



ETNISKE MINORITETERS
OPFATTELSE AF SYGDOMSRISICI
- betydningen af etnicitet og migration

2006



Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration

Anna Mygind, Maria Kristiansen, Allan Krasnik og Marie Nørredam

Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici
– betydningen af etnicitet og migration

Udarbejdet af: Anna Mygind, Maria Kristiansen, Allan Krasnik og Marie Nørredam,
Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Udgiver:
Viden- og dokumentationsenheden
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

Emneord: dokumentation, forebyggelse, etniske minoriteter, risikokommunikation

Kategori: Rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1,0
Versionsdato: maj 2006
Elektronisk ISBN: 87-7676-295-5
Format: pdf

Denne rapport citeres således:

Mygind, A; Kristiansen, M; Krasnik, A; Nørredam, M

Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration

København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2006

Rapporten har gennemgået en ekstern peer review proces.

Rapporten indgår i en serie publikationer, der sammenfatter den aktuelle viden om metoder til forebyggelse og sundhedsfremme. Disse vil løbende blive publiceret i Metodekataloget på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/metodekataloget

Forord

I de senere år er der kommet fokus på etniske minoriteters sundhed. Vi ved fra undersøgelser, at nogle etniske grupper har en anden livsstil og et andet sygdomsmønster end danskere. Dette, kombineret med fx vanskeligheder med at tale dansk gør, at det er en særlig udfordring at kommunikere om risiko og sundhed til disse grupper. Hvis sundhedspersonale og myndigheder skal være dygtigere til at kommunikere med de etniske minoriteter, kræver det viden om, hvordan de forskellige etniske grupper forstår og håndterer sygdomsrisici.

Det var på denne baggrund, Sundhedsstyrelsens Viden- og dokumentationsenhed i foråret 2005 bad en forskergruppe på Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet om at lave en gennemgang af forskningslitteratur om emnet. Resultatet af deres arbejde kan læses i denne rapport.

Rapporten viser, at etniske forskelle i risikoopfattelse og -håndtering af sygdom ofte kan forklares med sociale forskelle. De etniske minoritetsgrupper er overrepræsenterede i lavere socialgrupper. Vi ved, at de dårligst socialt stillede har et dårligere helbred og er udsat for flere risikofaktorer end andre. Det betyder, at den sociale ulighed i sundhed også rammer de etniske grupper.

Men der er tilsyneladende også en række etniske forskelle og variationer i den måde sygdom og sundhed opfattes og tackles på. Dette kan hænge sammen med de vanskeligheder, der er forbundet med at have en anden kulturel og sproglig baggrund end majoriteten, men også psykisk stress, der kan være forbundet med selve migrationsprocessen. Til sidst i rapporten diskuterer forfatterne, hvilke konsekvenser denne viden har eller bør have for arbejdet med etniske minoriteters sundhed og risikoadfærd. Det er Sundhedsstyrelsens håb, at rapporten kan være med til at styrke og kvalificere arbejdet med etniske minoriteters sundhed.

Rapporten er den anden af i alt tre rapporter med fokus på risikokommunikation og sundhed. Den første rapport med titlen 'Risikokommunikation i relation til forebyggelse og sundhedsfremme' udkom i 2005 og giver en generel indføring i risikobegrebets historik og betydning på sundhedsområdet. Den tredje og sidste rapport samler den aktuelle viden om risikokommunikation til unge med fokus på forskelle i kønnes indstilling til sundhed og risiko. Denne rapport bliver publiceret medio 2006.

Finn Børlum Kristensen
Centerchef

Indholdsfortegnelse

1	Baggrund og formål	6
1.1	Formål	8
1.2	Afgrænsning	8
1.3	Rapportens opbygning og metode	8
1.4	Sociale og kommunikationsmæssige forhold forklarer meget	9
2	Betydningen af etnicitet	12
2.1	Definition på etnicitet	12
2.2	Opfattelse af egen indflydelse på helbred	13
2.3	Hvad opfattes som normalt?	16
2.4	Sammenfatning	20
3	Betydningen af migration	21
3.1	Definition på migration	21
3.2	Psykosociale konsekvenser for risikoopfattelse	22
3.3	Migranternes tidsperspektiv og konsekvenser for risikoopfattelse	25
3.4	Sammenfatning	26
4	Konsekvenser for arbejdet med etniske minoriteters risikoadfærd	27
4.1	Ændring af risikoadfærd via påvirkning af risikoopfattelse	27
4.2	Ændring af risikoadfærd via påvirkning i lokalsamfundet	29
4.3	Sammenfatning	31
5	Konklusion og perspektivering	32
	Appendix 1: Metode	34
	Appendix 2: Samfunds- og sundhedsforhold for etniske minoriteter i Danmark	36
	Litteraturliste	40

1 Baggrund og formål

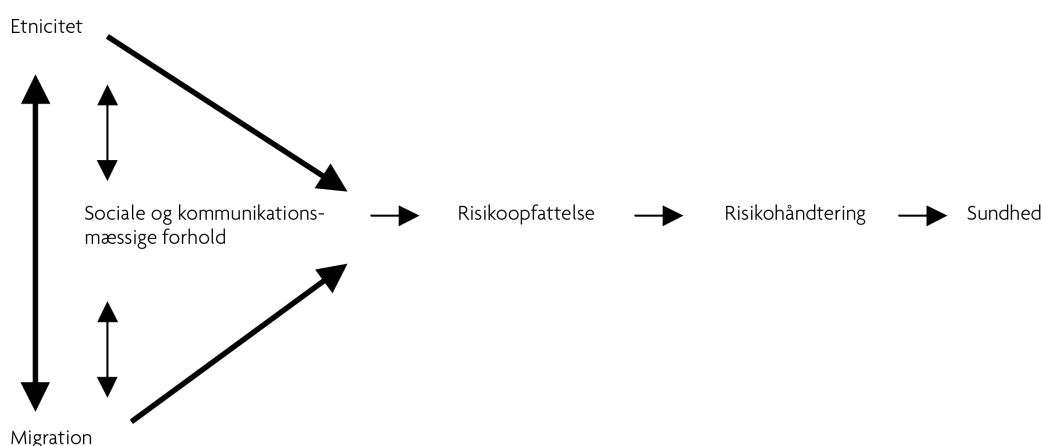
Denne rapport handler om etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici. Det er et højaktuelt emne set i lyset af den etniske ulighed i sundhed i Danmark, som gør det vigtigt at iværksætte relevante og effektive forebyggende tiltag rettet mod denne del af befolkningen. Sådanne tiltag kræver viden om etniske minoriteters opfattelser af sygdomsrisici, da disse påvirker deres håndtering af sygdomsrisici, det vil sige deres risikoadfærd. Denne viden kan benyttes i risikokommunikation rettet mod etniske minoriteter.

Måden at opfatte sygdomsrisici på hænger sammen med mange faktorer. Disse faktorer synes at eksistere for alle uanset etnisk tilhørsforhold. Dog kan betydningen af hver enkelt faktor variere på tværs af etniske grupper. Det er derfor nødvendigt at være opmærksom på, dels de faktorer med indflydelse på risikoopfattelse, der varierer mellem etniske grupper, dels på de, der optræder ens i alle etniske grupper.

Etniske forskelle i risikoopfattelse kan skyldes flere forhold. Denne rapport vil fokusere på to af de årsager, som kan forklare nogle af forskellene, nemlig etnicitet og migration. Etnicitet er valgt, fordi begrebet omhandler et bredt udsnit af værdier, normer og tankemåder, som kan have indflydelse på, hvordan man forholder sig til sundhed, sygdom og sygdomsrisici. Migration er valgt, fordi migrationsprocessen ofte medfører store omvæltninger for den enkelte med psykosociale og sundhedsmæssige problemstillinger til følge. Omvæltningerne må derfor også formodes at påvirke menneskers forhold til sygdomsrisici.

Rapportens genstandsfelt er illustreret i figur 1. Rapporten belyser, hvorledes begreberne etnicitet og migration hver for sig og sammen kan påvirke opfattelse af sygdomsrisici. Det er således de fede pile i figur 1, der bliver belyst i rapporten. Det skal understreges, at mange andre faktorer end etnicitet og migration kan påvirke både opfattelse af risici, håndtering af risici og dermed sundhed. Sådanne faktorer kan eksempelvis være sociale og kommunikationsmæssige forhold. Det har ikke været en del af rapportens formål at foretage en systematisk beskrivelse af disse forhold. Men da de sociale og kommunikationsmæssige forhold også er væsentlige for forståelsen af etniske forskelle i risikoopfattelse, vil deres betydning for risikoopfattelse blive diskuteret overordnet i afsnit 1.4 og uddybet i appendiks 2.

FIGUR 1 Sammenhængen mellem etnicitet, migration, sociale forhold og risikoopfattelse



Tal på de danske forhold

I Danmark er antallet af indvandrere og efterkommere¹ fra 1980-2004 steget med i alt 189% (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2004) og udgør pr. 1. januar 2005 ca. 8% af den danske befolkning (Danmarks Statistik 2005). Omkring 70% af indvandrere og efterkommere i Danmark har oprindelse i et ikke-vestligt land (lande udenfor Norden, EU og Nordamerika). Gruppen udgør ca. 6% af den danske befolkning i 2005. De største grupper baseret på nationalitet er pr. 1. januar 2005 tyrkere (12% af alle indvandrere og efterkommere i Danmark), irakere (6%), libanesere (5%) samt personer fra Bosnien-Hercegovina (5%) (ibid.).

Udenlandske undersøgelser af forskellige etniske minoritetsgruppers sygelighed og forekomst af risikofaktorer viser, at etniske minoriteter generelt har dårligere helbred og højere forekomst af risikofaktorer end baggrundsbefolkningen i de respektive lande (McKay et al. 2003, s. 17ff). I Danmark har den relativt begrænsede forskning inden for feltet vist, at der ikke er markante forskelle i sygelighed mellem majoritetsbefolkningen og etniske minoriteter (Ingerslev 2000, Nielsen et al. 2002, Stadslægen og Sundhedsdirektoratet 1998).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at sociale forhold varierer både mellem og internt i etniske minoritetsgrupper (Balarajan 2001, s. 232, Maliski et al. 2004, Mygind Nielsen et al. 2002, Nazroo 1998, Pfeffer & Moynihan 1996). De sociale aspekter er afgørende at tage i betragtning, fordi der i Danmark og andre vestlige lande eksisterer en skævvridning mellem den etniske majoritet og de etniske minoriteters sociale positioner. Der er således en overrepræsentation af etniske minoriteter i de lavere socialgrupper, og en tilsvarende underrepræsentation i de højere. Inden for hver socialgruppe eksisterer der desuden et etnisk hierarki, hvor majoriteten generelt er øverst placeret og minoriteterne nederst (Dyhr 2000, Jakobsen et al. 2000, Maliski et al. 2004, Nazroo 1998).

Når man som forsker eller praktiker beskæftiger sig med etniske minoriteter, må man være opmærksom på, at gruppen af etniske minoriteter er meget vanskelig at karakterisere. Det skyldes, at gruppen dækker over borgere fra en lang række lande med forskellige kulturelle, religiøse, uddannelsesmæssige, økonomiske og sociale baggrundsforhold. Der er således langt fra tale om en homogen gruppe. Sammenligner man de etniske minoriteter med den etniske majoritet, vil der dog tegne sig et billede af, at de etniske minoriteter i højere grad er at finde i de lavere socialgrupper og desuden oftere har kommunikationsmæssige vanskeligheder.

I megen forskning om etniske minoriteter i vestlige samfund tillægges kulturelle forhold ofte stor betydning, mens betydningen af sociale forskelle mellem majoriteter og minoriteter samt betydningen af strukturelle forhold, såsom adgang til sundhedsvæsenet, ofte nedtones (Comstock et al. 2004, Ejrnæs 2002, Koniak-Griffin et al. 2003, Nazroo 1998). Men der er god grund til at antage, at sociale forskelle kan forklare en stor del af de forskelle i risikopfattelse, der måtte være mellem etniske minoriteter og den etniske majoritet. Disse forhold må derfor også tages i betragtning.

Når man beskæftiger sig med risikopfattelse, må man endvidere huske på, at det generelt gælder, at sundhedsprofessionelles opfattelser af krop, fysiologi, anatomi og sygdomsætiologi i nogen grad vil være forskellig fra lægmands. Dette har konsekvenser for mødet mellem lægmand og professionelle generelt, idet man ofte taler ud fra forskellige forklaringsmodeller (Hansen & Svendsen 2005, Helman 2001, s. 16-17, 79, Kristiansen & Mygind Nielsen 2004, Sensky 1996). Det, der i sundhedsprofessionelles opfattelse udgør sygdomsrisici, vil derfor ikke nødvendigvis blive opfattet på samme måde af lægmand, og som følge heraf vil lægmand ikke altid se en given adfærd som en risiko i forhold til egen helbredsstatus. Denne forskel mellem sundhedsprofessionelle og lægmand vil gøre sig gældende, også selv om disse har samme etniske baggrund.

¹ Indvandrere er her defineret som personer født i udlandet, hvor begge forældre er udenlandske statsborgere eller født i udlandet. Efterkommere er defineret som personer, der er født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er danske statsborgere.

1.1 Formål

Formålet med rapporten er at besvare følgende spørgsmål:

- Hvilke betydninger har etnicitet og migration og samspillet herimellem for etniske minoriteters opfattelse af risici for sygdomme og ulykker?
- Hvilke konsekvenser har disse betydninger for tilrettelæggelsen af risikokommunikation rettet mod etniske minoriteter?
- Hvordan kan viden om betydningen af etnicitet og migration for risikoopfattelse inddrages i forebyggelsesarbejdet blandt etniske minoriteter?

1.2 Afgrænsning

Risiko

Rapporten beskæftiger sig med etniske minoriteters opfattelse af – og i mindre grad med håndtering – af sygdomsrisici. I rapporten defineres risiko som den subjektiv oplevede sandsynlighed for sygdom. Risiko skal altså i denne rapport forstås som en subjektiv størrelse frem for et rent statistisk begreb.

Etniske minoriteter

Når der i denne rapport tales om etniske minoriteter, vil der primært blive taget udgangspunkt i mennesker med oprindelse uden for vestlige lande (det vil sige uden for Vesteuropa, Nordamerika og Australien), der er migreret til vestlige lande. Det skyldes tre forhold. For det første er disse minoriteter de, der i den offentlige debat ofte bliver opfattet som etniske minoriteter. For det andet er denne gruppe forholdsmæssigt større end gruppen af minoriteter fra vestlige lande², og for det tredje vil gruppen i forhold til risikoopfattelse sandsynligvis være mere forskellig fra majoriteten end gruppen af etniske minoriteter fra vestlige lande. Denne måde at definere etnisk minoritet og majoritet på er hyppigt benyttet. Dog har definitionen visse begrænsninger, idet den ikke tager hensyn til forskelligheden mellem mennesker fra samme land. Dette diskuteres yderligere i afsnit 2.1.

Med hensyn til ordvalg har vi valgt at benytte begreberne etnisk minoritet og majoritet på baggrund af den diskussion om terminologi, der foregår på området (Horst 2004, Pfeffer & Moynihan 1996, Røgilds 2002). Vi bruger således betegnelsen etnisk majoritet om den befolkningsgruppe, der i hverdagsproget ofte betegnes som danskere, og etniske minoriteter, som betegnelse for befolkningsgrupper med anden etnisk baggrund end dansk.

1.3 Rapportens opbygning og metode

Rapporten er opbygget således, at kapitel 1 indeholder en introduktion til rapporten og problemfeltet. Kapitel 2 omhandler den indflydelse, som etnicitet kan have på opfattelse af sygdomsrisici, mens kapitel 3 omhandler betydningen af migration for risikoopfattelse. Kapitel 4 indeholder en diskussion af, hvordan sundhedsprofessionelle med udgangspunkt i risikoopfattelse, kan arbejde med risikoadfærd blandt etniske minoriteter, samt hvordan dette kan gøres med udgangspunkt i mere strukturelle forhold. Kapitel 5 indeholder en konklusion og perspektivering. I appendiks 2 er samfunds- og sundhedsforhold blandt etniske minoriteter samt rapportens metode nærmere beskrevet.

2 Omkring 70% af indvandrere og efterkommere i Danmark har oprindelse i et ikke-vestligt land (lande udenfor Norden, EU og Nordamerika), og således udgør denne gruppe ca. 6% af den danske befolkning i 2005. De største grupper baseret på nationalitet er pr. 1. januar 2005 tyrkere (12% af alle indvandrere og efterkommere i Danmark), irakere (6%), libanesere (5%) samt personer fra Bosnien-Hercegovina (5%) (Danmarks Statistik 2005).

Om litteratur og søgeproces

Rapporten bygger på gennemgang af såvel dansk som international litteratur, der belyser, hvordan risikoopfattelse hænger sammen med etnicitet og migration. Der er fundet meget begrænset forskning om den direkte sammenhæng mellem disse faktorer, og derfor har vi i visse tilfælde været henvist til selv at fortolke den mulige indflydelse på risikoopfattelse på baggrund af relevante forskningsresultater om etnicitet og migration. Den litteratur, der er benyttet i rapporten, er fundet, dels ved hjælp af systematisk litteratursøgning, dels ved hjælp af kendskab til eksisterende litteratur om rapportens emne. Endelig er der fundet litteratur på baggrund af udvælgelse af yderligere referencer. Den litteratur, vi på forhånd havde kendskab til, omfatter primært antropologisk og medicinsk litteratur om migration og etnicitet blandt andet set i relation til opfattelse af sygdom.

Den systematisk fundne litteratur er fundet primært ved søgning i databasen PubMed (Medline). Der er endvidere søgt i følgende databaser: PsychInfo, Journal Storage, Rex (Det Kongelige Bibliotek) og Cosmos (Danmarks Natur- og Lægevidenskabelige Bibliotek). De initiale udvælgelseskriterier for litteraturen var følgende:

- 1) Risikoopfattelse: den skulle omhandle opfattelser af sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdom
- 2) Etnicitet: den skulle bestå af komparative studier af flere etniske grupper, hvoraf minimum en gruppe har oprindelse i et ikke-vestligt land og omhandle normer, værdier, traditioner, identitetsfølelse, religiøsitet eller relateret praksis
- 3) Migration: den skulle omhandle migration fra ikke-vestlige lande til lande i Vesteuropa, Nordamerika, Australien eller Israel

Generelt skulle litteraturen være enten skandinavisk- eller engelsksproget, og både teoretisk og empirisk litteratur blev inddraget. Vi har fundet meget lidt litteratur omhandlende etniske minoriteter og risikoopfattelse i en dansk kontekst. Man skal være varsom med at overføre konklusioner fra udenlandske undersøgelser til danske forhold, da Danmark i en kortere årrække end eksempelvis England, Holland og USA har været et multikulturelt samfund

Vi har begrænset litteratursøgningen, til at fokusere på den direkte sammenhæng mellem etniske og migrative indvirkninger på risikoopfattelse. Imidlertid var der ikke ret megen sådan litteratur og slet ikke litteratur, hvor alle relevante medvirkende faktorer i forhold til risikoopfattelse og – håndtering er belyst. Sådanne relevante faktorer er eksempelvis »self-efficacy« og »sense of control«. De faktorer, der er berørt i rapporten, er således fremkommet, fordi de optræder i litteraturen, og fordi vi har fundet dem relevante i forhold til risikoopfattelse. Rapporten udgør derfor ikke en systematisk gennemgang af alle de faktorer, som kan have relevans for sammenhængen mellem etnicitet, migration og risikoopfattelse, fordi der primært er taget udgangspunkt i begreberne etnicitet og migration og deres indflydelse på aspekter relateret til risikoopfattelse. Vi har således ikke søgt litteratur om risikokommunikation, og dermed heller ikke afdækket eksempelvis erfaringer med at kommunikere om sygdomsrisici til etniske minoriteter. For en mere detaljeret beskrivelse af litteratursøgning se appendiks 1.

1.4 Sociale og kommunikationsmæssige forhold forklarer meget

I debatten om, hvordan etniske minoriteter adskiller sig fra den etniske majoritet, fokuseres der som nævnt ofte på de kulturelle forskelle mellem grupperne (Nazroo 1998). Det er imidlertid vigtigt, at være opmærksom på, at eventuelle forskelle mellem etniske minoriteter og majoriteten i mange tilfælde kan forklares med sociale forskelle, og i mindre grad ud fra etnicitetsrelaterede forskelle (se figur 1). Dette skyldes, at der er en overrepræsentation af etniske minoriteter i de lavere socialgrupper og en tilsvarende underrepræsentation i de højere. Desuden eksisterer der inden for hver socialgruppe et etnisk hierarki, hvor majoriteten generelt er øverst placeret og minoriteterne nederst (Dyhr 2000, Jakobsen et al. 2000, Maliski et al. 2004, Nazroo 1998).

Udover forskelle, der bunder i de etniske minoriteters ofte mere udsatte sociale situation, kan der være forskelle i etniske gruppers risikoopfattelse som følge af kommunikationsmæssige vanskeligheder. Disse kommunikationsmæssige vanskeligheder er mere udbredte blandt etniske minoriteter end blandt den etniske majoritet, primært som følge af sprogvanskeligheder. De kommunikationsmæssige vanskeligheder kan være en barriere for etniske minoriteters adgang til risikokommunikation. Det kan derfor blive vanskeligere for minoriteterne at forholde sig til sygdom og sundhed, hvilket kan føre til anderledes risikoopfattelser blandt minoriteterne (se figur 1).

Minoriteternes mere marginaliserede sociale og kommunikationsmæssige position i det danske samfund, er vigtig at medtænke for at opnå forståelse for forskellige risikoopfattelser og for at tilrettelægge risikokommunikation til etniske minoriteter. Konsekvenserne af den sociale og kommunikationsmæssige marginalisering vil kort blive beskrevet i de følgende to afsnit. For en uddybende beskrivelse se appendix 2.

Konsekvenser af social marginalisering

At etniske minoriteter er mere socialt marginaliserede end den etniske majoritet, har flere konsekvenser for minoriteternes sundhed generelt og deres risikoopfattelse mere specifikt. For det første er der større forekomst af risikoadfærd og sygdom i de lavere socialgrupper (Dyhr 2000, Holstein et al. 1997, Holstein 1998, Akhavan et al. 2004). Flere studier påpeger, at sociale forskelle mellem etniske minoriteter og majoriteten kan forklare en meget stor del af helbredsforskelle mellem etniske minoriteter og majoriteten, mens etnicitet i denne forbindelse forklarer en langt mindre del (Farmer & Ferraro 2005, Hjelm 1998, s. 90, Mygind Nielsen et al. 2002). For det andet gør den sociale marginalisering det vanskeligere for de etniske minoriteter at forholde sig til sygdomsrisici, da de i højere grad kan føle usikkerhed og mangel på indflydelse på egen og pårørendes helbredsmæssige situation (Akhavan et al. 2004, Hansen & Svendsen 2005, Mulligan-Smith et al. 1998, Pfeffer & Moynihan 1996). For det tredje er mennesker, der både er socialt og etnisk marginaliserede, udsat for en form for dobbelt marginalisering, idet der er en ekstra negativ sundhedseffekt af både at være socialt og etnisk marginaliseret (Krieger 2000, Mygind Nielsen et al. 2002, Sonne Nielsen 2005). Undersøgelser, som uddyber denne dobbelte marginalisering, er nærmere beskrevet i appendix.

Den sociale marginalisering af de etniske minoriteter medfører, at gruppen er udsat for flere risikofaktorer og sygdomme samtidigt med, at de ofte har færre ressourcer til rådighed. Som det vil fremgå af de senere kapitler, kan begge aspekter gøre, at man opfatter risikofaktorer som mindre risikable og mindre vigtige set i lyset af ens samlede situation. Desuden kan den enkelte opleve at have dårlige betingelser for at håndtere disse risici.

Konsekvenser af kommunikationsmæssig marginalisering

Kommunikation er en handling, som involverer aktiv medvirken fra flere parter. For mennesker med etnisk minoritetsbaggrund kan det være vanskeligt at tale og forstå det danske sprog i alle dets nuancer, og dermed kan det være svært at tilegne sig viden om sygdomsrisici. I tillæg til sprogvanskeligheder kan det være vanskeligt at forholde sig til den måde, hvorpå der bliver kommunikeret om sygdomsrisici. Der eksisterer derfor, for en del af gruppens vedkommende, væsentlige barrierer for at kunne forstå og handle ud fra risikokommunikation på dansk, formidlet via typiske danske kommunikationskanaler (Kristiansen & Mygind Nielsen 2004, Mogensen & Matthiesen 2000). Årsager til den kommunikationsmæssige marginalisering omfatter, at risikokommunikation generelt vedrører komplekse og abstrakte forhold, og at tolk og/eller skriftligt oversatte materialer langt fra altid benyttes (Galal & Galal 2003, Hansen & Svendsen 2005).

De kommunikationsmæssige vanskeligheder kan resultere i en dårligere adgang til medierne og de mainstreamformidlede budskaber, men også i at risikobudskaber opleves som mindre relevante. Der kan desuden være en oplevelse af større afstand til både kommunikationskanaler og -afsendere og forskelle i, hvor man søger viden om sygdomsrisici (Burger et al. 1999, Gandy 2001, Hansen & Svendsen 2005, O'Malley et al. 1999). Disse forhold kan også eksistere for borgere med etnisk majoritetsbaggrund, der er socialt marginaliserede.

Konsekvenser for tilegnelse af viden

Den sociale og kommunikationsmæssige udsathed, som nogle etniske minoriteter oplever, kan føre til, at minoriteterne ikke har den samme viden om sundhed, risikofaktorer og sygdom som majoriteten. Det er derfor vigtigt at tage hensyn til forskelle i viden, når man belyser risikoopfattelse blandt etniske minoriteter. Viden om sundhed, risiko og sygdom påvirker menneskers risikoopfattelse og -håndtering, og denne viden kan være forskellig blandt etniske grupper samt internt i de etniske grupper. Vidensniveauet er eksempelvis påvirket af uddannelsesmæssig baggrund og varighed af ophold i Danmark (Bandyopadhyay & Thomas 2002, Carlsson & Johnson 2004, Panday et al. 2005). Undersøgelser, der uddyber dette, kan findes i appendix.

Man må derfor ikke undervurdere betydningen af etniske forskelle i viden om sygdom og sundhed for de etniske minoriteters opfattelse og håndtering af sygdomsrisici. Samtidig må man medtænke sociale og kommunikationsmæssige forholds betydning for menneskers vidensniveau.

2 Betydningen af etnicitet

Etnicitet kan påvirke risikoopfattelse på flere måder. Påvirkningen kan vise sig i etniske forskelle i menneskers oplevelse af at have indflydelse på deres egen udsættelse for forskellige sygdomsrisici. Desuden kan påvirkningen vise sig i forskellige opfattelser af, hvad der er normalt i forhold til sundhed og sygdom.

2.1 Definition

Hvad er etnicitet?

Begrebet etnicitet kan defineres på forskellige måder med udgangspunkt i en række karakteristika, der kan være fælles for en given gruppe. Sådanne karakteristika omfatter blandt andet geografisk oprindelsessted, historie, identitetsfølelse, familieanligger, sprog, værdier, kulturelle normer, religiøse traditioner, litteratur, musik og madkultur (Giddens 1997, s. 210, Senior & Bhopal 1994, Williams 1999).

Etnicitet kan defineres ud fra objektive karakteristika eller ud fra det enkelte menneskes opfattelse af egen etnicitet, det vil sige deres subjektive oplevelse af etnisk tilhørsforhold. De objektive karakteristika kan for eksempel være fødeland, nationalitet, religiøst tilhørsforhold eller generationel indvandrerstatus (eksempelvis første og anden generation). Disse karakteristika er nemmere at operationalisere end den subjektive etnicitet. Den objektive måde at definere etnicitet på er da også den hyppigst benyttede måde især i den medicinske litteratur. Flere og flere forskere er dog begyndt at definere etnicitet ud fra selvdefinition, idet den objektive definition på flere punkter er utilstrækkelig. Eksempelvis opfattes etnicitetsbegrebet – som kulturbegrebet – mere og mere som et dynamisk begreb, der varierer for det enkelte menneske over tid og fra situation til situation (Aydas 2000, Bhopal 2001, Comstock et al. 2004, Gandy 2001, Macbeth 2001, Noh & Kaspar 2003, Taylor 1996, Werbner 1999). Ved at definere etnicitet ud fra objektive karakteristika, eksempelvis fødeland, vil man ikke kunne afdække denne dynamik i etniciteten. Inddeling af mennesker ud fra deres egen oplevelse af etnisk tilhørsforhold indebærer dog en række metodemæssige udfordringer, hvilket til dels kan forklare, hvorfor megen forskning stadig tager udgangspunkt i mere objektive forhold. Det gælder også det meste af den forskning, som refereres i denne rapport.

Ovennævnte diskussion om begrebet etnicitet er uhyre væsentlig for at forstå, hvordan begrebet anvendes i litteraturen og i daglig tale. Diskussionen understreger, at det er væsentligt at være opmærksom på den forskellighed, der risikerer at blive overset, når man sammenligner etniske grupper dannet ud fra objektive karakteristika.

Alle har en etnicitet

Etnicitet eksisterer for både etniske minoriteter og majoriteten. Vores opfattelse af, hvad sygdomsrisici er, er altid påvirket af et etnisk tilhørsforhold og dermed de normer, værdier og traditioner, der eksisterer for en given gruppe. Den etniske majoritet er dermed også påvirket af normer og værdier, og derfor har de faktorer, som diskuteres i dette kapitel, også indflydelse på majoritetens opfattelse af sygdomsrisici.

Der er imidlertid nogle aspekter af etnicitet, som kan påvirke opfattelse af sygdomsrisici for etniske minoriteter i Danmark på en anderledes måde, end de påvirker majoritetens risikoopfattelse, og det er nogle af de aspekter, der vil blive diskuteret i dette kapitel.

2.2 Opfattelse af egen indflydelse på helbred

I forskellige etniske grupper kan der være forskellige opfattelser af begreberne sundhed og sygdom. Derved kan der også være forskelle på, hvad der opfattes som at udgøre sygdomsrisici, samt hvordan og i hvilken grad det enkelte menneske opleves at have indflydelse på disse risici (Lewis 2001). Sygdomsforklaringer er påvirkelige af både sociale og etniske forhold og har betydning for, hvordan man søger information om sundhed og sygdom. Desuden påvirker sygdomsforklaringer, hvordan man opfatter diagnosticering, samt hvordan man opfatter sygdomsrisici.

Sygdomsforklaringer er påvirket af sociale og etniske forhold

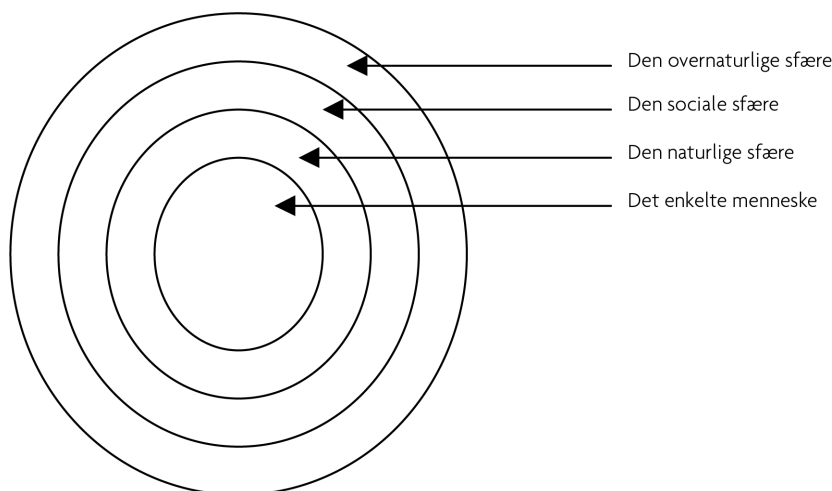
Opfattelser af sygdom og sygdomsrisici varierer generelt mellem lægmand og sundhedsprofessionelle uanset etnicitet. Derudover er opfattelserne under indflydelse af såvel etnicitet som sociale forhold (Dedier et al. 1999, Kristiansen & Mygind Nielsen 2004, Sachs 1995).

Sygdom er ikke blot en biologisk, men også en social og kulturel proces, hvor der kan være etniske forskelle i opfattelsen af, hvad der udgør sygdom og sundhed. Desuden kan der være etniske forskelle i, hvordan sygdom udtrykkes, samt hvilke symptomer og hvilken adfærd, der opfattes som unormal og risikofyldt, og dermed kræver handling (Helman 2001, s. 85). Det er her vigtigt at være opmærksom på, at man ikke kan tale om en ensartet, vestlig model for sygdom og sundhed, da man også i vestlige lande bruger forskellige sygdomsforklaringer afhængigt af eksempelvis den sociale situation. Et menneske med majoritetsbaggrund kan eksempelvis vurdere, at der både kan være biokemiske, genetiske, miljømæssige og sociale årsager til en sygdoms opståen. Opfattelsen af, hvad der udgør risikofaktorer for sygdom, ændres desuden over tid både for den enkelte og på samfundsniveau eksempelvis som følge af ny viden om årsager til sygdom (ibid., s. 82). Tilsvarende er det heller ikke muligt at tale om en ensartet, ikke-vestlig model for sygdom og sundhed, idet der er væsentlig forskellige opfattelser både imellem og internt i samfund. Udover de etniske forskelle i, hvordan man forstår sygdomme og sygdomsrisici, er der desuden en betydelig social dimension i disse forståelser.

Typen af sygdomsforklaringer

Forklaringsmodeller for sygdom dækker over fem aspekter af sygdom: 1) ætiologi, 2) timing af symptomer og måder, hvorpå de viser sig, 3) patofysiologiske processer, 4) udvikling og alvorlighed samt 5) behandling (Helman 2001, s. 85). Lægmands forklaring på årsager til helbredsproblemer inkluderer ofte fire sfærer, hvilket fremgår af figur 2.

FIGUR 2 Årsager til sygdom kan forklares med basis i forskellige sfærer (Helman 2001, s. 91)



Det enkelte menneske kan via risikoadfærd både aktivt (eksempelvis kost) og passivt (eksempelvis fysisk inaktivitet) forårsage sygdom, mens *den naturlige sfære* kan forårsage sygdom via eksempelvis klimatiske forhold. *Den sociale sfære* dækker over relationer til ens sociale omgivelser, hvor relationer

til andre mennesker, i form af eksempelvis stressende relationer til fx familiemedlemmer eller fænomenet onde øjne, kan forårsage sygdom. Endelig kan man opleve *den overnaturlige sfære* som en del af årsagen til en given sygdom, idet for eksempel aspekter ved et tidligere liv eller guder kan forårsage en sygdom (Meana et al. 2001).

Disse lægmandsteorier om sygdommes ætiologi benytter sig af mange årsagsforklaringer, og de fire niveauer bindes derfor ofte sammen i forklaringen af en given sygdom. Hos lægmand optræder de forskellige elementer generelt i samspil, og dette gælder således ikke blot for etniske minoritetsgrupper. Eksempelvis fandt en svensk undersøgelse af sygdomsopfattelser blandt kvinder med diabetes under graviditeten, at kvinder med såvel majoritets- som minoritetsbaggrund oplevede både individuelle, sociale og naturlige årsager til deres diabetessygdom (Hjelm et al. 2005a).

Forklaringer på sygdom samt opfattelsen af egen indflydelse herpå påvirkes således af de normer, værdier og traditioner og dermed af den etnicitet, det enkelte menneske har (Aspinall 2001, Helman 2001, s. 83, Murray et al. 2000, Wiseman 1999). Det bør understreges, at lægmand ofte benytter flere forskellige sygdomsforklaringer, også selv om de internt måtte være modstridende (Sensky 1996).

Sygdomsforklaringer kan variere mellem etniske grupper

En holistisk tilgang til sundhed er udbredt blandt lægmand i mange samfund, herunder også det danske. Tilgangen kombinerer elementer, der vedrører balance og tilpasning til menneskets omgivelser (Lewis 2001). Sundhed kan her opfattes som en tilstand af harmoni, hvor det sociale, det religiøse eller det overnaturlige område har en tydelig indvirkning på menneskers fysiske og psykologiske velvære. Dette kan illustreres ved, at der sker en kombination af de forskellige sfærer i figur 2 (Rice 1999).

Sygdomsforklaringer kan variere mellem etniske grupper. Eksempelvis fandt en svensk interviewundersøgelse af mænd med diabetes fra forskellige etniske grupper, at især mænd med majoritetsbaggrund fokuserede på betydningen af sund livsstil. Mænd med arabisk baggrund opfattede imidlertid ofte, at også sociale faktorer var vigtige i forhold til deres helbred. Det kunne for eksempel være arbejdsløshed, økonomiske problemer og migrantstatus (Hjelm et al. 2005b). Minoriteterne manglede generelt viden om sammenhængen mellem livsstil og diabetes, men især arabiske mænd havde kendskab til, at diabetes kan forårsages af samme faktorer (blandt andet gener, kost og fedme), som svenske mænd mente forårsagede sygdommen. Arabiske mænd var i øvrigt mere aktivt informations-søgende i forhold til deres sygdom end både svenske og ex-jugoslaviske mænd. Forfatterne mener, at det kan skyldes de arabiske mænds religiøsitet, hvor aktiv søgen efter viden og sundhedsfremme er fremhævet. Således havde nogle blandt de etniske minoriteter et bredere syn på sundhed og sygdom end majoriteten, men der var betydeligt overlap i sygdomsforklaringer mellem minoriteter og majoriteten (ibid.). Dette understreger vanskelighederne ved at generalisere sygdomsforklaringer i forhold til etnicitet.

Etniske forskelle i sygdomsforklaringer er også fundet blandt kvinder fra Mellemøsten bosat i Sverige sammenlignet med majoritetskvinder (Hjelm et al. 2005a). Undersøgelsen viste, at majoritetskvinderne i højere grad end minoritetskvinderne vægtede betydningen af individuelle faktorer for sygdom, hvilket kan skyldes et andet vidensniveau hos disse kvinder om krop og sygdom.

Ovenstående undersøgelser peger på, at der kan være etniske forskelle i, hvordan man opfatter sygdommes årsager. Menneskers vurdering af, hvorfor man bliver syg, handler eksempelvis om, hvorvidt sygdom opfattes som en del af den menneskelige eksistens (et grundvilkår), eller om sygdom ses som forårsaget af eksterne faktorer i form af for eksempel straf (Lewis 2001). Det biomedicinske fokus på de fysiske dimensioner af sygdom, på rationalitet og på det enkelte menneske kan være forskelligt fra opfattelsen hos nogle mennesker med etnisk minoritetsbaggrund, der kan have mere holistiske opfattelser af årsager til sygdom (Helman 2001, s. 79ff, Hjelm et al. 2003, Ong et al. 2002). Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at den bredere opfattelse af sygdom generelt er udbredt blandt lægmand og ikke blot blandt etniske minoriteter.

Sygdomsforklaringer har betydning for informationssøgning

Der kan være en sammenhæng mellem de oplevede årsager til sygdom, og hvor man vælger at søge råd og vejledning i forhold til sygdom og sundhed. Således har en undersøgelse vist, at den etniske majoritet, der ofte har fokus på betydningen af individuelle og naturlige faktorer, henvender sig til sundhedsprofessionelle for vejledning. Minoritetsgrupper, der ofte i højere grad har fokus på sociale og overnaturlige faktorer, henvender sig derimod til det sociale netværk (Hjelm et al. 2005a). Der kan være mange medvirkende årsager til dette, eksempelvis at minoriteterne ikke har kendskab til tilbud om råd og vejledning i forhold til sygdom i sundhedsvæsenet. Desuden søger majoritetskvinder også information og vejledning uden for det etablerede sundhedssystem, eksempelvis i forbindelse med diabetes under graviditet, ligesom minoritetskvinder med diabetes er aktive i forhold til at opsøge sundhedsprofessionelle for information om deres sygdom (Hjelm et al. 2003, Hjelm et al. 2005a). Man må derfor være forsigtig i forhold til at sammenkæde sygdomsforklaringer og etnicitet med, hvor man søger råd i forhold til sygdom og sundhed.

Sygdomsforklaringer har betydning for opfattelsen af diagnostiske tests

For lægmand baseres vurderinger af sundhed i vid udstrækning på ens egne oplevelser og ikke kun på biomedicinens mere »invasive« syn på kroppen, hvor man ved hjælp af røntgen mv. kan diagnosticere sygdomme og risikotilstande. Afgrænsninger mellem sygdom og sundhed varierer desuden mellem etniske grupper (Lewis 2001). I forskellige kulturer vil der derfor være forskellige grænser mellem oplevelsen af, hvornår og på hvilken måde man diagnosticeres som syg. Der kan endvidere være etniske forskelle i oplevelsen af relevans af og risiko ved at bruge diagnostiske redskaber. Eksempelvis fandt et studie af kinesiske kvinder i Australien vedrørende deres beslutningsproces omkring mammografi, at kvinderne opfattede strålingen som risikofyldt (Kwok et al. 2005). Kvinderne fandt heller ikke, at mammografi var relevant og effektivt for kvinder med deres etniske baggrund. Brystkræft var for disse kvinder en »vestlig sygdom«. Etniske forskelle i sygdomsforklaringer kan således have indflydelse på, hvordan man opfatter relevansen af diagnostiske redskaber, og om man opfatter disse redskaber som risikofylde.

Sygdomsforklaringer har betydning for risikoopfattelse

Såkaldte eksternaliserende forklaringer på en given sygdom indebærer, at man opfatter sygdommen som forårsaget af faktorer *uden for* personen i form af eksempelvis påvirkning fra guder eller skæben. I forhold til risikoopfattelse er disse forklaringer interessante, idet man kan tænke, at sådanne forklaringer giver personen mindre incitament til aktivt at forebygge sygdom, mens der samtidig ikke placeres så meget ansvar for sygdommen hos personen selv. De internaliserende forklaringer, som er udbredte i vestlig medicin, lægger i stedet vægt på ætiologi, der opstår *inde i* kroppen (Helman 2001, s. 95).

Såvel eksternaliserende som internaliserende forklaringer benyttes af mennesker med såvel etnisk minoritets- som majoritetsbaggrund. Eksterne sygdomsårsager, som eksempelvis ses i megen alternativ tænkning, herunder astrologi og religiøsitet, benyttes således også af mange blandt majoritetsbefolkningerne i vestlige lande (Barraco et al. 2005, Graham et al. 2005, Sjöberg & Wåhlberg 2002).

Tilskrives sygdom faktorer uden for den enkeltes kontrol – om det så er guder, gener eller klimatiske forhold – kan det lede frem til en fatalisme, hvor man ikke føler, at man kan gøre noget for at bedre sin helbredtilstand (Langford et al. 2000, Meana et al. 2001). Eksempelvis er der hos japanere fundet en tendens til, at sårbarhed over for sygdom i højere grad end hos andre etniske grupper ses som et grundvilkår i livet (Lewis 2001). Som følge heraf er man aldrig helt rask, men i stedet altid lidt syg. Dette suppleres af en engelsk undersøgelse af type 2-diabetikere med pakistansk og indisk baggrund (Lawton et al. 2005). Her fandt man en følelse af ikke at have indflydelse på sit helbred, at kroppens forfald var uundgåeligt og ikke kunne udskydes, ligesom man ikke så sygdommen som en følge af livsstil. En israelsk undersøgelse af russiske indvandrerkvinder og brystkræft fandt tilsvarende, at kvinderne forklarede sygdom og sundhed ud fra en fatalistisk synsvinkel (Remennick 2003). Ligeledes viste en endnu ikke publiceret dansk undersøgelse af irakiske flygtninges sundhedsadfærd og risikoopfattelse, at eksterne sygdomsforklaringer var udbredte (Nauerby 2005). Eksterne

sygdomsforklaringer omfattede dels forestillinger om Guds eller skæbnens indflydelse på menneskers helbred, og dels oplevelsen af umiddelbare trusler i det eksterne miljø, såsom stråling fra bombefragmenter af uran og forurenet drikkevand. Fælles for disse eksterne faktorer var, at det enkelte menneske kun havde ringe indflydelse på dem (ibid.).

I nogle etniske grupper kan man møde forklaringer på sygdom og handicap baseret på overnaturlige kræfter, såsom onde øjne, klimatiske forhold eller guddommelig indgriben, der i nogen udstrækning ligger uden for den enkeltes handlefelt og kontrol (Helman 2001, s. 25, Hjelm et al. 2003, Lawton et al. 2005, Meana et al. 2001, Ong et al. 2002). Forklares sygdom ud fra et religiøst perspektiv, eksempelvis ved at den syge har syndet, vil man sandsynligvis foretage andre valg i forhold til sin adfærd, eksempelvis omkring religiøs praksis, end hvis man forklarer sygdom ud fra eksistensen af en anden risikofaktor (Helman 2001, s. 83). Dog skal det understreges, at man ved forklaringer bundende i den overnaturlige sfære stadig kan benytte individuelle, adfærdsmæssige forklaringer i forhold til opståen af sygdom. Det gælder eksempelvis hmong-mænd og -kvinder, der er migreret til Australien. I deres forklaringer og adfærd i forhold til spontan abort fremhæver de både betydningen af den naturlige verden (kvindens krop og adfærd) og af den overnaturlige verden (ånder mv.) (Rice 1999). Der er altså tale om, at kvinderne selv vurderer at have ansvar for egen sundhed, da de kan undgå forskellige situationer, der opfattes som risikofyldte for gravide kvinder, ligesom de kan overholde forskellige ritualer for at sikre en vellykket graviditet (ibid.). En ekstern forklaring indebærer således ikke nødvendigvis en afvisning af den enkeltes handlemuligheder i forhold hertil.

Der kan således være etniske forskelle på vurderingen af, om sygdomme skyldes årsager uden for den enkeltes kontrol. Dette kan til dels tilskrives sociale forhold, idet der også hos mennesker med færre sociale ressourcer er fundet en følelse af ikke at have indflydelse på eget helbred (Mulligan-Smith et al. 1998). Som det fremgår af det næste kapitel, kan migration også være en del af forklaringen på, at risikoopfattelserne hos etniske minoriteter kan adskille sig fra opfattelserne hos den etniske majoritet.

2.3 Hvad opfattes som normalt?

Hvad der opfattes som sundhed, risiko og sygdom kan påvirkes af etnicitet (Lewis 2001). Hvad der er normalt i forhold til disse begreber er under påvirkning af ens omgivelser og levevilkår – og er dermed knyttet til etnicitet.

Hvornår opfattes noget som et symptom eller en sygdom?

Der er en tendens til, at lægmand i rapportering af fx selv vurderet helbred sammenligner sig med personer fra ens egen referencegruppe, der eksempelvis kan være etnisk baseret (Wiseman 1999). I et samfund, hvor etnicitet er en markant identitetsparameter, er det sandsynligt, at netop etniciteten bliver ramme for, hvem man identificerer sig med, især som minoritet (Noh & Kaspar 2003, Taylor 1996).

Sammenligner etniske minoriteter deres helbredstilstand og forventninger til eget helbred med forhold blandt andre med etnisk minoritetsbaggrund, er det muligt, at de opfatter forskellige symptomer og risikoadfærdsmønstre anderledes end majoriteten. Det skyldes, at symptomerne og adfærden som kan være mere udbredte blandt minoriteterne bliver normaliseret, og derfor ikke ses som problematiske. Er mennesker i ens egen omgangskreds eksponeret for forskellige risikofaktorer, helbredsproblemer og for tidlig død, kan det således skabe en følelse af, at dårligt helbred er uundgåeligt og dermed normalt (Lawton et al. 2005).

Endvidere kan personer, der er marginaliserede eller befinder sig i stressede situationer, have tendens til at vurdere deres helbred i forhold til folk, der har det værre end dem selv. Det kan betyde, at de pågældende ikke vurderer det som realistisk at opnå den helbredsstatus, som man objektivt set ville forvente (Devlin et al. 2000, Wiseman 1999). Dette kan bevirke, at etniske minoritetsgrupper

sænker deres ambitionsniveau og som følge heraf vurderer deres helbred i en mere positiv retning, end personer med etnisk majoritetsbaggrund med samme helbredsstatus ville gøre. Dette bekræftes af en undersøgelse af etniske minoriteter i Australien, hvor mange respondenter angav bedre helbredsstatus, end man kunne forvente ud fra objektive forhold (Wiseman 1999). Derved kan marginalisering og stress resultere i en normalisering af risikoadfærd og helbredsproblemer blandt de berørte grupper.

Hvornår opfattes noget som risikabelt?

Der kan ikke blot være etniske forskelle på hvilke symptomer og sygdomme, der opfattes som normale, men også forskelle i hvad man ser som sygdomsrisici, og dermed hvad der betragtes som risikoadfærd. Hvad der for den enkelte udgør risikoadfærd afhænger blandt andet af, hvad vedkommende ved om sygdom og sundhed. Etniske minoriteter kan som nævnt i afsnit 1.4 have mindre viden om disse forhold, hvilket kan skyldes såvel sociale som kommunikationsmæssige forhold (Hjelm et al. 2003, Hjelm et al. 2005a, Johnson 2002).

Hvad der opfattes som risikoadfærd, er endvidere afhængigt af værdier og normer hos specifikke subkulturer, eksempelvis ungdomskulturer blandt etniske grupper i storbyer (Stanton et al. 1993). For eksempel fandt man i en undersøgelse blandt unge med afroamerikansk baggrund, at tidlig seksuel debut var meget udbredt og ikke blev opfattet som risikoadfærd (ibid.). En adfærd, der er socialt accepteret og udbredt blandt en gruppe mennesker, kan derved opleves som værende ikke-risikofyldt for den enkeltes sundhed. Et yderligere eksempel fremgår af en undersøgelse, der viste, at tilsætningen af tobak til tyggemiddel af betel-planten blandt bengalere i England var udbredt og ikke oplevedes som risikofyldt (Bedi 1996). En anden undersøgelse støtter dette. Her fandt man, at borgere fra det spansktalende mindretal i USA oplevede rygning som meget udbredt og ikke forholdt sig kritisk til markedsføring af tobaksprodukter (LaChausse 2001). Disse eksempler viser, at når en given risikoadfærd er meget udbredt, kan den blive normaliseret, og dermed opfattes den ikke som risikabel. Det er dog også muligt, at en given risikoadfærd er udbredt, netop fordi adfærden ikke opfattes som værende risikofyldt. Årsagssammenhænge i ovenstående undersøgelser er ikke belyst.

Tilsvarende er det også muligt, at en lav forekomst af en sygdom i ens etniske gruppe kan føre til en opfattelse af, at man ikke er i risiko for at blive ramt af denne sygdom, og derfor ikke finder det nødvendigt at forholde sig til risikofaktorer for sygdommen. Etniske minoritetsgrupper i Danmark vil sandsynligvis over tid optage nogle af de risikofaktorer og det sygdomsmønster, der er udbredt blandt majoriteten (Kwok et al. 2005). Således vil risikofaktorer, der tidligere var mindre udbredte og blev opfattet som mindre relevante at forholde sig til, kunne få en mere fremtrædende plads i de etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici i takt med tilpasningen til det nye samfund.

Yderligere kan manglende fokus på en risikofaktor, der er udbredt blandt etniske minoriteter i forbindelse med eksempelvis folkesundhedskampagner, føre til en opfattelse af, at denne faktor ikke er risikabel. En undersøgelse af unge afroamerikaneres opfattelser af risici forbundet med rygning fandt eksempelvis, at de unge tog afstand fra anti-ryge-kampagner, fordi disse oplevedes som henvendt til majoriteten (Malone et al. 2001). De unge oplevede risikofaktoren (rygning) som et problem, der overvejende vedrørte andre etniske grupper, idet de cigaret- og cigartyper, de selv røg, var udeladt i folkesundhedskampagner. Kampagners fokus kan derved opleves som ulige i forhold til forskellige etniske grupper.

Hvornår opfattes overvægt som en risiko?

Et eksempel på at sammenhængen mellem etnicitet og risikoopfattelse er kompleks, ses i undersøgelser om etniske forskelle i forhold til forskellige aspekter af overvægt.

De mange studier omhandler forekomst af overvægt, forskellig risikoadfærd i forbindelse hermed samt kropsoptagelse blandt forskellige etniske grupper. Disse studier har inkonsistente resultater. Det kan blandt andet skyldes, at de etniske grupper i studierne er forskellige, og at kropsideal og syn på overvægt ændres over tid (Dolan et al. 1990, French et al. 1997, Schreiber et al. 1996).

Kulturelle forskelle i opfattelser af, hvad der er attraktiv kropsvægt og -form, kan være en af baggrundene for etniske forskelle i udbredelsen af overvægt og slankekur. Et amerikansk studie har således vist, at etniske minoriteter har lavere forekomst af slankekur og vægtbetyrninger end majoriteten (French et al. 1997). Dog viste undersøgelsen, at slankekur og overspisning hang sammen med samme faktorer uanset etnisk baggrund, så muligvis er fokus på slankhed og fysisk fremtræden stærk nok til at påvirke forskellige etniske grupper på samme vis (ibid.).

Opfattelsen af overvægt hænger desuden sammen med menneskers kropsideal, hvilket igen er påvirket af etnicitet (Brener et al. 2004, Paeratakul et al. 2002). Mens overvægt fra et biomedicinsk synspunkt ses som en risikofaktor i forhold til en række sygdomme, har man hos nogle etniske minoriteter i vestlige lande set, at overvægt kan opfattes som et tegn på sundhed og status, og således for nogle er et ønskværdigt, fysisk træk (Brener et al. 2004, Helman 2001, s. 14). Sådan har det også historisk været blandt etniske majoritetsgrupper i vestlige samfund (Giddens 1997, s. 116). Som følge af det anderledes kropsideal ses overvægt således ikke nødvendigvis som en risiko, man skal intervenere overfor (Brener et al. 2004).

Kompleksiteten i sammenhængen mellem etnicitet og opfattelse af overvægt fremgår af en række undersøgelser, der viser, at etniske minoritetsgrupper ofte opfatter overvægt som mindre risikabelt end den etniske majoritet. Eksempelvis fandt en engelsk undersøgelse af kvinder med forskellige etniske minoritetsbaggrunde, at de var mindre tilbøjelige til at opfatte sig selv som overvægtige ved en given BMI, samt at rapportere at de var på slankekur set i forhold til majoritetskvinder (Pomerleau et al. 1999). En anden undersøgelse viste, at 9-10-årige afroamerikanske piger var mere tilfredse med deres vægt og kropsform end piger med majoritetsbaggrund, selv om de afroamerikanske piger var mere overvægtige (Schreiber et al. 1996). Dog var der efter kontrol for bl.a. BMI ingen etniske forskelle i hvor mange piger, der forsøgte at tabe sig.

At kropsopfattelse og syn på vægt er dynamiske begreber, der ikke simpelt kan kædes sammen med etnicitet, er påvist i flere studier. Eksempelvis fandt en engelsk undersøgelse, at der ikke var forskelle i betyngninger omkring vægt og kropsform hos kvinder med asiatisk, afro-karibisk og engelsk etnisk baggrund (Dolan et al. 1990). En anden undersøgelse blandt afroamerikanske kvinder viste, at fedme hang sammen med lavere selvværd, mindre tilfredshed med egen kropsvægt og ledte til forsøg på at tabe sig, hvilket ikke tyder på de formodede etniske forskelle i kropsideal (Riley et al. 1998).

Der er således sammenhænge mellem etnicitet og syn på overvægt som en risikofaktor for sygdom. Andre aspekter af overvægt end de rent sundhedsrelaterede spiller ind, eksempelvis syn på hvad der udgør en smuk krop. Derved opleves overvægt ikke kun som en sygdomsrisiko, men har også sociale og kulturelle funktioner.

Hvordan vurderes omfanget af en given risiko?

En amerikansk undersøgelse fandt demografiske forskelle i, hvordan den enkelte vurderede risikoen for at dø af en række sygdomme og ulykker (Hakes & Viscusi 2004). Generelt blev risici, der objektivt set var små, overvurderet, mens store risici blev undervurderet. Både hvor præcist man estimerede de forskellige risici, samt hvornår man gik fra en undervurdering til en overvurdering, varierede blandt andet med etnicitet (ibid.). Opfattelsen af risikoen for at dø var signifikant mere afvigende fra statistiske data om dødsårsager blandt etniske minoritetsgrupper end blandt majoriteten. Desuden blev der fundet en sammenhæng med alder blandt minoriteterne, idet man i højere grad overestimerede forskellige risici, jo ældre man blev. Således justerede man ikke sine vurderinger efter den viden, der blev opbygget over livsforløbet omkring forskellige sygdomme og ulykkers udbredelse i befolkningen (ibid.). Overestimering af sygdomsrisici blandt etniske minoriteter er ligeledes fundet i en undersøgelse af tamilske kvinder i USA (Meana et al. 2001). Disse kvinder overestimerede risikoen for brystkræft voldsomt, hvilket kan skyldes, at sygdommen var sjælden i deres hjemland, og at oplysning i USA omkring brystkræft førte til en oplevelse af, at sygdommen var meget udbredt i kvindernes nye omgivelser (ibid.).

Etniske forskelle i opfattelsen af risiko og sårbarhed over for sygdomme og ulykker er ligeledes fundet i en spørgeskemaundersøgelse blandt unge i USA, men her var det majoriteten, der estimerede deres risiko højest (Ey et al. 2000). Man fandt, at de unge generelt oplevede, at risikoen for at blive syg eller ramt af en ulykke var lille. Dog så unge med majoritetsbaggrund sig som mere sårbare for at blive syge af eksempelvis kræft og hjertesygdomme samt blive involveret i trafikuheld i forhold til unge med minoritetsbaggrund. Det står i modsætning til de etniske forskelle i sygdomsforhold i USA, hvor minoriteter er i meget større risiko for de nævnte helbredsudfald, selv hvis der tages forbehold for forskelle i socioøkonomiske faktorer (ibid.). De etniske forskelle i oplevet sårbarhed og risiko kan skyldes flere forhold, eksempelvis minoriteternes manglende adgang til information om forekomsten af sygdom og ulykker. Desuden kan nogle minoriteter, på grund af deres udsatte socioøkonomiske situation samt deres minoritetsstatus, være mere optagede af umiddelbare trusler mod deres velvære end af sygdomme, der indtræffer længe efter eksponering for en risikofaktor (Ey et al. 2000).

Religiøsitet påvirker risikoopfattelse

Etniske minoriteter i Danmark kan have et andet forhold til religion end majoriteten (Schmidt & Jakobsen 2000). Religiøsitet kan have indflydelse på menneskers risikoestimering. Eksempelvis viste en amerikansk undersøgelse af unges vurdering af deres risiko for at dø af selvmord, at minoritetsunge oplevede større selvmordsrisiko end majoritetsunge (Greening & Stoppelbein 2002). Men det tyder på, at ortodoks religiøsitet¹ blandt de unge kan være en beskyttende faktor for oplevelsen af selvmordsrisiko.

Det er muligt, at mennesker, hvis religiøsitet forbyder dem visse handlinger som fx selvmord, vil vurdere, at de er i mindre risiko for at begå selvmord. Tilsvarende kan et religiøst påbud om afholdenhed fra alkohol føre til en oplevelse af mindre risiko for alkoholrelaterede sygdomme. Sammenhængen mellem religiøsitet og risikoopfattelse er kompleks, idet det på den ene side er muligt, at man grundet sin religiøsitet i mindre grad eksponeres for forskellige sygdomsrisici som fx alkohol. Derved kan man vurdere sig i mindre risiko for at få en alkoholrelateret lidelse. På den anden side kan religiøsitet føre til, at man vurderer en eksponering som mindre risikabel på grund af den lave forekomst af sygdommen i den gruppe, man tilhører.

Sociale og samfundsmæssige forhold påvirker prioriteringen af risici

Når der findes forskelle på, hvor stor man opfatter en given risiko, skyldes det ikke nødvendigvis faktorer relateret til etnicitet. Synet på, hvor vigtig en risikofaktor er, er påvirkelig af ens sociale kontekst samt oplevelsen af, hvorvidt man overhovedet har mulighed for at mindske sin udsættelse for risikofaktoren.

En undersøgelse af marginaliserede afroamerikanske og latinamerikanske kvinder bosat i USA fandt eksempelvis, at kvinderne havde megen viden om eksistensen og vigtigheden af forskellige risikofaktorer i deres nærmiljø (Evans et al. 2002). Dog var kvindernes relative prioritering af disse risici ikke helt i overensstemmelse med forskernes prioritering. Således fandt kvinderne, at det var vigtigst at håndtere risici forbundet med stofmisbrug, skadedyr og ophobet affald, der alle udgør umiddelbare og relativt håndterbare risici. Forskerne fokuserede omvendt på eksponering for bly, tobaksrøg og pesticider, der i stedet udgør mere langsigtede og mere diffuse risici. Denne forskel i prioritering er ikke nødvendigvis påvirket af etnicitet, men viser, hvordan lægmands perspektiv kan være forskelligt fra såkaldt objektive prioriteringer. Samme undersøgelse fandt desuden, at der var forskelle blandt minoriteterne i synet på, hvad der udgør en sygdomsrisiko. De latinamerikanske kvinder vurderede således i højere grad end de afroamerikanske kvinder, at fx pesticider på frugt var en risiko for deres helbredstilstand (ibid.). En undersøgelse af etniske minoritetskvinde i Hong Kong peger på, at risici ikke prioriteres i samme grad, når man har mere presserende sociale forhold at håndtere (Bandyopadhyay & Thomas 2002). Undersøgelsen fandt, at kvinderne trods en høj risiko for seksuelt overførbare sygdomme ikke fandt, at risikoen var væsentlig for dem (ibid.).

¹ Ortodoks religiøsitet betyder her en bogstavelig fortolkning af de religiøse doktriner.

I studier af etniske og kønsmæssige forskelle i syn på risiko har man ofte fundet den såkaldte »white male effect«. Det vil sige, at majoritetsmænd opfatter risikoen for eksempelvis forurening og kræft, som lavere end både majoritetskvinder samt minoritetskvinder og – mænd gør (Satterfield et al. 2004). Det er desuden belyst, at kvinder med minoritetsbaggrund vurderer risici højest, og at minoriteter i USA var mere (og ikke som forventet mindre) bekymrede over sygdomsrisici som fx luftforurening i deres omgivelser end majoriteten (Johnson 2002, Satterfield et al. 2004).

De etniske forskelle i menneskers oplevelse af sårbarhed og risiko i forhold til eksempelvis pesticider, forurening og trafikuheld kan skyldes flere forhold. Det kan for det første skyldes minoriteters dårligere muligheder for at påvirke disse risici på lokalsamfundsniveau og en oplevelse af mindre kontrol over risikofaktorerne end blandt majoriteten. For det andet kan det skyldes, at minoriteter i højere grad er eksponeret for risici i deres omgivelser, og endelig kan socioøkonomiske faktorer spille en rolle for den større, oplevede risiko og sårbarhed blandt minoriteterne (Gandy 2001, Johnson 2002, Satterfield et al. 2004). Der er således tale om forskelle både i eksponering, udsathed samt oplevet indflydelse på og kontrol over risici, hvilket kan føre til en oplevelse af større sårbarhed.

Desuden viser en undersøgelse, at faktorer forbundet med at have minoritetsstatus kan påvirke menneskers risikoopfattelse (Satterfield et al. 2004). I undersøgelsen var oplevelsen af at blive diskrimineret, samt oplevelsen af uretfærdighed i forhold til etniske gruppers ulige eksponering for miljømæssige risici (eksempelvis forurenende industri), meget udbredt. Begge disse faktorer påvirkede risikoopfattelsen, idet mennesker, der oplevede sig som socialt sårbare i forhold til diskrimination samt oplevede uretfærdighed i forhold til eksponering for risici, i højere grad oplevede sygdomsrisici i deres omgivelser. Oplevelse af social sårbarhed og uretfærdighed forklarede en stor del af de etniske forskelle i oplevet risiko (ibid.).

Man må derfor inddrage betydningen af individuelle, sociale og samfundsmæssige forhold for at forklare etniske forskelle i hvilke risici, der vurderes som vigtige at forholde sig til. Dette understøtter betydningen af samspillet mellem det enkelte menneske og dets omgivelser.

2.4 Sammenfatning

Kapitlet viser, at etnicitet kan påvirke risikoopfattelse, idet der kan være forskellige opfattelser af sundhed og sygdom. Etnicitet kan have betydning for, hvornår symptomer, sygdomme, risikoadfærd og risikofaktorer opfattes som normale, og i hvor høj grad den enkelte oplever at have indflydelse på sygdomsrisici. Men også sociale og samfundsmæssige forhold bidrager til de forskelle i risikoopfattelse og i prioriteringer af sygdomsrisici, man finder mellem etniske grupper.

3 Betydningen af migration

I dette kapitel defineres først migration. Herefter beskrives det, hvordan migration kan påvirke risikopfattelsen dels gennem psykosociale forhold og dels gennem ændringer i tidsperspektivet. Kapitlet viser, at migration kan påvirke ens risikopfattelse, fordi man i forbindelse med migration kan blive udsat for en række belastninger. Belastningerne omfatter fx resocialisering, identitetsprocesser, minoritetsstatus samt et brud i livsforløbet og i tidsopfattelsen. Disse belastninger kan føre til: 1) en nostalgisk orientering mod fortiden og 2) en oplevelse af manglende sammenhæng mellem tidligere eller nuværende adfærd og fremtidige helbredsudfald. Tilstedeværelsen af de psykosociale belastninger gør det vanskeligt at have overskud til at håndtere sygdomsrisici. Derved påvirkes opfattelsen af sygdomsrisici.

3.1 Definition

Migration kan ses som en social forandringsproces, hvor et menneske flytter fra én kulturel sammenhæng til en anden for at slå sig ned i det nye miljø enten for en længere periode eller permanent (Syed & Vangen 2003). Migration er således en proces. For at belyse migrationens konsekvenser for det enkelte menneske må man derfor medtage både forhold under selve migrationen, men også forhold i hjem- og modtagerlandet.

Det er ikke alle med etnisk minoritetsbaggrund, der selv er migreret til Danmark. Efterkommerne født her i landet også betegnes som etniske minoriteter. Migration har dog også betydning for disse efterkommere, idet migrationens påvirkninger på de etniske minoriteters psykosociale forhold og tidsperspektiv eksisterer over generationer. Eksempler herpå findes i litteratur om transnationale fællesskaber. Transnationale fællesskaber strækker sig ind i både hjemland, modtagerland og andre lande og giver et meget komplekst billede af menneskers måde at handle på, når de er en del af fællesskaber på tværs af landegrænser (Frykman 2002). Fællesskaberne opstår på baggrund af migration, og de eksisterer i form af et fællesskab med andre med samme etniske baggrund i såvel hjemland som forskellige modtagerlande (ibid.). De transnationale fællesskaber er derfor ikke begrænsede til den generation, der flytter fra det ene land til det andet. Således har migration en effekt på både dem, der migrerer og deres efterkommere i forhold til oplevelsen af transnationale fællesskaber. De mennesker, der selv er opvokset i et andet land end der, hvor de er migrerede til, må dog alligevel formodes at have tættere bånd med hjemlandet og derfor i højere grad indgå i transnationale fællesskaber med andre med samme etniske baggrund. Desuden kan blandt andet årsager til og omstændigheder omkring migrationen tænkes at påvirke, hvordan man bruger disse fællesskaber. En oplevelse af ikke at blive inkluderet i fællesskaber i det nye land kan eksempelvis føre til, at man i højere grad søger fællesskaber med andre fra samme etniske gruppe på tværs af landegrænser.

Årsagerne til migration kan deles op i de såkaldte push-faktorer (de faktorer, der driver personen ud af hjemlandet) og de såkaldte pull-faktorer (de faktorer, der trækker personen mod modtagerlandet). Push-faktorer kan være krig, fattigdom og sult, mens pull-faktorer kan være jobmuligheder samt politisk og religiøs frihed (Hjelm 1998, s. 29). Det er vigtigt at huske på, at der kan være stor forskel på den enkeltes årsager til og omstændigheder omkring migrationen.

Den eksisterende forskning i sammenhængen mellem migration og sundhed beskæftiger sig mest med de sygdomsmæssige konsekvenser af migration (McKay et al. 2003). Derimod er der meget få studier, der beskæftiger sig med de komplekse forhold af mere procesorienteret, dynamisk og tilpasningsorienteret karakter under migrationsprocessen, herunder hvordan det at migrere påvirker menneskers opfattelse af sygdomsrisici set i lyset af deres samlede situation (Arenas 1997).

3.2 Psykosociale konsekvenser for risikoopfattelse

Der er forskellige psykosociale aspekter af migration, der gør, at det at migrere kan have indflydelse på opfattelse af sygdomsrisici. Det omfatter migration som en stressfaktor, der indebærer en række tab og belastninger, og individuelle og samfundsmæssige forhold i hjem- og modtagerland.

Migration er en stressfaktor

Migrationsprocessen kan være en stor, psykisk belastning, og der er fundet udbredte psykiske, herunder psykosomatiske symptomer, hos forskellige flygtningegrupper (Arenas 1997). Adskillige undersøgelser har således fundet en overhyppighed af såvel psykiske lidelser som psykiske symptomer såsom angst og psykosomatiske klager blandt etniske minoriteter (Syed & Vangen 2003). Dette understøtter, at migrationen indebærer et betragteligt tilpasningskrav til det nye miljø. Hertil følger de psykosociale problemer med hensyn til eksempelvis familierelationer, isolation, boligsituation og arbejdsmarked, der hænger sammen med den udsatte situation for mange migranter (Arenas 1997, Hjelm et al. 2005a, Hjelm et al. 2005b). Eksempelvis har en undersøgelse blandt tamilere i USA fundet, at disse oplevede, at deres liv i USA var langt mere kompliceret og stressfyldt end forholdene i hjemlandet, der ellers var præget af uroligheder og konflikter (Meana et al. 2001).

Der er forskellige måder at migrere på, men de indebærer alle en stressreaktion for den enkelte. & Én måde er at flygte, fordi man er eller føler sig tvunget til at migrere af forskellige grunde. Det kan være som følge af politisk, religiøs eller etnisk forfølgelse, sociale problemstillinger eller som følge af undertrykkelsesformer rettet mod ens fysiske, psykiske og moralske integritet i et samfund (Bustos 1997). En anden måde at migrere på kan være via familiesammenføring (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2004). Familiesammenførte har i modsætning til en del flygtninge ofte ikke gennemgået en langvarig og usikker migrationsrejse, men befinder sig alligevel i en situation med tab af blandt andet sociale relationer. Derved er også de i en situation med stress som følge af tilpasning til et anderledes samfund. Dette bekræftes af undersøgelser, der viser, at tilpasningsstress¹ og psykosocial stress kan udvikles hos migranter uafhængigt af måden at migrere på (Hjelm 1998, s. 34). Dette understreger betydningen af migration i sig selv.

Migrationen kan således stille mennesker i en situation præget af stress, hvor mange konkrete forhold skal håndteres, og hvor man derfor sandsynligvis ikke vil have fokus på mere abstrakte, statistiske, langsigtede farer, hvilket er sådan mange risikofaktorer optræder (Hansen & Svendsen 2005).

Risikoopfattelse påvirkes af den stressbelastning migrationen indebærer

Migration indebærer omfattende ændringer i ens liv. For eksempel mister man de vante omgivelser og de antagelser om verden, der er gældende der (Emami & Torres 2005, Helman 2001, s. 210). Der kan således ske ændringer af både fysisk, psykologisk, politisk, økonomisk og kulturel karakter for den enkelte (Arenas 1997, Pfeffer & Moynihan 1996). Disse ændringer kan lede til en situation karakteriseret af tab, hvor man mister den følelse af kulturelle referencepunkter, man havde før (Emami & Torres 2005, Helman 2001, s. 214). Migration er således forbundet med mange tab, der kan have varige konsekvenser for både det enkelte menneske, men også for den enkeltes familie (Arenas 1997, Bustos 1997). Sådanne tab kan være af modersmål som kommunikationsmiddel, af socialt netværk, af kendte karakteristika i ens omverden, af forudsigelighed i den daglige rutine samt af tidligere social status (Bender & Castro 2000, Bustos 1997, Hjelm et al. 2005a). De store krav om tilpasning, der møder personen under og efter migrationen, kan derved føre til en stress- og sorgtilstand, der påvirkes af en række faktorer, såsom hvorvidt man har et socialt netværk at støtte sig til (Helman 2001, s. 12, McKay et al. 2003, Mirdal 1997, Syed & Vangen 2003).

Migranternes sociale netværk kan mindskes, når de flytter over landegrænser, og dermed kan der opstå stress. En amerikansk undersøgelse af kvinder nyligt indvandret fra Mexico til USA viser, at kvinder-

1 Det, der på engelsk kaldes »acculturative stress«.

ne savnede deres familie og venner i Mexico (Bender & Castro 2000). De kvinder, der havde været gravide i USA, havde fx svært ved at undvære deres mor og hendes råd for, hvordan man skulle forholde sig under graviditeten. Generelt fandt kvinderne, at stress kunne mindskes ved brug af det sociale netværk – både familien i hjemlandet via telefon, men også familiemedlemmer og venner, der var flyttet til USA og boede i samme område som kvinderne. Netværket kunne hjælpe med at formindske stress i forbindelse med de krav om tilpasning, som kvinderne mødte i det nye samfund (ibid.).

Undersøgelsen giver viden om vigtigheden af etniske minoriteters sociale netværk og om, hvordan de sociale netværk kan ændres i forbindelse med migration. Der er stor forskel på de sociale netværk, det enkelte menneske har. Denne forskel er blandt andet påvirket af hvor længe, man har været i modtagerlandet, hvor godt et socialt netværk, man har fået etableret i modtagerlandet, samt hvor gode muligheder, der er for at bevare kontakten med familie og venner bosiddende i hjemlandet og i andre modtagerlande. Sidstnævnte hænger blandt andet sammen med situationen i hjemlandet, herunder hvorvidt der er adgang til telefon og andre kommunikationskanaler.

Endvidere kan alder ved migration have betydning for migranternes situation i modtagerlandet og omfanget af tab. Migration i en høj alder kan føre til et såkaldt rollebytte, hvor de ældre migranter mister den sociale og familiære status, de er vant til fra deres hjemlande. Desuden kan mennesker, der er migreret i en høj alder, være mere isolerede og have flere psykiske problemer end andre migranter (Emami & Torres 2005).

Ovennævnte tab kan påvirke risikopfattelse på den måde, at mennesker prioriterer anderledes i forhold til sygdomsrisici, når de er udsat for tab. En situation, hvor et menneske er stresset og mangler eksempelvis social støtte, kan føre til, at man – udover at mangle energi og overskud til at forholde sig til sygdomsrisici og handle forebyggende – i højere grad vurderer, at man ikke har indflydelse på eget helbred. En svensk undersøgelse blandt ældre, iranske migranter fandt eksempelvis, at de i høj grad fokuserede på betydningen af psykosociale risici i stedet for fysiske, hvilket kan stå i modsætning til opfattelserne hos ældre svenskere (Emami & Torres 2005). Desuden fandt man, at denne opfattelse ikke bundede i noget fælles, etnisk iransk. I stedet havde den høje alder ved migration ført til en følelse af manglende sammenhæng i livet. Migrationen førte til en oplevelse af mange tab, blandt andet af meningen med livet, livsglæde og et funktionsdygtigt, socialt netværk. Desuden havde migranterne en følelse af hjemve og eksklusion. Disse migrationsrelaterede oplevelser påvirkede migranternes sygdomsopfattelse. Således forklarede de deres sygdomme på baggrund af disse tab og eksistentielle problemer. Det var derfor i højere grad migration end etnicitet, der var af betydning for disse menneskers sygdomsforklaringer og risikopfattelse (ibid.).

Individuelle forhold påvirker samspillet mellem migration og risikopfattelse

Mange individuelle forhold kan påvirke det enkelte menneske (Syed & Vangen 2003). Menneskers personlighed, mestringsstrategier, uddannelse, kendskab til det nye samfund, familieforhold, socialt netværk, intensitet og varighed af eventuelle traumatiske oplevelser, alder, køn, social position samt politisk, religiøs og kulturel tilknytning påvirker alle forløbet af processen i forbindelse med migration, herunder graden af psykosociale belastninger (Arenas 1997, Bustos 1997).

Migranter kan samtidig være i mere udsatte positioner i forhold til socioøkonomiske forhold i modtagerlandet. Dette kan for det første gøre det sværere at forholde sig til eget helbred og gøre, at man oplever at have mindre indflydelse på sit eget helbred. For det andet kan den udsatte situation gøre det vanskeligere at relatere sig til den information og de kanaler, der bliver kommunikeret igennem omkring sygdomsrisici. Man kan således føle sig fremmed for den måde, hvorpå information om risici bliver formidlet. Desuden vil de overordnede forhold i modtagerlandet påvirke migrationsprocessen, idet disse forhold kan gøre det vanskeligere for personen at opbygge en ny tilværelse i det nye land (Arenas 1997). Det kan eksempelvis være tilfældet, hvis migranter i stort omfang problematiseres i medierne og på arbejdsmarkedet i modtagerlandet. Dette uddybes i det næste afsnit.

Endelig kan der være forskel på menneskers migrationsproces eksempelvis med hensyn til ønsket om at forlade hjemlandet, holdning til modtagerlandet, fremtids- og hjemvendelsesperspektiver samt oplevelser før og under migrationen (Arenas 1997, Frykman 2002). Migrationsprocessen kan også føre til forbedringer af personens sociale forhold, herunder bibringe personen sikkerhed og bedre økonomiske forhold (Moustgaard et al. 2005, Syed & Vangen 2003). Drømme om eksempelvis økonomiske og uddannelsesmæssige muligheder for en selv og ens børn samt om muligheden for at kunne returnere til hjemlandet, kan beskytte folk, der migrerer, mod de oven for nævnte migrationsrelaterede stressfaktorer (Bender & Castro 2000). Hvor længe disse drømme kan holde stressfaktorerne fra døren, er dog uvist.

Således er konsekvenser af migration afhængige af individuelle faktorer relateret til forhold i modtagerlandet samt selve migrationsprocessen.

Samfundsmæssige forhold påvirker samspillet mellem migration og risikopfattelse

En anden dimension af migrationsprocessen er de forhold, der vedrører modtagerlandets syn på migranterne. Et eksempel herpå er de etniske minoriteters status som minoritet i det nye samfund. Minoritetsstatus indebærer en risiko for, at det enkelte menneske udsættes for personlig og social marginalisering, stigmatisering, diskrimination og social isolation (Arenas 1997, Bustos 1997, Mirdal 1997). Marginalisering er kendetegnet ved mangel på indflydelse, ikke-bæredygtige sociale netværk og en oplevelse af manglende kontrol over eget liv (Fridberg 1992). Man kan i en sådan udsat situation vurdere, at sociale problemer betyder mere end biomedicinske risikofaktorer for ens helbred (Hjelm et al. 2005b). Endvidere kan de kanaler, der formidles risikoinformation igennem, være utroværdige for mennesker, som føler sig udstødt af samfundet, og man kan finde det svært at identificere sig med det budskab, der kommunikeres (Gandy 2001). Graden af marginalisering forbundet med minoritetsstatus er blandt andet afhængig af de forhold, migranter møder i modtagerlandet. Kommer man til modtagerlandet på et tidspunkt, hvor politiske tiltag har gjort det sværere og længerevarende at opnå asylstatus, eller hvor etniske minoriteter i udbredt omfang problematiseres i den offentlige debat, kan den enkelte være i en yderligere udsat situation. Derved er det er sværere at relatere sig til konsekvensen af sygdomsrisici og til afsendere af risikobudskaber.

Migration kan desuden i sig selv og via marginalisering påvirke menneskers identitetsfølelse. Ved ankomsten til det nye land må man starte på ny i en resocialiseringsproces, hvor nye sproglige, kulturelle, sociale og historiske forskelle må håndteres, og hvor en ny oplevelse af identitet må opbygges under forhold, hvor man kan opleve at være sat uden for indflydelse, være marginaliseret og under stærkt pres (Arenas 1997, Bustos 1997). Disse processer kan i særdeleshed være vanskelige at håndtere psykisk for migranter med baggrund i tredjeverdenslande, der i vestlige modtagerlande kan opleves som havende en problematisk og mangelfuld kulturbaggrund (Arenas 1997). Dette kan gøre det endnu mere vanskeligt at opnå en følelse af social anerkendelse med konsekvenser for individets identitetsfølelse. Disse tilpasningsprocesser relateret til minoritetsstatus og marginalisering i modtagerlandet kan medføre ændringer i den enkeltes værdier, holdninger, evner, muligheder og motiver (Hjelm 1998, s. 31).

Et andet aspekt af den indflydelse, migration kan have på identitetsfølelsen, viser sig i de transnationale fællesskaber, som etniske minoriteter kan indgå i. Indgåelse i disse fællesskaber kan føre til overvejelser om, hvor man – både symbolsk og materielt – bør investere i sin fremtid. Det handler således om overvejelser om, i hvor høj grad man skal forsøge at opbygge sin identitet med basis i hjem- eller modtagerlandet. Denne identitetsdannelse vedrører både egen og næste generation. Disse overvejelser kan føre til øget følelse af usikkerhed og stress (Salih 2003).

Det har ikke været muligt at finde undersøgelser af eller teorier om den direkte sammenhæng mellem identitetsfølelse og risikopfattelse. Ved at sammenstykke forskningen vedrørende de enkelte dele af processen, tegner der sig imidlertid et billede. Mange migranter har identiteter, der går på tværs af nationale grænser og er under hyppig forhandling. Dette kan føre til en større grad af stress og følelse af usikkerhed, hvilket igen kan føre til, at man i mindre grad kan overskue eventuelle

negative, fremtidige hændelser. Derved kan man opleve at have mindre indflydelse på eget helbred, hvilket kan føre til en mangel på forholden sig til forskellige sygdomsrisici.

3.3 Migranternes tidsperspektiv og konsekvenser for risikoopfattelse

Undersøgelser har vist, at der hos migranter kan være en anderledes opfattelse af tid. Dette har betydning for opfattelse af risiko, idet de ikke nødvendigvis oplever fremtidige, statistiske sygdomsrisici som relevante at forholde sig til, hvis de i højere grad er fokuseret på fortiden eller nutiden. Det samme kan være tilfældet, hvis de ikke forbinder de forskellige tidssfærer i et sammenhængende forløb. Tidligere og nuværende handlingers fremtidige konsekvenser bliver herved uklare.

Migrationen indebærer som beskrevet et brud mellem de vante, kulturelle og sociale forhold og de nye forhold i modtagerlandet. Dette brud kan medføre en oplevelse af mangel på kontinuitet, hvor den enkelte oplever livstiden som inddelt, både tids- og rummæssigt, i to adskilte perioder (Arenas 1997, Emami & Torres 2005). Denne mangel på kontinuitet mellem livsfaser kan suppleres af en oplevelse af manglende historisk, social og kulturel samhørighed med det nye land.

Nostalgisk reaktion

Som reaktion på migrationens brud og diskontinuitet kan migranter udvikle en såkaldt nostalgisk reaktion, hvor de vender sig mod fortiden i længsel, regression og stagnation (Arenas 1997). Endvidere udgør den etniske minoritetsgruppe ofte migrantens primære referenceramme, når de vurderer deres situation og danner holdninger. Dette gruppetilørsforhold kan resultere i, at den nostalgiske reaktion bliver generaliseret og uddybet i samværet med andre med etnisk minoritetsbaggrund. Derved kan folk med etnisk minoritetsbaggrund søge glæde i fortiden frem for i nutid og fremtid, og der kan ske en idyllisering af forholdene i hjemlandet (ibid.). Ved migrationen sker der altså et brat brud på den tidsmæssige kontinuitet for individet, og hos nogle migranter optræder der i forbindelse hermed en nostalgisk reaktion (Bustos 1997).

Forskelle i synet på hjemlandet

I forhold til den nostalgiske reaktion har en undersøgelse af personer med kroatisk baggrund i Sverige uddybet ovenstående viden om den plads, hjemlandet kan få for etniske minoriteter (Frykman 2002). Frykman peger på, at der kan være store forskelle på, hvilket syn man har på sit hjemland. Flygtningene i undersøgelsen forbandt i høj grad deres liv i Kroatien med tab forårsaget af krigen. De kroater, der havde været i Sverige under krigen, havde derimod et billede af krigen som et højdepunkt for Kroatiens frihed og løsrivelse, og billedet for disse mennesker var også mere mytelignende end for flygtningene. Gruppen havde også en større følelse af nationalt tilhørsforhold til hjemlandet end flygtningene (ibid.). Frykman har ikke undersøgt, hvilken effekt migrationsprocessen har for migranternes tidsorientering, men man kan forestille sig, at etniske minoriteter, der er migreret som følge af mange negative oplevelser i deres hjemlande, også vil have en mindre nostalgisk tidsorientering. Det skyldes, at hjemlandet i sådanne situationer i højere grad forbindes med de negative oplevelser.

Forholdene i modtagerlandet har betydning

Vanskelige forhold i modtagerlandet kan imidlertid føre til en situation, hvor disse migranter alligevel idylliserer og orienterer sig mod deres hjemland. En anderledes tidsopfattelse hos migranter kan her forstås som en tilpasningsstrategi, der kan bruges i pressede situationer (Beiser 1987). Den pressede situation opstår, fordi migranter ofte konfronteres brat med, at fremtiden i modtagerlandet ikke har det potentiale og er så lovende, som de havde håbet på. Dette går ofte op for flygtningene i de første år efter ankomsten til modtagerlandet og kan føre til, at de orienterer sig mod og idylliserer deres hjemland. Det skal i denne sammenhæng nævnes, at et nostalgisk tidsperspektiv muligvis vil være overrepræsenteret hos de migranter, der har dårlige muligheder i forhold til at skabe sig en god fremtid i det nye land. Det kan være tilfældet for mennesker med korte uddannelser, ringe sprogkundskaber eller dårlige sociale netværk (ibid.).

Oplevelse af tidsbrud og tidstab

En dansk undersøgelse af unge flygtninge fandt ligeledes en anderledes tidsopfattelse (Kofoed 1997). De unge oplevede et tidstab og fandt det vanskeligt at forholde sig til fremtiden og planlægge den. De unges eksilerfaring kunne rumme planlægning af fremtiden i indhold, men ikke planlægning i tid, og som følge heraf var der manglende sammenhæng mellem de unges mål og deres opfattelser af, hvordan målene skulle opnås (ibid.). De unge havde altså svært ved at sammenkæde en nutid indsats med et fremtidigt mål.

Tidsopfattelsen kan påvirke migranternes opfattelse af risici, idet en opdelt og ikke-kontinuerlig tidsopfattelse kan vanskeliggøre tankegangen om en sammenhæng mellem en nuværende risiko og et fremtidigt helbredsudfald (Beiser 1987). Således opfattes risiko ikke på samme måde, hvis man opfatter et livsforløb som mere sammenhængende og mindre opbrudt. Desuden kan den nostalgiske tidsorientering og idyllisering af hjemlandet bidrage til en fokusering på fortiden, hvor fremtidige helbredsudfald ikke prioriteres i særlig grad. I forhold til risikoopfattelse kan det derfor tænkes, at etniske minoriteter kan have vanskeligere ved at sammenkæde en given risikoadfærd med en fremtidig, sundhedsmæssig effekt og ved at prioritere fremtidige helbredsforhold.

Fokus på nutid har betydning for oplevelsen af risici

Et fokus på nutid frem for fremtid kan føre til, at budskaber om sandsynligheden for et givent helbredsudfald opleves som irrelevante af personen. En amerikansk undersøgelse af etniske majoritets- og minoritetskvinder med brystkræft i den nære familie viste, at minoritetskvinderne i mindre grad end majoritetskvinderne havde en oplevelse af at være i øget risiko for sygdommen. Det var på trods af, at kvinderne i samme udstrækning var blevet informeret om, at de var i øget risiko for at udvikle brystkræft (Hughes et al. 1996). Disse etniske forskelle i risikoopfattelse skyldtes ikke socioøkonomiske faktorer eller alder, da deltagerne i undersøgelsen var gjort sammenlignelige på disse faktorer. Det er muligt, at forskellene i risikoopfattelse derimod kan skyldes forskelle i tidsorientering, da der som ovenfor nævnt er en tendens til, at migranter er mere orienterede mod nutiden end mod fremtiden (ibid.).

Ændringer i tidsperspektivet har konsekvenser

Migration kan således indebære en række ændringer i tidsperspektivet med konsekvenser for risikoopfattelsen, men det er ikke entydigt hvilken form for ændring, der er tale om. En undersøgelse af sydøstasiatiske flygtninge 1-4 år efter ankomsten til Canada fandt, at flygtningene havde et anderledes tidsperspektiv end den canadiske befolkning (Beiser 1987). Dette tidsperspektiv skulle her forstås som den relative betydning, personerne tillagde fortid, nutid og fremtid, samt deres opfattelse af forholdet mellem disse tidssfærer. Som beskrevet var flygtningenes tidsperspektiv mere nutidsorienteret end hos majoritetsbefolkningen. Billedet er dog ikke entydigt, da en del af flygtningegruppen var mere fremtidsorienteret end både canadiere og de andre flygtninge. De af flygtningene, der viste en såkaldt nostalgisk tidsorientering med fokus på fortiden, var i øvrigt i større risiko for at udvikle depressive træk (ibid.). Der er således tale om forskelligartede ændringer i tidsperspektivet som følge af migration.

3.4 Sammenfatning

Migration har indflydelse på risikoopfattelse, idet migrationsprocessen kan indebære en række belastninger i forbindelse med eksempelvis resocialisering, identitetsprocesser, minoritetsstatus samt diskontinuitet i livsforløbet og i tidsopfattelsen. Disse belastninger kan påvirke migranternes risikoopfattelse, idet de kan medføre en nostalgisk orientering mod fortiden og en oplevelse af manglende sammenhæng mellem tidligere eller nuværende adfærd og fremtidige helbredsudfald. Desuden kan belastningerne gøre migranter psykosocialt sårbare. Dette kan gøre det vanskeligt at have overskud til at håndtere sygdomsrisici. Således har både forhold i hjemlandet, forhold under migrationen samt forhold i modtagerlandet betydning for, hvorledes migration kan påvirke risikoopfattelse.

4 Konsekvenser for arbejdet med etniske minoriteters risikoadfærd

De særlige etnicitets- og migrationsrelaterede forhold, der kan påvirke etniske minoriteters risikoopfattelse, gør det relevant at overveje, hvordan denne viden kan bruges i arbejdet med etniske minoriteters risikoadfærd. Det kan gøres dels ved at påvirke risikoopfattelsen og dels ved at sænke menneskers udsættelse for sygdomsrisici i lokalsamfundet.

4.1 Ændring af risikoadfærd via påvirkning af risikoopfattelse

Indsatser for at bedre etniske minoriteters risikoadfærd via påvirkning af deres risikoopfattelse må tage en række forhold i betragtning. Helt overordnet er det nødvendigt at tage forbehold for den manglende viden om etniske minoriteters helbredsforhold, opfattelse af risiko samt risikoadfærd i Danmark. Denne manglende afdækning af forhold blandt etniske minoriteter gør det vanskeligere at konkretisere hvilke forhold, der bør tages i betragtning, når man ønsker at tilrettelægge risikokommunikation rettet mod disse grupper i samfundet.

Fokuser på sygdomsrisici af klar relevans for målgruppen

Som det er vist i rapporten, kan der være etniske forskelle i, hvilke sygdomme og risikofaktorer personer oplever som relevante. Det understreger betydningen af, at risikokommunikation fokuserer på sygdomme og risici, der opleves som relevante af målgruppen. Ved at fokusere på risici for en sygdom, der er udbredt eller opleves som værende af stor alvorlighed i en given etnisk gruppe, er der større sandsynlighed for, at kommunikationen opleves som relevant for gruppen. Et eksempel herpå er type 2-diabetes med høj forekomst blandt pakistanere (Gandy 2001, Ingerslev 2000).

Man må endvidere være opmærksom på, at det offentlige har indflydelse på hvilken adfærd, der opfattes som normal henholdsvis afvigende for bestemte grupper (Hansen & Svendsen 2005). Dette er yderligere vigtigt for etniske minoriteter, som i forvejen kan blive kategoriseret som anderledes på en negativ måde, og hvor der desuden kan være en tendens til at fokusere på bestemte helbredsproblemer og risici, der er af mere »ekstotisk« karakter som fx pigeomskæring (Kristiansen et al. 2005). I første række kan der tages udgangspunkt i de risici, der både er fundet at være udbredte blandt målgruppen, og som denne oplever som relevante. Desuden bør man undgå, at kommunikationen fører til stempeling af målgruppen i den brede befolknings bevidsthed.

Tag udgangspunkt i målgruppens risikoopfattelser

Der er generelt forskelle i opfattelse af sygdom og risici mellem lægmænd og sundhedsprofessionelle. Disse forskelle kan være endnu mere udtalte, når man kommunikerer på tværs af etniske grupper, hvor der kan være sprogmæssige barrierer samt større social og kulturel forskellighed mellem parterne. Det understreger betydningen af, at sundhedsprofessionelle i kommunikation med etniske minoriteter søger at være tydelige omkring terminologi, sygdomsætiologi mv. samt søger at opnå bedst mulig dialog med de etniske minoriteter. Derved opnås et bedre udgangspunkt for en fælles forståelse af kommunikationens indhold. Det understreger endvidere betydningen af, at sundhedsprofessionelle søger at være bevidste om deres egen opfattelse af begreberne sundhed, risiko og sygdom. Det har også betydning, at de sundhedsprofessionelle anerkender, at begreberne ikke er objektive, men afhængige af menneskers etniske og sociale situation. I forhold til etniske forskelle i opfattelse af, hvad der udgør risikoadfærd, må man således søge at udarbejde budskaberne med udgangspunkt i den betydning og opfattelse af en given adfærd, der er blandt forskellige etniske grupper og disses undergrupper (Stanton et al. 1993).

Tag hensyn til forskelle i vidensniveau

Der er i rapporten fundet forskelle i viden om sygdomme og risici både på tværs af og internt i enkelte etniske grupper. Disse forskelle i vidensniveau kan føre til forskelle i, om noget opfattes

som en risikofaktor. Forskellene i viden kan dels forklares på baggrund af socioøkonomiske forskelle blandt grupperne, men kan også påvirkes af, hvor længe man har opholdt sig i Danmark. Der er derfor behov for interventioner og kommunikation, der anerkender denne forskellighed. Det kan gøres ved at henvende sig til mennesker med forskelligt vidensniveau og i forskellige stadier af processen frem mod en ændring af risikoadfærd. Eksempelvis vil nogle have behov for viden om en risikos eksistens og alvorlighed, mens andre vil have behov for viden om, hvordan man håndterer denne risiko, idet den allerede er anerkendt.

Tag udgangspunkt i målgruppens ønsker og behov

Man må desuden anerkende betydningen af målgruppens sociale situation, idet en udsat social situation og manglende social mobilitet kan medføre, at de føler sig fremmed for risikobudskaberne og deres afsendere. I en sådan situation kan man som beskrevet fokusere på andre ting end langsigtede helbredsforhold og risici i forhold til dette. Anerkendelsen kan opnås ved at tage udgangspunkt i målgruppens egne ønsker og behov. Herved øges sandsynligheden for, at man ikke overser de sundhedsmæssige og sociale forhold, som målgruppen oplever som mest relevant at forholde sig til (Green & Kreuter 1999). Desuden vil man få indblik i de barrierer, der kan være for at håndtere sygdomsrisici, eksempelvis manglende muligheder for at dyrke motion og lav handlekompetence (Remennick 2003). Man vil i den forbindelse med fordel kunne kombinere viden på forskellige niveauer. Planlæggere på overordnet niveau har således viden om langsigtede sundhedskonsekvenser af specifikke risici, mens borgere i lokalsamfund har viden om lokale forhold og prioriteringer, der opleves som mere akutte og vigtige at håndtere (Evans et al. 2002, Green & Kreuter 1999).

For at designe relevante og effektive kampagner må man derfor tage udgangspunkt i lægmands viden, bekymringer og erfaringer og søge videst mulig gennemsigtighed og inddragelse af målgruppen (Hansen & Svendsen 2005). Det gør sig gældende i tilrettelæggelsen af risikokommunikation rettet mod både den etniske majoritet og minoriteterne. Inddragelse og opbygning af ejerskab i forhold til risikokommunikationen kan medføre, at målgruppen i højere grad vil engagere sig i den ønskede sundhedsadfærd og til større sandsynlighed for, at der sker mere vedvarende ændringer i adfærden, end hvis man i planlægningen af indsatsen ikke tager hensyn til målgruppens perspektiv (Bogason & Sørensen 1998, Evans et al. 2002). Dette er naturligvis gældende for interventioner generelt, men er endnu vigtigere set i lyset af de sociale og etniske forskelle samt kommunikationsmæssige barrierer, der kan gøre sig gældende, når man kommunikerer til etniske minoriteter. Man bør således søge at integrere etniske minoriteters viden og prioriteringer i risikokommunikationen fx i udvælgelsen af temaer for kommunikationen (Bogart & Thorburn 2005, Evans et al. 2002).

Benyt troværdige kommunikationskanaler

Sociale forskelle, forskelle i adgang til medier og tilstedeværelsen af kommunikationsbarrierer understreger betydningen af mere målrettede, afgrænsede kampagner rettet mod specifikke etniske minoritetsgrupper. I den forbindelse er det afgørende ved brug af kulturelt sensitivt materiale, at man oversætter tekst og bruger eksempler, der opleves som relevante af den givne etniske gruppe, og derved gør materialet mere relevant og genkendeligt for disse grupper (Ey et al. 2000). I sammenhæng hermed er det vigtigt at få afdækket, hvilke kanaler forskellige etniske minoritetsgrupper, samt forskellige segmenter i disse grupper, gør brug af. Dette gælder både i forhold til formidling af generelle informationer om sundhed og mere specifikke budskaber om fx en bestemt sygdom. Derved kan man i risikokommunikationen gøre brug af kanaler, der opleves som troværdige af målgruppen, hvilket har en gavnlig indflydelse på kommunikationens effekt – især ved tabuiserede sygdomme (Bogart & Thorburn 2005). Kanaler kan i den forbindelse både være TV, radio, aviser og pjecer, men kan også være forskellige fora, hvor etniske minoriteter føler sig hjemme. Der ligger et betydeligt potentiale i at kommunikere via ressourcepersoner i de etniske miljøer som fx i etniske foreninger og moskeer. At man med fordel kan forebygge sygdom gennem disse anderledes kommunikationskanaler til viden om og håndtering af risici, understøttes af en hollandsk undersøgelse af tyrkiske og marokkanske migranternes opfattelse af rygestop. Undersøgelsen viste, at religiøse ledere havde indflydelse på, om migranterne ønskede at holde op med at ryge (Nierkens et al. 2005).

I nogle undersøgelser af risikoopfattelse og -adfærd blandt etniske minoriteter har man vist, at det sociale netværk har stor betydning for formidling af viden om og håndtering af egen sundhed (Nierkens et al. 2005). Som supplement til individrettede budskaber kan man derfor med fordel inddrage de sociale netværk blandt etniske minoriteter, når man kommunikerer omkring sygdomsrisici og håndtering af disse (Lawton et al. 2005). Eksempelvis kan man ved sundhedsplejerskens hjemmebesøg inddrage både mødre, fædre og bedsteforældre i videregivelse af information og diskussion af barnets sundhed.

4.2 Ændring af risikoadfærd via påvirkning

Som beskrevet kan personers opfattelse af sygdomsrisici variere. Viden om dette kan med fordel inddrages i risikokommunikation rettet mod etniske minoriteter. Det er dog nødvendigt også at være opmærksom på, at risikoadfærd kan ændres på andre måder end ved at påvirke menneskers opfattelse af, hvor risikabel en given adfærd er, nemlig ved at intervenere i lokalsamfundet.

Ændring af risikoopfattelse er ikke tilstrækkeligt for at ændre risikoadfærd

Det bredere syn på, hvordan risikoadfærd kan påvirkes, er nødvendigt. Det skyldes især, at opfattelsen af en given adfærd som risikabel ikke nødvendigvis fører til, at denne adfærd ophører eller mindskes (Evans et al. 2002). Det gælder for mennesker med etnisk majoritetsbaggrund, men det gælder også – og måske i højere grad – for etniske minoriteter.

At viden ikke nødvendigvis fører til tilsvarende handling, understreges af en undersøgelse af filippinske indvandrere i Hong Kong (Holroyd et al. 2003). Denne viste, at selv om de fleste indvandrere havde stor viden om og opfattede risikofaktorer for livmoderhalskræft på samme måde som de sundhedsprofessionelle, kunne der stadig være barrierer for at benytte screeningstilbud. Disse barrierer omfattede begrænset adgang til sundhedsvæsenet samt færre socioøkonomiske ressourcer blandt denne minoritetsgruppe (ibid.).

Tilsvarende viste en undersøgelse af russiske indvandrerkvinder i Israel, at de kvinder, der var bedst socialt integrerede¹ i det israelske samfund, også var dem, som havde mest overskud til at tage vare på eget helbred (Remennick 2003). Men fælles for alle kvinder på tværs af integrationsstatus var, at de – på trods af deres viden om den forebyggende effekt af selvundersøgelse af brystet for mulige kræftknuder – ikke havde tid og energi til at udføre disse selvundersøgelser. Den manglende tid og energi skyldtes, at det at flytte til et andet land førte til, at de var optaget af mere umiddelbare problemer relateret til blandt andet indkomst, bolig, støtte til andre familiemedlemmer samt tilpasning til det nye samfund (ibid.). Undersøgelsen beskæftigede sig med forebyggelse af brystkræft ved hjælp af selvundersøgelse og mammografi. Men det gælder for forebyggende adfærd generelt, at et socialt og psykisk overskud øger sandsynligheden for, at en opfattelse af risikabel adfærd også fører til en begrænsning af denne adfærd.

En anden undersøgelse af arbejdsløse indvandrere i Sverige understreger samme pointe (Akhavan et al. 2004). Indvanderne mente, at det var sundt at dyrke motion, men de havde ikke energien til at få det gjort. Endvidere fandt de det for dyrt at deltage på motionshold eller købe grøntsager og frugt (ibid.). De arbejdsløse indvandrere havde altså både viden og ønske om en sundere adfærd, men barriererne for at opnå dette var, at det var for dyrt og besværligt. Ved at gøre sundhedsfremmende adfærd billigere og lettere tilgængelig ville nogle af disse indvandrere sandsynligvis ændre adfærd i en sundhedsfremmende retning. Således kan det være nødvendigt at supplere og understøtte individrettede interventioner med strukturelle ændringer for at opnå ændret sundhedsadfærd.

¹ I denne undersøgelse var social integration målt ud fra jobtype, evne til at tale hovedsproget i det nye land samt omfanget af uformelle sociale bånd til andre i samfundet.

Lokalsamfundet som udgangspunkt for indsatser

Der er stigende fokus på lokalsamfunds betydning for menneskers udsættelse for sygdomsrisici samt for deres handlemuligheder i forhold til egen sundhed. Det kan eksempelvis være i form af større udsættelse for forurening og ulykker, ringere adgang til sundhedsinformation og lavere social kapital i visse lokalsamfund (Hunter & Killoran 2004). I tillæg til individrettede interventioner, hvor man søger at ændre menneskers risikoopfattelse og -adfærd, kan man derfor arbejde på lokalsamfunds-niveau ved at sænke menneskers udsættelse for sygdomsrisici uden at behøve at involvere borgernes risikoopfattelse.

Man må i den forbindelse definere, hvad der udgør et lokalsamfund. I nogle boligområder vil der være en høj koncentration af etniske minoriteter. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at et sådant boligområde udgør et lokalsamfund, der i beboernes bevidsthed er relevant. Med globaliseringen er fællesskabet blevet adskilt fra lokalsamfundet, og det stiller spørgsmålstejn ved hvordan et lokalsamfund afgrænses. Herved kan lokalsamfundsbegrebet udvides til en symbolsk opfattelse af sted, som muliggør fællesskaber med udgangspunkt i fælles identitet, hvor fysisk afstand ikke hindrer dette (Kennedy & Roudometof 2002). Således kan eksempelvis en somalisk gruppe i Danmark opleve et fællesskab, der rækker over landegrænser til somaliere bosat i andre lande, men det er også muligt, at somaliere bosat i eksempelvis København og Århus udgør et lokalsamfund. Identifikation af et relevant lokalsamfund kan derfor bedst foregå ved gennem dialog at opnå kendskab til personernes egen definition herpå.

Sænkning af risici i et lokalsamfund

Man kan intervenere over for risici i et lokalsamfund, således at risikoadfærden påvirkes, uden at man nødvendigvis ændrer folks opfattelse af, hvad der er risikabelt. Et eksempel på dette kan være at konstruere en sikker skolevej frem for at fortælle beboere i et område, at de ikke må køre for stærkt. Et andet eksempel er indretning af sikre legepladser frem for at advare om farlighed ved brug af mindre sikre legepladser. Af andre eksempler kan nævnes adgang til sund og billig kost i skoler samt rygeforbud på offentlige steder.

Det handler om at tilpasse samfundet således, at risikoen for et givet udfald mindskes, uden at den enkelte behøver at foretage et aktivt valg på baggrund af sin opfattelse af en given risikofaktor. Der er et stort potentiale for denne måde at nedsætte risikoen for sygdom på, idet strukturelle tiltag i høj grad kan påvirke folks levevilkår og kan gøre de sunde valg lettere (Green & Kreuter 1999, s. 19, Reventlow & Lauritzen 1998, s. 43-45, Rose 1992, s. 95ff, Smed & Denver 2004). Det kan være særligt relevant blandt etniske minoriteter, som bl.a. af socioøkonomiske og migrative årsager i højere grad end majoriteten kan have vanskeligt ved at forholde sig til konkrete risici eller til selv at ændre adfærd. Det er således muligt at forebygge sygdom ved at sænke menneskers eksponering for sygdomsrisici i deres omgivelser. Samtidig må man vurdere, om disse interventioner er i overensstemmelse med målgruppens egne værdier – eller tværtimod opleves som en urimelig indgriben udefra.

Fokus på andre aspekter af adfærd end det sygdomsforebyggende

Man kan også forsøge at arbejde med andre motivationer for at ændre risikoadfærd. I tillæg til at øge menneskers opfattelse af, at en given adfærd er risikabel, kan man arbejde med aspekter af adfærden, som kan påvirke individet til at ændre adfærd af andre grunde. Sådanne grunde kunne være, at det er sjovt at dyrke motion, at der er socialt samvær i mødregrupper, eller at adgangen til screening er gjort lettere ved, at det er muligt at få foretaget screeningen tæt på, hvor man bor. Her er det vigtigt at inddrage målgruppen, da der kan eksistere udbredte fordomme om, hvad målgruppen ønsker, som ikke altid svarer til målgruppens eget perspektiv (Green & Kreuter 1999, s. 50ff). Der er således et potentiale i at arbejde med mere positive aspekter af risikoadfærd og ikke udelukkende det sygdomsforebyggende, idet man på den måde kan imødekomme nogle af de barrierer, der måtte være for at omsætte viden om risikoadfærd til handling.

4.3 Sammenfatning

De sammenhænge, der er belyst i rapporten, har implikationer for arbejdet med etniske minoriteters risikoopfattelse og -adfærd. Påvirkning af risikoopfattelse kan foregå på to niveauer, dels via ændring af personers risikoopfattelse og dels via sænkning af risici i deres omgivelser ved at gøre det lettere, sjovere og billigere at foretage de sunde valg.

I risikokommunikation, der sigter mod at ændre menneskers opfattelse af sygdomsrisici, må man tage hensyn til etniske forskelle i opfattelsen af risiko, samt hvilken prioritering denne risiko får i lyset af personens samlede sociale situation. Desuden bør forskelle i viden, sprogbarrierer samt kommunikationskanaler medtænkes. Således er det vigtigt at inkludere de etniske minoriteter og deres lokalsamfund i udformningen af risikokommunikationen for at tage højde for de nævnte forskelle.

Ændring af risikoopfattelse fører ikke nødvendigvis til ændring af adfærd. Det er derfor vigtigt ikke kun at fokusere på det enkelte menneske, men i stedet forsøge at sænke udsættelsen for sygdomsrisici i personens lokalsamfund og fokusere på andre mere positive aspekter af adfærd end de sygdomsforebyggende. Det gælder for alle befolkningsgrupper, men kan være særligt afgørende for interventions effekt blandt etniske minoriteter.

5 Konklusion og perspektivering

I dette kapitel samles der først op på rapportens konklusioner. Derefter diskuteres konsekvenserne af konklusionerne for praksis. Slutteligt beskrives anbefalinger til forskning på området.

Konklusion

Det er i rapporten belyst, hvordan der kan være etniske forskelle i menneskers opfattelse af sygdomsrisici. Disse forskelle kan bunde i etnicitet og migration, men også i nogle etniske gruppers mere marginaliserede sociale og kommunikationsmæssige situation i det omgivende samfund.

Etnicitet har indflydelse på opfattelser af begreberne sundhed og sygdom samt normalitet i forhold til disse begreber. Det vil sige, hvad der opfattes som sygdomsrisici samt hvordan og i hvilken grad, den enkelte opfatter at have indflydelse på disse risici.

Migration kan påvirke risikoopfattelse ved, at migrationsprocessen kan indebære en række tab. Disse tab kan vedrøre resocialisering, identitetsprocesser, minoritetsstatus samt manglende sammenhæng i livsforløbet og i tidsopfattelsen. Dette har indvirkning på migranternes risikoopfattelse, idet der kan opstå en nostalgisk orientering mod fortiden, ligesom der kan være en oplevelse af manglende sammenhæng mellem nuværende adfærd og fremtidige helbredsudfald. Tilstedeværelsen af en række psykosociale belastninger kan gøre det yderligere vanskeligt at have overskud til at håndtere sygdomsrisici.

Konsekvenser for praksis

Arbejdet med etniske minoriteters risikoopfattelse og -adfærd handler om at ændre de etniske minoriteters risikoopfattelse. Vilkårene for etniske minoriteter kan gøre det ekstra påkrævende samtidig at sænke risici i omgivelserne ved at gøre det lettere og mere attraktivt at foretage de sunde valg.

Figur 5.1 opsummerer rapportens konsekvenser for det praktiske arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme.

FIGUR 5.1 Opsummering af rapportens konsekvenser for praksis

- Fokuser på sygdomsrisici af klar relevans for målgruppen
- Tag udgangspunkt i målgruppens risikoopfattelser
- Tag hensyn til forskelle i vidensniveau
- Tag udgangspunkt i målgruppens ønsker og behov
- Benyt troværdige kommunikationskanaler
- Brug lokalsamfundet som udgangspunkt for indsatser, der sænker eksponeringen for risikofaktorer
- Fokuser på andre aspekter af adfærd end det sygdomsforebyggende

Rapporten griber indirekte fat i diskussionen om etnisk og social ulighed i sundhed. Etniske minoriteter er overrepræsenterede i de lavere socialgrupper, og derved er de negative, sociale konsekvenser for risikoopfattelse, risikoadfærd og sygdom generelt også overrepræsenterede blandt de etniske minoriteter. Det kan være vanskeligt at adskille effekterne af social position og etnicitet på personens risikoopfattelse. Manglende overskud til at mindske en risikoadfærd som fx rygning kan skyldes sociale forhold i form af mangel på sociale ressourcer (fx socialt netværk) eller tilstedeværelsen af mere presserende problemer (fx arbejdsløshed og økonomiske problemer). Sådanne sociale forhold kan være gældende både for folk med minoritets- og majoritetsbaggrund, hvorved de samme mekanismer gør sig gældende på tværs af etniske grupper. I tillæg til de sociale forhold, kan det manglende overskud også skyldes andre forhold, der kan være hyppigere forekommende blandt etniske minoriteter. Mangel på ressourcer i form af manglende socialt netværk kan fx opstå som følge af tab i forbindelse med migration. Desuden kan tilstedeværelsen af mere presserende problemer og mindre handlekompetence i forhold til disse bunde i stemplingsprocesser grundet minoritetsstatus i samfundet.

Det er altså til dels de samme mekanismer, der gør sig gældende på tværs af etniske grupper, dog kan de etniske minoritetsgrupper i højere grad være udsat, hvad angår de enkelte forhold. Det skyldes, at der er en overrepræsentation af etniske minoriteter i de lavere socialgrupper, og at de oftere befinder sig i en marginaliseret social og kommunikationsmæssig position i samfundet. Eksempelvis kan de etniske minoriteter på grund af sprogvanskeligheder i mindre omfang have adgang til viden om sygdomsrisici.

Indsatser for at ændre på risikoadfærd kræver således ikke alene viden om særlige forhold relateret til specifikke etniske gruppers opfattelser. Det kræver også, og måske i højere grad, viden om de sociale og kommunikationsmæssige forhold, der påvirker de etniske minoriteter. Arbejdet med risikoopfattelse og -adfærd blandt etniske minoriteter bør således foregå under hensyntagen til sammenhænge mellem etniske og sociale forhold.

Anbefalinger til forskning i etniske minoriteter og sygdomsrisici

Nærværende rapport viser, at forskning i sammenhængen mellem etnicitet, migration og risikoopfattelse er meget begrænset. Det gælder såvel international som dansk forskning.

Der mangler desuden viden om forekomst af sygdomme og forskellige risikofaktorer blandt forskellige etniske grupper i Danmark. Det kan derfor ofte være uklart hvilke risikofaktorer, der bør arbejdes med i forebyggelse og sundhedsfremme for specifikke, etniske minoritetsgrupper. En konsekvens af den manglende viden er, at meget forebyggelse må baseres på anden form for viden og erfaring. Visse målgrupper og temaer synes at blive prioriteret lavt, selv om en afdækning af området muligvis ville vise, at de burde prioriteres højt. Det gælder eksempelvis initiativer rettet mod mænd og initiativer omhandlende rygning (Kristiansen et al. 2005).

Det gælder generelt for forskning i etniske minoriteter og sundhed, at det nøje bør overvejes, hvilke konklusioner man kan drage om etnicitetens betydning. Som denne rapport viser, kan forskelle mellem etniske grupper skyldes såvel etnicitet som andre forhold, der adskiller minoriteterne fra majoriteten. Denne rapport viser, at forskelle mellem risikoopfattelse hos etniske minoriteter og majoriteten meget vel kan tilskrives forskelle i sociale forhold. Andre forhold kan være migration, kommunikationsmæssige forhold, socialt netværk eller diskrimination. Det er derfor i fremtidig forskning nødvendigt at være opmærksom på, at årsager til forskelle mellem etniske grupper kan skyldes såvel etnicitet som andre forhold.

Figur 5.2 indeholder en ønskeliste over, hvilke temaer og aspekter fremtidig forskning i etniske minoriteter og sygdomsrisici kunne udforske.

FIGUR 5.2 Anbefalinger til forskning i etniske minoriteter og sygdomsrisici

Forskning bør:

- omhandle forekomst af sygdom og risikofaktorer blandt etniske minoriteter samt årsager til eventuelle forskelle
- omhandle sammenhængen mellem etnicitet, migration og risikoopfattelse
- omhandle betydningen af sociale forhold for etniske minoriteters risikoadfærd, sygelighed og dødelighed
- omhandle hvordan etniske minoriteter søger og får viden om risikofaktorer og forebyggelse
- omhandle hvordan forskellige typer af risikokommunikation benyttes af etniske minoriteter (herunder kommunikationskanaler, kommunikationsform, opfattelse af budskaber mv.)
- omhandle hvordan sundhedsvæsenet hensigtsmæssigt kan kommunikere om risici med etniske minoriteter
- omhandle hvordan risikoopfattelse og -adfærd ændrer sig over generationer
- inkludere forskellige definitioner på etniske grupper, herunder eksempelvis unge med tyrkisk baggrund, fædre med 1. generationsindvandrerbaggrund og selvidentificeret etnisk tilhørsforhold
- inkludere relevante sammenligningsgrupper for at undgå forsimplede konklusioner om, at forskelle udelukkende skyldes etnicitet
- kombinere kvantitative, analytiske metoder med kvalitative metoder
- dokumentere effekten af forskellige interventionsmetoder i forhold til specifikke etniske minoritetsgrupper

Appendiks 1: Metode

I dette appendiks beskrives den litteratursøgning, der ligger til grund for rapporten. Desuden diskuteres valg af litteratur.

Litteratursøgning

Den litteratur, der er benyttet i nærværende rapporten, er fremkommet ved hjælp af systematisk litteratursøgning og kendskab til eksisterende litteratur om rapportens emne. Endelig er der fundet litteratur på baggrund af udvælgelse af yderligere referencer.

Den litteratur, vi på forhånd havde kendskab til, omfatter primært antropologisk og medicinsk litteratur om migration og etnicitet blandt andet set i relation til opfattelse af sygdom.

Den systematisk fundne litteratur er fundet primært ved søgning i databasen PubMed (Medline). Der er endvidere søgt i følgende databaser: PsychInfo, Journal Storage, Rex (Det Kongelige Bibliotek) og Cosmos (Danmarks Natur- og Lægevidenskabelige Bibliotek). De initiale inklusionskriterier for litteratur var følgende:

- 1) Risikoopfattelse: den skulle omhandle opfattelser af sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdom
- 2) Etnicitet: den skulle bestå af komparative studier af flere etniske grupper, hvoraf minimum en gruppe har oprindelse i et ikke-vestligt land og omhandle normer, værdier, traditioner, identitetsfølelse, religiøsitet eller relateret praksis
- 3) Migration: den skulle omhandle migration fra ikke-vestlige lande til lande i Vesteuropa, Nordamerika, Australien eller Israel

Generelt skulle litteraturen være skandinavisk- eller engelsksproget. Teoretisk og empirisk litteratur blev inkluderet.

Ved søgningen i databasen PubMed (Medline) er der brugt følgende emneord (MeSH-termer) relateret til etnicitet og etniske minoriteter: cultural anthropology OR cultural diversity OR ethnic groups OR ethnology OR emigration and immigration OR minority groups OR refugees OR transients and migrants. Dette er kombineret med følgende emneord (MeSH-termer) relateret til risikoopfattelse og -håndtering: disease susceptibility OR perception OR risk OR risk reduction behavior OR risk-taking. Der blev i søgningen ekskluderet studier fra udviklingslande (NOT developing countries) samt kun udvalgt studier om mennesker (limits: humans). Der blev i alt fundet 516 referencer. På baggrund af gennemlæsning af abstracts blev relevante artikler udvalgt jf. inklusionskriterierne. De artikler, der var tilgængelige i danske biblioteker, blev frembragt. Dette omfattede i alt 49 artikler.

I databasen PsychInfo er der søgt med emneordene risk perception AND ethnic samt med ordene perceived susceptibility AND ethnic. Der blev fundet i alt 54 referencer, som blev gennemgået i forhold til inklusionskriterierne og tilgængelighed på danske biblioteker. Der blev udvalgt i alt 11 referencer.

I databasen Journal Storage (www.jstor.org) er der søgt på emneordene (ethnic OR race OR racial OR refugees) AND risk perception AND (health OR disease OR injury). Søgningen blev begrænset til at omfatte følgende kategorier af tidsskrifter: African American Studies, American Indian Studies, Anthropology, Classical Studies, Feminist and Women Studies, Language and Literature, Latin American Studies, Population Studies, Psychology, Religion og Sociology. Der blev fundet i alt 53 referencer, hvoraf en enkelt opfyldte inklusionskriterierne.

Ved søgningerne i Rex (Det Kongelige Bibliotek) og Cosmos (Danmarks Natur- og Lægevidenskabelige Bibliotek) blev der brugt følgende søgeord: ethnic, etnisk, etniske, indvandrere, indvandrere, immigrants, migranter, migrants, perception, risiko, risikoopfattelse og risk. Det var kun en enkelt af de fremkomne referencer, der var relevant i forhold til inklusionskriterierne.

Forbehold for afgrænsning i litteraturvalg

Mange faktorer påvirker menneskers forhold til deres egen sundhed, herunder opfattelse af sygdomsrisici. Eksempelvis vil tidligere erfaringer med sundhed og sygdom, samt information formidlet via kontakter med sundhedsprofessionelle og i sociale netværk, kunne påvirke den enkeltes syn på og viden om sygdom og risiko (Mosca et al. 2004, Rinderknecht & Smith 2002, Sensky 1996). Selv om disse og lignende forhold sandsynligvis kan forklare dele af de eventuelle etniske forskelle i risikoopfattelse, berøres de ikke nærmere i rapporten.

Rapporten beskæftiger sig med etniske og migrative indvirkninger på risikoopfattelse. Litteratursøgningen er begrænset til at relatere sig til den direkte sammenhæng. Imidlertid var der ikke ret megen sådan litteratur og slet ikke litteratur, hvor alle relevante medvirkende faktorer i forhold til risikoopfattelse og –håndtering er belyst. Sådanne relevante faktorer er eksempelvis self-efficacy og sense of control. De faktorer, der er berørt i rapporten, er således fremkommet, dels fordi de optræder i litteraturen, og dels fordi vi har fundet dem relevante i forhold til risikoopfattelse. Rapporten udgør derfor ikke en systematisk gennemgang af alle de faktorer, som kan have relevans for sammenhængen mellem etnicitet, migration og risikoopfattelse, fordi der primært er taget udgangspunkt i begreberne etnicitet og migration – og deres indflydelse på aspekter relateret til risikoopfattelse. Vi har ikke søgt litteratur om risikokommunikation og dermed heller ikke afdækket eksempelvis erfaringer med at kommunikere om sygdomsrisici til etniske minoriteter.

Skrøbelig dokumentation

Den fundne litteratur repræsenterer et bredt udsnit af forskellige fagtraditioners litteratur om emnet. Vi har i vid udstrækning selv tænkt skridtet videre i forhold til risikoopfattelse, når der er fundet relevante elementer af etnicitet og migration. Vi har forsøgt at gøre tydeligt opmærksom på, når vi selv har udledt sammenhænge på baggrund af litteraturen. Eksempelvis tager antropologen Cecil G. Helman i sin beskrivelse af etniske forskelle i sygdomsopfattelse ofte udgangspunkt i antropologiske studier foretaget i tredjeverdenslande. Her har vi selv trukket paralleller både til etniske minoriteter i vestlige lande samt til opfattelsen af risiko ud fra Helmans studier om sygdomsopfattelser.

Vi har fundet meget lidt litteratur omhandlende etniske minoriteter og risikoopfattelse i en dansk kontekst. Man skal være varsom med at overføre konklusioner fra udenlandske undersøgelser til danske forhold, da Danmark i en kortere årrække end eksempelvis England, Holland og USA har været et multikulturelt samfund. Desuden er der mellem landene forskel på, hvorfra de etniske minoriteter kommer, i hvor mange generationer de har været i landet, hvilken social position de har, samt i hvor høj grad minoriteternes tilstedeværelse i samfundet problematiseres. Derved har de etniske minoriteter i Danmark en anderledes position i det danske samfund, end det er tilfældet i mange af de lande, hvor den benyttede litteratur stammer fra.

Man må også være påpasselig med at drage konklusioner omkring etniske forskelle i eksempelvis risikoopfattelse, når disse forskelle er fundet i undersøgelser, der kun inkluderer en enkelt etnisk gruppe. Vi er stødt på flere referencer, hvor en etnisk minoritetsgruppes adfærd eller opfattelse er fundet afvigende fra det forventede. I disse undersøgelser konkluderes det til tider, at det afvigende bunder i noget etnisk, selv om man ikke sammenligner med andre etniske grupper. Eksempelvis har en amerikansk undersøgelse vist, at afroamerikanske forældre og værger til overvægtige børn ikke vurderer barnets overvægt som en sygdomsrisiko. Forfatterne til undersøgelsen begrundede denne afvigelse i noget specifikt etnisk som fx et andet kropsideal. Det er en problematisk årsagsforklaring, da der i undersøgelsen ikke er en sammenligningsgruppe, og da man ikke har undersøgt deltagernes kropsideal (Young-Hyman et al. 2000). Derved negligerer man andre mulige årsagsforklaringer med rødder i fx sociale forhold. I forhold til overvægt kan det tænkes, at forældre uanset etnisk baggrund har vanskeligt ved at anerkende en risikofaktor, de som forældre selv delvis er skyld i. Desuden er der tale om en socialt marginaliseret gruppe, der ofte har ringere viden om sammenhængen mellem overvægt og sygdom. Det er således nødvendigt at tage hensyn til, at alle mennesker uanset etnisk baggrund er under påvirkning af forskellige faktorer i deres situation. Derfor vil der generelt være forskel på lægmænds og sundhedsprofessionelles syn på, hvordan risici bør opfattes og håndteres.

Appendiks 2: Samfunds- og sundhedsforhold for etniske minoriteter i Danmark

Indledning

I dette appendiks vil samfunds- og sundhedsforhold for etniske minoriteter blive karakteriseret. Appendikset tjener som en beskrivelse af udvalgt litteratur om etniske minoriteter i Danmark. For det første får læseren et indblik i demografiske forhold, herunder at andelen af etniske minoriteter fremover vil stige. Herefter beskrives det, at forskningen tyder på en større sygelighed og forekomst af risikofaktorer i denne del af befolkningen. Dernæst gives læseren et billede af, hvordan risikofattelse, sundhedsadfærd og sundhedsstatus i almindelighed er påvirket af sociale og kommunikationsmæssige forhold. Disse forhold må tages i betragtning, når man beskæftiger sig med etniske minoriteter, da disse er overrepræsenterede i de lavere socialgrupper, og endvidere har flere kommunikationsmæssige vanskeligheder end den etniske majoritet.

Demografiske forhold

Det multikulturelle samfund stiller i stigende grad planlæggere og personale på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet over for en række nye udfordringer. Udfordringerne bunder i, at det ikke er givet, at etniske minoriteter har udbytte af samme indsatser som majoriteten. De seneste årtier har været præget af en forholdsvis stor vækst i antallet af borgere med etnisk minoritetsbaggrund, idet antallet af indvandrere og efterkommere¹ gennem de seneste 25 år fra 1980-2004 er steget med i alt 189% (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2004). Dermed udgør de pr. 1. januar 2005 ca. 8% af den danske befolkning (Danmarks Statistik 2005). Omkring 70% af indvandrere og efterkommere i Danmark har oprindelse i et ikke-vestligt land (lande udenfor Norden, EU og Nordamerika). Således udgør denne gruppe ca. 6% af den danske befolkning i 2005. De største grupper baseret på nationalitet er pr. 1. januar 2005 tyrkere (12% af alle indvandrere og efterkommere i Danmark), irakere (6%), libanesere (5%) samt personer fra Bosnien-Hercegovina (5%) (ibid.).

I forhold til den forventede udvikling i antallet af indvandrere og efterkommere i Danmark viser en fremskrivning udarbejdet af Danmarks Statistik, at indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande vil udgøre 7,5% af den danske befolkning i 2014 og 11,4% i 2050 (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2004).

Sundhed og sygelighed

Udenlandske undersøgelser af forskellige etniske minoritetsgruppers sygelighed og forekomst af risikofaktorer viser, at etniske minoriteter generelt har dårligere helbred og højere forekomst af risikofaktorer end baggrundsbefolkningen i de respektive lande (McKay et al. 2003, s. 17ff). I Danmark har den relativt begrænsede forskning inden for feltet vist, at der ikke er markante forskelle i sygelighed mellem majoritetsbefolkningen og etniske minoriteter (Ingerslev 2000, Nielsen et al. 2002, Stadslægen og Sundhedsdirektoratet 1998). Dog har undersøgelser fundet variationer i sygdomsmønstre og brug af sundhedsvæsenets ydelser mellem majoritetsbefolkningen og etniske minoriteter samt internt i gruppen af etniske minoriteter. Eksempelvis er der fundet lavere forekomst af brystkræft men større tumorer ved diagnosticering blandt etniske minoritetskvinder, højere forekomst af diabetes og infektiøse sygdomme blandt indvandrere fra ikke-vestlige lande samt en hyppigere brug af skadestuen blandt visse indvandrergrupper (Ingerslev 2000, Norredam et al. 1999, Norredam et al. 2004).

Det er kun i begrænset omfang belyst hvilke risikofaktorer, der optræder for forskellige etniske minoriteter i Danmark. Ligeledes mangler man viden om, hvordan de etniske minoriteter forholder sig til disse sygdomsrisici. Der er i internationale undersøgelser fundet en tendens til, at migranter

¹ Indvandrere er her defineret som personer født i udlandet, hvor begge forældre er udenlandske statsborgere eller født i udlandet. Efterkommere er defineret som personer, der er født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er dansk statsborger.

i nogen grad medbringer livsstile fra deres hjemlande, og at deres udsættelse for nogle sygdomsrisici derfor minder om udsættelsen i hjemlandet (McKay et al. 2003, s. 11). Således kan der være andre risici for disse grupper end for majoritetsbefolkningen, og viden om hvordan etniske minoriteter opfatter disse risici, kan med fordel inddrages i forebyggende tiltag.

Sociale forhold

Gruppen af etniske minoriteter dækker over borgere fra en lang række lande med forskellige kulturelle, religiøse, uddannelsesmæssige, økonomiske og sociale baggrundsforhold. Der er langt fra tale om en homogen gruppe, og det er vanskeligt entydigt at karakterisere gruppen.

I megen forskning om etniske minoriteter i vestlige samfund tillægges kulturelle forhold ofte stor betydning, mens betydningen af sociale forskelle mellem majoriteter og minoriteter samt betydningen af strukturelle forhold ofte nedtones (Comstock et al. 2004, Ejrnæs 2002, Koniak-Griffin et al. 2003, Nazroo 1998). Nogle af disse forskelle, nemlig sociale og kommunikationsmæssige forhold blandt etniske minoriteter, diskuteres derfor i det følgende. Vi vil endvidere diskutere, hvordan disse forhold kan have indflydelse på etniske minoriteters risikoopfattelse og derved muligvis være med til at forklare eventuelle etniske forskelle i risikoopfattelse. Desuden diskuteres implikationer af sociale og kommunikationsmæssige forhold for menneskers mulighed for at tilegne sig viden.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at sociale forhold varierer både mellem og internt i etniske minoritetsgrupper (Balarajan 2001, s. 232, Maliski et al. 2004, Mygind Nielsen et al. 2002, Nazroo 1998, Pfeffer & Moynihan 1996). De sociale aspekter er afgørende at tage i betragtning, fordi der i Danmark og andre vestlige lande eksisterer en skævvridning mellem den etniske majoritet og de etniske minoriteters sociale positioner. Der er således en overrepræsentation af etniske minoriteter i de lavere socialgrupper og en tilsvarende underrepræsentation i de højere. Inden for hver socialgruppe eksisterer desuden et etnisk hierarki, hvor majoriteten generelt er øverst placeret og minoriteterne nederst (Dyhr 2000, Jakobsen et al. 2000, Maliski et al. 2004, Nazroo 1998).

Forskellen i social position har flere konsekvenser. For det første er der større risiko for risikoadfærd og sygdom i de lavere socialgrupper (Dyhr 2000, Holstein et al. 1997, Holstein 1998). Det skyldes, at dårligt helbred kan medføre, at man i mindre grad kan gennemføre uddannelser og varetage jobs, men også at lavere socialgrupper har færre økonomiske og sociale ressourcer. Det kan føre til mindre mulighed for sund livsstil og mindre socialt overskud, hvilket kan forringe helbredet (Akhavan et al. 2004). Flere studier påpeger, at sociale forskelle mellem etniske minoriteter og majoriteten kan forklare en meget stor del af de etniske helbredsforskelle, mens etnicitet i denne forbindelse forklarer en langt mindre del (Farmer & Ferraro 2005, Hjelm 1998, s. 90, Mygind Nielsen et al. 2002).

For det andet gør den sociale marginalisering det vanskeligere for de etniske minoriteter at forholde sig til sygdomsrisici, da de i højere grad kan føle usikkerhed og mangel på indflydelse på egen og pårørendes helbreds-mæssige situation (Akhavan et al. 2004, Mulligan-Smith et al. 1998, Pfeffer & Moynihan 1996, Hansen & Svendsen 2005).

For det tredje er socialt og etnisk marginaliserede mennesker udsat for en form for dobbelt marginalisering (Krieger 2000, Sonne Nielsen 2005). Den dobbelte marginalisering understøttes blandt andet af en lille, sammenlignende undersøgelse af etniske grupper i Danmark baseret på spørgeskemadata (Mygind Nielsen et al. 2002). Her blev der fundet meget store forskelle på selv vurderet helbred mellem etniske minoriteter og majoriteten. Forskellen blev i høj grad forklaret af sociale forhold, men den ekstra effekt af både at være socialt og etnisk marginaliseret havde også en selvstændig betydning for de etniske forskelle i selv vurderet helbred (ibid.).

Samme konklusion om, at der er betydeligt samspil mellem sociale og etniske forhold, når Honig (2002) til i en amerikansk undersøgelse af unge med forskellige, etniske baggrunde. Undersøgelsen viste, at unge i socialt belastede områder med mange forskellige etniske grupper generelt var passive i forhold til deres helbred. Det indebar blandt andet en forventning om, at andre tog ansvaret for

beslutninger vedrørende deres helbred. De unge, der i forvejen var i en alder med en høj forekomst af risikoadfærd, var udover alderen påvirket af både etniske og sociale forhold i deres syn på deres egen indflydelse på sundhed (ibid.).

At der er tale om et samspil mellem sociale og etniske forhold underbygges af en undersøgelse af kvinder i USA med forskellige etniske baggrunde. Undersøgelsen viste, at minoritetskvinder i mindre grad end majoritetskvinder var bekymrede for, om de selv eller deres pårørende blev smittet med HIV (Kalichman et al. 1992). Forskellene bestod, når man tog hensyn til, at de etniske minoritetskvinder i undersøgelsen havde en mere risikabel sundhedsadfærd. I undersøgelsen havde man imidlertid også spurgt kvinderne om deres opfattelse af alvorligheden af andre problemer, herunder bolig – og arbejdsforhold, adgang til medicin, stofmisbrug og kriminalitet. Kvinderne med etnisk minoritetsbaggrund fandt disse problemer mere alvorlige end majoritetskvinderne. Det understreger, at opfattelsen af risikoen for et givent, negativt udfald (her HIV-smitte) er påvirket af andre risici i menneskers liv (her eksempelvis dårlige arbejdsforhold). Etniske forskelle i opfattelse af risikoen for en bestemt sygdom kan hænge sammen med, at nogle mennesker har højere risiko for andre sygdomme og dårligere sociale forhold. Dermed vil de ikke vurdere risikoen for den givne sygdom ret højt i forhold til disse andre risici og dårlige forhold (ibid.). Denne sammenhæng skal ses i lyset af, at etniske minoriteter i Danmark og andre vestlige lande, som nævnt, i højere grad end majoritetsbefolkningerne befinder sig i lavere socialgrupper. Således må man medtænke sociale forhold, når man forsøger at forstå og forklare etniske forskelle i risikoopfattelse.

Kommunikationsmæssige forhold

For etniske minoriteter i Danmark kan det være vanskeligt at tale og forstå det danske sprog i alle dets nuancer, hvilket kan gøre det svært at tilegne sig viden om sygdomsrisici. Der vil være store forskelle på, hvor stort problemet er for den enkelte – eksempelvis afhængig af hvor længe personen har opholdt sig i Danmark. I tillæg kan der være vanskeligheder med at relatere sig til den måde, hvorpå der bliver kommunikeret om sygdomsrisici.

Der eksisterer således for en del af gruppens vedkommende væsentlige, sproglige barrierer for fx at forstå risikokommunikation på dansk formidlet via typiske, danske kommunikationskanaler (Kristiansen & Mygind Nielsen 2004, Mogensen & Matthiesen 2000). Det kan naturligvis skyldes, at kommunikationen vedrører komplekse og abstrakte forhold, og ydermere foregår på et sprog, de pågældende kun sparsomt eller slet ikke forstår (Hansen & Svendsen 2005). Det kan også skyldes, at tolk og/eller skriftligt oversatte materialer langt fra altid benyttes, eller at brug heraf er utilstrækkelig for god kommunikation (Galal & Galal 2003).

Som følge af sprogvanskeligheder kan det være vanskeligere for etniske minoriteter at opnå adgang til forskellige medier og forstå de mainstreamformidlede budskaber om sygdomsrisici. Der kan også være en oplevelse af mangel på relevans af budskabet, eksempelvis fordi budskabet med hensyn til form, indhold og eksempler refererer til den etniske majoritet. Endvidere kan kommunikationsproblemer ved risikokommunikation skyldes en større afstand mellem målgruppe og afsender, herunder etnisk og socialt, eller mindre tillid til de anvendte kommunikationskanaler. Tilliden til formidlere af risikobudskaber og de anvendte kanaler er afgørende for succes med risikokommunikationen (Hansen & Svendsen 2005). Etniske minoriteter kan desuden gøre brug af andre kommunikationskanaler end majoriteten (Gandy 2001). En amerikansk undersøgelse af etniske minoriteters adgang til viden om sundhed fandt for eksempel, at såkaldte mainstreammaterialer ikke nåede de etniske minoriteter, og at der var forskelle i typen af kanaler, man brugte, afhængigt af køn, alder samt hvor længe man havde boet i USA (O'Malley et al. 1999). En anden amerikansk undersøgelse viste ligeledes etniske forskelle i hvilke kanaler, man benytter, når man søger viden om risici (Burger et al. 1999). Majoritetsbefolkningen brugte hyppigere skriftligt materiale set i forhold til afroamerikanere og det spansktalende mindretal i USA (ibid.). Udover de etniske forskelle i forhold til brug af kommunikationskanaler kan der også være sociale forskelle. Eksempelvis viste førnævnte undersøgelse, at migranter og lavtuddannede oftest rapporterede, at de ikke var i stand til at finde sundhedsinformationer (O'Malley et al. 1999). Endelig kan etniske minoriteter have et mere kritisk syn på

bestemte medier end majoriteten. En amerikansk undersøgelse viste eksempelvis, at afroamerikanere oplevede forskellige medier, herunder radio, aviser og TV, som fordomsfulde og stereotypiserende over for deres etniske gruppe. Derfor blev disse medier mødt med skepsis (Gandy 2001).

Det er altså ikke kun med hensyn til social position, at etniske minoriteter kan være marginaliserede, men også med hensyn til kommunikationsmæssige forhold.

Konsekvenser for tilegnelse af viden

Den marginaliserede sociale og kommunikationsmæssige position kan påvirke etniske minoriteters viden om forskellige sygdomsrisici og om, hvordan man kan håndtere dem. Det er derfor vigtigt at tage hensyn til forskelle i viden, når man belyser risikopfattelse blandt etniske minoriteter.

Viden om sundhed, risiko og sygdom påvirker menneskers risikopfattelse og – håndtering. Denne viden kan være forskellig blandt etniske grupper samt internt i de etniske grupper, eksempelvis påvirket af uddannelsesmæssig baggrund (Bandyopadhyay & Thomas 2002, Panday et al. 2005). Undersøgelser har fx vist etniske forskelle i viden om rygningssammenhæng med cancer og hjertesygdomme blandt asiater i USA (Ma et al. 2002, Ma et al. 2003). Asiaterne havde udbredt viden om sammenhængen mellem rygning og cancer, men der var forskelle internt mellem asiaterne, idet kinesere og koreanere havde mere viden om sammenhængen end vietnamesere og cambodianere. Endvidere havde kvinderne et højere vidensniveau end mændene. Betydningen af uddannelse blev ligeledes påpeget i undersøgelserne, idet højtuddannede havde mere viden om sammenhængene (Ma et al. 2003, Ma et al. 2002). Ligeledes er der fundet etniske forskelle i viden om de risici, der kan være forbundet med at spise fisk (Burger et al. 1999). Således havde majoritetsbefolkningen forholdsvis mest viden om dette, mens personer med latinamerikansk baggrund havde mindst viden. Afroamerikaneres vidensniveau lå herimellem.

En eventuel variation i vidensniveau mellem etniske grupper kan skyldes såvel kommunikationsmæssige som sociale forhold (Foxall et al. 2001, Ma et al. 2003). Eksempelvis er brugen af ikke-kulturelt tilpassede materialer udbredt i USA, ligesom det er tilfældet i Danmark (Ma et al. 2002). Materialer om sygdomsrisici kan være vanskelige at forstå og bruge, selv for majoriteten, som følge af det ofte komplicerede indhold og terminologien. For de etniske minoriteter, hvor der kan være sprogmæssige og sociale barrierer, kan materialet og anden risikokommunikation, eksempelvis information om risici fra sundhedsprofessionelle, være endnu vanskeligere at forholde sig til, hvilket kan påvirke minoriteternes vidensniveau.

Det er endvidere vist, at jo længere tid etniske minoriteter befinder sig i modtagerlandet, jo mere viden opnår de omkring forskellige sygdomme, hvilket igen hænger sammen med risikopfattelse (Carlsson & Johnson 2004). Et canadisk studie viste således, at viden om osteoporose blandt koreanere var højest blandt de, der havde været længst i Canada. Denne viden hang sammen med en øget oplevelse af at være i risiko for sygdommen samt højere motivation for at forebygge sygdommen (ibid.).

Betydningen af etniske forskelle i viden om sundhed og sygdom for de etniske minoriteters opfattelse og håndtering af sygdomsrisici må ikke undervurderes. Samtidig må sociale og kommunikationsmæssige forholds betydning for menneskers vidensniveau medtænkes.

Det må påpeges, at selv om mennesker har et højt vidensniveau om en risikofaktor, betyder det ikke nødvendigvis, at de håndterer denne risiko ud fra kun denne viden.

Sammenfatning

Eventuelle forskelle i risikopfattelse mellem etniske minoriteter og majoriteten kan sandsynligvis delvist forklares ud fra, at førstnævnte gruppe har en mere marginaliseret social og kommunikationsmæssig position i det danske samfund. Sociale og kommunikationsmæssige forhold kan påvirke menneskers viden om sygdomsrisici. Disse forhold bør derfor inddrages i overvejelser om risikopfattelse hos – og i risikokommunikation til – etniske minoriteter.

Litteraturliste

1

Akhavan S, Bildt CO, Franzén EC, Wamala S. Health in Relation to Unemployment and Sick Leave Among Immigrants in Sweden From a Gender Perspective. *Journal of Immigrant Health* 2004; 6:103-118.

2

Arenas JG. Indledning. Organiseret vold, migration og interkulturel psykologi. I: *Interkulturel psykologi*, ed. Arenas JG. København: Hans Reitzels Forlag, 1997; 13-24.

3

Aspinall PJ. Operationalising the collection of ethnicity data in studies of the sociology of health and illness. *Sociology of Health & Illness* 2001; 23:829-862.

4

Aydas M. Mellem tradition og det moderne. *Social Forskning*. Temanummer december: Etniske minoriteter i velfærdssamfundet, 2000.

5

Balarajan R. Challenges and policy implications of ethnic diversity and health. I: *Health and Ethnicity*, ed. Macbeth H, Shetty P. London and New York: Taylor & Francis, 2001; 16:233-242.

6

Bandyopadhyay M, Thomas J. Women migrant workers' vulnerability to HIV infection in Hong Kong. *AIDS Care* 2002; 14:509-521.

7

Barraco D, Valencia G, Riba AL, Nareddy S, Draus CBSN, Schwartz SM. Complementary and alternative medicine (CAM) use patterns and disclosure to physicians in acute coronary syndromes patients. *Complementary Therapies in Medicine* 2005; 13:34-40.

8

Bedi R. Betel-quid and tobacco chewing among the United Kingdom's Bangladeshi community. *British Journal of Cancer* 1996; 74:S73-S77.

9

Beiser M. Changing time perspective and mental health among Southeast Asian refugees. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1987; 11:437-464.

10

Bender DE, Castro D. Explaining the Birth Weight Paradox: Latina Immigrants' Perceptions of Resilience and Risk. *Journal of Immigrant Health* 2000; 2:155-173.

11

Bhopal R. Ethnicity and race as epidemiological variables: centrality of purpose and context. I: *Health and Ethnicity*, ed. Macbeth H, Shetty P. London and New York: Taylor & Francis, 2001; 3:21-40.

12

Bogart LM, Thorburn S. Are HIV/AIDS Conspiracy Beliefs a Barrier to HIV Prevention Among African Americans? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2005; 38:213-218.

13

Bogason P, Sørensen E. Bottom-up analyser – en introduktion. I: *Samfundsforskning bottom-up. Teori og metode*, ed. Bogason P, Sørensen E. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, 1998; 7-18.

14

Brener ND, Eaton DK, Lowry R, McManus T. The Association between Weight Perception and BMI among High School Students. *Obesity Research* 2004; 12:1866-1874.

15

Burger J, Pflugh KK, Lurig L, Von Hagen LA, Von Hagen S. Fishing in Urban New Jersey: Ethnicity Affects Information Sources, Perception, and Compliance. *Risk Analysis* 1999; 19:217-229.

16

Bustos E. At være flygtning – et angreb mod identiteten. I: *Interkulturel psykologi*, ed. Arenas JG. København: Hans Reitzels Forlag, 1997; 2:41-53.

17

Carlsson L, Johnson CSJ. Osteoporosis Health Beliefs and Practices Among Korean Immigrants in Noco Scotia. *Journal of Immigrant Health* 2004; 6:93-100.

18

Comstock RD, Castillo EM, Lindsay SP. Four-Year Review of the Use of Race and Ethnicity in Epidemiologic and Public Health Research. *American Journal of Epidemiology* 2004; 159:611-619.

19

Danmarks Statistik. Statistisk årbog, København, 2005.

20

Dedier J, Penson R, Williams W, Lynch TJ. Race, Ethnicity, and the Patient-Caregiver Relationship. *The Oncologist* 1999; 4:325-331.

21

Devlin N, Hansen P, Herbison P. Variations in self-reported health status: results from a New Zealand survey. *New Zealand Medical Journal* 2000; 113:517-520.

22

Dolan B, Lacey JH, Evans C. Eating Behaviour and Attitudes to Weight and Shape in British Women from Three Ethnic Groups. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157:523-528.

23

Dyhr L. Etniske minoriteter. I: *Klinisk socialmedicin*, ed. Michelsen N, Jensen BT, Nielsen CV, Schroll M. Munksgaard, 2000; 207-217.

24

Ejrnæs M. Etniske minoriteters tilpasning til livet i Danmark – forholdet mellem majoritetssamfundet og etniske minoriteter. *Akademiet for Migrationsstudier i Danmark*, 2002.

25

Emami A, Torres S. Making Sense of Illness: Late-in-Life Migration as Point of Departure for Elderly Iranian Immigrants' Explanatory Models of Illness. *Journal of Immigrant Health* 2005; 7:153-164.

26

Evans D, Fullilove MT, Green L, Levison M. Awareness of Environmental Risks and Protective Actions among Minority Women in Northern Manhattan. *Environmental Health Perspectives* 2002; 110, suppl. 2:271-275.

27

Ey S, Klesges LM, Patterson SM, Hadley W, Barnard M, Alpert BS. Racial Differences in Adolescents' Perceived Vulnerability to Disease and Injury. *Journal of Behavioral Medicine* 2000; 23:421-435.

28

Farmer MM, Ferraro KF. Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status? *Social Science and Medicine* 2005; 60:191-204.

29

Foxall MJ, Barron CR, Houfek JF. Ethnic influences on body awareness, trait anxiety, perceived risk, and breast and gynecologic cancer screening practices. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28:727-738.

30

French SA, Story M, Neumark-Sztainer D, Downes B, Resnick M, Blum R. Ethnic Differences in Psychosocial and Health Behavior Correlates of Dieting, Purging, and Binge Eating in a Population-Based Sample of Adolescent Females. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22:315-322.

31

Fridberg T. *De socialt udstødte*, København: Socialforskningsinstituttet, 1992.

32

Frykman MP. Homeland lost and gained: Croatian diaspora and refugees in Sweden. I: *New Approaches to Migration? Transnational communities and the transformation of home*, ed. Al-Ali N, Koser K. London and New York: Routledge, 2002; 8:118-137.

33

Fulkerson JA, French SA. Cigarette Smoking for Weight Loss or Control Among Adolescents: Gender and Racial/Ethnic Differences. *Journal of Adolescent Health* 2003; 32:306-313.

34

Galal LP, Galal E. Tolkning i socialpsykiatrien. En kvalitativ undersøgelse af sindslidende med anden etnisk baggrund og deres erfaring med brug af tolk, København: Videnscenter for Socialpsykiatri, 2003.

35

Gandy OH Jr. Racial Identity, Media Use, and the Social Construction of Risk among African Americans. *Journal of Black Studies* 2001; 31(5):600-618.

36

Giddens A. *Sociology*, Oxford: Blackwell Publishers Ltd., 1997.

37

Graham RE, Ahn AC, Davis RB, O'Connor BB, Eisenberg DM, Philips RS. Use of Complementary and Alternative Medical Therapies among Racial and Ethnic Minority Adults: Results from the 2002 National Health Interview Survey. *Journal of the National Medical Association* 2005; 97:535-545.

38

Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*, McGraw-Hill, 1999.

39

Greening L, Stoppelbein L. Religiosity, Attributional Style, and Social Support as Psychosocial Buffers for African American and White Adolescents' Perceived Risk for Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2002; 32:404-417.

40

Hakes JK, Viscusi WK. Dead Reckoning: Demographic Determinants of the Accuracy of Mortality Risk Perceptions. *Risk Analysis* 2004; 24:651-664.

41

Hansen MB, Svendsen MN. *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2005.

40

Helman CG. *Culture, Health, and Illness*, London: Arnold Publisher, 2001.

41

Hjelm K. Migration, health and diabetes mellitus. Department of Community Health Sciences, Lund University, Lund, 1998.

42

Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40:627-643.

43

Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Swedish and Middle-Eastern-born women's beliefs about gestational diabetes. *Midwifery* 2005a; 21:44-60.

44

Hjelm KG, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin. *Journal of Advanced Nursing* 2005b; 50:47-59.

45

Holroyd EA, Taylor-Piliae RE, Twinn SF. Investigating Hong Kong's Filipino Domestic Workers' Healthcare Behavior, Knowledge, Beliefs and Attitudes Towards Cervical Cancer and Cervical Screening. *Women & Health* 2003; 38:69-82.

46

Holstein B. *Sundhed og samfund. I: Sociologi. En grundbog til et fag*, ed. Andersen H. København: Hans Reitzels Forlag, 1998; 214-232.

47

Holstein B, Iversen L, Kristensen TS. *Social struktur og helbred. I: Medicinsk sociologi*. København: FADL, 1997; 4:69-91.

48

Honig J. Perceived Health Status in Urban Minority Young Adolescents. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing* 2002; 27:233-237.

49

Horst C. *Kulturmødet: Norm og acceptabilitet. I: Norm og acceptabilitet. Sproglige og kulturelle forskelligheder i det flerkulturelle samfund*, ed. Horst C, Lund K. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag, 2004; 9-33.

50

Hughes C, Lerman C, Lustbader E. Ethnic differences in risk perception among women at increased risk for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 1996; 40:25-35.

51

Hunter DJ, Killoran A. Tackling health inequalities: turning policy into practice? Health Development Agency, London, 2004.

52

Ingerslev O. Sundhedsforhold blandt indvandrere. I: *Integration i Danmark omkring årtusindskiftet*, ed. Mogensen GV, Matthiesen PC. Århus: Rockwool Fondens Forskningsenhed, Aarhus Universitetsforlag, 2000; 7:222-251.

53

Jakobsen V, Thomsen SA, Christiansen CC. Forbrug og økonomi hos etniske minoritetsfamilier i Danmark, København: Socialforskningsinstituttet, 2000.

54

Johnson BB. Gender and Race in Beliefs about Outdoor Air Pollution. *Risk Analysis* 2002; 22:725-738.

55

Johnson BB. Arguments for Testing Ethnic Identity and Acculturation as factors in Risk Judgments. *Risk Analysis* 2004; 24:1279-1287.

56

Kalichman SC, Hunter TL, Kelly JA. Perceptions of AIDS Susceptibility Among Minority and Nonminority Women at Risk for HIV Infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60:725-732.

57

Kennedy P, Roudometof V. Transnationalism in a global age. I: *Communities across Borders. New immigrants and transnational cultures*, ed. Kennedy P, Roudometof V. London and New York: Routledge, 2002; 1:1-26.

58

Kofoed J. Med tvivlen som retning, København: Dansk Flygtningehjælp, 1997.

59

Koniak-Griffin D, Lesser J, Uman G, Nyamathi A. Teen Pregnancy, Motherhood, and Unprotected Sexual Activity. *Research in Nursing & Health* 2003; 26:4-19.

60

Krieger N. Discrimination and Health. I: *Social Epidemiology*, ed. Berkman LF, Kawachi I. Oxford: Oxford University Press, 2000; 3:36-75.

61

Kristiansen M, Mygind Nielsen A. Komplekse møder. Hospitalspersonalets oplevelser af mødet med etniske minoritetspatienter på en børneafdeling, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2004.

62

Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A, Nørredam M. Kortlægning af aktiviteter om forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelagt for etniske minoriteter i Danmark, København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2005.

63

Kwok C, Cant R, Sullivan G. Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women [Epub ahead of print]. *Health Education Research* (11. maj), 2005.

64

LaChausse RG. Attitudes Toward Tobacco Advertising Among Hispanic Migrant Farm Workers. *Journal of Immigrant Health* 2001; 3:107-110.

65

Langford IH, Georgiou S, Bateman IJ, Day RJ, Turner KT. Public Perceptions of Health Risks from Polluted Coastal Bathing Waters: A Mixed Methodological Analysis Using Cultural Theory. *Risk Analysis* 2000; 20:691-704.

66

Lawton J, Ahmad N, Hanna L, Douglas M, Hallowell N. "I can't do any serious exercise": barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes [Epub ahead of print]. *Health Education Research* (13. juni), 1002.

67

Lewis G. Health: an elusive concept. I: *Health and Ethnicity*, ed. Macbeth H, Shetty P. London and New York: Taylor & Francis, 2001; 5:59-67.

68

Ma GX, Fang CY, Tan Y, Feeley RM. Perceptions of risks of smoking among Asian Americans. *Preventive Medicine* 2003; 37:349-355.

69

Ma GX, Tan Y, Feeley RM, Thomas P. Perceived risks of certain types of cancer and heart disease among Asian American smokers and non-smokers. *Journal of Community Health* 2002; 27:233-246.

70

Macbeth H. Defining the ethnic group. Important and impossible. I: *Health and ethnicity*, ed. Macbeth H, Shetty P. London and New York: Taylor and Francis, 2001; 2:10-20.

71

Maliski SL, Kwan L, Krupski T, Fink A, Orecklin JR, Litwin MS. Confidence in the ability to communicate with physicians among low-income patients with prostate cancer. *Urology* 2004; 64:329-334.

72

Malone RE, Yerger V, Pearson C. Cigar risk perceptions in focus groups of urban African American youth. *Journal of Substance Abuse* 2001; 13:549-561.

73

McKay L, Macintyre S, Ellaway A. *Migration and Health: A Review of the International Literature*, Glasgow: Medical Research Council, Social & Public Health Sciences Unit, 2003.

74

Meana M, Bunston T, George U, Wells L, Rosser W. Older Immigrant Tamil Women and Their Doctors: Attitudes Toward Breast Cancer Screening. *Journal of Immigrant Health* 2001; 3:5-13.

75

Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration. Årbog om udlændinge i Danmark 2004 – status og udvikling, København, 2004.

76

Mirdal GM. Migration og sygdom: fra nostalgi til PTSD. I: *Interkulturel psykologi*, ed. Arenas JG. København: Hans Reitzels Forlag, 1997; 4:66-74.

77

Mogensen GV, Matthiesen PC. Integration i Danmark omkring årtusindskiftet: indvandrernes møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet, København og Århus: Rockwool Fondens Forskningsenhed og Aarhus Universitetsforlag, 2000.

78

Mosca L, Ferris A, Fabunmi R, Robertson RM. Tracking Women's Awareness of Heart Disease. An American Heart Association National Study. *Circulation* 2004; 109:573-579.

79

Moustgaard H, Bjerregaard P, Borch-Johnsen K, Jørgensen ME. Diabetes among Inuit migrants in Denmark [udkommer i oktober 2005]. *International Journal of Circumpolar Health* 2005; 64(4).

80

Mulligan-Smith D, Puranik S, Coffman S. Parental perception of injury prevention practices in a multicultural metropolitan area. *Pediatric Emergency Care* 1998; 14:10-14.

81

Murray SA, Manktelow K, Clifford C. The interplay between social and cultural context and perceptions of cardiovascular disease. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32:1224-1233.

82

Mygind Nielsen A, Emborg Nielsen J, Kristiansen MK. Diskrimination og helbred – en kvantitativ analyse af danskere og etniske minoriteter, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2002.

83

Nauerby T. Health promotion and prevention in a Danish county, præsentation på konferencen "Preventing Cancer across Cultures", Malmö arrangeret af Nordisk Cancer Union (18. januar), 2005.

84

Nazroo JY. Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20:710-730.

85

Nielsen AM, Rasmussen S, Jeppesen KJ. Sygelighed blandt spædbørn fra etniske minoriteter. *Ugeskrift for Læger* 2002; 164(48):5649-5654.

86

Nierkens V, Stronks K, van Oel CJ, de Vries H. Beliefs of Turkish and Moroccan immigrants in The Netherlands about smoking cessation: implications for prevention [Epub ahead of print]. *Health Education Research* (21. marts), 2005.

87

Noh S, Kaspar V. Perceived Discrimination and Depression: Moderating Effects of Coping, Acculturation, and Ethnic Support. *American Journal of Public Health* 2003; 93:232-238.

88

Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen T, Keiding N, Joost Michaelsen J, Sonne Nielsen A. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004; 32(1):53-59.

89

Norredam M, Krasnik A, Petersen JH. Indvandrerkvinders adgang til det danske sundhedsvæsen. *Ugeskrift for Læger* 1999; 161:4385-4388.

90

Ong JK, Back MF, Jiade LJ, Shakeseare TS, Wynne CJ. Cultural attitudes to cancer management in traditional South-East Asian patients. *Australasian Radiology* 2002; 46:370-374.

91

O'Malley AS, Kerner JF, Johnson L. Are We Getting the Message Out to All? Health Information Sources and Ethnicity. *American Journal of Preventive Medicine* 1999; 17:198-202.

92

Paeratakul S, White MA, Williamson DA, Ryan DH, Bray GA. Sex, Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and BMI in Relation to Self-Perception of Overweight. *Obesity Research* 2002; 10:345-350.

93

Panday S, Reddy SP, Ruiter RAC, Bergström E, de Vries H. Determinants of smoking cessation among adolescents in South Africa [Epub ahead of print]. *Health Education Research* (16. marts), 2005.

94

Pfeffer N, Moynihan C. Ethnicity and health beliefs with respect to cancer: a critical review of methodology. *British Journal of Cancer* 1996; 74:S66-S72.

95

Pomerleau J, McKeigue PM, Chaturvedi N. Factors associated with obesity in South Asian, Afro-Caribbean and European women. *International Journal of Obesity* 1999; 23:25-33.

96

Remennick L. "I Have No Time for Potential Troubles": Russian Immigrant Women and Breast Cancer Screening in Israel. *Journal of Immigrant Health* 2003; 5:153-163.

97

Reventlow S, Lauritzen T. Risiko og forebyggelse. Urealistiske forventninger?, København, Århus, Odense: Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag, 1998.

98

Rice PL. When the Baby Falls!: The Cultural Construction of Miscarriage Among Hmong Women in Australia. *Women & Health* 1999; 30:85-103.

99

Riley NM, Bild DE, Cooper L, Schreiner P, Smith DE et al. Relation of Self-Image to Body Size and Weight Loss Attempts in Black Women. *American Journal of Epidemiology* 1998; 148:1062-1068.

100

Rinderknecht K, Smith C. Body-Image Perceptions among Urban Native American Youth. *Obesity Research* 2002; 10:315-327.

101

Rose G. The strategy of preventive medicine, New York: Oxford University Press, 1992.

102

Røgilds F. Tjek din danskhed. I: Mellem to verdener, ed. Møller L. København: Socialpolitisk Forlag, 2002; 37-42.

103

Sachs L. Disability and Migration: A Case Story. I: Disability and Culture, ed. Ingstad B, Whyte SR. Berkeley: University of California Press, 1995; 210-225.

104

Salih R. Shifting meanings of 'home': consumption and identity in Moroccan women's transnational practices between Italy and Morocco. I: New Approaches to Migration? Transnational communities and the transformation of home, ed. Al-Ali N, Koser K. London and New York: Routledge, 2003; 4:51-67.

105

Satterfield TA, Mertz CK, Slovic P. Discrimination, Vulnerability, and Justice in the Face of Risk. Risk Analysis 2004; 24:115-129.

106

Schmidt G, Jakobsen V. 20 år i Danmark. En undersøgelse af nydanskernes situation og erfaringer, København: Socialforskningsinstituttet, 2000.

107

Schreiber GB, Robins M, Striegel-Moore R, Obarzanek E, Morrison JA, Wright DJ. Weight Modification Efforts Reported by Black and White Preadolescent Girls: National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. Pediatrics 1996; 98:63-70.

108

Senior PA, Bhopal R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. British Medical Journal 1994; 309:327-330.

109

Sensky T. Eliciting lay beliefs across cultures: principles and methodology. British Journal of Cancer 1996; 74:S63-S65.

110

Sjöberg L, Wåhlberg AA. Risk Perception and New Age Beliefs. Risk Analysis 2002; 22:751-764.

111

Smed S, Denver S. Fødevareefterspørgsel på tværs. Sundhed og ernæring: Er momsdifferentiering en farbar vej?, Fødevareøkonomisk Institut, 2004.

112

Sonne Nielsen A. Smertelige erfaringer. En antropologisk analyse af migrantkvinders fortællinger om sygdom, marginalisering og diskursivt hegemoni, København: Ph.d.-afhandling, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2005.

113

Stadslægen og Sundhedsdirektoratet. Sundhed & Sygdom i København. 1. temadel, København: Stadslægen og Sundhedsdirektoratet, 1998.

114

Stanton B, Romer D, Ricardo I, Black M, Feigelman S, Galbraith J. Early Initiation of Sex and Its Lack of Association With Risk Behaviors Among Adolescent African-Americans. Pediatrics 1993; 92:13-19.

115

Syed HR, Vangen S. Health and migration: a review, Oslo: Norwegian Centre for Minority Health Research (NAKMI), 2003.

116

Taylor DM. Diversity with Justice and Harmony: A Social Psychological Analysis, McGill University, 1996.

117

Werbner P. Global pathways. Working class cosmopolitans and the creation of transnational ethnic worlds. Social Anthropology 1999; 7:17-35.

118

Williams DR. Race, Socio-economic Status, and Health. The Added Effects of Racism and Discrimination. I: Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations – Social, Psychological, and Biological Pathways, ed. Adler NE, Marmot M, McEwen BS, Stewart J. Annals of the New York Academy of Sciences, 1999; 173-188.

119

Wiseman VL. Culture, self-rated health and resource allocation decision-making. Health Care Analysis 1999; 7:207-223.

120

Young-Hyman D, Herman LJ, Scott DL, Schlundt DG. Care Giver Perception of Children's Obesity-Related Health Risk: A Study of African American Families. Obesity Research 2000; 8:241-248.