformanterne fra sundhedsvæsenet, som har medvirket i denne undersøgelse, fungerer kommunikationen mellem dem og patienterne om disse normalt tabubelagte emner, ganske problemfrit. Samtlige nøglepersoner giver udtryk for, at både de unge og modne kvinder i deres fertile alder, taler åbent om prævention. Desuden har de som nævnt et stort behov af at vide mere, både om hvordan kroppen fungerer, og hvordan forskellige præventionsmetoder virker.

8.5.5 Kulturbegreber: Familiens ære

De fleste informanter i undersøgelsen beskriver, at det ifølge de 'traditionelle' normer ikke er velset at have seksuelle relationer før ægteskabet - dog opfattes det som mere acceptabelt, at unge mænd får seksuel erfaring før ægteskabet, end at de unge kvinder involverer sig i kæresteforhold og seksuelle relationer. Fra de mange interviews med unge mennesker er det indtrykket, at disse normer i høj grad efterleves blandt de pakistanske og tyrkiske indvandrere, og at disse normer står lidt mindre stærkt blandt de iranske og eksjugoslaviske informanter.

De unge pakistanske og tyrkiske kvinder giver udtryk for, at man ikke opfattes som en 'pæn pige', hvis man forbryder sig mod disse normer, hvilket vil gå ud over familiens ære. De unge kvinder føler selv, at det hviler på deres skuldre at bevare familiens ære gennem en ærbar opførsel. Ifølge Khader, er det absolut vigtigste, at pigen i en 'traditionel' pakistansk familie beholder sin mødom intakt, til hun bliver gift. Gør hun det, så er både hun og hele familien respekteret. Gør hun det ikke, er det en skandale – også når det er uforskyldt. Straffen for en mistet mødom kan være hård (Khader, 1996:131).

Det fremkommer også i denne undersøgelse, at pigerne kan blive udstødt af familien, hvis de for eksempel får sig en dansk kæreste. Der er især de pakistanske piger som føler sig overvågede af deres brødre. Samtidig får man en fornemmelse af at mange unge kvinder, som er såkaldt efterkommere fra Tyrkiet og Pakistan, lever i et dilemma mellem på den ene side nogle værdinormer, der har rod i hjemlandet, og på den anden side en dansk hverdag, hvor de konfronteres med forskellige problemstillinger, der udfordrer slægtens og familiens værdinormer. De unge kvinder må således manøvrere i dette felt mellem nogle til tider usagte forventninger fra familien og nogle til tider usagte forventninger fra omgangskredsen på uddannelsesinstitutionen eller i skolen. For nogle unge kvinder fører det til en slags dobbeltliv, og alle de unge kvindelige deltagere i undersøgelsen fortæller, at de i deres omgangskreds har veninder eller bekendte for hvem, dette dilemma opleves som meget problematisk. Enkelte af informanterne havde da også kendskab til piger/unge kvinder, der har fået rekonstrueret deres møddom.

Samtidig fremgår det tydeligt, at informanterne selv opfatter, at de såkaldte traditionelle værdier er under forandring. Mange af de yngre informanter, der var blevet gift indenfor de sidste år, fortalte, at de selv havde valgt deres ægtefælle. Hvor det blandt de iranske og eksjugoslaviske indvandrere fremgik, at de i meget stor udstrækning fuldstændig selv valgte deres ægtefælle, blev det blandt de tyrkiske og pakistanske grupper udtrykt, at de selv havde valgt ægtefællen efter samråd fra familien, så man i et vist omfang kan tale om arrangerede ægteskaber. Ingen af informanterne havde været udsat for tvangsægteskab. Også de helt unge informanter fra alle fire etniske grupper gav udtryk for, at de selv forventer at finde deres ægtefælle.

8.5.6 Kulturbegreber og religion

I den danske debat om integration af indvandrere og flygtninge er der megen fokus på de religiøse aspekter. I interviewene og fokusgruppediskussionerne har religiøse aspekter også været berørt. Spørgsmål om holdning til familieplanlægning, seksualitet og abort indeholder også religiøse aspekter. Det er interessant at notere, at mange af informanterne selv har svært ved at skelne mellem, hvad der handler om kulturelle værdier og normer, og hvad der er egentlige religiøse aspekter. En del af informanterne fortæller således, at de er kulturelle muslimer, hvilket betyder, at de vedkender sig at komme fra en kultur, der er præget af islam, men at de ikke selv er praktiserende muslimer. (Her kunne man drage en parallel til mange danskere, der vedkender sig at være en del af den kristne kultur uden dermed at være trofaste kirkegængere). For de fleste eksjugoslaviske informanter gælder det, at de opfatter deres udgave af islam som en meget moderat udgave. Flere informanter fortæller således, at det er fuldt accepteret at have kærester før ægteskab. De pakistanske informanter, der stort set alle er praktiserende muslimer, diskuterer også indbyrdes, hvad der egentlig er kultur, og hvad der er religion, og flere af dem er usikre på, hvad Koranen egentlig måtte sige om de forskellige emner indenfor reproduktiv sundhed. Som en af nøgleinformanterne også gør opmærksom på, så er der også forskellige retninger indenfor islam. Der findes derfor ikke nødvendigvis et entydigt svar på, hvad Koranen måtte sige om de enkelte aspekter af reproduktiv sundhed. Ifølge Khader er der netop forskellige udlægninger og holdninger til spørgsmål omkring prævention og abort (Khader 1996:142-144).

9 Forslag til en målrettet informationsindsats

9.1 Generelle overvejelser

Undersøgelsens resultater peger på, at der er store forskelle blandt undersøgelsens informanter i forhold til, hvordan de opfatter sig selv, og hvordan de kategoriserer andre grupper af indvandrere. Samtidig er det tydeligt, at informanterne er påvirkede af de begreber, der anvendes i den offentlige debat, når problematikken om indvandreres integration diskuteres, hvor kategorierne ofte forekommer for grove og unuancerede. I en fremtidig informationsindsats er det derfor afgørende at være opmærksom på at begreber som indvandrere, flygtninge og efterkommere netop rummer en stor grad af diversitet, hvor etniciteten eller den demografiske kategori, man tilhører, ikke nødvendigvis er det afgørende. Andre faktorer som for eksempel generationsforskelle, kønsforskelle, uddannelsesmæssige forskelle, sociale forskelle kan alt efter emnet være mere afgørende. Kategoriseringer mellem de etniske grupper kan være vigtig i nogle sammenhænge, men det er også vigtigt at være opmærksom på kategoriseringer på tværs af de etniske grupper.

- **Det anbefales derfor, at man klart definerer, hvilke specifikke målgrupper, man ønsker at henvende sig til i forbindelse med de enkelte forebyggelsesindsatser og aktiviteter, således at der tages højde for, hvordan forskellige grupper af indvandrere og flygtninge definerer og kategoriserer sig selv.**

Og

- **Det anbefales at inddrage en række forskellige interessenter herunder repræsentanter for sundhedsvæsenet (praktiserende læger og sundhedsplejersker), kommuner, etniske foreninger m.fl. i udarbejdelsen af en målrettet informationsindsats**

9.2 Indhold i forebyggelsesindsatsen

Mange af studiets deltagere kender kun til en eller flere af følgende præventionsformer: kondom, spiral, p-piller, afbrudt samleje og sikre perioder. I flere tilfælde er de i besiddelse af ukorrekte oplysninger eller har ringe kendskab til, hvorledes de enkelte præventionsformer fungerer. I forbindelse med en informationsindsats bør der derfor tages højde for de forskelle i vidensniveau og normer, der eksisterer - både mellem landegrupperne og internt i landegrupperne

- **Der er brug for en forbedret og differentieret informationsindsats vedrørende de forskellige præventionsformer, således at kvinder og mænd har et reelt valg mellem forskellige metoder.**

Dette vil især være relevant i forhold til en del tyrkiske, pakistanske og ugifte iranske indvandrere og flygtninge, hvor der i forhold til de eksjugoslaviske indvandrere og flygtninge i højere grad er behov for at forbedre dialogen omkring de forskellige præventionsformer.

Der er tilsyneladende et stort behov for information omkring prævention og reproduktiv sundhed – især blandt de kvinder og mænd, som først kommer til Danmark i forbindelse

med ægteskab. Manglen på viden hænger ofte sammen med en kort uddannelse fra hjemlandet og sociale normer, der gør det svært at tilegne sig viden omkring emnerne.

- **Det anbefales således, at en målrettet dialog vedrørende prævention og reproduktiv sundhed etableres i integrations-processen i forbindelse med familiesammenføring. En særlig informationsindsats bør overvejes i forhold til kvinder og mænd, der først kommer til Danmark i forbindelse med ægteskab. Det er vigtigt at nå disse kvinder og mænd hurtigst muligt efter ankomst til Danmark**

I forbindelse med ovenstående har flere informanter udtrykt et behov for at få bedre information om det danske sundhedssystem i begyndelsen af deres ophold i landet.

- **Det anbefales, at indvandrere når de kommer til landet, får en grundig indførsel i opbygningen og mulighederne i det danske sundhedssystem for eksempel i forbindelse med integrationskurser.**

9.3 De sundhedsprofessionelle som nøglepersoner

Den praktiserende læge er den person i sundhedsvæsenet, som informanter fra alle fire etniske grupper udtrykker, de har mest kontakt til. Dette sammenholdt med det forhold, at især tyrkerne og pakistanernes sociale netværk hovedsageligt består af personer fra samme oprindelsesland, gør lægen til en nøgleperson i forhold til gruppernes kontakt til det danske samfund og bør være en vigtig aktør i en målrettet kommunikationsindsats.

- **Sundhedsstyrelsen bør derfor sikre at de praktiserende læger parate til at udfylde deres centrale rolle i en fremtidig målrettet kommunikationsindsats.**

I forbindelse med ovenstående er det vigtigt, at den praktiserende læge er opmærksom på, at nogle indvandrergrepper langt fra har den basale viden omkring prævention og reproduktiv sundhed, som lægen er vant til hos danske patienter.

- **Den praktiserende bør derfor orientere indvandrere om relevante tilbud vedrørende reproduktiv sundhed, der er tilgængelige i det danske sundhedssystem. Endvidere bør lægen også uopfordret give præventionsvejledning til indvandrerkvinder.**

Og

- **Den praktiserende læge bør ligeledes gøre opmærksom på rettigheder i forbindelse med kontakten til sundhedsvæsenet, som for eksempel at lægen har tavshedspligt også overfor ægtefælle.**

Og

- **Anvendelse af ægtefælle som tolk i forbindelse med kontakten til sundhedssystemet kan ofte være problematisk og bør så vidt muligt undgås. Det anbefales at anvende professionelle tolke i de tilfælde, hvor sprogvanskelighederne er store.**

Undersøgelsens resultater peger på, at ægtefæller taler sammen om prævention og reproduktive spørgsmål, men det er også indtrykket, at det ofte betragtes som kvindens ansvar at bruge prævention, og at mange mænd ikke ønsker at bruge kondom. Samtidig er manden ofte beslutningstageren i mange familieanliggender, hvorfor det vurderes som vigtigt i højere grad at inddrage mændene i forbindelse med en fremtidig forebyggelsesindsats.

- **Det vil være vigtigt for de sundhedsprofessionelle også at fokusere på mændene i kommunikation og rådgivning om prævention og reproduktiv sundhed.**

Og

- **I forbindelse med en styrket kommunikationsindsats bør det overvejes at inddrage rollemodeller i målrettede forebyggelsesaktiviteter.**

Sundhedsplejerskerne er også nøglepersoner for de indvandrerkvinder, der har født. Sundhedsplejerskens store styrke er, at hun besøger folk i deres hjem, hvilket er særdeles vigtigt, specielt for de indvandrerkvinder, der har et begrænset netværk.

- **Sundhedsplejerskernes indsats vedrørende information og rådgivning om prævention og reproduktiv sundhed bør derfor styrkes yderligere.**

Meget få af deltagerne i undersøgelsen havde kendskab til andre servicetilbud indenfor reproduktiv sundhed, således var det kun et par enkelte, der kendte til "Sex og Samfund" og kun et par stykker, der kendte til telefonrådgivning.

- **Informationsindsatsen bør inddrage oplysning om forskellige rådgivningstilbud vedrørende reproduktiv sundhed.**

9.4 Information og rådgivning

Mundtlig information er en oplagt mulighed og efterspørges af kvinder fra alle aldersgrupper i studiet. Især for dem, som er kommet til Danmark i en forholdsvis sen alder (efter folkeskolealder) i forbindelse med indgåelse af ægteskab, kan mundtlig kommunikation være vigtig. Ved interpersonel kommunikation kan der tages højde for vidensniveauet og det sproglige niveau, og der kan tages hensyn til sociale normer og barrierer. Undervisningen kunne enten foregå med tolk, eller det kunne være en person fra oprindelseslandet, der underviste. På sprogskolerne vil der netop være mulighed for at få kontakt til de indvandrere og flygtninge, som er mindst integrerede på det danske arbejds- og uddannelsesmarked.

- **Interpersonel kommunikation kunne foregå på sprogskoler, i foreninger eller på mødesteder for indvandrere.**

Og

- **Det anbefales, at sprogskolerne støttes med de relevante ressourcer og materiale, således at man kan stille krav om undervisning vedrørende sundhedsforhold generelt herunder undervisning og kommunikation om prævention og reproduktiv sundhed.**

Og

- **Det vil være en god idé at uddanne ressourcepersoner fra de pågældende lande til at kunne gennemføre undervisning i prævention og reproduktiv sundhed. Sådanne personer kan i undervisningen tale personernes modersmål og tage højde for kulturelle og sociale normer.**

Og

- **Mundtlig information/undervisning bør grundet kulturelle normer opdeles på mænd og kvinder**

Og

- **Der bør udvikles et katalog over forskellige informations- og kommunikations aktiviteter (eksempelvis brug af rollemodeller, 'peer-education', brug af lokale medier og så videre) for en øget forebyggelsesindsats i forhold til prævention og reproduktiv sundhed, således at for eksempel kommunerne har mulighed for at vælge de bedste egnede i forhold til de lokale problemstillinger.**

På trods af, at kvinder og mænd, der er opvokset i Danmark, fremstår mere vidende end de flygtninge og indvandrere, der er kommet til Danmark i en senere alder, er der i flere tilfælde set forholdsvis store huller i deres viden om prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed. Det er således vigtigt at fastholde undervisningen på folkeskoleniveau.

- **Det vil være fordelagtigt, hvis undervisningen fra folkeskolen vedrørende prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed blev repeteret på et senere tidspunkt i de unges uddannelsesforløb (eksempelvis ungdomsuddannelser og gymnasier). De unge vil på det tidspunkt formentlig også være mere modtagelige i forhold til information om disse emner. Endvidere kunne dette være en måde at nå de grupper, der kommer som unge til Danmark men som ikke når at få undervisning i folkeskolen.**

9.5 Brug af forskellige medier i informationsindsatsen

I undersøgelsen har mange af deltagerne diskuteret værdien af forskellige foldere og informationspjecer med information om prævention og reproduktiv sundhed. Der er generel enighed om, at det kan være et nyttigt supplement.

- **Foldere og informationspjecer med information om reproduktive emner kan distribueres via praktiserende læge, sundhedsplejerske, apotek, sprogskole og bibliotek.**

Blandt informanterne har mulighederne for at distribuere materiale direkte til forskellige målgrupper ligeledes været diskuteret.

- **Mulighederne for at sende informationsmateriale direkte (med post) til relevante målgrupper (eksempelvis unge når de bliver 18 år, familiesammenførte etc.) bør undersøges, og hvor fordele og ulemper ved en sådan direkte henvendelse bør afvejes nøje.**

Undersøgelsen har også fokuseret på informanternes brug af forskellige medier i hverdagen, og hvordan medier kunne udnyttes i forbindelse med en forbedret informationsindsats. Her vil identifikationen af relevante medier naturligvis afhænge af hvilke målgrupper, man specifikt ønsker at henvende sig til.

- **Det anbefales at inddrage relevante lokale tv - og radio-stationer i formidlingsindsatsen vedrørende reproduktiv sundhed. Ligeledes kan lokalblade, etniske aviser, gratis aviser og internettet overvejes som relevante medier i en kommunikationsindsats.**

Og

- **Andre mulighederne for at etablere dialog med unge indvandrere og flygtninge vedrørende prævention, seksualitet og reproduktiv sundhed bør undersøges, herunder mulighederne for internetbaseret kommunikation eller kommunikation via anden form for teknologi (eksempelvis brug af SMS/mobiltelefoni).**

9.6 Information og praksis

En af rapportens hovedkonklusioner er som nævnt, at mange indvandrere mangler konkret viden om prævention og andre emner indenfor reproduktiv sundhed. Men det er også klart, at information og viden i sig selv ikke nødvendigvis fører til ændret praksis. Der er en hel række andre faktorer, som også spiller en rolle i forhold til mulighederne for at ændre adfærd. Det er faktorer, som ofte ligger udenfor sundhedssystemets virkefelt, - som for eksempel integrationen på arbejdsmarkedet, unges adgang til uddannelsessystemet, indvandrernes sproglige kompetencer og så videre.

- **Det anbefales derfor, at en forbedret informationsindsats vedrørende reproduktive emner indlejres i andre aktiviteter, hvis formål er at forbedre levevilkårene for de mest sårbare grupper indenfor indvandrergupperne og styrke indvandrernes muligheder og kompetencer til at etablere stærke netværk på tværs af etnisk tilhørsforhold.**

9.7 Forskning

På trods af en forholdsvis omfattende forskningsindsats i Danmark vedrørende indvandreres integration i det danske samfund og kommunikation i det danske sundhedsvæsen, er der stadig relativt få undersøgelser, der eksplicit fokuserer på indvandrernes egne opfattelser og perspektiver, specielt i forbindelse med reproduktiv sundhed.

- **Der anbefales derfor studier omkring den yngre indvandrer generations adfærdsmønstre med hensyn til brug af prævention og eventuelle barrierer i at bruge kondomer. Herunder ville det være interessant mere specifikt at sammenligne unge indvandreres og unge danskeres viden og holdning til reproduktive emner.**

I nærværende undersøgelse er der udført en række interviews med mænd samt enkelte fokusgrupper. Resultaterne peger på at et større fokus på mænds rolle og ansvar i forbindelse med reproduktive spørgsmål kunne være nyttigt.

- **Det anbefales at gennemføre et studie af mænds rolle og ansvar i reproduktive spørgsmål i forskellige indvandrergrupper med henblik på at identificere, hvordan mænd i højere grad kan påtage sig et aktivt ansvar i familieplanlægningen.**

Undersøgelsen peger på at der er store variationer mellem de forskellige etniske grupper og indenfor de enkelte etniske grupper med hensyn til viden og praksis i forbindelse med reproduktiv sundhed. Resultaterne peger på at forskellene ikke kun handler om indvandrernes 'bagage' fra hjemlandet, men i mindst lige så høj grad handler om indvandrernes aktuelle livsvilkår i Danmark.

- **Det anbefales at gennemføre studier, der fokusere på forskellige indvandrers gruppers aktuelle livsvilkår og opfattelse af egne livsbetingelser med specifik fokus på det sociale netværks betydning.**

Et generelt indtryk fra undersøgelsen at indvandreernes viden og holdninger til prævention, abort og seksualitet er under forandring. Nærværende studie har ikke haft mulighed for at lave en sammenlignende undersøgelse over tid, men det ville være yderst relevant at kunne beskrive nærmere, hvilke forandringsprocesser, der finder sted.

- **Det anbefales at initiere et studie med fokus på en beskrivelse og analyse af forandringsprocesser blandt forskellige indvandrergupper vedrørende social identitet generelt samt viden og holdninger til reproduktive emner.**

10 Referencer

- BARBOUR, R. S. & KITZINGER, J. (1999) *Developing Focus Group Research*, London, SAGE Publications Ltd.
- BARTH, F. (1969) *Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization of culture Difference*. Oslo, Universitetsforlaget.
- BOURDIEU, P. (1990) *The Logic of Practice*, Cambridge, Polity Press.
- BURROWS, D. (1998) Using Focus Groups in Nursing Research: A Personal Reflection. *Social Sciences in Health*, 4, (1), 3-13.
- BURROWS, D. & KENDELL, S. (1997) Focus Groups: What Are They And How Can They Be Used In Nursing And Health Care Research? *Social Sciences in Health*, 3 (4), 244- 253.
- CASLEY, D. J., KUMAR, K. (1989) *The Collection, Analysis, and Use of Monitoring and Evaluation Data. Published for The World Bank*, The Johns Hopkins University Press.
- CASTERLINE, J. B., SATHAR, Z. A. & UL-HAQUE, M. (2001) Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan: a Study in Punjab. *Studies in Family Planning*, 32, 95-110.
- CEBECI, S. D., ERBAYDAR, T., KALACA, S., HARMANCI, H., CALI, S. & KARAVUS, M. (2004) Resistance against contraception or medical contraceptive methods: a qualitative study on women and men in Istanbul. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 9, 94-101.
- CULLOCH, A. (2001) Social environments and health: cross national survey. *British Medical Journal*, 323(7306), 208-209.
- DAVID, H.P., MORGALL, J.M., OSLER, M., RASMUSSEN, N.K. & JENSEN, B. (1990) United States and Denmark: different approaches to health care and family planning. *Studies in Family Planning*, 21, 1-19.
- EISENBERG, L. (1977) Disease and Illness Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- ESKILD, A., HELGADOTTIR, L. B., JERVE, F., QVIGSTAD, E., STRAY-PEDERSEN, S. & LOSET, A. (2002) Induced abortion among women with foreign cultural background in Oslo. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122, 1355-1357.

ESSEN, B., BODKER, B., SJOBERG, N.O., LANGHOFF-ROOS, J., GREISEN, G., GUDMUNDSSON, S. et al. (2002) Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 677-682.

Frederiksberg Kommune, Bornholms amt, Fyns amt, Storstrøms amt, Viborg amt & Århus amt. (1999) *Ung 99 - en seksuel profil*. Frederiksberg, Forebyggelsessekretariatet.

GAMMELTOFT, T. (1999) *Women's Bodies, Women's Worries Health and Family-planning in a Vietnamese Rural Community*. Nordic Institute of Asian, Curzon Press.

GRBICH, C. (1999). *Qualitative Research in Health. An Introduction*. London, SAGE Publications Ltd.

HAREL, K. (1997). Barriers to contraceptive use among Pakistani couples. *Population Briefs*, 3, 2.

HELSTROM, L., ODLIND, V., ZATTERSTROM, C., JOHANSSON, M., GRANATH, F., CORREIA, N. et al. (2003) Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 405-410.

HOGBERG, U. (2004) An "American dilemma" in Scandinavian childbirth: unmet needs in healthcare? *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 75-77.

HOLSTEIN, J. A., & Gubrium, J. F., (1998) Active Interviewing. IN: SILVERMAN, D.(Ed.) *Qualitative Research Theory, Method and Practice*. London, SAGE Publications Ltd.

INGERSLEV, O. (2000) Sundhedsforhold blandt indvandrere. IN: MOGENSEN, G. V. & MATTHIESEN P.C. (Eds.) *Integration i Danmark omkring årtusindskiftet*. Århus, Århus Universitetsforlag.

JENKINS, R. (1994) Rethinking Ethnicity: identity, categorization and power. *Ethnic and Racial Studies*, 17(2), 197-223.

JENSEN, S. S., NIELSEN, H., SAMUELSEN, H. & STEFFEN, V. (1987). *Hvad er meningen med kræft - en antropologisk undersøgelse blandt danske patienter og behandlere*. København, Kræftens Bekæmpelses Forlag.

JOHNSON, T. M. & SARGENT, C. F. (1990) *Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method*, New York, Praeger.

KHADER, N. (1996) *Ære og Skam. Det islamiske familie- og livsmønster – fra undfangelse til grav*. København, Borgen.

KLEINMAN, A. (1980) *Patients and Healers in the context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkely, University of California Press.

KLEINMAN, A. (1988) *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, Basic Books, Inc., Publishers.

KLEPP, K., BISWALA P. M. & TALLE, A. (1995) *Young People at Risk Fighting AIDS in Northern Tanzania*, Uppsala, Scandinavian University Press.

KVALE, S. (1994) *Interview. En introduktion til det kvalitative forsknings interview*. København, Hans Reitzels Forlag.

LARSEN, J. (2002) Iran's birth rate plummeting at record pace - Up Front. IN BROWN, L. R., LARSEN, J. & FISCHLOWITZ-ROBERTS, B. (Eds.) *The Earth Policy Reader* NHBS 2003.

LOFVANDER, M. & DYHR, L. (2002) Transcultural general practice in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20, 6-9.

MAINZ, J. (2001) Analyse og fortolkning af data. Kvalitative og kvantitative aspekter. IN LUNDE, I. M. & RAMHØJ, P. (Eds.) *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder*. København: Akademisk Forlag.

MANDERSON, L. & P. AABY. (1992) An Epidemic in the Field? Rapid Assessment Procedures and Health Research. *Social Science & Medicine*, 35, 839-850.

Martin JN, Nakayama. (2000) *Intercultural communication in contexts*, 2nd edition, Californien, Mayfield Publishing Company.

PEDERSEN, B. M. (2004) *Præventionsvejledning til iranske indvandrerkvinder fra belærende til involverende og meningsfuld kulturmødedidaktik*. Masterprojekt i sundhedspædagogik, Danmarks Pædagogiske Universitet.

PEDERSEN, M. M., ANDERSEN, H. T. & ANDREASEN, M. K. (Eds.) (2004) *Årbog om udlændinge i Danmark 2004. Status og udvikling*, København, Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration.

RASCH, V., KNUDSEN, L. B & GAMMELTOFT, T. (2004) *Når der ikke er noget tredje valg. Social sårbarhed og valget af abort*, København, Sundhedsstyrelsen.

RASMUSSEN, N. K. (1983) *Abort – et valg. Fødsler, fødselsbegrænsning og svangerskabsafbrydelse. Baggrund og årsager til udviklingen i aborttallet*. København, FADLs Forlag.

SAMUELSEN, H. (1998): Åndebørn. *Tidsskriftet Antropologi*, 38, 95-105.

SAMUELSEN, H. (2004) Illness Transmission and Proximity: Local Theories of Causation among the Bissa in Burkina Faso. *Medical Anthropology*, 23, 89-112.

SCHMIDT, L. HOLSTEIN, B. (1999) Kvalitative forskningsmetoder. I: ANDERSEN, D. et al. *Sundhedsvidenskabelig Forskning*. København, Århus, Odense, FADLs Forlag, 315-37.

SEX OG SAMFUND. (2004) Seksualitet, fertilitet og sundhed. Hvad er seksuel- og reproduktiv sundhed og rettigheder.
<http://www.sexogsamfund.dk/Files/Filer/Sex%20og%20Samfund/sex%20sundhed%20og%20udvikling/Loesblad-1.pdf> . [11. december 2004].

SILVERMAN, D. (1998) The Quality Of Qualitative Health Research: The Open-Ended Interviews And Its Alternatives. *Social Sciences in Health*, 4, 104- 118.

SPRADLEY, J. (1979) *The ethnographic interview*. New York, Holt, Rinehart & Winston.

SUNDHEDSSTYRELSEN. (2004) *Befolkningens holdning, viden og adfærd i forhold til seksualitet, seks sygdomme og hiv*. København, Sundhedsstyrelsen.

TØNNESEN, A. (2001) Familieplanlægning ('azl).
www.islamstudie.dk/familie_familie.plan.htm. [11. december 2004].

UDENRIGSMINISTERIET. (2004) Det Vestlige Balkan,
<http://www.um.dk/da/menu/Udenrigspolitik/LandeOgRegioner/Europa/VestligeBalkan/Albanien>. [11. december 2004].

UNDERVISNINGSMINISTERIET. (2002) Indvandrere- og flygtningehistorie.
<http://pub.uvm.dk/2002/multikulturelvejledning/02.htm> . [11. december 2004].

UDLÆNDINGESTYRELSEN. (2003) Asyl. <http://www.udlst.dk/Asyl/Default.htm> [11. december 2004].

UNFPA. (2004) *State of the world population*. New York, UNFPA.

VAN DIJK, R. (1998) Culture as excuse. The failures of health care to migrants in the Netherlands. In: VAN DER GEEST, S, & A, RIENKS: *The Art of Medical Anthropology. Readings*. Amsterdam, Het Spinhuis, 243-250.

WILLMS, D.G., J., BEST, A.D., & TAYLOR W. (1990) A Systematic Approach for Using Qualitative Methods in Primary Prevention Research. *Medical Anthropology Quarterly*, 4, 391-409.

WINKVIST, A. & AKTHAR, H. Z. (2000) God should give daughters to rich families only: attitudes towards childbearing among low-income women in Punjab, Pakistan. *Social Science & Medicine*, 51, 73-81.

11 Annex

11.1 Annex 1. Interviewguide til individuelle interviews med mænd og kvinder

Demografiske spørgsmål

1. Hvor gammel er du?
2. Hvor bor du?
3. Hvilket statsborgerskab har du?
4. Er du gift?
5. Har du nogle børn? *Hvis ja:* Hvor mange?
6. Hvor lang tid har du været i Danmark?
7. Hvad var grunden til, du kom til Danmark?
8. Tilhører du en religion? *Hvis ja:* Hvilken?
9. Har du en uddannelse? *Hvis ja:* Hvilken?
10. Hvad laver du til dagligt? (*Arbejde, hjemmegående, studerende, arbejdsløs el. lign.*).

Familie og sundhed

11. Hvad er dit forhold til at stifte eller at have familie?
12. Hvor mange børn kunne du tænke dig at få?
13. Er det noget, du planlægger, hvor mange børn, du gerne vil have?
14. Synes du, det er godt at have mange eller få børn?

Prævention

15. Kender du ordet prævention?
16. Kan du nævne forskellige måder hvorpå, en kvinde kan undgå at blive gravid?
17. Ved du hvordan, de forskellige præventionsformer virker?
18. Er der nogen, der har fortalt dig om præventionsmuligheder her i Danmark? *Hvis ja:* Hvem?
19. Ved du, hvor man kan få eller købe prævention i nærheden af, hvor du bor?
20. Bruger du/har du brugt prævention? *Hvis ja:* Hvilken form for prævention foretrækker du?

21. Tror du, der er forskel på, hvilken form for prævention mænd og kvinder foretrækker?
22. Har du haft nogle gode eller dårlige erfaringer med forskellige præventionsformer?
23. Findes der en præventionsform, der er mere almindelig/traditionel i din kultur?
24. Hvad er din holdning til det at bruge prævention? Når man er gift, og når man ikke er gift?
25. Har du en partner? *Hvis ja:* Hvilken holdning har din partner til prævention?
26. Taler du om prævention med nogen? *Hvis ja:* Hvem? *Hvis nej:* Hvorfor ikke? Hvilke barrierer/problemer kan der eventuelt være forbundet med at tale om dette?
27. Har din partner eller familie (*for eksempel svigerfamilie, forældre*) en betydning i valget af prævention?
28. Har religion en betydning i valget af prævention?
29. Hvad mener du om, at kvinder kan modtage prævention uden mandens vidende?
30. Hvis du eller din kone skulle blive uønsket gravid, kunne du så forestille dig, at du eller din kone fik en abort?
31. Hvad mener du om, at kvinder kan få foretaget provokeret abort uden mandens vidende?

Seksualitet og kroppens funktioner

32. Har du på et tidspunkt i dit liv modtaget undervisning om seksualitet og prævention? *Hvis ja:* Hvor og hvornår, og hvad lærte du? *Hvis nej:* Er det noget du synes, du har manglet information omkring?
33. Hvad kender du til kvindekroppens funktion med hensyn til graviditet? (*Eksempelvis med hensyn til menstruation, kvindens cyklus, sikre/usikre perioder og så videre.*).
34. Er der stor forskel mellem holdningen til seksualitet i den kultur, du kommer fra og den danske kultur?
35. Er der stor forskel mellem dig og dine forældre i holdningen til seksualitet?

36. Hvad er din mening om det at have et seksuelt forhold inden, man bliver gift? Er det almindeligt i din omgangskreds? Har du selv et sådant forhold/havde du selv dette, inden du blev gift?
37. Hvornår havde du din seksuelle debut?
38. Er seksualitet noget du taler med eller vil tale med dine børn omkring? *Hvis ja:* Hvad taler I om, eller hvad vil du tale med dem om? *Hvis nej:* Hvorfor ikke?
39. Kender du til seksuelt overførte sygdomme? *Hvis ja:* Hvilke?
40. Ved du, hvordan man beskytter sig mod seksuelt overførte sygdomme?
41. Taler du med nogen om seksualitet? (*Eksempelvis veninder, venner eller familie*)

Mødet med de danske sundhedstilbud

42. Hvilke muligheder kender du til her i Danmark for at få præventionsvejledning og få besvaret spørgsmål om seksualitet og kroppens funktioner?
43. Ved du, hvad de forskellige sundhedstilbud indeholder?
44. Har du søgt information om, hvad de forskellige sundhedstilbud kan tilbyde?
45. Har de sundhedsprofessionelle taget initiativ til at tale med dig om prævention, seksualitet og kroppens funktioner?
46. Hvem har du mest kontakt til i det danske sundhedsvæsen (*egen læge, skadestue, sundhedsplejerske og så videre.*)? Føler du dig godt modtaget der, hvor du henvender dig? Oplever du nogle problemer?
47. Har du nogensinde henvendt dig til sundhedsvæsenet i forbindelse med din eller din kones graviditet? *Hvis ja:* Hvilke forventninger havde du til de professionelle. Hvad synes du om den behandling, du eller din kone modtog? Blev du/I informeret og behandlet på en tilfredsstillende måde, eller var der nogle problemer?
48. Har du nogensinde henvendt dig til sundhedsvæsenet i forbindelse med prævention? *Hvis ja:* Hvilke forventninger havde du til de professionelle? Hvad synes du om den behandling, du modtog? Blev du informeret og behandlet på en tilfredsstillende måde, eller var der nogle problemer?
49. Har du nogensinde henvendt dig til sundhedsvæsenet i forbindelse med abort? *Hvis ja:* Hvilke forventninger havde du til de professionelle. Hvad synes du om den behandling, du eller din kone modtog? Blev du/I informeret og behandlet på en tilfredsstillende måde, eller var der nogle problemer?

50. Er der nogle spørgsmål, du har svært ved at få svar på, hvis du henvender dig til din læge eller andet sundhedspersonale?
51. Har du haft behov for tolk i forbindelse med kontakt til det danske sundhedsvæsen? *Hvis ja:* Hvordan var dine erfaringer med det?
52. Hvad, synes du, kunne blive bedre, når du henvender dig til det danske sundhedsvæsen?

Informationskanaler og behov for information

53. Hvilke behov har du for rådgivning om prævention, seksualitet og kroppens funktioner?
54. Hvordan vurderer du generelt kvaliteten og omfanget af den information og rådgivning, du modtager omkring prævention, seksualitet og kroppens funktioner?
55. Hvilke medier bruger du i dagligdagen?
56. Hvilke medier benytter du dig af i forhold til at få viden om prævention, seksualitet og kroppens funktioner?
57. Hvilken form for informationsmateriale, synes du, ville fungere bedst til at *formidle viden om prævention, seksualitet og kroppens funktioner?*
58. Hvad mener du informationsmateriale om prævention, seksualitet og kroppens funktioner skal indeholde?
59. Hvor ville du mene, det ville være bedst at modtage information om prævention, seksualitet og kroppens funktioner?
60. Hvilket/hvilke sprog skal informationsmaterialet være på?
61. Hvilke organisationer eller personer vurderer du som mest troværdige i forhold til at rådgive og informere omkring prævention, seksualitet og kroppens funktioner?
62. Har du nogle ideer til grafisk layout af informationsmaterialet? Kan du huske noget informationsmateriale du har set om disse emner? Var det en god måde at præsentere emnet på?
63. Mener du, at både kvinder og mænd skal informeres om prævention, seksualitet og kroppens funktioner?

Betydning af det sociale netværk

64. Mødes du med andre kvinder/mænd? *Hvis ja:* Hvor ofte og hvor? Hvad betyder kontakt med andre kvinder/mænd? Hvad bruger du dette netværk til? Hvad diskuterer I? Er det udelukkende kvinder/mænd fra dit eget land i dette netværk? Hvordan kom du i kontakt med dette netværk?
65. Hvem henvender du dig til, hvis du er bekymret eller har problemer med børn, kæreste, mand/kone el. lign?

Afslutning

66. Er der noget, vi ikke har spurgt om, som du synes er relevant, eller er der noget, du gerne vil tilføje?