

## Резюме книги

# МИГРАЦИЯ, ЭТНИЧЕСКАЯ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Реферат книги «МИГРАЦИЯ, ЭТНИЧЕСКАЯ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ В МУЛЬТИКУЛЬТУРНЫХ ОБЩЕСТВАХ»

Raj S Bhopal

Ашеровский институт изучения здоровья населения и медицинской информатики, Эдинбургский университет, Соединенное Королевство

Автор, отвечающий за переписку: Raj S Bhopal (адрес электронной почты: Raj.Bhopal@ed.ac.uk)

## АННОТАЦИЯ

Как мигрирующий, социальный и недавно возникший вид, генетически *Homo sapiens* в значительной степени единообразен. Генетические различия между популяциями обычно связаны с адаптацией к окружающей среде, к примеру, цвет кожи. Люди неоднородны в культурном отношении, например в том, что касается их пищевых предпочтений, манеры одеваться и языков, на которых они говорят. Мы проводим различия между индивидами и группами, используя такие концепции, как расовая и этническая принадлежность. Эти концепции перекликаются, хотя в отношении расовой принадлежности больший упор делается на физические особенности, а в отношении этнической принадлежности – на

культурные. Эти концепции стали особенно важны в связи развитием международного туризма, миграцией и глобализацией. Миграционный статус, расовая и этническая принадлежность широко используются в демографических базах данных, а также в базах данных по здоровью и здравоохранению, демонстрируя важные групповые различия в показателях здоровья, использовании и качестве услуг здравоохранения. Некоторые из них представляют собой очевидные несправедливые различия, то есть такие различия, в которых присутствует элемент несправедливости. Поэтому категории расовой и этнической принадлежности стали неотъемлемым элементом в повестке дня в отношении

неравенств и несправедливых различий. Расовая и этническая принадлежность связана с такими категориями, как миграционный статус, гражданство, автохтонный (коренной) статус и расизм. Международное право и международные меры политики всемерно поддерживают принципы противодействия расизму и дискриминации. Важную роль в этом играют инициативы в области охраны общественного здоровья, стимулируя осуществление основанных на эпидемиологических данных оценок потребностей, установление приоритетов и проведение высококачественных исследований с целью улучшения здоровья как большинства, так и меньшинства.

**Ключевые слова:** ЭТНИЧЕСКИЙ, ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ, РАСА, РАСИЗМ, НЕРАВЕНСТВА, КУЛЬТУРА, МИГРАЦИЯ, МИГРАНТ

## ВВЕДЕНИЕ

Люди представляют собой единый биологический вид с поразительно незначительными генетическими различиями между группами (1–3). Среди концепций, которые группы людей используют для собственной дифференциации, расовая и этническая принадлежность имеют особую важность для медицины и наук об охране общественного здоровья (4). Люди могут проводить различия между индивидами и группами с раннего младенческого возраста путем, к примеру определения физических призна-

ков, связанных с расовой принадлежностью (5,6). Категории расовой и этнической принадлежности приобрели сегодня особую важность в глобальных масштабах благодаря международной миграции, которая объединяет людей различных национальностей, с различными физическими особенностями, религией, языками и традициями, создавая мультикультурные и мультиэтнические общества. (В данном обзоре я буду рассматривать группы на основании их миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности, но иногда буду называть их этническими группами или меньшинствами).

## ЗАДАЧИ, ИСТОЧНИКИ, МЕТОДЫ ОТБОРА, КОМПИЛЯЦИИ И ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ В НАСТОЯЩЕМ ОБЗОРЕ

Задача этого обзора – кратко изложить содержание моей книги *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (Миграция, этническая и расовая принадлежность и здоровье в мультикультурных обществах) (1,2). Эта книга, в особенности ее предыдущая сокращенная версия, является основным источником всех представленных материалов (10). Поэтому обзор основан на традиционных академических принципах изучения литературы, посвященной исследованиям, политике и практике, вместе с поиском по соответствующим веб-сайтам, в частности тем, которые посвящены международным системам сбора данных, государственным мерам политики и приоритетам. Интерпретация основана на принципах общественного здравоохранения и эпидемиологии.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСОВОЙ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПЕРЕМЕННЫЕ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НА ЭВОЛЮЦИОННУЮ МОДЕЛЬ, ОТНОСЯЩУЮСЯ К МИГРАЦИИ

Традиционно концепция расы использовалась для классификации групп населения в подгруппы на основании таких биологических факторов, как цвет кожи, форма лица и тип волос. Раса человека – это группа, к которой с учетом этих факторов он принадлежит или считается принадлежащим (2). В прошлом наблюдались значительные злоупотребления расовыми классификациями, основанными на биологических

признаках, в частности в рамках так называемого «окончательного решения еврейского вопроса» (1,2,11). Однако идея расовой принадлежности меняется и начинает включать в себя социальные факторы и общую историю, и поэтому она начинает сближаться с этнической принадлежностью (2,12). Новые генетические технологии также приводят к переоценке биологической концепции расы (3,13). Концепция расы подвергалась критике из-за нанесенного в связи с ее использованием исторического урона (11), однако эта концепция сохраняет свою важность в общественном здравоохранении, в определенной мере для корректировки подобного урона, в особенности в том, что касается расизма (14). Расизм – это представление о том, что некоторые группы превосходят другие из-за их расы (или связанных с ней характеристик, таких как этническая или религиозная принадлежность или миграционный статус). Расизм используется для того, чтобы дать преимущества для этих групп, якобы (но не в действительности) превосходящих другие группы.

При классификации людей понятие этнической принадлежности зависит от таких культурных и социальных факторов, как происхождение семьи, язык, пищевые предпочтения и ограничения и религия. Этническая принадлежность человека – это группа, к которой он принадлежит или считается принадлежащим в свете этих факторов (2). Происхождение семьи основано на родословной, так что как расовая, так и этническая принадлежность имеют эту составляющую. В Европе концепция этнической принадлежности во многом заменила концепцию расы (1). Однако в международных масштабах расовая и этническая принадлежность зачастую используются в качестве синонимов (4).

Концепции расовой и этнической принадлежности связаны, но все же являются отдельными от концепции гражданства (которое связано с подданством и/или паспортом) и страной рождения, хотя эти два понятия часто используются как прокси для расовой и этнической принадлежности (1,2,15). Расовая, этническая принадлежность и их прокси занимают центральное место в эпидемиологии и общественном здравоохранении (16), по причинам, представленным в табл. 1.

**ТАБЛИЦА 1. ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ИЛИ РАСА ИЛИ МЕСТО РОЖДЕНИЯ) КАК ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕМЕННАЯ**

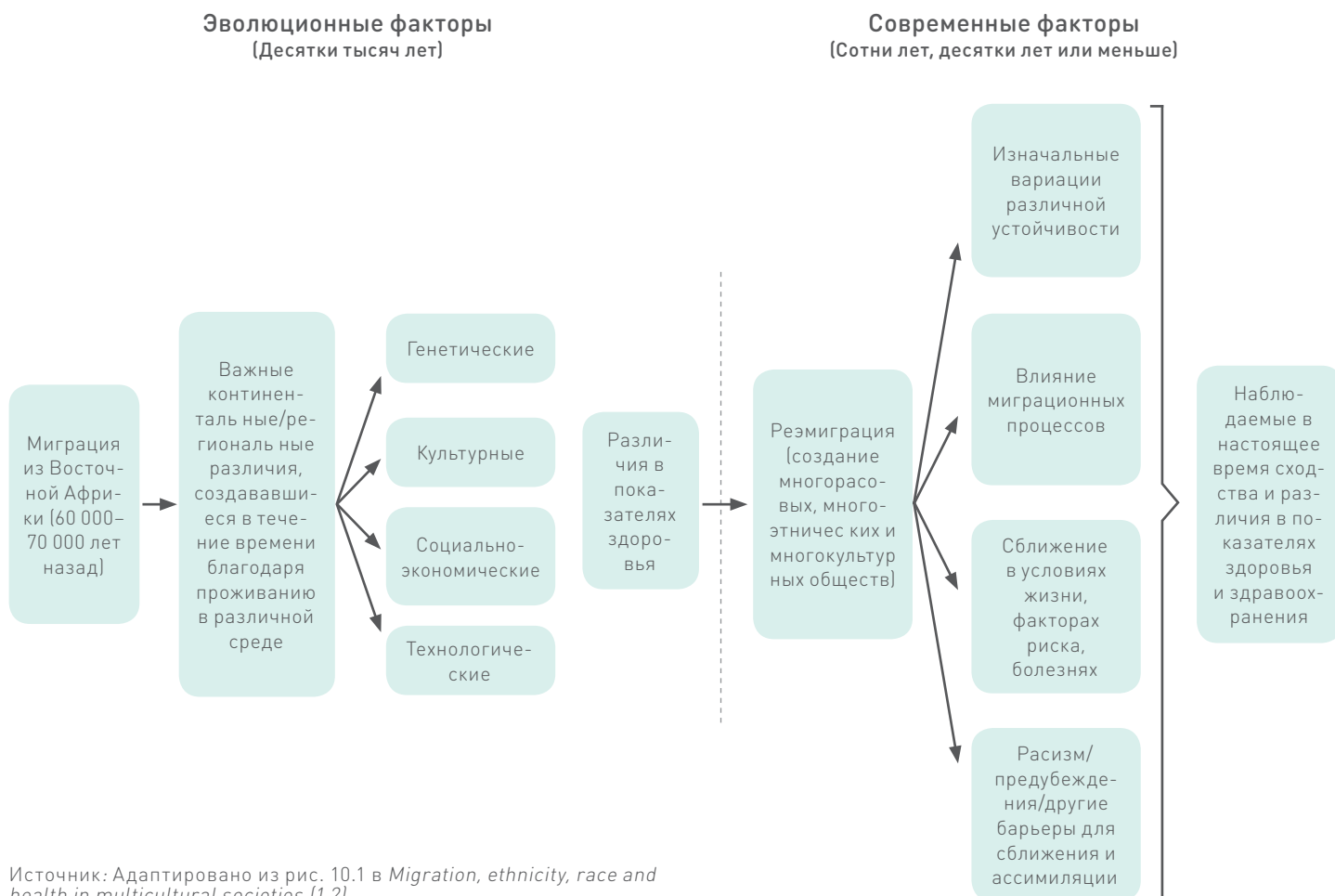
Критерии отбора качественной эпидемиологической переменной	Связь этнической принадлежности (или расы или страны рождения) с этими критериями
Воздействует на здоровье на индивидуальном и популяционном уровне	Этническая принадлежность оказывает мощное сопутствующее воздействие на здоровье
Поддается точному измерению	В большинстве групп населения этническую принадлежность трудно определить (это не так в отношении страны рождения)
Дифференцирует группы населения по их опыту в отношении болезней или здоровья	Огромные различия, связанные с этнической принадлежностью, наблюдаются для множества заболеваний, проблем со здоровьем и факторов, которые обуславливают проблемы со здоровьем
Дифференцирует группы населения по ряду основных характеристик, относящихся к здоровью, таких, как, например, доход, обстановка и условия, в которых прошло детство, гормональный статус, генетическая наследственность или поведение в отношении здоровья	Различия в картине заболеваемости в различных этнических группах отражают сочетание множества факторов окружающей среды и могут также отражать популяционные изменения в генетических факторах, в особенности в тех группах населения, в которых высок уровень миграции
Формирует тестируемые этиологические гипотезы, и/или способствует разработке политики здравоохранения, и/или способствует в планировании и предоставлении услуг здравоохранения, и/или способствует профилактике или борьбе с заболеваниями	Трудно протестировать конкретные гипотезы, так как существует очень много глубинных различий между популяциями различной этнической принадлежности
	Обусловленные этнической принадлежностью различия в картине заболеваемости серьезно влияют на политику здравоохранения
	Знание этнической структуры населения имеет важнейшее значение для качественного процесса принятия решений
	Понимая распределения болезней и риска в соответствии с этнической принадлежностью, можно направить программы по профилактике и контролю на надлежащие этнические группы
Источник: Адаптировано из таблицы 1.3 в <i>Migration, ethnicity race and health in multicultural societies (1,2)</i> .	

На левой половине рис. 1 показано, как миграция из Восточной Африки привела к дифференциации среди народонаселения. Период, прошедший со времени миграции из Африки, который составляет 60 000–70 000 лет, был достаточно длинным для того, чтобы привести к различиям между подгруппами, но при этом недостаточным для создания нового человеческого вида. Иммигранты приезжают с самыми различными показателями здоровья, свойственными месту их происхождения (либо практически постоянными, например в отношении генетических вариаций, либо подверженными широким изменениям, например, низкое кровяное давление). Последствия самого процесса миграции (например воздействие процесса отбора), путешествие, новые жизненные обстоятельства, дискриминация на новом месте и другие факторы – все это влия-

ет на показатели здоровья мигрантов (см. правую часть рис. 1).

Концепции расовой и этнической принадлежности важны для демонстрации как неравенств, так и несправедливых различий (то есть таких различий, которые включают элемент несправедливости) (8,12,17). Благодаря анализу подобных неравенств можно получить представление о тех факторах, которые лежат в их основе и, следовательно, определить, какие вмешательства необходимо предпринять. Однако подобная работа может также приводить к стереотипизации, стигматизации и расизму. Некоторые потенциальные проблемы и преимущества использования категорий расовой и этнической принадлежности приведены в табл. 2.

**РИСУНОК 1. МОДЕЛЬ, СВЯЗЫВАЮЩАЯ ЭВОЛЮЦИОННЫЕ И НАБЛЮДАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ СИЛЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ВАРИАЦИИ В ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИГРАЦИОННОГО СТАТУСА, РАСЫ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ**



Источник: Адаптировано из рис. 10.1 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* [1,2].

## КЛАССИФИКАЦИИ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ СБОРА ДАННЫХ

При том, что создание классификаций и категорий в отношении миграционного статуса, этнической и расовой принадлежности является необходимым, эти классификации и категории являются прагматическими и направлены на то, чтобы удовлетворить предполагаемые потребности конкретных групп населения в определенном месте и в определенное время (17,18). Эти категории должны быть содержательными и приемлемыми так и для тех, кто создает и использует эту классификацию, так для тех, кто является ее предметом. В настоящее время большинство классификаций разработаны для самостоятельного предоставления сведений, которое сегодня рассматривается как передовая практика.

В прошлом же расовая принадлежность обычно определялась наблюдателями. Иногда данные получают из официальных регистров, в особенности это касается миграционного статуса.

Подобные классификации позволяют осуществлять важный демографический анализ (1,2,8,19,20). Хотя обычно имеется целый ряд классификаций, чаще всего доминирует та, что используется при переписи населения (или аналогичных системах учета населения) (1,2,15,17,21).

## СЛОЖНОСТИ ПРИ СБОРЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ

Необходимо разработать системы регистрации и обработки данных для учета, извлечения и анализа данных по соответствующим параметрам,

**ТАБЛИЦА 2. ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАТЕГОРИЙ РАСЫ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ В МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИНАХ**

Категория	Потенциальные проблемы	Потенциальные преимущества
Репутация/авторитет	Поддерживает сложные с научной точки зрения концепции, которые раньше использовались неподобающим образом	Использование концепций приведет к разработке и совершенствованию медико-санитарных наук и к улучшению здоровья
Разделение общества	Ослабляет социальную сплоченность из-за акцента на различиях и создания чувства неполноценности или превосходства	Содействует улаживанию существующих социальных разногласий путем признания различий и воздействия на них, а также путем демонстрации сходств
Расизм	Предоставляет информацию, которая может ненадлежащим образом использоваться теми, кто хочет продемонстрировать неполноценность или превосходство конкретных групп	Информация может способствовать в борьбе с несправедливостью, которая наблюдалась в прошлом, и направлять действия по предотвращению расизма в будущем
Этноцентризм	Устанавливает стандарты, которые обычно основаны на показателях для большинства населения и могут быть неуместными для конкретной этнической группы	Демонстрируя, что в некоторых отношениях показатели здоровья у представителей этнических меньшинств лучше, можно установить более амбициозные стандарты для населения в целом, в том числе для большинства населения, то есть взять за стандарт группу населения с наилучшими показателями здоровья
Акцентирование проблем	Стигматизация и стереотипизация меньшинств путем акцентирования тех состояний, по которым их показатели здоровья являются наихудшими	Демонстрируя, что в некоторых отношениях здоровье в группах меньшинств лучше, а не хуже здоровья большинства населения, исследования могут противодействовать стигме и стереотипам, существующим в отношении меньшинств
Научные достижения	Как и в прошлом, наука может направляться в сторону необоснованных выводов и неэтичных методов	Если преимущества, которые можно получить в результате изучения расовой и этнической принадлежности будут применены, можно достичь важных успехов в отношении показателей здоровья населения
Развитие служб здравоохранения	В результате неверной информации или интерпретации службы здравоохранения могут отклоняться в сторону от реальных нужд населения	При наличии надлежащих данных услуги здравоохранения могут быть лучше адаптированы для удовлетворения потребностей
Клиническая помощь на уровне индивидов	Клиницисты могут быть введены в заблуждение обобщениями, стереотипами и недостоверными исследованиями и информацией, полученной в процессе обучения	Благодаря более глубокому пониманию расы и этнической принадлежности клиническая помощь может стать более эффективной
Отношение к иммиграции	Негативные данные о показателях здоровья и использовании услуг здравоохранения могут вызвать/закрепить негативное отношение к иммиграции	Демонстрируя вклад иммигрантов в предоставление услуг здравоохранения и обеспечение здоровья населения, можно четче продемонстрировать преимущества иммиграции

Источник: Адаптирована из таблицы 1.5 в *Migration, ethnicity race and health in multicultural societies* (1,2).

включая расовую и/или этническую группу, миграционный статус, языковые предпочтения, религию и пищевые потребности и ограничения. При создании баз данных и организации исследований по вопросам здоровья необходимо выбирать, какие аспекты миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности должны быть охвачены,

а также какие методы сбора данных, концепции и терминология будут использоваться. Также необходимо обеспечить взаимопонимание между провайдерами и держателями данных. Существует три основных подхода к сбору данных: (i) самооценка; (ii) оценка, осуществляемая другим, на основе изучения документации; (iii) оценка, осуществляемая

другим, основанная на наблюдении (см. табл. 3). Последний метод использовать не рекомендуется. Основные источники необходимых данных включают переписи населения, системы учета населения, свидетельства о рождении и смерти, медицинские карты, регистры болезней. Все эти наборы данных часто не включают сведения о расовой, этнической принадлежности или миграционном статусе. Перспективным методом добавления этих параметров, полученных из других источников, является связывание данных (22).

**ТАБЛИЦА 3. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИГРАЦИОННОГО СТАТУСА, РАСОВОЙ ИЛИ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ**

Цвет кожи/физические признаки
Страна рождения человека или его родителей/бабушек и дедушек
Анализ имени
Происхождение семьи и анализ родословной или генеалогии
Этническая и расовая группа согласно самооценке
Детали миграционного статуса согласно самооценке: длительность проживания в данной стране, страна рождения или происхождения, является ли человек лицом, ищущим убежища, беженцем или незаконным мигрантом
Источник: Адаптировано из таблицы 3.3 в <i>Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies</i> (1,2).

Пользователи при интерпретации данных должны приходить к веским объяснениям имеющихся различий и сходств или по меньшей мере к постановке обоснованных вопросов, которые будут направлять интерпретацию. Концептуальная схема для интерпретации включает следующие факторы: ошибки в данных и в системе; случайная ошибка; необъективности при сборе данных; различия в социально-экономических условиях, образе жизни и других культурных и генетических факторах.

## РЕАКЦИЯ НА УРОВНЕ ОБЩЕСТВА

Как правило, в социально неоднородных обществах существует понимание того, что показатели здоровья и потребности в отношении охраны здоровья населения варьируют в зависимости от миграционного статуса и принадлежности к расовой или этнической группе. Реакция на уровне общества может представлять собой от простого изучения различий, обвинения меньшинств в их собственных про-

блемах в отношении здоровья и даже исключения их из охвата услугами до организации специальных инициатив, адаптации услуг к их нуждам, созданию политики равноправия и справедливости услуг для удовлетворения их потребностей (23). Реакция зависит от социального контекста и от политических и общественных взглядов на такие вопросы, как миграция, расовая и этническая принадлежность, как обсуждается на примере Соединенного Королевства, Нидерландов и Венгрии.

В Соединенном Королевстве акцент в области здравоохранения делается на мигрантах и их детях и внуках; при этом в основном применяется концепция этнической принадлежности. Иммигрантов связывают (иногда ошибочно) с повышением риска инфекционных заболеваний и экологических опасностей для общества в целом. Подобные представления оказывают пагубное влияние. С 1970-х гг. с целью решения проблем в области здравоохранения, которые в большей степени наблюдаются в группах меньшинств, ведутся тщательные исследования вариаций в картине заболеваемости. На основании их результатов осуществляются ответные действия в области политики, подкрепленные прочной законодательной базой (23). В 1990-х гг. и в начале XXI века наблюдалась активизация повестки дня в области социальной справедливости, которая сочеталась с мощным антидискриминационным законодательством в поддержку равноправия. В Законе 2010 г. о равных правах и недопущении дискриминации Соединенного Королевства раса (включая этническую, религиозную принадлежность и миграционный статус) является одной из законодательно охраняемых характеристик.

В конце XX века Нидерланды стали одним из наиболее многоликих мультиэтнических обществ в мире. В этой стране было институционально закреплено использование страны рождения в качестве основного косвенного показателя или прокси этнической принадлежности (15). Однако в связи с политическими изменениями не наблюдалось стабильного подхода к ответным действиям в области политики. В настоящее время распространена следующая позиция: хотя особый подход может быть необходим для обеспечения потребностей людей, рожденных за пределами страны, необходимо обеспечить быструю интеграцию и ассимиляцию, чтобы дети и внуки мигрантов уже не нуждались в специальных услугах. Уровень проводимых в Нидерландах

исследований является высоким, что относится и к разработке масштабных когортных исследований.

Венгрия является исторически многонациональной страной с беспокойным прошлым. Одной из ее важнейших трудностей является распространение идеала равенства, закрепленного в венгерской конституции и законах, на проживающее в этой стране цыганское население (или рома) (25). Это этническое меньшинство проживает в Венгрии на протяжении многих столетий, укоренившись на ее территории с XIV или XV века. По сравнению с другими жителями цыганское население является очень бедным, среди них наблюдается низкий уровень образования и занятости, у них отмечается множество проблем в отношении здоровья, включая тот факт, что ожидаемая продолжительность жизни представителей народности рома на 10 лет меньше, чем у остального населения. Однако закрепленное в Конституции перспективное видение Венгрии как справедливого общества в теории является положительным, и если оно будет осуществлено на практике, результат будет иметь огромное значение для Европы.

Бросается в глаза разнообразие ответных действий, предпринимаемых в этих странах. Тем не менее, определенный сценарий просматривается: начало дает понимание наличия проблем в области здоровья, в особенности осведомленность о риске инфекционных болезней; затем проводится формальное исследование показателей здоровья и здравоохранения в соответствии с миграционным статусом, принадлежностью к этнической или расовой группе; затем формулируется политика или планы, иногда при поддержке законодательства; потом мы видим переход от политики исключения меньшинств к политике поддержки благополучия меньшинств; затем осуществляются конкретные действия для корректировки существующих несправедливых различий, и, наконец, делается попытка адаптировать общие службы для обеспечения потребностей. Активизировавшиеся в конце XX века глобальные и национальные движения за всеобщие права человека, а также понимание того, что иммиграция жизненно необходима для их экономического и демографического благополучия, подвигли многие страны на то, чтобы сделать вопросы справедливости в отношении показателей здоровья и здравоохранения центральным элементом политики стран (8).

Данные должны собираться в рамках международных этических и правовых норм и механизмов, защищающих права человека, как представителей меньшинства, так и представителей большинства (26). Нельзя достичь целей равенства и справедливости и проводить мониторинг прогресса в их достижении при отсутствии данных по миграционному статусу, расовой или этнической принадлежности, что было признано Европейским региональным бюро ВОЗ в 1983 г. (27) и еще раз подчеркнуто в рамках глобальной консультации ВОЗ и Международной организации по миграции (8).

## ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ДАННЫХ

Оценка потребностей в отношении здоровья – это обзор данных об определенной группе населения с целью улучшения показателей здоровья и совершенствования здравоохранения. Оценка потребностей в отношении здоровья в группах расовых и этнических меньшинств зачастую затруднена из-за нехватки сравнимых данных высокого качества и необходимой конкретизации на уровне подгруппы (28,29). Однако базы данных, в которых используются широкие расовые или этнические категории (или такие прокси, как страна рождения), имеются в большинстве европейских стран (28).

Оценка потребностей для групп меньшинств начинается с изучения показателей здоровья, картины заболеваемости и характеристик использования услуг по охране здоровья в каждой группе. Это – подход, основанный на расчете абсолютного риска (1,2,16). Результаты затем сравниваются с результатами для всего населения в целом (чаще всего) или с результатами для большинства. Альтернативным (редко используемым) подходом является сравнение с группой, в которой наблюдается наиболее желаемый уровень изучаемого показателя здоровья. Эти сравнительные подходы представляют собой подход, основанный на расчете сравнительного риска (16). Качественные данные обогащают

и помогают подтвердить количественный анализ, предоставляя лицам, оценивающим потребности, доступ к мнениям, представлениям, убеждениям, сообщенным самими индивидами типам поведения и историям болезни (1,30).

Проведенные оценки потребностей в отношении здоровья продемонстрировали, что общепринятые представления о потребностях меньшинств часто являются ошибочными (29). Например, уровни иммунизации иногда являются высокими (а не низкими) (31), ожидаемая продолжительность жизни может быть выше, чем у населения в целом (32), а материалы по просвещению в вопросах здоровья могут в очень незначительной степени соответствовать картине заболеваемости (33). Однако некоторые обобщения являются справедливыми: потребности в отношении здоровья значительно варьируют от группы к группе; неудивительно, что в группах меньшинств иногда лучше ситуация в отношении показателей здоровья и даже в отношении охраны здоровья; качество услуг для групп меньшинств, включая профилактические мероприятия и личную коммуникацию, обычно хуже; потребности, по мнению самих групп меньшинств, в основном касаются таких вопросов, как коммуникация, информация, обеспечение религиозных требований, традиционные пищевые ограничения и информированное согласие (29). Так как проведение оценки потребностей в отношении здоровья является трудоемким и дорогостоящим процессом, который не всегда удастся осуществить, особую важность имеет ряд принципов (см. вставку 1) (1,2).

<Insert Box 1 near here>

## НЕРАВЕНСТВА, НЕСПРАВЕДЛИВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЗДОРОВЬЕ И В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

На показатели здоровья, заболеваемость и структуру смертности в группах населения влияют такие факторы, как благосостояние, качество окружающей среды, характер питания, поведение и наследственность (вставка 2) (20,34,35). Поэтому неудивительно, что существуют значительные неравенства по показателям здоровья в зависимости от миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности.

### ВСТАВКА 1. ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ, КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Избегайте дробного подхода к обеспечению потребностей меньшинств в отношении здоровья, при котором так называемые специфические для мигрантов, представителей определенной расы или лиц определенной этнической принадлежности проблемы в области охраны здоровья решаются по отдельности. Необходим сбалансированный общий взгляд (29).
2. Основывайте оценку потребностей на ранжировании причин, используя число случаев и уровни заболеваемости (табл. 4, колонки 2–4).
3. Совершенствуйте интерпретацию, рассматривая сравнительные показатели, которые привлекут внимание к неравенствам и несправедливым различиям (табл. 4, колонки 4–5).
4. Интерпретируйте количественные данные в свете качественных выводов.
5. Интерпретируйте наблюдаемые различия, уделяя надлежащее внимание социальной и экономической депривации в качестве объясняющих факторов.
6. Имейте в виду, что предположения о биологических различиях между группами могут быть особенно подвержены ошибкам и ненадлежащей интерпретации и могут отрицательно повлиять на представления о меньшинствах.
7. Принимайте решения о том, как данные могут наилучшим образом использоваться для улучшения здоровья и здравоохранения как для представителей меньшинств, так и для представителей большинства. Подобные решения должны приниматься по возможности в консультации с представителями меньшинств, которых они касаются.
8. Группы этнических меньшинств нельзя исключать из (или препятствовать использованию ими) важнейших инициатив в области общественного здравоохранения и охраны здоровья, даже если организованы отдельные или специальные службы.
9. Потребности меньшинств должны изучаться и обеспечиваться одновременно с обеспечением потребностей остального населения, а не откладываться на более поздний срок для работы над ними отдельно.
10. В рамках всех мер политики и планов в области общественного здравоохранения должно быть четко представлено то, как будут обеспечиваться потребности меньшинств.

Важно понимать разницу между концепциями несправедливых различий и неравенств (различий). Несправедливые различия – это различия, которые



**ТАБЛИЦА 4. КАТЕГОРИИ В СТАНДАРТНОЙ ТАБЛИЦЕ, ПРИМЕНЯЕМОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, В ОСОБЕННОСТИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ**

Заболевание или состояние	Число случаев	Показатель	Порядковый номер по числу случаев или показателю	СОС/сравнительный риск	Порядковый номер по СОС
---------------------------	---------------	------------	--	------------------------	-------------------------

СОС – стандартизированное отношение смертности

Источник: Адаптировано из таблицы 5.8 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* [1,2].

**ВСТАВКА 2. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ИЛИ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗЛИЧИЯ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЗДОРОВЬЯ В СВЯЗИ С МИГРАЦИОННЫМ СТАТУСОМ, РАСОВОЙ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ**

- Культурные нормы (например, запрет на курение, алкоголь и контрацепцию), многие из которых обусловлены религиозными взглядами, которые различны между группами населения.
- Социальный, образовательный и экономический статус, то есть знание биологии и причин нездоровья, знание языков, признанные квалификации и возможности для работы.
- Факторы окружающей среды до и после миграции, например климат, жилищные условия и качество воздуха.
- Образ жизни: физическая активность, потребление алкоголя, питание;
- Доступ к рекомендациям в отношении здоровья и следование этим рекомендациям (например, желание обращаться в социальные службы и службы здравоохранения и выполнять рекомендации; использование так называемых дополнительных или альтернативных методов лечения), в том числе в рамках системы здравоохранения страны происхождения.
- Генетические и биологические факторы, например вес при рождении, динамика роста, состав тела, генетические характеристики и болезни.

Источник: Адаптировано из вставки 6.1 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* [1,2].

являются несправедливыми и неправомерными, например те, что обусловлены ненадлежащим доступом к информации или услугам. Именно на несправедливые различия должны прежде всего быть направлены предпринимаемые действия, в особенности, если имеются соответствующие эффективные вмешательства. В противоположность этому, некоторые неравенства или просто различия, например, разные уровни распространенности рака

кожи, обусловленные пигментом кожных покровов, не являются несправедливыми.

Неравенства или различия можно наглядно продемонстрировать, используя практически все классификации миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности. Они обычно становятся более явными, если принимать во внимание гетерогенность населения (то есть изучая группы индийцев и пакистанцев отдельно, а не вместе как представителей южной Азии) и делать разбивку по полу. Различия между этими группами зачастую являются значительными, особенно в том, что касается конкретных заболеваний, например диабета, инсульта и рака кишечника. Могут даже наблюдаться различия в общих показателях здоровья, например в ожидаемой продолжительности жизни (32), хотя этот показатель редко подсчитывается. Выявление подобных различий между этническими группами может содействовать установлению новых, более амбициозных целевых ориентиров. Например, целевой ориентир для смертности от ишемической болезни сердца мог бы быть установлен на низком уровне, наблюдаемом у проживающего в Европе китайского населения (36), а для смертности от рака кишечника – на низком уровне, наблюдаемом у проживающего в Европе населения южно-азиатского происхождения (37).

## ПРИНЦИПЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТОВ

Установление приоритетов – это процесс осуществления рационального выбора из множества имеющихся опций, который проводится на основе оценки потребностей в отношении здоровья. В основе процесса установления приоритетов может лежать на-

ука об охране общественного здоровья, в частности эпидемиология. Количественные и качественные данные о показателях здоровья и использовании услуг мигрантами и этническими меньшинствами часто имеются (хотя они могут быть необработанными). В противоположность этому, актуальная информация, касающаяся цены и эффективности вмешательств доступна редко, что представляет собой серьезную проблему (2).

Установлению приоритетов способствует ряд принципов, в частности принцип, заключающийся в том, что приоритетными являются действия, которые приносят максимальную пользу здоровью населения или подгруппы населения. Другой принцип заключается в том, что приоритеты общества в целом исключительно важны для всех его членов. Эти общие приоритеты требуют корректировки на основе оценки потребностей в отношении здоровья конкретных групп. Требуемые корректировки могут быть небольшими для сообществ, давно проживающих на данной территории и для представителей меньшинств, родившихся или выросших в данной стране. Однако эти корректировки могут быть значительными для других, например, недавно переселившихся мигрантов, которые не говорят на языке страны, или для тех, кто подвергается расовой дискриминации или страдает от последствий пыток. Во всех мерах политики и планах в области здравоохранения и общественного здоровья должно быть четко указано, в чем заключаются приоритеты и как они отличаются для групп меньшинств.

## МЕРЫ ПОЛИТИКИ И СТРАТЕГИИ

В идеале меры политики для всего населения будут охватывать потребности групп меньшинств на основе интегрированного подхода, известного как *mainstreaming* (актуализация). Однако подобная актуализация может не происходить по различным причинам, в том числе из-за отсутствия консенсуса в отношении ее важности, сложного характера актуальных вопросов, недостатка экспертизы и времени, а также из-за нехватки места в документах по планированию услуг, из-за чего отсутствует четкое и детальное изложение методов и путей достижения актуализации. В целом, ожидается, что группы меньшинств будут использовать услуги в рамках имеющихся служб, хотя работники здравоохра-

нения, предоставляющие эти услуги, обычно делают некоторые корректировки. Все чаще мы наблюдаем ответные действия двух типов, представленных ниже: (i) организация специализированных услуг для меньшинств, но в рамках основных служб и (ii) разработка стратегий для содействия перестройке существующих служб для того, чтобы они отвечали имеющимся потребностям. Полное разделение служб по этническому признаку в настоящий момент поддержкой не пользуется.

В частности, примерно до 1990 г. ответные политические меры в Соединенном Королевстве были нерегулярными и фрагментарными. Они представляли собой комбинацию отдельных проектов и модификаций к основным услугам. С того времени был достигнут прогресс в отношении удовлетворения важнейших потребностей, таких как услуги по переводу и учет пищевых традиций и норм в больницах (29). Закон о расовых отношениях с поправками 2000 г. (в настоящее время включенный в Закон 2010 г. о равных правах и недопущении дискриминации) в сочетании с прямыми или косвенными мерами политики государственных департаментов здравоохранения обусловили более масштабные изменения, которые базируются на обязанности государства по укреплению и поддержке расового равноправия (38). Такие общенациональные инициативы трансформируются, зачастую с большим трудом, в местные планы действий, а в итоге – в изменения в местных службах здравоохранения.

Хотя и существует множество мер политики, стратегий и программ действий, в международных масштабах службы здравоохранения испытывают трудности в обеспечении равноправных услуг здравоохранения в мультикультурных обществах. Эти трудности особенно заметны в отношении недокументированных мигрантов, автохтонного населения и давно проживающих в данной стране, но культурно и социально отличных групп населения, таких как рома. Претворение в жизнь политических идеалов ограничивается нехваткой финансирования, экспертизы и данных, а также непрекращающимися политическими спорами по таким вопросам, как иммиграция, убежище, расовое равенство и права человека.

Все чаще при предоставлении услуг центральное место отводится вопросам справедливости, а критериями становятся эффективность предоставления

услуг здравоохранения и их качество. Достижение справедливых результатов в отношении показателей здоровья редко представляет собой конечную цель. Меры политики и стратегии по достижению улучшения здоровья меньшинств укрепляются и поддерживаются благодаря их включению в более широкую повестку дня в области социальной справедливости и гражданских прав и в рамках более широких мер политики по сокращению неравенств.

## ИССЛЕДОВАНИЯ И ВОЗНИКАЮЩИЕ В ИХ РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ

Здоровье меньшинств является довольно привлекательной темой для исследований по целому ряду причин: центром исследований на эту тему зачастую становятся группы населения, находящиеся в уязвимом положении; эта тема интересна и часто приводит к необычным результатам; различия между группами могут быть легко продемонстрированы; даже небольшие исследования могут привести к обоснованным, значительным и актуальным результатам.

Исследования, в которых используются такие показатели, как миграционный статус, расовая и этническая принадлежность, в основном интерпретируются для достижения текущих целей в отношении социального равноправия и справедливости. Результаты многих исследований, осуществленных в прошлом, были использованы для достижения стоявших тогда на повестке дня политических и социальных целей, таких как сохранение рабства, оправдание необходимости сохранения Империи, поддержание социального и материального неравенства (включая апартеид), антииммиграционная политика, нацеленная на тех, кто не являлся выходцем из северной Европы, евгеника и геноцид, проводимый нацистами (2,11). Наиболее важным уроком, вытекающим из этого, является то, что исследования меньшинств должны проводиться в рамках этики и приносить пользу всем группам населения. Исследователи разрабатывают консенсусные заявления о том, как этого добиться (39). В настоящее

время наблюдается стремительное развитие исследований генетических и обусловленных окружающими условиями основ этнических/расовых разли-

### ВСТАВКА 3. НЕКОТОРЫЕ СЛОЖНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, РАСЫ И ЗДОРОВЬЯ

- Включение меньшинств в исследования и анализ данных в разбивке по миграционному статусу, расовой и этнической принадлежности.
- Уточнение основной задачи исследования.
- Определение таких концепций, относящихся к миграционному статусу, расовой и этнической принадлежности, которые являются согласованными на международном уровне.
- Определение точной терминологии и классификаций групп мигрантов/этнической/расовой принадлежности, и изучение того, как они используются.
- Признание того, что как группы меньшинств, так и группы большинства являются неоднородными.
- Определение репрезентативных популяций.
- Обеспечение сравнимости групп населения, которые будут сравниваться (это в особенности требует наличия социально-экономических данных в отношении всех этапов жизни).
- Недопущение ненадлежащей интерпретации различий из-за искажающих факторов.
- Точное измерение знаменателей и числителей при подсчете соотношений.
- Обеспечение высокого качества данных, в особенности для их межкультурной сопоставимости.
- Обеспечение максимальной полноты сбора данных.
- Выявление специфических генетических предпосылок генетических гипотез.
- Обеспечение надлежащим образом аргументированной интерпретации связей как каузальных, так и не каузальных.
- Обеспечение максимальной достоверности результатов исследования и их обобщаемости.
- Представление результатов исследования для пользы изучаемого населения и во избежание стигматизации и расизма.
- Обеспечение того, что по результатам исследования предпринимаются надлежащие меры, которые в идеале должны приносить пользу всему населению.

Источник: Адаптировано из вставки 9.5 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (1,2) и впервые опубликовано в Bhopal (2003) (42).

**ТАБЛИЦА 5. КАТЕГОРИЗАЦИЯ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ ЛЕЖАТЬ В ОСНОВЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕРЕМЕННОЙ: ЗА ПРИМЕР ВЗЯТ ИНСУЛЬТ**

Категория основных различий, которые могут объяснить ситуацию	Пример возможных специфических различий в зависимости от миграционной, расовой или этнической группы	Воздействие на сбор данных
Биологические	Уникальные варианты человеческих генов или варьирующая частота этих вариантов (полиморфизмы) ведут к различиям в биохимии или физиологии	Необходимо собирать биологические данные, включая проведения анализа ДНК, крови и других тканей
Сопутствующие заболевания	Одна группа может иметь более высокий или более низкий уровень заболеваемости, который повышает или снижает риск инсульта, например диабет	Необходимо собирать клинические данные, включая проведение надлежащих диагностических тестов
Поведенческие	Одна группа может употреблять в пищу больше фруктов и овощей по сравнению с другой, или в ней может наблюдаться более низкий уровень распространенности курения	Необходимо собирать данные в отношении поведения, связанного со здоровьем
Социальные	Представители какой-либо группы могут проводить меньше времени с друзьями, семьей и в других социумах, что повышает психосоциальную нагрузку	Необходимо собирать психосоциальные данные, которые могут стать потенциальными объяснениями
Связанные с трудовой деятельностью	Характер работы, включая вероятность найма, рабочее время и тип работы в значительной мере различается	Необходимо собирать данные о трудовой деятельности
Экономические	Представители группы могут зарабатывать ниже среднего уровня или иметь различные суммы накоплений и благосостояния	Необходимо собирать данные о различиях в доходе и благосостоянии и об их воздействии на образ жизни и стресс
Медицинская помощь	Представители группы могут испытывать к себе отличное от ожидаемого стандарта отношение со стороны работников здравоохранения	Необходимо собирать данные о качестве, количестве и сроках вмешательств в области здравоохранения

Источник: Адаптировано из таблицы 9.2 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* [1,2].

чий, так как в результате миграции практически все общества становятся мультиэтническими (4). Тем не менее, группы меньшинств недостаточно представлены в крупнейших исследованиях, в особенности в когортных исследованиях (40) и испытаниях (41).

Исследователи должны более четко объяснить, как они используют такие категории, как миграционный статус, расовое и этническое происхождение, в качестве переменных и как они адаптируют свои классификации и методы. Работа исследователей не обязательно должна проводиться в рамках уже существующих классификаций, разработанных в административных целях. Исследователи, которые хорошо осведомлены о тех группах меньшинств, которые участвуют в опросах, будут скорее пользоваться доверием, поэтому они с большей вероятностью получают большое число ответов и заручатся информированным согласием участников, и будут

интерпретировать данные с высокой степенью достоверности.

В рамках эпидемиологии существует множество трудностей в том, что касается миграционного статуса, расы и этнического происхождения (см. вставку 3). Одна из самых больших трудностей заключается в том, чтобы делать качественную работу, несмотря на характерную для этой темы сложность и в условиях полемики и критицизма. Тщательное исследование и объяснение миграционного статуса, расовых и этнических различий предоставляет возможность для понимания причинно-следственных связей (см. табл. 5). Положительный эффект принесут концептуальная открытость, использование четкой и хорошо определенной терминологии, а также решение таких фундаментальных проблем, как согласование знаменателей и числителей и обеспечение репрезентативности населения, сравнимости подгрупп и верности инструментов измерения.

По множеству причин уровни заболеваемости и смертности среди меньшинств ниже, однако этот факт не получает достаточного внимания. В результате представление о плохом здоровье групп меньшинств может усилить уверенность в том, что иммигранты и расовые и этнические меньшинства являются бременем для страны. Представление о том, что у меньшинств показатели здоровья хуже, обусловлено тем, что внимание уделяется подобным различиям в тех случаях, когда уровень заболеваемости выше среди меньшинств. Наивно было бы думать, что простая демонстрация неравенств с разбивкой по миграционному статусу, расовой или этнической принадлежности сможет их сократить. Исследования расизма имеют важное значение, но сравнительно редко проводятся (4). Расизм, несомненно, является сложной для изучения темой в сфере здравоохранения, однако также существует сопротивление самому проведению подобных исследований, хотя такое сопротивление в меньшей степени наблюдается в США, чем в других местах (включая Европу) (43,44).

## ВЫВОДЫ

Этическим оправданием для сбора данных в разбивке по миграционному статусу, расовой и этнической принадлежности является улучшение показателей здоровья. При ответственном использовании, концепции миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности имеют потенциальную применимость в общественном здравоохранении, при охране здоровья, оказании клинической помощи и в медицинской науке (2,29,45), но если их использовать неграмотно, они могут принести вред (11). Строгая приверженность к основополагающей теории, а также принципам этики и справедливости имеет важнейшее значение в качестве основной меры защиты против возможных негативных последствий.

Данные могут использоваться при оценке потребностей, установлении приоритетов, обсуждении проблемы неравенств, разработке политики и стратегий, при обучении и проведении исследований. Данные образуют так называемый «добродетельный круг» – чем больше они используются, тем больше энтузиазма для их сбора и улучшения систем данных. Данные также способствуют улучшению качества услуг, как напрямую, то есть благодаря

совершенствованию процесса принятия решений, так и опосредованно, благодаря мотивации, которую мониторинг и оценка создают для улучшения результатов деятельности.

Вмешательства, в которых используются данные по миграционному статусу, расовой и этнической принадлежности, должны подвергаться тщательной оценке для определения вероятного баланса между затратами и пользой. В политической атмосфере, где сильны антииммигрантские настроения, использование показателей миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности может представлять определенную сложность или даже быть контрпродуктивным. Необходимым дополнением к законодательству должна стать такая социальная атмосфера, где оказывается поддержка социальной справедливости и ценностям многообразных сообществ. Концепции миграционного статуса и расовой и этнической принадлежности должны использоваться в общественном здравоохранении в сочетании с данными с целью одновременного и справедливого улучшения показателей здоровья всего населения, то есть как представителей меньшинств, так и представителей большинства.

**Выражение признательности:** данный обзор представляет собой отредактированное и несколько обновленное резюме (публикуется с разрешения Oxford University Press), книги *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies, 2nd edition* by Raj S Bhopal (2013), ISBN 9780199667864, и сокращенную и слегка отредактированную версию главы 10.5 “Ethnicity, race, epidemiology, and public health”, by Raj S Bhopal в *Oxford textbook of global public health, 6th edition, volume 3* под редакцией Roger Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan (2015). Я благодарен Oxford University Press за предоставление разрешения на публикацию. Благодарю Anne Houghton за оказанную административную поддержку.

**Источник финансирования:** не указан.

**Конфликт интересов:** не указан.

**Отказ от ответственности:** автор несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не

обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ

- Bhopal RS. Ethnicity, race, and health in multicultural societies: foundations for better epidemiology, public health, and health care. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Bhopal RS. Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- Rosenberg NA, Pritchard JK, Weber JL, Cann HM, Kidd KK, Zhivotovsky LA et al. Genetic structure of human populations. *Science* 2002;298(5602):2381–5.
- Afshari R, Bhopal RS. Ethnicity has overtaken race in medical science: MEDLINE-based comparison of trends in the USA and the rest of the world, 1965–2005. *Int J Epidemiol* 2010;39(6):1682–3.
- Xiao WS, Xiao N, Quinn P, Anzures G, Lee K. Development of face scanning for own- and other-race faces in infancy. *Int J Behav Dev* 2013;37(2):100–5.
- Anzures G, Quinn PC, Pascalis O, Slater AM, Tanaka JW, Lee K. Developmental origins of the other-race effect. *Curr Dir Psychol Sci* 2013;22(3):173–8.
- Segal UA, Elliott D, Mayadas NS. Immigration worldwide policies, practices, and trends. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- Health of Migrants-the way forward. Report of a global consultation. Geneva: World Health Organization; 2010:1–119.
- Как системы здравоохранения могут способствовать устранению неравенств в отношении здоровья, связанных с миграцией и этнической принадлежностью. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро; 2010
- Bhopal R. Ethnicity, race, epidemiology, and public health. In: Detels R, Gulliford M, Karim QTC, editors. *Oxford textbook of global public health*, 6th edition. Oxford: Oxford University Press; 2015:1371–81.
- Kohn M. *The race gallery: the return of racial science*. London: Jonathan Cape; 1995.
- Satcher D. Our commitment to eliminate racial and ethnic health disparities. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2001;1:1–14.
- Fujimura JH, Rajagopalan R. Different differences: the use of “genetic ancestry” versus race in biomedical human genetic research. *Soc Stud Sci* 2011;41(1):5–30.
- Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health* 2003;93(2):194–9.
- Stronks K, Kulu-Glasgow I, Agyemang C. The utility of “country of birth” for the classification of ethnic groups in health research: the Dutch experience. *Ethn Health* 2009;14(3):1–14.
- Bhopal R. *Concepts of epidemiology: integrating the ideas, theories, principles and methods of epidemiology*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Sillitoe K. Ethnic origin: the search for a question. *Popul Trends* 1978;13:25–30.
- Revisions to the standards for the classification of federal data on race and ethnicity. Washington (DC): Office of Management and Budget; 1997.
- United States Department of Health and Human Services. Report of the Secretary’s Task Force on black and minority health. Washington (DC): US Government Printing Office; 1985.
- Davey Smith G, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of United Kingdom epidemiological evidence. *Critical Public Health* 2000;10(4):377–408.
- Office of Management and Budget. Standards for maintaining, collecting, and presenting federal data on race and ethnicity. *Fed Regist* 1997;62:58788–90.
- Johnman C, Blakely T, Bansal N, Agyemang C, Ward H. Linkage of data in the study of ethnic inequalities and inequities in health outcomes in Scotland, New Zealand and the Netherlands: insights for global study of ethnicity and health. *Public Health* 2012;126(3):245–7.
- Johnson MR. Ethnic minorities and health. *J R Coll Physicians Lond* 1984;18:228–30.
- Dekker LH, Snijder MB, Beukers MH, de Vries JH, Brants HA, de Boer EJ et al. A prospective cohort study of dietary patterns of non-western migrants in the Netherlands in relation to risk factors for cardiovascular diseases: HELIUS-Dietary Patterns. *BMC Public Health* 2011;11:441.
- Ministry of Foreign Affairs Budapest. Fact sheets on Hungary: Gypsies/Roma in Hungary. 2004.
- International Migration Law N°19. Migration and the right to health: a review of international law. Geneva: International Organization for Migration; 2009.
- Colledge M, Van Geuns HA, Svensson PG. Migration and health: towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1983.
- Rafnsson SB, Bhopal RS. Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in Europe. *Eur J Public Health* 2009;19(5):484–91.
- Black and minority ethnic groups. In: Abingdon RJ, editor. *Health Care Needs Assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews*, 3rd series, Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2007:227–389.

30. Bandesha G, Litva A. Perceptions of community participation and health gain in a community project for the South Asian population: a qualitative study. *J Public Health (Oxf)* 2005;27(3):241–5.
31. Baker D, Garrow A, Shiels C. Inequalities in immunization and breast feeding in an ethnically diverse urban area: cross-sectional study in Manchester, United Kingdom. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(4):346–52.
32. Gruer L, Cezard G, Clark E, Douglas A, Steiner M, Millard A et al. Life expectancy of different ethnic groups using death records linked to population census data for 4.62 million people in Scotland. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:1251–4.
33. Bhopal RS. Health education for ethnic minorities – current provision and future directions. *Health Educ J* 1988;47(4):137–40.
34. Nazroo JY. Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health & Illness* 1998;20:710–30.
35. Krieger N. Shades of difference: theoretical underpinnings of the medical controversy on black–white differences in the United States, 1830–1870. In: La Veist TA, editor. *Race, ethnicity and health*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002:11–33.
36. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Giampaoli S, Hammar N et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *Eur J Public Health* 2011;22(3):353–9.
37. Bhopal R, Bansal N, Steiner M, Brewster DH, on behalf of the Scottish Health and Ethnicity Linkage Study. Does the “Scottish effect” apply to all ethnic groups? All cancer, lung, colorectal, breast and prostate cancer in the Scottish Health and Ethnicity Linkage Cohort Study. *BMJ Open* 2012;2(5):e001957.
38. Race Relations (Amendment) Act 2000: new laws for a successful multi-racial Britain: proposals for implementation. London: Home Office; 2001.
39. Mir G, Salway S, Kai J, Karlsen S, Bhopal R, Ellison GT et al. Principles for research on ethnicity and health: the Leeds Consensus Statement. *Eur J Public Health* 2013;23(3):504–10.
40. Ranganathan M, Bhopal R. Exclusion and inclusion of nonwhite ethnic minority groups in 72 North American and European cardiovascular cohort studies. *PLoS Med* 2006;3(3):e44.
41. Geller SE, Koch A, Pellettieri B, Carnes M. Inclusion, analysis, and reporting of sex and race/ethnicity in clinical trials: have we made progress? *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(3):315–20.
42. Bhopal R. Glossary of terms relating to ethnicity and race for reflection and debate. *J Epidemiol Community Health* 2003;58:441–5.
43. Parker H. Beyond ethnic categories: why racism should be a variable in ethnicity and health research. *J Health Serv Res Policy* 1997;2(4):256–9.
44. Krieger N, Carney D, Lancaster K, Waterman PD, Kosheleva A, Banaji M. Combining explicit and implicit measures of racial discrimination in health research. *Am J Public Health* 2010;100(8):1485–92.
45. Tobias M, Blakely T, Matheson D, Rasanathan K, Atkinson J. Changing trends in indigenous inequalities in mortality: lessons from New Zealand. *Int J Epidemiol* 2009;38(6):1711–22.