

Islamsk tro og helse

Michael 2021; 18: Supplement 28: 141–7.

Mennesker med bakgrunn fra muslimske land ser ut til å være preget av ulikhet i helse sammenlignet med den norske befolkningen og andre innvandrere. Det gjelder både subjektive indikatorer som selvrapportert dårlig helse, men også objektive helseindikatorer som abortrate. Islamsk tro har blitt påpekt som én årsak til dårlig helse blant muslimer, samtidig som det er lite helseforskning i Norge som retter oppmerksomheten mot muslimer som en spesifikk gruppe. Dette prosjektet er todelt: I første del undersøkes sammenheng mellom islamsk tro og selvrapporterte helseindikatorer og sosiale helsedeterminanter, i andre del sammenhengen mellom muslimsk bakgrunn og fødselsrate og abort.

Individer med bakgrunn fra muslimske land i Norge rapporterer oftere om dårlig helse, ifølge Statistisk sentralbyrå. Internasjonal forskning viser at det er betydelig grad av ulikhet i helse blant muslimer sammenlignet med andre grupper (1, 2), og at muslimer dermed bør betraktes som en sårbar minoritet (3). Vi mangler imidlertid forskning om helse blant muslimer i Norge. Det meste av helseforskningen på minoriteter i vårt land er relatert til minoriteter kategorisert som innvandrere. Unntaket er forskning på den samiske befolkningen. Det har vært naturlig i et tradisjonelt homogent samfunn som Norge var, og hvor innvandring for alvor markerte inntoget av etnisk og kulturelt mangfold.

Differensiert forskning blant minoriteter er viktig. Norskfødte individer med innvandrerbakgrunn vil i større grad være preget av minoritetsrelaterte faktorer enn migrasjonsrelaterte faktorer. Uten bred tilnærming kan samfunnsmedisinsk forskning relatert til andre kulturer få et reduksjonistisk preg, begrenset til forskning om innvandrere og forskning i den tredje verden, og dermed risikere å overse ulikhet i helse mellom ulike samfunnsgrupper nasjonalt. Det er også viktig at helseforskningen forholder seg til

de samme kategoriene som den sosiopolitiske konteksten definerer, gitt den økende politiserte tilnærmingen til muslimer. En av grunnprinsippene i samfunnsmedisinen hviler på legenes evne til å kommunisere i samme språkdrakt som samfunnet. Uten det vil ikke samfunnsmedisinere kunne sette ord på elementer eller urett som hindrer helse. En slik urett er for eksempel rasistiske holdninger mot den muslimske minoriteten.

Selv om muslimer ikke utgjør mer enn fem prosent av den totale befolkningen i Europa, øker antimuslimske holdninger (4). Flere studier viser at muslimer er den minoriteten som befolkningen i Norge er mest negative til, og viser størst grad av sosial distanse til (5, 6). Til tross for at muslimer er overrepresentert i akademia, er diskriminering i arbeidslivet så vel som i boligmarkedet et betydelig problem (7, 8) i tillegg til økende islamhat og hatkriminalitet (9, 10). Per Fugelli advarte mot konsekvensene av det han definerte som et fiendebilde av muslimer. En demagogisk og eksistensialistisk tilnærming til muslimer er en form for sosial lidelse. Internasjonal forskning viser at rasisme bidrar til dårligere fysisk og mental helse (11).

Studier viser imidlertid at selv ikke det medisinske fagfeltet er unntatt generaliseringer og stereotypier om muslimer (12, 13). En studie viste at medisinske artikler publisert i Medline i stor grad portretterer muslimer på en negativ måte med gjennomgående budskap om at islamsk tro har en negativ påvirkning på helsen (14).

Under koronapandemien har antimuslimske holdninger eskalert (15). Selv om det foreligger tall som viser at innvandrere fra muslimske land har høyere risiko for å bli smittet av covid-19, er det ingen studier som viser at det er på grunn av deres religiøse tro, men heller på grunn av lav sosioøkonomisk status, komorbiditet og mulig genetisk predisposisjon (16). Konkret handler det om dårlige levekår som trange boforhold, bruk av kollektivtransport, utsatte yrker og flere deltidsjobber som gjør at den samlede eksponeringen for smitte er høyere.

Likevel har muslimer blitt beskyldt for den epidemiske spredningen av viruset i flere land. I noen land, som India, har også helsemyndigheter og helsepersonell lagt skylden for spredning av viruset på den muslimske minoriteten (17). Det representerer et skifte i antimuslimske holdninger, hvor det ikke lenger begrenser seg til ytre politiske fløy, men til en tendens mot en kollektiv holdning om at denne minoriteten representerer en trussel mot folkehelsen – og involverer i tillegg helsepersonell og bruk av medisinsk konsept, i form av pandemi, for å spre antimuslimske holdninger (18). En slik utvikling har ikke bare implikasjoner for den muslimske minoritetens tillit til samfunnet, men kan også påvirke tilbøyeligheten til å følge helse-

myndigheters råd om smittevernregler. Studier viser at tillit i et samfunn har sammenheng med en rekke ulike helseutfall (19).

Religion og helse

En systematisk kunnskapsoppsummering har vist at diskriminering på grunn av muslimsk bakgrunn har sammenheng med dårligere helse, dårlig helseatferd og dårligere tilgang til helsetjenester blant muslimer (20). Også den velkjente «healthy migrant effect», en empirisk observert fordel i mortalitet blant migranter sammenlignet med majoritetsbefolkningen i vertslandet, ser ut til å bli opphevet blant menn med bakgrunn fra muslimske land (21). Samtidig foreligger det bred internasjonal forskning som definerer religion som en selvstendig sosial helsedeterminant.

Mueller og medarbeidere gjennomgikk meta-analyser, systematiske kunnskapsoppsummeringer og publiserte studier og konkluderte med at majoriteten av studiene viste at religiøsitet er assosiert med bedre helse både målt som helsereelatert livskvalitet, mental og fysisk helse og mortalitet (22). Flere studier viser en sammenheng mellom islamsk tro og høyere tilfredsstillelse i livet, forebyggende helseatferd og mental helse (23–25). En systematisk kunnskapsoppsummering av 31 studier konkluderte også med positiv sammenheng mellom islamsk tro og lykke (26). En positiv sammenheng mellom islamsk praksis og bedre fysisk helse er også vist (27).

Selv om andelen studier om sammenhengen mellom islamsk tro og helse vokser, er majoriteten av studiene om religion og helse utført i en vestlig judeo-kristen kontekst med utvalg bestående av få eller ingen muslimer (28). Ut fra gjennomgang av foreliggende forskning, vil dette prosjektet være det første som belyser sammenhengen mellom islamsk tro og helse i et representativt utvalg av muslimer.

Hvorfor studere fødselsrate og abort?

I den andre delen av prosjektet er målet å se på sammenhengen mellom muslimsk bakgrunn og to konkrete folkehelserelaterte problemstillinger: fødselsrate og abort. Fødselsrate er en aktuell problemstilling fordi fertilitetsraten generelt i det norske samfunnet synker. Dette gjør behovet for å studere faktorer som påvirker fertilitet i ulike samfunnsgrupper relevant. Samtidig har høy fertilitetsrate tradisjonelt vært en utfordring for kvinners helse globalt. En tredje grunn til at fødselsrate blant muslimer er en viktig problemstilling, er at stereotypier om at muslimske kvinner føder mange barn ser ut til å være viktig i diskrimineringen av denne gruppen, noe som kan ha innvirkning på helse gjennom forholdet mellom diskriminering og helsedeterminanter, som for eksempel inntektsgivende arbeid. Forskning viser at til tross for at kvin-

ner med muslimsk bakgrunn tar høyere utdanning i større grad enn etnisk norske kvinner, så tjener de dårligere, og har i mindre grad fast ansettelse enn etnisk norske kvinner og andre innvandrerkvinner (29).

Stereotypien om muslimske kvinner som «fødemaskiner» er viktig i den generelle utbredelsen av antimuslimske holdninger som går lengre enn til diskriminering. Terroristene bak angrepene mot Utøya og regjeringskvartalet 22.7.2011 og moskeangrepet i Bærum 10.8.2019 rettferdiggjorde drap på grunnlag av en argumentasjon om at muslimer er en trussel mot det norske samfunnet fordi kvinnene deres føder så mange barn at de er i ferd med å ta over Norge. Selv om tall fra Statistisk sentralbyrå viser at om lag 30 prosent av nyfødte barn i Norge har en innvandreremor, vet vi ikke hvor mange av mødrene som er muslimer, og vi vet heller ikke om det er en sammenheng mellom muslimsk bakgrunn og fertilitet. I dette prosjektet vil fertilitetsraten bli kartlagt blant kvinner med muslimsk bakgrunn, blant kvinner som har innvandrerbakgrunn fra ikke-muslimske land og blant majoritetskvinner.

Prosjektets siste forskningsspørsmål retter oppmerksomhetene mot abort blant muslimske kvinner. Til tross for at flere muslimske land har strenge abortlover, viser en studie overrepresentasjon av abortsøkende kvinner fra muslimske land i Oslo (29). Politiske føringer i muslimske land er ofte preget av totalitære ledere og selektive teologiske tolkninger for å rettferdiggjøre maktbruk og patriarkalske normer. Noe annet er at islamsk teologi legger Aristoteles besjelingsteori til grunn i definisjonen av et liv, dvs. at sjelen blir «pustet inn av Gud» i fosteret 100–120 dager etter befruktning. Abort før den tid er derfor per definisjon ikke å ta liv, ifølge islam. Dette er bakgrunnen for at muslimer rent teologisk kan være mer liberale enn enkelte kristne grupper med henblikk på bioetiske problemstillinger, slik vi for eksempel så i Mehmet-saken i 2006¹.

Samtidig har jeg erfart som kliniker, både i Norge og land med muslimsk befolkning, at mange muslimer ikke har kjennskap til det teologiske frihetsrommet i islam, og befolkningen ofte antar at den politiske reguleringen av abort i muslimske land er den samme som i islamsk teologi. Det genererer ofte en type samvittighetsproblematikk og manglende åpenhet rundt abort som igjen kan disponere for psykiske plager for kvinnen som får utført abort. Kunnskap om abort blant muslimske kvinner kan derfor være nyttig

1 Mehmet var en seks år gammel gutt med beta-thalassemia major, som var avhengig av blodoverføringer og hadde fått beregnet levetid til 40 år. Foreldrene til Mehmet ønsket en bedre behandling med stamcelletransplantasjon. Men siden foreldrene og storebroren ikke var egnede kandidater for donasjon, og det heller ikke var mulig å få tak i passende donor, ønsket foreldrene å få et nytt barn, men med riktig vevstype gjennom preimplantasjonsdiagnostikk, slik at den nye søsken kunne være den riktige donoren for Mehmet.

ikke bare i forebyggende øyemed hvor høy abortrate kan betraktes som prevensjonsmiddel, men også for å bedre abortomsorgen gjennom kulturelt tilpassede tiltak.

Hvordan forske på muslimer

Hensikten med dette prosjektet er ikke å forskrive islamsk tro på resept, men å bidra med forskning som kan danne grunnlag for en kunnskapsbasert tilnærming til muslimer, islamsk tro og praksis i en helserelevanter kontekst.

Prosjektet har et tverrsnittsdesign, og benytter flere utvalg. For å belyse sammenhengen mellom islamsk tro og helsedeterminanter ble det utført en kvantitativ studie med et tilfeldig utvalg trukket fra Folkeregisteret. Siden det ikke eksisterer offentlige data om religiøs tilknytning i Norge, baserer utvalget i prosjektet seg på landbakgrunn, dvs. land som de fleste muslimene i Norge kommer fra. Deretter ble respondentene spurt om de betraktet seg selv som muslimer. Et positivt svar ble brukt som inklusjonskriterium. Religiøsitet ble målt gjennom flere spørsmål hvor ulike aspekter av religiøsitet ble inkludert. Siden andelen tredjegerasjonsmuslimer og konverterter i Norge er lav, representerte ikke vårt utvalg stor skjevhet. Datainnsamlingen ble utført av Kantar Gallup, og en representativitetsanalyse er utført som viser at utvalget er representativt for muslimer i Norge. I definisjonen av muslimer er ulike dimensjoner av religiøsitet lagt til grunn. Levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå blir også brukt for å belyse problemstillingene i prosjektets første del. For å belyse sammenhengen mellom muslimsk bakgrunn og fødselsrate, vil et eget utvalg fra Statistisk sentralbyrå bli trukket. Siden abortregisteret er anonymt og ikke registrerer landbakgrunn eller trostillørighet, vil data fra Norsk pasientregister bli koblet med registre fra Statistisk sentralbyrå for å belyse sammenhengen mellom muslimsk bakgrunn og abort.

Litteratur

1. Razzak JA, Khan UR, Azam I et al. Health disparities between Muslim and non-Muslim countries. *East Mediterr Health J* 2011; 17: 654–64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22259915/>
2. Johnston DW, Lordan G. Discrimination makes me sick! An examination of the discrimination-health relationship. *J Health Econ* 2012; 31: 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.12.002>
3. Danso K. Nativity and Health Disparities: Predictors of Immigrant Health. *Soc Work Public Health* 2016; 31: 175–87. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1099494>
4. European Commission. Combating anti-Muslim hatred. European Union 2018. https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/racism-and-xenophobia/combating-anti-muslim-hatred_en (18.6.2021).

5. Hoffmann C, Moe V. *Holdninger til jøder og muslimer i Norge i 2017*. Oslo: Senter for studier av Holocaust og livssynsminoriteter, 2017. https://www.hlsenteret.no/aktuelt/publikasjoner/digitale-hefter/hl-rapport_13des-web.pdf (18.6.2021).
6. *Holdninger til innvandring og integrering i Norge*. Integreringsbarometeret 2018. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, 2018. <https://www.imdi.no/arkiv/arkiverte-publikasjoner/integreringsbarometeret-2018/> (5.2.2020).
7. Søholt S, Astrup K. *Etniske minoriteter og forskjellsbehandling i leiemarkedet*. NIBR-rapport nr. 2/2009. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2009. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/vedlegg/boby/rapporter/etniske_minoriteter_og_forskjellsbehandling_i_leiemarkedet.pdf (18.6.2021).
8. Midtbøen AH. Discrimination of the Second Generation: Evidence from a Field Experiment in Norway. *Journal of International Migration and Integration* 2016; 17: 253–72. <https://doi.org/10.1007/s12134-014-0406-9>
9. Bangstad S. *Anders Breivik And The Rise Of Islamophobia*. London: Zeed Books, 2014.
10. Oslo politidistrikt. *Hatkriminalitet: anmeldt hatkriminalitet 2015*. Oslo: Oslo politidistrikt, 2016.
11. Kira IA, Lewandowski L, Templin T et al. The Effects of Perceived Discrimination and Backlash on Iraqi Refugees' Mental and Physical Health. *Journal of Muslim Mental Health* 2010; 5: 59–81.
12. Martin MB. Perceived Discrimination of Muslims in Health Care. *Journal of Muslim Mental Health* 2015; 9: 41–69. <http://dx.doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.203>
13. Helsetilsynet. *Stadig nedsettende omtale av muslimer – mangelfull kommunikasjon, diagnostikk og behandling – advarsel til legevaktlege*. Oslo: Statens Helsetilsyn; 26.6.2019. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2019/stadig-nedsettende-omtale-av-muslimer-mangelfull-kommunikasjon-diagnostikk-og-behandling/> (15.3.2020).
14. Laird LD, de Marrais J, Barnes LL. Portraying Islam and Muslims in MEDLINE: a content analysis. *Soc Sci Med* 2007; 65: 2425–39. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2007.07.029>
15. Chib E. Islamophobia and the COVID-19 pandemic in the UK. *Observer Research Foundation* 2020. <https://www.orfonline.org/expert-speak/islamophobia-covid-19-pandemic-uk-67037/?amp> (12.10.2020).
16. Abuelgasim E, Saw LJ, Shirke M et al. COVID-19: Unique public health issues facing Black, Asian and minority ethnic communities. *Curr Probl Cardiol* 2020; 45: 100621. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2020.100621>
17. Pandey A. On Camera, UP Doctor's Hate Rant Against Islamic Sect Members. *NDTV* 2020. <https://www.ndtv.com/india-news/coronavirus-on-camera-up-doctors-hate-rant-against-islamic-sect-members-2238882> (28.8.2020).
18. Leidig E. «#CoronaJihad»: How the Far-Right in India is Responding to the Pandemic. I: Bar-On T, Molas B, red. *Responses to the Covid-19 Pandemic by the Radical Right*. Hanover: Ibidem Press, 2021: 151–6.
19. Campbell C. Social capital, social movements and global public health: Fighting for health-enabling contexts in marginalized settings. *Soc Sci Med* 2020; 257: 112153. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.004>

20. Samari G, Alcalá HE Sharif MZ. Islamophobia, Health, and Public Health: A Systematic Literature Review. *Am J Public Health* 2018; 108: e1–9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304402>
21. Guillot M, Khlal M, Wallace M. Adult mortality among second-generation immigrants in France. *Demogr Res* 2019; 40: 1603–44.
22. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 1225–35. <https://doi.org/10.4065/76.12.1225>
23. Abdel-Khalek AM. Religiosity, health and happiness: significant relations in adolescents from Qatar. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60: 656–61. <https://doi.org/10.1177/0020764013511792>
24. Hassan SH. Effects of Religious Behavior on Health-Related Lifestyles of Muslims in Malaysia. *J Relig Health* 2015; 54: 1238–48. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9861-z>
25. Saleem T, Saleem S. Religiosity and Death Anxiety A Study of Muslim Dars Attendees. *J Relig Health* 2020; 59: 309–17. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00783-0>
26. Rizvi MAK, Hossain MZ Relationship Between Religious Belief and Happiness: A Systematic Literature Review. *J Relig Health* 2017; 56: 1561–82. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0332-6>
27. Saquib N, Saquib J, Alhadlag A et al. Health benefits of Quran memorization for older men. *SAGE Open Med* 2017; 5. <https://doi.org/10.1177/2050312117740990>
28. Drange I. *Arbeidsmarkedet for høyt utdannede minoritetskvinner. En kvantitativ studie av arbeidstilknytning og inntekt blant ikke-vestlige minoritetskvinner med høyere utdanning fra Norge*. Masteroppgave i sosiologi. Oslo: Universitetet i Oslo, 2007. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/15657> (18.6.2021).
29. Eskild A, Helgadottir LA, Jerve F et al. Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1355–7. <https://tidsskriftet.no/2002/05/klinikk-og-forskning/provosert-abort-blant-kvinner-med-fremmedkulturell-bakgrunn-i-oslo> (18.6.2021).

Bushra Ishaq

bushra.ishaq@medisin.uio.no

Bushra Ishaq er stipendiat ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og MF vitenskapelig høyskole.