

“HVAD HVIS JEG ER MEGA BANGE?”

Et speciale i kommunikations betydning for
unge kvinders stillingtagen til deltagelse i
screening for livmoderhalskræft



TITELBLAD

TITEL	“”HVAD HVIS JEG ER MEGA BANGE?” ET SPECIALE I KOMMUNIKATIONS BETYDNING FOR UNGE KVINDERS STILLINGTAGEN TIL DELTAGELSE I SCREENING FOR LIVMODERHALSKRÆFT
VEJLEDER	CHRISTIAN JANTZEN
UDDANNELSE	KOMMUNIKATION
ECTS	30
SEMESTER	4. SEMESTER, SPECIALE
AFLEVERINGSDATO	2. JUNI 2025
GRUPPEMEDLEMMER	CHARLOTTE WITTENDORFF JENSEN MATHILDE DOHM BØRSTING
ANTAL NORMALSIDER	132,9
ANTAL ANSLAG	318.860
ANTAL TOTALSIDER	137
ANTAL BILAG	23

Abstract

The aim of this master's thesis is to explore how discourses regarding cervical cancer and the smear test affects the decision-making to participate in the screening program among young Danish women. It further examines how health communication, particularly from the interest group Kræftens Bekæmpelse, contributes to dismantling barriers that limits participation in the screening. Despite the fact that cervical cancer is highly preventable through HPV vaccination and regular screening, the participation rate among young Danish women remains low. Furthermore, the study employs a social constructivist and discourse psychological framework, drawing on empirical data from three focus group interviews with young women aged 20 to 28.

The analysis demonstrates that women's engagement with screening is shaped less by informational access and reminders and more by the interplay of discourses, affect, social norms, and cultural imaginaries. Communication is not merely a matter of transmitting information, but a process of meaning-making that shapes women's understanding and behaviour. Psychological barriers, such as cancer fear, stigma caused by intimacy and lack of knowledge, and perceptions of screening as irrelevant, emerge as significant barriers towards screening. Additionally, social barriers, such as the absence of dialogue, the doctor's role as a gatekeeper, and insufficient assumption of personal health responsibility, are shown to be highly influential. The thesis thereby demonstrates that health communication risks losing impact when it simplifies or disregards the complexity of women's decision-making. Health campaigns tend to rely on paternalistic messages, often provoking the women rather than supporting an informed decision-making. The analysis further suggests that fear appeals and judgmental narratives such as the campaign title *Er der noget, du har glemt?* stigmatizing non-participants can be seen as counterproductive, and risk further marginalizing women who already experience anxiety related to health topics and behaviour.

Drawing on existing research and the empirical findings, the thesis argues that future health communication and campaigns should be more targeted and nuanced. It recommends that health organizations tailor messages to the needs and preferences of differentiated audiences, employ trust-building language, and strategically use digital platforms and influencers based on young women's patterns of media consumption, preferences and digital practices. Communication that acknowledges the diverse barriers that women face and offers support

rather than pressure is more likely to encourage participation while respecting women's autonomy.

Overall, this thesis contributes with valuable insights into how health communication can be more inclusive and effective to the prevention of cervical cancer, with the overarching goal of increasing the participation in screening and advancing the World Health Organization's goal of eliminating cervical cancer as a public health issue. Despite this, it is necessary to acknowledge that segments of the population may remain beyond the reach of even the most comprehensive health communication efforts. While challenges remain in reaching every Danish woman, this thesis provides a foundation for developing more inclusive and impactful communication approaches.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	7
2. LITTERATURREVIEW	9
2.1 EFFEKTIVITET AF SUNDHEDSKOMMUNIKATION	14
2.2 BARRIERER OG FRYGT FOR KRÆFT	16
2.3 STIGMATISERING OG TABUISERING AF LIVMODERHALSKRÆFT	19
2.4 DIGITALE PLATFORME OG KAMPAGNER	20
2.5 FREMTIDIG FORSKNING INDEN FOR UNDERSØGELSESFELTET	23
2.6 AFGRÆNSNING AF UNDERSØGELSESFELTET	24
3. VIDENSKABSTEORI	29
3.1 SOCIALKONSTRUKTIVISME	29
4. DISKURSPSYKOLOGI	31
5. KVALITATIVE METODER	35
5.1 SEMISTRUKTURERET INTERVIEW	36
5.1.1 Faktuelt interview	37
5.1.2 Rekruttering af informanter	38
5.2 FOKUSGRUPPEINTERVIEW	39
5.2.1 Rekruttering af respondenter	40
5.2.2 Interviewguide	44
5.2.3 Afholdelse af fokusgruppeinterviews	46
5.3 FELTNOTATER	47
5.4 ETISK REFLEKSION	48
5.4.1 Indhentelse af informeret samtykke	48
5.4.2 Fortrolighed	49
5.4.3 Konsekvenser ved forskning	51
5.4.4 Ansvar som forsker	52
5.5 TRANSSKRIBERING	53
5.6 KODNING, KATEGORISERING OG BEGREBSLIGGØRELSE	54
6. ANALYSE	56
6.1 BETYDNING AF VIDEN	57
6.1.1 Vigtigheden af celleskrab	57
6.1.2 Manglende viden som barriere for deltagelse	60
6.1.3 Viden og uvidenhed som social position	62
6.1.4 Forestillinger om celleskrabsundersøgelsen	64
6.2 BETYDNING AF NÆRE RELATIONER	66

6.2.1 Veninderelationer	67
6.2.2 Familierelationer	71
6.3 BETYDNING AF FØLELSER.....	75
6.3.1 Frygt og angst.....	75
6.3.2 Intimitet.....	80
6.4 MEDIEINDFLYDELSE OG KAMPAGNER.....	82
6.4.1 Kendskab til Kræftens Bekæmpelse	83
6.4.2 Er der noget, du har glemt?	84
6.4.3 Influencers som del af kampagner	87
6.4.4 Humor som virkemiddel	92
6.4.5 Frygt som virkemiddel.....	95
6.4.6 Kønnen diskurs.....	99
6.5 INSTITUTIONEL TILLID.....	104
6.5.1 Lægen som gatekeeper.....	104
6.5.2 Tillid til myndighederne	107
6.6 OPSAMLING AF ANALYTISKE RESULTATER.....	110
7. DISKUSSION.....	115
7.1 KOMMER DER IKKE SNART EN VOKSEN?	116
7.2 “ÅH NEJ, IKKE MERE SKRÆKKELIGT”	120
7.3 MENING FØR SCREENING	123
8. KONKLUSION	127
9. LITTERATURLISTE	130
10. BILAGSLISTE.....	137

1. Indledning

“Vi tilbyder dig screening for livmoderhalskræft”. Sådan lyder invitationen, som kvinder mellem 23 og 64 år modtager på e-Boks (bilag 3). Hvad der i invitationen beskrives som en underlivsundersøgelse, der kan opdage forstadier til livmoderhalskræft og redde liv, er dog for mange kvinder komplekst at tage stilling til.

Hvert år diagnosticeres i gennemsnit 328 nye tilfælde af livmoderhalskræft i Danmark, og omkring 84 kvinder dør af sygdommen (Kræftens Bekæmpelse, 2023b). Det er en kræftform, der i vid udstrækning kan forebygges gennem HPV-vaccination såvel som regelmæssig screening, hvor celleforandringer kan opdages og derefter behandles, før de udvikler sig til kræft. Alligevel vælger mange kvinder ikke at tage imod det gratis tilbud. Ifølge Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (2024) seneste tal for deltagelsen er det kun 60,7% af de inviterede, der deltager inden for det år, de har modtaget invitationen. Dog er deltagelsen blandt de yngre kvinder mellem 23 til 29 år markant lavere end de øvrige aldersgrupper, da kun omkring halvdelen af disse kvinder deltager inden for et år efter modtagelsen af invitationen. Beslutningen om at deltage i screeningsprogrammet er mangesidig og påvirkes ikke alene af praktiske forhold som påmindelser og tidsbestilling, men også af personlige faktorer som erfaringer, følelser, normer samt viden. Vi formoder derfor, at diskurser om livmoderhalskræft og forebyggelse heraf spiller en central rolle i kvinders stillingtagen til deltagelsen. Det er altafgørende, hvordan der tales om screening og celleskrab, da sprog ikke blot afspejler en virkelighed, men aktivt er med til at konstruere den. Med dette menes, at de diskursive måder, hvorpå screening fremstilles og forhandles i hverdagen, har betydning for hvilke forståelser, følelsesmæssige tilstande og handlemuligheder, der bliver tilgængelige for kvinder (Potter & Wetherell, 1992).

Samtidig står Danmark på tærsklen til at opnå en historisk milepæl. Ifølge verdenssundhedsorganisationen WHO er det muligt at eliminere livmoderhalskræft som folkesundhedsproblem inden 2040 (Arbyn et al., 2021), og Danmark vurderes til at være blandt de første europæiske lande, der opfylder kriterierne for elimineringen (Kræftens Bekæmpelse, 2024b; Kjær, 2025). Dette skyldes blandt andet en høj tilslutning til HPV-vaccinationsprogrammet og en effektiv behandling af forstadier til kræft. Tal fra Kræftens Bekæmpelse viser, at omkring 89% af 12-årige piger og drenge bliver vaccineret, og at hele 98% af de kvinder, der får konstateret celleforandringer, modtager behandling (Kræftens Bekæmpelse, 2024b; Kræftens Bekæmpelse, 2023a). På trods af disse lovende fremskridt

peges der på, at deltagelsesraten i screening fortsat er lav, og at en deltagelsesrate på minimum 70% er afgørende, hvis målet om at eliminere livmoderhalskræft skal realiseres (Kræftens Bekæmpelse, 2024b). Det vækker spørgsmålet om, hvordan flere kvinder motiveres til at deltage i screeningsprogrammet.

Vi lever i en digital verden, hvor kvinder ikke blot influeres af omgangskredsen, men også af de mange indtryk, informationer og misinformationer, der florerer på digitale medier. Derfor har kommunikationsindsatser fra interesseorganisationer en helt særlig, men også vanskelig, opgave om at skabe den rette opmærksomhed og formidle de nødvendige informationer, der kan motivere til deltagelse i screening for livmoderhalskræft. Der findes flere organisationer, som har dette på deres agenda, og i vores søgen fandt vi Kræftens Bekæmpelse, som er en af Danmarks største sygdomsbekæmpende organisationer (Kræftens Bekæmpelse, 2024a). Organisationen har et af landets største videnscentre, hvor et af indsatsområderne er HPV-vaccination samt tidlig opsporing og screening (Kræftens Bekæmpelse, 2024a). Denne indsats består blandt andet af kampagner, som søger at få flere kvinder til at deltage i screening for livmoderhalskræft. Dette er blandt andet de digitale influencerkampagner *Er der noget, du har glemt?* fra 2023 og *Svesken på Disken* fra 2024, der sigter mod at gøre budskaber om celledysplasi mere tilgængelige og minde især unge kvinder om vigtigheden af undersøgelsen. Ifølge Kræftens Bekæmpelse (2023a; 2024c) viser forskning, at unge kvinder gerne vil deltage i screeningsprogrammet, men ofte glemmer at bestille tid, hvorfor glemslen er fokus i kampagnerne. På trods af tiltag som kampagnerne har deltagelsesraten siden 2012 været nedadgående (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2024), hvilket rejser spørgsmålet om, hvorvidt den manglende deltagelse blot handler om glemsel, eller om der er nogle dybere kulturelle og sociale forhold, der gør screening til noget, man undgår.

Det er denne undren, som har motiveret os til at undersøge, hvorvidt kommunikation kan løfte opgaven. Vores speciale tager afsæt i en socialkonstruktivistisk og diskurspsykologisk tilgang, som muliggør, at vi kan undersøge, hvordan unge danske kvinder taler om livmoderhalskræft og særligt celledysplasi, samt hvordan deres forståelser og holdninger konstrueres i sociale interaktioner. Vi er særligt optagede af, hvordan sådanne forestillinger og holdninger former kvinders adfærd og stillingtagen til screening - hvorfor vores primære empiri består af tre fokusgruppeinterviews. Derudover søger specialet at belyse, hvordan sundhedskommunikation ikke blot fungerer som informationsformidling, men også skaber betydning gennem de måder, som screening omtales og forstås i sproglige og sociale praksisser. Med udgangspunkt i

Kræftens Bekæmpelses kommunikation ønsker vi at undersøge, hvordan organisationen kan imødekomme de barrierer, som unge kvinder oplever i relation til deltagelsen i screening. På baggrund af dette har vi udformet følgende problemformulering:

Hvordan påvirker diskurser vedrørende screening for livmoderhalskræft unge danske kvinders stillingtagen til deltagelse, og hvordan kan kommunikation fra sundhedsorganisationer som Kræftens Bekæmpelse medvirke til at nedbryde barrierer omkring deltagelsen i undersøgelsen?

I en tid med potentiale til at nå et skelsættende sundhedsfagligt gennembrud, hvor elimineringen af livmoderhalskræft er en realitet, er det afgørende at forstå, hvad der forhindrer og omvendt motiverer unge kvinder til at deltage i screeningen. Specialet søger dermed at belyse, hvordan kommunikation fungerer som en meningsskabende praksis, der bidrager til at forme kvinders forståelse af og stillingtagen til screening for livmoderhalskræft.

2. Litteraturreview

Vi vil i det følgende afsnit afgrænse vores undersøgelse ved udførelsen af et litteraturreview, der har til formål at afdække eksisterende forskning inden for undersøgelsesfeltet (Cronin et al., 2008). Gennem dette søger vi at opnå et dybere kendskab til undersøgelsesfeltet og de tendenser, der relaterer sig hertil.

Et litteraturreview kan udføres på flere forskellige måder, og derfor er det nærliggende at gøre opmærksom på, at vi tager udgangspunkt i Cronin et al.'s (2008) udlæg heraf, hvortil vi har til hensigt at udføre et traditionelt litteraturreview. Dette kendetegnes ved at drage konklusioner om undersøgelsesfeltet gennem en sammenfatning af selekteret litteratur. Vi finder denne fremgangsmåde relevant, da vi har til hensigt at indsamle litteratur inden for et afgrænset emne, hvorefter vi vil opsummere resultaterne (Cronin et al., 2008, s. 4). I samme forbindelse udfører vi en metasyntese, der indebærer at syntetisere de væsentligste resultater fra hver af de selekterede studier (Cronin et al., 2008). Nærmere bestemt granskes studierne med henblik på at integrere og fortolke resultaterne i vores undersøgelse. Disse vil i samspil med de resultater, som vi kan udlede af vores undersøgelse, bidrage til, at vi kan udvikle nye fortolkninger og yderligere udvikle vores viden om undersøgelsesfeltet.

Med henblik på at afgrænse litteratursøgningen har vi opstillet et review topic, hvilket medvirker til at overskueliggøre og indsnævre resultaterne for søgningen (Cronin et al., 2008).

Dette er opstillet ud fra undersøgelsens problemformulering og lyder derfor; livmoderhalskræft, sundhedskommunikation og barrierer. Inden påbegyndelsen af litteratursøgningen har vi opstillet en række søgeord, der tager afsæt i vores review topic. En præsentation af vores søgeprotokol, hvori de anvendte søgeord fremgår, kan findes i bilag 4. Denne er foregået gennem søgeværktøjerne, Google Scholar, Primo og Primo Research Assistant, der har henvist til relevante forskningsdatabaser som eksempelvis ScienceDirect og Sage Journals. Derudover fremgår der i søgeprotokollen et overblik over hvilke nøgleord, der har ført til de forskellige selekterede studier.

Det er ligeledes væsentligt at bemærke, at vi har fastsat kriterier for litteratursøgningen. Vi har blandt andet valgt at søge på forskning foretaget i Danmark eller andre vestlige lande. Dette på baggrund af, at der kan være væsentlige kulturelle forskelle mellem ikke-vestlige lande og Danmark, som vores speciale fokuserer på. Det er væsentligt at påpege, at der naturligvis også kan forekomme kulturelle afvigelser mellem Danmark og andre vestlige lande, især når det kommer til velfærd og sundhed, men formentligt ikke i samme skala som ved ikke-vestlige lande. Derudover er de selekterede studier peer-reviewed tidsskriftsartikler og rapporter udgivet af offentlige institutioner som eksempelvis Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, der hører under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Et andet kriterium for søgningen er, at studierne skal være udgivet inden for de seneste 10 år. Dette valg bygger på et aktualitetskriterium, hvormed vi ønsker at sikre, at studierne afspejler den nyeste forskning og udvikling inden for undersøgelsesfeltet (Graakjær & Jessen, 2015). Det er i samme forbindelse værd at forholde sig til, at vi har at gøre med et undersøgelsesfelt, der består i et krydsfelt mellem lægevidenskab og kommunikation, hvorfor det forbliver i forandring som følge af lægevidenskabelige og digitale udviklinger. Dette understreger nødvendigheden af at inddrage forskning, der afspejler nyeste viden og tendenser inden for sundhedskommunikation. Ligeledes har vi benyttet os af søgemetoden 'kontakt med eksperter', der omhandler at tage kontakt til eksperter inden for undersøgelsesfeltet, som kan lede til relevant litteratur (Papaioannou et al., 2010, s. 117). Denne metode har vi benyttet gennem vores kontakt med Kræftens Bekæmpelse, som kan anses som eksperter i forebyggelse af kræft. Gennem dem har vi fået tilsendt relevante studier, som vi inddrager i reviewet. Inddragelsen af denne metode skal anses som et supplement til vores tilgang til litteratursøgningen og er ligeledes med til at sikre kvalitet og relevans i selektionen af litteratur.

Til at kortlægge litteraturen efter søgningen påpeger Cronin et al. (2008, s. 18), at der findes flere fremgangsmåder til at frame og strukturere et review. Som nævnt indledningsvist udfører vi en metasyntese, hvilket indebærer at organisere resultaterne i temaer og kategorier (Cronin et al., 2008). På baggrund af dette valg opdeles følgende litteraturreview ud fra hver af de gennemgående tendenser i forskningen, som vi har identificeret i litteratursøgningen. Denne opdeling er foretaget ved en kortlægning af den identificerede litteratur, hvilket fungerer som en teknik til organisering og analyse af hvert studie og dets sammenhæng med det gældende review topic (Machi & McEvoy, 2022). Gennem denne proces identificeres mønstre i litteraturen, hvilket danner grundlag for det efterfølgende review (Machi & McEvoy, 2022, s. 88). Den selekterede litteratur og dens relation til tendenserne ses nedenfor i illustration 1 og vil ligeledes præsenteres i de følgende afsnit.

Litteratur	Tendens
<i>A feminist information engagement framework for gynecological cancer patients: The case of cervical cancer</i> (Westbrook & Fourie, 2015).	- Effektivitet af sundhedskommunikation - Stigmatisering og tabuisering af livmoderhalskræft - Fremtidig forskning inden for undersøgelsesfeltet
<i>A reproductive justice approach to understanding women's experiences with HPV and cervical cancer prevention</i> (Sundstrom et al., 2019).	- Effektivitet af sundhedskommunikation - Barrierer og frygt for kræft
<i>Appealing to fear: A meta-analysis of fear appeal effectiveness and theories</i> (Tannenbaum et al., 2015).	- Barrierer og frygt for kræft - Digitale platforme og kampagner
<i>Boosting Health Campaign Reach and Engagement Through Use of Social Media Influencers and Memes</i> (Kostygina et al., 2020).	- Stigmatisering og tabuisering af livmoderhalskræft - Digitale platforme og kampagner - Fremtidig forskning inden for undersøgelsesfeltet
<i>Confusion and anxiety in between abnormal cervical cancer screening results and colposcopy: "The land of the unknown"</i>	- Effektivitet af sundhedskommunikation - Barrierer og frygt for kræft

(Kohler et al., 2023).	
<i>Dansk kvalitetsdatabase for livmoderhalskræftscreening</i> (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2024).	- Barrierer og frygt for kræft - Digitale platforme og kampagner
<i>“Det er ikke noget, jeg ikke vil, men noget, jeg ikke får mig taget sammen til at få gjort”</i> (Kvernød & Hansen, 2015).	- Effektivitet af sundhedskommunikation - Barrierer og frygt for kræft - Digitale platforme og kampagner - Fremtidig forskning inden for undersøgelsesfeltet
<i>Do invitations for cervical screening provide sufficient information to enable informed choice? A cross-sectional study of invitations for publicly funded cervical screening</i> (Kolthoff et al., 2016).	- Effektivitet af sundhedskommunikation
<i>Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: A systematic review</i> (Peterson et al., 2016).	- Effektivitet af sundhedskommunikation - Fremtidig forskning inden for undersøgelsesfeltet
<i>Perceptions about cancer and barriers towards cancer screening among ethnic minority women in a deprived area in Denmark – a qualitative study</i> (Tatari et al., 2020).	- Barrierer og frygt for kræft
<i>Stigma and cervical cancer prevention: A scoping review of the U.S. literature</i> (Peterson et al., 2021).	- Barrierer og frygt for kræft - Stigmatisering og tabuisering af livmoderhalskræft - Fremtidig forskning inden for undersøgelsesfeltet
<i>Taboos in health communication: Stigma, silence and voice</i> (Dimitrov et al., 2022).	- Effektivitet af sundhedskommunikation - Stigmatisering og tabuisering af livmoderhalskræft - Digitale platforme og kampagner - Fremtidig forskning inden for

	undersøgelsesfeltet
<i>The influence of absolute and comparative risk perceptions on cervical cancer screening and the mediating role of cancer worry (Zhao & Nan, 2016).</i>	- Barrierer og frygt for kræft
<i>'Well that's the most ridiculous thing I have ever heard! No excuse'. A discourse analysis of social media users' othering of non-attenders for cervical screening (McGeechan et al., 2020).</i>	- Digitale platforme og kampagner
<i>What are the barriers towards cervical cancer screening for vulnerable women? A qualitative comparative analysis of stakeholder perspectives in seven European countries (Bøje et al., 2024).</i>	- Effektivitet af sundhedskommunikation - Barrierer og frygt for kræft
<i>What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population (Vrinten et al., 2017).</i>	- Barrierer og frygt for kræft - Stigmatisering og tabuisering af livmoderhalskræft
<i>Why is changing health-related behaviour so difficult? (Kelly & Barker, 2016).</i>	- Effektivitet af sundhedskommunikation - Digitale platforme og kampagner
<i>Women's experiences with opting out of cervical cancer screening and the role of the nurse in the women's decision-making process (Damsgaard et al., 2024).</i>	- Barrierer og frygt for kræft
<i>Young Danish HPV vaccinated women's knowledge, barriers and facilitators towards cervical cancer screening: A qualitative study (Mortensen et al., 2021).</i>	- Barrierer og frygt for kræft

Illustration 1. Oversigt over selekteret litteratur.

2.1 Effektivitet af sundhedskommunikation

I litteratursøgningen har vi identificeret en gennemgående tendens omhandlende effektiviteten af sundhedskommunikation, herunder de udfordringer, der er forbundet med udviklingen af sundhedskommunikation. I modsætning til organisations- og politisk kommunikation er sundhedskommunikation relativt underudviklet, og derudover hævder Dimitrov et al. (2022), at sundhedsorganisationer og -personale generelt har været langsomme til at reagere på samt adoptere de værktøjer, som sociale medier tilbyder til at formidle information. Denne tilbageholdenhed er ikke uvæsentlig, da tabuer og manglende opmærksomhed på problemer inden for sundhedssektoren kan bidrage til at skabe ubalance i magtstrukturer, der yderligere kan marginalisere udsatte grupper i samfundet (Dimitrov et al., 2022). I relation hertil påpeges en udfordring inden for sundhedsområdet omhandlende, at der eksisterer en kommunikationskløft mellem sundhedsorganisationer og -personale og befolkningen. En forudsætning for en effektiv kommunikation fastslås derfor som, at sundhedspersonale skal kommunikere gennem et sprog, der er tilgængeligt og forståeligt for befolkningen (Dimitrov et al., 2022; Peterson et al., 2016). Hertil påpeger Westbrook og Fourie (2015) vigtigheden i, at sundhedsinformation opfattes som relevant for den enkelte samt leveres gennem fakta og forklaringer, der giver mulighed for at træffe en informeret beslutning. Denne pointe underbygges af Kolthoff et al. (2016), som i en tværnational undersøgelse af invitationsmaterialet til screening for livmoderhalskræft viser, at invitationerne i de selekterede 10 skandinaviske og engelsktalende lande generelt er informationsfattige og biased til fordel for at øge deltagelsesraten. Med dette menes, at størstedelen af invitationerne benytter en paternalistisk tilgang med stærke appeller om deltagelse frem for at dele balanceret information, som muliggør individuel autonomi samt informeret stillingtagen. Kolthoff et al. (2016) påpeger, at offentligt finansierede screeningsprogrammer lægger vægt på, at borgere skal kunne træffe et informeret valg, hvilket bygger på autonomiprincippet, som er et grundlæggende ideal i moderne medicinsk etik. Alligevel udsendes invitationer, der er partiske og udelader væsentlig information om risici og ulemper såsom overdiagnosticering og psykologiske konsekvenser. Dermed opstår en skævvridning mellem idealet om informeret stillingtagen og den reelle kommunikation, hvilket i praksis gør det umuligt for kvinder at træffe et informeret og refleksivt valg. Dette illustrerer et centralt problem ved sundhedskommunikation, hvor fokus på deltagelse kan hæmme etisk forpligtende kommunikation (Kolthoff et al., 2016).

Der forekommer derudover et paradoks i den søgte litteratur, da der synes en uenighed om, hvorvidt kommunikation og information bør være personlig og tilrettelagt den enkelte eller overordnet og tilrettelagt befolkningen som én samlet størrelse. Dimitrov et al. (2022) peger på, at tilrettelæggelsen af sundhedskommunikation på en homogen måde vil tilgodese bestemte grupper og bidrage til en ulige magtbalance. Dette grundet, at nuværende sundhedskommunikation ofte glemmer at indtænke, hvordan der kan være sproglige barrierer og kultur- og generationsforskelle, der gør, at informationen ikke forstås på den måde, som den er tiltænkt, eller sågar ikke når de modtagere, der kan have brug for informationen (Dimitrov et al., 2022; Bøje et al., 2024). Favoriseringen af bestemte grupper kan samtidigt medføre en ujævn spredning af information, hvor visse grupper modtager meget, mens andre overses eller ignoreres (Dimitrov et al., 2022). Derudover kan en løsning på flere problemer inden for sundhedsområdet findes ved at versionere kommunikationen, hvilket ligeledes muliggør at kunne tilbyde præcis information om den enkeltes risiko for sygdomme. Dette bør ifølge Sundstrom et al. (2019) og Kohler et al. (2023) overvejes, da det kan være lettere at forholde sig til ens egen risikoprofil end en befolknings risikoprofil.

Studiet af Dimitrov et al. (2022) tager udgangspunkt i sundhedskommunikations rolle i at fremme samt sætte spørgsmålstejn ved offentlige diskurser post COVID-19-pandemien. Pandemien har vist, hvordan gennemsigtig kommunikation er afgørende for at opbygge tillid mellem offentlige institutioner, organisationer og befolkningen, og herunder blev det tydeliggjort, hvordan kommunikation skal tage højde for sundhedskompetencer, bekæmpe misinformation og engagere sig med udsatte grupper. Dimitrov et al. (2022) påpeger ligeledes, at pandemien har fremhævet, hvordan kommunikation ofte afspejler eksisterende magtstrukturer og stigma, hvorfor der er behov for kritisk at reflektere over, hvordan kommunikation kan udfordre og ændre disse strukturer for at fremme sundhed og trivsel. I denne forbindelse argumenterer Kelly og Barker (2016), at adfærd relateret til sundhed ofte er et resultat af sociale praksisser snarere end individuelle beslutninger. De fastslår, at de fleste indsatser vedrørende adfærdsændring på sundhedsområdet har haft begrænset succes. Studiet tager blandt andet udgangspunkt i tidligere indsatser for at reducere rygning, hvilke har vist sig mest effektive, når information om implikationer har været kombineret med regulering, ændring i adfærd, økonomisk intervention samt støtte til at håndtere afhængighed. Kelly og Barker (2016) understreger, at succes med at skabe adfærdsændringer kræver omfattende og langsigtede indsatser på flere fronter og ikke blot information. Tidligere har adfærdsændrende indsatser fokuseret på "empowerment" (Kelly & Barker, 2016, s. 115) ved at motivere og

styrke individet til selv at skabe handling. Samtidig peger studiet på, at motivation ikke alene skal forstås som et produkt af individets egen betydningsdannelse, men snarere som et resultat af sociale praksisser og derved en kollektiv beslutning om at ændre en uhensigtsmæssig praksis. Forandringer i adfærd kræver derfor en identificering af de faktorer, der opretholder uhensigtsmæssige praksisser. Dermed kan en forståelse for, hvordan sociale praksisser former handlinger, bidrage til at forstå individets stillingtagen i relation til deltagelse i screening for livmoderhalskræft. Sådanne indsatser har vist sig effektive, hvilket understreger, at adfærdsændringer bør udspringe af individets egen motivation, der yderligere er påvirket af en kollektiv tænkning, frem for at være præget af institutionelt pres (Kelly & Barker, 2016). Dette er i relation til, at selvom anbefalinger og informationer fra sundhedspersonale er nødvendige, så er det ikke alene tilstrækkeligt for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (Peterson et al., 2016). Kommunikation mellem sundhedspersonale og patient er mere nuanceret end blot en anbefaling om at deltage i screening for livmoderhalskræft, da hele diskursen omkring anbefalingen kan have betydning for, hvorvidt en person ønsker at deltage (Peterson et al., 2016). Generelt antyder litteraturen, at kvinder fortsat mangler information om livmoderhalskræft, vaccinen samt undersøgelsen for celleforandringer, hvilket vil uddybes i de følgende afsnit.

2.2 Barrierer og frygt for kræft

Følgende afsnit vil omhandle de forskellige barrierer, der kan være udslagsgivende for ikke at deltage i screening for livmoderhalskræft. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (2024) seneste tal viser, at kun omkring halvdelen af kvinderne mellem 23 og 29 år, der bliver inviteret til screeningen, deltager, mens tallet for kvinder mellem 23 og 64 år er 60,7%. Denne lave deltagelsesrate er udledt af en række underliggende barrierer, der spænder bredt mellem praktiske, psykologiske og sociale faktorer. Flere studier peger på, at kvinders viden om HPV og livmoderhalskræft er begrænset eller sågar præget af misinformation (Mortensen et al., 2021; Sundstrom et al., 2019; Kvernød & Hansen, 2015). Dette har vist sig at have en negativ påvirkning på kvindernes oplevelse af screeningsprogrammets relevans (Damsgaard et al., 2024; Mortensen et al., 2021). Forestillingen om, at undersøgelsen er irrelevant, er ligeledes præget af, at kvinder ofte ikke ser sig selv værende i risikogruppen for at udvikle livmoderhalskræft, hvilket Sundstrom et al. (2019) beskriver som en tendens til at associere HPV-relaterede sygdomme med at være noget, som rammer andre end en selv. Dette er dog en udbredt misforståelse, da livmoderhalskræft opstår gennem smitte med HPV, der overføres ved

seksuel kontakt, hvorfor alle kvinder, der er seksuelt aktive, principielt set kan udvikle livmoderhalskræft.

Udover den manglende eller fejlagtige viden oplever mange kvinder praktiske barrierer for at deltage i screeningsprogrammet. Disse kan eksempelvis være travlhed i hverdagen og udfordringer ved at forstå invitationen samt tidsbestillingen hos lægen (Kvernrød & Hansen, 2015). Dertil kommer, at forholdet til egen læge og selve den gynækologiske undersøgelse kan være en barriere. Denne beskrives i invitationen som en “underlivsundersøgelse” (bilag 3), og denne formulering kan virke afskrækkende, da det ikke yderligere beskrives, hvad en sådan undersøgelse indebærer (Mortensen et al., 2021; Kvernrød & Hansen, 2015). For nogle kvinder kan lægens køn have betydning, mens andre finder tanken om en underlivsundersøgelse ubehagelig (Mortensen et al., 2021; Kvernrød & Hansen, 2015). Derudover varierer det alt afhængigt af lægepraksis, om undersøgelsen foretages af en læge, gynækolog eller sygeplejerske. Det danske studie af Damsgaard et al. (2024) undersøger sygeplejerskens rolle i forbindelse med beslutningen om at deltage i screeningsprogrammet. Studiet belyser, hvordan sygeplejersker besidder kommunikative og relationelle kompetencer, der kan være nødvendige for at indgå i dialog med kvinderne om deres deltagelse (Damsgaard et al., 2024). Det er netop denne dialog og personlige kontakt, som flere kvinder efterspørger, men som på nuværende tidspunkt mangler og dertil er en barriere for at deltage i screeningen (Mortensen et al., 2021). Ansatte i sundhedsvæsenet spiller også en rolle i forhold til at motivere etniske minoriteter og kvinder fra særligt udsatte grupper til at deltage i screeningen, da disse kvinder er mindre tilbøjelige til at deltage i screening (Tatari et al., 2020; Bøje et al., 2024). Udover følelser som skam forbundet med den gynækologiske undersøgelse og manglende eller utilstrækkelig viden om livmoderhalskræft er manglende fokus på vigtigheden af forebyggelse af sygdomme også at finde blandt barriererne for deltagelse (Tatari et al., 2020; Bøje et al., 2024). Den manglende viden er primært forårsaget af begrænsede danskkundskaber, hvilket ligeledes har betydning for, hvordan kvinder med anden etnisk baggrund opfatter kompetencerne blandt de ansatte i sundhedsvæsenet. Alligevel viser Tatari et al.’s (2020) studie, at kvinder fra etniske minoriteter har en positiv, nysgerrig og opsøgende tilgang til information om screeningsprogrammet. Udfordringen er dog, at der fortsat er kulturelle og sproglige barrierer, der begrænser deltagelsen, hvilket understreger behovet for, at sundhedspersonales følsomhed over for andre kulturer samt kommunikative færdigheder forbedres (Tatari et al., 2020; Bøje et al., 2024; Damsgaard et al., 2024).

Derudover spiller frygten for at blive sygeliggjort en rolle i kvinders screeningsadfærd. Nogle kvinder frygter, at screening vil påføre dem unødigt bekymring, mens andre tror, at de vil kunne mærke symptomer, hvis noget er galt, hvorfor de ikke føler et behov for at deltage i undersøgelsen (Tatari et al., 2020; Kvernød & Hansen, 2015). Dette hænger sammen med, at kvinder ofte har en holdning om, at de fortjener præcis information om deres egen risikoprofil for at udvikle livmoderhalskræft, da denne er lettere at forstå samt forholde sig til end en overordnet risikoprofil (Damsgaard et al., 2024; Sundstrom et al., 2019). Generelt er der en del fejlopfattelser af, hvornår man er i risikogruppen, hvilket påvirker deltagelsesraten negativt. Udbredes forståelsen af risikogruppen, vil det ifølge Damsgaard et al. (2024) gøre stillingtagen på et informeret grundlag nemmere. Risikoopfattelse har også Zhao og Nan (2015) beskæftiget sig med i deres studie om fænomenet ‘cancer worry’ og dets effekt på sundhedsadfærd. Studiet peger på, at følelser spiller en central rolle i sundhedsbeslutninger, hvorfor vigtigheden i at tage affektive faktorer i betragtning i kommunikation om kræftisiko understreges, da det kan fremme deltagelsen i screeningsprogrammet. I denne forbindelse argumenterer de, at kvinder ofte tolker komplekse risikodata gennem emotionelle reaktioner, hvormed de mener, at en høj oplevet risiko kan føre til øget bekymring for kræft og dermed en større sandsynlighed for at deltage i screeningsprogrammer (Zhao & Nan, 2015). Omvendt kan en lav oplevet risiko resultere i manglende motivation til at deltage. Dette rejser udfordringer, da sundhedsinformation foretrækkes på forskellige måder, hvilket er belyst i afsnit 2.1.

Flere studier påpeger ligeledes, hvordan frygten for kræft for nogle kan motivere til deltagelse i screeningsprogrammer, mens tanken om at blive sygeliggjort for andre kan være så overvældende, at de helt undgår både screeningsprogrammer og information om det (Vrinten et al., 2017; Kohler et al., 2023; Kvernød & Hansen, 2015). Ligeledes oplever flere kvinder frygt og angst, mens de søger information om livmoderhalskræft og tillige i forløbet inden, under og efter selve cellediagnosen (Kohler et al., 2023). Derudover undersøger Vrinten et al. (2017) det psykologiske aspekt ved, at kræft er forbundet med frygt. Studiet beskriver, hvordan kræft ofte italesættes gennem en krigsmetafor som eksempelvis at skulle overvinde og bekæmpe sygdommen (Vrinten et al., 2017). Kræftens status som en “fjende” er et velkendt narrativ i medierne, hvilket kan have negative konsekvenser for forebyggelsen og tidlig diagnosticering af kræftsygdomme. Frygtappeller kan i nogle henseender være effektive til at ændre holdninger og adfærd, men de kan ligeså virke polariserende (Tannenbaum et al., 2015; Vrinten et al., 2017). Mens skræmmekampagner og frygtappeller for nogle kvinder kan medføre den ønskede handling, kan de for andre have en demotiverende eller stigmatiserende effekt. Det demotiverende omhandler, at frygten skaber en følelse af handlingslammelse, der

gør individet usikker på at handle af frygt for at gøre noget forkert (Vrinten et al., 2017). Effekten af skræmmekampagner og frygtappeller uddybes i afsnit 2.4. I samme forbindelse belyser Peterson et al. (2021), hvordan sociale normer og stigma påvirker adfærd i forbindelse med screening. Kvinder kan opleve selvbebrejdelse eller frygt for social dom og udskamning, hvis de diagnosticeres med HPV, hvilket kan resultere i en modvilje mod at deltage i screening (Peterson et al., 2021). Derudover er offentlige samtaler om ikke at deltage i undersøgelsen ofte tabuiserede, og denne skam kan yderligere begrænse åbenheden om emnet og medvirke til, at disse samtaler er forbeholdt nære familiemedlemmer (Peterson et al., 2021; Damsgaard et al., 2024).

2.3 Stigmatisering og tabuisering af livmoderhalskræft

Som nævnt i ovenstående peger forskning på, at både tabuisering og stigmatisering spiller en central rolle i diskursen vedrørende livmoderhalskræft og forebyggelsen heraf. Derfor anser vi det som væsentligt at undersøge, hvordan sygdomme og forebyggelse heraf stigmatiseres samt tabuiseres. Blandt andet understreger Dimitrov et al. (2022), at tabuer ikke blot skal forstås som emner, der er svære at tale om, men også som normative tavsheder. Med dette menes, at tavsheder om sundhedsrelaterede forhold, som eksempelvis seksuelt overførte sygdomme, opretholdes af sociale normer og forventninger, hvilket kan forhindre åbne diskussioner herom. Dimitrov et al. (2022) mener derfor, at tabuiseringen af sundhedsmæssige forhold bidrager til indirekte opretholdelse af uligheder i magtforhold, hvilket skaber et miljø, hvor de allerede udsatte yderligere marginaliseres. Med dette menes, at såfremt visse sygdomme eller sundhedsmæssige forhold forbindes med stigmatisering, kan det føre til, at de berørte personer eller samfundsgrupper isoleres fra fællesskabet (Dimitrov et al., 2022).

Flere studier peger ligeledes på, at specifikt livmoderhalskræft er stigmatiseret, hvilket kan have negative konsekvenser (Peterson et al., 2021; Vrinten et al., 2017; Westbrook & Fourie, 2015). I studiet af Peterson et al. (2021) adresseres det netop, hvordan stigma omkring særligt seksuelt overførte infektioner kan føre til skam og sociale tabuer. Undersøgelsens fund viser netop en sammenhæng mellem livmoderhalskræft og stigma vedrørende seksuel adfærd. Dette grundet, at HPV-smitte, og dermed risikoen for at få konstateret livmoderhalskræft, afgøres af seksuel aktivitet, hvilket som nævnt kan forekomme skamfuldt og tabuiseret grundet sociale normer for kvinders seksuelle adfærd. Dermed handler kvinders sundhedsadfærd i denne sammenhæng ikke blot om medicinske hensyn, men denne påvirkes af kulturelle normer og sociale forventninger til, hvad der anses som passende seksuel adfærd. Lignende resultater

forekommer i Westbrook og Fouries (2015) studie, hvori det påpeges, at skammen og frygten for at blive dømt på sin HPV-status overskygger det sundhedsmæssige aspekt. Ligesom Peterson et al. (2021) argumenterer Westbrook og Fourie (2015) for, at livmoderhalskræft ikke kun er en medicinsk tilstand, men også en social konstruktion, som præges af stigma. Begge studier påpeger, at kønsroller ligeledes er med til at forstærke stigmatiseringen vedrørende livmoderhalskræft (Peterson et al., 2021; Westbrook & Fourie, 2015). Både kvinder og mænd kan smittes med samt transmitterer HPV, men Westbrook og Fouries (2015) studie peger på, at sundhedskampagner, medicinske anbefalinger samt politiske strategier vedrørende HPV og livmoderhalskræft kun fokuserer på kvinder, hvilket forstærker opfattelsen af, at det primært er kvindens ansvar at beskytte sig mod HPV. Dette kan medføre et forvrænget billede af HPV og dertil livmoderhalskræft, da begge køn har et ansvar (Westbrook & Fourie, 2015). Begge parter kan få kræft som følge af HPV, da mænd kan udvikle andre kræftformer end livmoderhalskræft. Hermed afspejles de samme dynamikker vedrørende kønsroller som ikke-planlagt graviditet (Westbrook & Fourie, 2015). På samme vis som, at kvinden konstrueres som værende ansvarlig for at få HPV, er det også en tendens, at kvinden har ansvaret for at beskytte sig mod uønsket graviditet.

Udover stigmatisering vedrørende seksuel adfærd og kønsroller kan frygten for at få en kræftdiagnose også komme af et kollektivt konstrueret portræt af kræften som en fjende - hvilket er nævnt i foregående afsnit 2.2. Studiet af Vrinten et al. (2017, s. 1071) benytter nemlig begrebet 'cancer fear', hvilket beskrives som en multifacetteret oplevelse, der omfatter frygt for diagnose, behandling, sociale konsekvenser og dødelighed. Cancer fear bidrager yderligere til en tabuisering af kræft, da man forsøger at få tanken om sygdommen på afstand, hvilket kan føre til undgåelse af eksempelvis screeningsprogrammer. Dette grundet, at nogle foretrækker at være uvidende omkring deres sygdomstilstand, fordi de frygter de førnævnte konsekvenser, som kræften kan medføre (Vrinten et al., 2017; Dimitrov et al., 2022).

2.4 Digitale platforme og kampagner

I den digitale tidsalder er sundhedsinformation på digitale platforme blevet en uundværlig kilde til viden for mennesker, som søger at forstå deres sundhed. Det er ingen undtagelse med livmoderhalskræft, som er en af de mest diagnosticerede kræftformer blandt kvinder på verdensplan (McGeechan et al., 2020), hvorfor formidling af sundhedsinformation på digitale medier kan anses som væsentlig for både diskursen vedrørende livmoderhalskræft, og dertil hvorvidt kvinder deltager i screeningsprogrammer eller ej. I den selekterede litteratur beskrives

både fordele og ulemper ved brugen af sociale medier til formidling af sundhedsinformation samt problematikker ved måden, hvorpå sundhedsorganisationer benytter sig af kampagner på digitale platforme.

Digitale platforme, herunder sociale medier, er arenaer, som har åbnet op for nye muligheder, hvad angår sundhedskommunikation, da kommunikation herigennem kan nå ud til bredere og mere divergerende målgrupper. Ifølge Kostygina et al. (2020) kan sociale medier, især ved brugen af influencers, være en effektiv kanal til at sprede sundhedsinformation. Influencers, der har etableret en forbindelse og fællesskab til deres publikum, kan øge rækkevidden af sundhedskampagner samt skabe engagement og dele budskaber, der resonerer med specielt yngre målgrupper (Kostygina et al., 2020). Især brugen af populære memes og trends er en effektiv strategi for at fremme kampagners rækkevidde og engagement i forhold til det unge publikum. Unge målgrupper er dertil særdeles vigtige at fokusere på i relation til sundhedskampagner vedrørende screening for livmoderhalskræft, da deltagelsesraten blandt særligt unge kvinder mellem 23 og 29 år som nævnt er lav (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2024). Ifølge Kostygina et al. (2020) har brugen af influencers til at dele sundhedsbudskaber ikke blot en umiddelbar effekt på brandgenkendelse, men influencers kan også være med til at påvirke modtagernes holdninger og adfærd. Brandets værdi kan øges og dertil gøre produktet mere attraktivt for modtagerne, når en influencer associeres med brandet. Det skyldes, at influencers' popularitet og image overføres eller forbindes til brandet, hvilket gør det genkendeligt og bidrager til en vis troværdighed (Kostygina et al., 2020). Ligeledes skaber influenceren en flokadfærd, hvilket vil sige, at når en influencer godkender et produkt, bliver produktet mere attraktivt for følgerne. Følgerne tager ligeledes ubevidst imod råd fra influenceren, fordi de forbinder vedkommende med noget positivt og troværdigt. Derfor vil gentagende eksponering af samme budskab fra influenceren skabe en positiv association til budskabet og brandet. Kostygina et al. (2020) mener også, at kognitiv dissonans spiller en rolle i og med, at modtageren helt ubevidst tilpasser sine holdninger og dertil adfærd for at undgå en konflikt mellem sine tanker og handlinger. Et eksempel på dette er, hvis den influencer, som en kvinde beundrer, anbefaler at deltage i undersøgelsen, kan kvinden føle sig mere tryk ved at overbevise sig selv om, at chancen for at udvikle livmoderhalskræft er mindre, såfremt hun deltager i undersøgelsen. Derudover viser studiet, at influencers' indflydelse på sårbare befolkningsgrupper såsom unge har en positiv effekt på unges mundtlige anbefalinger, adfærdsændringer samt brandloyalitet (Kostygina et al., 2020). Brugen af influencers i forbindelse med kampagner på sociale medier kan derfor

forekomme effektivt i forebyggelsen af livmoderhalskræft, hvor øget synlighed, åbenhed og opmærksomhed kan føre til øget deltagelse i screening.

Det er dog ikke uden risiko at opsøge sundhedsinformation online. Dimitrov et al. (2022) påpeger nemlig, at misinformation kan sprede sig hurtigt på digitale platforme, da både eksperter, men også ikke-eksperter, har mulighed for at formidle sundhedsinformation, hvilket øger kompleksiteten. Med dette menes, at der er høj risiko for, at man støder på misinformation, fordi det ikke nødvendigvis er troværdige kilder, som man støder på (Dimitrov et al., 2022). Dermed kan misinformation om HPV og screening som nævnt medvirke til at forstærke sundhedstabuer og skabe forvirring samt unødigt frygt. Sundhedsbudskaber på digitale platforme kan være væsentlige i forhold til at skabe adfærdsændring. Her kan skræmmekampagner ved brug af frygt anvendes som et middel til at motivere til adfærdsændringer. Eksisterende forskning viser, at det både kan være en effektiv tilgang, men også have sine konsekvenser (Tannenbaum et al., 2015; McGeehan et al., 2020; Kelly & Barker, 2016). I studiet af Tannenbaum et al. (2015) undersøges netop effektiviteten af frygtappeller som en kommunikationsstrategi. Et centralt fund i studiet er, at frygtappeller forekommer mere effektive, hvis de præsenteres sammen med løsninger eller handlemuligheder. Det kan nemlig have den modsatte effekt, hvis frygten er for intens og uden passende løsninger, hvorfor det kan argumenteres, at skræmmekampagner i nogle tilfælde kan være ineffektive. Dette kan relateres til Kostygina et al.'s (2020) studie, da undersøgelsen viser, at de opslag fra influencers i forbindelse med sundhedskampagner, der blev delt og interageret mest med, havde et overvejende positivt mærket indhold.

Derudover handler ændringen af sundhedsadfærd ikke blot om videregivelse af information. Kelly og Barker (2016) peger nemlig på, at der er seks fejl, som sundhedskampagner begår, der understreger kompleksiteten ved menneskelig adfærd (Kelly & Barker, 2016). Disse fejl beskrives således; 'troen på sund fornuft', 'det handler om at få budskabet ud', 'viden og information driver adfærd', 'mennesker handler rationelt', 'mennesker handler irrationelt' og 'det er muligt at forudsige, hvordan mennesker vil handle'. Kelly og Barker (2016) argumenterer for, at disse er typiske fejl i forsøget på adfærdsændringer, fordi de bygger på forsimplede antagelser om menneskelig adfærd, som dermed fører til ineffektive sundhedsinterventioner. De fleste sundhedsinterventioner tager altså ikke højde for vigtige psykologiske og sociologiske faktorer vedrørende sundhedsadfærd såsom individers vaner, sociale normer og fysiske omgivelser, hvilket er nødvendigt, hvis man vil opnå langvarige ændringer i sundhedsadfærd (Kelly & Barker, 2016). Et eksempel herpå er, at faldet i rygning

ikke kun skyldes information om skadeligheden, men også sociale normer, regulering, økonomiske incitamenter samt støtte til at håndtere afhængighed. Det vidner dermed om, at kommunikation ikke alene kan ændre adfærd, men derimod er en flerstrengt indsats. Dette gør sig også gældende for livmoderhalskræft, hvor screening ofte i kampagner portrætteres som et let og indlysende valg (McGeechan et al., 2020). Studiet påpeger, at der kan opstå en form for “othering” (McGeechan et al., 2020, s. 18) i kampagner, hvilket udskammer dem, der ikke deltager i screening. Med othering forstås i konteksten af livmoderhalskræft, at personer, der ikke deltager i screening, fremstilles som uansvarlige eller irrationelle i forhold til dem, der deltager. Dette kan resultere i stigmatisering og marginalisering af ikke-deltagere, hvilket kan gøre det endnu mere vanskeligt for dem at engagere sig i sundhedstilbud - især hvis de allerede oplever andre af de førnævnte barrierer (jf. afsnit 2.2 og 2.3). Dette understreger, hvordan digitale medier og hertil kampagner ikke tager højde for væsentlige faktorer, men nærmere ignorerer eller afviser legitime grunde til ikke at deltage og bekymringer, som kvinder kan have (McGeechan et al., 2020; Kelly & Barker, 2016). Derfor bør sundhedsorganisationer i højere grad fokusere på at forstå, hvorfor kvinder ikke deltager, uden at afvise deres grunde (McGeechan et al., 2020).

2.5 Fremtidig forskning inden for undersøgelsesfeltet

Afslutningsvis finder vi det relevant at afdække, hvad der ifølge den selekterede litteratur bør være fokus på i fremtidig forskning inden for sundhedskommunikation om livmoderhalskræft. Formålet med dette er at samle de centrale mangler på viden, som litteraturen har identificeret samt diskutere, hvordan forskning fremadrettet kan bidrage til en mere nuanceret forståelse af, hvordan kommunikation, blandt andet gennem kampagner, kan være med til at nedbryde barrierer for screening for livmoderhalskræft.

Studier foreslår, at videre forskning bør fokusere på at forbedre kvaliteten af sundhedskommunikation (Peterson et al., 2021; Peterson et al., 2016). Det gælder især i måden, hvorpå sundhedsudbydere adresserer patienternes bekymringer samt præsentationen af fordele og ulemper ved screening. Det handler altså ikke blot om, at sundhedsudbydere skal anbefale screening, men forskning bør have fokus på at forbedre kvaliteten af sundhedskommunikation ved blandt andet at træne sundhedsudbydere i kommunikation til målgruppen (Peterson et al., 2016). I samme forbindelse bør der også være et øget fokus på viden om livmoderhalskræft og relaterede emner. Eksisterende forskning viser nemlig, at der er sammenhæng mellem mangel

på viden om HPV, celleforandringer og livmoderhalskræft samt deltagelsesraten i screeningsprogrammet (Peterson et al., 2021; Kvernød & Hansen, 2015). Der peges altså på et behov for øget informationsdeling. Her menes der ikke blot i forhold til livmoderhalskræft, men i sundhedskommunikation generelt (Peterson et al., 2021; Kvernød & Hansen, 2015; Dimitrov et al., 2022). Derfor bør fremtidig forskning også undersøge, hvordan misinformation kan håndteres i sundhedskommunikation med det formål at reducere stigma om blandt andet HPV og livmoderhalskræft (Peterson et al., 2021; Dimitrov et al., 2022; Kvernød & Hansen, 2015; Westbrook & Fourie, 2015). Disse førnævnte barrierer for de kvinder, der ikke bliver screenet for livmoderhalskræft, men som har fået HPV-vaccinen, bør jævnfør Kvernød og Hansen (2015) yderligere forskes i. Det understreger et behov for at lære målgruppen at kende for at kunne opnå effektiv adfærdsændring gennem sundhedskommunikation - såsom kampagner. Grundet digitale platformes rækkevidde kræves der målrettet indhold (Kvernød & Hansen, 2015), hvorfor overvejelse, undersøgelse og identifikation af relevante kommunikationskanaler er essentielt. Studiet af Kostygina et al. (2020) viser desuden, at unge kvinder kan engageres bedre gennem digitale og sociale platforme, hvorfor de peger på, at forskning, der undersøger, hvordan følelsesmæssige kampagner påvirker modtagernes holdninger samt efterlevelse af budskaber, er nødvendig. I forlængelse heraf bør forskning have fokus på, hvordan influencers og delbart indhold kan optimeres for at skabe adfærdsændring - eksempelvis i forhold til deltagelse i screeningsprogrammer. Ligeledes anbefales det at belyse kampagners følelsesmæssige tone for at undersøge, hvordan eksempelvis en positiv tone kontra en negativ tone i kampagnebudskaber påvirker modtagerens reaktion (Kostygina et al. 2020).

2.6 Afgrænsning af undersøgelsesfeltet

På baggrund af den inddragne litteratur vil følgende afsnit sammenfatte de gennemgående tendenser og resultater inden for undersøgelsesfeltet som led i den metasyntetiske tilgang med henblik på at afgrænse specialets fokus (Cronin et al., 2008). En væsentlig udfordring er manglen på information og tilpasningen af kommunikationen til den enkeltes forståelsesniveau, hvilket kan skabe en kløft mellem sundhedsudbyder og den enkelte borger, som yderligere kan hindre borgerens adgang til nødvendig information (Dimitrov et al., 2022; Peterson et al., 2016). Ligeledes har denne kløft vist sig at have en negativ effekt på deltagelsesraten i screening, da den begrænser den enkeltes mulighed for at tage et informeret valg om egen deltagelse. Der er desuden en debat om, hvorvidt sundhedskommunikation bør tilrettelægges den enkelte borger og dennes præferencer eller udformes som generelle budskaber tilrettet hele

befolkningen (Sundstrom et al., 2019). Mens en individualiseret tilgang kan øge forståelsen af relevansen for den enkelte, kan en generel kommunikationsstrategi være mere ressourceeffektiv og sikre ensartede budskaber. Det er imidlertid væsentligt at forstå, at motivationen ikke alene kan udspringe af den enkelte borgers egen betydningsdannelse, men i høj grad formes af sociale praksisser og normer (Kelly & Barker, 2016).

Der ligger derudover en udfordring i at sikre, at information når bredt ud uden at overse individuelle behov og forskelle i kompetencer blandt sundhedspersonale (Damsgaard et al., 2024). Forskning peger ligeledes på, at sundhedskommunikation spiller en væsentlig rolle i henhold til at nedbryde barrierer for deltagelsen i screeningsprogrammer. Denne opgave kan forekomme vanskelig for sundhedsorganisationer, da barriererne er mangeartede og individuelle (Kvernød & Hansen, 2015; Peterson et al., 2021; Vrinten et al., 2017). Derfor resulterer sundhedskommunikation, såsom kampagner, ofte i at marginalisere grupper eller individer qua manglende indsigt i kompleksiteten ved sundhedskommunikation og dertil adfærdsændringer (Kelly & Barker, 2016; Dimitrov et al., 2022; Tatari et al., 2020). Illustration 2, der fremgår nedenfor, viser et overblik over de identificerede barrierer, som vi har inddelt i tre overordnede kategorier, der er henholdsvis psykologiske, sociale samt praktiske barrierer for at deltage i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. De psykologiske barrierer vedrører både emotionelle aspekter og opfattelser af screening som irrelevant. De sociale barrierer vedrører relationelle og kulturelle forhold, mens praktiske barrierer omhandler de forhold, der knytter sig til information og tilgængelighed. Formålet med denne kategorisering er at overskueliggøre de mangeartede barrierer, som kan have relevans for vores undersøgelse.

Barrierer for deltagelse i screeningsprogrammet		
Psykologiske	Sociale	Praktiske
Frygt - Frygt for kræft - Frygt for at blive sygeliggjort - Frygt for død - Frygt og angst under informationssøgning - Frygt og angst inden, under og efter undersøgelsen	Normer og stigma - Sociale normer og stigma medfører selvbebrejdelse - Sociale normer og stigma medfører frygt for social dom og udskamning - Begrænset åbenhed	Manglende viden og uforståeligt sprog - Manglende viden - Misinformation - Manglende fokus på vigtigheden af forebyggelse af sygdomme - Forstår ikke invitationen

- Frygt for den gynækologiske undersøgelse - Ønske om ikke at blive påført unødigt bekymring - Skræmmekampagner	- Stigmatisering af seksydomme - Stigmatisering af kønsroller	- Ordvalg og formuleringer i sundhedskommunikation
Manglende relevans - Kan ikke mærke symptomer - Anser undersøgelsen som irrelevant - Fejlopfattelse af, hvornår man er i risikogruppen	Relation og sprog i mødet med sundhedsvæsenet - Forholdet til læge - Sprog- og kulturforskelle - Lægens køn - Manglende dialog og personlig kontakt til sundhedspersonale - Kræft som en krigsmetafor	Logistik - Travlhed - Tidsbestilling

Illustration 2. Oversigt over barrierer.

På baggrund af litteraturreviewet står det klart, at ovenstående barrierer for at deltage i screening i høj grad har vist sig at påvirke deltagelsesraten. Dette fremhæves eksempelvis i studiet af Mortensen et al. (2021), hvor det påpeges, at disse barrierer har været uændrede gennem de seneste 12 år. Dette indikerer, at den nuværende sundhedskommunikation ikke i tilstrækkelig grad formår at bidrage til adfærdsændring, hvilket ligeledes underbygges af Kelly og Barker (2016), som peger på behovet for at gentænke måden, hvorpå sundhedskommunikation udformes og formidles. I samme forbindelse påpeger Kelly og Barker (2016), at sådanne adfærdsændringer bør udspringe af individets egen motivation frem for institutionelt pres. Dette vil kræve, at fokus rettes mod de sociale praksisser, da disse medvirker til at forme individets handlinger. Vi har udarbejdet illustration 3 over de sammenfattende fund fra litteraturreviewet. Denne danner grundlag for den efterfølgende identifikation af videnshuller i den eksisterende forskning med henblik på at afdække, hvor vi med vores speciale kan bidrage med ny viden.

Emner	Sammenfattende fund
Sundhedsudbyderes rolle	Relation til og kommunikation fra sundhedsudbydere har betydning for tilliden og deltagelsen i screeningsprogrammer.
Viden og misinformation	Mangel på viden om HPV og screening er udbredt og er sammenhængende med lav deltagelse. Misinformation spredes hurtigt på digitale platforme og kan forstærke sundhedstabuer.
Barrierer for deltagelse i screening	Kvinder oplever psykologiske, sociale og praktiske barrierer, herunder frygt, skam og lav tillid til sundhedssystemet. Disse barrierer forstærkes, hvis kvinden ikke føler sig mødt i kommunikationen.
Motivation til adfærdsændring	Motivation udspringer ikke kun af individets betydningsdannelse, men formes af sociale praksisser og normer. Adfærdsændring sker derfor ofte gennem et socialt og meningsskabende fællesskab.
Kommunikationens rolle og begrænsninger	Kampagner fremstiller ofte screening som et enkelt og indlysende valg og undlader at anerkende kvinders bekymringer. Dette kan føre til othering og skyldfølelse blandt ikke-deltagere.
Brug af digitale platforme og influencers	Digitale medier har potentiale til at nå unge kvinder, især gennem relaterbart indhold fra influencers. En positiv tone virker bedre end frygtbaserede budskaber.
Effekten af frygtappeller og skræmmekampagner	Frygt kan virke, hvis den kombineres med handlingsanvisninger. Overdreven brug af frygt uden at tilbyde konkrete løsninger kan resultere i modstand eller handlingslammelse.

Illustration 3. Sammenfattende fund.

Der mangler viden om, hvordan sundhedskommunikation kan imødekomme de personlige og kontekstuelle barrierer, som kvinder oplever i relation til livmoderhalskræft og forebyggelse heraf, således at de føler sig inkluderende. Der er et tydeligt behov for en mere nuanceret og empatisk tilgang til kommunikationen, som ikke blot oplyser, men også respekterer de legitime fravalg, som kvinder måtte have, og som undersøger, hvad kvinder selv efterspørger i forhold til sundhedsinformation. Desuden har vi identificeret, at der er mangel på forskning i, hvordan kvinder opfatter og reagerer på sundhedskampagner, samt hvordan psykologiske faktorer og valg af kommunikationskanal påvirker kvinders tillid og deltagelse i screeningsprogrammet. Det er ligeledes uklart, hvordan især unge kvinder reagerer på frygtbaserede kontra positive budskaber, og hvordan disse påvirker kvindernes stillingtagen. Yderligere er der behov for viden om, hvordan sundhedskommunikation kan fremme kollektiv handling og motivere kvinder til stillingtagen vedrørende deltagelse i screening frem for, at denne stillingtagen styres af institutionelt pres. Endvidere er det relevant at undersøge, hvilken betydning relationen mellem sundhedsudbydere og kvinder har for deltagelsen i screening. Samtidig mangler der viden om, hvordan kvinder navigerer i informationslandskabet på digitale platforme, samt hvad de anser som troværdige budskaber.

Med udgangspunkt i disse videnshuller ønsker vi at undersøge, hvordan Kræftens Bekæmpelse som landsdækkende interesseorganisation arbejder med formidling og forebyggelse i relation til screening for livmoderhalskræft. Gennem et interview med Kræftens Bekæmpelse søger vi at få indblik i organisationens kampagner og perspektiver på sundhedskommunikation (jf. afsnit 5.1). Grundet den lave deltagelsesrate hos unge kvinder mellem 23 og 29 samt manglende forskning i denne aldersgruppe har vi valgt at foretage fokusgruppeinterviews med unge kvinder. Dette med henblik på at afdække kvinders viden, holdninger og behov til sundhedskommunikation om screening for livmoderhalskræft fra interesseorganisationer som Kræftens Bekæmpelse, så de i højere grad skaber engagement (jf. afsnit 5.2). På baggrund af resultaterne præsenteret i dette litteraturreview har vi til hensigt at bidrage med nye perspektiver på, hvordan sundhedskommunikation kan udvikles, så den bliver mere inkluderende og målrettet de reelle behov, som kvinder har i relation til deltagelse i screening. Da vi anser kommunikation som en dynamisk proces, hvor mening skabes gennem social interaktion, ønsker vi at belyse, hvordan sundhedsbudskaber ikke blot formidles, men konstrueres og formes gennem sociale og diskursive strukturer. På denne baggrund præsenteres den socialkonstruktivistiske videnskabsteori i det følgende afsnit.

3. Videnskabsteori

Videnskabsteori omhandler helt grundlæggende teori om videnskab, og hvordan denne udøves, hvilket indebærer refleksioner over, hvordan virkeligheden erkendes, samt hvordan viden skabes (Fuglsang et al., 2014). Dermed dækker videnskabsteori over en række discipliner, der alle har videnskaben som genstand. Videnskab handler dertil ikke blot om at beskrive fænomener, men også om at opnå en dybere indsigt i fænomenerne for bedre at forstå dem (Collin et al., 2022). Grænserne mellem de tre grundvidenskaber, natur-, human- og samfundsvidenskaben, kan til tider være vanskelige at definere entydigt, hvilket kan gøre skellet herimellem uklart (Collin et al., 2022). Med dette menes, at selvom de tre discipliner benytter og kræver forskellige metoder og teoretiske tilgange, så trækker de alligevel tråde til hinanden. I denne undersøgelse placerer vi os primært inden for humanvidenskaben, da vi anser mennesket som et tænkende, følende, handlende og kommunikerende subjekt (Collin et al., 2022, s. 11). Vi inddrager dog perspektiver fra samfundsvidenskaben, da denne disciplin betragter samfundet som menneskeskabt og beskæftiger sig med sociale processer (Rasborg, 2014). Collin et al. (2022) påpeger derudover, at "samfund består af individer, og man kan ikke undersøge samfund uden også at beskæftige sig med deres samfundsmæssige tilhørsforhold" (s. 16). Dermed kan det argumenteres, at forskning inden for humaniora kan anses som eklektisk (Køppe, 2015). Med dette henviser Køppe (2015) til, at i stedet for at være bundet til en bestemt tilgang kombinerer humanistisk forskning ofte elementer fra forskellige videnskabelige traditioner og discipliner. I spændingsfeltet mellem human- og samfundsvidenskaben er socialkonstruktivismen, som vi tilgår undersøgelsen med.

3.1 Socialkonstruktivisme

Den socialkonstruktivistiske tilgang udspringer af et opgør mod naturvidenskabens perspektiv på et fænomens naturlighed og som uafhængigt eksisterende (Collin, 2022). Derimod hævder socialkonstruktivismen, at ethvert fænomen er menneskeskabt, samt at de fænomener, som vi ellers opfatter som uafhængigt eksisterende, egentlig er produkter af sociale processer og kulturelle normer. Dermed eksisterer fænomener som køn, identitet og viden ikke i en objektiv og konstant forstand, men skabes og opretholdes gennem menneskelig interaktion og samfundsmæssige strukturer (Collin, 2022). Denne videnskabsteoretiske disciplin anskuer derudover den virkelighed, som vi forsøger at erkende, som en ikke egentlig virkelighed, men blot en fortolkning af virkeligheden (Rasborg, 2014). Af denne grund anskues viden og erkendelse som en socialt konstrueret virkelighed, som dannes og præges af subjektets

fortolkning. Ligeledes er subjektets tænkning skabt og påvirket af denne socialt konstruerede virkelighed (Collin, 2022, s. 460). Collin (2022) påpeger, at inden for socialkonstruktivismen konstrueres virkeligheden gennem sprog, sociale praksisser samt kollektiv tænkning. Sproget er altså en forudsætning for at erkende virkeligheden og ikke blot et redskab for kollektiv tænkning, men derimod en forudsætning for denne. Med dette menes, at sproget ansues som det, der konstruerer samt strukturerer virkeligheden, og at det uden sproget ikke vil være muligt at erkende virkeligheden og verden i fællesskab (Collin, 2021; Rasborg, 2014). Sproget giver dermed mulighed for at italesætte og beskrive tænkning og erkendelse.

Socialkonstruktivismen anser derudover ikke sproget som opstået af sig selv, men derimod som menneskeskabt og som et produkt af den kollektive tænkning. Det er i denne forbindelse relevant at bemærke, at vi tilgår videnskaben ud fra den socialkonstruktivistiske tilgang, og dermed afviger specialet fra konstruktionismen, som anser viden som noget, der i kraft af sproglig interaktion opstår gennem en fælles erkendelse (Collin, 2022; Gergen, 1997). Den konstruktivistiske tænkning, som vi tilgår videnskaben med, har derimod den opfattelse, at erkendelse opstår ud fra et subjekts individuelle fortolkningsramme. Ifølge Collin (2022) er individets fortolkningsramme præget af dets fortid samt iboende kultur, hvorfor vi hver især forstår og fortolker verden ud fra vores individuelle psykiske system. Vi forstår individets psykiske system som et produkt af den kultur og historiske fortid, som mennesket er en del af (Collin, 2021). Selvom vi afviger fra den konstruktionistiske tilgang, afskriver vi dog ikke kollektiv erkendelse endegyldigt. Vi tilslutter os derimod tænkningen om, at erkendelse påvirkes af den sociale virkelighed (Collin, 2021). Dette grundet, at vi netop anser sprog, og herunder diskurser, som mulige måder at påvirke andre individers erkendelse på. Af denne årsag har vi til hensigt at udføre fokusgruppeinterviews samt inddrage diskurspsykologi som analytisk tilgang, der vil præsenteres i afsnit 5.2 og 4.

Da vi anskuer viden om virkeligheden som socialt konstrueret, er det væsentligt at påpege, at vi tilslutter os den epistemologiske socialkonstruktivisme (Collin, 2022, s. 458). Denne hævder, at viden om virkeligheden ikke nødvendigvis er virkeligheden, da denne viden afhænger af, hvordan virkeligheden erkendes. Vores viden er dermed et resultat af, hvordan vi opfatter og forstår verden. Denne tankegang adskiller sig fra den ontologiske socialkonstruktivisme, hvori det menes, at det er selve virkeligheden, der er socialt konstrueret. Med en epistemologisk tilgang er videnskabelige teories indhold forankret gennem den sociale kontekst, gennem hvilken de er opstået (Collin, 2022). Herved mener vi, at erkendelse af virkeligheden opstår som følge af subjektets fortolkningsramme, hvorfor viden hverken er

objektiv eller endegyldig (Collin, 2021). I denne forbindelse er det væsentligt at bemærke, at det er umuligt at forholde sig til hele virkeligheden på en og samme tid, hvorfor en undersøgelse af virkeligheden nødvendigvis vil kræve en selektion i den data, der er til rådighed (Køppe, 2015). Dette kan relateres til, at socialkonstruktivismen anser forståelsen af et fænomen som et produkt af den historiske kontekst, som det befinder sig i. Denne forståelse af det pågældende fænomen forankres dermed i en menneskelig fortolkning på baggrund af en historisk variation og “forskelle i den måde, hvorpå forskellige samfundsgrupper tænker og handler” (Collin, 2022, s. 457). Vi er derfor nødsaget til at betragte virkeligheden fra et bestemt standpunkt og ligeså inden for en bestemt tidshorisont, hvilket understreges, idet vi beskæftiger os med den idiografiske disciplin (Køppe, 2015). Den selekterede samt reducerede virkelighed vil derfor belyse en unik historie, da det pågældende undersøgelsesfelt kan variere ud fra perspektiv og tid. Det er derfor værd at nævne, at når vi opererer ud fra et socialkonstruktivistisk og erkendelsesteoretisk ståsted, er det ikke muligt at opnå en almengyldig sandhed. Dette er dog ikke ensbetydende med, at den sociale konstruktion af virkeligheden er en forvrængning af virkeligheden (Collin, 2022). Da vi netop opererer ud fra tænkningen om, at erkendelse sker qua det enkelte subjekts fortolkningsramme, må denne konstruktion af virkeligheden til enhver tid anses som gyldig. Denne forståelse har betydning for vores tilgang til indeværende undersøgelse, da vi hverken betragter erkendelse eller viden som objektiv eller endegyldig, men derimod som et resultat af det enkelte subjekts fortolkning inden for en bestemt tid og kontekst (Collin, 2022; Collin, 2021). Derfor hviler vores valg af metoder på en erkendelse af, at virkeligheden aldrig kan afdækkes i sin helhed, men kun er mulig at belyse ud fra de perspektiver, som vi har med os, samt selektioner, som vi foretager os. Derfor er det nærliggende, at vi i følgende afsnit vil redegøre for det metodiske fundament for undersøgelsen.

4. Diskurspsykologi

Vi vil i forlængelse af vores videnskabsteoretiske ståsted inden for socialkonstruktivismen præsentere diskurspsykologi som analytisk tilgang for specialet. Diskurspsykologien kan anses for at være tæt knyttet med den socialkonstruktivistiske tilgang, da den tilbyder en ramme til at undersøge, hvordan sproglige praksisser former sociale virkeligheder samt påvirker individers holdninger og handlinger. Med udgangspunkt i Potter og Wetherells (1987; 1992) udlæg af diskurspsykologien vil vi analysere, hvordan diskurser om livmoderhalskræft og screening påvirker unge danske kvinders holdninger til forebyggelse af livmoderhalskræft samt kommunikation herom. Med diskurspsykologi som analytisk tilgang er det muligt at afdække

barrierer og forståelser, som konstrueres gennem sproget, samt hvordan kommunikation fra Kræftens Bekæmpelse potentielt kan bidrage til at nedbryde barrierer og øge deltagelsen i screeningsprogrammet.

Potter og Wetherell (1987) præsenterer en diskursiv tilgang til socialpsykologi som en reaktion og kritik mod traditionelle psykologiske tilgange, som primært fokuserer på interne kognitive processer for at forklare holdninger samt handlinger. I stedet fokuserer diskurspsykologi på, hvordan sprog bruges i sociale interaktioner til at konstruere meninger, identiteter og sociale praksisser (Edley, 2001). Diskurspsykologien evner at vise, hvordan menneskers holdninger ikke kun er interne mentale processer, som det er tilfældet i kognitiv psykologi, men dynamiske konstruktioner, som formes og ikke mindst forhandles gennem sprog i konkrete sociale kontekster (Jørgensen & Phillips, 1999). Potter og Wetherell (1987) diskuterer hertil traditionelle forestillinger af selvet inden for psykologien, hvor selvet præsenteres som en kerne af konsistente træk og holdninger. Med dette menes, at selvet anses som en statisk og indre identitet, hvori der findes en essentiel "kerne" i individet, som er relativ uforanderlig. Hermed forventes det, at et individs personlighedstræk og holdninger vil være forholdsvis konsistente på tværs af tid og rum. Dette syn på selvet udfordrer Potter og Wetherell (1987), da de argumenterer, at selvet ikke er en statisk og indre entitet, men tværtimod konstrueres diskursivt. De mener altså, at selvet kan variere afhængigt af den diskursive kontekst og de sociale handlinger, der udføres (Potter & Wetherell, 1987). Kritikken af de traditionelle psykologiske modeller ligger dermed i, at de behandler selvet som en kohærent enhed, hvortil Potter og Wetherell (1987) argumenterer for, at diskurspsykologi giver et mere nuanceret billede af, hvordan selvet konstrueres og forhandles gennem sprog i sociale interaktioner.

I forlængelse heraf er det essentielt at klarlægge, hvad der forstås ved diskursbegrebet inden for diskursanalyser. Diskurs defineres som "en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på" (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 9), hvilket betyder, at sproget ikke er en passiv refleksion af virkeligheden, men nærmere en aktiv konstruktion af den sociale orden. Dette er i tråd med, at Potter og Wetherell (1987) konstaterer, at sproget, i forhold til diskurspsykologien, er en forudsætning for stort set alle former for socialt samvær og handling. Diskurser er dermed centrale redskaber til netop at forstå, hvordan holdninger og sociale relationer konstrueres gennem sprog og kommunikation (Jørgensen & Phillips, 1999). I denne forbindelse er det væsentligt at pointere, at vi erkender, at der forekommer adskillige opfattelser af diskursbegrebet. Til trods for, at diskurspsykologien deler samme empiriske fokus med den kritiske diskursanalyse, hvilket er konkrete tilfælde af sprogbrug i konkret social interaktion,

så er formålet ved diskurspsykologi ikke nødvendigvis at analysere samfundets forandringer, som det specifikke sprogbrug medfører - altså Diskurs med stort D. Formålet er nærmere at undersøge, hvordan individer benytter sig af diskurser i konstruktionen af identitet og virkeligheden i sociale situationer (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 16).

Mens andre diskursanalytiske tilgange, såsom diskursteorien, anser diskurser som noget, der konstruerer samfundsmæssige strukturer på et overordnet niveau, så fokuserer diskurspsykologien på, hvordan mennesker påvirkes og styres af diskurser (Jørgensen & Phillips, 1999). Potter og Wetherell (1992) kritiserer netop diskursteoriens tendens til at overse konkret sprogbrug i praksis. De argumenterer derfor, at diskurspsykologien kan bidrage med en nuanceret forståelse af, hvorledes diskurser fungerer på et individ- og interaktionsniveau. Hertil er det væsentligt at introducere et relevant begreb i forhold til, hvordan diskurser opfattes inden for diskurspsykologien. Potter og Wetherell (1987; 1992) beskriver 'fortolkningsrepertoier' som fælles anvendte klynger af termer, beskrivelser og metaforer forbundet med en vis evaluerende position. Med dette menes, at fortolkningsrepertoier forstås som mønstre i måden, hvorpå mennesker taler om et emne. Disse mønstre består af kollektivt anvendte ord og vendinger, som benyttes til at skabe mening samt forklare handlinger i konkrete sociale sammenhænge. Fortolkningsrepertoier er ikke neutrale, men knytter sig til bestemte værdier og holdninger, hvilket betyder, at de påvirker, hvordan en holdning eller handling bliver evalueret. Diskurser fungerer altså som en form for ressourcer i social interaktion, som benyttes forskelligt afhængigt af den pågældende sociale situation. Dette kan relateres til socialkonstruktivismen i og med, at diskurserne inden for diskurspsykologi anses som sociale praksisser, som vi har med os og kan trække på i de sociale interaktioner, som vi indgår i, på baggrund af vores eget psykiske system (jf. afsnit 3.1). Til trods for, at diskurser og fortolkningsrepertoier kan bruges til at beskrive det samme, så påpeger Potter og Wetherell (1992, i Jørgensen & Phillips, 1999, s. 124), at de foretrækker at bruge fortolkningsrepertoier for at afvige fra opfattelsen af diskurser som værende abstrakte størrelser. Ved brugen af begrebet fortolkningsrepertoier understreges det, at diskurser benyttes som fleksible ressourcer i social interaktion, hvorfor de fungerer som sociale praksisser.

Diskurspsykologien præsenterer yderligere begreberne 'ideologiske dilemmaer' og 'subjektpositioner', der i sammenhæng med det førnævnte begreb fortolkningsrepertoire udgør en tre-trins analysemodel (Edley, 2001). Ifølge Edley (2001) adresserer begrebet ideologiske dilemmaer den logiske og ligeså komplekse debat om ideologiers natur. Han peger på, at ideologi ikke er en simpel størrelse, men nærmere noget, der indebærer modsætninger samt

variationer, som mennesker skal forholde sig til og navigere i. Ideologier kan både forstås og analyseres rationelt, men det komplekse aspekt spiller ligeledes ind, da de forbindes med sociale normer, kulturer samt individers egne perspektiver og oplevelser. Dette er væsentligt, når det undersøges, hvordan mennesker konstruerer mening, da det netop er gennem sprogbrug og dagligdagstale, at sådanne dilemmaer udtrykkes og forhandles (Edley, 2001). I interaktionen mellem individer vil disse positionere sig efter gældende ideologier, hvormed der kan opstå dilemmaer deltagerne imellem, såfremt de ikke følger samme ideologi. Hertil er det nødvendigt at nævne, at der også kan opstå et ideologisk dilemma hos et enkelt individ, hvis selvsamme person følger mere end én ideologi. Dette kan eksempelvis komme til udtryk ved, at en deltager i vores fokusgruppeinterview føler, at det er vigtigt at blive screenet, men ikke gør det, fordi vedkommende er bange for at få kræft. Edley (2001) påpeger i denne forbindelse, at der er sammenhæng mellem ideologiske dilemmaer og fortolkningsrepertoarer, da begge begreber fungerer som diskursive redskaber, der benyttes til at udtrykke en holdning og sindstilstand (s. 204).

Hertil er subjektpositioner ligeledes et væsentligt begreb, da det refererer til de identiteter, som mennesker placeres i gennem sprog samt sociale interaktioner (Edley, 2001). Det vil sige, at når vi kommunikerer, trækker vi på konkrete fortolkningsrepertoarer, som tilbyder måder at forstå og beskrive os selv og andre på. Subjektpositioner er ligeså ikke faste identiteter, men skifter afhængigt af konteksten og den diskursive ramme. Althusser (1971, i Edley, 2001, s. 209) peger på, at ideologi spiller en central rolle i denne proces gennem det, han betegner 'interpellation'. Dette begreb skal forstås som, når en ideologi "kalder" på individet, hvilket fremkalder en genkendelighed i individet. Dette understreger, at i diskurspsykologien anses identitet ikke som noget fast, men snarere flydende og formes samt forhandles gennem sprog og ideologi. Ved at analysere sprogbrugen i vores fokusgruppeinterviews med unge danske kvinder kan vi dermed identificere hvilke subjektpositioner, der er tilgængelige i de givne diskurser samt undersøge, hvordan kvinder navigerer i og forhandler disse positioner. Vi kan på baggrund af dette udlede hvilke ideologiske dilemmaer, der opstår i den sociale praksis.

Som nævnt er diskurspsykologien en del af vores socialkonstruktivistiske tilgang, da begge anser identitet og selvet som værende flydende og påvirket af en social kontekst. Med dette menes, at diskurspsykologien fokuserer på, hvordan sprog og diskurser former vores forståelse af os selv og verden, hvor socialkonstruktivisme peger på, at vores forståelse af virkeligheden samt vores identitet skabes og forhandles i de sociale sammenhænge, som vi indgår i (jf. afsnit 3.1). Med en diskurspsykologisk tilgang opfattes selvet som foranderligt, hvorfor det ligeså må

anses som spredt (Jørgensen & Phillips, 1999). Identitet er ligeledes diskursivt, hvilket betyder, at identitet konstrueres gennem sproget. I denne forbindelse inddrager vi Halls (1996) beskrivelse af identitetskonstruktion. Han beskriver, hvordan identitet kommer til udtryk gennem subjektpositioner, som konstrueres af diskursive praksisser. Identitet er derfor ikke en fast eller medfødt størrelse, men derimod noget, som skabes og formes gennem sproglige samt sociale processer. Dermed konstrueres identiteter ud fra forskelligartede diskursive ressourcer, hvorfor identiteten anses som relationel og aldrig endegyldig. Ifølge Potter og Wetherell (1992) betyder dette dog ikke, at der opstår en komplet ny identitet, hver gang et menneske bevæger sig fra én social kontekst til en anden. Identiteten, som en person udtrykker på et givent tidspunkt, kan forstås som et resultat af tidligere processer (Potter & Wetherell, 1992, s. 78). Derfor kan en given identitetskonstruktion anses som én ud af flere mulige versioner af selvet. Identitet og interaktion vil uundgåeligt bære præg af tidligere diskursive praksisser, som individet har indgået i, da disse indgår som en del af subjekters fortolkningsramme (jf. afsnit 3.1).

Diskurspsykologi er en relevant analysetilgang for vores undersøgelse, idet den giver os mulighed for at udforske, hvordan diskurser vedrørende livmoderhalskræft og screening konstrueres gennem sprog, og hvordan disse diskurser påvirker unge kvinders holdninger samt adfærd. De pågældende fortolkningsrepertoarer afspejler de diskursive ressourcer, som er til rådighed i samfundet, hvortil de former kvinders forståelse af, hvad der anses som ansvarligt og rigtigt i relation til sundhed. Ligeledes ønsker vi at undersøge, hvordan sprog og fortolkningsrepertoarer benyttes til at udtrykke bestemte subjektpositioner, som yderligere medvirker til at tydeliggøre eventuelle ideologiske dilemmaer i den diskursive praksis ved screening for livmoderhalskræft.

5. Kvalitative metoder

Kvalitativ forskning fokuserer på betydningen af menneskelige erfaringer og processer, og metoderne muliggør en dybdegående undersøgelse af sociale og sproglige praksisser (Tanggaard & Brinkmann, 2020). Som tidligere nævnt forstår vi viden om virkeligheden som noget, der skabes gennem sociale og sproglige interaktioner. Derfor er vores formål ikke at afdække en objektiv sandhed om screening for livmoderhalskræft, men vi er derimod optagede af, hvordan unge danske kvinder italesætter og forhandler holdninger til emnet - og hvordan diskurser påvirker dette. Vi har i den forbindelse udført tre fokusgruppeinterviews med unge danske kvinder, som udgør specialets empiriske fundament. Derudover udførte vi inden da et

interview med to repræsentanter for interesseorganisationen, Kræftens Bekæmpelse, hvilket medvirkede til at afgrænse fokus for specialet yderligere. Dette interview såvel som feltnotater fra hver interviewsituation udgør undersøgelsens sekundære empiri. De følgende afsnit vil således uddybe, hvordan vi har anvendt kvalitative metoder, og hvordan de metodiske valg stemmer overens med vores socialkonstruktivistiske og diskurspsykologiske tilgang.

5.1 Semistruktureret interview

Vi har benyttet os af et kvalitativt forskningsinterview i form af et semistruktureret interview med Kræftens Bekæmpelse til indsamling af sekundær empiri. Dette interview er foretaget med henblik på at opnå viden om organisationens indsatser vedrørende livmoderhalskræft og screeningsprogrammet. Ligeledes har interviewet fundet sted før de tre fokusgruppeinterviews, hvormed dette interview har medvirket til at afgrænse fokus for de følgende fokusgrupper. Af denne årsag vil det semistrukturerede interview præsenteres indledningsvist.

Vi tager udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2015) udlæg af det kvalitative forskningsinterview, hvilket beskrives som “selve produktionen af viden” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 177), og denne viden produceres gennem en social og aktiv proces mellem interviewer og interviewperson. Der er flere måder at tilgå et interview på, hvortil vi har udført et semistruktureret interview, der kendetegnes ved, at det opbygges ud fra et forskningsspørgsmål og indebærer en interviewguide. Forskningsspørgsmålet danner rammen om hvilke temaer og områder, interviewet skal omhandle. Dette struktureres yderligere gennem interviewguiden, hvori der fremgår nedskrevne emner og konkrete spørgsmål, der ønskes besvaret af interviewpersonerne og, som Kvale og Brinkmann (2015) påpeger, kan være af forskellig karakter. Spørgsmålene i vores interviewguide (bilag 5) uddybes senere. Det, der adskiller det semistrukturerede fra det strukturerede interview, er, at der er mulighed for at afvige fra interviewguiden. Dette gøres i tilfælde, hvor enten interviewer eller interviewpersonen berører temaer, der anses som relevante for interviewet og dertil undersøgelsen. Et eksempel herpå ses i transskriptionen, hvor vi afviger fra interviewguiden med følgende spørgsmål; “nu sagde du noget i forhold til november er det sådan bevidst i altid laver kampagner i november” (bilag 15, l. 847-849). Dette spørgsmål gav os mulighed for at få uddybet et svar fra Kræftens Bekæmpelse, som kan være til gavn for vores videre undersøgelse.

I planlægningen af et interview er det ligeledes vigtigt at have den tematiske samt dynamiske dimension for øje (Kvale & Brinkmann, 2015). Den tematiske dimension omhandler

produktion af viden, hvilket Kvale og Brinkmann (2015, s. 159) beskriver som interviewets 'hvad'. Som interviewer er det nødvendigt at være fortrolig med det undersøgte felt, så der kan stilles relevante spørgsmål. Dette tages der blandt andet højde for ved at formulere det overordnede forskningsspørgsmål, som tematiserer interviewet. Derudover har vores litteraturreview bidraget med viden til at kunne stille relevante spørgsmål til Kræftens Bekæmpelse. Den dynamiske dimension anses for at være interviewets 'hvordan' og omhandler den interaktive proces i interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det vil sige, hvordan interviewet forløber, samt hvordan viden skabes i samspillet mellem interviewer og interviewperson. Dette vedrører den interpersonelle relation i interviewet, og hvordan der opretholdes et positivt samspil mellem interviewer og interviewperson. I denne forbindelse har vi tydeliggjort formålet med interviewet inden dets start for at skabe transparens, hvilket kan bidrage til et positivt og trygt samspil mellem interviewer og interviewperson.

5.1.1 Faktuelt interview

Interviews kan tjene flere formål, hvorfor der findes forskellige interviewformer, som selekteres alt efter hvilken viden, der ønskes opnået (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 197). Da formålet med interviewet er at opnå viden og forståelse om livmoderhalskræft samt indsigt i Kræftens Bekæmpelses sundhedskommunikation, har vi udført et faktuel interview. Ved denne interviewform er der mindre fokus på interviewpersonens egne oplevelser og perspektiver, men derimod på faktuel information (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Hertil påpeger Kvale og Brinkmann (2015, s. 137), at konstruktionen af interviewpersoner i interviewkonteksten afhænger af hvilken form for kvalitativt interview, der udføres. Da vi udfører et faktuel interview, anses vores interviewpersoner som informanter. Når der udvælges interviewpersoner ved denne metode, selekteres de qua deres ekspertviden om et givent emne. Som interviewere skal vi være særligt opmærksomme på formuleringen af spørgsmål, når formålet er at indhente faktuelle, præcise og upåvirkede svar fra vores informanter. Dette har vi blandt andet haft for øje i forbindelse med formuleringen af vores forskningsspørgsmål:

Hvordan kommunikerer og informerer Kræftens Bekæmpelse omkring screening for livmoderhalskræft, og hvilke indsigter har organisationen opnået gennem sin eksterne kommunikationsindsats?

Ligeledes udviser spørgsmål som "Hvor meget fokus har I på hjemmetesten i jeres kommunikation?" og "Hvordan oplever I modtagelsen af kampagner såsom *Er der noget, du*

har glemt? og *Svesken på disken?*”, at vi henvender os til organisationen og ikke informanternes personlige holdninger, da informanterne qua deres job anses som repræsentanter for Kræftens Bekæmpelse (Clark et al., 2021, s. 240). Derudover viser spørgsmålene, at vi som interviewere har baggrundsviden om både screening for livmoderhalskræft og specifikke kampagner fra Kræftens Bekæmpelse. Dette er væsentligt i et faktuel interview, da “kvaliteten af de data, der produceres i et kvalitativt interview, afhænger af kvaliteten af interviewerens færdigheder og viden om emnet” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 91). Dette antyder, at et vellykket kvalitativt forskningsinterview kræver både faglig indsigt, men også interviewtekniske færdigheder for at sikre, at de producerede data forekommer valide og dybdegående.

5.1.2 Rekruttering af informanter

Vores rekruttering af informanter beror på samplingsmetoden ‘purposive sampling’, som indebærer en formålsbaseret udvælgelse, hvor ‘units’ udvælges på baggrund af deres relevans for det førnævnte forskningsspørgsmål (Clark et al., 2021, s. 378). Ved units forstås både organisationer, personer og dokumenter. Vi har mere specifikt brugt tilgangen ‘criterion sampling’, som indebærer en udvælgelse af units ud fra et konkret kriterium (Clark et al., 2021, s. 379). På baggrund af vores ønske om at inddrage en organisation, som engagerer sig i sundhedskommunikation vedrørende livmoderhalskræft og forebyggelse heraf på digitale medier, er dette kriteriet, der ligger til grund for samplingen af informanterne fra Kræftens Bekæmpelse. Informanterne er henholdsvis antropolog og specialkonsulent Ann-Britt Kvernød samt projektleder Julie Hedegaard Mortensen, som begge sidder i afdelingen Forebyggelse & Oplysning hos Kræftens Bekæmpelse. Afdelingen arbejder med formidling og indsatser vedrørende HPV-vaccination og screening for livmoderhalskræft og undersøger blandt andet kvinders manglende deltagelse i screeningsprogrammet. De forsøger dertil gennem diverse indsatser, såsom kampagner, at øge deltagelsesraten (bilag 15, l. 46-55). Interviewet har bidraget med ekspertviden inden for feltet, hvilket har gjort os klogere på organisationens holdninger og indsatser i forhold til at øge den lave deltagelsesrate. Vi har ligeledes fået indblik i kampagnerne *Er der noget, du har glemt?* og *Svesken på disken*, som netop lægger vægt på, at glemsel ofte er en barriere for deltagelse. Dog påpeger de også, at der findes mange divergerende barrierer, hvorfor det er vanskeligt at ramme hele målgruppen. Disse oplysninger har i samspil med litteraturreviewet indsnævret vores fokus for de tre fokusgruppeinterviews yderligere, hvorfor denne type af interview præsenteres i følgende afsnit.

5.2 Fokusgruppeinterview

Følgende afsnit har til hensigt at redegøre for de overvejelser, der ligger til grund for udførelsen af fokusgruppeinterviews, som er speciallets primære empiri. Derudover vil afsnittet præsentere, hvordan vi har rekrutteret respondenter til fokusgrupperne, udarbejdelsen af interviewguiden, samt hvordan afholdelsen af de tre fokusgrupper er forløbet.

Et fokusgruppeinterview er en form for gruppeinterview og adskiller sig derfor fra et typisk semistruktureret enkeltinterview, der har til hensigt at lade en respondent beskrive sine holdninger og oplevelser (Halkier, 2016; Kvale & Brinkmann, 2015). Fokusgruppeinterviewet har ligeledes en interviewguide, der strukturerer interviewet, men denne er ikke nødvendigvis lige så styrende som ved et semistruktureret enkeltinterview. Derimod er fokusgruppeinterviews en velegnet metode til at producere empiriske data gennem gruppeinteraktion om et emne, som på forhånd er defineret (Halkier, 2016). Fokusgrupper benyttes derfor ofte, når formålet er at undersøge betydningsdannelse i grupper (Clark et al., 2021). I enhver social kontekst sker betydningsdannelse qua menneskets sociale aktiviteter og erfaringer. Ifølge socialkonstruktivismen konstruerer mennesket altid sit individuelle narrativ og forståelse i forhold til sine sociale relationer (Halkier, 2016; Collin, 2022), og dermed er fokusgrupper velegnede til at belyse meningsskabelse.

Mennesker udvikler med tiden fortolkningsrepertoarer gennem sociale erfaringer, og disse anvendes til at fortolke og handle ud fra (jf. afsnit 4). Ofte udgør disse repertoarer en tavs viden i menneskers bevidsthed, og de italesættes sjældent (Halkier, 2016). Imidlertid rummer fokusgrupper mulighed for, at respondenterne udtrykker sådanne tavse repertoarer, da de kan tvinge hinanden til at være “diskursivt eksplicite i deres forhandlinger med hinanden” (Halkier, 2016, s. 10). For at fremme dette vil vi give plads til, at respondenterne kan sige deres mening ved at skabe en tryk atmosfære, hvilket vi kommer nærmere omkring senere. Dermed er der ved fokusgrupper mulighed for at belyse sociale normer og praksisser, da normer ofte tydeliggøres, når en gruppe interagerer og sammen skaber fortolkninger, argumenter, enigheder samt uenigheder (Clark et al., 2021). Ofte vil fokusgruppens respondenter sammenligne erfaringer og forståelser af et givent emne, hvilket gør fokusgrupper i stand til at skabe viden om kompleksiteter i betydningsdannelser og sociale praksisser - hvilket kan være svært at opnå ved enkeltinterviews (Halkier, 2016).

En svaghed ved fokusgrupper er dog, at der kan opstå helt gængse gruppedynamikker, som konformitet og polarisering, når kilden til data udgøres af social interaktion. Dette kan blive en

udfordring, såfremt det enten bevidst eller ubevidst begrænser respondenternes udtryk for forståelser og erfaringer (Halkier, 2016). Halkier (2016) påpeger dog, at dette må anses som et grundvilkår for social interaktion, hvorfor det unægteligt er til at komme udenom. Fokusgrupper har dog også den fordel, at det kollektive samspil mellem respondenterne har tendens til at bringe flere “spontane, ekspressive og emotionelle synspunkter frem” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). I relation til følsomme eller tabubelagte emner er samspillet i en gruppe afgørende. Dette grundet, at et godt samspil respondenterne imellem kan medvirke til, at det anses som lettere at dele synspunkter, der ellers kan være svære at udtrykke (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi ser det derfor som relevant at gøre brug af fokusgrupper i specialet, da tidligere forskning har belyst, hvordan livmoderhalskræft og cellediagnoser betragtes som tabubelagt blandt andet grundet frygten for social dom og stigmatisering (jf. afsnit 2.3). I denne forbindelse er moderatorens rolle vigtig, da dennes opgave er at præsentere de emner, der skal diskuteres, samt facilitere samspillet (Halkier, 2016; Kvale & Brinkmann, 2015). Det er vores ansvar som henholdsvis moderator og observatør at skabe et rum, der giver deltagerne både mulighed for og lyst til at udtrykke personlige såvel som modstridende synspunkter (Clark et al., 2021). Ud fra vores socialkonstruktivistiske tilgang anser vi samtalerne mellem respondenterne som socialt performative, da samtalerne ikke blot afspejler respondenternes holdninger og erfaringer, men også er med til at skabe og forme dem. Derfor påpeger Halkier (2020) en række kriterier, som moderatoren skal opfylde for at skabe den dynamik, der er afgørende for produktionen af viden. Første kriterium består i, at moderatoren skal opføre sig som en professionel lytter, men samtidigt sikre en uformalitet i fokusgruppen, hvilket gælder både kropssprog og samtalestil (Halkier, 2020). Det andet kriterium indebærer at få respondenterne til at deltage aktivt i samtalen. Det er moderatorens ansvar at facilitere samtalen og sørge for, at respondenterne interagerer og taler sammen frem for at henvende sig til os. Derudover er det vores ansvar at sørge for, at respondenterne forholder sig til de emner, der præsenteres i fokusgruppen. Slutteligt er det moderatorens ansvar at sikre, at alle respondenter bliver hørt, og at alle føler sig trygge i at udtrykke sin holdning på trods af, at denne måske er anderledes end de øvrige respondents (Halkier, 2016).

5.2.1 Rekruttering af respondenter

Vi har benyttet os af purposive sampling (Clark et al., 2021) til at rekruttere respondenter til vores fokusgruppeinterviews. Dermed har vi ikke udvalgt respondenterne tilfældigt, men ud fra en teoretisk relevans. I samme forbindelse påpeger Halkier (2020), at respondenter bør udvælges nøje for at sikre repræsentativitet. Derfor har vi fastsat en række kriterier, som

potentielle respondenter skal kunne opfylde for at indgå i vores undersøgelse. Kriterierne divergerer dog på tværs af fokusgrupperne, men fælles for de tre fokusgrupper er, at alle respondenter skal være kvinder. Dette kriterium skyldes, at vi er interesserede i at undersøge, hvordan diskurser om livmoderhalskræft påvirker danske kvinders holdninger vedrørende screening for livmoderhalskræft, og om sundhedskommunikation kan medvirke til at nedbryde barrierer omkring deltagelsen i undersøgelsen. Grundet den lave deltagelsesrate blandt 23 til 29-årige ønsker vi at rekruttere respondenter fra denne aldersgruppe. Vi har benyttet forskellige kanaler i vores søgen efter respondenter, hvortil vi har udarbejdet en grafik, der har fungeret som blikfang, mens en tilhørende tekst har beskrevet specialets og fokusgruppernes formål. Grafikken med dertilhørende tekst kan findes i bilag 6.

Vi har blandt andet forsøgt at rekruttere respondenter til undersøgelsen gennem Facebook, hvor vi begge har delt opslaget på vores Facebook-profiler, hvorefter det yderligere er blevet delt af flere fra vores netværk. Derudover har vi delt opslaget i følgende Facebook-grupper; “Spørgeskemaer, Undersøgelser (Eksamensprojekt, Eksamen, Eksamensopgave)”, “Hvad sker i Nordjylland” og “I Aalborg hjælper vi hinanden”, som har henholdsvis 5755, 10.229 og 2774 medlemmer¹. På baggrund af opslaget i gruppen “Spørgeskemaer, Undersøgelser (Eksamensprojekt, Eksamen, Eksamensopgave)” har vi modtaget en henvendelse fra en kvinde, der ønskede at deltage i et fokusgruppeinterview. Grundet kvindens fysiske placering i København ønskede hun at deltage over videoforbindelse. Dette var vi dog ikke interesserede i, da vi mener, at en videoforbindelse kan hæmme den naturlige og åbne interaktion, som et fokusgruppeinterview bør være (Halkier, 2016). Den teknologisk medierede samtale kan derudover reducere respondenternes oplevelse af tryghed og tillid, hvilket yderligere kan begrænse respondenternes lyst til at dele personlige holdninger og erfaringer. Vi så os derfor nødsaget til at afvise kvindens ønske om at deltage i fokusgruppen, hvilket er beklageligt, da vi ud fra kvindens navn formoder, at hun har en anden etnisk baggrund end dansk. Dette er særligt ærgerligt, da vi som tydeliggjort på grafikken har ønsket perspektiver fra forskellige etniciteter og samfundsgrupper (bilag 6).

Vi har oplevet en udfordring ved at rekruttere respondenter qua de få henvendelser, som vi har modtaget. Trods sin størrelse og noget bredere rækkevidde har Kræftens Bekæmpelse ligeså haft udfordringer ved at rekruttere deltagere, når de har ønsket at foretage både enkelt- og fokusgruppeinterviews. Særligt har de erfaret, at ikke-deltagere i screeningsprogrammet og

¹ Per dags dato 5. marts 2025

kortuddannede kan være vanskelige at rekruttere (Kvernød & Hansen, 2015; Mortensen et al., 2021). Derudover er et eksempel på Kræftens Bekæmpelses lignende udfordringer med rekruttering, at trods opslag på organisationens Facebook-side med dengang 60.000 følgere modtog de blot 12 henvendelser fra kvinder, der ønskede at deltage i interviews, hvortil blot otte af disse kvinder endte med at deltage i undersøgelsen (Kvernød & Hansen, 2015). Dette understreger, at rekruttering kan være en generel udfordring, selv for en etableret organisation med en bredere kontaktflade. Som følge af de få henvendelser har vi rakt ud til vores netværk med henblik på at rekruttere respondenter, hvilket Halkier (2016) ser som et klassisk alternativ til at rekruttere respondenter. Denne proces vil uddybes i de følgende afsnit.

Fokusgruppe 1

I det følgende vil vi præsentere rekrutteringen af respondenter til den først afholdte fokusgruppe, som består af respondenter under 23 år. Af praktiske årsager, herunder hvornår det var muligt at afholde de enkelte fokusgruppeinterviews, blev det første fokusgruppeinterview afholdt med denne gruppe af yngre kvinder. Disse respondenter adskiller sig fra vores oprindelige ønske om at rekruttere kvinder mellem 23 og 29 år. Ikke desto mindre vurderede vi, at der kunne være en forskningsmæssig relevans ved at undersøge holdninger og kendskabet til livmoderhalskræft og screeningen for sygdommen blandt den næste generation af kvinder, der inviteres til at deltage i screeningsprogrammet.

For at rekruttere respondenter har vi benyttet os af tilgangen 'snowball sampling' (Clark et al., 2021). Her har vi blandt vores netværk kontaktet en kvinde under 23 år ud fra en forventning om, at hun endnu ikke har deltaget i screeningen. Denne kvinde har fungeret som snebold og har derfor hjulpet med at rekruttere tre af sine veninder. Vi arrangerede derfor, efter aftale med kvinderne, et fokusgruppeinterview den 10. marts 2025. Fokusgruppen består af Nynne, Ella og Lea på 20 år og Maja på 21 år. På tværs af de tre fokusgrupper benytter vi os af pseudonymer for at beskytte kvindernes identiteter, og dette valg om pseudonymisering udfoldes i afsnit 5.4. Vi er opmærksomme på, at Halkier (2020) påpeger, at den ideelle størrelse på en fokusgruppe er seks til otte deltagere, men at mindre grupper også sagtens kan være hensigtsmæssige, såfremt det giver mening for emnet. Qua undersøgelsen og emnets intime karakter finder vi det hensigtsmæssigt at afholde mindre fokusgrupper, da denne størrelse kan skabe bedre rammer for hver respondents mulighed for at bidrage til samtalen. De fire kvinder kender hinanden fra gymnasiet, hvorfra de blev studenter forrige sommer. Ifølge Halkier (2020) kan en gruppe af bekendte gøre det lettere at dele sine holdninger og erfaringer, og i tråd med dette har vi valgt at afholde interviewet hjemme hos en af kvinderne, således at samtalen er foregået i naturlige

omgivelser, hvilket potentielt kan gøre samtalen mere afslappet og autentisk. En udfordring ved denne rekrutteringstilgang er, at en af os kender en af respondenterne personligt. Denne relation kan have påvirket kvindens åbenhed under interviewet, men samtidigt må det forventes, at denne åbenhed ligeså kan være påvirket af hendes relation til de øvrige respondenter (Halkier, 2016). For at imødekomme denne potentielle udfordring ved både respondentens åbenhed, men også forskersubjektivitet, har vi valgt, at moderatoren er den af os, der ikke kender kvinden på forhånd.

Fokusgruppe 2

Den anden fokusgruppe blev afholdt den 2. april 2025 med fire kvinder i alderen 23 til 26 år. Dermed falder de inden for vores fastsatte aldersgruppe på 23 til 29-årige. Ligesom ved den første fokusgruppe har vi benyttet os af snowball sampling til at rekruttere respondenter. Vi har dermed kontaktet en kvinde fra vores netværk, da vi på forhånd vidste, at hun har taget HPV-hjemmetesten, og at hun kender andre kvinder, som ikke har deltaget i screening. Hendes deltagelse ved brug af HPV-hjemmetesten finder vi interessant, da tilbuddet er forholdsvis nyt (Kræftens Bekæmpelse, 2023). Fokusgruppen består dermed af studiekammeraterne Eva på 23, Olga på 24, Asta på 25 og Ida på 26 år. Vi finder det interessant, at tre af respondenterne ikke har deltaget i screening, da alle er over de 23 år, hvor kvinder inviteres til screening. Ved denne sammensætning af erfaringer håber vi at få indsigt i diskursen om livmoderhalskræft og forebyggelse heraf blandt en gruppe af kvinder, hvor flertallet endnu ikke har valgt at deltage på trods af, at de har modtaget en eller flere invitationer. I samspil med diskursen og holdninger blandt de respondenter, der endnu ikke har deltaget i undersøgelsen, håber vi at kunne få kvindernes perspektiver på hvilke barrierer, der har medvirket til, at de endnu ikke har deltaget i undersøgelsen ved en sundhedsinstans som eksempelvis deres praktiserende læge eller gynækolog. Disse perspektiver håber vi, at kvinderne har lyst til at dele under fokusgruppeinterviewet, da de i forvejen kender hinanden, hvorfor vi har en forventning til, at de har etableret en tryghed i denne relation (Halkier, 2020).

Fokusgruppe 3

Vi afholdte den tredje og sidste fokusgruppe den 7. april 2025 med Bodil på 27 samt Kis og Tove på 28 år. De tre respondenter har gået i gymnasieklasse sammen og har derfor været veninder i mange år. Derfor antager vi, at de har opbygget en vis fortrolighed imellem sig, hvilket kan skabe et åbent og ærligt samtalerum (Halkier, 2020). Alle tre kvinder har deltaget i screeningsprogrammet op til flere gange, hvilket vi finder interessant, da deres erfaringer med

undersøgelsen adskiller sig fra de fokusgrupper med respondenter, der ikke har taget imod invitationen til undersøgelsen.

Respondenterne i denne fokusgruppe er ligeledes rekrutteret gennem snowball sampling. Vi kontaktede en kvinde fra vores netværk, dels fordi vi vidste, at hun befinder sig inden for den afgrænsede aldersgruppe, og dels fordi vi på forhånd kendte til, at hun har deltaget i screeningen. Hun satte os derefter i kontakt med to af sine veninder, som ligeledes har erfaring med undersøgelsen, og som ønskede at deltage i fokusgruppeinterviewet. Dermed belyser de tre fokusgrupper forskellige standpunkter og erfaringer, som man kan have gjort sig i forbindelse med deltagelse i screeningsprogrammet. Blandt respondenterne er både kvinder, der grundet deres alder endnu ikke er blevet inviteret, kvinder, der aktivt har fravalgt at deltage, én, der har benyttet sig af tilbuddet om hjemmetest, samt flere, der har fået foretaget undersøgelsen ved lægen. Dette giver os mulighed for at undersøge og forstå forskellige kvinders overvejelser og eventuelle barrierer i relation til deltagelsen i screening.

5.2.2 Interviewguide

De tre fokusgruppeinterviews indledes hver med en introduktion, der er beskrevet i interviewguiden vedlagt i bilag 7. Introduktionen udgør en central betydning i et fokusgruppeinterview, da den er med til at skabe rammerne for det sociale rum (Halkier, 2016, s. 55). Her er det også vigtigt, at vi i introduktionen forklarer respondenterne om etiske emner som anonymitet og fortrolighed, hvilket vil uddybes i afsnit 5.4. Introduktionen indledes ved, at moderatoren informerer respondenterne om formålet med specialet samt fokusgruppeinterviewet. Herefter uddybes strukturen for interviewet, hvortil vi forklarer, at respondenterne ikke bør opføre sig anderledes, end de normalt ville gøre i en hverdagssamtale med deres veninder. Det er vigtigt at afstemme sådanne forventninger før påbegyndelsen af interviewet, da der kan være risiko for, at respondenterne forestiller sig en mere traditionel interviewform, hvor de forventes at svare individuelt på spørgsmål (Halkier, 2020). Vi understreger derfor, at vi ikke leder efter bestemte svar, og at der ikke findes nogle rigtige og forkerte svar på de spørgsmål, der stilles i interviewet. Dette gør sig naturligvis ikke gældende for den ‘sandt og falsk’-øvelse, som respondenterne præsenteres for senere i interviewet (bilag 8). Denne øvelse vil uddybes senere.

For at strukturere interviewet benytter vi os af den tilgang, som betegnes ‘tragtmodellen’ (Halkier, 2016). Denne tilgang giver plads til respondenternes egne perspektiver og den naturlige interaktion, samtidig med, at vi sikrer, at de centrale emner i vores undersøgelse

belyses (Halkier, 2016). Tragtmodellen gør det muligt først at afdække respondenternes generelle viden og kendskab til livmoderhalskræft og screeningsprogrammet, hvorefter vi gradvist fokuserer mere på emner som kommunikation og kampagner relateret hertil. Sammenlignet med en stram styring af et fokusgruppeinterview benytter vi os af færre startspørgsmål, hvilket kan fremme interaktion og engagement i gruppen (Halkier, 2016).

Det første startspørgsmål anvendes ofte til at bryde isen, hvilket indebærer, at der stilles et spørgsmål, som formentlig alle kan sige noget om, hvilket kan gøre det lettere for respondenterne at tage del i samtalen fra start af (Halkier, 2016). Det første startspørgsmål lyder derfor; “Hvad tænker I, når I hører ordet “celleskrab”?” (bilag 7). Under udarbejdelsen af interviewguiden overvejede vi nøje formuleringen af dette spørgsmål. Vi valgte bevidst at bruge betegnelsen “celleskrab”, da vi qua vores erfaring ved, at det er dette ord, der oftest benyttes i daglig tale, når screening for livmoderhalskræft italesættes. Formålet med denne formulering er at benytte et forståeligt sprog frem for at anvende eksempelvis medicinske termer. Dette valg er i tråd med vores ønske om at skabe en samtale i øjenhøjde og sikre, at alle kan forholde sig til spørgsmålet uden at føle sig fremmedgjorte af fagsprog, hvilket forhåbentlig kan skabe en mere åben dialog. Vi har dog på bagkant reflekteret over, hvorvidt ordvalget kan have haft en utilsigtet effekt på samtalen. Ordet “celleskrab” kan potentielt have en negativ klang eller vække associationer, som vi ikke oprindeligt havde overvejet. Såfremt denne betegnelse reelt har vakt negative følelser blandt respondenterne, kan det blive et samtaleemne ved, at respondenterne reflekterer over, hvad der ligger til grund for disse reaktioner.

Efter tre startspørgsmål følger en ‘sandt og falsk’-øvelse, der har til formål at afdække respondenternes viden eller fordomme om livmoderhalskræft og screening herfor. Øvelsen består af 10 udsagn, som vi har formuleret på baggrund af litteratursøgningen. Et eksempel er “Du kan kun få livmoderhalskræft, hvis du har været seksuelt aktiv” (bilag 8). Dertil får respondenterne hver udleveret et skilt, hvor teksten på den ene side angiver “sandt” og på den anden side “falsk”. Efter denne øvelse følger en kort pause, hvorefter samtalen styres strammere. Dette gøres ved startspørgsmål, som har til formål at dreje samtalen ind på respondenternes kendskab og holdninger til kommunikation relateret til livmoderhalskræft. Herefter følger endnu en øvelse, der omhandler specifikt Kræftens Bekæmpelses kampagner *Er der noget, du har glemt?* og *Svesken på disken*. Her præsenteres fokusgrupperne for otte Instagram-opslag, en TikTok-video og en pjece. Hertil får fokusgruppen udleveret udprintede barrierer identificeret i litteraturreviewet (jf. afsnit 2). Øvelsen går ud på, at fokusgruppen diskuterer hvilke af de udleverede eksempler, der imødekommer eller forstærker de forskellige

barrierer. Formålet med øvelsen er at opnå indsigt i hvilke budskaber, der opleves som mest effektive, om der er barrierer, der ikke imødekommes i den nuværende kommunikation, samt om nogle af eksemplerne forstærker barrierer. På den måde ønsker vi at undersøge, hvad respondenterne har behov for og ønsker, at sundhedsbudskaber fokuserer på. Herefter følger et sidste startspørgsmål, som har til hensigt at runde samtalen af og samtidig give respondenterne mulighed for at dele deres sidste refleksioner, inden fokusgruppeinterviewet afsluttes.

5.2.3 Afholdelse af fokusgruppeinterviews

Vi har afviklet alle tre fokusgruppeinterviews ud fra samme præmisser. Med dette menes, at hvert interview er afholdt hjemme hos en af respondenterne fra den gældende fokusgruppe med henblik på at konstruere et så velkendt og trygt miljø for respondenterne som muligt (Halkier, 2016). Med afsæt i Halkiers (2016) anbefalinger om praktisk afholdelse af fokusgrupper er vores valg af optageudstyr foretaget med henblik på så vidt muligt at sikre en pålidelig samt omfattende dokumentation af respondenternes verbale og nonverbale interaktion. Vores primære audiooptagelse er foregået med en diktafon, hvortil vi havde tilkoblet en grænseflademikrofon, der medvirker til at reducere forvrængning og sikrer, at alle respondenter høres tydeligt uanset, hvor de befinder sig i rummet. Som en ekstra sikkerhed har vi også optaget lyden med en mobiltelefon, hvis der skulle opstå tekniske problemer med diktafonen. Vi har ligeledes benyttet et videokamera til at opfange de nonverbale aspekter såsom gestik, mimik og kropssprog, såfremt respondenterne udtrykker sig på en måde, der har forskningsmæssig relevans. Opsætningen af optageudstyr fra alle fokusgruppeinterviews kan ses i illustration 4 nedenfor.

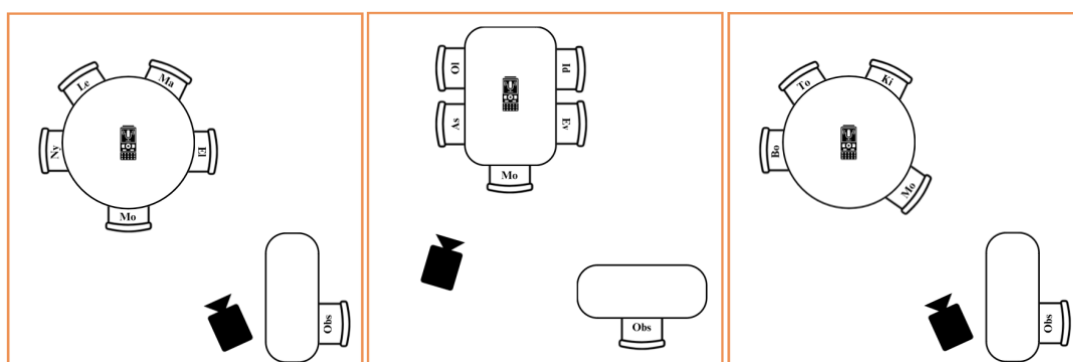


Illustration 4. Opsætning af fokusgruppeinterviews.

Ifølge Halkier (2016) er det altafgørende, at ens udstyr virker optimalt til fokusgruppeinterviewet. Derfor er det væsentligt at teste hjemmefra såvel som på selve stedet,

om det hele virker. Hun nævner, at det ligeledes kan være en fordel at medbringe ekstra af det udstyr, der bruges til interviewet. Til trods for, at vi havde garderet os i forbindelse med audiooptagelsen, såvel som vi havde medbragt ekstra batterier til videokameraet, må vi dog rette en kritik mod, at vi ikke havde ekstra kamera og SD-kort med. Dette grundet, at vi under fokusgruppe 3 oplevede tekniske problemer midtvejs i sessionen. Derfor var vi nødsaget til at tage en mobiltelefon i brug som alternativ for at opretholde dokumentationen af de nonverbale interaktioner. Selvom denne løsning sikrede fortsat visuel dokumentation, kan der være forskelle i billedkvalitet og kameravinkel, hvilket potentielt kan have betydning for detaljegraden af det nonverbale i transskriptionen.

5.3 Feltnotater

En tilgang inden for kvalitative metoder er nedskrivningen af feltnotater (Raudaskoski, 2020). Disse fungerer som iagttagelser, erfaringer og refleksioner, som vi nedskriver under vores indsamling af empiri. Feltnotater repræsenterer ikke en objektiv virkelighed, men snarere forskerens konstruktion af virkeligheden. Med dette menes, at feltnotater afspejler en selektion og fremhævelse af bestemte aspekter af virkeligheden, og feltnotater er dermed en fortolkende konstruktion (Krogstrup & Kristiansen, 2015). Formålet med feltnotater er dermed ikke at gengive virkeligheden i al dens kompleksitet, men derimod at udvikle tankekonstruktioner på baggrund af “systematiske, individuelle sammenhænge, som er betydningsfulde i deres unikhed” (Krogstrup & Kristiansen, 2015, s. 83). I forbindelse med vores fokusgruppeinterviews og semistrukturerede interview har vi anvendt feltnotater til at dokumentere oplevelser, observationer og personlige refleksioner. Derudover muliggør feltnotater, at vi kan triangulere vores subjektive oplevelser under udførelsen af interviews. Den af os, der interviewer, vil formentlig tage andre oplevelser med sig fra interviewet end den, der har besiddet rollen som observatør, og som har nedskrevet feltnotater undervejs. Observatørens rolle bør dog ikke undervurderes, da feltnotaterne fungerer som dokumentation af de tanker og refleksioner, vi gør os undervejs, således at interviewsituationerne kan genkaldes senere i projektets forløb (Clark et al., 2021). Det er slutteligt vigtigt at understrege, at feltnotaterne fungerer som sekundær empiri. Vores formål er dermed ikke at analysere feltnotaterne, hvorfor de ikke behandles yderligere, men de bidrager til en dybere forståelse af vores interviews’ indhold. Ligeledes medvirker feltnotaterne til, at vi allerede under nedskrivningen reflekterer over mulige retninger for den efterfølgende analyse. Feltnotaterne kan findes i bilag 10 og 11.

5.4 Etisk refleksion

Kvalitativ forskning er ifølge Brinkmann (2020) en social praksis, der ofte tager udgangspunkt i menneskets erfaringer og oplevelser, hvorfor det er særligt vigtigt at forholde sig til de etiske aspekter ved behandling af mennesker og deres oplysninger. Ofte beskæftiger kvalitativ forskning sig med private aspekter af menneskers liv, der bringes frem i offentlighedens lys (Brinkmann, 2020), hvorfor det er nødvendigt at opretholde en integritet og ansvarlighed i sikringen af de deltagendes privatliv (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014). Derudover er det afgørende at forholde sig til, hvordan forskning ikke blot udføres etisk forsvarligt, men også bidrager til forbedringer for de mennesker, som forskningen vedrører (Brinkmann, 2020; Flick, 2007).

Ud fra et socialkonstruktivistisk perspektiv kan etik anses som et socialt konstrueret produkt af kulturelle diskurser (Brinkmann, 2020). Kvalitativ forskning giver stemme til det subjektive og kan skabe betingelser for menneskelig udvikling og konstruktion af nye virkeligheder. Dog kan forskeren ikke bruge argumentet ved, at den sociale verden er en social konstruktion, der er op til fortolkning, som en undskyldning for at fralægge sig et ansvar. På trods af, at socialkonstruktivismen ikke tror på erkendelsen af en almengyldig sandhed, så kan det etiske ansvar i en flydende og konstrueret verden ikke undgås. Dette grundet, at etiske værdier som sandfærdighed, retfærdighed og respekt ikke blot er sociale konstruktioner, men derimod betingelser for, at disse konstruktioner kan eksistere (Brinkmann, 2020). Det er essentielt, at vi som forskere ikke låser os fast på etiske principper, men derimod forbliver åbne over for etiske spørgsmål, der må opstå undervejs i undersøgelsen. Låser vi os fra begyndelsen fast, vil det ikke harmonere med den flydende og usikre virkelighed, som kvalitativ forskning har at gøre med (Brinkmann, 2020). Ifølge Brinkmann (2020) kan etik ikke endegyldigt formuleres som et sæt af autoritative regler. Derimod påpeger han en række tommelfingerregler, som kan være fordelagtige at følge, og disse repræsenterer etiske dimensioner, som bør overvejes i udøvelsen af forskning. De etiske dimensioner er henholdsvis indhentelse af informeret samtykke, sikring af fortrolighed, konsekvenser ved forskningen samt forskerens ansvar, som følgende afsnit belyser.

5.4.1 Indhentelse af informeret samtykke

Det er afgørende at indhente informeret samtykke fra de deltagende i specialet, hvilket gælder både informanterne fra Kræftens Bekæmpelse samt respondenterne fra fokusgrupperne. Et

informeret samtykke omfatter, at vi gør de deltagende opmærksomme på omfanget af deres deltagelse, samt hvad formålet er med de oplysninger, de deler (Kvale & Brinkmann, 2015; Flick, 2007). Gennem vores kontakt med deltagerne har vi tydeliggjort formålet med interviewet, samt hvorfor vi rækker ud og ønsker et samarbejde med vedkommende. Dette står ligeledes beskrevet i de udarbejdede samtykkeerklæringer, hvilket er en typisk fremgangsmåde til at indhente informeret samtykke (Flick, 2007). Disse samtykkeerklæringer er udleveret til gennemgang og underskrift inden udførelsen af de respektive interviews. Samtykkeerklæringerne kan findes i bilag 12 og 13. Heri er også deltageres rettigheder beskrevet, hvad angår, hvordan vi opbevarer og behandler personoplysninger og udtalelser. Det er nemlig et vilkår for ansvarlig forskningspraksis at administrere data korrekt, hvorfor vi indsamler og behandler data i henhold til kravene fra Datatilsynet (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014; Datatilsynet, u.å.-a). Derudover er det ligeledes beskrevet i samtykkeerklæringerne, at deltagerne kan tilbagetrække deres samtykke og udtalelser, såfremt de på et senere tidspunkt ikke længere ønsker at medvirke i undersøgelsen.

Informeret samtykke strækker sig dog længere end de juridiske krav, der er til indhentelse af samtykke. Det indebærer ligeså, at vi påtager os et etisk ansvar for at sikre, at forskningen gavner de mennesker, den omhandler (Brinkmann, 2020). Dette er særligt vigtigt, da vi har at gøre med et emne, der kan anses som stigmatiseret og tabuiseret grundet frygt for udskamning og social dom (jf. afsnit 2.3). Vi har ingen intentioner om at medvirke til at forstærke de eksisterende barrierer for at deltage i screeningsprogrammet, og som nævnt er vores mål ikke at overbevise deltagerne om, at én holdning er den korrekte. Det har derfor været vigtigt for os i introduktionen til fokusgrupperne at gøre respondenterne opmærksomme på, at alle holdninger og erfaringer er velkomne - jævnfør afsnit 5.2.2.

5.4.2 Fortrolighed

Det er afgørende, at deltagerne er bevidste om, at de ikke stilles til ansvar for deres udtalelser og holdninger. Dette grundet, at deltageres privatliv bør respekteres, hvilket kan imødekommes og opretholdes gennem fortrolighed (Clark et al., 2021; Flick, 2007). Dog kan vi ved at anonymisere deltagerne paradoksalt nok risikere at fratage deltagerne en stemme i den forskning, der netop har til hensigt at give dem en stemme (Brinkmann, 2020). Derfor anvender vi pseudonymisering som et kompromis mellem beskyttelse af deltageres privatliv og bevaring af deres stemme i forskningen. Selvom et navn er en ikke-følsom personoplysning, har vi valgt at give respondenterne pseudonymer, da de udtaler sig om helbredsmæssige

forhold, hvilket anses som følsomme personoplysninger (Datatilsynet, u.å.-b). Ved pseudonymisering forstås følgende:

Behandling af personoplysninger på en sådan måde, at personoplysningerne ikke længere kan henføres til en bestemt registreret uden brug af supplerende oplysninger, forudsat at sådanne supplerende oplysninger opbevares separat og er underlagt tekniske og organisatoriske foranstaltninger for at sikre, at personoplysningerne ikke henføres til en identificeret eller identificerbar fysisk person (Datatilsynet, u.å.-b).

Vi finder det ikke muligt at anonymisere de deltagende uden at gå på kompromis med redegørelser for vores metodiske valg. Med dette menes, at vi tidligere har gjort det klart, at vi har rekrutteret respondenter til fokusgrupperne ved at kontakte kvinder fra vores netværk, som efterfølgende ved brug af snowball sampling har rekrutteret de øvrige respondenter. Vi ønsker dog alligevel at give respondenterne pseudonymer frem for at bruge deres egennavne for ikke at gøre det direkte identificerbart, hvem der indgår i undersøgelsens empiriske fundament. Vi har derfor i de udleverede samtykkeerklæringer gjort respondenterne opmærksomme på, at de indgår i pseudonymiseret form i specialet. Dog kan pseudonymiseringen argumenteres for at udgøre en falsk tryghed for respondenterne. Dette grundet, at vi er bevidste om, at selvom personoplysninger som et navn erstattes af en kode, vil koden stadig kunne føres tilbage til navnet på personen, såfremt der blot er én læser af specialet, der kan identificere den person, som koden dækker over (Datatilsynet, u.å.-b). Dermed anser vi det ikke som anonymisering, da det kan være muligt at knytte udtalelser til respondenter. I forlængelse af dette har vi valgt at pseudonymisere navne på eksempelvis de byer, arbejdspladser og personer, som nævnes under fokusgrupperne, for at undgå at bringe oplysninger, der kan henføres til en respondent og dermed identificere vedkommende. Som del af anden øvelse under de tre fokusgruppeinterviews inddrager vi som nævnt kampagner fra Kræftens Bekæmpelse, der gør brug af influencers. Navnene på disse har vi hverken valgt at pseudo- eller anonymisere, da vi betragter internettet som en offentlig platform, hvorfor deres opslag ligeledes må anses som offentlige. Til gengæld har vi sløret brugernavne og profilbilleder på de øvrige brugere, som fremgår på de udprintede eksempler, som forevises respondenterne under øvelsen.

Vi har hverken pseudo- eller anonymiseret de to repræsentanter fra Kræftens Bekæmpelse, der indgår i interviewet med organisationen. Dette har vi fravalgt, da interviewet ikke indeholder følsomme personoplysninger, men derimod oplysninger på vegne af organisationen, der

hverken kan betegnes som følsomme eller fortrolige oplysninger. Vi har ligeledes i vores kontakt med Kræftens Bekæmpelse tydeliggjort, at vi har til hensigt at undersøge organisationens kommunikation, og på denne baggrund finder vi det etisk forsvarligt at formidle oplysninger og udtalelser, som bringes i interviewet. Derudover har repræsentanterne underskrevet en samtykkeerklæring, hvori de giver os samtykke til, at vi må benytte deres navne i specialet. Vi har i denne forbindelse gjort os den overvejelse, at qua vores udgangspunkt i Kræftens Bekæmpelses kommunikation, samt at interviewet med Kræftens Bekæmpelse udgør en del af den sekundære empiri, er det muligt at identificere de to medarbejdere. Havde vi derimod fravalgt at henvise til Kræftens Bekæmpelse ved brug af organisationens navn, ville det givetvis stadig være muligt at identificere organisationen og dens medarbejdere. Dette grundet, at Kræftens Bekæmpelse er den største organisation i Danmark, der arbejder med forskning i kræft, oplysning og patientstøtte (Danske Patienter, u.å.).

5.4.3 Konsekvenser ved forskning

Ofte er emners følsomhed årsag til, at forskning i disse emner fravælges. Dette kan resultere i, at problemstillinger og emner, der ellers har en samfundsmæssig relevans, ikke opnår offentlig opmærksomhed. I denne forbindelse er det nødvendigt at gøre os tanker om relevansen af vores undersøgelse. Her bør vi stille os selv spørgsmål til, om emnet allerede er undersøgt i en sådan grad, at yderligere forskning ikke vil bidrage med noget nyt, samt om der er et reelt videnshul, som vores bidrag kan udfylde (Flick, 2007). Vores litteratursøgning har vist, at der eksisterer omfattende forskning i livmoderhalskræft, screeningsprogrammet og de barrierer, der kan påvirke deltagelsen (jf. afsnit 2). Dog er der begrænset forskning i nyere tid, der undersøger disse aspekter i en dansk kontekst, og særligt i forhold til, hvordan kommunikation har en betydning. Sundhedskommunikation er, ligesom så mange andre områder, i konstant udvikling og bør løbende tilpasses samtiden. Den lave deltagelsesrate i screeningsprogrammet vidner desuden om, at tidligere kommunikationsindsatser inden for feltet har været utilstrækkelige i forhold til adfærdsændringer blandt danske kvinder. Det er dog vigtigt at overveje, om en øget opmærksomhed på livmoderhalskræft og screening kan have utilsigtede konsekvenser. Det er selvsagt muligt, at et øget fokus kan medføre en form for overeksponering, hvor folk i større grad lukker øjne og ører for budskaberne, men samtidigt kan en vedvarende oplysning om emnet være medvirkende til at skabe en adfærdsændring. Vi betragter dog ikke emnets følsomhed som en begrænsning for at undersøge det. Selvom det har vist sig at have medført udfordringer i vores rekruttering af respondenter og kræver grundige overvejelser om etiske

dimensioner, ser vi det netop som en anledning til at være særligt opmærksomme på potentielle konsekvenser af vores resultater samt måden, hvorpå de formidles (Brinkmann, 2020).

Det er ligeledes vigtigt at overveje den forstyrrelse i deltagernes liv, som vores forskning kan medføre. Selvom forstyrrelse kan være produktiv for den viden, vi skaber, kan den samtidig opleves som en irritation for de personer, der inviterer os ind i private aspekter af deres liv (Clark et al., 2021; Brinkmann, 2020). Dette betyder dog ikke, at vi bør undlade at gennemføre forskning af den grund, eller at vi helt kan undgå forstyrrelser. I stedet kræver det, at vi er bevidste om vores indflydelse på deltagernes liv og derfor bør bestræbe os på at begrænse forstyrrelsen til, hvad der er nødvendigt (Brinkmann, 2020). Som Brinkmann (2020) påpeger, er forskning aldrig en neutral aktivitet, da vi uundgåeligt indgår som aktører, der påvirker den sociale virkelighed, som vi undersøger. Dette stiller krav til vores etiske refleksivitet og opmærksomhed på, hvordan vores tilstedeværelse og spørgsmål kan ændre deltagernes oplevelser og forståelser af både sig selv og hinanden - særligt i sårbare og private sammenhænge. Et forsøg på at minimere forstyrrelsen er, at vi har afholdt fokusgruppeinterviews hjemme hos en respondent fra hver gruppe med henblik på at overvære en så vidt muligt naturlig social kontekst. Dog kan en fuldstændig naturlig situation aldrig opnås, da interviewsituationen altid vil være en konstrueret ramme.

5.4.4 Ansvar som forsker

I kvalitativ forskning fungerer forskeren selv som det primære redskab, hvilket indebærer, at vi gør os iagttagelser, stiller spørgsmål og aktivt lytter på svar (Brinkmann, 2020). En vigtig refleksion i denne sammenhæng er, hvorvidt vi er uafhængige af et felt, eller om vi er rekvirerede forskere med en forpligtelse over for en bestemt aktør. I vores tilfælde har vi, ud over ansvaret over for os selv, en etisk forpligtelse til at behandle de involverede parter med fortrolighed og respekt (Clark et al., 2021). Som socialkonstruktivister er vi af den opfattelse, at erkendelse opstår gennem vores eget psykiske system, hvilket betyder, at vi som forskere ikke blot indsamler viden, men også aktivt er med til at skabe den. Denne viden er således altid situeret og afhængig af de perspektiver og forståelser, som vi bringer med os ind i forskningen (Collin, 2022). Alligevel er det ifølge Brinkmann (2020) vigtigt at sikre nøjagtighed af data og fortolkning heraf. Det er dermed væsentligt, at vores tolkninger forankres i empirien, samt at vi er bevidste om ikke at læse noget ind i udtalelser eller praksisser, som ikke kan bekræftes. Alfa og omega bør altid være sikring af deltagernes ve og vel, særligt i forbindelse med intern

generalisering (Clark et al., 2021). Med dette menes, at vi sikrer, at vi ikke fejlagtigt udleder generelle vaner eller karaktertræk på baggrund af enkelte udtalelser fra deltagerne.

5.5 Transskribering

De udførte fokusgruppeinterviews samt interview med Kræftens Bekæmpelse er efterfølgende behandlet gennem en transskribering. En transskribering kendetegnes ved at være en overførsel fra et tegnsystem til et andet, hvilket i dette tilfælde er en nedskrivning af tale og eventuelle handlinger (Davidsen & Krummheuer, 2018; Kvale & Brinkmann, 2015). Transskriberingen udføres med det formål at bearbejde empirien, så den forekommer mere anvendelig i den videre analytiske behandling. Dermed udgør transskriberingen en indledende fase i analyseprocessen, da vi allerede under behandlingen danner os tanker og tolkninger på baggrund af data (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kan ikke undgås, at transskriptionen rummer en grad af subjektivitet, da både processen i at transskribere og den følgende behandling af empirien kan begrænse eller sågar udelukke visse aspekter af interviewsituationen (Davidsen & Krummheuer, 2018). Derudover er transskribering en fortolkningsproces og dermed ikke en objektiv og sandfærdig gengivelse af et interview, men snarere en dekontekstualiseret gengivelse af en interaktion (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 235-236). Transskriptionen er dermed en fortolkning af den oprindelige interviewsituation præget af transskribentens fortolkningsramme. Valget af, hvad der transskriberes, og hvordan det transskriberes, afhænger af transskribentens forståelse af samtalen, hvormed transskriptionen kan anses som en konstruktion af interviewet.

Grundet den fysiske afstand mellem os og Kræftens Bekæmpelses hovedkontor i København afviklede vi interviewet over en videoforbindelse. Derfor bør det bemærkes, at kvaliteten af lyden har været påvirket, hvilket kan have betydning for den endelige transskriptions validitet. Med dette menes, at den ekstra barriere i form af en computer til at mediere lyden af det talte sprog har påvirket vores mulighed for at høre og transskribere alt, hvad der ytres under interviewet. Dette kommer især til udtryk ved overlappende tale samt ved mumlen. Dermed ikke sagt, at sådanne mangler kun kan forekomme gennem en online videoforbindelse. Tværtimod kan disse utydeligheder også indtræffe ved interviews ved fysisk tilstedeværelse. Selvom transskriptionen af interviewet med Kræftens Bekæmpelse anses som en konstruktion, konstruerer vi ikke et helt nyt billede af, hvad der er sket under interviewet. Med dette menes, at transskriptionen på bagkant er blevet læst og godkendt af Kræftens Bekæmpelse, og på den måde kan vi undgå misforståelser, såfremt vi eksempelvis har hørt forkert. Denne søgen efter godkendelse er selvsagt ikke en nødvendighed, da vi ud fra vores socialkonstruktivistiske

tilgang til hver en tid må anse vores erkendelse som gyldig (Collin, 2022). Organisationens godkendelse vidner blot om en konstruktion af den sociale virkelighed, der kan genkendes af repræsentanterne fra Kræftens Bekæmpelse.

For at opnå en ensartet transskribering, har vi udarbejdet transskriptionsnøgler, der udgør en forsimplet version af Jeffersons transskriptionssystem (2004). Den forsimplede version skyldes, at vi har foretaget en grovtransskribering ved blot at fokusere på det sagte samt pauser mellem og under turtagninger. Derudover indgår også handlingen ved at fnise i transskriptionsnøglerne, da vi under selve interviewet med Kræftens Bekæmpelse bemærkede en tendens til fnisen blandt informanterne, hvilket ligeledes gjorde sig gældende i de tre fokusgruppeinterviews. Dette valg skyldes yderligere, at sådanne lag i samtalen kan være betydningsfulde nuancer at inddrage, særligt da vi bemærkede fnisen ad flere gange under vores interviews (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne tendens understreges af feltnotaterne fra det faktuelle interview, der kan tilgås i bilag 10. Derudover har vi begge transskriberet, hvilket højner transskriptionernes troværdighed (Davidsen & Krummheuer, 2018). Dette grundet, at det er muligt at opfange mulige fejl samt gennemgå eventuelle tvivl, der må forekomme. De udarbejdede transskriptionsnøgler kan tilgås i bilag 14, mens selve transskriptionerne er at finde i bilag 15, 16, 17 og 18.

5.6 Kodning, kategorisering og begrebsliggørelse

Som del af vores behandling af den primære empiri har vi efter transskriberingen kodet de tre fokusgruppeinterviews. Formålet ved kodning af kvalitative data som fokusgruppeinterviews er at overskueliggøre og systematisere et stort og ustruktureret datasæt ved at identificere mønstre og temaer. Til dette benytter vi Halkiers (2016) metode 'kodning, kategorisering og begrebsliggørelse', som er en anvendelig metode til at bearbejde fokusgruppedata. Den indebærer nemlig tre analyseredskaber, der tilsammen muliggør, at vi kan identificere pågældende mønstre og temaer i respondenternes udsagn samt skabe en analytisk forståelse af diskurser og holdninger vedrørende screening for livmoderhalskræft.

Det første redskab, Halkier (2016) præsenterer, er kodning, hvor centrale udsagn og meningsbærende enheder identificeres. Dette gøres ved at opdele transskriptionerne i mindre dele, som hver får en tematisk overskrift. Men dette menes, at vi har kondenseret vores fokusgruppe-transskriptioner ved at tildele hvert stykke af tekstdata en overskrift, som

repræsenterer meningen. På denne måde er det muligt for os at få et overblik over, hvad der er blevet talt om (Halkier, 2016). Kodningen kan foregå enten induktivt eller deduktivt, hvortil vi har foretaget en induktiv kodning, hvilket vil sige, at temaerne opstår direkte fra vores data. Omvendt udvælges temaer ud fra eksisterende teori ved en deduktiv tilgang. Vores undersøgelse bygger som nævnt på en socialkonstruktivistisk forståelse af viden, som skabes gennem diskurser og social interaktion. Af denne årsag benytter vi den induktive tilgang til kodningen, da vi dermed sikrer, at vores analyse tager udgangspunkt i respondenternes egne måder at tale om livmoderhalskræft og forebyggelse heraf. Med denne tilgang bliver det muligt at undersøge, hvordan forskellige diskurser forhandles i fokusgrupperne, og hvordan de pågældende diskurser er formet af kulturelle og sociale faktorer. Kodningsprocessen er foregået således, at vi har gennemgået alle fokusgruppe-transskriptioner fra start til ende og konstrueret koder, der beskriver indholdet i datastykkerne (bilag 19, 20 og 21). De identificerede koder kan findes i bilag 22.

Det næste skridt i processen er kategorisering. Dette redskab benyttes til at sætte de identificerede koder i sammenhæng med hinanden, hvilket yderligere kondenserer datamaterialet. Med sammenhæng mener vi, at koderne kan høre under samme kategori, hvis de eksempelvis har ligheder eller forskelle. På samme vis som ved kodningsprocessen påpeger Halkier (2016), at kategorisering kan være enten data- eller teoridrevet. Vi har foretaget en datadrevet kategorisering af samme årsag som den induktive kodning, hvilket omhandler at lade respondenternes udsagn og holdninger forme de analytiske temaer. Vi har i alt syv kategorier, som er henholdsvis; 'Viden og misforståelser om HPV, screening og livmoderhalskræft', 'Sociale normer og relationer', 'Sundhedskommunikation og medieindflydelse', 'Følelser forbundet med sundhed', 'Deltagelse i screening', 'Sundhedspersonale og lægepraksis' og 'Kønsrepræsentation i sundhedskommunikation'. Det er væsentligt at påpege, at en kode kan høre under mere end én kategori. Eksempelvis hører koden 'Sociale medier påvirker forståelse af celleskrab' både under 'Viden og misforståelser om HPV, screening og livmoderhalskræft' samt 'Sundhedskommunikation og medieindflydelse', da den både omhandler viden og medier (bilag 23).

Det sidste redskab i Halkiers (2016) metode er begrebsliggørelse. Denne omhandler at knytte relevante teoretiske perspektiver til de identificerede mønstre fra kodnings- og kategoriseringsprocessen. Herved muliggøres det at "underordne det mere specifikke i sine data under noget mere generelt fra teori og fra eksisterende forskningsviden inden for feltet" (Halkier, 2016, s. 78). Begrebsliggørelsen foregår ved brug af diskurspsykologi samt den eksisterende forskning, som belyses i litteraturreviewet (jf. afsnit 2). Det er derfor selve

analysen af de tre fokusgruppeinterviews, der kan anskues som vores begrebsliggørelse. Halkier (2016) påpeger ligeledes, at i denne proces, hvor der yderligere identificeres temaer og gentagelser, men også kontraster og paradokser, bør forskeren se på tværs af forskellige fokusgruppeinterviews. Dette er afgørende for at udvikle en dybere og mere nuanceret forståelse af, hvordan bestemte holdninger bliver konstrueret i forskellige praksisser. Ved anvendelsen af diskurspsykologi til at begrebsliggøre empirien muliggøres det netop, at vi kan forstå, hvordan holdninger og stillingtagen til screening formes gennem sociale diskurser og interaktioner. Med denne analytiske tilgang kan vi undersøge, hvordan kvinderne positionerer sig i relation til eksempelvis sundhedsorganisationer, sundhedskampagner og respondenternes egen sundhed samt hvilke psykologiske og ikke mindst sociale faktorer, der påvirker deres perspektiver og adfærd. Hvordan vi begrebsliggør, uddybes i den følgende analyse.

6. Analyse

Analysen udgør den tredje og sidste fase, begrebsliggørelse, i Halkiers (2016) kvalitative metode. Ud fra en systematisk kodning og efterfølgende kategorisering af vores fokusgruppeinterviews søger vi med analysen at besvare vores problemformulering:

Hvordan påvirker diskurser vedrørende screening for livmoderhalskræft unge danske kvinders stillingtagen til deltagelse, og hvordan kan kommunikation fra sundhedsorganisationer som Kræftens Bekæmpelse medvirke til at nedbryde barrierer omkring deltagelsen i undersøgelsen?

Med afsæt i diskurspsykologien og vores socialkonstruktivistiske tilgang anskuer vi ikke holdninger som individuelle størrelser, men som konstruktioner, der formes og forhandles i konkrete samtalepraksisser. Vi søger derfor ikke en endelig sandhed om respondenternes holdninger, men nærmere, hvordan forståelser og meninger skabes gennem sprog og de sociale praksisser, der konstrueres i fokusgrupperne. Med dette menes, at vi ikke søger at afdække, hvad hver enkelt respondent mener, men formålet er snarere at analysere, hvordan respondenternes udsagn og positioner trækker på og bidrager til bredere diskurser - samt hvordan normative forståelser og fortolkningsrammer aktiveres og forhandles i sproget. Det er derfor væsentligt at pointere, at når vi trækker på et relevant eksempel i analysen om en respondents subjektposition, er dette en repræsentation af en gældende subjektposition i

empirien. Det vil sige, at flere af respondenterne godt kan tilslutte sig samme subjektposition, men det er selve positionen, som vi er interesserede i og ikke den enkelte respondent.

Analysen er struktureret i fem tematiske afsnit, der hver især begrebsliggør centrale diskursive tendenser, som vi har identificeret gennem vores kodning og kategorisering af de tre fokusgruppeinterviews. Dermed er temaerne en form for fortolkning af vores kategorier, hvor vi har identificeret aktuelle temaer. I et forsøg på at tydeliggøre strukturen i analysen kan temaerne sammenfattes i tre overordnede grupper. Med dette menes, at den første del af analysen omhandler en række forhold, der alle relaterer sig til barrierer for deltagelse i screeningsprogrammet. Denne første del består af afsnittene 'Betydning af viden', 'Betydning af nære relationer' og 'Betydning af følelser'. Herefter følger afsnittet 'Medieindflydelse og kampagner', der omhandler respondenternes oplevelser og behov i forhold til mediers indflydelse og kampagner fra Kræftens Bekæmpelse. Sidste afsnit er 'Institutionel tillid', hvilket indebærer en analyse af, hvordan institutionelle og strukturelle forhold påvirker unge kvinders stillingtagen. Under hvert tematisk afsnit anvender vi diskurspsykologiens begreber fortolkningsrepertoire, subjektposition og ideologisk dilemma som analytiske redskaber til at identificere og begrebsliggøre de diskursive mønstre, der er fremtrædende i empirien (jf. afsnit 4). Vi vil ligeledes trække på fund fra vores litteraturreview, der har bidraget med indsigter, eksisterende viden og forståelse af diskurser, barrierer og motivationer vedrørende deltagelsen i screening. Vi søger således med analysen at supplere den eksisterende forskning inden for områder, hvor tidligere studier, som nævnt i afsnit 2.6, har påpeget videnshuller.

6.1 Betydning af viden

I følgende afsnit vil vi analysere, hvordan viden som en samlebetegnelse for viden om både selve celleskrabsundersøgelsen, screeningsprogrammet, livmoderhalskræft og HPV - eller manglen på viden - italesættes og forstås blandt respondenterne. Vi vil dertil undersøge, hvordan viden og forestillinger forbundet med screening tilskrives betydning, samt hvordan manglende viden kan være en barriere for deltagelse. Afsnittet har til formål at afdække hvilke forståelser af viden, der udtrykkes, og hvordan disse forståelser påvirker respondenternes positionering i forhold til deltagelse i screening.

6.1.1 Vigtigheden af celleskrab

Respondenterne konstruerer sig selv som individer, der anerkender celleskrab som vigtigt, men samtidigt forholder sig passivt i forhold til både at søge viden og tage handling. Dette tolkes på

baggrund af et fremtrædende vigtigheds-fortolkningsrepertoire, der tydeliggør en ideologi om, at det er vigtigt at få foretaget undersøgelsen, da det handler om ens sundhed. Lea fra fokusgruppe 1 udtrykker i denne forbindelse; “ja altså vigtigt fordi (.) jeg tænker alt med sundhed det (.) det må være i en eller anden grad nødvendigt”, og derudover påpeger Maja fra samme fokusgruppe sammenhængen mellem screening og forebyggelsen af livmoderhalskræft; “jeg synes også det er vildt vigtigt fordi altså det er noget der kan forhindre i at eller sådan påvirke om man måske ved uh jeg har livmoderhalskræft” (bilag 16, l. 136-138, 176-179). Vigtigheds-repertoiret udgør dermed en fælles forståelsesramme, hvor screening opfattes som sundhedsfremmende og nødvendig, hvilket udgør et ideal, man bør leve op til. Samtidigt ses et ideologisk dilemma mellem idealet og Ellas reelle sundhedsadfærd. Med dette menes, at Ella eksempelvis udtrykker:

jeg ved at det er vigtigt at få gjort agtigt og jeg vil altså sådan jeg gad godt at være typen der bare sådan (slår hånd ned i anden hånd) (fniser) sagde ja tak med det samme ... men sådan jeg ved også godt ved mig selv at der går nok også sådan ... lidt tid der kunne måske godt gå et år hvor jeg ... lige udskød (trækker skuldrene op til ørerne) ... sådan lige og tage mig sammen til at gøre noget ved det (bilag 16, l. 587-606).

Ella tydeliggør altså et ideologisk dilemma mellem en subjektposition som en fornuftig borger, der prioriterer egen sundhed, og hendes reelle sundhedsadfærd, hvor udskydelse og handlingslammelse ifølge hende er praksis, hvilket er en subjektposition, der indtages af andre respondenter som Nynne og Eva; “jeg tror også jeg vil vente altså sådan ... så lang tid jeg kunne altså men jeg tror ikke det er noget som jeg aldrig ville få gjort mig” (bilag 16, l. 571-578) og “jeg fik mailen eller sådan eboksbeskeden for noget tid siden ... så har jeg bare ikke fået det gjort” (bilag 17, l. 131-140). I fokusgruppe 2 er vigtigheds-repertoiret i mindre grad fremtrædende, men aktiveres af Eva, der udtrykker, at “det er også sådan en negativ konnotation og man ved godt at det er for noget godt” (bilag 17, l. 95-96). De øvrige respondenter tavshed kan skyldes, at det er denne af fokusgrupperne i aldersgruppen for deltagelse, hvor tre af respondenterne ikke har deltaget i screening, samt at de generelt udtrykker en “sundhedsangst” (bilag 17, l. 164-166, 277-280, 1229-1232). I fokusgruppe 3

aktiveres samme repertoire, og her tilskriver Tove sin deltagelse, at hun “tænker at det er en pligt” (bilag 18, l. 98). Hun positionerer sig dermed som en pligtopfyldende borger og trækker på en forståelse af sundhedsadfærd som ansvarligt. Toves udtalelse efterfølges af Kis, der nuancerer Toves udtalelse; “man kan sige (.) pligt altså sådan det er jo kun pligt over for dig selv sådan set” (bilag 18, l. 110-111). Hun positionerer derimod pligten som personlig og nedtoner det samfundsmæssige aspekt. Kis trækker altså på vigtigheds-repertoiret anderledes end Tove, hvorfor de positionerer sig forskelligt til at udtrykke et individuelt ansvar for egen sundhed, snarere end en moralsk forpligtelse over for andre. Det tydeliggør et ideologisk dilemma mellem holdningen om, at screening er en borgerpligt, samt holdningen om, at stillingtagen er individuel og kun har konsekvenser for én selv.

Samtidigt vidner empirien om en lav grad af viden om sammenhængen mellem HPV, celleforandringer og livmoderhalskræft. Flere respondenter udtrykker overraskelse over, at HPV er årsagen til livmoderhalskræft, samt at HPV er seksuelt overført; “det lyder fucking lol” (bilag 16, l. 1262), “oh my god det er”, “ej (laver store øjne og holder sig for munden)” (bilag 17, l. 467-469), “jeg vidste det heller ikke (.) at det igennem altså seksuel smitte at du kan få (.) hpv” og “jeg troede det var noget der (.) altså som kræft at det bare er noget der opstår” (bilag 18, l. 293-295, 302-303). Her tydeliggøres et fravær af viden, hvilket efterlader respondenterne i en usikker position i forhold til, hvad der egentlig er årsag til livmoderhalskræft. Kis udtrykker ikke en overraskelse over det, da hun selv tidligere har opsøgt viden, men forklarer, at hun dengang blev overrasket:

det der med da jeg først fandt ud af at det ku smi altså man kunne få celleforandringer ved at have ubeskyttet sex ... der var jeg bare sådan what the fuck (.) det har jeg ikke hørt hvad foregår der (bilag 18, l. 306-314).

Kis’ informationssøgning er interessant, idet hun ligeledes udtalte, at deltagelsen i screening er en pligt over for en selv. Det kan dermed tolkes, at Kis gennem et videns-repertoire positionerer sig som en, der har behov for viden for at kunne konstruere sin egen holdning. Det står samtidigt i kontrast til de respondenter, der ikke har opsøgt viden, og som udtrykker overraskelse over sammenhængen med HPV.

Flere af respondenterne reagerer derudover med forundring, da de fremlægges den senest opgjorte deltagelsesrate i screening blandt 23-årige. I fokusgruppe 3, der består af respondenter, som har deltaget i screening op til flere gange, trækkes på vigtigheds-repertoiret, da de udtrykker forargelse over, at deltagelsesraten blandt 23-årige er 52,5% (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2024). Reaktionen som “what (spærrer øjnene op)”, “det er næsten halvdelen” og “det var godt nok dårligt” (bilag 18, l. 1815-1833) vidner om, at de ser deltagelsesraten som problematisk og overraskende. De placerer sig i en subjektposition, der anser screening som både selvfølgelig og vigtig, og hvor deres forestilling er, at “de fleste vælger at gøre det da fordi ... jeg tror da at alle kvinder tænker over hvor sundt ens ... underliv er” (bilag 18, l. 513-518). Omvendt troede respondenterne i fokusgruppe 2, der består af ikke-deltagere, at deltagelsesraten var lavere; “ja for jeg tror det er toogtyve komma syv der får den taget og så resten der ikke gør” (bilag 17, l. 826-828). Dette er bemærkelsesværdigt, da respondenterne formentlig baserer deres antagelser om andres stillingtagen og kollektiv adfærd på deres egen erfaring og stillingtagen.

6.1.2 Manglende viden som barriere for deltagelse

I fokusgrupperne konstrueres viden ikke blot som en faktor for stillingtagen til deltagelse i screening, men ligeså som en social position, der forhandles og formes i interaktionen. Dette kommer særligt til udtryk i, hvordan respondenterne taler om deres kendskab eller manglende kendskab til celledysplasi, livmoderhalskræft og HPV. Kræftens Bekæmpelse har gennem en lang årrække oplevet kvinders viden som mangelfuld (bilag 15, l. 177-194), og dette understøttes af vores empiri. Både respondenterne fra fokusgruppe 2 og 3, som er de to fokusgrupper, der udgøres af kvinder i aldersgruppen for at deltage i undersøgelsen, har ikke meget viden, men der er alligevel stor forskel på holdningen til celledysplasiundersøgelsen. I fokusgruppe 2 har en af respondenterne deltaget i undersøgelsen ved brug af hjemmetesten, mens de øvrige tre endnu ikke har ønsket at deltage i undersøgelsen. Dette adskiller sig fra fokusgruppe 3, hvor alle tre respondenter har deltaget i undersøgelsen to gange, samtidigt med at de udtrykker, at de mangler viden om livmoderhalskræft; “i hvert fald så øhm så så har jeg heller ikke undersøgt det her område her ... og er meget uvidende” (bilag 18, l. 1125-1129). Dette beretter om, at viden ikke nødvendigvis er sammenhængende med deltagelse. På trods af, at manglende viden i litteraturreviewet blev identificeret som en væsentlig barriere for deltagelse i undersøgelsen (Mortensen et al., 2021; Sundstrom et al.,

2019), tilskrives viden alligevel ikke en stor betydning af respondenterne i fokusgruppe 3. Dette står i modsætning til fokusgruppe 1 og 2, hvor respondenterne tilsyneladende anser viden som vigtig for stillingtagen. Et eksempel herpå er Maja fra fokusgruppe 1, der udtrykker; “man er sådan her jeg ved ... (tager hænderne op til hovedet) faktisk ikke hvad jeg går ind til jeg ved ik hvor det kommer til at gøre ondt” (bilag 16, l. 698-702), og Eva fra fokusgruppe 2, der udtrykker; “det er rigtigt hvis man ved hvad man kan forvente så man lidt kan forberede sig selv” (bilag 17, l. 2654-2656). De udtrykker altså ønsker til viden om, hvad de kan forvente af celleskrabsundersøgelsen, da det på nuværende tidspunkt er uhåndgribeligt. Dermed trækker alle fokusgrupperne på et fortolkningsrepertoire omhandlende videns betydning i forhold til deltagelse, men til at konstruere forskellige subjektpositioner. I fokusgruppe 1 og 2 konstrueres viden som en forudsætning for deltagelse, hvilket blandt andet argumenteres på baggrund af, at respondenterne efterspørger viden om fremgangsmåden og det anvendte udstyr. Respondenterne er overraskede over at se børsten, der benyttes til at udføre screeningen, da de før har forestillet sig, at den er lavet af metal; “vent det er jo bare en lille børste” og “altså jeg jeg tænkte det var metal” (bilag 17, l. 2596, 2615). Denne reaktion tydeliggør en forestilling om noget voldsomt, hvilket trækker på et smerte-repertoire, der forbinder undersøgelsen med forestillinger om ubehag og smerte, der kan være en barriere for deltagelse. Dette uddybes i afsnit 6.1.4.

I modsætning hertil er fokusgruppe 3, hvor alle har deltaget i undersøgelsen to gange, men samtidigt udtrykker, at de ikke har vidst meget om hverken undersøgelsen, eller hvorfor de har valgt at deltage. Dette udtrykkes blandt andet ved “jeg tror egentlig ikke at jeg har tænkt så meget over det altså da man er blevet indkaldt”, der bakkes op af “nej man gør det bare” og “det igen jeg har ikke lagt særlig meget tanke i det” (bilag 18, l. 172-174, 176, 180-181). Dette vidner om en subjektposition, hvor viden ikke nødvendigvis er afgørende for deltagelse, men hvor deltagelse snarere skyldes rutiner og opdragelse, hvilket vil uddybes i afsnit 6.2.2. Dette er dog interessant, da selvsamme respondenter i forbindelse med øvelse 1 har en antagelse om, at den lave deltagelsesrate blandt yngre kvinder blandt andet skyldes manglende viden. Dermed opstår et ideologisk dilemma mellem forskellige forståelser af, hvad viden har af betydning for deltagelse. På den ene side findes en position, hvor viden anses som nødvendig for en informeret stillingtagen. På den anden side eksisterer førnævnte position, der underordner egen viden og ikke vurderer den som afgørende for deltagelse, og som forventer fortsat at deltage, uanset om de tilføres mere viden.

Samtidigt anerkender de, at viden om blandt andet formålet kan være udslagsgivende for andre kvinders deltagelse, hvilket udtrykkes “at der var mere formål slash mening i det at det ikke bare var sådan en det skal man bare fordi det får du på eboks” (bilag 18, l. 4188-4190). Dermed konstrueres viden som en ressource for stillingtagen, og yderligere viser empirien, at samtale kan bidrage til viden; “også fordi nu når man har snakket om det her føler jeg mig da meget mere sådan (.) sådan hvad siger man øh bevidst omkring forskellige ting” (bilag 18, l. 4383-4386). Dette placerer altså samtale som en faktor, der kan medvirke til at øge deltagelsesraten i screening. Dialog med nære relationer og dennes betydning for respondenternes konstruktion af holdning uddybes i afsnit 6.2.

6.1.3 Viden og uvidenhed som social position

Flere af respondenterne i fokusgruppe 2 og 3 er åbne omkring deres manglende viden og lader ikke umiddelbart dette hæmme deres bidrag i samtalen i fokusgruppeinterviewet. Det forholder sig anderledes i fokusgruppe 1, da vi tolker, at Ella ad flere gange ikke ønsker at færdiggøre sætninger af frygt for at sige noget forkert. Et eksempel på dette er følgende meningsudveksling mellem Ella, Nynne og Maja. Ella nævner “altså hvis det er hvis det er ... nej der lader jeg bare være med at sige (slår ud med hånden)”, hvortil Nynne svarer “nej sig det”, og Maja tilføjer “det skulle du til at sige (rører ella på skulderen)”. Ella afslutter; “nej men det var fordi jeg skulle til at sige noget i forhold til (.) det der og så var jeg bange for at jeg kom til at sige noget men det ved jeg ikke” (bilag 16, l. 1561-1571). Vi tolker i denne meningsudveksling, at Ella oplever en risiko forbundet med at give sin mening til kende uden selv at opleve sin viden som tilstrækkelig - som om det at ytre sig er betinget af viden. Denne tilbageholdenhed trækker på førnævnte videns-repertoire, hvormed Ella konstruerer viden som en nødvendighed for at kunne deltage i samtalen. Dermed bliver viden ikke blot et kognitivt redskab, men en forudsætning for at kunne deltage, der yderligere sætter rammer for, hvem der kan tale i en samtale om noget så intimt som underlivet (bilag 16, l. 422-425). Dette uddybes i afsnit 6.2.1. Denne diskursive konstruktion af viden som social position afspejles ligeledes i Ellas subjektposition. På trods af, at hun er omgivet af veninder, som generelt fremhæver, at de har en åben tilgang til kroppen og samtaler herom, positionerer hun sig selv uden for dette fællesskab flere gange i samtalen ved ikke at bringe egne perspektiver, eksempelvis; “jeg skulle faktisk til at sige at sådan (.) eller det ved jeg ikke” (bilag

16, l. 4363-4364). Således opstår et ideologisk dilemma i Ellas positionering, da hun på den ene side ønsker at tale med sine veninder og ønsker sågar at vidensdele med dem qua "jeg gad godt at have det at vide fra mine venner" (bilag 16, l. 5025-5027), men på den anden side bremser hun sin egen deltagelse i denne vidensdeling. Samtidigt kan det intime og kropslige aspekt ved emnet forstærke en sådan usikkerhed. Respondenterne Ella og Nynne peger begge på, at emnet kan opleves som flovt og sårbart at tale om - ikke nødvendigvis, fordi det bør være tabubelagt, men fordi det kan være vanskeligt at "indrømme sin uvidenhed om det" samt "jeg har ik åbnet op om det for jeg har ikke vidst hvad det var" (bilag 16, l. 362, 330-332), hvormed uvidenhed - formentlig ubevidst - konstrueres som en barriere for åbenhed og samtale selv mellem nære relationer. Dette står i kontrast til de andre fokusgrupper, hvor manglende viden ikke i samme grad hæmmer samtalen.

Særligt i fokusgruppe 1 ses et eksempel på, hvordan subjektpositioner omkring viden også kan konstrueres og anerkendes af et kollektiv. Selv hævder Maja, at hun har meget viden om emnet, samt at det interesserer hende. Denne selvscenesættelse bekræftes af Nynne, der også positionerer Maja som vidende ved blandt andet udtalelsen "maja aka netdoktor" (bilag 16, l. 975). Dermed tolker vi, at blandt andet Nynne anser Maja som autoritativ. Maja baserer i mange tilfælde sin viden på samtaler med sin mor, som hun tillægger stor troværdighed. Dermed konstrueres viden ikke kun som objektivt, men også som noget, der legitimeres gennem relationer og erfaringer (jf. afsnit 6.2). Denne konstruktion understreger, at viden i samtalerne fungerer som en social legitimitet, og at adgangen til at definere en social virkelighed tilfalder dem, der af kollektivet opfattes som vidende. Dermed tillægges viden endnu en betydning, idet den ikke blot fungerer som en faktor for deltagelse i screening, hvilket vi identificerede i forrige afsnit. Viden er altså ikke blot en individuel ressource for stillingtagen, men også noget, der formes, forhandles og tildeles betydning i den sociale interaktion. Dog er det ikke nødvendigvis hensigtsmæssigt at tilskrive individer en autoritativ position, da dette kan medvirke til interpellation af de øvrige respondenter. Dette kan betyde, at respondenterne kaldes ind i en bestemt ideologisk position, hvor de ureflekteret accepterer og viderefører autoritetens forståelse. Det uhensigtsmæssige aspekt kan forekomme, såfremt den person, der fremstår autoritativ, selv reproducerer misforståelser, hvormed disse holdninger og forståelser fastholdes og videreføres. Dette kan slutteligt bidrage til en reproduktion af misinformation, og et eksempel herpå vil præsenteres i nedenstående afsnit.

6.1.4 Forestillinger om celleskrabsundersøgelsen

På tværs af de tre fokusgrupper konstrueres celleskrabsundersøgelsen og særligt ordet “celleskrab” som ubehageligt, smertefuldt og afskrækkende, hvormed det kan argumenteres, at respondenterne trækker på smerte-repertoiret. Det er dermed tydeligt, at ordvalget former en vis negativ forståelse af undersøgelsen, hvilket blandt andet understreges i fokusgruppe 2 ved følgende meningsudveksling; “jeg tror det er det der ord skrab”, hvilket bakkes op af “det kan også være det er det der ligesom er misinformation faktisk” og “ja jeg tror også at jeg troede sådan de laver fucking hul i mig” (bilag 17, l. 2617-2624). Derudover forbinder respondenterne Asta, der som den eneste af respondenterne i fokusgruppe 2 har deltaget i celleskrabsundersøgelsen, dog ved hjemmetest, at når hun hører ordet celleskrab, så tænker hun på en ubehagelig oplevelse ved lægen (bilag 17, l. 73-74). Samme tendens findes i fokusgruppe 3, hvor respondenterne er enige i, at celleskrab lyder ubehageligt (bilag 18, l. 503-510), men samtidig tilføjer, at det ikke gjorde ondt på dem. Dette viser, at sproget snarere end erfaringen er afgørende for, hvordan celleskrabsundersøgelsen forstås og omtales. I fokusgruppe 1 uddyber Ella, at ordet lyder ubehageligt, men samtidigt også vigtigt; “og ogs vigtigt ... uden at jeg ved særlig meget om det” (bilag 16, l. 122-126). Her tydeliggøres det, hvordan fraværet af viden kan efterlade plads til forestillinger, som ikke er baseret på erfaring, men reproduceres gennem forestillinger, der synes at dominere diskursen om celleskrabsundersøgelsen. Denne konstruktion af en dobbeltsidet forståelse bakkes op af Lea, der i samme forbindelse tilføjer “jeg tænker sådan ubehageligt fordi ordet celleskrab det er sådan det kunne godt gøres lidt mere sådan omsorgsfuldt” og “ja altså vigtigt fordi (.) jeg tænker alt med sundhed det (.) det må være i en eller anden grad nødvendigt” (bilag 16, l. 136-138). Vi tolker dermed, at Lea oplever en norm om, at sundhed bør prioriteres, selvom det opleves som ubehageligt. Ligeledes italesætter Nynne forståelsen af celleskrab som noget, der gør ondt, og udtrykker i samme ombæring, at det ikke er noget, som hun har særlig meget viden om; “jeg tror jeg altså det eneste jeg nogensinde har hørt om det er at det gør ondt agtigt” (bilag 16, l. 140-142). Det er her interessant, at den forventede smerte ikke er baseret på konkrete erfaringer, men det understreger derimod, hvordan forestillinger kan være styrende for sundhedsadfærd. I samme forbindelse udtrykker Maja, at hun aldrig har hørt, at det ikke skulle gøre ondt, og uddyber, at ordet celleskrab giver god mening i forhold til undersøgelsen; “sådan selve ordets betydning det giver jo god mening at det ikke er sådan noget

omsorgsfuldt fordi det er ikke omsorgsfuldt” (bilag 16, l. 168-171). Dette er interessant, da hun endnu ikke selv har deltaget i undersøgelsen, qua sin alder på 21 år. Dermed understøttes hendes position om, at undersøgelsen er ubehagelig, ikke af en egen erfaring, men hun baserer derimod sin viden på samtaler med blandt andet sin mor, hvilket yderligere positionerer Maja som autoritativ af kollektivet som nævnt i foregående afsnit.

Fortolkningsrepertoiret omhandlende smerte benyttes altså i forbindelse med en normativ vurdering af, at ordvalget i sundhedskommunikation fremstår som uempatisk, hvilket konstruerer screening som noget, man instinktivt afskrækkes af, selv uden konkret viden og egne erfaringer, der kan modbevise disse negative forestillinger. Dette kan sættes i relation til studiet af Vrinten et al. (2017), der påpeger, at frygtappeller kan have en demotiverende effekt, hvilket kan føre til handlingslammelse. Denne handlingslammelse kommer særligt til udtryk i fokusgruppe 2, hvor respondenterne trækker på smerte-repertoiret og samtidigt ikke har deltaget i undersøgelsen ved lægen. Asta har som den eneste deltaget ved at foretage hjemmetesten, men hun tilskriver sit ønske om at deltage ved brug af hjemmetesten, at hun “har virkelig sådan angst for læge altså jeg kan ikke lide at være der” (bilag 17, l. 260-275), hvilket kan anses som et eksempel på den handlingslammelse, der kan opstå ved frygtappeller. På trods af forestillingen om, at celleskrabet gør ondt og er ubehageligt, anerkender de fleste respondenter, at det er vigtigt at få foretaget undersøgelsen. Der opstår dermed et ideologisk dilemma mellem, hvad der tillægges størst betydning - om det er forestillingen om, at det er ubehageligt og gør ondt, eller bevidstheden om, at det er nødvendigt at deltage for ens sundheds skyld. Det ideologiske dilemma manifesteres blandt andet ved følgende udtalelser; “det er også sådan en negativ konnotation og man ved godt at det er for noget godt” og “ja jeg tror også det er det i realiteten så ved jeg godt det er jo bare en læge (laver anførselstegn) og som ved præcis hvad de skal gøre jeg tror også det er det” (bilag 17, l. 95-96, 377-381). Her aktiveres vigtigheds-repertoiret ved at trække på talemåden “intet er så galt, at det ikke er godt for noget” (Den Danske Ordbog, u.å.-c). Repertoiret fungerer i denne forbindelse som en sproglig måde at italesætte ambivalente følelser om noget, der både kan have et positivt formål, men som anses som ubehageligt. Dermed anerkender respondenterne det sundhedsfaglige formål ved undersøgelsen og lægens faglighed, men samtidigt positionerer de sig ud fra deres frygt, som tilsyneladende vægtes tungere qua deres manglende deltagelse i undersøgelsen, hvilket uddybes i afsnit 6.3.1.

Der tegnes altså et billede af en kollektiv uvidenhed, hvor fraværet af erfaring kompenseres af stærke, negative forestillinger med afsæt i smerte-repertoire. Uvidenhed tilskrives altså større betydning end holdningen til, at deltagelse er nødvendig for ens sundheds skyld. Såfremt det fortsat er denne subjektposition, der dominerer diskursen om celledrab, som empirien vidner om, vil det yderligere bidrage til en fastfrosset forestilling, der ikke udfordres af dem, der har gode oplevelser ved lægen. Dette kan argumenteres på baggrund af, at Nynne i fokusgruppe 1 udtaler “det er da vildt hvor meget der bliver snakket om” samt “så må da da øv gøre ondt” (bilag 16, l. 302-303, 305-306), der understreger, hvordan diskursen om smerte og ubehag reproduceres socialt. Når negative forestillinger ikke udfordres i samtalen, og de mere positive oplevelser ikke bringes frem - som eksempelvis i fokusgruppe 3, hvor alle respondenter har deltaget flere gange, men ikke umiddelbart førhen har delt deres erfaringer med hinanden - understøttes og opretholdes uhensigtsmæssige praksisser. Som Kelly og Barker (2016) påpeger, kræver adfærdsændringer en identificering af de faktorer, der opretholder sådanne uhensigtsmæssige forestillinger, og i dette tilfælde er det netop den negative diskurs. Det skal dog understreges, at vi med vores socialkonstruktivistiske tilgang ikke kan vurdere, om forestillingerne om smerte ved celledrab er sande eller falsk, da enhver forståelse må anses som gyldig (Collin, 2021). Alligevel viser vores empiri, at samtale har potentiale til at igangsætte refleksion og nye forståelser, hvilket blandt andet udtrykkes i Majas udtalelse i slutningen af fokusgruppe 1, hvor hun fortæller, at hun har manglet viden om, at “det ikke gør ondt for de fleste altså det er de færreste hvor det gør ondt” (bilag 16, l. 4947-4949). Dette indikerer, at samtale kan medvirke til at udfordre dominerende fortolkningsrepertoarer og åbne op for nye subjektpositioner, hvori deltagelse i screening forbindes med oplysning og ansvar for egen sundhed.

6.2 Betydning af nære relationer

I det følgende afsnit undersøger vi relationers rolle i respondenternes konstruktion af holdninger. I vores fokusgruppeinterviews fremgår det, hvordan nære relationer såsom veninder og familie udgør en vigtig rolle i respondenternes refleksioner over sundhed, ansvar og stillingtagen. Derfor vil vi i dette afsnit analysere, hvordan relationelle bånd både kan understøtte, men også hæmme adfærd i henhold til screening, samt hvordan respondenterne navigerer i dette spændingsfelt.

6.2.1 Veninderelationer

På tværs af fokusgrupperne fremstår veninder som en betydningsfuld relation i respondenternes holdningskonstruktion. Flere respondenter beskriver, hvordan veninder kan være en kilde til støtte og vidensdeling, såsom Tove og Kis, der nævner følgende; “jeg bliver meget påvirket af mine veninders holdninger på en (.) god og nysgerrig måde ... jeg synes nogle gange man bliver sådan (.) for fastlåst i sin egen holdning eller sin egen synspunkt og så drøfter man lige med en veninde” og “især hvis det er tætte veninder der vil jeres holdninger betyder meget for mig” (bilag 18, l. 691-699, 726-730). Disse udsagn tydeliggør, hvordan veninder bidrager til refleksion og udvidelse af horisonter, hvilket har stor betydning for respondenterne. Herigennem aktiveres en subjektposition, hvor Tove og Kis konstruerer sig som åbensindede og nysgerrige over for andres perspektiver. Det er dertil væsentligt at overveje, hvad veninderelationer egentlig har af betydning. I Kis og Toves tilfælde er veninderelationer et refleksivt rum, hvor synspunkter glædeligt deles, men uden nødvendigvis at føre til konkret handling. Her er samtalen af fatisk karakter, hvor den ikke nødvendigvis er et middel til handling, men en social praksis, hvorigennem relationen vedligeholdes og styrkes. Dog har det betydning for især Kis, hvem hun har denne dialog med, og hvordan indstillingen til samtalen er i praksis:

jeg tror det er meget forskelligt hvem man er sammen med om det bliver sådan en nu kan vi godt have den her dialog uden at ... man siger jeg synes du skal gøre sådan men at det netop bare sådan en (.) man får hinandens forskellige perspektiv (bilag 18, l. 708-718).

Vi tolker dermed et ideologisk dilemma i Kis' positionering, da hun positionerer sig som åben over for sin omgangskreds' perspektiver, men samtidigt ikke ønsker, at disse er belærende og påvirker hendes egen autonomi. Det kan dermed argumenteres, at der trækkes på et støtte-repertoire, hvor tætte veninders holdninger værdsættes højt, men uden at de skal svække respondentens autonomi, hvorfor diskursen blandt veninder har betydning. Dette ideologiske dilemma kan ligeledes tolkes som, at relationen til veninder har nogle grænser. Med dette menes, at det kan true en veninderelations balance at give en stærk holdning til kende eller virke belærende. Det kan være medvirkende til at forklare, at Kis er tilbageholdende over for at indlede samtaler om emner som celleskrab, hvis hun på forhånd har en fornemmelse af, at en veninde kan virke belærende, hvilket kan risikere at skabe distance i relationen.

Til trods for, at respondenterne positionerer hinanden som støttende veninder, er screening for livmoderhalskræft sjældent et samtaleemne, hvorfor tavshed og usikkerhed også forbindes med veninderrelationer. I fokusgruppe 3 nævner Tove følgende i forhold til, om respondenterne har fået foretaget et celledrab; “jeg har vi har jo nok alle sammen prøvet det ... tror jeg” (bilag 18, l. 93-96). Dette tolker vi som udtryk for, at Tove er i tvivl om, hvorvidt Kis og Bodil har fået foretaget celledrabet, da det blot er noget, som hun antager. Vi argumenterer derfor, at celledrab og deltagelsen i screeningsprogrammet ikke har været et samtaleemne hos respondenterne. Denne argumentation understøttes yderligere af, at Kis senere i interviewet eksplicit ytrer, at det ikke er noget, som de tre respondenter har snakket om (bilag 18, l. 777). Dog er det væsentligt at påpege, at vi ikke forud for vores interviews har haft kendskab til, hvor godt respondenterne kender hinanden. Vi ved blot, at fokusgruppe 1 og 3 består af venindegrupper fra gymnasiet, og at fokusgruppe 2 består af veninder fra nuværende studie. Hvad der tales om og hvor meget eller hvor lidt, der tales om diverse emner såsom celledrab, kan være indikator for nærheden i veninderrelationerne. Vi argumenterer derfor, at selvom flere respondenter giver udtryk for, at de gerne vil snakke med hinanden om emnet (bilag 16, l. 355-358, 869-874; bilag 18, l. 729-744), så kan lavpraktiske faktorer som, hvor tit man ser hinanden, og om man ser hinanden relativt tæt på modtagelsen af invitation eller ens deltagelse i undersøgelsen, have betydning for, at det endnu ikke har været et samtaleemne. Desuden kan det, at samtaler med veninder ofte har karakter af en fatisk funktion, være en forklaring på, hvorfor samtaler om screening ikke nødvendigvis integreres naturligt i denne type relation. Der er dog nogle faktorer, såsom at fokusgruppe 2 er veninder fra nuværende studie, hvormed de deler en hverdag sammen på studiet, og at de to andre fokusgrupper kender hinanden fra gymnasiet, der gør, at vi må formode, at fokusgruppe 2 ser hinanden oftere. Alligevel er tavsheden dominerende i fokusgruppe 2, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved, at Olga virker overrasket over, at Asta har udført hjemmetesten; “(rynker bryn) har du fået det lavet det derhjemme ... nå det vidste jeg ik man kunne” (bilag 16, l. 242-245). Vi tolker, at Olga i denne forbindelse trækker på videns-repertoiret til at udtrykke sin uvidenhed, som vi identificerede i afsnit 6.1. Her bruger hun det dog ikke kun til at udtrykke sin manglende viden om selve undersøgelsen, men også relationelt. Vi tolker, at Olgas sundhedsangst - hvilket analyseres nærmere i afsnit 6.3 - spiller ind i forhold til, at hun ikke er den i venindegruppen, som initierer denne type samtale og måske endda bevidst holder afstand fra det. I fokusgruppe 1 ser vi, at respondenterne er mere eksplicitte om, at screening ikke er et samtaleemne; “jeg tror ikke det er noget jeg har sådan snakket

så meget ... med mine veninder om jeg ved egentlig ikke hvorfor jeg tror bare ... jeg er sådan åh det gør ondt jeg ved ikke hvad det er” (bilag 16, l. 324-330). Nynne trækker ligeledes på et videns-repertoire, hvorved hun positionerer sig som tavs grundet sin manglende viden, samt at hun synes, at emnet er ubehageligt. Ella benytter også et videns-repertoire til at understøtte samme pointe:

det ... ikke noget man snakker så meget om ikke nødvendigvis fordi at man ikke bør snakke om det eller ikke vil snakke om det ... men (.) fordi at det ... nogle gange godt kan være sådan (.) flovt at indrømme sin uvidenhed om det (bilag 16, l. 355-362).

Ella placerer sig i en subjektposition, hvor hun på den ene side gerne vil tale om screening og betragter det som vigtigt og nødvendigt. Samtidig positionerer hun sig som tøvende, fordi det for hende er pinligt at indrømme sin uvidenhed - som nævnt i afsnit 6.1.2. Derfor kan det argumenteres, at Ella befinder sig i et ideologisk dilemma mellem ønsket og normen om åbenhed og en indre flovhed over sin manglende viden. Dette kan tolkes at være knyttet til en forestilling om, at det er normativt at skulle være vidende om emnet for legitimt at kunne tage del i en samtale herom.

Til trods for, at respondenterne i fokusgruppe 1 omtaler deres venindegruppe som en “safe bubble” (bilag 16, l. 790), hæmmer sociale normer om eksempelvis viden som nødvendig for at kunne bidrage til en samtale, nok til, at samtalen ikke finder sted. Som nævnt i afsnit 6.1.3 konstruerer Maja sig til at have megen viden om screening for livmoderhalskræft, hvorfor hun indtager en anden subjektposition end de resterende respondenter i fokusgruppe 1. Hun sammenligner den intime snak om celledækning med egen erfaring hos gynækologen i anden sammenhæng; “det var noget jeg ikke var sikker på om mine veninder forstod og de ville være sådan her ah well du skal vel bare (.) have sex med en eller anden og det skal nok gå” (bilag 16, l. 944-948). Vi tolker, at Maja trækker på førnævnte støtte-repertoire, men positionerer sig anderledes end eksempelvis Tove fra fokusgruppe 3, da hun ikke forventer forståelse fra sine veninder og derfor ikke initierer samtalen. Det vidner ligeledes om, at sundhedsmæssig adfærd opretholdes af sociale normer, og at netop forestillinger om reaktioner er en hæmsko for, at disse åbne diskussioner finder sted (Dimitrov et al., 2022). Fokusgruppe 1 baserer også deres manglende dialog på, at de tror, at det først falder naturligt at snakke om, når screeningen bliver aktuel - hvilket vil sige, når de fylder 23 år (bilag 16, l. 430-438). Denne forestilling står dog i kontrast til de praksisser,

der udspiller sig i fokusgruppe 2 og 3, hvor alle er over 23 år, men ingen af venindegrupperne snakker åbent om screeningen (bilag 17, l. 232-245; bilag 18, l. 779-780). Det indikerer, at aktualiteten i sig selv ikke er tilstrækkelig til at gøre screening til et samtaleemne - selv blandt veninder, som alle har deltaget i screeningsprogrammet.

Hvor Damsgaard et al. (2024) fremhæver den manglende samtale med sundhedspersonale som en central barriere for deltagelse, viser vores empiri, at fraværet af samtaler i nære relationer, særligt mellem veninder, spiller en lige så væsentlig rolle. Det illustrerer, hvordan holdninger til screening formes i sociale praksisser, hvor normer og stemninger påvirker, hvad der siges højt, og hvad der forbliver usagt - både bevidst og underbevidst (bilag 18, l. 762-772). Et konkret eksempel herpå ses hos Asta fra fokusgruppe 2, som ytrer følgende; "hvis man også har en omgangskreds der er meget sådan ej men bestil nu den tid få det nu gjort jeg gjorde det så vil jeg også være sådan nu gør jeg det" (bilag 17, l. 334-338). Her trækker Asta på et hypotetisk, socialt tilskyndelses-repertoire, hvor det er forventeligt, at veninder støtter hinanden i at tage sundhedsvalg. Hun konstruerer altså celleskrab som noget, der i den rigtige sociale kontekst fremstår som normaliseret både at tale om og deltage i. Det viser, at Asta ser veninderrelationer som en potentiel drivkraft for adfærdsændring, men at denne endnu ikke er til stede i hendes virkelighed. Dermed positionerer hun sig selv som en, der ikke initierer samtaler, men gerne vil tage del i samtalerne, når de først er indledt. Vi tolker dermed, at Asta ønsker at tage del i samtaler med veninder, som hun kan identificere sig selv med, men at hun har behov for at blive tilskyndet gennem eksempelvis, at andre initierer sådanne samtaler. Dette understøtter Eva med; "det tror jeg måske også jeg har det på samme måde" (bilag 17, l. 346-347). Vi tolker derfor, at Asta og Eva tilslutter sig en subjektposition, hvor de er modtagelige for social påvirkning, hvortil de ikke kun forhandler deres egen deltagelse, men også fællesskabets rolle i at gøre screening legitimt og normalt.

Førnævnte understøtter dualiteten om, hvordan venindefællesskabet anses som støttende og som en kilde til refleksion, men samtidig præget af tavshed, usikkerhed og sociale normer, der kan hæmme åben samtale (Peterson et al., 2021). Disse spændinger viser, at den sociale kontekst og de diskursive rammer, som veninderrelationen er indlejret i, har stor indflydelse på at muliggøre samtalen om screening. Asta er derfor et godt eksempel på en subjektposition, der udviser, hvordan kollektiv diskurs og social forankring kan være afgørende for individuelle sundhedsvalg. Dette understøtter Kelly og Barkers (2016) studie, som påpeger, at sundhedsadfærd ofte er et resultat af sociale praksisser frem for individuelle beslutninger. Når

det er sagt, kan tavsheden være udtryk for, at veninderrelationens primære funktion er følelsesmæssig nærhed eller uformel samtale frem for rådgivning eller vidensdeling. Det vil sige, at samtaler kan finde sted mellem veninder uden egentlige formål, hvilket kan gøre det vanskeligt at bringe emner op, der kan opleves som intime, alvorlige eller kropsnære.

6.2.2 Familierelationer

Kompleksiteten, der gør sig gældende i veninderrelationer, gør det yderligere relevant at undersøge, hvordan respondenternes andre nære relationer indgår i deres konstruktioner af holdninger. Udover veninder snakker respondenterne i alle tre fokusgruppeinterviews om familierelationer. Diskursen vedrørende familie er, i modsætning til veninderrelationerne, præget af normativ autoritet og følelsesmæssig kompleksitet. Flere respondenter peger nemlig på, at screening for livmoderhalskræft har været et samtaleemne med deres mødre. Det gælder blandt andet Ella, der i en samtale om, hvorfra respondenterne for første gang har hørt om celleskrab, nævner, at hun har hørt “det fra min mor det ved jeg ikke” (bilag 16, l. 338-339), og Lea, som beskriver samtaler om screening med sin mor som perifere og; “det har bare været sådan noget når det tjekkes hun for” (bilag 16, l. 392-393). Dog tyder det ikke på, at disse respondenter har talt dybdegående om celleskrab med deres mødre, hvilket understøttes af, at Ella blot formoder, at det er noget, som hun har hørt om fra sin mor. Vi tolker dermed, at der reproduceres en norm, hvor samtaleemner som celleskrab ikke er aktuelle eller anses som nødvendige - eller måske anses for intime og pinlige - i en mor-datter-relation, hvorfor det kan argumenteres, at mødrene ikke anser sig som dem, der har ansvaret for at informere og bidrage til deres døtres konstruktion af holdning i henhold til deltagelsen i screening. Ella og Lea indtager derfor en distanceret og diskret subjektposition i forhold til åben samtale med deres mødre, hvilket yderligere kan bidrage til en generel distance til praksissen - deltagelsen i screeningsprogrammet. Denne distancerede position tydeliggøres yderligere af Lea, der reflekterer over, at hendes veninder, snarere end hendes mor, er hendes primære relation at snakke med om kropslige erfaringer; “jeg vil snakke først med mine veninder om det fordi for eksempel alt det der sådan er sket igennem puberteten ... det har aldrig været en ting hvor min mor og jeg har snakket om det” (bilag 16, l. 870-877). Her konstruerer Lea en holdning om, at kroppen og de forandringer, den gennemgår, er noget, man taler om med sine veninder. Dog tolker vi, at Lea stadig trækker på et støtte-repertoire, når hun snakker om sit forhold til sin mor, da hun supplerer med, at “hvis det er sådan nu føler jeg at der er noget galt så vil det være min altså mutti” (bilag 16, l. 889-891). Vi tolker, at Lea

anser sin mor som en vigtig omsorgsperson, særligt i alvorlige situationer, hvilket understreges af, at hun kalder sin mor for “mutti”, der angiver en kærlig fortrolighed. Lea følger dermed en ideologi, hvor veninder trækkes på i forbindelse med mere intime og hverdagslige ting, hvor de kan relatere til hinanden - såsom at tage stilling til første deltagelse i screening for livmoderhalskræft - og på sin mor i situationer præget af mere alvorlige bekymringer. Nynne følger samme ideologi, da hun nævner; “det er også fordi sådan der er måske lidt mere blufærdighed mellem mig og min mor” (bilag 16, l. 900-902). Hun trækker her på et intimitets-repertoire, hvilket bruges til at indtage en subjektposition, hvor hun ligeså vel kunne have intime snakke med sin mor qua; “jeg tror ville kunne få lige så meget ud af at snakke med dem som med min mor” (bilag 16, l. 904-905). Gennem denne holdningskonstruktion kan det tolkes, at hun positionerer sig mellem to relationelle normer. Dette grundet, at hun flytter følelsesmæssig støtte og autoritet væk fra familien og hen til veninderrelationerne. Venskaber kan dermed udfylde de funktioner, der førhen var placeret i forældre-barn-relation - specifikt mor-datter relationen. Det tydeliggøres dermed ud fra Lea og Nynnes positioneringer, at diskursen vedrørende sundhed og især celleskrab manifesterer sig forskelligt afhængigt af den relationelle kontekst - særligt mellem veninder og i mor-datter-relationer. Det vidner desuden om, at den relationelle kontekst har betydning for, hvad der anses som legitimt at tale om (Peterson et al., 2021; Damsgaard et al., 2024).

Omvendt positionerer Maja sig anderledes end Ella og Lea i forhold til sin relation til sin mor; “hun ved det meste der sker for mig og hvorfor jeg går til lægen og hvorfor ditten datten og dutten jeg har snakket med hende om mange af tingene” (bilag 16, l. 931-935). Vi tolker, at Maja har et tæt forhold til sin mor, hvorfor samtaler om eksempelvis celleskrab ikke opfattes som malplacerede. Hun positionerer sig derfor som åben og dialogsøgende, når det kommer til hendes relation til hendes mor. Vi tolker, at denne åbne kommunikation mellem Maja og hendes mor fungerer som en form for social støtte og ressource til at navigere i blandt andet sundhedsvalg. Med dette menes, at Maja konstruerer sin mor som en aktiv deltager i sin sundhedsforståelse samt beslutningsproces. Vi argumenterer derfor på baggrund af ovenstående analyse, at familiære relationer - og især mødres rolle - kan have stor betydning for, hvordan unge kvinder forstår og forholder sig til screening.

Hertil er det yderligere interessant, at andre mandlige familiemedlemmer, såsom fædre, ikke rigtig nævnes isoleret i de tre fokusgruppeinterviews. Der er blot én ud af de 11 respondenter, som kort nævner sin far og bror. Maja fra fokusgruppe 1 påpeger, at snakke forbundet med kvindekroppen ikke finder sted i hendes relation til hendes far og bror; “jeg snakker ikke med min bror og min far om det det har jeg sådan åh jeg har vildt ondt og så er de sådan her (.) åha det er godt nok synd for dig” (bilag 16, l. 909-913). Vi tolker her, at Maja mener, at kønsforskelle har betydning for samtaleemnet. Når erfaringer knyttet til kvindekroppen – såsom menstruationssmerter, som vi tolker, at Maja henviser til – allerede opleves som for intime at tale om, selv i nære relationer som veninde- og mor-datter-relationer, kompliceres det yderligere at inddrage mandlige familiemedlemmer. Det kan fungere som en hæmsko for samtale og støtte, at fædre og brødre ikke har kropslig erfaring med eksempelvis at have en livmoder eller at skulle screenes for en kræftsygdom, der specifikt manifesterer sig i livmoderen. Denne analytiske pointe kan yderligere understøttes af, at den generelle tavshed om far-datter-relationer i de tre fokusgruppeinterviews vidner om, at samtale om kvindelige sundhedstjek som celledyrkning med fædre ikke er normaliseret. Fraværet af samtalen mellem far-datter-relationer bygger derfor på en social norm om, at det gør man ikke. Det antyder en kulturel og kønnet diskurs, der former hvilke relationer, der anses som egnede til bestemte typer af samtaler - herunder intime og kropslige emner relateret til kvinders sundhed. Den kønnede diskurs uddybes yderligere i afsnit 6.4.6.

I fokusgruppe 2 positionerer respondenterne sig anderledes end respondenterne fra fokusgruppe 1 i forhold til relationen til deres mødre. Dette argumenterer vi blandt andet ud fra, at respondenternes mødre er et meget begrænset samtaleemne under interviewet. Eva nævner blot sin mor en enkelt gang i forbindelse med, at respondenterne diskuterer, hvorvidt deres omgangskreds påvirker respondenternes holdning; “jeg tror hvis jeg sagde til min mor at jeg havde fået den havde fået den der besked så havde hun sagt men det skulle du da bare gøre ja men det har jeg ikke gjort (fniser)” (bilag 17, l. 360-364). Eva konstruerer en identitet, der er tilbageholdende med at dele sundhedsrelaterede oplysninger med sin mor, da hun ikke ønsker, at hendes mor skal forsøge at påvirke hendes adfærd. Denne modstand, som Eva udviser, handler altså ikke om deltagelsen i screeningen, da hun giver udtryk for, at hun har intentioner om at deltage (bilag 17, l. 351-353). Modstanden handler derimod om, at hendes mor følger en ideologi, som Eva ikke ønsker at skulle konfronteres med. Dermed tolker vi, at Eva tager afstand fra sin mor som en reaktion, der muligvis udspringer fra hendes psykiske system, hvor morens tydelige

normativitet tidligere har været uønsket - hvilket ikke motiverer hende til handling. Dette er i kontrast til hendes egen og Aastas førnævnte subjektposition, hvor hun formoder, at åbenhed og opbakning til deltagelse fra omgangskreds vil være motiverende for hendes stillingtagen. Vi tolker, at forskellen ligger i, at Evas veninders "laissez faire"-holdning (bilag 17, l. 350) til ikke at have deltaget bidrager til handlingslammelse, hvorimod morens normative holdning ikke føles inviterende. Eva står derfor i et ideologisk dilemma, hvor hun er bevidst om den normative diskurs om ansvarlig deltagelse repræsenteret af hendes mor, men samtidig er hun påvirket af en mere afslappet tilgang, som hendes jævnaldrende omgangskreds har. Hun forholder sig dermed til modstridende forestillinger om, hvordan man bør håndtere deltagelsen, uden entydigt at identificere sig med nogen af dem, hvilket resulterer i passivitet. Dette understøtter argumentet om, at typen af relation har betydning for, hvordan respondenterne positionerer sig i forhold til, hvorvidt man ønsker at blive påvirket af andres holdninger.

Det er ligeledes væsentligt at bemærke, at respondenterne fra fokusgruppe 1 er yngre end respondenterne i de øvrige fokusgrupper, og flere stadig bor hjemme og befinder sig i overgangen fra ungdom til voksenliv. Dette kan være medvirkende til, at Maja og Leas mødre spiller centrale roller som omsorgspersoner. Anderledes tolker vi, at fokusgruppe 2 og 3, som bor ude og er ældre, fremstår mere selvstændige i deres sundhedsvalg, da de ikke på samme måde omtaler deres mødre som værende deres tætteste omsorgsperson, som fokusgruppe 1 gør. Det er imidlertid bemærkelsesværdigt, at selvom fokusgruppe 3 - hvor alle respondenter har fået foretaget celledonation - i begrænset omfang omtaler deres forældre i interviewet, tolker vi deres fremstilling af celledonation som "en pligt" (bilag 18, l. 98) som en indikation på, at de trækker på et autoritets-repertoire i relationen til deres forældre. Dette tydeliggøres blandt andet ved følgende udsagn fra Tove:

jeg vokset op i forhold til det der du siger det der med at vi skulle blive stikket af den der hp vaccine ... det var sådan mine forældre bare sagde at det var noget vi skulle fordi det er bare godt for os alle sammen agtigt (fniser) og så var jeg sådan nå ja ja sådan det det gør jeg da bare så (fniser) og så har jeg også bare sådan tænkt en selvfølgelighed med at man skal celledoneres (bilag 18, l. 112-130).

Tove konstruerer sine sundhedsvalg som naturlige og ureflekterede, da de er noget, man gør, fordi man er opdraget til det, hvilket understøttes af Kis, som ytrer, at “så bliver det gjort når mor hun gør så bliver det også gjort jo altså (fniser)” (bilag 18, l. 4331-4332). Vi tolker disse udsagn som udtryk for, at respondenterne er blevet interPELLeret til at anse sig selv som subjekter i en sundhedsorienteret ideologi, hvor valget om at deltage i forebyggende indsatser som HPV-vaccination og screening for livmoderhalskræft er en naturlig og moralsk korrekt handling. Tove og Kis genkender altså sig selv i en subjektposition, hvor de er ansvarlige døtre, der er blevet socialiseret ind i en sundhedsideologi, hvor forebyggelse anses som en pligt. Dette er i kontrast til Evas førnævnte subjektposition, hvor hun tager afstand til sin mors autoritative rolle. Ligeså adskiller det sig fra Kelly og Barkers (2016) studie, hvori det påpeges, at adfærdsændringer bør komme af en egen motivation. Egen motivation er tilsyneladende ikke dominerende for hverken Kis’, Toves eller Bodils deltagelse, da de alle blot deltager qua en ideologi om, at det er en pligt, og de har dertil ikke gjort sig yderligere tanker om, hvorfor de har valgt at deltage (bilag 18, l. 172-182). Denne ideologiske selvfølgelighed kommer ikke blot fra respondenternes forældre, men fra bredere institutionelle strukturer, som familierelationer formidler videre, hvilket uddybes i afsnit 6.5.

6.3 Betydning af følelser

I følgende afsnit undersøger vi, hvordan respondenterne positionerer sig i forhold til følelser forbundet med livmoderhalskræft og forebyggelse heraf. På tværs af fokusgrupperne identificerer vi oplevelser af frygt, angst, blufærdighed og flovhed, der fungerer som emotionelle positioneringer. Dette analyseafsnit har derfor til formål at undersøge, hvordan disse kommer til udtryk - ikke blot som individuelle reaktioner, men som resultat af sociale diskurser, der er med til at forme, hvordan det føles at tale om og forholde sig til screening for livmoderhalskræft.

6.3.1 Frygt og angst

Som det fremgår i vores litteraturreview er frygt og angst nogle af de mange barrierer for ikke at deltage i screeningsprogrammet. Blandt andet understreger Zhao og Nan (2015) væsentligheden af affektive faktorer i forbindelse med kvinders adfærd i forhold til screening. Her snakker de om fænomenet cancer worry, hvilket indebærer at være bekymret for eller sågar frygten for at udvikle en kræftsygdom. Denne barriere er ingen undtagelse i vores empiri, hvor flere respondenter tilkendegiver, at frygt og angst er følelser, som de ikke kun forbinder med

celleskrabsundersøgelsen, men også med kræftsygdomme. Olga fra fokusgruppe 2 ytrer op til flere gange under interviewet, at hun har sundhedsangst; “jeg tror også jeg har en masse sådan sundhedsangst og det føles meget officielt at så skal man ind og testes” (bilag 17, l. 164-166). Vi tolker, at Olga trækker på et angst-repertoire som en måde, hvorpå hun kan legitimere sit valg om ikke at deltage. Med dette menes, at hun trækker på repertoire for at overbevise sig selv og dem, som hun interagerer med, at dette er en legitim grund til at undgå at deltage. Selvom Olga henviser til celledrabsundersøgelsen, tolker vi, at den følelsesmæssige belastning, som hun bærer på, ikke blot handler om selve undersøgelsen, men om at skulle forholde sig til potentielt alvorlige diagnoser. Dette kan sammenlignes med Vrinten et al.’s (2017) begreb cancer fear, da Olgas følelser netop bidrager til en multifacetteret oplevelse, som består af både frygt for en eventuel diagnose, selve behandlingen og dødeligheden.

Som en af de eneste respondenter nævner Olga, at hun ikke er sikker på, om hun nogensinde har tænkt sig at deltage i screeningen, hvormed hun indtager en subjektposition, der tydeligt distancerer sig fra screeningsprogrammet (bilag 17, l. 298-299). Hertil kan vi argumentere, at Olgas følelser som frygt og angst er dominerende, da de overskygger det forebyggende formål ved screening. Dette understøttes af følgende; “jeg tror for mig at det er også bare meget sådan en sundhedsangst ting det er lidt nemmere ikke at vide end at skulle igennem hele processen ... så kan man lukke øjnene lidt for det” (bilag 17, l. 277-284). Vi tolker yderligere, at Olga trækker på den kulturelt forankrede talemåde “hvad man ikke ved, har man ikke ondt af” (Den Danske Ordbog, u.å.-b). Med dette menes, at Olga bevidst vælger at afskærme sig fra viden om sin egen sundhed som en måde at undgå den angst, der forbindes med screeningsproceduren såvel som diagnosticering. Ved at “lukke øjnene” indtager hun en subjektposition, hvor det føles mere trygt at forblive uvidende om ens sygdomstilstand end at skulle konfrontere en mulig risiko for at have celledrabsændringer, som potentielt kan udvikle sig til kræft (Vrinten et al., 2017). Olgas udtalelser indikerer en spænding mellem den normative forventning om at tage ansvar for sin sundhed, hvilket fokusgruppe 3 italesætter som “pligt over for dig selv” (bilag 18, l. 110-111), og den psykologiske realitet af, at dette ansvar også indebærer at konfrontere, hvad der potentielt kan være ubehagelig og skræmmende viden. Eksisterende forskning peger på, at frygten for kræft både kan motivere til deltagelse, men omvendt kan afskrække fra at deltage i screeningsprogrammet (Vrinten et al., 2017; Kohler et al., 2023; Kvernød & Hansen, 2015). Olga repræsenterer derfor en subjektposition, hvor frygten er så overvældende, at man ikke deltager. Normalvis beskrives en person med sundhedsangst, også kaldet helbredsangst, som

en, der er så angst for, at der er noget galt med ens helbred, at personen hyppigt opsøger lægen (Sundhed.dk, 2020). Det er derfor interessant, at Olga oplever sin sundhedsangst helt modsat, hvilket desuden er i kontrast med Zhao og Nans (2015) pointe om, at øget bekymring for kræft motiverer til deltagelse. Olga befinder sig altså i et ideologisk dilemma, da hun er angst for at fejle noget, men samtidig benytter hun sig ikke af et gratis tilbud som et forebyggende screeningsprogram, fordi hun er bange for udfaldet.

Det kan understøttes af, at Olga forestiller sig, at hun en dag føler sig voksen nok til at deltage; “jeg regner med at der er et punkt i mit liv hvor jeg pludselig føler mig voksen nok til at nu tager jeg ind” (bilag 17, l. 301-303). Vi tolker, at denne følelse af “at være voksen” er en måde, hvorpå Olga aktiverer et ansvars-repertoire, da det konnoterer selvstændighed, modenhed og øget sundhedsansvar. Olga konstruerer derfor en identitet, hvor hun ikke oplever sig selv som ansvarlig nok til at tage del i screening - trods sin alder på 24 år (bilag 17, l. 64-65). Dette indikerer, at det at føle sig voksen ikke nødvendigvis relaterer sig til alder, men snarere er en social konstruktion. Med dette menes, at selvom man juridisk set anses som voksen, når man fylder 18 år, så formes det at være voksen af kulturelle normer og sociale forventninger. At føle sig voksen handler derfor ikke nødvendigvis om alder, men om hvornår man oplever at kunne tage ansvar for sig selv, være uafhængig, leve op til samfundsmæssige idealer samt rationelt at kunne håndtere sin egen følelse af frygt. Desuden tolker vi, at Olga implicit beskriver sin følelse af frygt som barnlig. Dette grundet, at hun som nævnt trækker på et angst-repertoire for at begrunde sin manglende deltagelse, men hvor hun i ovenstående udsagn beskriver, at deltagelse er voksent. Tillige tolker vi, at Olgas formulering “jeg regner med” indikerer en form for ansvarsfralæggelse. Ved at udtrykke, at det blot er noget, der kan ske på et tidspunkt, placerer hun overgangen til at føle sig “voksen nok” som en naturlig proces, snarere end noget, som hun selv aktivt skal tage ansvar for. Det at blive voksen fremstilles derfor som en ydre omstændighed frem for en bevidst handling, hvor deltagelse i screening udskydes til et udefineret fremtidigt tidspunkt, hvor hun forventer at være klar. Yderligere kan vi argumentere, at Olga positionerer sig som et barn, fordi hun netop ikke selv tager ansvar, men derimod forventer, at voksne mennesker er ansvarlige.

Nynne fra fokusgruppe 1 indtager en lignende subjektposition som Olga, da hun betegner sig selv som hypokonder:

det ved jeg godt hvad min holdning er (tager fingeren op) (.)
fordi nu er jeg jo lidt hypokonder (fniser) så jeg altså (.) og

jeg synes oprigtigt det er noieren og jeg kan huske når vi begyndte at snakke om det jeg var sådan her shit mand altså jeg er så bange for at jeg finder noget og jeg er sådan nu skal jeg dø agtigt (bilag 16, l. 488-496).

Dette ytrer Nynne lige efter, at vi har spurgt, hvad de tænker om at skulle deltage i celleskrabsundersøgelsen. Hun giver udtryk for, at hun har en bestemt holdning hertil, hvilket vi tolker til, at Nynne har gjort sig tanker om screeningen forinden interviewet. Hun trækker på et frygt-repertoire til at positionere sig både ud fra en følelse af frygt for selve undersøgelsen, men også tanken om, at kræft kan føre til at miste livet. Det er tillige interessant, at hun nævner, at sågar samtaler påvirker hende. Derved kan det argumenteres, at diskursen vedrørende celleskrab og livmoderhalskræft bringer følelser af ubehag og angst op i Nynne, hvilket vidner om, at den sociale praksis har betydning for Nynnes holdningskonstruktion. Det kan derfor argumenteres, at Nynne, såvel som Olga, oplever cancer fear - særligt i forhold til at dø. Ligeledes bidrager cancer fear til tabuisering af emnet, da Vrinten et al. (2017) påpeger, at man forsøger at få tanken om sygdommen på afstand. Nynne påpeger, at hun synes, at det er ubehageligt bare at snakke om, hvilket vidner om, at det ikke er et samtaleemne, som hun er komfortabel med. Det kan dermed bidrage til tabuisering, hvilket yderligere kan bidrage til undgåelse af deltagelsen i screeningsprogrammet (Vrinten et al., 2017).

Nynne positionerer sig dog også på et punkt anderledes end Olga, da hun tilkendegiver, at hun gerne vil deltage på et tidspunkt; "jeg vil gerne få taget undersøgelsen men det skræmmer mig virkelig meget" (bilag 16, l. 507-509). Denne udtalelse kan tolkes som udtryk for et ideologisk dilemma og et håb om, at hun på sigt vil trodse sin frygt og angst for at tage ansvar for sin egen sundhed. Dog ses i interaktionen en respons fra de øvrige respondenter forinden Nynnes udsagn, som kan indikere et socialt normativt pres. Dette tolker vi, da Maja udtaler "så du vil ik (peger på nynne)", efterfulgt af Ella; "mener du det helt oprigtigt" (bilag 16, l. 505-506). Disse spørgsmål kan tolkes som en form for undren og formentlig indirekte anfægtelse af Nynnes førnævnte udsagn (bilag 16, l. 488-496). Med dette menes, at Maja og Ellas spørgsmål viser, at de forstår Nynnes tidligere beskrivelse af sin angst som uforenelig med ønsket om at deltage i screening. De positionerer derfor Nynne uden for den normative forestilling om egenomsorg vedrørende sundhed. Dette kan argumenteres, da Maja og Ella følger en anden ideologi end Nynne, da de anser deltagelse som vigtig, og at deltagelsen indebærer et normativt ansvar. Derfor kan det argumenteres, at Maja og Ella bliver så overraskede over Nynnes udtalelser, at de underbevidst med deres spørgsmål

lægger et socialt pres på hende, som kan medvirke til, at Nynne indtager en subjektposition, der anses som normativ ansvarlig. Denne subjektposition afspejler muligvis ikke Nynnes følelsesmæssige tilstand, men udtalelsen om, at hun “gerne vil”, kan anses som et forsøg på at reparere hendes position i gruppen for at leve op til sociale normer om at tage vare på ens egen sundhed. Dermed kan det argumenteres, at Nynne ligesom Olga indtager en barnlig subjektposition, hvor følelsen af frygt og angst kan være med til at afholde hende fra at gøre det, der anses for normativt ansvarligt og voksent. Det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at Nynne blot er 20 år og allerede frygter cellediagnosen til trods for, at der yderligere går tre år, før hun kan deltage. Da hun identificerer sig selv som hypokonder, kan hendes tilgang tolkes som præget af emotionel bias, hvor tidligere erfaringer med sygdomsangst i andre sammenhænge påvirker hendes forestilling om screening negativt. Her er det væsentlig at pointere, at selvom hypokondri, ligesom sundhedsangst, henviser til en frygt for at fejle noget, hvilket gør, at man opsøger lægen hyppigt, så bruger Nynne denne vending til at beskrive en barriere for at deltage i screeningen. Ovenstående analyse vidner derfor om, at kvinders konstruktion af en identitet som værende sundhedsangst paradoksalt kan udgøre en barriere, der muligvis kan betyde, at de aldrig kommer til at deltage.

I de udførte fokusgruppeinterviews tydeliggøres det ligeledes, at diskursen på særligt sociale medier kan have betydning for hvilke følelser, der forbindes med selve undersøgelsen og livmoderhalskræft. Nynne fortæller, at “der var på et tidspunkt på tiktok ... en ... trend hvor folk de snakkede om cellediagnose ... det gør bare sygt ondt ... jeg blev fucking bange” (bilag 16, l. 200-215). Vi tolker, at den førnævnte forestilling om smerte ved cellediagnosen i dette tilfælde er forankret i diskursen på de sociale medier (jf. afsnit 6.1.4). Konstruktionen af cellediagnose som smertefuldt kan forstærke eksisterende følelser af eksempelvis frygt og angst eller direkte være kilde til dem. Den eksisterende forskning viser hertil, at man er mindre tilbøjelig til at ændre adfærd i forhold til sundhedstilbud som screening for livmoderhalskræft, hvis budskaber på eksempelvis digitale medier er for intense (Tannenbaum et al., 2015). Nynnes udsagn kan understøttes af Bodil, som påpeger følgende; “men jeg tror også ... den yngre generation der er vokset op (.) med sociale medier ... de nemmere bliver påvirket ... af sociale medier ... end vi gør ... fordi vi har også prøvet det uden” (bilag 18, l. 829-841). Bodil trækker her på et generations-repertoire, hvor hun fremstiller en yngre generation som lettere påvirkelige over for sociale medier end sin egen generation. Respondenterne i fokusgruppe 3 er som nævnt mellem 27 og 28 år, og ved Bodils henvisning til, at hendes

generation “også har prøvet det uden” sociale medier, positionerer hun sig selv, Kis og Tove som mere robuste eller kritisk reflekterende over for digitale påvirkninger. Hun trækker altså på sin generations livserfaring til at forklare, hvorfor sociale medier kan forstærke barrierer som frygt og angst for nogle, men ikke nødvendigvis for dem selv. Det kan argumenteres, at Bodil bidrager til en social konstruktion vedrørende, at hendes jævnaldrende er mere modstandsdygtige, hvor “den yngre generation” fremstår mere sårbar.

Forskellen i respondenternes alder og erfaringer på tværs af fokusgrupperne kan dermed argumenteres at spille en væsentlig rolle i relation til, hvordan følelsesmæssige barrierer som frygt og angst opstår samt forstærkes. Fokusgruppe 1, hvor alle respondenterne er under 23 år, udviser allerede stærke følelsesmæssige reaktioner, som også viser sig i fokusgruppe 2, hvor alle har muligheden for at deltage, men endnu ikke har gjort det. Respondenterne i fokusgruppe 3 er derimod alle 28 år og har deltaget i screeningsprogrammet to gange, hvormed empirien peger på, at sociale medier kan være med til at skabe og forankre følelsesmæssige barrierer i form af frygt og angst, særligt blandt de yngste deltagere. Medieindflydelse uddybes yderligere i afsnit 6.4.

6.3.2 Intimitet

Empirien peger yderligere på en anden type emotionel barriere omhandlende forestillingen af celleskrabsundersøgelsen som intim. Denne form for følelsesmæssigt ubehag adskiller sig fra det, der er beskrevet i forrige afsnit. Her handler det ikke nødvendigvis om frygt for sygdom, men snarere om, at selve undersøgelsen opfattes som grænseoverskridende. Følelsesmæssige reaktioner som blufærdighed og flovhed kan opstå, idet tanken om at skulle klæde sig af og blotte sit underliv for en læge eller gynækolog opleves som en pinlig og intim situation. Dette kan medføre utilpashed og fungerer som barriere for deltagelse.

I fokusgruppe 2 beskriver flere af respondenterne celleskrabsundersøgelsen som “jæ (smiler nervøst) (.) ubehageligt”, “det er en ubehagelig oplevelse ved lægen”, og at den gør en “lettere utilpas” (bilag 17, l. 93, 73-74, 102). Asta tilføjer sågar, at tanken eller samtaler om undersøgelsen gør, at “man kan sådan mærke det (fniser og holder på sin livsmode)” (bilag 17, l. 80-82). Det, at respondenterne blandt andet smiler nervøst og fniser, kan netop tolkes til at bidrage til denne nervøsitet og utilpashed, som respondenterne føler, når de tænker og snakker om celleskrabsundersøgelsen. Denne følelse af ubehag skyldes ikke nødvendigvis frygt for smerte, men tanken om undersøgelsen præges af blufærdighed og forventet skam. Med dette menes, at flere udsagn fra

fokusgrupperne viser, hvordan forestillingen om undersøgelsen opleves som grænseoverskridende, hvor særligt underlivet anses som intimt, helligt og sårbart (bilag 16, l. 695-711; bilag 17, l. 103-104, 2794-2808). Vi tolker derfor, at respondenterne trækker på et intimitets-repertoire, hvor underlivet forstås som noget privat og beskyttet, til at positionere sig som sårbare og blufærdige individer i mødet med celledragsundersøgelsen. I den sociale praksis konstrueres situationen altså ikke blot som fysisk ubehagelig, men også emotionelt ubehagelig. Dette understreges ved, at Asta påpeger; “du skal vitterligt ... ligge med dit fucking blottede underliv altså sådan ... det er ikke sjovt” (bilag 17, l. 3737-3744). Udsagnet bidrager til en diskurs, hvor undersøgelsen fremstilles som intim og dertil grænseoverskridende. Især brugen af ord som “fucking” og “det er ikke sjovt” intensiverer affekten, hvortil Asta indtager en subjektposition, hvor celledragsundersøgelsen ikke bare anses som en klinisk og praktisk undersøgelse, men som meget mere kompleks. Ligeledes hentyder udsagnet til, at man i den lægelige kontekst bliver objektificeret, hvilket yderligere kan bidrage til en følelse af grænseoverskridelse, da kroppen anses som privat.

Derudover knyttes en betydelig grad af flovhed og akavethed til selve den sociale praksis, der finder sted til celledragsundersøgelsen. Asta nævner blandt andet at, “det kan godt være lidt kavn”, hvor Olga tilføjer, at “det er en halvfremmed person du skal blotte dig for” (bilag 17, l. 3754-3763). Intimitets-repertoiret aktiveres i denne forbindelse til at beskrive en følelse af, at en underlivsundersøgelse kan forekomme akavet, da lægen eller gynækologen er en “halvfremmed” person. Ved denne position er sundhedspersonalets lægefaglighed irrelevant, da det er den sociale interaktion og alt det op til, under og efter celledragsundersøgelsen, der føles akavet og flovt. Denne tolkning understøttes af følgende udsagn fra Ella; “jeg forestiller mig også når man er færdig med det der og så bagefter skal tage sit tøj på og det er bare lidt akavet at der sidder en læge og sådan klikker over” (bilag 16, l. 726-730). Følelsen bygger altså på en forestilling om, hvordan interaktionen med lægen eller gynækologen er i praksis. Maja forsøger dog at nedbryde Ellas forestilling ved at dele egen erfaring; “ej det er faktisk ikke så slemt jeg har været til en undersøgelse” (bilag 16, l. 736-737). Hermed indtager Maja en subjektposition, som er mere erfaringsbaseret, hvortil vi tolker, at hun søger at berolige Ella. Det kan dermed argumenteres, at Maja bidrager til at afstigmatisere en akavet stemning i interaktionen med sundhedspersonale i forbindelse med celledragsundersøgelsen (jf. afsnit 6.5.1).

Det kan ligeledes argumenteres, at den grænseoverskridende følelse og oplevede blufærdighed hænger tæt sammen med, at situationen for mange af respondenterne er ukendt. Maja udtrykker usikkerhed med bemærkningen; “jeg ved ... faktisk ikke hvad jeg går ind til”, hvortil Nynne tilføjer “ja ja (.) og det første gang man skal nogen der skal kigge mig op i altså”, og Maja afrunder med at beskrive det som “sådan lige at overskride den grænse” (bilag 16, l. 698-706). Denne meningsudveksling peger på, at netop det uvisse ved en celleskrabsundersøgelse, qua fraværet af tidligere erfaring, forstærker oplevelsen af, at det er grænseoverskridende at deltage. Det vidner om, at forestillingerne om celleskrabsundersøgelsen netop får lov at dominere, da respondenterne ikke har noget at sammenligne celleskrabsundersøgelsen med. Derfor kan disse forestillinger, som nævnt i afsnit 6.1.4, hæmme deltagelsen, da de ofte er præget af følelser som ubehag, intimitet, flovhed og akavethed.

Vi argumenterer endvidere for, at der udspiller sig et ideologisk dilemma mellem særligt fokusgruppe 2 og fokusgruppe 3. Dette grundet, at emotionelle og psykologiske barrierer som sundhedsangst og blufærdighed i fokusgruppe 2 synes at vægte højere end det forebyggende potentiale ved deltagelse i screening. I kontrast hertil fremhæver respondenterne i fokusgruppe 3 en mere pragmatisk tilgang, hvilket tydeliggøres i citater som; “det niver lidt og så er det ikke værre” og “jeg tror alligevel at de fleste vælger at gøre det da ... jeg tror ... at alle kvinder tænker over hvor sundt ens ... underliv er” (bilag 18, l. 488-518). Fokusgruppe 3 følger altså en sundhedsideologi, hvor det forebyggende aspekt er vigtigere end potentielt ubehag. Hvor fokusgruppe 2 lader emotionelle reaktioner dominere deres stillingtagen, repræsenterer fokusgruppe 3 et narrativ, hvor rationel bekymring for ens sundhed overvinder eventuel følelsesmæssig modstand.

6.4 Medieindflydelse og kampagner

Formålet med at udføre de tre fokusgruppeinterviews har blandt andet været at opnå indsigt i, hvordan unge danske kvinder oplever og eventuelt påvirkes af kommunikation og kampagner fra en sundhedsorganisation som Kræftens Bekæmpelse. Derfor præsenterede vi - som nævnt i afsnit 5.2.2 - respondenterne for en øvelse, der tager udgangspunkt i kampagnerne *Er der noget, du har glemt?* og *Svesken på disken* fra Kræftens Bekæmpelse. Ud fra empirien tegnes et mønster af, at kommunikation om livmoderhalskræft i høj grad forsvinder i en bredere og mere generisk kræftdiskurs, hvor personlige erfaringer, sundhedsangst og medievaner udgør

nogle af barriererne for at engagere sig i kommunikationen. Vi vil derfor i de følgende afsnit analysere, hvordan respondenterne oplever de forskellige elementer i kampagnerne, og hvordan forskellige behov, præferencer og barrierer konstrueres i mødet med kommunikationen. Samtidigt kan dette give en indikation på, hvordan fremtidige kampagner kan tilpasses kvinders medievaner og behov.

6.4.1 Kendskab til Kræftens Bekæmpelse

På tværs af de tre fokusgrupper ses et kendskab til Kræftens Bekæmpelse som en organisation, der arbejder med forebyggelse af kræft. Der er dog ingen af respondenterne, der følger organisationen på nogle platforme, og i fokusgruppe 2 udtrykker respondenterne sågar, at de enten aktivt ignorerer indhold fra Kræftens Bekæmpelse eller ikke eksponeres for det. Denne diskursive konstruktion argumenterer vi for, da Asta fortæller, at hendes familie bevidst undgår *Knæk Cancer*-ugen, da de tidligere har mistet et familiemedlem til kræft (bilag 17, l. 1201-1211). Hun aktiverer dermed et undgåelses-repertoire, hvor familiens tab legitimerer fravalget af sundhedskommunikation, da det bliver for smertefuldt og kommer for nært. Samtidig udtrykker Eva og Olga en oplevelse af, at Kræftens Bekæmpelses indhold ikke når dem; “det er heller ikke noget jeg sådan aktivt ser når det er og jeg tror heller ikke det rammer mit sådan feed hvis det er noget de sådan sender ud egentlig” og “jeg er også bare sådan i en meget sundhedsangst så hvis jeg ser det begynder jeg at blive sådan (tager hænderne op på siden af hovedet) ... hvad hvis det der var mig” (bilag 17, l. 1213-1216, 1229-1234). Eva positionerer sig som ikke aktivt opsøgende af indholdet og samtidigt som påvirket af algoritmisk filtrering. Olga udtrykker derimod et angst-repertoire og italesætter den mentale belastning, der kan komme af at konfrontere sig selv med sygdom.

Selvom alle respondenterne på tværs af fokusgrupperne kender til Kræftens Bekæmpelse, er det ikke nødvendigvis livmoderhalskræft, de forbinder organisationen med. Dette står klart, da Nynne i forbindelse med spørgsmålet til, om respondenterne kender til nogle organisationer, der arbejder med forebyggelse og oplysning om livmoderhalskræft og screening, nævner “knæk cancer” (bilag 16, l. 2414). *Knæk Cancer* er ganske vist en indsats under Kræftens Bekæmpelse, men ikke en selvstændig organisation. I fokusgruppe 3 bemærkes *Knæk Cancer*-showet ligeledes, men Kis nævner samtidigt, at hun ikke synes at have set, at livmoderhalskræft tidligere har været tema for showet; “for eksempel knæk cancer showet synes jeg jo aldrig ... at det er med livmoderhalskræft der sådan er tema” (bilag 18,

l. 2419-2423). Hun begrundet dette med, at hun ikke læser nyheder, hvorfor hun ikke ved, hvad der “trender inden for kræftens bekæmpelse” (bilag 18, l. 2428-2435). Vi tolker dermed, at hun trækker på et undgåelses-repertoire, men i modsætning til Asta aktiveres det her mere ubevidst. Kis tror derudover, at en årsag til, at livmoderhalskræft ikke har været tema for *Knæk Cancer*-showet, kan være, at livmoderhalskræft ikke står øverst på Kræftens Bekæmpelses “prioriteringslyst” (bilag 18, l. 2399), hvilket tydeliggør en ressourcediskurs, hvor nogle kræftformer vurderes som vigtigere at kommunikere om end andre. Denne oplevelse deles af Bodil, som har set kampagner fra Kræftens Bekæmpelse, men aldrig omhandlende livmoderhalskræft (bilag 18, l. 2390-2395). Dette understøtter, at den kommunikative synlighed ved livmoderhalskræft er lav, og at målgruppen ikke føler sig inkluderet eller imødekommet af den diskursive rammesætning, der omgiver kræftformen. Det kan derudover skyldes, at respondenterne oplever, at informationen er irrelevant for dem, enten fordi de ikke kan spejle sig i budskaberne, eller fordi emnet ikke opleves som presserende.

6.4.2 Er der noget, du har glemt?

I interviewet med Kræftens Bekæmpelse udtrykker de to repræsentanter manglende deltagelse i screening for livmoderhalskræft som et resultat af glemsel og passivitet frem for som et aktivt fravalg:

mange af de her kvinder der ikke deltager (.) er sjældent et aktivt fravalg det er jo mere et passivt fravalg på en eller anden måde hvor man ikke har taget stilling ... øhm men i virkeligheden gerne vil eller bare ikke lige rigtig ved hvad det er eller har glemt det (bilag 15, l. 767-775).

De giver dermed udtryk for, at kvinder egentlig gerne vil deltage i screening, men bare ikke får det gjort, og det understøttes af; “er der noget du har glemt den kom jo også i høj grad af ... at have hørt fra målgruppen det er noget man lige glemmer” (bilag 15, l. 988-991). Derudover hævder Kræftens Bekæmpelse, at organisationen lærer sine målgrupper at kende for derefter at lave kampagner baseret på denne viden samt på tidligere forskning på både national og international plan (bilag 15, l. 64-70). I samme forbindelse fremhæves kampagnen *Er der noget, du har glemt?* som en strategi på at aktivere handling gennem en påmindelse om den glemte screening. Denne forståelse bygger på en ideologi om, at adfærdsændringen kan opnås gennem kontinuerlig oplysning og “awareness”

(bilag 15, l. 754) - at kvinder skal mindes om tilbuddet, fordi manglende deltagelse ses som utilsigtet og et øjebliksbillede af, at det på tidspunktet for invitationen ikke prioriteres; “der kan jo være forskellige forhold der gør at man ikke lige kommer afsted første gang” og “nu har vi jo kørt sådan målrettet de her unge af tre omgange ... hvor vi måske indledende har øh mest fokus på awareness for ligesom at skabe en eller anden grund kommunikation omkring at det her tilbud eksisterer” (bilag 15, l. 474-476, 750-756). Det interessante er dog, at de respondenter, som ikke har deltaget i screening, placerer sig kritisk over for kampagnernes fokus på, at manglende deltagelse skyldes glemsel. I øvelse 2 præsenteres fokusgrupperne for de to kampagner *Er der noget, du har glemt?* og *Svesken på disken*, der begge har glemslen som omdrejningspunkt (Kræftens Bekæmpelse 2023a; Kræftens Bekæmpelse 2024c). Særligt respondenterne i fokusgruppe 2 oplever kampagnerne som provokerende og bebrejdende (bilag 17, l. 1636-1637), da de mener, at Kræftens Bekæmpelse placerer ansvaret for manglende deltagelse hos kvinden uden at anerkende, at der kan være andre barrierer, som frygt, ubehag ved undersøgelsen eller manglende viden (bilag 17, l. 3680-3691). Dette kan sammenlignes med Kelly og Barkers (2016) studie, som påpeger, at mange sundhedsinterventioner ikke tager højde for psykologiske og sociologiske barrierer, hvilket Kelly og Barker (2016) beskriver som en nødvendighed i sundhedskampagner, hvis man ønsker at opnå langvarige adfærdsændringer hos modtagerne. Ligeledes kan det argumenteres, at respondenterne føler en form for othering (McGeechan et al., 2020), hvor egne barrierer marginaliseres ved at portrættere manglende deltagelse som et resultat af glemsel - hvilket yderligere vanskeliggør deltagelse fremadrettet. Asta anerkender dog, at det for nogle kan være en glemsel, men hævder samtidigt, at denne årsag ikke er hyppig blandt dem, hun har snakket med om den manglende deltagelse; “og det er også fair nok hvis det vitterligt er det der har været det for hende ... men når jeg sådan har snakket med folk har det altid været sådan en ... det føler jeg er uncomfortable” (bilag 17, l. 1824-1830). Olga indtager en subjektposition, hvor det for hende reelt var en glemsel, men at denne er udsprunget af en underliggende sundhedsangst:

jeg tror for mig at det er også bare meget sådan en sundhedsangst ting det er lidt nemmere ikke at vide end at skulle igennem hele processen ... så kan man lukke øjnene lidt for det ... og så har jeg oprigtigt glemt det siden den mail kom ... den kom en gang og jeg

var sådan årh (tager sig til hovedet) ignorer og så har jeg ikke tænkt på det siden (bilag 17, 277-291).

På baggrund af Olgas udtalelse tolker vi, at hvad, der startede som passivitet, bliver en anledning for hendes aktive positionering. Derudover opfattes navnet på kampagnen *Er der noget, du har glemt?* som en måde at affeje alvoren ved screening; “jeg synes lidt hele deres sådan tagline ... det der med er der noget du har glemt (.) det tager lidt sådan den der frygten ... fuldstændig ud af det” (bilag 17, l. 3680-3686). Olga, som selv italesætter sin sundhedsangst og frygt for kræft ad flere omgange, forstår godt pointen i at forsøge at sammenligne undersøgelsen med noget så banalt som at glemme at købe toiletpapir, men hun synes alligevel, at emnet skal behandles med en vis seriøsitet, hvilket der tilsyneladende er enighed om blandt de øvrige respondenter (bilag 17, l. 3708-3730). Respondenternes kritik af kampagnernes fokus er bemærkelsesværdigt, da Kræftens Bekæmpelse selv udtaler, at de ikke oplever nogen form for negativ respons på deres kommunikation; “generelt virkelig positiv respons ... der er bare en rigtig rigtig stor øh (.) ja altså god feedback (.) øhm vi oplever faktisk ikke rigtig noget negativt” (bilag 15, l. 885-892). Denne oplevelse understøttes af fokusgruppe 3, der positionerer sig anderledes end respondenterne i fokusgruppe 2. Flere anerkender kampagnernes udgangspunkt og trækker på et vigtigheds-repertoire. For Tove og Kis er det ikke nødvendigvis problematisk, at kampagnerne antager, at kvinder glemmer undersøgelsen. De anskuer derimod kampagnerne som en venlig påmindelse, hvilket understøttes af; “men også bare det er sådan en glemsomhedsting ... eller sådan en okay du får den her reminder” og “det er det der med at hov kom nu vi ved godt du er en travl kvinde men det ... her er vigtigt” (bilag 18, l. 1777-1781, 2646-2647). De tror dog, at påmindelsen ikke altid er nok, da en barriere for deltagelse kan være, at man selv skal tage initiativ til at bestille tid ved lægen; “men du skal stadigvæk sige ov en reminder og så ind selv og booke en tid ... der bliver ikke bare booket en tid for dig” (bilag 18, l. 1786-1790). Dette peger på en sammenhæng mellem passivitet og glemsel - når man påmindes undersøgelsen, men fortsat ikke handler, kan glemslen genopstå, hvilket understøtter den forståelse, som Kræftens Bekæmpelse som nævnt har tilrettelagt sine kampagner ud fra (bilag 15, l. 767-775). Det tydeliggøres altså, hvordan subjektpositionen, der indtages af ikke-deltagere, ikke kun er et resultat af glemsel, men også uafklarethed, frygt eller lavt overskud på tidspunktet for invitationen. Så på sin vis kan Kræftens Bekæmpelse i kampagnerne have fat i noget, selvom

diskursen kan virke generisk blandt modtagerne. Det paradoksale er, at Olga, der som tidligere nævnt kritiserer kampagnernes antagelse om glemsel, selv konstruerer en position, hvor hun passivt har fravalgt at deltage (bilag 17, l. 284-291). Hendes glemsel kan dermed tolkes som en måde at undgå det ubehag, som hun forbinder undersøgelsen med. Diskursen i kampagnerne aktiverer altså forskellige forståelser og subjektpositioner blandt respondenterne. Mens nogle afviser, at glemsel er årsag til manglende deltagelse og oplever diskursen som bebrejdende, accepterer andre, at glemsel kan være en gyldig barriere. Centralt er dog, at Kræftens Bekæmpelse reproducerer en ensidig forståelse af glemsel, og dermed risikerer organisationen at overse og marginalisere de kvinder (Dimitrov et al., 2022), for hvem manglende deltagelse skyldes andre forhold.

6.4.3 Influencers som del af kampagner

Kræftens Bekæmpelse benytter sociale medier og influencers i deres kampagner som en strategi for at være, hvor kvinderne i forvejen er. Ifølge organisationen søger kvinder ikke information om livmoderhalskræft, hvorfor kampagnerne må finde sted i de rum, hvor kvinderne allerede færdes, og derfor er de sociale medier velegnede (bilag 15, l. 531-539). Dette stemmer overens med tidligere forskning, der peger på, at influencers kan spille en vigtig rolle i at sprede sundhedsinformation, fordi deres følgere ofte oplever en relation og et fællesskab, der kan øge budskabers rækkevidde (Kostygina et al., 2020). Dermed kan indhold fra influencers blive den første kontakt mellem den unge kvinde og celleskrabsundersøgelsen, og derefter kan kvinden guides videre ind på Kræftens Bekæmpelses hjemmeside for at få mere viden (bilag 15, l. 547-551).

Der kan dog sættes spørgsmålstejn ved, om budskaberne har den tilsigtede rækkevidde. Lea og Nynne fra fokusgruppe 1 nævner begge, at de følger flere af de influencers, de præsenteres for i øvelse 2, men at de ikke har set indholdet før; “men jeg er sådan hvorfor har jeg ikke set den her” og “ja hvorfor har man ikke set det når man følger alle dem det forstår ... jeg ik” (bilag 16, l. 4340-4344). Dette peger på en mulig dissonans mellem den forventede og faktiske rækkevidde for kampagnerne, hvormed vi kan argumentere, at influencers i denne kontekst ikke nødvendigvis skaber den opmærksomhed, som kampagnerne har til hensigt (bilag 15, l. 790-793). Denne distance forstærkes af holdninger om, at influencers udelukkende annoncerer for screening og livmoderhalskræft for økonomisk gevinst; “jeg sys det at de bruger alle sammen sådan hashtag annonce det gør man er sådan lidt (kigger op i loftet) hvor mange af

jer ville have gjort det hvis ikke det var en annonce” og “jeg håber virkelig ikke de har fået penge for det synes jeg ikke er et emne ... der fortjener” (bilag 17, l. 2448-2467). Influenceren konstrueres som en iscenesat aktør, qua “og nu skal jeg se godt ud ... mens jeg sælger dig at du skal til lægen” (bilag 17, l. 3567-3570), hvilket trækker på et autenticitets-repertoire, der placerer modtageren som en skeptisk tilskuer til et iscenesat salg af deltagelse i screening. Denne skepsis over for influencers kan tolkes som en generel holdning blandt den yngre generation (Van Dam & Van Reijmersdal, 2019), som potentielt overses af Kræftens Bekæmpelse, hvilket er problematisk, da kampagnerne primært henvender sig til yngre kvinder (bilag 15, l. 896-901). Brugen af influencers kan dermed få den modsatte effekt end at motivere de yngre kvinder til stillingtagen, såfremt kvinderne ikke oplever afsenderen som troværdig, og sågar hvis indholdet opfattes som forsøg på overtalelse (Van Dam & Van Reijmersdal, 2019). Eva anerkender, trods hun er med til at rette kritik mod influencers, at selvsamme influencers har potentiale til at gøre sundhedskommunikation mere forståeligt; “man får some personligheder til at sådan øh kommunikere det ud sådan ... at man så gør sproget i sundhedskommunikationen mere forståeligt for flere fordi det ... netop ikke er sådan en besked man får i eboks” (bilag 17, l. 1404-1413). I udsagnet ligger også en kritik af den nuværende kommunikation over e-Boks som værende mindre forståelig end den kommunikation, som influencers har potentiale til at skabe, hvilket uddybes i afsnit 6.5.2. Eva repræsenterer dermed en subjektposition, der er splittet mellem et ønske om autenticitet og et behov for forståelighed i kommunikationen.

Det er et centralt tema i fokusgrupperne, at respondenterne foretrækker personlige og erfaringsbaserede fortællinger frem for iscenesatte fortællinger fra influencers. Et af eksemplerne på indhold i kampagnen *Er der noget, du har glemt?* er et opslag fra Kræftens Bekæmpelses Instagram-profil. Opslaget omhandler den på daværende tidspunkt 36-årige Cecilie, der - efter flere gange at have ignoreret invitationen til screening - fik diagnosticeret livmoderhalskræft og som følge deraf fik fjernet sin livmoder. I denne forbindelse udtrykker Kis i fokusgruppe 3, at en personlig historie som Cecilies har mere gennemslagskraft hos hende, end influencers har:

jeg synes det er mere en reel historie kontra nu jeg siger ikke at det ikke er en reel historie med de der influencers men der er mere pondus bag når der faktisk ligger en i en sygeseng og

se hvor galt det kan gå kontra der er en der sidder og drikker kaffe latte nede i odense midtby øh og opfordrer til at få taget det her (bilag 18, l. 3284-3292).

Her konstrueres fortællingen om Cecilie som troværdig, da hun selv har haft livmoderhalskræft. Dermed konstruerer Kis' udsagn en holdning om, at sygdomsramte, der har oplevet livmoderhalskræft helt tæt på, opnår en vis troværdighed. På den anden side mener hun, at influenceren, der - såfremt denne ikke har en personlig erfaring - risikerer at fremstå som utroværdig. Denne holdningskonstruktion gør sig også gældende i fokusgruppe 1, hvor Ella og Lea anser influencer Signe Kragh som en troværdig afsender. I forbindelse med kampagnen *Svesken på disken* har Signe Kragh delt en video på TikTok, hvori hun fortæller om sine oplevelser med celledrab og behandlingen af celledrændringer. Ella og Lea tilskriver Signe Kragh troværdighed, grundet hendes påviste celledrændringer, hvorfor de mener, at hun har en personlig historie at dele ud af; "så tror jeg bare meget mere på at de også vælger at sige ja til det fordi de har en personlig sådan aktie i altså fordi de rent faktisk brænder for det" (bilag 16, l. 4447-4450). Opfattelsen af en influencer som troværdig har ifølge Kræftens Bekæmpelse en betydning, da det kan skabe en tryghed og resonans blandt influencerens følgere:

det betyder noget det der med at følgerne kender influentens univers og så er der en eller anden tryghed i og når hun gør det så resonerer det i hvert fald godt ... så det der meget personlige hvor vi også havde en der selv havde haft celledrændringer (.) det fungerede også godt at hun delte dem (bilag 15, l. 951-961).

Når en influencer opfattes som troværdig, er der potentiale til at påvirke holdninger og adfærd blandt følgerne (Kostygina et al., 2020). Det er derfor i Kræftens Bekæmpelses interesse, at de udvalgte influencers skaber værdifulde budskaber og anbefalinger, som følgerne har lyst til at efterleve. Det er dog ikke alle af de udvalgte influencers, der vækker samme entusiasme blandt respondenterne. Flere af eksemplerne fra de to kampagner anses af respondenterne som opstillede, ikke autentiske og sågar som noget, der ikke har sammenhæng med livmoderhalskræft. Et eksempel, der italesættes som værende ineffektivt på tværs af de tre fokusgrupper, er opslaget fra Anna Briand. Opslaget ses nedenfor i illustration 5.



Illustration 5. Opslag fra Anna Briand.

Fokusgruppe 3 påpeger, at det første billede i karrusellen i Anna Briands opslag blot viser hende, der sidder på en café med sin telefon i hånden; “det kunne være et random billede hun bare lægger op” (bilag 18, l. 2947-2948), hvilket gør, at opslaget opfattes som irrelevant og sågar ignoreres i ens scrolling på Instagram; “man lige vil køre igennem (laver rullende bevægelse med fingeren) uden at læse fordi man tænker det er bare endnu et opslag” (bilag 18, l. 2949-2952). Det manglende blikfang udgør dermed en barriere for at skabe opmærksomhed om emnet - hvilket Anna Briand ellers modtager betaling for. Respondenterne placerer sig som kritiske modtagere og repræsenterer dermed en skeptisk og distanceret position - frem for en medfølelse og deltagende subjektposition - over for den form, der omkranser tekster, som de ellers finder positive; “altså jeg synes sådan set at det hun skriver ... er vildt godt men jeg synes ... de billeder der er til i dont know jeg føler de er så random” (bilag 16, l. 3194-3200), “og det var sådan letforståeligt” og “ja det var ikke sådan alt muligt medical lingo” (bilag 17, l. 1984, 1985-1986).

Ovenstående vidner en holdning om, at indhold fra influencers ikke må blive for poleret eller

æstetiseret på bekostning af emnets seriøsitet. Den visuelle diskurs skal have sammenhæng med selve indholdet, hvorfor det opleves som forstyrrende, når billeder ligner alt andet i ens feed på Instagram, som i eksemplerne med Anna Briand, Sarah Bro og Olivia Salo, hvor flere af billederne består af selfies:

jeg tror også jeg ville være mere tilbøjelig til at læse det der (peger på eksemplet med cecilie) instagram opslag ved at se det første billede der ... end jeg ville (peger på eksemplet med olivia salo) ved at se olivias selfie (bilag 18, l. 3293-3299).

Derudover reflekterer Asta og Olga over den rettede kritik mod de opstillede billeder og bemærker i forbindelse med opslaget fra Anna Munkholm, at billeder fra en celleskrabsundersøgelse ikke kan være autentiske; “man ved bare at hun har sat den der telefon” og “jeg tror også når det er et instagram opslag så ved man jo at det er ikke fordi du naturligt har et billede af dig der får taget et celleskrab” (bilag 17, l. 2399, 2417-2420). De italesætter dermed, at på trods af billedernes umiddelbare nærhed til den konkrete lægepraksis, så er de iscenesatte, da kameraets tilstedeværelse forudsætter en intentionel handling om at dokumentere situationen. Det er dog vigtigt at påpege, at ikke alle respondenter oplever de iscenesatte billeder som negative. Ella positionerer sig anderledes end ovenstående ved at udtrykke, at Anna Briands opslag har potentiale til at afstigmatisere og aftabuisere den intimitet, der ellers kan være forbundet med undersøgelsen:

men jeg tror lige nøjagtigt at der er en pointe i det ... hvis du er lidt sådan ... forskrækket over at din egen krop generelt men er sådan her (laver gysende lyd og fakter) så er det måske lidt nemmere at forholde sig til at der er nogen der sidder der med en fin lille kop kaffe og er sådan her yes fordi at dem der er bange for sin egen krop skal også kunne gå til sit celleskrab (bilag 16, l. 3260-3280).

Et opslag som Anna Briands kan dermed syne inkluderende over for kvinder, der ellers kan føle sig overset eller marginaliseret i indhold, der spiller på frygt og chokværdi. Her tilbyder det iscenesatte en løsning til kvinder, der foretrækker indhold, som nedtoner det kliniske og

potentielt ubehagelige ved undersøgelsen, og i stedet formidler budskabet på en måde, der føles ufarlig og let at relatere til.

6.4.4 Humor som virkemiddel

Kræftens Bekæmpelse fremhæver i interviewet, at de i deres kommunikation bevæger sig mellem to yderpunkter; “meget personlige og lidt mere alvorlige og så humoren som bare gerne må give fuld gas altså også både på memes og på tiktok” (bilag 15, l. 963-966). Fokusgrupperne vidner dertil om, at den humoristiske tilgang medfører både engagement, men også skepsis blandt respondenterne. Når Kræftens Bekæmpelse samarbejder med Instagram-profilen Fantastiske Forældre, kombineres humor med et lægefagligt perspektiv, da kvinden bag profilen har en baggrund som læge, hvilket har vist sig positivt:

det har vist sig at alle tre år vi har kørt med hende at være et rigtig rigtig godt samarbejde med hende netop fordi hun har den lægefaglige baggrund og kan give nogle rigtig gode svar i kommentarsporet og så det her med humor det øhm (.) det fungerer godt (bilag 15, l. 936-942).

Den positive respons til opslaget fra Fantastiske Forældre aktiverer et humoristisk fortolkningsrepertoire blandt flere af respondenterne. Opslaget består af en række memes, der alle tager udgangspunkt i celleskrab. Opslaget ses nedenfor i illustration 6.

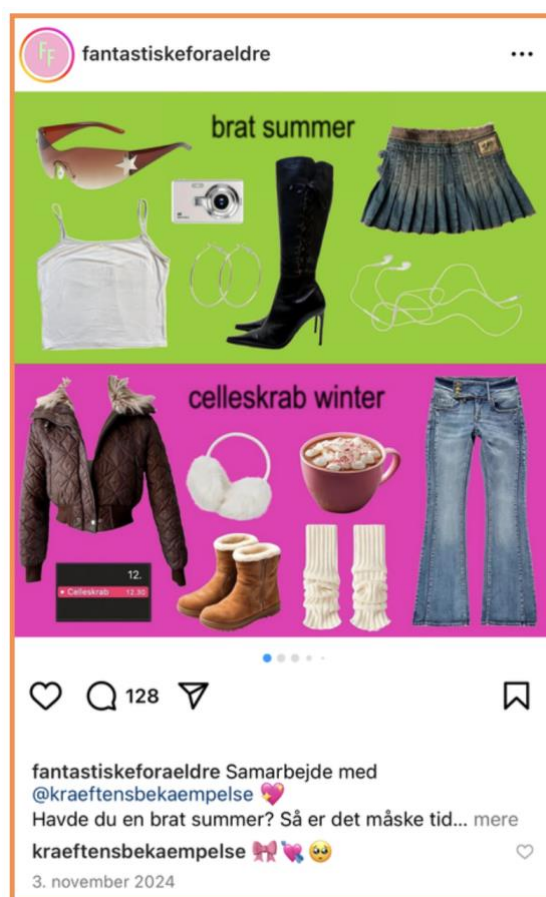


Illustration 6. Opslag fra Fantastiske Forældre.

Blandt andet nævner Ella, at memes gør det muligt, at de kan sidde og grine af sig selv, hvilket kan virke afdramatiserende (bilag 16, l. 4110-4114), og ligeså nævner Bodil, at den humoristiske vinkel kan medvirke til at nedbryde skam og frygt for social dom (bilag 18, l. 3576-3579). Derudover kan humor anvendes til at gøre et tungt emne som livmoderhalskræft mere spiseligt, hvilket Kis udtrykker i fokusgruppe 3 (bilag 18, l. 3596-3611). Både Kis og Ella placerer sig dermed i en subjektposition, hvor humor ikke blot er sjovt, men også en medvirker til social interaktion; “så sidder vi og griner af os selv og er sådan her hi hi hi hov måske vi ik behøver at bebrejde os selv så meget for det og det bliver også bare til en mindre ting” (bilag 16, l. 4118-4123). Dette illustrerer netop, hvordan humoristisk indhold kan skabe kollektiv interaktion, hvor alvorlige emner som livmoderhalskræft kan italesættes uden, at man skal forholde sig til skam. I samme forbindelse er et gennemgående mønster på tværs af fokusgrupperne, at den humoristiske oplevelse skyldes, at memes er relaterbare. Dette udtrykker Ida og Kis; “det er jo det som memes er det er jo derfor det er sjovt det er fordi alle kan sådan relatere til” (bilag 17, l. 2850-2852) og “alt hvad der er relaterbart er sjovt ... noget

man selv kan relatere til eller ha ha sådan er jeg eller man sender den videre til sine venner og bare sådan ha ha det er dig” (bilag 18, l. 3596-3601). Dermed fungerer memes ikke blot som underholdning, men de er også medskabere af en social subjektposition. Delingen af memes skaber mulighed for anerkendelse og spejling i ens omgangskreds, hvilket kan styrke følelsen af fællesskab og tilhørsforhold (Kostygina et al., 2020). Dette påpeger Lea, da hun bemærker, at mange har videresendt og kommenteret opslaget med memes, hvortil Ella svarer; “der er nogen der har været sådan her (peger og kigger på lea) det er dig der skal gå til celle (fniser)” (bilag 16, l. 4176-4178). Ella trækker på humor-repertoiret, hvor alvoren ved celleskrabsundersøgelsen nedtones gennem brugen af humor, hvilket konstruerer en subjektposition som en oplyst og opfordrende veninde uden løftet pegefinger. Denne subjektposition manifesteres ved Maja, der udtrykker, at hun selv vil dele det gældende meme, når hun fylder 23 og kan deltage i undersøgelsen (bilag 16, l. 4185-4190). Samtidigt repræsenterer Maja en holdning til, at en influencer som Fantastiske Forældre legitimerer en bestemt adfærd. Dette kan ske, når en influencer har så stærk indflydelse på sine følgere, at influencerens godkendelse af et produkt gør, at produktet synes attraktivt for følgerne (Kostygina et al., 2020). Fantastiske Forældres lægefaglighed er ligeså en tilskrivning af troværdighed, hvilket Asta og Eva påpeger gennem et autoritets-repertoire (bilag 17, l. 2709-2714), og denne troværdighed overføres yderligere til de produkter og budskaber, som Fantastiske Forældre promoverer, så længe de berører et sundhedsfagligt emne (Kostygina et al., 2020). Dette kan medvirke til, at det for blandt andet Maja fremstår som socialt acceptabelt at interagere med ellers stigmatiserede emner som ens underliv og kræft - især med en humoristisk tone.

Om denne adfærd er socialt acceptabelt, kan dog afhænge af omgangskredsen eller den sociale praksis, da humor ikke anses som entydigt effektivt eller uproblematisk. Dette argumenteres, da både Bodil og Tove, der også finder memes underholdende, påpeger, at opslag med memes ikke nødvendigvis vil fange deres opmærksomhed (bilag 18, l. 3588-3589). Hermed udtrykkes en subjektposition, hvor humoren ikke i sig selv vil medføre handling, men blot passiv underholdning, og dette tydeliggør ligeledes et ideologisk dilemma mellem denne og ovenstående subjektposition, der finder humor engagerende og medvirkende til handling. Ligeledes forholder Olga sig tavs i fokusgruppe 2, mens andre respondenter udtrykker sig positivt om opslaget med memes. Denne tavshed kan tolkes som en modstand mod brugen af humor i sundhedskommunikation, qua at Olga tidligere har ytret, at emnet kræver en vis

seriøsitet (jf. afsnit 6.4.2). Lea anerkender denne seriøsitet, men synes netop derfor, at en humoristisk tilgang til sundhedskommunikation har potentiale, når humoren formår at skabe et dække for det seriøse i en hverdag fyldt med ubehag:

det er sjov og det er let i en hverdag hvor der bliver fyldt med så meget sådan ubehag og had ud fra altså det større verdensbillede og sådan når man bare ligger der der er death scroller ... og jeg ved godt det lyder fucked fordi ens egen krop det er da for dutten der man skal starte men hvis man bare får præsenteret sådan noget (.) humoristisk der er sådan et dække for hvad altså livmoderhalskræft det det synes jeg fandme (bilag 16, l. 4645-4661).

Når Lea beskriver humor som et dække for livmoderhalskræft, peger hun på, at det kan være en mulighed for at italesætte emner, der ellers kan være forbundet med følelser af ubehag og tabuisering. Humoren tilbyder modtagerne at engagere sig i ellers seriøse emner på en socialt acceptabel måde, som ikke forårsager sensorisk overbelastning. Derudover tolker vi, at Lea konstruerer en holdning om, at humoristiske opslag og memes kan være aflastende og mindre krævende at forholde sig til i en digital kontekst præget af “death-scrolling” og ubehag. I denne forbindelse giver det mening at undersøge respondenternes oplevelse af frygt i kampagnerne, hvilket følger nedenfor.

6.4.5 Frygt som virkemiddel

Som belyst i litteraturreviewet anvendes frygtappeller i sundhedskommunikation ofte som et middel til at motivere til adfærdsændringer. Kræftens Bekæmpelse tager dog afstand fra at anvende sådanne appeller, hvilket udtrykkes ved; “vi vil jo ik sige at vi laver skræmmekampagner og det har vi heller ikke tænkt os nogensinde at gøre” (bilag 15, l. 1010-1013). Samtidigt påpeger organisationen en udfordring ved sundhedskommunikation, da det kan være svært at “finde ud af hvordan man bedst også uden løftet pegefingre og uden at skræmme” (bilag 15, l. 605-606) kommunikerer om emner, der bør tages alvorligt. Kræftens Bekæmpelse anerkender dog, at på trods af ønsket om ikke at skræmme, så kan modtageren sagtens opleve indhold som skræmmende:

men når det sagt så kan det jo godt være at nogen der ser en case eller en en video med en kvinde der har livmoderhalskræft og føler sig (.) skræmt af det altså det kan vi jo ikke udelukke at nogen vil føle fordi vi gør brug af det her med de personlige historier og det kan jo godt virke skræmmende eller voldsomt hvis man hører om en kvinde der har livmoderhalskræft (bilag 15, l. 1013-1022).

Kræftens Bekæmpelse påpeger samtidigt, at personlige historier, der blandt andet indeholder sygdomsforløb, kan forekomme voldsomme og skræmmende. Et eksempel på dette ses i reaktionerne til opslaget om Cecilie, der fik fjernet sin livmoder efter at have ignoreret flere invitationer til screening. Opslaget ses nedenfor i illustration 7.



Illustration 7. Opslag fra Kræftens Bekæmpelse.

Asta fra fokusgruppe 2 siger “hashtag skræmme kampagne” (bilag 17, l. 2237) i forlængelse af, at opslaget læses op, og i fokusgruppe 1 udtrykker Nynne; “jeg tænker bare sådan

det der skræmmer mig helt vildt (.) der er jeg sådan (laver store øjne)” (bilag 16, l. 2929-2931). Disse reaktioner trækker på frygt-repertoiret, hvor sygdomsrelateret kommunikation forbindes med skræmmekampagner, hvilket illustrerer, hvordan opslaget kan opfattes mere skræmmende, end det formentlig har været tiltænkt af Kræftens Bekæmpelse. Den subjektive oplevelse af frygt belyses af Tannenbaum et al. (2015) og Vrinten et al. (2017), som hævder, at frygtappeller kan have en polariserende effekt. Denne polarisering gør sig gældende i vores empiri, hvor nogle respondenter anser skræmmekampagner som motiverende og effektive til at skabe engagement og adfærdsændring. Et eksempel herpå er Lea, der udtrykker følgende:

jeg tror sgu der er noget sådan effektivt ved skræmmekampagner ... altså jeg tror på at de kampagner der sådan rører mest i en og der gør sådan at man tager mest sådan handling ... det er de kampagner der giver en flest følelser når man ser på det (bilag 16, l. 3611-3621).

Det er interessant, at på trods af Leas holdning om, at skræmmekampagner kan være effektive, så forsøger hun selv at undgå skræmmende indhold, hvilket tydeliggør et iboende ideologisk dilemma i Lea. Dette kommer til udtryk ved, at hun nævner, at hun fjerner emballagen på nikotinholdige produkter, grundet at hun ikke ønsker at være i nærheden af den slags budskaber (bilag 16, l. 3675-3687). Dette kan relateres til, at Ella i forbindelse med foregående illustration 7 udtrykker, at frygten kan virke overvældende, hvilket kan føre til en form for handlingslammelse. Dette perspektiv udtrykker hun ved at anvende et håbløsheds-repertoire i forbindelse med at udtale, at man kan føle sig ramt af en “følelse af håbløshed” (bilag 16, l. 3633-3634), hvis en kampagne eller et opslags følelsesmæssige tyngde rammer ind i en allerede sensorisk overbelastet periode i ens liv.

Eva fra fokusgruppe 2 positionerer sig dog anderledes, hvilket manifesterer et ideologisk dilemma mellem Eva og Ella. Hun udtrykker både, at opslaget omhandlende Cecilie er en skræmmekampagne, men ligeså, at opslaget er “informerende om proces og sådan risici og sådan noget ... og så kunne jeg godt lide at den også erkendte sådan (.) håndterer det på den måde du har brug for at håndtere det på” (bilag 17, l. 2248-2253). Eva repræsenterer dermed en subjektposition, hvor den ene holdning ikke udelukker den anden, da frygtappeller og handlingsanvisninger sagtens kan gå hånd i hånd. Denne holdning afviger fra de andre respondenter i fokusgruppe 2, der som nævnt

udtrykker en sundhedsangst og en generel modvilje mod at blive konfronteret med sygdomsrisici. Kræftens Bekæmpelse italesætter også dette dilemma og peger på en kompleksitet; “fortælle uden at skræmme men stadig vise virkeligheden for deet er en virkelighed for nogle kvinder” (bilag 15, l. 1033-1036). Det er altså en hårfin balance, når frygt opleves subjektivt, og når der heller ikke er en entydig formel på, hvad der forårsager oplevelsen af noget som skræmmende blandt modtagerne af kommunikationen. Dette argumenteres på baggrund af, at respondenterne aktiverer frygt-repertoiret på forskellig vis og inkonsistent. Nogle opslag opfattes som skræmmende af visse respondenter, mens de samme opslag for andre respondenter kan opleves som informerende og afstigmatiserende. Dette tyder på, at frygt-repertoiret er kontekstafhængigt, foranderligt og i høj grad præget af individets forudgående erfaring og iboende følelser, hvilket yderligere besværliggør sundhedskommunikation på digitale mediers gennemslagskraft.

Denne skiftende identitetskonstruktion er interessant, da Bodil synes, at celledørsbørsten ser skræmmende ud, da hun præsenteres for en pjece fra Kræftens Bekæmpelse; “jeg tror også den der (peger på eksemplet med pjecen) ville skræmme mig lidt jeg synes den ser voldsomt stor ud på det billede” (bilag 18, l. 3663-3666). På trods af sin erfaring med undersøgelsen og dermed også det udstyr, der anvendes, finder Bodil alligevel billedet af børsten skræmmende. Omvendt oplever Eva og Asta pjecen med en illustration af børsten som afmystificerende og barrierenedbrydende; “oh my god det er en lille bitte børste ... lige i åbningen (laver cirkel med sin finger i luften) ... så på den den der afmonterer det mega meget for mig” og “det er vitterligt en plastikbørste der skal op og kilde dig lidt” (bilag 17, l. 2963-2970, 4251-4252). For Eva og Asta har det en positiv effekt at se børsten, hvilket begrænser forestillinger og gør undersøgelsen nemmere at forholde sig til. Eva opsummerer dette ved at sige; “sådan en lille illustration det er det det tager sådan kræftaspektet ud og det siger bare her laver vi et celledør ... det bør jeg få gjort” (bilag 17, l. 4246-4250), hvormed vi tolker, at denne type af indhold foretrækkes blandt respondenterne fra fokusgruppe 2, der udtrykker et ønske om, at kommunikation i mindre grad fokuserer på kræftaspektet (bilag 17, l. 3638-3648).

Flere af respondenterne peger selv på forslag til, hvordan kommunikation kan være informerende, uden at det opleves som skræmmende. Dette knytter sig til videns-repertoiret, hvor ønsket er at blive klogere på emnet uden at blive tyngt af følelsesmæssigt ubehag og frygt for både undersøgelsen og en eventuel diagnose. Blandt andet efterspørger Kis fra

fokusgruppe 3 et større fokus på sammenhængen mellem HPV og celleforandringer, samt at HPV overføres seksuelt:

mere end det bliver sådan en vidste du godt (laver løftet pegefinger) at du kan altså få livmoderhalskræft ved at have sex med din kæreste ... det der bliver der slet bare ikke nævnt i nogen af de her kampagner ikke at det skal skræmme og man sidder så og siger nu skal du ikke have sex igen men mere sådan ... oplysning omkring det altså manglende viden (bilag 18, l. 3924-3941).

Kis ønsker en ærlig formidling om, hvordan celleforandringer egentlig opstår, men på en måde, der ikke udløser følelser af skyld eller skam. Derudover hævder Nynne i fokusgruppe 1, at Instagram er en god platform til opslag om alvorlige emner som livmoderhalskræft, da sådanne budskaber kan blende ind i andet indhold, hvilket kan nedtone alvoren; “derfor tænker jeg måske også det er fint nok på instagram der er ... sikkert også mange andre sådan fine ting ... at det ikke er sådan noget man bliver bombarderet med” (bilag 16, l. 3666-3672). Vi tolker hermed, at Nynne ikke har noget imod, at sundhedsbudskaber indgår i ens vanlige medieforbrug, så længe det ikke overdynger andet indhold. Ifølge Ella er der dog risiko for, at indholdet kan medføre en sensorisk overbelastning, hvis “man lige har været inde i en dårlig algoritme af bare dårlige nyheder” (bilag 16, l. 3643-3646). Det tyder dermed på, at oplysning og psykologisk hensyntagen bør understøtte hinanden gennem individualiseret og vidensbaseret kommunikation, der hverken opfattes dømmende eller forstyrrende for den enkelte.

6.4.6 Kønnen diskurs

Det sidste, vi vil berøre i vores analyse af medieindflydelse og kampagner, er den kønnede diskurs, som viser sig at være gældende i henhold til livmoderhalskræft og screening herfor. Kønsroller kan være relevante at have med i overvejelserne ved tilrettelæggelse af sundhedsbudskaber vedrørende screening, da de kan bidrage til at forstærke stigmatiseringen ved livmoderhalskræft (Peterson et al., 2021; Westbrook & Fourie, 2015). Dette grundet, at både mænd og kvinder kan smitte samt blive smittet med HPV. Dog medfører det fraværende fokus på mænd i sundhedskommunikationen et forvrænget billede af, at det kun er kvinden, der står til ansvar for at beskytte sig mod HPV (Westbrook & Fourie, 2015).

Som vi analyserede i afsnit 6.2.2, er mandlige familiemedlemmer ikke en væsentlig eller synlig faktor i forbindelse med diskursen vedrørende screening for livmoderhalskræft. Hertil er det interessant, at flere respondenter forholder sig kritiske overfor det mandlige køns rolle og involvering i medielandskabet. Når mænds rolle er et samtaleemne hos respondenterne, trækkes der ofte på førnævnte ansvars-repertoire, hvilket tydeliggøres i følgende udsagn; “men der er faktisk en ting jeg har tænkt over med alle de her ting ... der er ikke nogen der nedbryder med kønsroller (.) at det er ... alt sammen sådan kvinde ... har du fået fixet” (bilag 16, l. 3698-3706), “der er jo ikke nogen fucking mænd der snakker om det” og “når man kigger på livmoderhalskræft så bliver mænd fuldstændig fjernet” (bilag 17, l. 1339-1340, 1352-1353). I den kønnede diskurs forekommer altså en subjektposition, der er uforstående og måske endda forarget over, at mænd ikke omtales i kampagner omhandlende screening for livmoderhalskræft. Dette grundet, at kvinder positioneres som de sundhedsansvarlige, hvortil mænd ikke indgår i ligningen - til trods for, at mænd naturligt indgår i og med, at HPV er seksuelt overført. Respondenternes holdningskonstruktion udspringer netop af, at mænd har en væsentlig betydning for, at kvinder overhovedet kan udvikle livmoderhalskræft; “altså med det her med at det er mændene der er bærere af virussen som smitter kvinderne og mændene godt kan blive vaccineret” (bilag 18, l. 4018-4021) og “nu kan man også se på os vi vidste ikke det der med at livmoderhalskræft og hpv hører sådan sammen” (bilag 17, l. 1347-1349). Sidstnævnte tydeliggør desuden, at den manglende viden om HPV som værende seksuelt overført bidrager til, at mænds rolle forbliver usagt - og formentlig derfor ikke problematiseres i sundhedskommunikation i medierne. Her tydeliggøres, hvordan kønsroller medvirker til stigmatisering af livmoderhalskræft (Peterson et al., 2021; Westbrook & Fourie, 2015). Med dette menes, at kampagnerne har fokus på kvinden som ansvarlig for at beskytte sig mod HPV, hvilket kan medføre en forvrænget forestilling om, at mænd ikke har et ansvar (Westbrook & Fourie, 2015). Denne erkendelse af mænds usynlighed i sundhedsbudskaber vedrørende screening for livmoderhalskræft medfører, at der opstår modstridende subjektpositioner hos respondenterne. Maja giver blandt andet udtryk for, at indhold fra mandlige influencers kan være positivt:

jeg synes det kunne være vildt fedt at se en eller anden dreng der postede noget ... det kunne bare være så fedt gjort at være sådan hey sig det til din kæreste sig det til din mor sig det

til din søster (bilag 16, l. 4509-4517).

Majas udsagn manifesterer altså en subjektposition, der kan se fordele i, at afsendere af sundhedsbudskabet lige såvel kan være mænd. Med dette menes ikke, at ansvaret skal fralægges kvinder, men ved brug af mandlige influencers anerkendes mænds rolle som medansvarlige aktører i den sundhedsmæssige kontekst. Vi tolker, at dette ønske finder sted, da Maja tror og håber på, at det kan bidrage til at aftabuisere emnet og udvide samtalen, alt imens mænd aktiveres som støttende og informerede allierede til kvinderne. Kræftens Bekæmpelse tydeliggør dog, at de bevidst ikke har fokus på mænd i kampagnerne; “jeg tænker ikke det giver mening at have fokus på mænd og drenge i forhold til livmoderhalskræft øhm fordi deres ansvar hvis man skal tale på den måde i gåseøjne det ligger jo omkring vaccinationen” (bilag 15, l. 1242-1247). Den anden subjektposition - som er en kontraposition til førnævnte - deler hertil samme holdning som Kræftens Bekæmpelse om, at mandlige influencers og mænd generelt ikke bør dele indhold vedrørende kvinders deltagelse eller mangel herpå. Subjektpositionen manifesteres blandt andet ved Kis fra fokusgruppe 3:

selve det der med celledet det er da klart (.) at der ... det jo kvindes ansvar ... for det er jo din krop en mand har ikke en vagina så han kan ikke få lavet et celledet altså lige med den (peger på barrieren kønsroller - kun kvindens ansvar) hvis det er det det handler om (bilag 18, l. 3997-4005).

Her trækker Kis på kropslig-repertoiret, hvor celledet ikke forbindes med mænd, da det kun er kvinder, der kan deltage i screening for livmoderhalskræft. Fortolkningsrepertoiret benyttes til at legitimere en forestilling om, at ansvar bør følge den biologiske kvindekrop, hvorfor budskaber om celledet derfor primært bør målrettes kvinder. Det kropslige fortolkningsrepertoire benyttes her som et diskursivt redskab til at konstruere en holdning om, at kvindens fysiske mulighed for at få foretaget et celledet er synonymt med kvindens sundhedsansvar. Dette udelukker imidlertid ikke, at Kis mener, at mænd bør være til stede i kommunikationen. Hun nuancerer nemlig sin holdning ved at differentiere mellem celledet og HPV-vaccination, hvortil hun fremhæver, at mænd bør inkorporeres i budskaber omhandlerende vaccinationen; “hvis den skal være det her med ... at få mænd til at vaccinere sig klart ... men hvis det er forhold til celledet så ...

kan man jo ikke få manden til ... at mind din kone om" (bilag 18, l. 4022-4031). Dermed repræsenterer hun en udbredt holdning blandt respondenterne om, at sundhedskommunikation i højere grad bør differentieres, så kønnene målrettes ud fra, hvad de reelt har en indflydelse på i forebyggelsesindsatsen. Med dette perspektiv legitimeres mænds inddragelse i kommunikation om HPV-vaccination, netop fordi mænd her opfattes som medansvarlige for smittespredningen - og desuden selv kan udvikle andre kræftformer ved HPV-smitte. Desuden påpeger Kis, at man ikke kan bede mænd om at minde kvinder - selv nære relationer som ens kone - om at blive screenet. Denne positionering er yderligere interessant, da flere respondenter giver udtryk for, at de vil blive provokerede, hvis eksempelvis en mandlig influencer formidler dette budskab (bilag 16, 4566-4568; bilag 18, 4049-4052). Ella fra fokusgruppe 1 nævner eksplicit, at "så skulle det virkelig gøres på en meget bestemt måde for at jeg ikke ville blive fucking irriteret ... over at ... en eller anden mand ... skulle fortælle mig at jeg skulle ind og tage et celleskrab" (bilag 16, l. 4531-4537). Udsagnet vidner om et grænseoverskridelses-repertoire, hvor kroppen og intimsfæren fremstår som noget, kun kvinder selv må tage ejerskab over og kommunikere om. Denne subjektposition, som bærer præg af provokation og skepsis, peger på, at budskaber om celleskrab forstås som private og kønnede sager, hvormed mænds indblanding er uønsket og kan anses som et brud på kvindens autonomi. Det kan dog også være af betydning, at de fleste respondenter ikke forinden interviewet vidste, at HPV er seksuelt overført, hvilket tydeliggøres i følgende; "vi som kvinde var sådan hvad snakker du om men jeg tror også at det ... er min holdning i forhold til at jeg først nu har fået at vide at det er dem der bærer det" (bilag 18, l. 4097-4101). Der opstår dermed et ideologisk dilemma mellem den subjektposition, som Maja repræsenterer om, at der er et potentiale i at engagere og inddrage mænd - eksempelvis mandlige influencers - og den subjektposition, som Kis og Ella repræsenterer, hvor mænds indblanding i sundhedsbudskaber vedrørende screening anses som upassende og grænseoverskridende. Det vidner om en kompleks kønnet diskurs, hvor ønsket om fælles ansvar og ligestilling ikke harmonerer med ønsket om autonomi og kropslig integritet.

Den kønnede diskurs handler ikke blot om de biologiske køn og hvilken rolle, de spiller i forhold til udviklingen af livmoderhalskræft og til repræsentation i sundhedskommunikationen. Kønsidentiteter gør sig nemlig også gældende som samtaleemne især i fokusgruppe 2, hvor alle respondenterne er enige i, at forskellige kønsidentiteter bør repræsenteres i

sundhedskommunikationen:

jeg tror at (.) at det er en gruppe som måske også har brug for at der blev ... rakt ud til ... måske ja trans eller ... intetkøn eller ja ... på den måde altså at man ligesom det er stadigvæk at du får det gjort fordi ... det handler om din livsmoder (holder sine hænder på maven) ik at du er kvinde (bilag 17, l. 3997-4016).

Det kropslige fortolkningsrepertoire bruges i denne henseende til at adskille kroppen fra ens kønsidentitet og understrege, at det kliniske ved screening ikke nødvendigvis er sammenhængende med en binær kønsforståelse. Dette understøttes ligeledes i fokusgruppe 1, hvor Lea pointerer "sådan vi er i tyvefemogtyve" (bilag 16, l. 4563), hvilket vi tolker som, at samtiden er belæg for, hvorfor kønsforståelse og -identificering bør være gældende i sundhedsbudskaber. Der fremstår således en subjektposition, der anerkender, at køn ikke blot handler om de to biologiske køn, men også om at kunne befinde sig uden for disse kategorier - såsom transkønnet og non-binær. Denne position bringes især i spil i en meningsudveksling i fokusgruppe 2, hvor der rettes en kritik mod den normative kønsdiskurs, som ifølge respondenterne præger Kræftens Bekæmpelses kampagner. Ida ytrer, at "hvis man føler sig som mand så sådan tanken om at skulle til en gynækologisk undersøgelse er ... ulidelig", hvortil Olga svarer, "og når det så bliver (.) presset ud i ... mediet som sådan en ... vær en girlboss ... medsøstre", og Asta afrunder med "svesken på disken" (bilag 17, l. 4101-4117). Vi tolker, at respondenterne mener, at Kræftens Bekæmpelses kampagner forstærker en barriere omhandlende køn. Den feministiske formidling skaber altså forargelse blandt respondenterne og synes at ekskludere en væsentlig del af målgruppen - og motiverer dermed ikke til deltagelse. Formidlingen forekommer normativ i forhold til brugen af eksempelvis "medsøstre", hvilket er marginaliserende mod dem, som ikke identificerer sig med det biologiske kvinde-køn, men stadig har en livsmoder. Selv den ene kampagnes navn, *Svesken på disken*, fremhæves som problematisk i netop denne sammenhæng. Til trods for, at kampagnens navn har en humoristisk tone - og humor ofte opleves positivt som nævnt i afsnit 6.4.4 - tolker vi, at den humoristiske vinkel i dette tilfælde opleves negativ. Navnet kan opfattes som et udtryk for en normativ og binær forståelse af køn, hvor den "girlboss"-agtige kvinde er i fokus. Navnet alene kan derfor virke ekskluderende for den del af målgruppen, som ikke identificerer sig med denne type kvinde. Denne humoristiske vinkel kan dermed risikere at skjule eller

ignorere kompleksiteten i de emotionelle samt identitetsmæssige barrierer. Derfor kan screening for livmoderhalskræft for denne gruppe forbindes med skam og stigmatisering, når deres oplevelse af kroppen og kønsidentitet ikke anerkendes i sundhedskommunikationen. Når kønsidentiteter uden for den binære forståelse ekskluderes, opstår der en tavshed omkring disse menneskers følelser, behov og oplevelser. Dimitrov et al. (2022) argumenterer netop for, at denne form for tabuisering af sundhedsmæssige forhold bidrager til indirekte opretholdelse af uligheder i magtforhold i samfundet. Den manglende inklusion bidrager altså til at skabe et miljø, hvor en allerede udsat gruppe marginaliseres yderligere. Respondenterne peger derfor på et behov for mere nuanceret sundhedskommunikation, hvor der i højere grad tages højde for kompleksiteten ved kønsidentiteter - altså differentiering mellem biologisk køn og oplevet køn.

6.5 Institutionel tillid

Som litteraturreviewet har vist, udgør relationen mellem sundhedsudbyder og borger en central rolle i tilliden til sundhedstilbud såsom screeningsprogrammet (Dimitrov et al., 2022). Denne relation er ikke kun formet af den direkte kontakt med sundhedspersonale, men ligeså af de institutionelle rammer og kommunikative praksisser, der udgør borgerens møde med sundhedsvæsenet. Derfor vil vi i følgende afsnit undersøge, hvordan relationen italesættes og forhandles af fokusgrupperne, samt hvordan tillid eller mangel herpå konstrueres i mødet med institutioner inden for sundhedssystemet.

6.5.1 Lægen som gatekeeper

I både fokusgruppe 1 og 2 konstrueres lægen som en central aktør i respondenternes stillingtagen. Dette er interessant, da begge disse fokusgrupper består af respondenter, der ikke har deltaget i undersøgelsen ved lægen, hvorfor konstruktionen må forventes at være udgjort af forestillinger. Gentagne gange positionerer respondenterne lægen som en barriere, man skal igennem. I fokusgruppe 2 betegner Asta celleskrabet som en "ubehagelig oplevelse ved lægen" (bilag 17, l. 73-74) og forklarer sit valg om at deltage ved brug af hjemmetesten ved, at hun har angst for at tage til lægen (bilag 17, l. 258-259). Denne subjektposition konstruerer lægen som en barriere, man skal passere, frem for en sundhedsprofessionel hjælper, hvilket placerer individet som passivt og handlingslammet. Ida trækker ligeledes på et modstands-repertoire mod lægen som autoritet, da hun beskriver sin læge som en "fucking kælling" (bilag 17, l. 2785). Idas udsagn rummer en frustration, der vidner om en subjektposition, hvor lægen konstrueres som fjendtlig eller arrogant. Samtidig viser samtalen i fokusgruppe 2, hvordan respondenterne trækker på grænseoverskridelses-repertoiret som nævnt i afsnit 6.3.

Dette forstærkes af det tidligere nævnte ideologiske dilemma mellem frygten for smerten og ønsket om at tage ansvar for ens egen sundhed (jf. afsnit 6.1.4). Omvendt positionerer Ella sig efter en ideologi, hvor ens sundhed bør være vigtigst, idet hun udtaler; “jamen det er mega ligegyldigt hvordan dit forhold (peger på barrieren lægens køn eller forholdet til læge) til din læge er hvis du ender med at få [livmoderhalskræft]” (bilag 16, l. 3545-3549). Denne ideologi anerkendes delvist af Eva, der ikke før har deltaget i undersøgelsen, som udtaler; “i realiteten så ved jeg godt det er jo bare en læge (laver anførselstegn) og som ved præcis hvad de skal gøre” (bilag 17, l. 377-380). Eva giver udtryk for, at modstanden mod at deltage i undersøgelsen ikke direkte er rettet mod lægen, men mod den betydning, der tillægges en underlivsundersøgelse. Dette argumenteres på baggrund af, at hun har været ved lægen med andre gener, siden hun modtog invitationen, men at celledet “føles som noget mere seriøst” (bilag 17, l. 1862).

Der forekommer altså et ideologisk dilemma mellem både Asta, Ida og Eva, men også i Eva selv, da hun vakler mellem to positioner i sin stillingtagen. På den ene side konstrueres lægen som professionel og erfaren, og på den anden side konstrueres lægen som kilde til ubehag og potentielt skam qua udtalelsen “man gider ikke shames når man er til lægen” (bilag 17, l. 1778-1779). Som nævnt italesættes det på tværs af de tre fokusgrupper som akavet og til tider skamfuldt at skulle sprede sine ben foran lægen uanset vedkommendes køn. Dog fremhæves det af blandt andet Kis, at manglende mulighed for at vælge en kvindelig læge kan være en barriere for deltagelse (bilag 18, l. 3899-3900). Lægens køn bliver således en del af grænseoverskridelses-repertoiret om utryghed ved undersøgelsen, hvilket bidrager til konstruktionen af lægen som en barriere frem for en facilitator af celledetundersøgelsen. Dette understøtter Kvernød og Hansens (2015) fund om, at forholdet til lægen er en udbredt barriere blandt danske kvinder. Omvendt opstår der en subjektposition i vores empiri, hvor lægens autoritet og faglighed vægtes højt; “det egentlig ikke er et problem at det er en mandelig læge” (bilag 18, l. 3893-3894) og “jeg elsker lidt når læger er sådan jeg gør det her tusind gange ... kunne vitterligt være hvilken som helst dag på job” (bilag 17, l. 3780-3790). Respondenternes udsagn vidner om en subjektposition, hvor lægens faglighed og erfaring vægtes højere end lægens køn, hvormed denne konstruktion trækker på et autoritets-repertoire. Derudover har det, at lægen understreger sin erfaring med undersøgelsen, qua “jeg gør det her tusind gange”, potentiale til at afstigmatisere den fremtrædende forestilling om at være centrum for en potentiel intim oplevelse - som nævnt i afsnit 6.3.2. Flere respondenter efterspørger videoer fra lægen, der

forklarer og præsenterer fremgangsmåden ved undersøgelsen, eksempelvis “giv mig en video”, der efterfølges af “ja lad mig høre en læge sige jeg er fucking ligeglad” (bilag 17, l. 3896-3898) samt “sådan at lave en video (fniser) af en kvinde der kommer ind og tager den der screening” (bilag 16, l. 4956-4958). Her italesættes autoritets-repertoire, hvor lægens faglighed positioneres som betydningsfuld for at nedbryde frygt og forestillinger om smerte og skam. Respondenterne udtrykker derudover ikke kun et behov for at få forklaret fremgangsmåde og andre praktiske informationer, men et behov for, at lægens faglighed formidles på en måde, der kan legitimere og støtte dem i deres egen stillingtagen. Lægen udgør altså ikke blot en rolle i forbindelse med udførelsen af cellediagnostik, men konstrueres også - gennem italesættelsen af et støtte-repertoire - som en giver af information, der kan enten hæmme eller fremme stillingtagen. Dette repertoire kan være betydningsfuldt i forhold til, at vi tidligere har analyseret, at manglende deltagelse i undersøgelsen i høj grad skyldes ord som “skrab”, der medvirker til at opretholde forestillinger om undersøgelsen som værende forbundet med ubehag og smerte samt følelsesmæssige barrierer som blufærdighed og akavethed (jf. afsnit 6.1.4 og 6.3.2). Dermed kan lægens tavshed anskues som en barriere, hvormed den professionelle autoritet ikke udnyttes til at afmystificere forestillinger, hvilket ellers kunne have været hensigtsmæssigt. Denne passivitet overlader kvinderne til egne forestillinger, der kan være præget af frygt og fordomme. Dette udtrykkes blandt andet ved følgende udsagn fra Ida:

det der med at man skal kontakte sin læge ... altså jeg ved i hvert fald at den læge jeg har nu de er sådan meget sådan oh my god alle de kommer med alle små ting (.) og der er sygt lang ventetid og alt sådan noget så det er sådan man kommer ikke med mindre at man virkelig virkelig trænger (bilag 17, l. 3397-3403).

I ovenstående udsagn italesættes lægen som en overbebyrdet og afvisende instans, hvormed Ida indtager en subjektposition, hvori det forventes, at man skal opleve symptomer, før en eventuel tidsbestilling er legitim. En sådan forestilling undergraver hele tilbuddet om cellediagnostikundersøgelsen og viser, hvordan fraværet af information fra sundhedsmyndigheder kan opretholde uhensigtsmæssige praksisser. Dette understreger et ideologisk dilemma mellem at tage ansvar for sin sundhed, samtidigt med at der opleves en modstand udefra, men også en internaliseret og følelsesmæssig modstand mod undersøgelsen og mødet med lægen. Dilemmaet skaber et rum for skiftende subjektpositioner, hvor blandt andet Asta konstruerer

sin identitet forskelligt i løbet af fokusgruppeinterviewet. Begrundelsen for, hvorfor hun har valgt at foretage en hjemmetest, er, at hun; “fik en reminder hvor der stod du kan også bestille til hjemme så var jeg sådan ej det er et sygt godt kompromis for mig som ikke kan lide at være ved lægen” (bilag 17, l. 261-265). Hun udtaler dog slutteligt i samtalen, at hun næste gang hellere vil til lægen, da det ikke var rart, og derudover var hun usikker på, om hun havde udført testen korrekt (bilag 17, l. 4327-4338). Astas oplevelse med hjemmetesten får den ellers frygtede læge, der tidligere af blandt andet hende selv var forbundet med grænseoverskridelse, til at fremstå som et mindre dårligt alternativ, da vi tolker, at hun stoler mere på lægens faglighed i forhold til at udføre celledetektet end på sine egne evner.

6.5.2 Tillid til myndighederne

Blandt respondenterne i fokusgruppe 3 fremstår myndighederne som en legitim og troværdig instans, og der udtrykkes en næsten blind tillid til både sundhedspersonale og -myndigheder. Dette eksemplificeres i følgende; “jeg tror også altså sådan som (.) samfundet i danmark er bygget op så når vi får tilbudt noget lægeligt og noget fra myndighederne ... at så er det (.) noget man gør” og “men det er jo bare fordi man har autoritetstro noget kommer i eboks til mig ja jeg er læge det bliver anbefalet ja lad os gøre det” (bilag 18, l. 138-143, 4208-4211). Denne tillid er som nævnt i afsnit 6.2.2 formet af respondenternes opvækst og forældrenes forhold til sundhed. Forældrene bliver dermed - gennem autoritets-repertoiret - tildelt en rolle som autoritative i relation til sundhedsmæssige beslutninger, hvilket skaber en forventning hos de unge om, at det rigtige og ansvarlige valg er at følge anbefalinger fra sundhedsmyndighederne. Her fremstår deltagelse i screening som en ideologisk selvfølgelighed, der afspejler en bredere norm om at følge anbefalinger, fordi “det er bare godt for os alle sammen agtigt” (bilag 18, l. 123-124). Denne opfattelse af deltagelse som en selvfølge peger samtidigt på en subjektposition, hvor ansvaret for stillingtagen placeres hos myndighederne. Det udtrykker en forståelse af, at myndighederne tager stilling for en, da myndighederne har viden om, hvad der er bedst, og det er derfor både naturligt og bedst at følge myndighedernes anbefalinger uden nødvendigvis selv at skulle opsøge eller forstå baggrunden for, hvorfor man deltager i screeningen. Den ideologiske selvfølgelighed anerkendes af Ella, der ganske vist ikke har fået muligheden for at deltage i undersøgelsen endnu grundet sin alder, men forklarer sin sundhedsadfærd ved følgende; “hvis sådan tingene er blevet taget alvorligt derhjemme og det så er blevet taget

videre til lægen så tror jeg også man har det mere sådan her jamen (.) selvfølgelig skal det da tjekkes agtigt” (bilag 16, l. 861-865). Hun konstruerer altså det at opsøge lægen og tage sin sundhed alvorligt som naturligt og forventeligt, når man er vokset op i en familie, hvor sundhed tages seriøst.

I kontrast til ovenstående konstrueres også en mere kritisk subjektposition, hvor tilliden til sundhedsmyndighederne ikke forekommer nær så selvfølgelig. Dette ses blandt andet af Ella, der trods sine tidligere udtalelser, udtrykker en vis skepsis over for, at staten henvender sig til unge kvinder; “men det ville også føles ret voldsomt hvis sådan (.) staten skulle ... lave reklamer til ... tolvårige piger ja” (bilag 16, l. 2377-2382). Hun aktiverer altså grænseoverskridelses-repertoiret, hvor staten, herunder formentlig myndighederne, fremstår som grænseoverskridende. Dette fortolkningsrepertoire skaber en afstand til sundhedsmyndighederne og illustrerer en forbeholden tilgang, der ligeså understøttes af fokusgruppe 2. Som nævnt omtaler Ida sin læge som en “fucking kælling” (bilag 17, l. 2785), hvilket peger på negative erfaringer, der vidner om en subjektposition, hvor kontakt med sundhedsvæsenet er uønsket. Ligeledes fortæller Asta, at hun og familien bevidst ignorerer indhold fra Kræftens Bekæmpelse, da en i hendes familie tidligere er død af kræft (bilag 17, l. 1201-1208). Dette vidner om en subjektposition, hvor der insisteres på autonomi i forhold til ens deltagelse i sundhedstilbud. Respondenterne, der placerer sig her, forholder sig dermed mere kritisk over for sundhedstilbud og -budskaber, hvilket vidner om, at sundhedsbudskaber ikke nødvendigvis er det, der er vigtigst for deres stillingtagen i forhold til deltagelsen i screening.

Nynne befinder sig i et ideologisk dilemma mellem de to subjektpositioner, der anser sundhedstjek som en selvfølgelighed og som noget, der bevidst undgås. Dette argumenteres på baggrund af følgende:

men det er vel også lidt det der med at man får en invitation altså sådan jeg tænker også at det bliver nok lidt noget som man skal på en eller anden måde jeg tror ikke jeg vil turde når jeg får en besked fra min læge sådan kom til det her så tror jeg ikke jeg vil turde at sige nej (bilag 16, l. 561-568).

Nynne tror altså, at hun vil følge lægen og myndighedernes anbefalinger om at deltage i screening, men ikke nødvendigvis af lyst. Hun italesætter nemlig, at hun ikke vil turde andet

end at følge autoriteters anbefalinger, hvormed hun trækker på autoritets-repertoiret til at udtrykke sin frygt for at afvige fra institutionelle normer. Alligevel kan hendes udsagn tolkes at være sammenhængende med en underliggende tillid. Det er nemlig ikke udelukkende en frygt for autoriteter, men også en ideologi om, at det, der kommer i e-Boks, er vigtig information. Denne ideologi er gennemgående i fokusgruppe 3, hvor Kis udviser en blind tillid til sundhedsmyndighederne; “men det er jo bare fordi man har autoritetstro noget kommer i eboks til mig ja jeg er læge det bliver anbefalet ja lad os gøre det” (bilag 18, l. 4208-4211), hvortil Tove bekender sig enig. Her bliver autoritetstro en del af den subjektposition, der legitimerer en ukritisk efterlevelse af anbefalinger fra sundhedsmyndigheder. Tilliden er i denne forbindelse ikke nødvendigvis reflekteret. Kis udtrykker nemlig en vis forventning til, at vigtige informationer fremgår som noget af det første i beskeder over e-Boks; “man er jo vant til når man modtager noget i eboks så er det ... måske det øverste der er det vigtige og så ... står der altid noget bla bla bla bla bla til sidst ik” (bilag 18, l. 656-663). Hun illustrerer, hvordan hendes erfaringer med information fra myndighederne medvirker til, at hun ikke har læst hele invitationen (bilag 18, l. 245-249). Denne blinde tillid er dog interessant, da hun senere efterspørger, at formålet med undersøgelsen udtrykkes mere eksplicit:

jeg tror det havde givet endnu mere mening for mig i forhold til at det er jo fordi sådan og sådan og sådan altså du kan få det på grund af det og det og det og der kan jeg også sige der er jeg jo lige i den målgruppe jamen så skal jeg da have det celleskrab selvfølgelig skal jeg det ... jeg tror ikke viden egentlig havde ændret på noget for mig andet end at jeg kan godt blive sådan lidt hvorfor fanden er der ikke nogen der ved mere om det fordi det tror jeg kunne hjælpe nogle andre (bilag 18, l. 3957-3964, 4181-4186).

Det kan argumenteres, at Kis befinder sig i et ideologisk dilemma, hvor hun både trækker på et autoritets-repertoire, hvortil myndigheder og information gennem e-Boks tilskrives høj troværdighed, hvorfor hendes deltagelse i screening ikke kræver yderligere refleksion, samt et videns-repertoire, hvor hun efterspørger mere information og gennemsigtighed. I dette tydeliggøres et spændingsfelt mellem Kis' tillid til myndighederne og et samtidigt behov for

mere viden. Viden, som ikke nødvendigvis vil ændre hendes stillingtagen, men viden, der kan bidrage til hendes egen følelse af stillingtagen på et informeret grundlag. Tove italesætter ligeledes e-Boks-invitationen og bemærker, at hun ikke synes, at invitationen portrætterer celleskrabsundersøgelsen som frivillig at deltage i, hvilket anerkendes af Kis, der tilføjer “nej de skriver bare sådan nu er det tid til” (bilag 18, l. 615-628). De oplever dermed ikke, at invitationen giver mulighed for reel valgfrihed, hvilket står i kontrast til Dimitrov et al.’s (2022) pointe om gennemsigtig kommunikation som essentiel for opbygning af tillid mellem befolkning, organisationer og myndigheder. Vi tolker dermed, at Tove oplever en stærk appel om deltagelse, hvilket Kolthoff et al. (2016) har påpeget, at flere invitationer, heriblandt den danske, indeholder. Tove reflekterer således over den manglende tydelighed i invitationen, men hun har alligevel valgt at følge opfordringen til deltagelse uden at tillægge sin deltagelse større betydning (bilag 18, l. 123-130). Hermed udviser hun netop den blinde tillid til sundhedsmyndighederne, som i flere udsagn fremstår som en dominerende ideologi blandt fokusgruppen.

6.6 Opsamling af analytiske resultater

På baggrund af de foregående afsnit vil vi opsamle vores analytiske resultater. På tværs af de tematiske afsnit har vi identificeret en række fremtrædende fortolkningsrepertoarer, subjektpositioner og ideologiske dilemmaer, som tilsammen tydeliggør, hvordan stillingtagen formes socialt og diskursivt. Det er væsentligt at understrege, at de identificerede barrierer ikke nødvendigvis står alene eller udelukker andre. Tværtimod viser analysen, at flere barrierer ofte former den enkelte kvindes forståelse og erfaring. Med dette menes, at nogle positioner fylder mere i empirien, hvilket dog ikke betyder, at andre ikke er til stede. I nedenstående illustration 8 vil vi præsentere de identificerede fortolkningsrepertoarer samt beskrive, hvad repertoireerne vedrører.

Fortolkningsrepertoarer	
Repertoire	Beskrivelse
Vigtigheds-repertoire	Celleskrabsundersøgelsen konstrueres som vigtig og nødvendig for ens sundhed.
Videns-repertoire	Viden kan være afgørende for handling.

Smerte-repertoire	Forestillinger om fysisk ubehag eller frygt for smerte ved undersøgelsen.
Støtte-repertoire	Nære relationer som veninder og familie tillægges betydning i konstruktionen af holdninger.
Socialt tilskyndelses-repertoire	Sociale normer og opfordringer fra relationer kan motivere til handling.
Intimitets-repertoire	Celleskrab opleves som intimt og privat, hvor følelsesmæssige reaktioner aktiveres, især i relation til underliv og lægebesøg.
Autoritets-repertoire	Troværdighed blandt autoriteter som forældre, læge og myndigheder anses som vigtigt.
Angst-repertoire	Undersøgelsen og selve sygdommen vækker følelser af angst og ubehag.
Ansvars-repertoire	Celleskrab er en pligt og et udtryk for at tage ansvar for egen krop og sundhed.
Generations-repertoire	Den generation, man tilhører, har betydning for ens forståelse og adfærd.
Undgåelses-repertoire	Indhold om kræft og screening er noget, man gerne vil undgå.
Autenticitets-repertoire	Vurdering af en kampagne eller andet indholds troværdighed og autenticitet.
Humor-repertoire	Humor er en måde at gøre alvorlige emner mere tiltalende, nedbryde tabuer samt engagere modtageren.
Frygt-repertoire	Når sundhedsbudskaber opleves som skræmmende.
Håbløsheds-repertoire	Negativt betonedede sundhedsbudskaber kan medføre en følelse af håbløshed.

Kropslig-repertoire	Ansaret for screening placeres hos det biologiske kvindekøn, hvilket udelukker mænd, non-binære og transpersoner.
Grænseoverskridelses-repertoire	Celleskrabsundersøgelsen opleves som en overskridelse af kropslige og sociale grænser.
Modstands-repertoire	Distancering fra sundhedsvæsen og -tilbud.

Illustration 8. Oversigt over fortolkningsrepertoier.

Illustrationen viser de fortolkningsrepertoier, der er fremtrædende i analysen. Disse repertoier udgør de sproglige og kulturelle ressourcer, som respondenterne trækker på i deres holdningskonstruktion vedrørende deltagelse i screening for livmoderhalskræft. Nogle repertoier er forankret i personlige erfaringer, mens andre afspejler bredere samfunds- og mediediskurser. I følgende illustration 9 vil vi sammenfatte de subjektpositioner, der gør sig gældende ud fra ovenstående repertoier. Disse tydeliggør, hvordan respondenterne positionerer sig selv og andre i det sundhedskommunikative landskab, samt hvordan de navigerer mellem individuelle følelser og sociale normer.

Subjektpositioner	
Position	Beskrivelse
Den ansvarlige	Positionerer sig som en, der bør deltage i screening, fordi det er en pligt.
Den emotionelle	Positionerer sig som en, der tynghes af negative følelser, hvilket påvirker ens forhold til screening.
Den unge	Positionerer sig som en, der mangler erfaring og støtte samt placerer ansvaret hos "de voksne".
Den kritiske	Positionerer sig med afstand til myndigheder eller kampagner grundet skepsis og negative erfaringer.

Den informerede	Positionerer sig som vidende og fungerer som autoritativ i social interaktion.
Den inkluderende	Positionerer sig som en, der ønsker bredere repræsentation af følelsesmæssige barrierer og identiteter i sundhedskommunikation.

Illustration 9. Oversigt over subjektpositioner.

Subjektpositionerne synliggør, hvordan respondenterne positionerer sig i relation til centrale emner som ansvar, viden, identitet og sundhedskommunikation. Disse positioner er som nævnt ikke konstante, men relationelle og kontekstafhængige. Med dette menes, at en respondent sagtens kan bevæge sig mellem forskellige positioner i løbet af samtalen. Det er netop i denne skiftende positionering og i spændingsfeltet mellem én position og en anden, at ideologiske dilemmaer opstår. Sådanne ideologiske dilemmaer tydeliggør, at de diskursive rammer, som omkranser sundhedskommunikation, er komplekse og konfliktfyldte. De fremtrædende ideologiske dilemmaer præsenteres nedenfor i illustration 10.

Ideologiske dilemmaer	
Dilemma	Beskrivelse
Viden kontra handling	Selvom vigtigheden ved celleskrab anerkendes, er det ikke nødvendigvis nok til handling. Og omvendt er handling ikke nødvendigvis forårsaget af viden.
Emotionel kontra rationel	Følelsesmæssige barrierer overtrumfer de rationelle argumenter for screening. Og omvendt prioriteres forebyggelse frem for forestillinger om ubehag.
Troværdighed kontra betalt samarbejde	Influencers kan gøre sundhedsbudskaber relaterbare og autentiske, hvorfor de anses som troværdige. Og omvendt kan det opleves som utroværdigt, at de indgår i betalt samarbejde uden en personlig aktie i emnet.

Individuelt ansvar kontra kollektiv norm	Screening er en pligt og et moralsk ansvar over for en selv. Og omvendt er screening en social norm, da kvinder oplever et pres fra samfundet om at tage ansvar.
Faglighed kontra intimitet	Selvom lægen anses som professionel og erfaren, opleves undersøgelsen som intim og privat.

Illustration 10. Oversigt over ideologiske dilemmaer.

Sammenfattende vidner vores analyse om, hvordan deltagelse i screening for livmoderhalskræft og motivation er kompleks. Ovenstående illustration viser denne kompleksitet, da respondenterne indtager forskellige og nogle gange modsatrettede subjektpositioner, hvilket tydeliggør ideologiske dilemmaer. Disse ideologiske spændingsfelter illustrerer således, at der ikke blot er én rigtig vej til adfærdsændring. Med dette menes, at respondenternes holdninger samt barrierer ikke er entydige, men præges af ambivalens - for eksempel, at de efterspørger mere viden, men føler sig overvældede af alvorlige sundhedsbudskaber på sociale medier - samt situeret erfaring. Med situeret erfaring menes, at respondenternes holdninger er forankret i deres konkrete livssituation, erfaringer samt relationer. Vores analyse peger på, at viden eller mangel herpå ikke nødvendigvis er den primære udfordring. Det er snarere, hvordan information og kommunikation opleves som meningsfuld og relevant for de unge kvinder. Det er især en barriere, at celleskrabsundersøgelsen forekommer uhåndgribelig for dem, som ikke har erfaring med gynækologiske undersøgelser. Med dette menes, at når respondenterne ikke ved, hvad de går ind til - hvilket til dels kan være grundet manglende viden eller utydelig kommunikation - er undersøgelsen underlagt forestillinger om en smertefuld, intim og/eller grænseoverskridende situation. Ligeledes tydeliggør analysen, at flere respondenter føler sig overladt til sig selv, hvilket bidrager til usikkerhed, passivitet og undgåelse - både af sundhedsbudskaber om screening, men også selve deltagelsen. Særligt Kræftens Bekæmpelses fokus på, at kvinders manglende deltagelse skyldes glemsel, opleves som provokerende og bagatelliserende, da andre årsager ikke anerkendes. Ligeledes kritiseres kommunikation, der henvender sig til kvinder som en homogen gruppe, da den blandt andet opleves som forstærkende af traditionelle kønsroller. Derimod viser analysen, at lettilgængeligt, humoristisk og genkendeligt indhold - såsom memes - bidrager til at gøre emnet mere relevant og forståeligt, hvilket kan fange

kvinders opmærksomhed og mindske modstand. Samlet set peger vores analytiske fund på, at sundhedskommunikation ikke blot bør informere, men formidles, således at der skabes følelsesmæssig resonans samt relevans. Disse nuancer og spændinger vil vi udfolde i den følgende diskussion.

7. Diskussion

Vi har ud fra tre fokusgruppeinterviews med i alt 11 unge kvinder undersøgt, hvordan kvinder forstår og forholder sig til screening for livmoderhalskræft samt kampagner herom fra Kræftens Bekæmpelse. Analysen har givet os indsigt i, hvilke følelsesmæssige, kropslige, sociale, praktiske og kommunikative barrierer kvinder har i forbindelse med at deltage i screening. Derfor vil vi i dette afsnit diskutere, hvordan vores analytiske fund relaterer sig til bredere kulturelle og samfundsmæssige strukturer. Til dette vil vi løbende inddrage Douglas' (1979) teori om renhed og urenhed som kulturelle konstruktioner. Ifølge Douglas (1979) er snavs ikke blot noget fysisk og uhygiejnisk, men også noget symbolsk, som indebærer en kulturelt konstrueret idé om orden og systemer. Hun beskriver snavs som "matter out of place" (Douglas, 1979, s. 35), hvilket betyder, at noget først er urent, når det ikke er, hvor det hører hjemme. Urenhed er aldrig en unik og isoleret hændelse, da det udspringer af et større kulturelt system, hvor alt har sin rigtige plads. Derudover peger Douglas (1979) på tabu som centralt for den kulturelle orden. Tabuer er til for at beskytte kulturelle grænser, hvorfor de bruges til at regulere det, som ikke passer ind i eksisterende kategorier. Med dette menes, at tabuer især opstår i overgangszoner, hvor noget befinder sig mellem klart definerede kategorier. Ifølge Douglas (1979) handler det, som vi oplever som urent eller farligt, ofte om overgange, grænser og det, som ikke passer klart ind i systemer - hvilket både gælder fysisk, socialt og symbolsk. Dette er særligt relevant i henhold til, hvordan unge kvinder oplever screening for livmoderhalskræft, da celleskrabet ikke blot markerer et fysisk og klinisk indgreb, men også symboliserer en overgang. Celleskrab er et ukendt område, hvor der forekommer en overgang fra noget ungt, måske endda barnligt og urutineret, til noget voksent, seksuelt modent og potentielt sygt. Screeningen befinder sig derfor i en overgangszone mellem sundhed og sygdom, privat og offentlig samt ungdom og voksenliv. Douglas' (1979) perspektiv på kroppen som en metaforisk model for samfundet bidrager desuden til forståelsen af celleskrab som en kropslig og social grænseoverskridelse. Celleskrab ses altså ikke blot som et medicinsk indgreb, men aktiverer ligeså kulturelle forestillinger om, hvad der anses som rent og urent i forhold til både krop og samfund.

Med afsæt i Douglas' (1979) perspektiv vil vi i de følgende tre afsnit diskutere, hvordan kvinders oplevelser og forståelser af screening for livmoderhalskræft hænger sammen med bredere kulturelle, sociale og kommunikative strukturer. Først diskuterer vi unge kvinders positionering i overgangen til voksenlivet, samt hvordan placering af ansvar, viden og tillid til autoriteter præger stillingtagen. Derefter fokuserer vi på sundhedskommunikation på sociale medier og diskuterer, hvordan disse medier påvirker modtagelsen af alvorlige budskaber som livmoderhalskræft og omvendt. I det sidste afsnit diskuterer vi, hvordan sundhedskommunikation kan skabe mening for kvinder, der motiverer dem til deltagelse, og afrunder med, hvordan fremtidig forskning kan tage højde for kompleksiteten og problematikken ved de oplevede barrierer for deltagelse i screening.

7.1 Kommer der ikke snart en voksen?

En gennemgående erfaring blandt de unge kvinder er følelsen af at være overladt til sig selv og stå alene ved overgangen til voksenlivet, hvor invitationen til screening lander i indbakken. En følelse, der kan opstå, når de unge ikke længere er del af en uddannelsesinstitution, når de er flyttet hjemmefra, og det pludselig forventes, at de skal stå på egne ben. Flere respondenter beskriver, hvordan vigtig viden om krop og sundhed ikke synes så tilgængeligt som tidligere, og hvordan det er svært at navigere i egne følelser, forventninger og pres, der opleves fra samfundet, når man samtidigt er i gang med at etablere sig som voksen. Dette beskriver blandt andet Kis; "du måske lige er flyttet hjemmefra og skal stå for alting selv også og studie og finde ud af hvem er jeg blablabla" (bilag 18, l. 4337-4340). Ansvar for ens egen sundhed bliver altså endnu et pres i rækken af forventninger fra samfundet, der skal indfries i en tid præget af usikkerhed og social reorganisering.

Douglas (1979) forstår fare og urenhed som udtryk for brud på den sociale orden. Med andre ord, som noget, der ikke passer inden for samfundets etablerede strukturer og grænser, hvor unge kvinder kan anses som et slags udtryk for disse grænser. Kvinderne er juridisk set voksne, men de anser sig ikke som voksne. De forventes af samfundet at tage ansvar, men de mangler støtte og viden til dette, hvorfor de falder uden for de klare kategorier og forventninger og bliver dermed en fare for systemet. Når de unge kvinder ikke lever op til samfundets forventninger om deltagelse i screeningsprogrammet og ansvaret for egen sundhed, opstår der en symbolsk uorden. Med dette menes, at kvinderne er voksne i systemets øjne, men selv føler de sig som uforberedte, afhængige af autoriteter og alene. Dette beskriver fokusgruppe 1 i

følgende meningsudveksling, hvor Ella siger “det der med når man kommer sådan uden for skolealderen så der er ikke nogen der på samme måde lige”, hvilket Nynne efterfølger “nej holder øje med”, hvortil Maja og Ella siger “du skal selv finde ud af det agtig” og “hvor man lige pludselig står der selv og er sådan her” (bilag 16, l. 5064-5074). Denne uorden kan argumenteres som værende et resultat af en ansvarsfralæggelse. Flere af respondenterne har tidligere forestillet sig, at celleskrabsundersøgelsen er obligatorisk at deltage i, og som noget, man automatisk indkaldes til, når man fylder 18 år (bilag 18, l. 622-628; bilag 16, l. 210-214). Dette vidner om, at unge kvinder har en forventning til, at de ikke selv skal tage initiativ, samtidigt med, at de konstruerer sig som passive og placerer ansvaret for deres sundhed væk fra sig selv. Som nævnt udtrykker Olga, at hun “regner med” at ville deltage i screening en dag, hvilket vi argumenterer skyldes en forventning til, at følelsen af at være voksen nok til at deltage en dag opstår af sig selv - uden at hun selv skal gøre noget for det (jf. afsnit 6.3.1). Men er det egentlig ikke til at forstå, at de unge ikke anser sig selv som ansvarshavende set i lyset af samtidens diskurs om curlingbørn og curlingforældre? Curlingbegrebet henviser til en opdragelsesform, hvor forældre i høj grad baner vejen for deres børn, hvilket kan føre til barnets manglende erfaring med at træffe beslutninger selv (Den Danske Ordbog, u.å.-a; Danmarks Radio, 2017). I denne henseende kan de unges oplevelse af at stå alene uden viden og handlemuligheder forstås som en konsekvens af en generation, der er vant til samt trives i, at voksne tager over, og som derfor ikke anser sig selv som ansvarshavende.

Det er samtidigt nødvendigt at spørge, om der overhovedet er nogen, der har lært de unge kvinder, at det er vigtigt at deltage i screening? Flere af kvinderne fra fokusgrupperne udtrykker, at de ikke før har kendt til hverken formålet med undersøgelsen eller sammenhængen mellem HPV, celleforandringer og livmoderhalskræft. Den manglende deltagelse kan dermed ikke blot reduceres til ansvarsfralæggelse, men også et udtryk for manglende viden. Dette viser sig blandt andet i fokusgruppe 3, hvor vi tolker, at det for flere af respondenterne ikke har været nødvendigt at opsøge viden, da de gennem deres opvækst har fået en forståelse af, at deltagelse i screening er noget, man gør uden at lægge “særlig meget tanke i det” (bilag 18, l. 180-181). For disse kvinder har deltagelsen været en selvfølge, der er formet af en opvækst, hvor autoriteter - både forældre og myndigheder - har truffet beslutninger på kvindernes vegne. Dette påpeger et normativt forhold til sundhed som en pligt, hvor den institutionelle tillid former adfærd. Dette kan relateres til, at Kis udtrykker, at deltagelse i screening er en pligt over for en selv (bilag 18, l. 110-111), der dog

kan anses som udtryk for en holdning om, at individet må tage ansvar for sig selv og sin egen sundhed og ikke som følge af et ydre pres. Screening for livmoderhalskræft manifesterer sig ved underlivet, hvilket ikke kun udgør et fysisk, men også et symbolsk grænseområde (Douglas, 1979). Når intime og private dele af kroppen placeres i en klinisk og offentlig kontekst, overskrides ikke kun kropslige grænser, men også kulturelle grænser for renhed og orden. Denne kropslige grænseoverskridelse kan dermed anses som et brud på den sociale orden, mens den kulturelle grænseoverskridelse af flere af kvinderne i empirien anses som et forsøg på at opretholde social orden. Dette argumenterer vi for på baggrund af, at flere kvinder som nævnt deltager uden at tilskrive det særlig stor refleksion, men blot gør det, da de anser deltagelse som en selvfølgelighed qua deres opdragelse og tillid til myndigheder. Alligevel ser vi, hvordan Kis rekonstruerer grænsen ved at tage ansvaret for sin krop tilbage.

I modsætning hertil er tidligere erfaringer, følelser og forestillinger præget af en negativ diskurs om undersøgelsen, der har været medskabende til både usikkerhed og handlingslammelse hos kvinderne i fokusgruppe 2. I begge tilfælde tydeliggøres det, hvordan deltagelse og adfærd ikke nødvendigvis bunder i en individuel og oplyst beslutning, men snarere ydre strukturer som socialt pres eller mangel på viden. Selvom sundhedsinformation forekommer relativt lettilgængeligt og ofte tæt på de unge kvinder - hvilket vi argumenterer for grundet, at respondenterne både kender og følger flere af de influencers, der er del af de præsenterede kampagner fra Kræftens Bekæmpelse - forudsætter det stadig en aktiv søgen, hvilket curlingbegrebet kan udfordre. Hvis de unge er opvokset med, at vigtig information videregives af deres forældre eller uddannelsesinstitutioner, så har de ikke nødvendigvis lært at opsøge eller navigere i sundhedsinformation. Hvis man som forælder har sørget for, at ens datter har fået HPV-vaccinen, så kan det argumenteres, at forældrene har en antagelse om, at datteren deltager i screening, når invitationen kommer, da det anses som en selvfølgelighed (bilag 18, l. 120-130). Denne antagelse bliver ikke nødvendigvis be- eller afkræftet, da empirien viser, at kvindernes deltagelse ikke er et udbredt samtaleemne i forælder-barn-relationer. På den anden side giver det dermed mening, hvorfor forældrene ikke har snakket mere med deres døtre om screening, hvis de netop har en opfattelse af, at de har opdraget døtrene til, at deltagelse er en selvfølgelighed. Samtidigt kan fraværet af samtaler også skyldes, at screening først bliver aktuelt, når døtrene fylder 23 år, hvor de juridisk og af samfundet anses som voksne, hvorfor forældrene ikke nødvendigvis har sådanne samtaler med deres voksne døtre. Dette peger på en uorden mellem samfundets antagelser og de unges adfærd. På den ene side placerer de unge ansvaret for deres deltagelse hos ydre autoriteter, mens samfundet omvendt antager, at unge er

i stand til selv at opsøge, forstå og handle ud fra sundhedsinformation. Denne skævvridning er med til at skabe en kommunikativ blind vinkel, for hvem har så reelt ansvaret for kvindernes manglende deltagelse?

Vores litteratursøgning indikerer, at unge kvinder udgør en hidtil overset gruppe i forskning vedrørende forebyggelse af livmoderhalskræft. Denne mangel kan argumenteres at rumme en antagelse om, at nutidens unge - fordi de er opvokset i en digital tidsalder - er i stand til at stå på egne ben. Men denne antagelse bør udfordres. Vores empiri viser netop, at mange unge føler sig usikre og ikke oplyste, hvilket giver anledning til at stille spørgsmålet, om unge egentlig udgør en sårbar gruppe? Der findes inden for undersøgelsesfeltet forskning i, hvordan kvinder fra særligt udsatte grupper bedst muligt understøttes og motiveres til at deltage i screening (Tatari et al., 2020; Bøje et al., 2024), men samtidigt står de unge over for lignende udfordringer i forbindelse med stillingtagen, dog med langt mindre forskningsmæssig opmærksomhed. Vi argumenterer dermed, at der eksisterer en tavs forventning om, at unge selv tager ansvar for deres sundhed. Denne manglende opmærksomhed på unge som en potentiel sårbar gruppe risikerer at reproducere adfærd, der med blik på deltagelsesraten ikke kan hævdes at være hensigtsmæssig, hvis WHO's mål om at eliminere livmoderhalskræft inden 2040 skal realiseres (Arbyn et al., 2021). Dette tydeliggør en afvigelse fra det forventede, hvilket skaber en uro og fare for den sociale orden (Douglas, 1979). I denne sammenhæng kan unge, der ikke lever op til samfundets forventning om individuel autonomi, anses som urene, fordi de bryder med den kulturelle orden, der foreskriver, at voksne borgere tager ansvar. Den unge, der fortsat konstruerer sig som afventende på anbefalinger fra andre, bliver en slags forurening, der truer systemets forståelse af, hvordan ansvarlig sundhedsadfærd bør være (Douglas, 1979). Dermed bliver kvinden resultat af othering (McGeehan et al., 2020, s. 18) og falder derfor uden for den ramme, som det kan argumenteres, at sundhedssystemet - og i bredere forstand samfundet - har defineret som rigtig.

På trods af, at de unge kvinder oplever udfordringer med at navigere i sundhedstilbud og -kommunikation, er det vigtigt at overveje, om de unge bærer et medansvar. Som Kelly og Barker (2016) påpeger, skal adfærdsændringer udspringe af en indre motivation, som yderligere er et resultat af en social og kollektiv betydningsdannelse. Det er altså ikke nok, at den unge kvinde er bevidst om samt ønsker at ændre sin adfærd - der skal eksistere en social og kulturel ramme, der muliggør og understøtter denne ændring. Udfordringen opstår dermed, når den kollektive og normative beslutning om, hvad rigtig og ren sundhedsadfærd er, træffes uden at tage højde for de unge kvinders individuelle behov og følelser. Når unge kvinder

oplever, at samfundet forventer, at de opfører sig som voksne og oplyste, uden at føle sig set og anerkendt i den nuværende sundhedskommunikation, risikerer det blot at forstærke denne oplevelse (McGeechan et al., 2020). Derfor kan det argumenteres, at der - uanset hvor ansvaret placeres - er et behov for at gentænke, hvordan sundhedskommunikation både rummer og anerkender, at unge kvinder har behov for støtte og vejledning til at navigere i mødet med både sundhedssystemet og det at være voksen. Det er ikke nok at stille viden til rådighed. Denne viden skal gøres mere tilgængelig og formidles på måder, der er meningsfulde og tilpasset de unges livssituation og følelser, således at det er muligt aktivt at tage stilling til ens deltagelse.

7.2 “Åh nej, ikke mere skrækkeligt”

Vores analytiske fund viser, at sundhedskommunikation på sociale medier er komplekst. Dette grundet, at unge kvinder oftest bruger sociale medier til underholdning, afslapning og som flugt fra hverdagens problemer. Derfor kan sundhedsbudskaber - som forebyggelsen af livmoderhalskræft - opleves som forstyrrende eller malplacerede, da de bryder med platformenes forventede orden. Douglas' (1979) pointe om “dirt as matter out of place” (s. 35) kan bidrage til at forklare, hvorfor denne type af indhold kan virke forstyrrende eller uvelkommen. Her menes der ikke, at sundhedsbudskaberne er uønskede i sig selv, men fordi de ikke passer ind i den måde, som unge kvinder bruger sociale medier på. Traditionelle sundhedsbudskaber er oftest alvorlige og fokuserer på risiko og eventuelle negative konsekvenser, hvilket potentielt kan føre til defensiv og undvigende adfærd hos modtagerne (Miller et al., 2021). Sundhedsbudskaber er derfor i sig selv ikke nødvendigvis urene på sociale medier, men det traditionelle format falder uden for den sociale orden, hvortil der ikke tages højde for modtagernes følelser. Det rejser spørgsmålet om, hvordan alvorlige emner som screening for livmoderhalskræft bør kommunikeres uden at fremkalde øjeblikkelig afvisning, netop fordi de overskrider grænserne for, hvad der kulturelt og følelsesmæssigt anses som passende i et givent medieformat.

Netop traditionelle sundhedsbudskaber kan utilsigtet fremkalde negative reaktioner som angst, forlegenhed, skam og afvisning, hvilket især gør sig gældende for emner, der opfattes som tabuiserede og pinlige (Miller et al., 2021). Vores fund viser netop, at screening for livmoderhalskræft er et tabuiseret emne, hvilket manglende viden samt manglende tilstedeværelse af åbenhed og samtaler med relationer understøtter. Derfor kan deling af sundhedsbudskaber fra blandt andet sundhedsorganisationer og influencers på sociale medier umiddelbart være en oplagt mulighed for at afstigmatisere og aftabuisere screening. Dog viser

vores fund, at det ofte har den modsatte effekt, specielt hvis emnet kommunikeres gennem alvorlige og risikobetonende narrativer, da disse aktiverer en følelse af håbløshed og emotionel overbelastning hos modtagerne, hvilket kommer til udtryk i følgende udsagn; “jeg har bare haft en mega hård dag i forvejen jeg kan slet ikke holde til den her skrækkelige ting ... og tænke åh nej ikke mere skrækkeligt” (bilag 16, l. 3635-3643). Det viser ikke blot en emotionel overbelastning, men tydeliggør også en urenhed, der truer den symbolske orden (Douglas, 1979). I dette tilfælde er det den digitale orden, hvor tunge sundhedsbudskaber forstyrrer den sociale orden på platformen. De analytiske fund viser desuden, at livmoderhalskræft og celledrab forbindes med intimitet, privathed og sygdom, hvilket er forhold, der ofte indrammes af tavshed og kulturelle grænser. Når sundhedsbudskaberne adresserer dette direkte og med en alvorlig tone i et mediemiljø, som er præget af underholdning og lethed, risikerer de at forstærke den sociale og emotionelle distance, som de forsøger at nedbryde.

Vores empiri viser, at unge kvinder foretrækker indhold, der er let, humoristisk, og som de kan spejle sig selv i. Humor, eksempelvis i form af memes, kan derfor ikke blot tilpasses de digitale mediers æstetik, men også tjene som en kulturelt acceptabel måde at “rydde op i det urene” og dermed gøre emnet mere tilgængeligt. I budskaber om livmoderhalskræft, som forbindes med ubehag, frygt og skam, kan humor dermed potentielt mindske disse barrierer og skabe større engagement samt gøre et tungt og alvorligt emne mere “spiseligt” (bilag 18, l. 2621). Ved at præsentere celledrab og livmoderhalskræft i et humoristisk format, der italesætter barrierer ved eksempelvis at ironisere en eventuel udskyldelse af at bestille tid til celledrab, skabes der en form for følelsesmæssig distance, og undersøgelsen gøres mere håndgribelig. Emnet forbliver dermed det samme, men det rammesættes på en måde, som ikke overskrider platformens kulturelle og emotionelle grænser. Desuden viser forskning, at eksponeringen for en humoristisk kampagne, og i hvilken grad modtagerne finder budskaberne humoristiske, er betydningsfuld for, hvorvidt modtagerne viser og taler om kampagnerne med andre (Miller et al., 2021). Det vidner om, at humor ikke blot fungerer som en engagerende kommunikationsform, men som en måde at gøre det tabuiserede mindre truende - og dermed lettere at adressere både offentligt og i samtaler blandt unge kvinder. Selvom humor potentielt kan fange unge kvinders opmærksomhed, er det så nok til at skabe adfærdsændring i forhold til deltagelsen i screening for livmoderhalskræft?

På trods af, at analysen indikerer, at humor kan bidrage positivt i form af at skabe opmærksomhed på emnet og gøre det relevant, er det ikke nødvendigvis nok i sig selv til at

skabe en følelsesmæssig forbindelse. Hvis humoren ikke ledsages af en anerkendelse af de følelser og tabuer, som knytter sig til screeningen, kan humoren potentielt opleves som overfladisk, hvilket bagatelliserer alvoren ved emnet. Desuden har blot én ud af de udvalgte influencers, som Kræftens Bekæmpelse har udvalgt til sine kampagner, et humoristisk fokus, hvorfor dette ikke kan overskygge kampagnernes overordnede fokus på barrieren omhandlende glemsel - som underminerer emotionelle barrierer. De mange faktorer, som skal tages i betragtning, når alvorlige sundhedsbudskaber formidles - såsom følelser forbundet med celleskrab og kræft - stiller høje krav til aktører som Kræftens Bekæmpelse. Denne kompleksitet kan muligvis forstærkes yderligere, når man ser nærmere på afsenderen af budskaberne, og hvordan disse budskaber formidles. Det er nemlig ikke kun emnet livmoderhalskræft, der potentielt kan opleves som urent, men også afsenderen og selve kampagneformatet kan virke symbolsk malplaceret. Selvom Kræftens Bekæmpelse er en af Danmarks største sygdomsbekæmpende organisationer, og man derfor må formode, at organisationen er velkendt i det danske medielandskab, viser vores empiri, at organisationens kampagner om screening for livmoderhalskræft ikke nødvendigvis er synlige eller relaterbare blandt unge kvinder. Vores fund viser, at selvom flere respondenter kender til Kræftens Bekæmpelse og følger flere af de influencers, som organisationen samarbejder med i kampagnerne *Er der noget, du har glemt?* og *Svesken på disken*, er disse enten overset, ikke dukket op i deres feed på sociale medier eller sågar ignoreret. Desuden er der ingen af respondenterne, der forbinder organisationen med livmoderhalskræft, men snarere med mere synlige kræftformer som brystkræft eller indsatser som *Knæk Cancer* (bilag 16, l. 2414; bilag 17, l. 1168-1174). Med synlighed mener vi, at brystkræft er den hyppigste kræftform blandt kvinder i Danmark, hvorfor den naturligvis får en del omtale i medierne - blandt andet med den velkendte *Støt Brysterne*-kampagne (Kræftens Bekæmpelse, u.å.). En respondent mener sågar ikke, at “det er ... den der sådan står øverst på deres prioriteringslyst i forhold til budskaber” (bilag 18, l. 2396-2399). Det skaber en form for symbolsk dissonans, når en ellers troværdig og velkendt organisation kommunikerer et budskab, som ligger uden for den forestilling, som respondenterne har om organisationens brand, hvilket kan reducere oplevelsen af relevans og autenticitet. Dette kan bidrage til, at et relevant og særdeles vigtigt, men tabuiseret, emne som livmoderhalskræft ikke bliver mødt med opmærksomhed, men nærmere med yderligere tavshed eller afstand. Dette grundet, at budskabets styrke svækkes i en mediekontekst, hvor relevans er afgørende for synlighed og gennemslagskraft.

Denne dissonans kan argumenteres at blive forstærket yderligere af den måde, hvorpå kampagnerne formidles. Med dette menes, at til trods for, at forskning viser, at samarbejde med influencers kan øge rækkevidde og troværdighed (Kostygina et al., 2020), viser vores empiri, at denne troværdighed hurtigt kan svækkes, når indholdet tydeligt fremstår somannoncørbetalt samarbejde - desuden også, hvis emnet ikke stemmer overens med, hvad influenceren normalvis deler. Her opstår et paradoks, hvor influencers optræder som bindeled mellem institutionelle afsendere og modtagere. Når indholdet opfattes som reklame og ikke som noget, influenceren har en personlig aktie i (bilag 16, l. 4447-4452), mister det emotionel gennemslagskraft. Med dette menes, at det falder uden for den sociale orden, når influencers, som oftest forbindes med noget andet, pludselig formidler alvorlige sundhedsbudskaber somannoncørbetalt indhold. Dermed brydes forventningen om autenticitet, hvilket kan bidrage til, at budskabet opleves som mindre troværdigt og malplaceret i konteksten - og dermed som symbolsk urent. Denne skævvridning kan derfor have den modsatte effekt - såsom at dem, som endnu ikke har deltaget i screening, tager større afstand. Det kan dog formodes, at denne negative holdning rammer influenceren mere, end den rammer Kræftens Bekæmpelse. Dette grundet, at det er influenceren, der bliver ansigtet udadtil for budskabet, så hvis dette opleves som negativt, vil den negative omtale givetvis ramme influenceren. Alligevel vil det formentligt ikke kunne undgås, at Kræftens Bekæmpelse på et tidspunkt påvirkes af en eventuel negativ omtale, da detannoncørbetalte indhold har forbindelse til organisationen. Dette tyder dog ikke på hidtil at have påvirket Kræftens Bekæmpelses oplevelse, da organisationen som nævnt bemærker en positiv respons på sine kampagner (jf. 6.4.2).

7.3 Mening før screening

Gennem kampagner forsøger Kræftens Bekæmpelse at skabe en bevidsthed og en basisviden hos kvinder om, at det er muligt at blive screenet for livmoderhalskræft (bilag 15, l. 747-756). Denne strategi harmonerer med tidligere forskning, der blandt andet viser, at en oplevet mangel på viden er en gennemgående barriere for kvinders manglende deltagelse (Kvernød & Hansen, 2015; Damsgaard et al., 2024; Mortensen et al., 2021). Med afsæt i vores analytiske fund kan vi dog se, at viden i sig selv ikke er nok til at skabe adfærdsændring og handling. Hvis sundhedskommunikation skal føre til handling, må den tilbyde mere end blot fakta. Dette argumenterer vi for, da vores analyse viser, at budskaber om livmoderhalskræft og screening ofte mangler en mening. Det gælder især i forhold til cellediagnostik, der kan opleves som skræmmende og u håndgribelig frem for meningsfuld med personlig relevans. Dette

understreger et behov for kommunikation, der er meningsskabende og ikke blot informativ. Men hvad vil det egentlig kræve, at kommunikation opleves som meningsfuld? I vores empiri ser vi, at unge kvinder efterspørger indhold og budskaber, som de kan spejle sig i, og som opleves relevante for den enkelte, hvilket understøttes af Westbrook og Fourie (2015). Kampagner skal med andre ord tale til og anerkende modtagerens individuelle situation, følelser og barrierer. Derudover anser kvinder ikke nødvendigvis celledans som uvigtigt, men deres motivation for at deltage afhænger i høj grad af, om deres behov og følelser anerkendes.

Selvom behovet for individualiseret kommunikation fremstår tydeligt både gennem vores analyse og den eksisterende forskning, må vi også erkende, at sådanne ambitioner har sine praktiske og ressourcemæssige begrænsninger i form af blandt andet tid og økonomi. Unge kvinder udgør ikke en homogen, men derimod en kompleks målgruppe, hvilket argumenteres på baggrund af de forskelligartede holdninger og følelser, som analysen vidner om. Selvom det lyder paradoksalt, er det netop i et forsøg på at generalisere, at der er risiko for at ekskludere, hvilket viser sig i Kræftens Bekæmpelses forsøg på at henvende sig til kvinder ud fra deres forudgående forskning om, at unge kvinder ofte glemmer at deltage i screening. Kræftens Bekæmpelses fokus på glemsel viser sig at provokere flere af kvinderne i indeværende undersøgelse (jf. afsnit 6.4.2), og det kan yderligere argumenteres at koble screening til ansvarsløshed og urenhed (Douglas, 1979). Denne provokation kan ses som en symbolsk afgrænsning mellem det rene og det urene samt mellem den ansvarlige og den glemsomme kvinde. En sådan ensartet tilrettelæggelse af kommunikation kan således siges at tilgodese bestemte grupper og opretholde sociale kategorier, hvor afvigelser som at glemme eller føle ubehag ved celledans ikke anerkendes, men potentielt marginaliseres (Dimitrov et al., 2022). På den måde fastholdes et system, hvor bestemte oplevelser og følelser ikke får plads. En mulig løsning er dog versionering, hvilket indebærer at udvikle forskellige versioner, der taler til forskellige grupper med hensyn til sprog, følelser og risikoprofil. Dette vil potentielt - foruden at øge rækkevidden - også styrke kvindernes oplevelse af relevans og inklusion i budskaberne. Kræftens Bekæmpelse nævner også versioneringer under interviewet i forbindelse med, at der i stigende grad arbejdes med en mere personlig og risikobaseret screening:

noget af det man taler om på screeningsområdet at gøre det mere
øh personligt eller tilpasset så man måske screener ud fra
ens egen risikoprofil sådan så man først ser hvor stor er din
risiko for at udvikle kræft ud fra alle mulige genetik og

familiehistorik og andre faktorer og så bliver du måske screenet mere end en anden herovre der har en lavere risiko øh så det er noget der sådan også egentlig i fremtiden kommer mere af men lige nu er befolkningsscreening bare til alle (bilag 15, l. 633-645).

Både Sundstrom et al. (2019) og Kohler et al. (2023) peger på, at en personlig tilgang til screening kan have en betydelig kommunikativ effekt, da det kan anses som lettere for individet blot at forholde sig til ens egen risiko for at udvikle livmoderhalskræft end til en befolkningsbaseret risiko. På den måde kan versionering understøtte det behov for mening, som vores fund peger på som afgørende. Omvendt vil versioneringer kræve både etiske og politiske beslutninger. Screeningsprogrammet varetages af sundhedsmyndighederne, hvorfor det er deres ansvar at fordele ressourcerne samt vurdere, hvem der skal screenes, og hvornår de skal screenes. Trods Kræftens Bekæmpelses rolle som interesseorganisation er det altså uden for organisationens indflydelse. Hvad der til gengæld er muligt for Kræftens Bekæmpelse at have indflydelse på er, hvordan organisationen prioriterer og fordeler egne ressourcer. Flere af kvinderne giver udtryk for, at livmoderhalskræft ikke får samme opmærksomhed og mediemæssige bevågenhed som eksempelvis brystkræft. En mulig forklaring kan være, at livmoderhalskræft rammer færre end brystkræft (Sundhed.dk, 2024), hvorfor det ikke eksponeres i samme grad. Men selvom livmoderhalskræft rammer færre sammenlignet med brystkræft, bør det så ikke alligevel ikke være på mediernes dagsorden set i lyset af WHO's ambition om at eliminere livmoderhalskræft inden 2040?

Den manglende eksponering kan være en del af forklaringen på, hvorfor mange kvinder ikke deltager i screening, da de netop ikke ved nok om, hvad det er, og samtidig ikke oplever, at det er relevant for dem. Når deltagelsesraten i screeningsprogrammet har været faldende siden 2012 (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2024; Kræftens Bekæmpelse, 2023a), til trods for kampagner som *Er der noget, du har glemt* og *Svesken på disken*, kan det være hensigtsmæssigt at overveje, om den nuværende kommunikationsstrategi er effektiv. Måske er en del af forklaringen ikke kun, at motivationen mangler, men ligeså relevans og synlighed af budskaberne. Det er muligt, at Kræftens Bekæmpelses brede fokus på samtlige kræftformer kan betyde, at visse kræftformer, såsom livmoderhalskræft, utilsigtet marginaliseres. Den oplevede intimitet og blufærdighed ved emnet reproduceres yderligere ved emnets begrænsede offentlige synlighed, hvormed livmoderhalskræft kan argumenteres at være urent (Douglas, 1979). Eksempelvis nævner Ella, at hun gerne vil have mere viden fra

samtaler med sine veninder, men at det samtidigt ikke er noget, som hun taler med sine veninder omkring (jf. afsnit 6.2.1), hvilket tydeliggør en selvforstærkende barriere - den manglende synlighed bidrager til en tavshed, som igen fastholder tabuet og forhindrer den sociale meningsskabelse, der ellers kan motivere til handling (Kelly & Barker, 2016).

I relation hertil er det nærliggende at overveje, hvordan Kræftens Bekæmpelse kan samarbejde med mindre, men mere specialiserede aktører som eksempelvis Livmoderforeningen, som er en frivillig forening, der blev stiftet i november 2024, hvorfor foreningen er relativt ny. Livmoderforeningens formål er "at skabe et fællesskab og give en stemme til alle med en livmoder" (Livmoderforeningen, u.å.). Mens Kræftens Bekæmpelses indsatser dækker bredt, kan Livmoderforeningens indsnævrede fokus bidrage med en vedvarende og mere fokuseret kommunikationsindsats, hvilket kan øge synligheden og gøre kommunikationen mere relevant og inkluderende. Samtidigt viser analysen et potentiale i at tænke kampagner som en slags samtalestartere frem for som ensrettede budskaber. Budskaber med en positiv tone, der inviterer til dialog, deling og refleksion frem for en løftet pegefinger har i analysen vist sig at kunne bidrage til at nedbryde tabuer og forestillinger og i stedet skabe en oplevelse af et fællesskab og medansvar. Dermed er det, som Kostygina et al. (2020) påpeger, ikke blot, hvad der siges, men hvordan det siges, der afgør et budskabs effekt.

Afslutningsvist bliver det tydeligt, at sundhedskommunikation ikke blot handler om at formidle viden, men om at skabe et meningsfyldt rum, hvor kvinder både kan spejle sig i budskaber og føle sig anerkendt i deres følelser og oplevelser. Dermed må sundhedskommunikation forstås som en social og kulturel praksis, der former samt formes af fællesskab, normer og fortællinger om kroppen og sundhed generelt. Vores tilgang til undersøgelsen har bevidst været et bredt og overordnet fokus på de mange forskellige holdninger, erfaringer og følelser, som præger diskursen om celledysplasi og livmoderhalskræft. Dette grundet, at vi ikke på forhånd ville afskrive nogle barrierer, som potentielt kunne være væsentlige og fremtrædende i vores empiri. Desuden viser vores fund, at én barriere ikke nødvendigvis afskriver en anden. Derfor kan fremtidig forskning med rette undersøge barrierer som eksempelvis frygt, stigma, blufærdighed eller betydningen af køn mere indgående, da dette giver mulighed for at gå mere i dybden med hver enkelt barriere. Derudover har det for os, trods forsøg herpå (jf. afsnit 5.2.1), ikke været muligt at få kvinder fra etniske minoriteter eller andre sårbare grupper i tale, hvilket kunne have afdækket mulige sproglige og kulturelle barrierer. Dette vil yderligere kunne medvirke til at styrke Kræftens Bekæmpelses forståelse for disse grupper, hvormed organisationen har bedre forudsætning for at tilrettelægge sin kommunikation hertil. Samtidigt ønsker vi at lægge

op til, at fremtidig forskning undersøger, hvordan og hvorvidt kommunikationsindsatser og samarbejde mellem interesseorganisationer og mindre patientforeninger, som eksempelvis Kræftens Bekæmpelse og Livmoderforeningen, kan skabe differentierede, relevante og meningsfyldte budskaber. Vi har en antagelse om, at sådanne indsatser, der kan forekomme hyppigere qua det indsnævrede fokus fra Livmoderforeningen, har potentiale til bedre at kunne understøtte kvinderne. Dette argumenteres på baggrund af, at Kræftens Bekæmpelses kampagner som blandt andet *Er der noget, du har glemt?* og *Svesken på disken* udgives i november og januar, da det er her, hvor “det har lige passer” (bilag 15, l. 868). Dette på trods af, at Kræftens Bekæmpelse nævner, at der er en sammenhæng mellem tidspunkt for kampagnerne og en øget deltagelse i screening:

vi høre ude fra lægehuse at de får et øget antal henvendelser
(.) øh i forbindelse med at vi kører kampagner øhm og det er jo
en indikation på at vi har jo også hørt at lægerne oplever at
kvinderne referer til at de har set noget i medierne så nu vil
de gerne have det gjort (bilag 15, l. 831-838).

Der er altså en begrænset synlighedsperiode, som umuligt vil matche det tidspunkt, hvor alle kvinder modtager sin invitation til screening, qua at invitationen modtages omkring ens fødselsdag. For de mange kvinder, der modtager sin invitation på andre tidspunkter af året, risikerer budskaber om livmoderhalskræft at være ude af kontekst og fraværende. Dette perspektiv peger yderligere på en koordinering og strategisk tilrettelæggelse af fremtidige kampagneindsatser i forhold til kvinders kontaktpunkter med sundhedsvæsenet.

8. Konklusion

Vi vil nu konkludere på de analytiske resultater samt den følgende diskussion med henblik på at besvare den opstillede problemformulering:

Hvordan påvirker diskurser vedrørende screening for livmoderhalskræft unge danske kvinders stillingtagen til deltagelse, og hvordan kan kommunikation fra sundhedsorganisationer som Kræftens Bekæmpelse medvirke til at nedbryde barrierer omkring deltagelsen i undersøgelsen?

Med afsæt i de tre fokusgruppeinterviews har vi opnået indsigt i, hvordan diskurser er medvirkende til at påvirke holdninger, følelser og barrierer blandt yngre kvinder i alderen 20 til 28 år. Vi har gennem en socialkonstruktivistisk og diskurspsykologisk tilgang erkendt, at unges kvinders manglende stillingtagen ikke alene kan forklares ud fra glemsomhed og mangel på viden. Disse unge danske kvinders holdninger til screening for livmoderhalskræft er præget af komplekse og divergerende følelsesmæssige og sociale faktorer. Mange af kvinderne anerkender vigtigheden af screening som en måde at tage ansvar for egen sundhed, men samtidigt er den manglende deltagelse ofte præget af udskydelse, handlingslammelse og en manglende viden, særligt om sammenhængen mellem HPV, celleforandringer og livmoderhalskræft. Yderligere skaber det for flere kvinder en usikkerhed, når de oplever et ansvar, som de hverken føler sig klar til eller klædt på til at løfte. I denne forbindelse fremstår screening for flere som en grænseoverskridelse i overgangen til voksenlivet.

Som argumenteret i diskussionen kan de unge anses som en potentielt sårbar gruppe, der har behov for støtte for at kunne deltage i screening, hvilket for flere knytter sig til forestillinger om ubehag og smerte. Vores undersøgelse viser samtidigt, at diskursen om screening ofte reducerer cellediagnosundersøgelsen til et simpelt sundhedstjek, hvilket står i kontrast til kvindernes oplevelse af cellediagnoset som blandt andet intimt og grænseoverskridende. Derfor kan unge kvinder opleve, at de ikke altid bliver anerkendt i nuværende sundhedsbudskaber, hvilket yderligere bidrager til marginalisering og stigmatisering. På trods af denne stigmatisering er kvinderne åbne over for dialog med veninder omkring svære emner, men samtalen initieres sjældent - både grundet manglende viden, samt at det kan være sårbart at tale om noget, som man ikke har viden om. Kvinderne oplever altså, at der mangler et sprog og et rum til at tale om cellediagnos, hvilket er medvirkende til at besværliggøre stillingtagen og fastholder en tavshedskultur, der kan opretholde negative forestillinger. Derudover kan vi konkludere, at oplevelsen af screening som noget, der gør ondt, er grænseoverskridende og forbundet med frygt, angst og skam, ikke udelukkende er individuelle oplevelser. Diskursen spiller her en stor rolle, hvor forestillinger og forståelsen af screening i høj grad formes af sociale normer og forventninger samt den måde screening italesættes i både dialogen med omgangskredsen samt offentlig sundhedskommunikation.

Vi konkluderer således, at sådanne diskurser har en væsentlig indflydelse på unge kvinders stillingtagen til screening for livmoderhalskræft, og at sundhedskommunikation, herunder kampagner fra Kræftens Bekæmpelse, potentielt kan medvirke til at nedbryde flere af de barrierer, som de unge kvinder oplever. Dette forudsætter en anderledes tilgang end hidtil, da den nuværende formidling af sundhedsbudskaber ofte opleves som provokerende,

generaliserende og stigmatiserende. Særligt alvorlige budskaber kan virke kontraproduktive og sågar malplacerede i de unges digitale hverdag, hvor underholdende og relaterbart indhold foretrækkes. Det er derfor nødvendigt, at formidlingen af sundhedsbudskaber tilpasses både de unges følelsesmæssige behov og digitale adfærd. I denne forbindelse er det uhensigtsmæssigt at fortsætte med at betragte unge kvinder som en homogen gruppe. Analysen har vist, at nogle kvinder har behov for viden og konkrete handleanvisninger, mens andre søger følelsesmæssig støtte eller muligheden for at spejle sig i andres erfaringer. Derfor bør kampagner versioneres og tilpasses i både indhold og udtryk - eksempelvis ved at inkludere personlige fortællinger, have en humoristisk vinkel, bruge genkendelige ansigter og anerkende den sårbarhed, som mange kvinder forbinder med undersøgelsen.

Det er desuden ikke målet for hverken WHO eller Kræftens Bekæmpelse at motivere alle kvinder til at deltage i screening. Målet for at kunne eliminere livmoderhalskræft er blot, at mindst 70% deltager i screening. Det er i den forbindelse nødvendigt at erkende, at det formentlig vil være umuligt at motivere alle. For nogle vil frygten og angsten for at udvikle livmoderhalskræft være så altoverskyggende, at den vil resultere i handlingslammelse uanset kommunikationens indhold og udtryk. Alligevel kan en dialogsøgende og støttende kommunikation være med til gradvist at åbne op for stillingtagen og bidrage til aftabuivering. Dette kan ske, såfremt den formår at skabe et rum, hvor screening for livmoderhalskræft ikke anses som urent at tale højt om, da det trods alt er et emne, som kan blive aktuelt for alle kvinder på et tidspunkt i deres liv. Desuden bør kommunikationen ikke blot opfordre kvinder til at være åbne og skabe dialog, men også gøre mænd opmærksomme på deres rolle i forebyggelsen af de kræftformer, der kan skyldes HPV-smitte. Til trods for, at vores fund viser, at nogle kvinder finder det positivt, hvis mænd får et talerør til at kunne opfordre kvinder til at deltage, konkluderer vi, at mænd blot bør involveres i kommunikation omhandlende HPV-vaccination. Dette grundet, at det er denne del af forebyggelsesindsatsen, hvor mænd kan bidrage til at gøre en forskel, hvilket flere kvinder også påpeger i fokusgrupperne. Problematikken ligger dog i, at det ikke er almen viden, at mænd både kan smitte og blive smittet af HPV. Dette har såvel som screeningen stor betydning for at kunne eliminere livmoderhalskræft inden udgangen af 2040. Vi vil derfor afslutningsvis konkludere, at kommunikation har potentiale til at skabe reelle adfærdsændringer og dermed bidrage til målet om at eliminere livmoderhalskræft som folkesundhedsproblem. Men for at opnå dette må organisationer som Kræftens Bekæmpelse bruge sin stemme og dertil medvirke til at ændre de nuværende diskurser vedrørende HPV, screening og livmoderhalskræft, samt erkende, at kommunikation ikke blot er information, men en meningsskabende praksis, som er afgørende for, hvordan kvinder forstår og tilgår screening.

9. Litteraturliste

- Arbyn, M., Gultekin, M., Morice, P., Nieminen, P., Cruickshank, M., Poortmans, P., Kelly, D., Poljak, M., Bergeron, C., Ritchie, D., Schmidt, D., Kyrgiou, M., Van Den Bruel, A., Bruni, L., Basu, P., Bray, F., & Weiderpass, E. (2021). The European response to the WHO call to eliminate cervical cancer as a public health problem. *International Journal of Cancer*, 148(2), s. 277–284.
- Brinkmann, S. (2020). Etik i en kvalitativ verden. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udgave, s. 581–600). Hans Reitzels Forlag.
- Bøje, R. B., Bardou, M., Mensah, K., Rico Berrocal, R., Giorgi Rossi, P., Bonvicini, L., Auzzi, N., Taut, D., Jiboc, N., Tisler, A., Reintamm, K., Uusküla, A., Teixeira, M., Firmino-Machado, J., Amorim, M., Baia, I., Lunet, N., Michaylova, R., Panayotova, Y., Kirkegaard, P. (2024). What are the barriers towards cervical cancer screening for vulnerable women? A qualitative comparative analysis of stakeholder perspectives in seven European countries. *BMJ Open*, 14(5), s. 1–13.
- Clark, T., Foster, L., Sloan, L., & Bryman, A. (2021). *Bryman's social research methods* (6. udgave, s. 3-15, 38-67, 83-137, 234-254, 348-475, 577-603). Oxford University Press.
- Collin, F. (2021). *Socialkonstruktivisme: En introduktion* (1. udgave, s. 9-178). Samfundslitteratur.
- Collin, F. (2022). Socialkonstruktivisme i humaniora. I F. Collin, S. Køppe, & R. Helles (Red.), *Humanistisk videnskabsteori* (4. udgave, s. 451–504). Lindhardt og Ringhof.
- Collin, F., Køppe, S., & Helles, R. (2022). Indledning. I F. Collin, S. Køppe, & R. Helles (Red.), *Humanistisk videnskabsteori* (4. udgave, s. 9–40). Lindhardt og Ringhof.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 17(1), s. 1–25.
- Damsgaard, S., Allergodt, K., & Handberg, C. (2024). Women's experiences with opting out of cervical cancer screening and the role of the nurse in the women's decision-making process. *Journal of Clinical Nursing*, 33(7), s. 2674–2687.

Danmarks Radio (2017). *Psykologer uenige: Har vi opfostret en generation af curlingbørn?* dr.dk. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/psykologer-uenige-har-vi-opfostret-en-generation-af-curlingboern>

Danske Patienter (u.å.). *Medlemsforeninger*. danskepatienter.dk. Hentet 4. april 2025, fra <https://danskepatienter.dk/om-danske-patienter/medlemsforeninger>

Datatilsynet (u.å.-a). *De grundlæggende principper*. datatilsynet.dk. Hentet 31. marts 2025, fra <https://www.datatilsynet.dk/regler-og-vejledning/grundlaeggende-begreber/hvad-er-dine-forpligtelser/de-grundlaeggende-principper>

Datatilsynet (u.å.-b). *Hvad er personoplysninger*. datatilsynet.dk. Hentet 28. marts 2025, fra <https://www.datatilsynet.dk/regler-og-vejledning/grundlaeggende-begreber/hvad-er-personoplysninger>

Davidsen, J., & Krummheuer, A. (2018). Transskription af videodata. I J. Davidsen & M. Kjær (Red.), *Videoanalyse af social interaktion* (1. udgave, s. 87–112). Samfundslitteratur.

Den Danske Ordbog (u.å.-a). Curlingbarn. I *Den Danske Ordbog*. Hentet 22. maj 2025, fra <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=curlingbarn>

Den Danske Ordbog (u.å.-b). Hvad man ikke ved, har man ikke ondt af. I *Den Danske Ordbog*. Hentet 19. maj 2025, fra https://ordnet.dk/ddo/ordbog?subentry_id=59012015&query=hvad+man+ikke+ved,+har+man+ikke+ondt+af

Den Danske Ordbog (u.å.-c). Intet er så galt at det ikke er godt for noget. I *Den Danske Ordbog*. Hentet 16. maj 2025, fra <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=intet%20er%20s%C3%A5%20galt%20at%20det%20ikke%20er%20godt%20for%20noget>

Dimitrov, R., Jelen, A., & L'Etang, J. (2022). Taboos in health communication: Stigma, silence and voice. *Public Relations Inquiry*, 11(1), s. 3–35.

Douglas, M. (1979). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo* (s. 7-40, 94-128, 159-179). Routledge.

Edley, N. (2001). Analysing Masculinity: Interpretative Repertoires, Ideological Dilemmas and Subject Positions. I *Discourse as Data. A Guide for Analysis* (s. 189–228). Sage Publications.

Flick, U. (2007). *Designing Qualitative Research* (s. 68-76). SAGE Publications, Ltd.

Fuglsang, L., Bitsch Olsen, P., & Rasborg, K. (2014). Introduktion. I L. Fuglsang, P. Bitsch Olsen, & K. Rasborg (Red.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer* (3. udgave, s. 11–50). Samfundslitteratur.

Gergen, K. J. (1997). *Virkelighed og relationer: Tanker om sociale konstruktioner* (1. udgave, s. 15-101). Dansk Psykologisk Forlag.

Graakjær, N., & Jessen, I. B. (2015). *Selektion: Om udvælgelse af medietekster til analyse* (1. udgave, s. 15-38). Systime, MÆRKK.

Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. udgave, s. 7-126). Samfundslitteratur.

Halkier, B. (2020). Fokusgrupper. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udgave, s. 167–184). Hans Reitzels Forlag.

Hall, S. (1996). Who needs “identity”? I *Questions of Cultural Identity* (s. 1–17). London: SAGE.

Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. I G. H. Lerner (Red.), *Conversation analysis: Studies from the first generation* (s. 13–31). John Benjamins Publications.

Jørgensen, M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode* (s. 9-31, 105-168). Samfundslitteratur.

Kelly, M. P., & Barker, M. (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*, 136, s. 109–116.

Kjær, S. K. (2025). Fra hypotese til forebyggelse af HPV og livmoderhalskræft. *Ugeskrift for læger*, 2025(187), s. 1–8.

Kohler, R. E., Hemler, J., Wagner, R. B., Sullivan, B., Macenat, M., Tagai, E. K., Miller, S. M., Wen, K.-Y., Ayers, C., Einstein, M. H., & Hudson, S. V. (2023). Confusion and anxiety

in between abnormal cervical cancer screening results and colposcopy: “The land of the unknown”. *Patient Education and Counseling*, 114, s. 1–6.

Kolthoff, S. K., Hestbech, M. S., Jørgensen, K. J., & Brodersen, J. (2016). Do invitations for cervical screening provide sufficient information to enable informed choice? A cross-sectional study of invitations for publicly funded cervical screening. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(7), s. 274–281.

Kostygina, G., Tran, H., Binns, S., Szczypka, G., Emery, S., Vallone, D., & Hair, E. (2020). Boosting Health Campaign Reach and Engagement Through Use of Social Media Influencers and Memes. *Social Media + Society*, 6(2), s. 1–12.

Krogstrup, H. K., & Kristiansen, S. (2015). *Deltagende observation* (2. udgave, s. 67-87, 140-154). Hans Reitzels Forlag.

Kræftens Bekæmpelse (u.å.). *Støt Brysterne*. Hentet 26. maj 2025, fra <https://www.cancer.dk/stoet-brysterne/>

Kræftens Bekæmpelse (2023a). *Halvdelen af unge kvinder deltager ikke i screening for livmoderhalskræft*. cancer.dk. <https://www.cancer.dk/nyheder-og-fortaellinger/2023/halvdelen-af-unge-kvinder-deltager-ikke-i-screening-for-livmoderhalskraeft/>

Kræftens Bekæmpelse (2023b). *Statistik for livmoderhalskræft*. cancer.dk. <https://www.cancer.dk/livmoderhalskraeft-collumcancer/fakta/statistik/>

Kræftens Bekæmpelse (2024a). *Kræftens Bekæmpelse—Et overblik*. cancer.dk. https://www.cancer.dk/om-os/om-kraeftens-bekaempelse/et-overblik/#Kræftens_Bekæmpelses_hovedformål

Kræftens Bekæmpelse (2024b). *Alvorlig kræftform kan være udryddet inden for de kommende 15 år*. cancer.dk. <https://www.cancer.dk/nyheder-og-fortaellinger/2024/alvorlig-kraeftform-kan-vaere-udryddet-om-10-15-aar/>

Kræftens Bekæmpelse (2024c). *Unge kvinder glemmer at gå til kræftscreening*. cancer.dk. <https://www.cancer.dk/nyheder-og-fortaellinger/unge-kvinder-glemmer-at-gaa-til-kraeftscreening/>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udgave, s. 17-74, 105-217, 235-247). Hans Reitzels Forlag.

Kvernrød, A.-B., & Hansen, K. (2015). *Det er ikke noget, jeg ikke vil, men noget, jeg ikke får mig taget sammen til at få gjort* (s. 1–11). Kræftens Bekæmpelse.

<https://mediebibliotek.cancer.dk/m/5ab30e1550761838/original/-Det-er-ikke-noget-jeg-ikke-vil-men-noget-jeg-ikke-far-mig-taget-sammen-til-at-fa-gjort.pdf>

Køppe, S. (2015). Data og teori i humaniora. I D. Budtz Pedersen, F. Stjernfelt, & S. Køppe (Red.), *Kampen om disciplinerne: Viden og videnskabelighed i humanistisk forskning* (1. udgave, s. 23–44). Hans Reitzels Forlag.

Livmoderforeningen (u.å.). Om [LinkedIn-side]. LinkedIn. Hentet d. 27. maj 2025, fra <https://www.linkedin.com/company/livmoderforeningen/about/>

Machi, L. A., & McEvoy, B. T. (2022). *The literature review: Six steps to success* (4. udgave, s. 73-100). Corwin.

McGeechan, G. J., James, B., & Burke, S. (2020). ‘Well that’s the most ridiculous thing I have ever heard! No excuse’. A discourse analysis of social media users’ othering of non-attenders for cervical screening. *Psychology & Health*, 36(3), s. 290–306.

Miller, E., Bergmeier, H. J., Blewitt, C., O’Connor, A., & Skouteris, H. (2021). A systematic review of humour-based strategies for addressing public health priorities. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 45(6), s. 568–577.

Mortensen, J. H., Bigaard, J., & Kvernrød, A.-B. (2021). Young Danish HPV vaccinated women’s knowledge, barriers and facilitators towards cervical cancer screening: A qualitative study. *Preventive Medicine Reports*, 24, s. 1–6.

Papaioannou, D., Sutton, A., Carroll, C., Booth, A., & Wong, R. (2010). Literature searching for social science systematic reviews: Consideration of a range of search techniques. *Health Information and Libraries Journal*, 27(2), s. 114–122.

Peterson, C. E., Silva, A., Gobin, A. H., Ongtengco, N. P., Hu, E. Z., Khanna, D., Nussbaum, E. R., Jasenof, I. G., Kim, S. J., & Dykens, J. A. (2021). Stigma and cervical cancer prevention: A scoping review of the U.S. literature. *Preventive Medicine*, 153, s. 1–12.

Peterson, E. B., Ostroff, J. S., DuHamel, K. N., D'Agostino, T. A., Hernandez, M., Canzona, M. R., & Bylund, C. L. (2016). Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: A systematic review. *Preventive Medicine*, 93, s. 96–105.

Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour* (s. 1-216). Sage Publications.

Potter, J., & Wetherell, M. (1992). *Mapping the language of racism: Discourse and the legitimization of exploitation* (s. 58-10). Harvester Wheatsheaf.

Rasborg, K. (2014). Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I L. Fuglsang, P. Bitsch Olsen, & K. Rasborg (Red.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer* (3. udgave, s. 403–433). Samfundslitteratur.

Raudaskoski, P. (2020). Observationsmetoder (herunder videoobservation). I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udgave, s. 118–137). Hans Reitzels Forlag.

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (2024). *Dansk kvalitetsdatabase for livmoderhalskræftscreening* (s. 1–83).

<https://www.sundk.dk/media/smuuaw55/582bc8f766c84ca494e288dd96835c6e.pdf>

Sundhed.dk (2020). *Helbredsangst*. sundhed.dk.

<https://www.google.com/url?q=https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/angstlidelser/helbredsangst/&sa=D&source=docs&ust=1748357602654883&usg=AOvVaw2hsN9xpmz11DXM37llqkE>

Sundhed.dk (2024). *Brystkræft*. sundhed.dk.

<https://www.google.com/url?q=https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/brystsygdomme/sygdomme/brystkraeft/brystkraeft/&sa=D&source=docs&ust=1740389211757477&usg=AOvVaw1HBMjr0lfEtwZl8dCKaj2X>

Sundstrom, B., Smith, E., Delay, C., Luque, J. S., Davila, C., Feder, B., Paddock, V., Poudrier, J., Pierce, J. Y., & Brandt, H. M. (2019). A reproductive justice approach to understanding women's experiences with HPV and cervical cancer prevention. *Social Science & Medicine*, 232, s. 289–297.

Tannenbaum, M. B., Hepler, J., Zimmerman, R. S., Saul, L., Jacobs, S., Wilson, K., & Albarracín, D. (2015). Appealing to fear: A meta-analysis of fear appeal effectiveness and theories. *Psychological Bulletin*, 141(6), s. 1178–1204.

Tatari, C. R., Andersen, B., Brogaard, T., Badre-Esfahani, S. K., Jaafar, N., & Kirkegaard, P. (2020). Perceptions about cancer and barriers towards cancer screening among ethnic minority women in a deprived area in Denmark – a qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), s. 1–10.

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2014). *Den danske kodeks for integritet i forskning* (s. 1–27). Uddannelses- og Forskningsministeriet. <https://ufm.dk/publikationer/2015/filer/file>

Van Dam, S., & Van Reijmersdal, E. (2019). Insights in adolescents' advertising literacy, perceptions and responses regarding sponsored influencer videos and disclosures. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 13(2), s. 1–19.

Vrinten, C., McGregor, L. M., Heinrich, M., von Wagner, C., Waller, J., Wardle, J., & Black, G. B. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*, 26(8), s. 1070–1079.

Westbrook, L., & Fourie, I. (2015). A feminist information engagement framework for gynecological cancer patients: The case of cervical cancer. *Journal of Documentation*, 71(4), s. 752–774.

Zhao, X., & Nan, X. (2016). The Influence of Absolute and Comparative Risk Perceptions on Cervical Cancer Screening and the Mediating Role of Cancer Worry. *Journal of Health Communication*, 21(1), s. 100–108.

10. Bilagsliste

- Bilag 1. Litteraturgrundlag
- Bilag 2. Godkendt litteraturgrundlag
- Bilag 3. Invitation til screening for livmoderhalskræft
- Bilag 4. Søgeprotokol
- Bilag 5. Interviewguide til interview med Kræftens Bekæmpelse
- Bilag 6. Grafik og tekst til rekruttering til fokusgrupper
- Bilag 7. Interviewguide til fokusgruppeinterviews
- Bilag 8. Øvelse 1
- Bilag 9. Øvelse 2
- Bilag 10. Feltnotater fra interview med Kræftens Bekæmpelse
- Bilag 11. Feltnotater fra fokusgruppeinterviews
- Bilag 12. Samtykkeerklæringer fra Kræftens Bekæmpelse
- Bilag 13. Samtykkeerklæringer fra fokusgruppeinterviews
- Bilag 14. Transskriptionsnøgler
- Bilag 15. Transskription af interview med Kræftens Bekæmpelse
- Bilag 16. Transskription af fokusgruppe 1
- Bilag 17. Transskription af fokusgruppe 2
- Bilag 18. Transskription af fokusgruppe 3
- Bilag 19. Kodning af fokusgruppe 1
- Bilag 20. Kodning af fokusgruppe 2
- Bilag 21. Kodning af fokusgruppe 3
- Bilag 22. Koder
- Bilag 23. Kategorier og dertilhørende koder