

# Sundhedsadfærd influeres af psykosocial sårbarhed en kvalitativ undersøgelse blandt migrantmænd i Danmark

**Maria Kristiansen og Anna Mygind**

*Maria Kristiansen Ph.d.-stipendiat, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, E-mail: makk@sund.ku.dk*

*Anna Mygind, orskningsassistent, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet*

## Sammendrag

**Introduktion;** Grundet øget risiko for visse livsstilsrelaterede sygdomme udgør migranter en vigtig målgruppe for sundhedsfremme- og forebyggelsesinterventioner. Det kan imidlertid være vanskeligt at tiltrække migrantmænd til sådanne interventioner, blandt andet grundet psykosocial sårbarhed.

Formålet med undersøgelsen var at opnå indsigt i oplevelsen af psykosocial sårbarhed og betydningen for sundhedsadfærd blandt migrantmænd. Dette gøres via en sekundær analyse af interviewdata vedrørende generelle barrierer for kost- og motionsadfærd blandt denne gruppe.

**Materiale og metoder;** Semi-strukturerede gruppe- og enkeltinterviews blev gennemført med 17 migrantmænd med livsstilsrelaterede sygdomme eller overvægt. Interviewpersonerne boede i København og havde pakistansk, tyrkisk og somalisk oprindelse. Rekruttering foregik via informationsmøder samt ressourcepersoner i to boligområder. Interviewene blev transskriberet og analyseret tematisk. **Resultater;** En vigtig barriere for sundhedsadfærd var psykosocial sårbarhed relateret til mændenes rolle i familien (oplevelse af fremmedgjorthed og utilstrækkelighed) og deres socioøkonomiske position. Mændene oplever disse psykosociale problemstillinger som mere akutte og væsentlige at håndtere end sundhedsadfærd. **Konklusion;** Psykosocial sårbarhed udgør en væsentlig barriere for migrantmænds sundhedsadfærd. Psykosociale behov bør derfor indtænkes i interventioner rettet mod migrantmænd.

## Referee \*

## Keywords

*Migration, mænd, psykosociale behov, forebyggelse, sundhedsfremme, interviews*

## Introduktion

Borgere, der migrerer til Danmark, udgør en voksende andel af den danske befolkning (Danmarks Statistik 2008). Desuden viser flere undersøgelser højere forekomst af visse livsstilsrelaterede sygdomme (fx type 2-diabetes og hjertekarsygdomme) blandt visse

migrantgrupper i forhold til baggrundsbefolkningen i Danmark og andre europæiske lande (Sundhedsstyrelsen 2006a, Bhopal 2007). Den højere forekomst af livsstilsrelaterede sygdomme kan tilskrives en række årsager, fx socioøkonomisk udsathed, marginalisering, øget risikoadfærd og nedsat

brug af forebyggelses- og sundhedsfremmeinterventioner (Nørredam, Nielsen og Krasnik 2006, Kristiansen, Mygind og Krasnik 2006a). Den brede vifte af mulige årsager peger på en kompleks årsagssammenhæng, hvor forskellige typer sårbarhed på individ- og samfundsniveau forårsager højere sygelighed blandt migranter (Nazroo, Jackson, Karlsen og Torres 2007, Sundhedsstyrelsen 2006b).

Migrantmænd kan opleve særlige udfordringer i forhold til sundhedsadfærd, men indgår oftest ikke som en væsentlig målgruppe i danske sundhedsfremme- og forebyggelsesinterventioner (Sundhedsstyrelsen 2005). Desuden er forskning i migrantmænds sundhedsadfærd begrænset.

I planlægningen af sundhedsfremme- og sygdomsforebyggelsesinterventioner anbefales det at udarbejde behovsafdekninger med henblik på at opnå indsigt i målgruppens opfattelser og behov. Inddragelse af målgruppen i planlægning og implementering af interventionerne gør det muligt at identificere hvilke sundhedsmæssige problemer, der opfattes som vigtige i målgruppens dagligdag, og synliggøre barrierer og muligheder for adfærdsændringer. Derved kan relevante temaer, metoder og arenaer identificeres med positiv indvirkning på interventionens effekt (Green og Kreuter 1999, Kristiansen, Mygind og Krasnik 2006b).

I 2006 gennemførte vi en sådan behovsafdekning for Københavns Kommune, hvorved vi identificerede en række konkrete barrierer for migranternes sundhedsadfærd (Mygind, Kristiansen og Krasnik 2006). Disse omfattede aspekter relateret til interventionernes rammer (fx afstand fra hjemmet, egenbetaling, tidspunkt, deltagersammensætning og omklædningsforhold) samt interventionernes indhold (fx motionsformer og -intensitet, kobling mellem teori og praksis samt kobling med socialt samvær). Behovsafdekningen fokuserede primært på disse konkrete barrierer, men derudover fandt vi, at psykosocial sårbarhed var en væsentlig barriere for især mændenes

sundhedsadfærd. Denne sårbarhed forstærkede betydningen af de mere konkrete barrierer. Denne artikel bygger på en sekundær analyse af data fra behovsafdekningen med det formål at opnå dybere indsigt i oplevelsen af psykosocial sårbarhed og betydningen for sundhedsadfærd blandt migrantmænd, som er i særlig risiko for livsstilsrelaterede sygdomme.

## **Materiale og metoder**

### **Udvælgelse af interviewpersoner**

Interviewpersonerne blev inkluderet på baggrund af en række kriterier. De skulle være bosiddende i København og være født i Pakistan, Somalia eller Tyrkiet, idet disse oprindelseslande var blandt de største ikke-vestlige oprindelseslandegrupper med høj forekomst af kost- og motionsrelaterede sygdomme, eksempelvis type 2-diabetes og hjertekarsygdom (Københavns Kommune 2006). Kun personer med erkendt type 2-diabetes, hypertension eller selvrapporteret overvægt blev inkluderet. Disse kriterier bygger på et ønske om at opnå viden om opfattelser og behov blandt personer, der har særligt behov for kost- og motionsinterventioner. Både mænd og kvinder blev inkluderet i behovsafdekningen, men analysen her omfatter kun de mandlige interviewpersoner, idet den oprindelige analyse tydede på, at migrantmændene oplevede andre barrierer for sundhedsadfærd end migrantkvinderne.

Interviewpersonerne blev rekrutteret via informationsmøder samt via ressourcepersoner i to udvalgte københavnske boligområder med særlig høj andel af beboere med anden etnisk baggrund end dansk (Tingbjerg og Mjølnerparken) (Programbestyrelsen 2006).

### **Interviews**

Vi gennemførte tre semi-strukturerede gruppeinterviews og tre semi-strukturerede

enkeltinterviews med i alt 17 mænd født i Pakistan, Tyrkiet eller Somalia.

Kombinationen af interviewtyper skyldtes et ønske om at generere såvel dybdegående, individuelle fortællinger som fortællinger konstrueret i en social kontekst (Anderson, Barr, Edwards, Funnell, Fitzgerald, Wisdom 1996). Interviewpersonerne blev informeret om, at interviewene ville blive optaget på bånd og transskriberet, og at personidentificerbare oplysninger ikke ville blive offentliggjort. Interviewene fandt sted i fælleslokaler i boligområderne eller i interviewpersonernes hjem, og gruppeinterviewene blev opdelt på modersmål.

Tolk blev brugt, når forsker og/eller interviewperson fandt det nødvendigt, hvilket var tilfældet i tre interviews. Tolkene gennemlyttede efterfølgende båndoptagelsen og sammenholdt denne med det transskriberede interview med henblik på at validere tolkningen. Tolkene redigerede udskriften i de tilfælde, hvor den udførte tolkning kunne præciseres.

Interviewene baserede sig på en semistruktureret interviewguide, der løbende blev revideret mellem interviewene.

Interviewguiden rummede begrebsafklarende spørgsmål om kost og motion samt spørgsmål vedrørende konkrete erfaringer med sundhedsadfærd og ønsker til fremtidige interventioner på området. Der blev ikke direkte spurgt til psykosociale forhold, men dette blev hyppigt bragt på banen af interviewpersonerne på flere tidspunkter i interviewene.

Interviewpersonerne repræsenterer forskellige aldersgrupper (35-75 år) og er desuden forskellige i forhold til, hvor længe de har boet i Danmark (5-36 år) (se Tabel 1). De interviewpersoner, der er født i Somalia, har generelt boet kortere tid i Danmark end interviewpersoner født i Pakistan og Tyrkiet, som hovedsageligt kom i 1980'erne som arbejdsmigranter. Omkring halvdelen af interviewpersonerne er ikke i arbejde eller under uddannelse. De fleste bor sammen med andre, og cirka halvdelen rapporterer at have en diagnosticeret sygdom (de øvrige er overvægtige jf. inklusionskriterierne).

Tabel 1. Oversigt over interviewpersoner

Interview-type	Fødeland	Alder	År siden migration til Danmark	I arbejde / under uddannelse	Samboende	Selvrapporteret sygdom
Gruppe	Tyrkiet	42	20	Ja	Ja	-
		52	19	Nej	Nej	-
		45	25	Nej	Ja	Hypertension
		35	17	Nej	Ja	-
		35	20	Ja	Ja	-
		75	35	Nej	Ja	Hjertekarsygdom
Gruppe	Pakistan	40	7	Ja	Ja	-
		48	20	Nej	Ja	-
		48	23	Ja	Ja	Type 2-diabetes
		66	36	Nej	Ja	Hjertekarsygdom
		54	27	Ja	Ja	-
Gruppe	Somalia	35	12	Ja	Ja	-
		36	7	Ja	Nej	-
		36	11	Ja	Ja	-
Enkelt	Tyrkiet	40	18	Ja	Ja	-
	Pakistan	53	26	Nej	Ja	Hjertekarsygdom
	Somalia	46	5	Ja	Ja	-

Interviewpersonerne blev informeret mundtligt og skriftligt om formålet med undersøgelsen, anonymitet samt ret til at trække sig ud af undersøgelsen. Endvidere blev det tydeliggjort, at undersøgelsen blev finansieret af kommunen, men gennemført af universitetet, og deltagelse dermed ikke influerede på personernes kontakt til kommunen. Ifølge retningslinjer for dansk forskning skal interviewstudier ikke forelægges en etisk komite. Ingen personfølsomme oplysninger er registreret i forbindelse med undersøgelsen. Ved rekrutteringen blev interviewpersonerne desuden orienteret om, at der efter undersøgelsens afslutning ville blive indbudt til møder i de forskellige lokalsamfund, hvor forskerne ville fortælle om undersøgelsens resultater, og repræsentanter fra kommunen ville forklare om implikationer af undersøgelsen for fremtidige indsatser. Dette for at understrege vores anerkendelse af interviewpersonernes bidrag samt øge sandsynligheden for, at borgerne oplevede en reel kommunal brug af undersøgelsen

### **Analyse**

Interviewene blev analyseret tematisk (Holliday 2008). I forbindelse med den oprindelige behovsafdækning blev de transskriberede interviews indledningsvist gennemlæst for herved at få et overordnet indtryk af teksten som helhed. Dernæst blev meningsbærende enheder identificeret og relevante temaer udledt. Til sidst blev disse temaer sammenholdt på tværs af interviews. Hvert trin blev først foretaget separat af hver af forskerne efterfulgt af en sammenligning af kodningerne, og potentielle forskelle blev håndteret ud fra en fælles drøftelse.

Et af temaerne, der viste sig betydningsfuldt i den første analyse, var, at forskellige oplevelser af udsathed i hverdagslivet vanskeliggjorde ændringer af sundhedsadfærd. Dette er i analysen tematiseret som psykosocial sårbarhed defineret som sårbarhed, der involverer både psykiske og

sociale forhold omkring det enkelte menneske. For at opnå en dybere indsigt i dette tema genanalyserede vi alle interviewene med dette nye tema for øje ved hjælp af ovenstående fremgangsmåde. Det er resultater fra denne sidstnævnte analyse, der er præsenteret i denne artikel.

Vi har i det følgende præsenteret temaer, der går på tværs af interviewene samt tilhørende illustrative citater. Interviewpersonernes fødelande er angivet som en tilnærmelse til etnicitet for at illustrere bredden i de benyttede citater. De skal således ikke forstås som udtryk for oplevelser, der er knyttet til en bestemt etnicitet. Analysen er ikke foretaget opdelt på fødelandsgrupper, idet fokus er på det at være migrant frem for eventuelle forskelle relateret til fødeland.

### **Resultater**

I alle interviewene blev deltagerne spurgt til deres opfattelser af sundhedsadfærd i relation til kost og motion. Set i lyset af, at mange deltagere havde fået konstateret kronisk sygdom og dermed formodes at have relativt hyppige kontakter til sundhedsvæsenet, finder vi ikke overraskende, at deltagernes opfattelser af sund kost og motion overordnet i høj grad korresponderer med de 8 danske kostråd. De fleste interviewpersoner opfatter således lavt fedt- og sukkerindtag, grønsager, variation, friskhed og begrænsede mængder som elementer i en sund kost. Såvel sund kost som motion opfattes som vigtigt for den fysiske og mentale sundhed.

Analysen viser, at psykosocial sårbarhed udgør en vigtig barriere for sundhedsadfærd for interviewpersonerne. Denne sårbarhed er relateret til mændenes rolle i familien samt deres socioøkonomiske position.

### **Mændenes rolle i familien**

Mændene oplever en fremmedgjorthed i forhold til deres sociale netværk, herunder

særligt kone og børn. En tyrkisk mand fortæller således om fremmedgjorthed som en årsag til, at han tilbringer mange timer i en lokal mandeklub i stedet for at tilbringe tid sammen med sin familie:

*”Den allerstørste konflikt vi har [er] derhjemme [...]. De fleste af os har forladt vores eget land og har valgt at bo i et fremmed land. [...] Vi [har] ikke integreret os i samfundet. Alle de eksisterende muligheder i samfundet kan vi ikke komme til at bruge til noget. [...] Dem, som har været far, og ligesom har styret familien, så oplever han, at han langsomt falder ned og mister autoriteten. Så pludselig opdager vi, at vi har ikke nogen fælles værdier, hverken med konen eller børnene. Hvis det fortsætter sådan, så efter et stykke tid, så begynder man at få psykiske problemer. Når tingene er sådan, hvis jeg ikke kan diskutere ting med min kone og med mine børn, når vi ikke kommer til en fælles løsning, så løber jeg herover [i klubben] for at få luft”*

Interviewpersonen oplever dermed en følelsesmæssig afstand til sin familie og en utilstrækkelighed som ægtemand og far, hvilket medfører, at han søger tilflugt i samværet med andre migrantmænd. Interviewpersonen oplever desuden en mangel på kontrol og indflydelse på egen situation relateret til manglende trivsel og en ændret position i familien. Interviewpersonen oplever således at mangle ressourcer i den nye kontekst, som familien er migreret til, hvilket gør, at han søger tilflugt i et trygt miljø adskilt fra familien. Det gradvise tab af ressourcer og tilhørsforhold hænger desuden sammen med sundhedsadfærd, hvilket udtrykkes i følgende citat af en tyrkisk mand:

*”Pludselig opdager du, at børnene vokser op og er fremmedgjort for deres far, og du føler, at du ikke har gjort din farrolle ordentlig. Når du kommer til det punkt [...] så lukker man sig langsomt inde i sig selv og gider ikke dyrke sport eller det sunde liv. Fordi du mister din familie og dine børn, du kan ikke få en løsning til de problemer. Fordi hvis de tager mig til verdens bedste, dyreste luksuscenter*

*[fitnesscenter], så giver det mig ikke nogen livsglæde, hvis jeg ikke har min kone og mine børn. Hvis jeg har det dårligt med min kone, hvis jeg ikke har det godt med mine børn, hvis jeg ikke kan besvare deres spørgsmål ordentligt, så kan de tilbyde mig et slot, men det giver ingen livsglæde. Man bliver ulykkelig, depressiv og trækker sig tilbage fra jobbet. Man vil ikke engang gå på arbejde, man vil bare være hjemme”*

Denne følelse af manglende tilhørsforhold og ressourcer i relation til de nære sociale relationer i familien gør det således svært at prioritere sundhedsadfærd og ses desuden som en del af årsagen til migrantmændenes sundhedsmæssige udsathed. En pakistansk mand uddyber:

*”De største problemer, det er familieproblemer. [...] Og rigtig mange tænker på deres børn, og deres børn skal uddannes, og hvordan de skal komme videre, og de skal måske have et lille hus, måske her, måske i hjemlandet. Man bruger mange kræfter på at få sine børn uddannede. Det er familieproblemerne, man tænker på, der giver de største problemer, og det er også det, der medfører, at man så bliver syg”*

Flere af mændene ser deltagelse i sundhedsfremme- og forebyggelsesinterventioner som et middel til at opnå sundhed, men også skabe sociale relationer til andre deltagere. En pakistansk mand udtrykker det således:

*”Jeg mener, det er vigtigt både at dyrke motion og samtidig det sociale. Det er ligeså vigtigt.”*

Han fortsætter:

*”Forældre tænker så meget på børnene og deres uddannelse og at gøre noget for dem og deres fremtid, at de bare knokler hele tiden og ikke tænker på sig selv og ikke tænker på at dyrke motion. Og når de senere er blevet syge, og børnene passer sig selv, så sidder de der alene.”*

Oplevelse af problemer i forhold til familielivet gør det vanskeligt at prioritere egen sundhed. En pakistansk mand siger eksempelvis:

*"Hvis man har problemer på hjemmefronten, så kan man ikke få sig selv til at komme ud og motionere".*

Mændene oplever således en række udfordringer i forhold til deres rolle i familien. Disse gør det vanskeligt at prioritere sundhedsadfærd.

### **Socioøkonomisk position**

Interviewpersonerne oplever også psykosocial sårbarhed relateret til deres socioøkonomiske position, herunder begrænsede økonomiske og uddannelsesmæssige ressourcer.

At opleve marginalisering i samfundet har ifølge interviewpersonerne indflydelse på hverdagslivet, idet marginaliseringen opleves som en vigtig og akut problemstilling. I den sammenhæng opleves sundhedsadfærd som mindre presserende, og sundhed prioriteres dermed ofte lavere. Behovet for at prioritere illustreres i et citat af en tyrkisk mand, der forklarer, at han gerne vil spise sundere og dyrke motion, men mener, at det er vigtigere at bruge sine ressourcer på at opnå færdigheder i det danske sprog og dermed reducere den marginalisering, han oplever. Flere interviewpersoner taler om sammenhængen mellem deres psykosociale situation og sundhed, idet de oplever, at migranternes manglende uddannelse og fysisk krævende jobs påvirker sundheden negativt. En tyrkisk mand uddyber sammenhængen mellem manglende uddannelse og sundhedsadfærd:

*"Har man [...] uddannelse, vil man selvfølgelig prioritere at dyrke motion. [...] Så tænker man også på sundheden, ikke kun for sin egen skyld, men også for sin familie og for sine børn"*

Mangel på økonomiske ressourcer nævnes også som årsag til migranternes dårligere sundhed. Som en tyrkisk mand siger:

*"Vi har det af helvede til. Som indvandrere har vi det svært økonomisk. Hvis vi havde penge, ville vi også få et sundt liv. Du kan se tydeligt på vores helbred, om vi har penge"*

De manglende økonomiske ressourcer har desuden også indflydelse på migranternes oplevelse af mulighed for at deltage i sundhedsfremme- og forebyggelsesinterventioner. Som en pakistansk mand siger:

*"Når man skal ud og svømme og ud og dyrke motion, så koster det også [...]. Når man så får socialhjælp, rækker det altså ikke til ret meget, når man også skal købe medicin og så videre"*

Således opleves manglende uddannelse som determinant for dårlig sundhed, dels som følge af typen af jobs, migranter har adgang til, og dels som følge af en oplevelse af manglende overskud til at prioritere egen sundhed. Desuden opleves mangel på økonomiske ressourcer som en hindring for en sundere livsstil

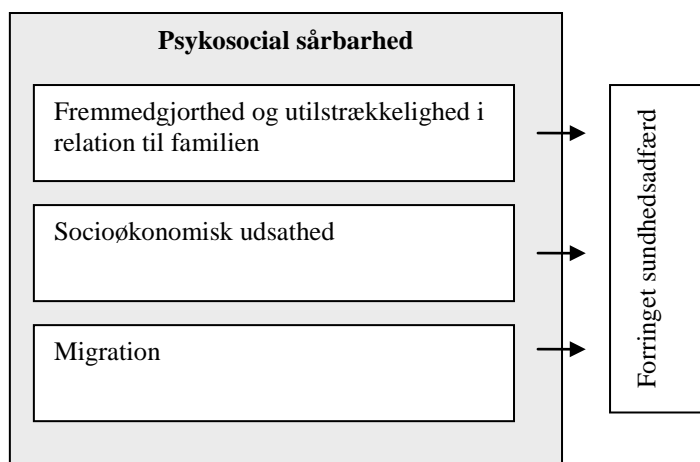
### **Diskussion**

Migrantmændene oplever, at psykosocial sårbarhed influerer på deres sundhedsadfærd ad to veje. For det første oplever mændene en følelse af fremmedgjorthed og utilstrækkelighed i relation til rollen som far, ægtemand og forsørger i familien. Dette fører til, at disse mere grundlæggende og akutte udfordringer prioriteres på bekostning af sundhedsadfærd, der opleves som mere abstrakt og mindre vigtigt at prioritere. For det andet oplever mændene, at den udsatte socioøkonomiske position på grund af begrænsede økonomiske og uddannelsesmæssige ressourcer påvirker sundheden i negativ retning. Figur 1 illustrerer den

identificerede sammenhæng mellem

psykosocial sårbarhed og sundhedsadfærd.

Figur 1: Sammenhæng mellem psykosocial sårbarhed og sundhedsadfærd blandt migrantmænd



Andre studier har fundet, at sammenhængen mellem psykosocial sårbarhed og sundhed er stærk for marginaliserede grupper (Reilly, Doyle, Bretherton, Rowley, Harvey, Briggs, Charles, Calleja, Patten og Atkinson 2008, Stead, MacAskill, MacKintosh, Reece og Eadie 2001). Desuden viser studier, at migranternes socioøkonomiske sårbarhed interagerer med den psykosociale sårbarhed i form af eksempelvis manglende sproglige kompetencer, skrøbelige sociale netværk og tab af social status, og migranter kan derfor opleve en dobbeltmarginalisering (Nazroo 1998, Dean og Wilson 2009). En norsk spørgeskemaundersøgelse blandt etniske nordmænd og etniske pakistanere konkluderer eksempelvis, at udsathed i forhold til social støtte og økonomisk situation influerer på den øgede forekomst af dårligt mentalt helbred blandt de etniske pakistanere (Syed, Dalgard, Dalen, Claussen, Hussain, Selmer og Ahlberg 2006).

Mens der således er dokumentation for, at det har negative sundhedsmæssige konsekvenser at være psykosocialt sårbar, viser nærværende undersøgelse, hvorledes sundhedsadfærd i et hverdagslivsperspektiv opleves at interagere med psykosocial sårbarhed, migration og socioøkonomisk udsathed. Derved bidrager undersøgelsen med at udforske processerne

mellem udsathed og helbredsstatus. Ved kvalitativt at undersøge mændenes perspektiv bidrager undersøgelsen til en mere nuanceret forståelse af sammenhængene blandt en gruppe, der ofte ikke inkluderes i forskning.

Desuden ses det i undersøgelsen, at denne dobbeltmarginalisering resulterer i en forstærket oplevelse af manglende kontrol og overskud i relation til sundhedsadfærd. I flere sundhedsadfærdsmodeller og -teorier (fx Health Belief Model og Theory of Planned Behaviour) indgår individets vurdering af alvorligheden af en given adfærd samt dens helbredsrelevante konsekvenser som determinant for sundhedsadfærd (Mæland 2002). Således øges sandsynligheden for, at man formår at ændre sundhedsadfærd, hvis den usunde kost- og motionsadfærd samt konsekvenserne heraf opfattes som tilstrækkeligt alvorlige (Mæland 2002). Mændene i nærværende undersøgelse oplever, at psykosociale problemstillinger er mere alvorlige end kost og motion, og derfor bliver førstnævnte prioriteret højere. Mens sundhedsadfærdsmodeller bidrager med en teoretisk og empirisk baseret ramme for at forstå menneskers sundhedsadfærd, viser undersøgelsen, at teorierne og de elementer, der indgår heri, må forstås ud fra individets livssituation og kontekst, herunder psykosocial sårbarhed, migration og socioøkonomisk udsathed. Undersøgelsen peger således på, at

sundhedsadfærd måske i endnu højere grad, end de relativt individuelt orienterede modeller lægger op til, bør forstås ud fra kontekstuelle faktorer. Såvel andre undersøgelser som teori kan således underbygge fundene i nærværende undersøgelse om, at den udsatte sundhedsmæssige situation blandt migranter delvist kan tilskrives den psykosociale sårbarhed.

Dette studie bygger på interviews med migrantmænd, der desuden er bosiddende i særligt marginaliserede boligområder og endvidere har livsstilsrelaterede sygdomme eller er i særlig risiko herfor. Oplevelser af psykosocial sårbarhed og betydningen heraf for sundhedsadfærd påvirkes af menneskers livssituation. Derfor vil eksempelvis mere ressourcestærke migranter med bedre helbredsstatus forventes at opleve mindre grad af psykosocial sårbarhed. Desuden har interviewene taget udgangspunkt i kost- og motionsadfærd, men det forventes, at oplevelserne vil have relevans også for andre typer sundhedsadfærd, idet de bagvedliggende processer i høj grad er fælles (Kaplan, Sallis og Patterson 1993).

Valget af kvalitative metoder faciliterer en større nærhed til feltet. Ved at rekruttere interviewpersoner bredt samt ved at placere rekrutteringsmøder og interviews i boligområderne har vi forsøgt at gøre det overkommeligt og trygt at deltage. Derfor må interviewpersonerne forventes at omfatte ikke blot de mest ressourcestærke migranter i disse boligområder. Denne fremgangsmåde har desuden medvirket til øget kontakt og tillid mellem interviewpersoner og forskere. Dette tillidsforhold er særligt vigtigt at etablere i kvalitativ forskning blandt marginaliserede grupper (Sullivan, Kone og Senturia 2001). I nærværende undersøgelse var interviewene da også prægede af detaljerede og personlige beretninger trods forskelle i etnicitet, køn, alder og uddannelse mellem forskere og interviewpersoner.

Kombinationen af enkelt- og gruppeinterviews virkede efter hensigten, idet både individuelle

fortællinger om mere sensitive temaer blev tilvejebragt i enkeltinterviewene, mens gruppeinterviewene i højere grad gav indblik i betydningen af den kontekst, man som migrantmand kan opleve, og betydningen heraf for sundhedsadfærd. Dog var det vores oplevelse, at også meget sensitive og personlige fortællinger blev udtrykt i gruppeinterviewene, hvilket kan bunde i gruppernes sammensætning og setting, der i høj grad baseredes i eksisterende sociale netværk. Dette skabte en tryk atmosfære for interviewene. En yderligere fordel ved at benytte enkeltinterviews viste sig at være muligheden for at inkludere interviewpersoner, der på grund af helbredsproblemer og isolation ikke havde mulighed for at deltage i gruppeinterviews.

Undersøgelsen har nogle begrænsninger. Det er vigtigt at tage højde for, at metoden kun giver indsigt i den type af sårbarhed og dermed de barrierer for ændringer af sundhedsadfærd, som interviewpersonerne selv identificerer og italesætter i interview-situationen i samspil med interviewer. Belysning af andre vigtige barrierer, eksempelvis relateret til strukturelle forhold omkring migrantmænd i et samfundsmæssigt perspektiv, vil derfor kræve andre metoder såsom deltagerobservation. Endvidere kan brugen af tolk under interviewene resultere i tab af nuancer i interviewsituationen. Vi forsøgte at modvirke dette ved at stille flere uddybende og afdækkende spørgsmål samt ved at inddrage tolken efterfølgende med henblik på validering og præcisering af tolkningen som omtalt i metodeafsnittet.

Det oprindelige formål med at gennemføre interviews til nærværende undersøgelse var at belyse barrierer for sundhedsadfærd, som de opleves af migranterne selv. Ud fra denne eksplorative tilgang viste psykosociale forhold sig at opleves som en væsentlig barriere, især for mændene – et resultat, der viser, at psykosociale forhold har stor betydning for disse mænd. Fremtidige undersøgelser kunne med fordel udforske betydningen af disse psykosociale forhold yderligere, eksempelvis



ved at udforske de i denne analyse fremkomne temaer. Nærværende undersøgelse peger således på, at eksempelvis følelsen af fremmedgjorthed og mangel på mulighed for at benytte eksisterende tilbud er mulige subtemaer under de her fremkomne temaer. Ved at have fokus på psykosociale barrierer tidligt i forskningsprocessen, vil det psykosociale tema således kunne udforskes dybere.

Yderligere forskning kan desuden med fordel udforske, hvordan forskellige typer af udsathed for migrantmænd udvikler sig over tid, samt hvorledes sundhedsadfærden influeres af ændringer i denne udsathed. Dette kunne gøres ved hjælp af longitudinelle, kvalitative undersøgelser med brug af deltagerobservation og interviews, samt med inddragelse af såvel mændene samt deres sociale relationer.

Det kan være vanskeligt at gennemføre effektfulde sundhedsfremme- og forebyggelsesinterventioner rettet mod udsatte grupper (Pignone, DeWalt, Sheridan, Berkman og Lohr 2005). En mulig årsag hertil kan være, at der ikke tages tilstrækkeligt hensyn til psykosociale barrierer for sundhedsadfærdsændringer. Undersøgelsen her peger på, at den dobbeltmarginaliserede situation blandt migrantmænd er vigtig at anerkende som betydningsfuld for mændenes sundhedsadfærd. Sundhedsfremme- og forebyggelsesinterventioner for migrantmænd kan således med fordel arbejde mod at imødekomme mændenes psykosociale behov, idet dette må forventes at influere positivt på mændenes sundhedsadfærd.

## Litteratur

Anderson, RM, Barr, PA, Edwards, GJ, Funnell, MM, Fitzgerald, JT, Wisdom, K (1996). Using focus groups to identify psychosocial issues of urban black individuals with diabetes. *Diabetes Education*, 22:28-33.

Bhopal, RS. *Ethnicity, race, and health in multicultural societies. Foundations for better epidemiology, public health, and health care.* Oxford: Oxford University Press (2007).

Danmarks Statistik. *Befolkningens udvikling 2007.* København (2008).

Dean, JA, Wilson, K (2009). 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed ...': exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity and Health*, 14:185-204.

Green, LW, Kreuter, MW. *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach.* New York: McGraw-Hill (1999).

Holliday, A. *Doing and writing qualitative research.* Second edition. London: SAGE Publications, (2008).

Kaplan, RM, Sallis, JF, Patterson, TL (1993). Understanding and changing health behaviors. I: *Health and human behavior.* New York: McGraw-Hill, s. 39-70.

Kristiansen, M, Mygind, A, Krasnik, A (2006a). Sundhedsmæssige konsekvenser af migration. *Ugeskrift for Læger*, 168:3006-8.

Kristiansen, M, Mygind, A, Krasnik, A. *Muligheder og barrierer for etniske minoriteters brug af motions- og kostinterventioner – en litteraturgennemgang.* København: Folkesundhed København, (2006b).

Københavns Kommune. *Orientering.* Statistisk Kontor (2006).

Mygind, A, Kristiansen, M, Krasnik, A. *Muligheder og barrierer for etniske minoriteters brug af motions- og kostinterventioner – en interviewundersøgelse blandt etniske minoriteter i Københavns Kommune.* København: Folkesundhed København (2006).

Mæland, JG. *Forebyggende helsearbejd – i teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget (2002).

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

Nazroo, J, Jackson, J, Karlsen, S, Torres, M (2007). The Black diaspora and health inequalities in the US and England: does

where you go and how you get there make a difference? *Sociology of Health and Illness*, 29:811-830.

Nørredam, ML, Nielsen, AS, Krasnik, A (2006). Adgang til sundhedsydelser for migranter. *Ugeskrift for Læger*, 168:3008-10.

Pignone, M, DeWalt, DA, Sheridan, S, Berkman, N, Lohr, KN (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy – a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 20:185-92.

Programbestyrelsen. *Udsatte boligområder i Danmark*. (2006)

Reilly, RE, Doyle, J, Bretherton, D, Rowley, KG, Harvey, JL, Briggs, P, Calleja, J, Patten, R, Atkinson, V (2008). Identifying psychosocial mediators of health amongst indigenous Australians for the Heart Health Project. *Ethnicity and Health*, 13:351-373.

Stead, M, MacAskill, S, MacKintosh, AM, Reece, J, Eadie, D (2001). "It's as if you're locked in": qualitative explanations for area

effects on smoking in disadvantaged communities. *Health and Place*, 7:333-43.

Sullivan, M, Kone, A, Senturia, KD (2001). Researcher and researched--community perspectives: toward bridging the gap. *Health Education and Behaviour*, 28:130-49.

Sundhedsstyrelsen. *Kortlægning af aktiviteter om forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelagt for etniske minoriteter i Danmark*. København (2005).

Sundhedsstyrelsen. *Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie*. København (2006a).

Sundhedsstyrelsen. *Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration*. København (2006b).

Syed, HR, Dalgard, OS, Dalen, I, Claussen, B, Hussain, A, Selmer, R, Ahlberg, N (2006). Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health*, 10:182.