

Opgaveløser: Helle Sneftrup Poulsen
Hold 763
Studienummer 7476
Vejleder: Anne Holm Nyland
Afgangsmodul - Juni 2007
Anslag i opgaven incl. mellemrum: 59.983

Interkulturel kommunikation i rehabilitering

**"For i sandhed at kunne hjælpe en anden,
maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først
og fremmest forstaae det, han forstaaer"**

Søren Kierkegaard, 1813-1855

**Sundhedsfaglig diplomuddannelse
CVU Lillebælt**

Resumé

Emnet i opgaven er den interkulturelle kommunikation i rehabiliteringen af børn i familier med en anden etnisk baggrund. Centralt i rehabilitering er den bruger- eller klientcentrerede tilgang, hvor familie og sundhedsarbejder i et samarbejde sætter fælles mål for indsatsen. Min erfaring er, at denne tilgang er problematisk i praksis og giver anledning til frustration.

At mødet med etniske minoriteter giver anledning til frustrationer er kendt i sundhedsvæsenet.

Forskning viser at problemet opstår i kommunikationen, hvor vi taler forbi hinanden. Formålet er dermed at få et forståelse af og viden om interkulturel kommunikation, som kan bringes ind i rehabiliteringen af et barn med anden etnisk baggrund.

Empirien i opgaven er tekster, der analyseres. Tilgangen er hermeneutisk.

Det teoretiske udgangspunkt i analysen er en model for interkulturel kommunikation, som illustrerer kulturens indflydelse på kommunikationsprocessen.

Analysens resultater diskuteres i forhold til en praksis i sundhedsvæsenet, da det er her problemet udspilles, hvorefter projektets resultat sammenfattes i en konklusion.

Der konkluderes, at den interkulturelle kommunikation i rehabiliteringen af et barn med anden etnisk baggrund kvalificeres ved en forståelse af/ viden om:

- A: Selve kommunikationsprocessen, relationen, eget kulturfilter, familiens kulturfilter/perspektiv, verbal og nonverbal kommunikation – herunder brug af tolk.
- B. En interkulturel kompetent praksis, som ”bygger bro” i kommunikationen.

I den afsluttende perspektivering ses den interkulturelle kommunikation i forhold til egen praksis, sundhedsvæsenet generelt samt i forhold til det multietniske samfund.

English summery

The subject of this paper is the intercultural communication through the rehabilitation of children from families with a different ethnic origin/background. A central tenet in the concept of rehabilitation is the client-centred approach where the family and therapist in cooperation set common goals. It is my experience from daily work, that the client-centred approach is difficult and cause frustrations.

In the health services the meeting with ethnic minorities is well known for causing frustrations. Research shows that the problem arises in the communication where we are not talking on the same wavelength.

The purpose is therefore to achieve an understanding and knowledge of intercultural communication; witch can be brought into the rehabilitation of a child with a different ethnic origin/background.

The empiri in this project is texts that are being analysed. The approach itself is hermeneutical.

The point of theoretical reference in the analysis is a model for intercultural communication, which illustrates the cultures influence on the communication process itself.

The results of the analysis are being discussed related to the practices of the health services as this is the scene of the problems occurring. The results of this analysis will be compounded in a conclusion.

The conclusion is that the intercultural communication in the rehabilitation of a child with a different ethnic origin/background will be qualified with an understanding/knowledge of:

- A. The process of communication, the relation, own cultural filter, the family perspective, verbal and nonverbal communication including use of interpreter.
- B. An intercultural competent practice for bridging the communication gap.

Finally putting into perspective is the intercultural communication related to my own practice, to the health service in general as well as to the multi-ethnic society.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	1
2. Problembaggrund.....	1
3. Problemformulering.....	5
3.1 Definitioner	5
4. Metode	6
4.1 Litteratursøgning	6
4.2 Videnskabsteoretiske overvejelser	7
4.3 Valg af teori.....	8
4.4 Teoriafsnit	9
5. Analyse	10
5.1 Kommunikationsprocessen	11
5.2 Relationen	12
5.3 Kulturfiltrene.....	12
5.4 Verbal og nonverbal kommunikation	14
5.4.1 Verbal kommunikation.....	14
5.4.2. Nonverbal kommunikation.....	15
5.5 Konteksten	16
5.5.1 Verdensbillede	17
5.5.2 Sociale faktorer.....	18
5.5.3 Individuelle faktorer	18
5.6 Resultater af analysen.....	19
6. Diskussion.....	20
6.1 Kommunikationsprocessen	21
6.2 Relationen	21
6.3 Kulturfiltrene.....	23
6.3.1 Sundhedsarbejderens kulturfilter	23
6.3.2 Familiens kulturfilter/perspektiv.....	23

6.4 Verbal og nonverbal kommunikation	24
6.5 At bygge bro i kommunikationen	25
6.6 Metodekritisk afsnit	26

7. Konklusion	27
----------------------------	-----------

8. Perspektivering.....	28
--------------------------------	-----------

Bilag:

1. Kontekstens faktorer

2. "RISK" (Resources, Identity, Skills and Knowledge)

1. Indledning

Jeg skriver min opgave som afgangsprøje i Rehabilitering på den sundhedsfaglige diplomuddannelse.

Mit emne omhandler den interkulturelle kommunikation i rehabilitering af børn i familier med en anden etnisk baggrund. Centralt i rehabilitering er den bruger- eller klientcentrerede tilgang, hvor familie og sundhedsarbejder i et samarbejde sætter fælles mål for indsatsen. Min erfaring er, at denne tilgang er problematisk i praksis og giver anledning til frustration.

At mødet med etniske minoriteter giver anledning til frustration er kendt i sundhedsvæsenet, hvorfor emnet findes relevant. Forskning viser, at problemet opstår i kommunikationen, hvor vi taler forbi hinanden.

Formålet med opgaven er dermed at få en forståelse af/viden om den interkulturelle kommunikation, som kan bringes ind i rehabiliteringen af et barn med anden etnisk baggrund.

Min empiri er tekster, der analyseres. Den videnskabsteoretiske tilgang er hermeneutisk.

Det teoretiske udgangspunkt i analysen er en model for interkulturel kommunikation, som illustrerer kulturens indflydelse på kommunikationsprocessen.

Analysens resultater diskuteres i forhold til en praksis i sundhedsvæsenet, da det er her problemet udspilles, hvorefter projektets resultat sammenfattes i en konklusion.

I den afsluttende perspektivering ses den interkulturelle kommunikation i forhold til egen praksis, sundhedsvæsenet og det multietniske samfund.

2. Problembaggrund

Jeg indgår som ergoterapeut i en rådgivning, som tilbyder undersøgelse af spæd- og småbørn med handicap samt vejledning til familie/pasningstilbud. Det team, jeg er tilknyttet, varetager især henvisninger på børn fra familier med en anden etnisk baggrund. Mit arbejde foregår på hjemmebesøg eller på besøg i dagpleje/institution.

Inden for sundhedsvæsenet tales der om et paradigmeskifte i slutningen af det 20. århundrede (Townsend 2002). Ifølge Kuhns paradigme teori er ”paradigmet et udtryk for en bestemt måde at fortolke verden på ... hvad der er en acceptabel forklaring, og hvad der er rationelt og virkeligt – og hvad der ikke er det” (Fink m.f. 1993 s. 353). Et paradigme har således betydning for praksis.

Det aktuelle paradigmeskifte indebærer et skift fra en naturvidenskabelig tid eller paradigme præget af specialiseret viden, eksperter og apparatfejltenkning (Jacobsen og Kleinstrup 2003) til et paradigme på tværs af videnskaber, hvor ”den tværfaglige kundskabsbase ... står til rådighed for og er fælles for sundhedsprofessionerne” (Bendixen m.f. s. 132). En udvikling jeg kan genkende i min egen praksis, hvor vi for 10 år siden arbejdede meget monofagligt til i dag at være organiseret i tværfaglige teams.

Paradigmeskiftet ses i WHO's arbejde med klassifikationsmodeller. I 1980 udgav WHO klassifikationsmodellen ICIDH, som mødte megen kritik på grund af det lineære, medicinske/biologiske syn på funktionsevne (Dahl 2002). Denne kritik kom især fra brugerorganisationer (Barnes 2003). WHO tog kritikken til sig og udarbejdede klassifikationsmodellen ICF (International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand), som erstatning for ICIDH. ”ICF rummer et nyt paradigme, der anskuer funktionsevne i et bredt dynamisk perspektiv” (Marselisborgcentret 2005), og den introduceres som en ”bio-psyko-social approach to disability, including contextual factors: enviromental factors and personal factors” (Dahl 2002 s. 202).

I min praksis kender vi modellen. Den er ikke blevet implementeret, men den er blevet drøftet, som en mulig fælles tværfaglig forståelsesramme.

Det ændrede syn på funktionsevne afspejles i udviklingen indenfor rehabilitering. Rehabilitering startede i 1930'erne med fokus på brugen af en medicinsk model, hvor rehabiliteringsdiagnoser blev sat og behandlingsteknikker beskrevet (Law 1998). En tilgang, som først er blevet ændret i de sidste årtier, hvor ”people with disabilities rose up in protest to standard methods of rehabilitations” (ibid s. 6).

I Danmark ses denne udvikling ved udgivelsen af ”Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet” (Marselisborgcentret 2004), hvor rehabilitering defineres i overensstemmelse med de grundlæggende værdier i ICF (Marselisborgcentret 2005). Ifølge hvidbogen er rehabilitering en individuel, tidsbestemt og målrettet samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Udgangspunktet for en rehabilitering er at opstille mål ud fra familiens ønsker og behov. Paradigmeskiftet har dermed medført en øget brugerinddragelse i rehabiliteringsprocessen.

Et fags værdier er således ikke kun et udtryk for praksiserfaring og et grundsyn i snæver forstand, men de er også et udtryk for det samfund og historisk epoke, som de udvikles i samspil med (Fortmeier og Jensen 2003).

Historisk set har ergoterapi ”rødder i såvel naturvidenskab, samfundsvidenskab og humanistisk videnskab” (Ergoterapeutforeningen 2000). Oprindeligt var aktivitetsbegrebet centralt, hvilket ændrede sig i perioden fra 1940’erne til 80’erne, hvor der var fokus på udstyr, teknikker og funktion (Townsend 2002). Dette kan ses som et udtryk for at opnå faglig accept i datidens naturvidenskabelige dominerede sundhedssystem – jævnfør ovenstående.

I de sidste 25 år er de grundlæggende værdier i ergoterapi blevet diskuteret i dansk og især i udenlandsk litteratur (Fortmeier og Jensen 2003). Der er udviklet et fagsprog og begrebsmodeller omkring aktivitetsperspektivet (Bendixen m.f. 2003). Centralt er den tværvideenskabelige base samt værdier og antagelser, som sætter aktivitet, aktivitetsudøvelse og aktivitetsfremme i fokus for en klientcentreret praksis” (Townsend (2002 s. 3).

Klientcentreret ergoterapi er udviklet ud fra konceptet ”client-centred practice”, som allerede blev introduceret af Carl Rogers i 1939 (Law 1998, Wreesle 2002). Historisk set har forskellen mellem rehabiliteringstilgangen og klientcentrering således gennem 1940’erne og 50’erne været ”quite dramatic” (Law 1998 s. 5).

I ergoterapi beskrives klientcentreret praksis, som en samarbejdsorienteret metode i arbejdet med mennesker (Townsend 2002). Der er beskrevet flere definitioner og principper for klientcentreret ergoterapi. Fundamentalt er, at terapeuten viser respekt for de valg, klienten foretager, og at terapeuten giver information, som kan være med til at danne grundlag for klientens beslutning (Law 1998), hvorved ”One of the central tennets of client-centret occupational therapy is to enable clients to select goals to work on in the therapy” (Missiuna, Pollock 2000 s. 101).

Denne klientcentrering er således i overensstemmelse med det brugercentrerede perspektiv, der i dag ligger i rehabiliteringsbegrebet.

At arbejde klientcentrerede er en stor udfordring for mange ergoterapeuter. Dette ses i forskningsundersøgelser fra England og Sverige, hvor barrierer i den klientcentrerede praksis afdækkes(Sumsion og Smyth 2000, Wreesle og Samuelsson 2004).

Ovennævnte udfordring genkender jeg i min egen praksis. Jeg oplever det særligt problematisk at arbejde klientcentreret i familier med en anden etnisk baggrund. Her tænker jeg på familier, hvor forældrene ikke er født i DK, og som taler begrænset dansk, hvorved indsatsen er yderlig kompliceret ved brug af tolk.

I disse familier er det svært at etablere en samarbejdsrelation med en fælles forståelse mod et fælles mål. Vi taler forbi hinanden. Jeg oplever de siger ja, når de mener nej. Eksempelvis kan de sige ja til et hjælpemiddel, og når jeg kommer næste gang, er det gemt væk i kosteskabet. Mine forsøg på at inddrage forældrene i rehabiliteringen af deres barn lykkes sjældent. De rækker barnet til mig, når jeg kommer; forventer jeg gør ”noget” ved barnet; og går ofte, imens jeg er der.

Dette oplever jeg meget frustrerende. At mødet med etniske minoriteter giver anledning til frustration og afmagt er kendt i sundhedsvæsenet (Roland 2002). Roland henviser til et dansk forskningsprojekt af antropolog Anette W. Jahns, som viser, at denne følelse af afmagt kan føre til at fordommene kommer førend fagligheden med det resultat, at nydanske patienter modtager en ringere behandling end danske. Ud fra dette er der således et behov for at kvalificere sundhedsprofessionelle til at kunne håndtere tværkulturelle møder.

Af nyere dansk forskning på området ”Taler vi om det samme” fremgår det, at problemer i forhold til etniske familiers møde med sundhedsvæsenet, ofte opstår i kommunikationen (Poulsen 2005). Den forskellige kulturelle baggrund og socialisering kan betyde forskellig tolkning af budskaber i kommunikationsprocessen, hvorved der tales forbi hinanden (Jensen 2001).

Ud fra dette må ”nøglen” til at fremme klientcentreringen i rehabiliteringsprocessen, ligge i kommunikationen. Da det drejer sig om familier med anden etnisk baggrund, er der tale om interkulturel kommunikation.

Med denne opgave ønsker jeg dermed at få en forståelse af/viden om, hvordan den interkulturelle kommunikation kan kvalificeres, - en forståelse og viden, som jeg kan bringe ind i min praksis. Dette leder frem til følgende problemformulering.

3. Problemformulering

Hvordan kan den interkulturelle kommunikation kvalificeres i rehabiliteringen af et barn med anden etnisk baggrund?

3.1 Definitioner

Interkulturel kommunikation: Dette er en ” kommunikation, som foregår mellem personer med forskellig kulturel baggrund i en given social og kulturel kontekst” (Jensen 2001 s. 45). Det er proces – en dialog, hvor personerne gensidigt tolker hinandens budskaber og interagerer i forhold til hinandens forventninger.

Heri indgår: Kommunikationsprocessen, relationen, kulturfiltrene, verbal/nonverbal kommunikation, herunder brug af tolk og konteksten.

Kvalificeres: Blive bedre (www.ordbogen.com). Dette ved en forståelse af/viden om

- de faktorer, som indvirker på den interkulturelle kommunikation, og som kan give anledning til misforståelser
- hvordan der kan ”bygges bro” i kommunikationen

Barn med anden etnisk baggrund: Det drejer sig om spæd- og småbørn fra familier, hvor forældrene ikke er født i Danmark, som taler begrænset dansk, og som ifølge FN’s opdeling fra 1994 kommer fra de mindre udviklede lande (Mandrup 2003).

Rehabilitering: Denne handler om at genvinde kontrol over eget liv (Norman m.f 2003). Dette ud fra ”Å miste fotfestet”, som når ”barnet vårt fødes med alvorlig skade” eller ved ”mistanken, til slutt vissheten, om at ens barn har en alvorlig sykdom eller en betydelig funktionsnedsættelse” opstår behov for rehabilitering (ibid s. 13,14,15). Rehabilitering er familiens egen proces mod at realisere egne mål i et samarbejde med fagpersoner (Marselisborgcentret 2004).

Fremgangsmåden og perspektivet for besvarelse af min problemformulering beskrives i følgende afsnit.

4. Metode

I dette afsnit præsenteres og begrundes mit valg af metode, teori og empiri samt den videnskabsteoretiske tilgang. Der redegøres for litteratursøgningen. Endvidere præsenteres og begrundes opgavens teoretiske grundlag. Sidst uddrages centrale elementer af den teori, som anvendes i analysen.

Jeg har valgt at besvare min problemformulering ved brug af teori. Min empiri er dermed de tekster, jeg analyserer og citerer (Rienecker og Jørgensen 2000). At anvende andres empiri indebærer etiske overvejelser, som at behandle de enkelte tekster ordentligt og med respekt for at gengive forfatterens budskaber korrekt.

Begrundelsen for at vælge en teoretisk fremgangsmåde er, at jeg ved at analysere tekster kan få en forståelse af/viden om dels de faktorer, der indvirker på den interkulturelle kommunikationsproces og som kan give anledning til misforståelser, og dels hvordan der kan ”bygges bro” i kommunikationen, - som ønsket er i denne opgave.

4.1 Litteratursøgning

Den litteratur, jeg har anvendt i opgaven, er fra pensum på tidligere moduler, egen litteratur, samt litteratur fundet ved søgning på Internettet. Jeg har søgt elektronisk, da det giver et bredere søgefelt frem for en manuel søgning.

Det centrale i min problemformulering er interkulturelle kommunikation. Et generelt begreb, hvorfor jeg har søgt både danske og udenlandske databaser.

Problemformuleringen er ikke specifikt ergoterapeutisk, men kan ses bredere som et problem i sundhedsvæsenet. Ud fra dette er følgende søgeord valgt:

Inter/tværkulturel kommunikation, kommunikationsbarriere, etniske minoriteter, rehabilitation og sundhedsvæsenet. Søgningen er foretaget på engelsk og dansk. Der er søgt i forskellige kombinationer ved brug af og/eller.

Ordene inter- og tværkulturel kommunikation bliver ofte brugt i samme betydning i litteraturen (Dahl 2001) hvorfor der er søgt på begge.

Der er søgt i følgende databaser: OTseeker, Pubmed og Cinahl. Ved denne søgning vurderes 9 artikler relevante i forhold til opgaven ud fra navnet på tidsskriftet, titel, ”abstract” og årstal.

Da ingen af de fundne artikler omhandler en specifik viden om selve kommunikations-processen, vælger jeg at søge videre i ODIN (Syddansk Universitetsbiblioteks katalog) under samfundsfagenes netbibliotek. Ved søgning på "intercultural communication", finder jeg meget litteratur omhandlende teorier om interkulturel kommunikation. Jeg afgrænser mig til at se på den nyere litteratur. Endvidere søger jeg på bibliotek.dk, hvor jeg både finder relevant litteratur omkring interkulturel kommunikation generelt set og litteratur om etniske minoriteters møde med sundhedsvæsenet.

Ved sorteringen af den fundne litteratur fremgår det, at der er nogle forfattere, der ofte er citeret eller som står i flere af referencelisterne, hvilket influerer på mit valg af litteratur. I forhold til disse forfattere (Iben Jensen, Øyvind Dahl, W. Gudykunst) vælger jeg at bruge søgemaskinen google for at få nærmere kendskab til deres baggrund (uddannelse, forskning, øvrige publikationer). Dette for at kunne vælge litteratur på et videnskabeligt niveau.

4.2 Videnskabsteoretiske overvejelser

Da jeg ønsker en forståelse af, hvordan den interkulturelle kommunikation kan kvalificeres, jævnfør problemformuleringen, er den videnskabsteoretiske tilgang hermeneutisk.

Hermeneutik kommer fra græsk og betyder fortolkningskunst eller forståelselære og har sit oprindelige udgangspunkt læren om forståelse af tekster (Fink m.f. 1993). Hermeneutikken er siden blevet udvidet til også at omfatte fortolkning af "den menneskelige aktivitet, som ligger bag teksten og andre former for produkter af denne aktivitet." (Pahuus 2005 s. 147). En tekst kan betragtes ud fra større helheder, som forfatterens hele liv og produktion, den epoke – det kulturelle miljø, som den selv er påvirket af og selv påvirker (ibid).

Som én repræsentant for den moderne hermeneutik hævder Martin Heidegger (1889-1976) "at al forståelse sker ud fra og på grundlag af en forforståelse" (ibid s. 150). Denne forforståelse kalder hermeneutikkerne for-domme og uden disse for-domme kan en forståelse ikke komme i stand (Fink m.f. 1993).

Denne tænkemåde bygger filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) videre på. Han foretrækker dog at bruge ordet forforståelse, da ordet fordom allerede dengang var negativt (Jensen 2005). Han siger, at kun "hvis denne hele min forudforståelse eller forståelseshorisont ..., har noget til fælles med den andens forståelseshorisont, kan jeg forstå hans handlen" (Pahuus 2005 s. 150). Ens forståelseshorisont har karakter af en baggrundsforståelse og er oftest ikke er bevidst (ibid).

Forståelsen sker dermed ud fra det vi allerede ved. Vi er nødt til at bruge selv den mest sparsomme viden, vi har om et emne eller fænomen for at forstå, hvad vi læser, eller hvad andre siger (Jensen 2005). Ifølge Gadamer forudsætter forståelse endvidere et engagement og en åbenhed. Man må spille ind med sin egen forudforståelse af sig selv, egne værdier og af verden (Pahuus 2005). Åbenhed gør os parat til at revidere og korrigere ens foreløbige forståelse til en ny og mere kvalificeret forståelse (Fink m.f. 1993).

I al den tid man har beskæftiget sig med forståelse af tekster, har man vidst at forståelse og fortolkning danner en karakteristisk cirkelbevægelse. Den hermeneutiske cirkel, hvor man i et dialektisk samspil bevæger sig frem og tilbage mellem en forståelse af de enkelte dele og en forståelse af helheder (Pahuus 2005). I og med hermeneutikken er udvidet gennem tiden, er der også ført flere elementer til den hermeneutiske cirkel. Med Gardamer bringes forståelseshorisonten ind i den hermeneutiske cirkel (ibid).

Min fremgangsmåde i opgaven vil således følge den hermeneutiske proces, hvor forståelse udvikles, når detaljer og helheder betragtes i hinandens kontekst. Jeg vil indgå med min egen forforståelse om mit emne, dele mine data op i detaljer analysen, sammensætte dem i nye helheder i en fortolkning og vurdering, med det mål at bibringe en ny forståelse.

4.3 Valg af teori

Ud fra min problemformulering vil interkulturel kommunikation være fokus i min analyse, da det er denne, jeg ønsker en forståelse af/viden om, som jeg kan bringe ind i rehabiliteringen.

Interkulturel kommunikation er langt fra en ny akademisk disciplin. Mange forskellige retninger har interesseret sig for emnet, så som sociologi, psykologi og antropologi. Kommunikation er en meget kompleks handling, hvor det centrale er forståelse. Det er således et omfattende studieområde (Dahl 2006).

Ifølge Iben Jensen (2003) har den funktionelle kommunikationsforskning, som forsøger at forudsige, hvordan kulturen indvirker på kommunikationen, fra 1972-1995 haft monopol på uddannelsen i interkulturel kommunikation i USA og i næsten alle andre vestlige lande. Denne tilgang repræsenterer et nationalt kulturbegreb, som er svært at passe ind i tidens multietniske samfund (ibid). Derfor har jeg valgt litteratur, som går ud fra et mere kompleks kulturbegreb.

Som afgrænsning har jeg i min analyse valgt at tage udgangspunkt i en model for interkulturel kommunikation, som præsenteres i Dr. philos. Øyvind Dahls bog (2001) ” Møter mellom mennesker – Interkulturel kommunikation”.

Øyvind Dahl er professor i kulturkundskab ved Misionshøjskolen i Stavanger og initiativtager ved oprettelsen af ”Senter for interkulturell kommunikasjon (SIK)” i Norge. Han er en fremtrædende person indenfor dette felt i nordisk sammenhæng, da han sidder som repræsentant i for Norge i ”Nordic Network for intercultural Communication” (oplysninger fra google.dk). Jeg har valgt denne model, da den forklarer den interkulturelle kommunikationsproces. Den illustrerer, hvilke faktorer der indvirker, - og hvilken betydning det har, når afsender og modtager koder og afkoder meldinger med hver deres kulturelle referenceramme. Herved kan modellen være udgangspunkt for en forståelse af/viden om, hvordan den interkulturelle kommunikation kvalificeres jævnfør problemformuleringen.

4.4 Teoriafsnit

Modellen for interkulturel kommunikation – kulturfiltermodellen - har Øyvind Dahl udviklet ud fra den traditionelle lineære kommunikationsmodel med afsender, budskab/melding og modtager.

Bag kulturfiltermodellen ligger følgende kulturforståelse.

Ordet kultur bruges forskelligt efter den sammenhæng, det indgår i. Af interesse for interkulturel kommunikation er (Dahl 2001):

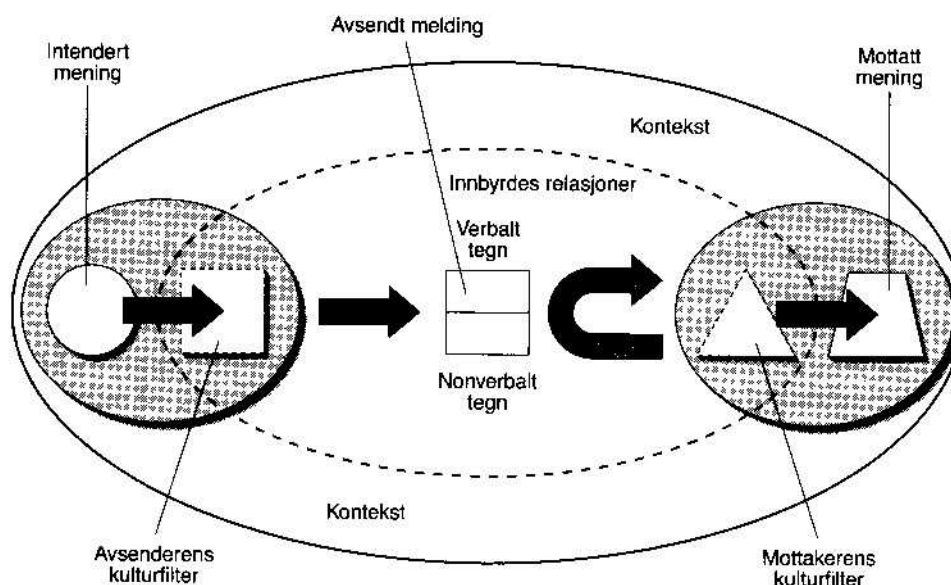
- kultur som livsform, egenart i leve- eller væremåde: Dansk kultur, sygehus kultur m.f.
- kultur som meningsfællesskab: Koder, værdier, normer, identitet m.m.

Disse måder at opfatte kultur på uddyber Dahl (2001) ved betegnelserne:

Kultur som koder i baghovedet: Kultur er subjektivt - en kulturel referenceramme hos personer, der står i bestemte sammenhænge og deltager i bestemte kommunikationsprocesser. Der er ikke to mennesker med samme kulturelle ballast. Ballasten er omskiftelig og indeholder erfaring fra nutiden og fra tidligere generationer.

Kultur som dynamisk felt: Dette er meningsfællesskabet, som etableres og forandres i mødet mellem mennesker. Feltet opstår i kommunikationen - i det sociale samspil. Dynamikken i en kommunikationshandling bidrager til at der skabes nye meningsfællesskaber.

Kulturfiltermodellen



Modellen illustrerer den kulturelle referencerammes betydning for kommunikationsprocessen. Den kulturelle referenceramme præget af tidligere erfaringer og forventninger til den anden, er i modellen beskrevet som *kulturfilter*. Det er de filtre vi forstår og ser verden igennem. Kulturfiltrene er illustreret med henholdsvis en firkant og en trekant for at vise deres forskellighed. Endvidere er de angivet med stiplede linier for at vise, at vi kan strække vores begreber lidt ud over det vante – tilpasse os – derfor er filtrene lidt elastiske (Dahl 2001).

5. Analyse

Kulturfiltermodellen danner rammen i analysen. Først vil jeg analysere selve kommunikationsprocessen. Dernæst vil jeg analysere de enkelte dele i modellen: Kulturfiltrene, relationen, verbal/nonverbal kommunikation og konteksten. Da denne opgave omhandler familier, der kan begrænset dansk, vil brug af tolk indgå under "Verbal kommunikation". Til sidst opsummeres resultaterne i forhold til problemformuleringen.

Som nævnt i problembaggrunden er min problemstilling kendt i hele sundhedsvæsenet, hvorfor jeg i det følgende vil bruge betegnelserne sundhedsarbejder og familie med mindre, der er tale om et citat.

5.1 Kommunikationsprocessen

Den interkulturelle kommunikationsproces forløber i mødet mellem mennesker ikke kulturer. Kodesystemet, som anvendes i kommunikationen, er kulturbestemt. Det er ikke uforanderligt, men ændrer sig i den mellemmenneskelige kommunikation. Det indeholder meningssystemer med regler for, hvad koderne skal betyde (Dahl 2001).

Da kultur er subjektivt, som nævnt s. 9, vil enhver kommunikation mellem mennesker være et møde mellem forskellige koder (tegn) og fortolkningsnøgler, hvorved en forudsætning for en meningsfuld kommunikation er kendskab til hinandens koder (ibid).

I modellen illustreres kun processen fra sender til modtager. I praksis – i dialogen - vil der være tale om en række tovejsprocesser. Hermed skal modellen opfattes, som en fortløbende, gensidig proces (ibid).

Kommunikationen starter med, at afsenderen får en tanke (intenderet mening - illustreret med en cirkel), som ønskes formidlet. Ved kodningen passerer denne tanke gennem kulturfiltret og udtrykkes dermed på en måde, som er farvet af afsenderens kulturelle baggrund. ”Språk, udtryksmåde, tankegang og presentasjon bliver formet ut fra den enkeltes erfaring og socialisering” (ibid s. 67).

Da vi ikke altid formår at udtrykke alle ideer og følelser, illustreres meldingen videre som en firkant. Den afsendte melding kan bestå af flere tegn (ord, kropssprog, adfærd og billeder) (ibid). Modtageren må aktivt modtage meldingen. Denne aktive rolle er vist ved, at pilen ikke går videre fra den afsendte melding, men er en kroget pil fra modtager til meldingen og tilbage til modtageren. Meldingen passerer modtagerens kulturfilter, det vil sige, at den afkodes (tydes/tolkes) i forhold til modtagerens referenceramme. Den tilskrives mening ud fra modtagerens egne forudsætninger og erfaring. Afkodningsprocessen er ofte ubevidst og ureflekteret (ibid).

Resultatet er en reduceret firkant - meldingen er ikke reproduceret hos modtageren.

Kulturfiltrene kan altså forårsage, at modtageren tilskriver en melding en anden betydning/mening end den, afsenderen havde til hensigt (ibid).

Det, at afsenderen ikke kan forudsige, hvordan en afsendt melding vil opfattes, vil præge indkodningen. Samtidig vil kulturfiltrene begrænse, hvilke stimuli der tages med i betragtning ved afkodningen (ibid).

Dermed kan kodning og afkodning gennem forskellige kulturfiltre give anledning til misforståelser.

Samtidigt taler Dahl (2001) om kulturalafstand. Ofte er det sådan, at jo tættere på hinanden, man er opvokset, jo mere har man tilfælles, og jo lettere har man ved at forstå hinanden. Modsat: Jo større afstand desto større mulighed for fejltolkning. ”Avstanden mellem virkelighetsoppfatningerne gir ... et visst mål for hvor enkel eller komplisert prosessen bliver.” (ibid s. 71). Hermed er det vigtigt at være opmærksom på graden af forskellighed.

5.2 Relationen

I kulturfiltermodellen er den indbyrdes relation markeret med en ellipse. Dette er de følelsesmæssige relationer, som spiller en rolle for de gensidige forventninger og fortolkninger af meldinger (Dahl 2001), og som dermed er vigtig at medtænke i kommunikationen mellem sundhedsarbejder og familie.

Relationer kan være symmetriske, det vil sige at kontrol, magt og myndighed er jævnt fordelt. Der er balance i forholdet, og man oplever hinanden som jævnbyrdige. Det modsatte er gældende i den asymmetriske relation, hvor den ene har mere kontrol, magt eller autoritet end den anden. Asymmetrien kan være bestemt gennem rollefordelingen, ”som i forholdet mellem terapeut og pasient. Den ene er hjælper, og den andre er den som trenger og mottar hjælp. Enhver omsorgssituasjon innebærer et asymmetrisk forhold” (ibid s. 30), hvilket er aktuell i denne opgave.

5.3 Kulturfiltrene

Kulturfiltrene skabes i sosialiseringen. Gennem vores opvækst, opdragelse og oplæring i et samfund får vi en række forudsætninger og tolkningsnøgler, som vi tager for givet. Kulturfiltrene er en del af personligheden og kan således ikke tages af og på. De kan bestå af kulturelle, sociale og psykologiske aspekter, som personerne eller situationen gør gældende i en kommunikation (Dahl 2001).

Familiernes kulturfilter er dermed skabt i en sosialisering ind i et ikke vestligt land. Samtidig har de nutidige erfaringer fra Danmark. De vil kode og afkode meldinger (tilskrive mening) gennem dette filter. Modsat er sundhedsarbejderens kulturfilter er skabt her i landet, hvorved de to filtre vil adskille sig fra hinanden.

Til Kulturfiltrene hører stereotyper og fordomme. Disse bliver til, når vi betragter den anden gennem egne kulturfiltre, - når den målestok andre vurderes med, er taget fra egen kultur. Herved bliver billedet misvisende (Dahl 2001). Det betyder, at stereotyper og fordomme kan dukke op, når sundhedsarbejderen betragter familien ud fra eget vestlige ståsted.

Stereotypier er en kategorisering af mennesker/grupper med enkelte fællestræk og betragtes ofte som uforanderlige og sande. De opstår for det meste gennem andre kilder end erfaring f.eks. medierne, og bliver sjældent ændret ved et direkte møde, da vi observerer det, vi på forhånd er programmeret til. Derfor er det nødvendigt at være åben overfor at ændre egne stereotypier i forsøget på at forstå tankegange og forestillinger hos en anden (ibid).

Stereotypier har for det meste en negativ klang, men behøver ikke være dette, da de også er en måde at forenkle verden på. I *nogle* sammenhæng kan det derfor give mening at generalisere om kulturforskelle (ibid), som nævnt s. 9 ”kultur som livsform”. Således giver det mening at tale om vestlig ikke vestlig kultur.

Fordomme er ”stilstivnede” stereotypier. Hvor stereotypier er en tro eller forståelse, som kan modificeres, er fordomme en holdning, som modsætter sig åbenhed for ændringer (Dahl 2001).

Ligeledes ligger etnocentrismen i kulturfiltrene. Dette er en menneskelig tendens til at forstå verden ud fra sit eget ståsted. En opfattelse af at egen kultur er den bedste, den naturligste og rigtigste. Det er en tilbøjelighed til at sætte sig selv i centrum og bruge egne værdier og livsførelse, som målestok i vurderingen af andre. Man har ikke evnen til empati (ibid). Etnocentrisme vil dermed forhindre sundhedsarbejderen i at forstå familien ud fra deres perspektiv.

Forenklet er det modsatte af en etnocentrisk holdning en kulturrelativistisk holdning. Herved må alle udsagn og handlinger forstås i forhold til sin egen kontekst og sammenhæng. En ren kulturrelativistisk holdning vil medføre, at alt er lige godt eller lige dårligt. Man vil være ude af stand til at tage moralsk stilling til noget som helst (Dahl 2001).

Ifølge Dahl er hverken en fuldstændig etnocentrisk eller kulturrelativistisk holdning ønskelig i praksis. I forhold til interkulturel kommunikation er en vis kulturrelativistisk holdning nødvendig, men ikke på en måde så egne holdninger og etiske retningslinier sættes over styr. ”Mens kulturrelativismen er nødvendig ... som øvelse i å sette seg inn i andres ståsted, er den som leveregel og moralsk rettesnor ubrukelig for folk er flest ... moralsk likegyldighet kan bli umenneskeligt” (ibid s. 29).

5.4 Verbal og nonverbal kommunikation

Kommunikationssystemet, det vil sige udveksling af meldinger (tegn, ord, signaler og handlinger), er standardiseret indenfor et samfund. I systemet indgår sprogets form (grammatik, udtale), sprogfunktioner (det vi vil opnå, med det vi siger), kropssprog (gestus/mimik m.m.) , kulturelle aspekter (personlighed, rolle m.m.) og kommunikationsstrategier (f.eks. udtryks- og argumentationsmåde) (Dahl 2001).

Evnen til at forstå og anvende systemet hensigtsmæssigt kaldes kommunikativ kompetence.

Denne læres gennem socialiseringen, hvorved sproget vil udtrykke en fælles referenceramme og en kollektiv viden (ibid). I denne opgave er der således tale om en ikke vestlig og en vestlig kommunikativ kompetence.

Den kommunikative kompetence lært i egen kontekst rækker ikke i den interkulturelle kommunikation. Dertil kræves en interkulturel kompetence, som handler om ”å tydeliggjøre sine egne forudsætninger og perspektiver samtidig som en søger å skaffe seg kunnskaper og forståelse både vedrørende sin egne kulturelle bakgrunn (og) den fremmedes kulturtradisjonen.” (Dahl 2001 s. 176).

I det følgende trækkes områder frem i den verbale om nonverbale kommunikation, som kan give anledning til misforståelser.

5.4.1 Verbal kommunikation

Udtryksmåde (Dahl 2001):

Den lineære model: Ting udtrykkes direkte, saglig, logisk og klart. I lande som Norge (og Danmark), synes vi dette er en fordel, sådan at vi ved, hvor vi har hinanden. Modellen opfattes som udtryk for tillid og oprigtighed.

Sløjfemodellen: Det er ikke det, man siger, som tæller, men måden det bliver sagt på og omstændigheder omkring samtalen. F.eks. udveksling af høflighedsfraser for at vise respekt for hinanden.

Spiralmodellen: En samtale cirkler rundt og rundt. Man går ikke direkte til sagen, men antyder bare i omskrivende vendinger. Selve sagen nævnes ikke direkte.

Den lineære model kan være stødende for nogle, som vægter de andre modeller. Omvendt så kan (nordisk) ”helsepersonell ... bli nokså frustrerte, når vietnameseren snakker rundt og rundt ”grøten”. ”Kan du ikke komme til saken?” (ibid s. 101).

Argumentationsmåde (Dahl 2001):

Logisk argumentation: Hænger sammen med den lineære model.

Følelsesmæssig argumentation: Målet er at bevæge den anden følelsesmæssigt.

Analogisk argumentation: Sigter mod at overbevise ved at belære. Dette ved at fremkalde viden, som har gjort sig gældende op gennem tiderne. F.eks. "Dengang jeg var barn ...".

Argumentationsmåderne er kendt i de fleste kulturer, men brugen af dem varierer. Når en ikke forventet måde anvendes, vil den ikke overbevise (ibid).

Tolkning

At tale via en tolk kan aldrig give det samme resultat som at bruge sproget selv. Betoning, ordstilling og betydning af enkelte ord kan adskille sig kulturerne i mellem (Dahl 2001).

Der findes ikke nogen en-til-en-overstemmelse mellem forskellige sprog. Direkte oversatte ord dækker ikke nødvendigvis det samme begreb på hvert enkelt sprog. Ord for ord oversættelse er derfor ofte umulig. Tolken må finde tegn, ord og udtryk, som bidrager til at modtageren tilskriver tilnærmelsesvis den mening, som siges. Ofte vil det være en mellemting mellem en ord for ord oversættelse og en meningsoversættelse. "En tolkning er altid samtidig tolkens fortolkning af det han mener å ha hørt" (ibid s. 184).

En god tolk er ikke kun to-sproglig men to kulturel og bør kende afsenderens hensigt og udtryksmåde (ibid).

5.4.2. Nonverbal kommunikation

Nonverbale udtryk kan opfattes som symboler, være bevidste/ubevidste eller villet/ikke villet f.eks. rødme. Flere nonverbale udtryk kan forekomme samtidigt. De kan komme sammen med verbale udsagn, hvorved de forstærker/svækker disse. (Dahl 2001).

I mødet mellem mennesker handler nonverbal kommunikation om (ibid):

- **Ansigtstudtryk:** Afslører ofte sindsstemninger og følelser. Mimikken er mere eller mindre tillært og dermed farvet af ens kultur. F.eks. bruger nogle latter ved sorg/død, for at lette situationen for de pårørende.
Øjnene kan kommunikere utallige tegn og signaler, som kan tolkes forskelligt. F.eks. kan at undgå øjenkontakt være tegn på respekt i nogle kulturer – i andre tegn på at man har noget at skjule.

- Håndbevægelser: Understreger det der siges. Budskaberne kan opfattes forskelligt. F.eks. kan at klø sig i hovedet af nogle tolkes som eftertænksomhed - af andre som vrede.
- Kropsbevægelser: F.eks. at ryste eller nikke med hovedet, som i skandinavisk kultur vil betyde henholdsvis nej og ja. I andre kulturer siges verbalt nej tak (i betydningen ja) samtidigt med at der nikkedes, fordi det betragtes som uhøfligt at sige ja tak.
- Kropsstillinger: Heri indgår bevægelse. Det er måden hvorpå mennesker står, går, sidder, knæler, rejser sig, ligger og lignende.
- Kroppskontakt. Normerne for kontakt afspejler sig ofte i den måde man hilser på. Det er varierende, hvad der er offentlig acceptabel.
- Brug af afstand og personligt rum: Dette omhandler normerne, hvor tæt man er på hinanden under en samtale. Om det personlige rum - se kommunikationssfæren s. 20.
- Udseende og klædedragt: Vi klæder os efter situation og omgivelser. Hvad der anses som passende og anstændigt kan afkodes forskelligt.

Da de nonverbale tegn er kulturelt betinget, er det ikke muligt at give bestemte regler for nonverbal kommunikation. Derfor kan "Kjendskab til andres nonverbale koder ... hjælpe oss til at unngå feiltolkninger basert på egen kulturell referanseramme." (ibid s.125).

5.5 Konteksten

I modellen er det hele omgivet af en kontekst, som er den sammenheng, hvori kommunikationsprosessen forløber. Denne er kort sagt alt, hvad der kan danne baggrund for en samtale. Mange udsagn vil være uforståelige uden at kende konteksten. "Kommunikasjon skjer aldri i vakuum (tomrum). Konteksten er en del av omgivelsene og er med på å gi nøkler til fortolkningene av de tegn vi sender verbalt eller nonverbalt (Dahl 2001 s. 77).

Den del af konteksten, som gøres relevant i en kommunikation, behøver ikke være ens for deltagerne, da de indgår med hver deres kulturelle referenceramme (ibid).

Dahl (2001) uddrager 3 faktorer fra konteksten, som er vigtige for, hvordan deltagerne tilskriver mening til kommunikationsprocesserne - og hvilke meninger, der gøres relevante. Faktorerne er vigtige ingredienser i kulturfiltret. De kan ikke helt adskilles, men lapper ind over hinanden (bilag 1).

5.5.1 Verdensbillede

Verdensbilledet er den grundlæggende opfattelse af virkeligheden, som overleveres fra generation til generation. Det bruges til ”å forme verdier og normer og til å forklare livets hensigt og menneskets rolle - i forhold til universet, i forhold til overnaturlige magter og i forhold til andre mennesker.” (Dahl 2001 s.131). Vi tager ofte vores verdensbillede for givet og bliver først opmærksomme på det, når vi møder et andet verdensbillede (ibid).

Verdensbilledet funktion er (ibid):

- at legitimere - give værdi og mening

Værdier er tillærte og udtryk for kultur i den betydning, som er beskrevet i teoriafsnittet.

De anskues for det meste etnocentrisk.

Normer er regler for adfærd og ofte afledt af værdierne. Ethvert samfund har brug for normer – ellers ville livet være kaotisk. Tabuer er en norm.

I den interkulturelle kommunikation er det vigtigt at have kendskab til normer og tabuer – og indrette sig efter dem, men ”det behøver ikke bety at man må godta fremmede normer som gjeldende for seg selv, men dersom man ønsker kommunikasjon, er det uomgjængeligt nødvendig å vise forståelse og respekt for andres grunnleggende verdier og normer.” (ibid s.142).

Etik og moral indgår ligeledes.

- at give overlevelsesmuligheder og styrke i kriser, - som personlige kriser i forbindelse med fødsel og sygdom
- at integrere - give oplevelse af helhed, systematisere opfattelsen af virkeligheden

Opfattelsen af sygdom og sundhed indgår i verdensbilledet. ”Dersom sykdom ses på som resultat av trolldom og onde ånders inngrep, vil en som vokser op i denne konteksten, naturlig nok forstå sykdom på denne måten. En som er vokst op i en kulturkrets som legger vekt på vestlig medisin, vil have en annen oppfatning av årsaken til sykdommen. Behandling, og forklaring av helbredelse, vil også bestemmes ut fra det gjeldende verdensbildet.” (ibid s.131).

Det betyder, at verdensbilledet kan give anledning til misforståelser i praksis, når sundhedsarbejder og familie repræsenterer hver sin opfattelse af sygdom og behandling.

Oftentimes kan verdensbillede og religion ikke afskilles. Religion kan forstås som et system af trosforestillinger, der giver retning og indhold i personers tænkning, vurderings- og handlemåde. Religion forbinder det nærværende med det, som ikke kan ses eller erfares direkte. Den giver fortolkningsrammer, som mennesket bruger til at orientere sig med i tilværelsen (Dahl 2001).

Religioner kan være præget af et totalsyn, hvor den har absolut autoritet i alle sider af menneskelivet. En opfattelse, som adskiller sig fra den nordiske kristendomsform, hvor der tænkes i delsystemer med hvert sit kompetenceområde. Eksempelvis har kirken ingen kompetence på politiske løsninger. I de kulturer, hvor religion gennemsyrrer alle dele af livet, er sådan en opdeling utænkelig (ibid). Religion som totalsyn kan således have betydning for, hvordan familien vil forholde sig til at have fået et barn med handicap.

5.5.2 Sociale faktorer

De sociale faktorer har betydning for den interkulturelle kommunikation - og er dermed vigtige at tage hensyn. Hertil hører status og rolle (Dahl 2001):

Den sociale *status* er et genkendeligt, socialt defineret træk ved en person, som giver vedkommende et set rettigheder og pligter. Social status er ofte kulturafhængig. Status kan være medfødt f.eks. køn eller erhvervet f.eks. alder, ens fag eller at blive mor. Symboler kan kommunikere status så som titler og klædedragt.

Den sociale *rolle* er at handle ud fra ens status. En status som stiller forventninger til opførsel (adfærd), holdninger og værdier.

Således er *familiemønstre* (storfamilien/individuelle familie), *kønsroller*, *autoritet* og *alder* sociale faktorer, som påvirker kommunikationen (ibid).

Endvidere er det forskelligt, hvordan vi taler med andre personer afhængig af, hvor nær eller fjern de står os. Vi er alle omgivet af *kommunikationssfærer* – en intim, en personlig, en social og en offentlig sfære. Forskellig sociokulturel baggrund kan medføre overskridelser af sfæren i en kommunikation, hvilket kan give anledning til irritation og misforståelser (ibid).

5.5.3 Individuelle faktorer

Dahl (2001) trækker 3 individuelle faktorer frem, som indvirker på kommunikationen:

Perception: Det vil sige, hvordan vi opfatter og fortolker indtryk fra vores sanser samt evne til at sortere mængden af indtryk, hvilket er resultat af læring i en kulturel kontekst. Det er de begreber og kategorier, vi bruger til at systematisere vores indtryk med.

Kognition: Det vil sige, hvordan vi tænker og tager beslutninger. Ofte tillægger vi vores samtalepartnere meninger og holdninger, som de ikke har (attribution). Vi ser med vores erfaring og har dermed tendens til at se, det vi forventer.

I kommunikation forløber tolkningen ofte på et lavt bevidsthedsniveau. Den ”er så automatisert at når det bliver store avvik fra forventningerne, er risikoen der for at kommunikasjonen bryter sammen, og at tidligere fordommer og stereotyper bliver ytterlig forsterket.” (ibid s.161). Det betyder, at det er vigtigt i kommunikationen at drøfte de gensidige forventninger til hinanden. Beslutningsmåder kan variere. F.eks. en demokratisk beslutning, hvor flertallet bestemmer eller konsensus, hvor alle diskuterer sig frem til samme mening. Anvendes forskellig måde, vil der opstå misforståelser (Dahl 2001).

Emotion: Det vil sige følelser. Disse udtrykkes forskelligt og har forskellig betydning afhængig af den enkeltes socialisering. Ofte projiceres egne følelser over på den anden, sådan at hvis man er mistænksom, vil man opleve, at den anden er ude efter en. Gensidig tillid spiller ind. ”Nøkkelen til all kommunikasjon er tillit. Selv om det tager tid å opparbeide tillit, er det vel verdt anstengelsene”(ibid s.164).

5.6 Resultater af analysen

I dette afsnit sammenfattes analysens resultater i forhold til problemformuleringen, hvilket danner udgangspunkt for en diskussion.

Den interkulturelle kommunikation i rehabiliteringen af et barn med anden etnisk baggrund kvalificeres ved en forståelse af/viden om:

A. Nedenstående faktorer, som indvirker på kommunikationen. Misforståelser kan opstå, når faktorerne adskiller sig fra hinanden, som når sundhedsarbejder og familie bringer henholdsvis vestlige/ikke vestlige kommunikative kompetencer og filtre ind i kommunikationen.

Kommunikationsprocessen

- kodesystem
- meldinger kodes og afkodes gennem individuelle kulturfiltre, hvorved mening ikke nødvendigvis tilskrives efter hensigten
- kulturaftstanden

Relationen

- følelser og det ulige magtforhold

Kulturfiltrene

- stereotyper og fordomme
- etnocentrisme
- verdensbillede som opfattelse af sundhed/sygdom og religion
- sociale faktorer som opfattelse af status, roller, autoritet, alder og familiemønster
- kommunikationssfæren
- individuelle faktorer som opfattelse af sanseindtryk og forventning til hinanden (attribution)

Verbal og nonverbal kommunikation

- kommunikativ kompetence herunder udtryks- og argumentationsmåde samt nonverbale tegn
- ord/begreber kan ikke oversættes direkte - meningsoversættelse
- en melding kan få en anden mening ved også at gå gennem en tolks filter

B. At der kan bygges bro i kommunikationen ved:

- at være bevidst om ovennævnte faktorer
- kendskab til hinandens koder
- at møde familierne som mennesker med deres individuelle kultur
- at vise respekt for andres værdier og normer
- en delvis kulturrelativistisk holdning
- interkulturel kompetence, hvor der informeres om eget ståsted samtidig med der opnås viden om familiens traditioner og egen kultur
- åbenhed overfor at ændre egne stereotyper
- at drøfte gensidige forventninger
- at bruge tid på at skabe tillid

6. Diskussion

Rammen for diskussionen er de understregede ord i analysens resultater. Jeg vil tolke og vurdere disse resultater i forhold til problemformuleringen. Undervejs vil jeg inddrage litteratur om interkulturel kommunikation i sundhedsvæsenet. Baggrunden for dette er, at de supplerer ovennævnte med et perspektiv fra sundhedsvæsenet – der hvor min problemstilling udspilles. Derudover vil jeg inddrage litteratur relateret til specifikke emner, som kommer frem i diskussionen, for at få flere synspunkter/argumenter, som kan belyse min problemformulering.

6.1 Kommunikationsprocessen

Kulturfiltermodellen vurderes som et godt redskab til at forstå kompleksiteten i den interkulturelle kommunikationsproces, ved de mange faktorer, som er fremkommet i analysen. Modellen skildrer imidlertid kun kulturens indflydelse på kommunikationsprocessen, hvorfor det er vigtigt at pointere, at alle misforståelser ikke nødvendigvis kan forklares med kultur. Familierne i denne opgave er forældre, som har fået et barn med handicap. ”Når man bli foreldre til et barn som har et handicap, oplever man en krise”(Uldall 1993 s.19). Denne kan indebære, at forældrene ”ikke høre” information, og at forsvarsmekanismer træder i kraft så som fortrængning af, at barnet har et handicap. Naturlige følelser som ”sorg, smerte, maktesløshet, skyldfølelse og aggresjon” (ibid s. 22) vil influere på kommunikationen. Det kan så være kulturelt betinget, hvordan en krise takles. Nogle vil, som nævnt i analysen, finde styrke i deres verdensbillede eller religion.

6.2 Relationen

Følelsernes rolle i kommunikationen er ikke særlig belyst i analysen. I forhold til dette taler kommunikationsforskeren W. Gudykunst om mødet med en fremmed. En fremmed er en person, som er flyttet fra et sted til et andet, og som befinder sig på en ny og ubekendt grund (Jensen 2001). Mødet med de aktuelle familier kan dermed betegnes som et møde med en fremmed. Dette møde fremkalder særlige følelser, som ”er en af de faktorer, som gør mødet og kommunikationen kompliceret” (Jensen 2001 s. 47). Disse følelser, som kan reduceres ved et øget kendskab til den fremmede, er som følger (ibid):

- usikkerhed - overfor ukendte holdninger og værdier
- ængstelse - på grund af negative forventninger til den fremmede, som bygger på stereotyper, som især medierne og politikerne har et ansvar for

Mødet med familierne kræver dermed opmærksomhed på egne følelser. De kan komme i vejen for at lytte til samtalen (Fuller 2003), men de kan også have en positiv virkning ved at sundhedsarbejderen gør sig mere umage – f.eks. ved at sætte mere tid af til samtalen (Jensen 2001).

Af analysen fremgår, at der er tale om en asymmetrisk relation mellem familie og sundhedsarbejder. Dette vil der altid være i kraft af sundhedsarbejderens uddannelse, erfaring og viden om sundhedsvæsenet (Mack-Zagal 2003). Sundhedsarbejderen opgave er dermed ”at minimalisere avstanden og gøre forholdet så likeverdig som muligt” (Eide og Eide 2004 s. 60).

De aktuelle familier har måske slet ingen erfaring med det danske sundhedsvæsen, hvorfor det er tænkeligt, at uligheden er større - end i relationen med danske familier.

Asymmetrien - eller den ulige magtrelation behøver imidlertid en større opmærksomhed, da den har vidtrækkende konsekvenser for, hvordan udsagn opfattes og fortolkes i kommunikationen (Jensen 2005). Derfor vil jeg se nærmere magtfordelingen i samarbejdsrelationen, der gør sig gældende i den klientcentrede tilgang i rehabilitering jævnføre s. 3.

Af Ewa Wreesles (2002) forskning fremgår, at den klientcentrerede praksis må ses på et kontinuum mellem professionel magt og klient magt, og at sundhedsarbejderen skal arbejde mod størst mulig grad af klientcentrering afhængig af familiens deltagerforudsætninger.

I den klientcentrerede praksis ekstremt set ligger magten hos familien. Her vil sundhedsarbejderen fralægge sig alt ansvar og acceptere familiens beslutninger, som de er. Omvendt – uden klientcentrering er familien passiv og sundhedsarbejderen er eksperten, der beslutter alle mål for behandlingen.

Klientcentrering indebærer således en refleksion over praksis, da mange faktorer spiller ind. For sundhedsarbejderens vedkommende kan det handle om vilje til at afgive magt - og det moralske i at afgive magt, hvis familien eksempelvis opstiller urealistiske mål. For familiens kan det handle om motivation og forventninger til sundhedsarbejderens rolle (ibid).

Min erfaring er, at familierne via deres verdensbillede forventer, at jeg er eksperten og den som gør noget ved deres barn. Herved vil det klientcentrerede/individuelle syn, der ligger i rehabilitering "kolliderer med det verdisynet mange indvandrere har med sig, som kræver lydighed og underkastelse under en autoritet" (Dahl 2001 s.141).

Set på ovennævnte kontinuum må jeg dermed indtage den forventede rolle og handle derudfra. Det betyder, at familiens "power might be low in the beginning of the rehabilitation process, but rise later on in the process"(Wressle 2002 s. 52).

De fysiske rammer har også betydning for magtrelationen. Leveres ydelsen i sundhedsarbejderens omgivelser og på dennes sprog øges magtforskellen (Fuller 2003). Foregår mødet i familiens hjem, som i min praksis, er man gæst, hvilket må give familien mere magt i relationen.

6.3 Kulturfiltrene

Kulturfiltrenes centrale betydning er belyst i analysen. Ifølge de amerikanske sociologer Peter Berger og Thomas Luckmann (1996) skabes vores virkelighed i det samfund, vi lever i. De givne strukturer/systemer, når vi bliver født, opfattes som virkelige og uforanderlige. En opfattelse som er vanskelig at ændre. I denne primære socialisering og senere sekundære socialisering internaliseres holdninger og roller, hvorigennem verden filtreres - i overensstemmelse med filtrene i kulturfiltermodellen.

Ud fra dette er kulturfiltrene vanskelige at ændre, og den elasticitet, de er illustreret med i modellen, må være begrænset. Et aspekt som understreger nødvendigheden af at respektere hinandens forskellige perspektiver i rehabiliteringen.

6.3.1 Sundhedsarbejderens kulturfilter

Af analysen fremgår, at kodning og afkodning foregår gennem individuelle kulturfiltre. Viden om egen kulturelle baggrund er dermed nødvendig i den interkulturelle kommunikation, hvilket er i tråd med Jeffrey Fullers (2003) undersøgelse på området, hvor det fremgår at "healths worker needs to have good reflective awareness of their own values, beliefs, and practices and to see these in relation to others (s. 784). Dette indebærer en selvreflekterende praksis, hvor sundhedsarbejderen er åben overfor at lære noget nyt og indstillet på at lære af fejltagelser (ibid).

Som dansk sundhedsarbejder er dette kulturfilter skabt ved en socialisering ind i et demokratisk samfund, - og ind i en sundhedsuddannelse, hvorved en tankegang, som præger det vestlige sundhedsvæsen tilegnes. En tankegang eller et sundhedsparadigme som beskrevet i problembaggrunden. Imidlertid vil et arbejde ud fra dette vestlige ståsted være et ensidet perspektiv, som vil medføre, at familierne ikke føler sig forstået (Kawaga-Singer og Kasmin-Lakha 2003).

6.3.2 Familiens kulturfilter

Ifølge analysen, at det er vigtigt at være bevidst om, at familiens kulturfilter adskiller sig fra sundhedsarbejderens filter.

Familiernes primære socialisering er foregået i et ikke vestligt land, med de normer og værdier, der er indlejret heri. Det de opfatter som uforanderligt og virkeligt, vil adskille sig fra en vestlig tankegang. Kulturaftstanden og dermed risikoen for misforståelser vurderes således omfattende.

Familiens socialisering kan medføre, at de via deres verdensbillede har en anden tilgang til sygdom og rehabilitering, der giver problemer med at forholde sig til en vestlig praksis. Som følge heraf kan familien som nævnt have en forventning om, at sundhedsarbejderen har en autoritær rolle, hvilket vil betyde, at en ”opfordring til for eksempel medbestemmelse ikke giver patienten tillid til behandleren, men tværtimod opfattes som tegn på uvidenhed og manglende kundskaber.”(Hanssen 2000 s.155). Et budskab som er naturligt i rehabilitering (medbestemmelse), kan således tolkes på en måde, at det giver store konsekvenser for det efterfølgende rehabiliteringsforløb.

I praksis er det ikke muligt for sundhedsarbejderen, at få en fuldstændig viden om alle kulturer i et multietnisk samfund (Fuller 2003). Det vigtigste er, at sundhedsarbejderen kan opdage de kulturforskelle, som skaber misforståelserne i kommunikationen, hvilket indebærer både en viden om egen kultur og en forståelse af familiens perspektiv (ibid).

Som det er belyst i analysen, er en delvis kulturrelativistisk holdning nødvendig for at få en forståelse af familiens perspektiv. I tråd med dette siger Iben Jensen (2005) i hendes forskningsbaserede introduktion til kulturforståelse, at forståelse indebærer respekt for familien. De må betragtes som ligeværdige mennesker, som siger noget sandt og meningsfuldt. At man i dialogen ”lytter til deres opfattelse af verden, til deres begrundelser for at gøre, som de gør... Ideen er at se verden fra et andet perspektiv, så man får nye tanker om egne værdier og vaner” (ibid s. 9). Forståelse af familien kan dermed være vejen til selvforståelse (ibid).

Som hjælp til at identificere familiens perspektiv og for at undgå mulige stereotyper, anbefaler Kawaga-Singer og Kasmin-Lakha (2003), at starte dialogen ved brug af skemaet ”RISK” (Resources, Identity, Skills and Knowledge - bilag 2). I skemaet indgår familiens livshistorie, hvilket er i overensstemmelse med, at familier ” i en slik situation ikke altid er rede til at gå inn i en planlagt rehabiliteringsprocess” hvorfor en ”start på arbeidet med å gjenvinde fodfæstet kan være at fortælle sin ”livshistorie” med egne ord.” (Normann m.f. 2003 s.17).

6.4 Verbal og nonverbal kommunikation

Ifølge analyseresultatet kvalificerer kendskab til hinandens koder processen. Imidlertid er det som nævnt ikke muligt at kende alle kulturer - og dermed heller ikke alle de kulturspecifikke koder. Det vigtige må derfor være at huske, at ens egen fortolkning ikke er universel. At kende de kanaler, som meldinger sendes igennem og at være bevidst om, at meldingerne (tegn, måder) kan variere og have forskellig betydning.

I forhold familierne i opgaven er der altid brug for tolk. Tænkes tolken ind i kulturfiltermodellen som et ekstra led, kan man forestille sig, hvor kompliceret processen bliver. Det er dermed afgørende at få bekræftet om en melding er modtaget efter hensigten. Det er ikke tilstrækkelig at spørge om familien har forstået. ”Spørgsmål som kan besvares med ”ja” eller ”nei” giver ingen sikker viden om *hvordan* informationen er opfattet” (Eide og Eide 2004 s. 259). I stedet kan man bede familien om at opsummere, hvilket kan være en god måde at afklare uklarheder på (ibid). Videre må man gøre sig klart, at tolkning er en vanskelig opgave, som kræver bestemte tolke til bestemte opgaver. Tolkning indenfor sundhedsvæsenet forudsætter bl.a. et vis kendskab til et sundhedsfagligt sprog, hvilket jeg ikke oplever gør sig gældende i min praksis. Samtidigt sættes der heller ikke tid af til at forberede tolken og til at følge op.

6.5 At bygge bro i kommunikationen

Af analysen fremgår, at interkulturel kompetence er nødvendig i interkulturel kommunikation, hvilket må belyses nærmere.

Interkulturel kompetence er tillært og opøvet, - den er ”at kunne dét, man har brug for, for at kunne begå sig i flerkulturelle samfund.” (Jensen 2005 s.10).

I en interkulturel kompetent praksis må familie og sundhedsarbejder have nogen forståelse af hinandens perspektiv, så en forhandling kan forekomme med gensidig respekt (Kawaga-Singer og Kasmin-Lakha 2003). Sundhedsarbejderen må således have færdigheder i forhandling i tråd med en klientcentrerede praksis, som indebærer ”that therapists ...develop skills in areas such as negotiation”(Law 1998 s.17).

Familien skal kende sundhedsarbejderens ståsted som nævnt i analysen. Endvidere skal de i forhandlingen have informationer, så de har et grundlag at træffe deres beslutninger på, og der skal vises respekt for deres valg (Kawaga-Singer og Kasmin-Lakha 2003). Dette er også en del af den klientcentrerede praksis jævnfør s. 3.

I en forhandling kan der forekomme situationer, hvor sundhedsarbejderen må tilsidesætte egne værdier for at imødekomme familiens valg, hvilket er en udfordring for sundhedsarbejderen, som det er vigtigt at være bekendt med (Kawaga-Singer, Kasmin-Lakha 2003). I andre situationer vil det ikke være muligt at tilsidesætte sundhedsarbejderens værdier evt. af moralske grunde. Her må dette på respektfuld vis gøres klart for familien, så de kan udøve så meget beslutningsmagt som muligt (ibid).

Samlet set kan man i denne opgave sige, at interkulturel kompetence er evnen til at integrere viden om kultur, kommunikationsprocessen, relationen, eget kulturfilter, familiens perspektiv, verbal/nonverbal kommunikation samt færdigheder i forhandling – hvorved der ”bygges bro” i den interkulturelle kommunikation.

6.6 Metodekritisk afsnit

Følgende forhold må medtænkes i projektets konklusion, da det kan påvirke validiteten.

Da interkulturel kommunikation betragtes som et generelt problem (jævnfør litteratursøgningen) er der anvendt både dansk, norsk, hollandsk og amerikansk litteratur. Imidlertid er alt litteraturen fra vestlige lande og kan således være farvet af dette ståsted.

Endvidere er litteraturen i analysen valgt ud af en stor mængde, som repræsenterer mange perspektiver. Alle synsvinkler er således ikke belyst. I forhold til dette henvises til begrundelserne for valg af litteratur s. 8.

Derudover er emnet et område, som primært lægger op til kvalitative studier. Herved vil litteraturen ikke rangere så højt på det traditionelle medicinske hierarki for vurdering af evidens (Taylor 2002). Imidlertid vinder den kvalitative forskning efterhånden mere anseelse i en erkendelse af, at den randomiserede undersøgelse ikke giver svar på alle spørgsmål (ibid). Dette taget i betragtning har en del af den anvendte litteratur i diskussionen en ”grad” af evidens, da den er baseret på kvalitativ forskning.

Litteraturen om ”mødet med en fremmed” er en fortolkning, da det ikke lykkedes mig at fremskaffe primærlitteraturen. Heri kan der ligge en fejkilde.

Apropos sprog, så kan der i min oversættelse ligge en fejkilde, som jeg kunne have mindsket ved at stemme min forståelse af med en, der behersker det engelske sprog bedre.

7. Konklusion

Heri præsenteres projektets samlede resultat, som er en opsummering af resultatet fra analysen og diskussionen. Konklusionen besvarer opgavens problemformulering.

Den interkulturelle kommunikation i rehabiliteringen af et barn med en anden etnisk baggrund kvalificeres ved en forståelse af /viden om:

A. Kommunikationsprocessen, relationen, eget kulturfilter, familiens kulturfilter og verbal/nonverbal kommunikation, herunder tolkning, - der indvirker på kommunikationen, og som kan give anledning til misforståelser.

B. At der kan "bygges bro" i kommunikationen ved en interkulturel kompetent praksis, som integrerer:

1. Kulturforståelse. Kultur er individuel, - den influerer på kommunikation, men alt kan ikke tilskrives kultur
2. Bevidsthed om relationen - om følelser som usikkerhed/ængstelse og magtforholdet
3. Viden om egen kultur. Tilegnes gennem forståelse af familien, selvrefleksion og åbenhed over for at lære noget nyt og ændre egne stereotyper
4. Forståelse familiens perspektiv. Tilegnes ved en delvis kulturel relativistisk holdning/ved brug af "RISK"/fortælle livshistorie
5. Bevidsthed om at verbale/nonverbale koder kan have forskellig betydning
6. Færdigheder i forhandling
 - o Tydeliggøre eget ståsted for familien. Give tilstrækkelig information, så familien har et grundlag at træffe sine valg på. Respektere deres valg
 - o Etablere en forhandlingsorienteret dialog ud fra en gensidig forståelse af hinandens perspektiver og forventninger
 - o Vise respekt for familiens værdier/normer og bruge tid på at skabe tillid
7. Kendskab til - og sørge for god tolkning

Yderligere er det fremkommet i undersøgelsen, at tankegangen bag en interkulturel kompetent praksis, er i tråd med tankerne bag det klientcentrerede perspektiv i rehabilitering.

8. Perspektivering

Da interkulturel kommunikation ikke kun er et problem for ergoterapeuter, men også for andre faggrupper, vil opgaven kunne bruges i det tværfaglige team, jeg indgår i.

Her kunne den være en guideline for en mere kulturel kompetent praksis, hvor punkterne i konklusionen forsøges implementeret. I den forbindelse kunne cases fra praksis sættes på teammøde og drøftes ud fra kulturfiltermodellen for derved at lære af ”sejre” og ”fejltagelser”.

Som en evaluering på ovennævnte kunne vi undersøge forældrenes oplevelse af at blive forstået i kommunikationen samt teamets egne oplevelser af ”graden af frustration”. Dette kunne undersøges ved kvalitative interviews, der tager afsæt i den fænomenologiske metode, som siger noget om menneskers oplevelse af et fænomen (Fink m.f. 1993).

En sådan undersøgelse ville indebære et godt kendskab til brug af tolk. I det hele taget er tolkeprocessen så kompliceret, at denne kan danne grundlag for en ny opgave i sig selv.

Da der er tale om et generelt problem i sundhedsvæsenet, må uddannelse i interkulturel kommunikation – eller kompetence tænkes ind i de sundhedsfaglige grunduddannelser. I Holland har ergoterapeutskolen eksempelvis efter pålæg fra regeringen, udarbejdet undervisningsmateriale med henblik på at uddanne de studerende i ”cross-cultural care” (Kinébanian og Stromph 1992). Et eksempel som kunne følges op i Danmark.

Interkulturel kommunikation vedrører ikke kun sundhedsarbejdere. Set i forhold til globaliseringsprocessen må alle praktikere i de multietniske samfund i respekt for deres professionalisme være ansvarlige for en succesrig interkulturel kommunikation (Jensen 2003). Det er ikke tilstrækkeligt med simple svar om kulturforskelle, som kan læses i håndbøger (ibid). Interkulturel kommunikation vedrører således også skolelærere, advokater m.f.

Faktisk vedrører interkulturel kommunikation os alle i kraft af globaliseringen og det stadig mere multietniske samfund, vi lever i.

Litteratur

Barnes, Colin (2003) Disabled People: a "sick" joke? Scandinavian Journal of Disability Research. Vol. 5 (1) (s. 7-22)

Berger, Peter L. og Thomas Luckmann (1996): Den Samfundsskabte Virkelighed – en videnssociologisk afhandling. 2. udgave, 2. oplag. Trykt af Nørhaven A/S, Viborg. (s.63-98, 151-171)

Bendixen, Hans Jørgen, Anette J. Madsen og Jytte Tjørnov (2003): Ergoterapeutiske begreber og begrebsmodeller med aktivitet og deltagelse i fokus. Kap. 6 i Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Borg, Tove, Ulla Runge og Jytte Tjørnov (red.) (2003) Munkgård Danmark. 1. udgave (s. 132-163)

Dahl, Tóra H. (2002) International classification of funktioning, disability and health: An introduction and discussion of its potential impact om rehabilitation services and research. Journal of Rehabilitation Medicine Vil. 34 (s. 201-204)

Dahl, Øyvind (2006): Bridges of Understanding – Perspektives om Interculturel Communication. Publication i forbindelse med 13th Nordic Network for Interculturel Communication Conference nov. 2006. Internet: [hht://nic2006.dk/](http://nic2006.dk/) (s. 1-10)

Dahl, Øyvind (2001): Møter mellom mennesker – Interkulturel kommunikation. Gyldendahl Norsk Forlag AS, i. udgave, 1. oplag, Oslo (s. 7-241)

Eide, Hilde, Tom Eide (2004): Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk. Gyldendal Norsk Forlag AS 2000. 1. udgave 1996, 10. oplag 2004 (s. 52-61, 252-260)

Ergoterapeutforeningen (2000): Ergoterapeutforeningens værdigrundlag og politik på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet. Ergoterapeuten 22/2000 (s. 2-7)

Fink, Hans, Carsten Bengt-Pedersen, Niels Thomassen (1993): Mennesket, samfund og natur – indføring i filosofi. Gyldendalske Boghandel. Nordisk forlag A/S. Kbh. 2. udgave. 2. oplag (s. 25-30, 353-357)

Fortmeier, Susanne og Lilly Jensen (2003) Grundlæggende værdier og antagelser i ergoterapi. Kap. 9 i Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Borg, Tove, Ulla Runge og Jytte Tjørnov (red.) (2003) Munkgård Danmark. 1. udgave (s. 204-223)

Fuller, Jeffrey (2003): Intercultural Health Care as Reflective Negotiated Practice. Western Journal of Nursing Research 2003, 25(7) (s. 781-797)

Hanssen, Ingrid (2000): Sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund. 1. udgave, 1. oplag Gads forlag. København (s. 153-168)

Jacobsen, Elisabeth og Lis Kleinstrup (2003). Ergoterapi som en del af en tværfaglig indsats. Kap. 20 i Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Borg, Tove, Ulla Runge og Jytte Tjørnov (red) (2003) Munkgård Danmark. 1. udgave (s. 475-494)

Jensen, Anne Dorthe Roland (2001): Interkulturel kommunikation. Kap. 2 i Etniske minoriteter – kulturmøder i sundhedsvæsenet. Andersen, Jens Hjort, Anne Dorthe Roland Jensen (red.) Munkgaards, København 2001. (s. 45–62)

Jensen, Iben (2003): The Practice of Intercultural Communication – reflections for professionals in cultural meetings. Publiceret i Journal of Intercultural Communication, februar – 2003 (s. 1-17)

Jensen, Iben (2005): Grundbog i kulturforståelse. Roskilde Universitetsforlag. Frederiksberg (s. 9-145)

Kagawa-Singer, Marjorie and Shaheen Kassim-Lakha (2003): A Strategi to Reduce Cross-cultural Miscommunication and Indcrease the Likelihood of Improving Health Outcomes. Academic Medicine, Vol. 78, No. 6/june 2003. (s. 577-587)

Kinébanian, Astrid and Marjan Stromph (1992): Cross-Culturel Occupational Therapy: A Critical Reflection. The American Journal of Occupational Therapy, april/92 (s.751-756)

Law. Mary (1998): Client-centred occupational therapy. Published by SLACK Incorporatet, Therofare, USA (s. 1-161)

Marselisborgcentret (2004): Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Marselisborgcentret, Århus (s. 2-71)

Marselisborgcentret (2005): ICF – Den danske vejledning og eksempler fra praksis. International klassifikations af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand. Sundhedsstyrelsen (s. 7-16)

Mandrup, Grethe Hjul (2003) Sygepleje i et multikulturelt samfund – værdier sprog og handlemåder. Tidskrift for sygeplejeforskning 2/2003 (s. 26-32)

Missiuna, Cheryl and Nancy Pollock (2000) Percived efficacy and goal setting in young children. Canadian journal of occupational therapy april 2000 (s. 101-109)

Normann, Trine, Johans Tveit Sandvin og Hanne Thommesen (2003) Om rehabilitering – Mot en helhetlig og felles forståelse? Kommuneforlaget, Oslo (s. 3-135)

Pahuus, Mogens (2005): Hermeneutik. Kap 6 i Humanistisk Videnskabsteori. Collin, Finn og Simo Køppe (red.). Nørhaven Book, Viborg (s. 140-169)

Poulsen, Charlotte (2005): Taler vi om det samme. Når etniske minoriteter med sjældne handicap møder social- og sundhedsvæsenet. Center for små Handicapgrupper. Teksten kan læses på www.csh.dk. (s. 7-135)

Reinecker, Lotte og Peter Stray Jørgensen (2000): Den Gode opgave – opgaveskrivning på videregående uddannelser. 2. udgave 2000, 3 oplag 2002. Forlaget Samfundslitteratur. Frederiksberg. (s.207-224)

Roland, Anne-Dorthe (2002): Kulturmøder – tværkulturel kommunikation. Tidsskrift for sygeplejeforskning 2/2002. (s. 17–21)

Taylor, Clare M. (2000): Evidence-Based practice for Occupational Therapist. Blackwell Science Ltd. Kap. 1-2, 6-7 (s. 1-50, 97-137)

Townsend (red) (2002): Fremme af menneskelig aktivitet – ergoterapi i et canadisk perspektiv (2002). FADL's forlag, Ergoterapeutforeningen, København (s. 1-60)

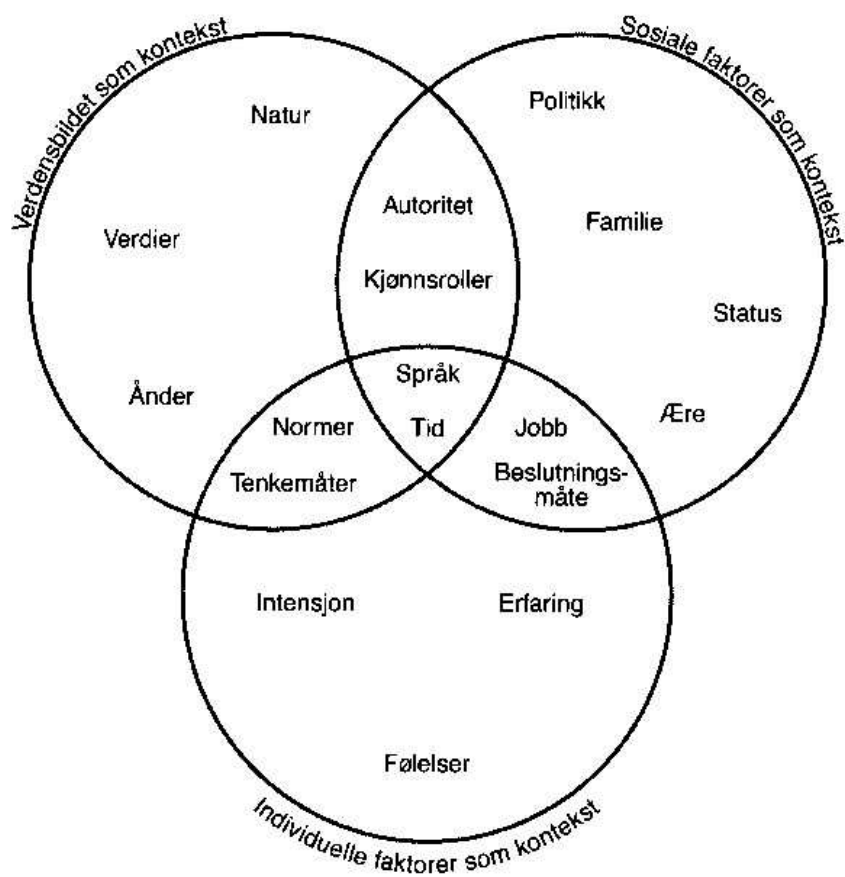
Uldall, Kirsten (1993): Kjære Veileder – om veiledning av foreldre som har et barn med handicap sett fra klientens synsvinkel. Udgivet af: European Institute for Behaviour Analysis, Gibraltar. Trykt I Danmark af Specialtrykkeriet – Viborg a/s (s. 9-48)

Wreesle, Ewa (2002): Client participation in the rehabilitation process. Akademisk afhandling. Faculty of Health Sciences, Linköpings Universitet, SE-581 85, Linköping, Sweden (s. 3-66)

Wreesle, Ewa, Kersti Samuelsson (2004): Barriers and Bridges to Client-centred Occupational Therapy in Sweden. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. Vol. 11, nr. 1 2004 (s. 12-16)

Samlet antal sider: 1483

Faktorer som er viktige i den kulturelle kontekst.



Reference: Øyvind Dahl (2001 s. 130): Møter mellom mennesker

“RISK“(Resources, Identity, Skills, Knowledge)

Skema til forståelse af familiens perspektiv. Til vurdering af graden af kulturens indflydelse.

	Relevant information	Spørgsmål og strategier
R – Familiens ressourcer	Håndgribelige ressourcer familien kan trække på - som uddannelse, netværk og transportmuligheder.	Hvilken slags assistance er tilgængelig i jeres fællesskab, og som kan være en hjælp for jer? Kender I andre i jeres fællesskab, som har lignende vanskeligheder?
I – Identitet og kulturindlæring	Konteksten for familiens liv og individuelle omstændigheder. Herunder hvor de er født, flygtninge/immigration status, sprog og graden af integration i det etniske fællesskab.	Hvor er I født og opvokset? Hvornår kom I til Danmark, og hvordan har det været at komme til et nyt land? Hvilket sprog taler i? Hvad er jeres største bekymring ved at få et barn med vanskeligheder? Livshistorie: Fortæl om andre vigtige sider af jeres liv, som kan hjælpe os til at kende jer bedre.
S – Familiens disponible færdigheder for tilpasse sig til betingelserne - som følge af at have fået et barn med handicap	Familiens evne til at navigere i sundhedssystemet og til at magte/klare at have fået et barn med handicap – følelsesmæssigt, fysisk, socialt og åndeligt.	Hvem i jeres omgangskreds kan være til støtte - eller til skade? Hvem kan aflaste jer i hverdagen? Er der nogen der kan køre for jer? Har I nogen at tale med om jeres sorg/lidelse? Hvilke muligheder har I for at finde lindring og styrke?
K- Viden om etniske minoriteter	Tro, værdier og praksis i forhold til kommunikation, etikette (skik og brug) og sundhed. Herunder indstilling til sandhedsfortælling og familiecentreret beslutningsmåde.	Kendskab til kultur, læse om kultur. Hvordan træffes beslutninger i familien? Hvem er overhovedet i familien? Holder denne familie fast ved en traditionel kulturel guideline eller ønsker de en mere vestlig model?

Skema efter Marjorie Kawaga-Singer, PhD og Shaheen Kassim-Lakha, MPH (2003)
Skemaet er forenklet og tilpasset målgruppen i opgaven. Egen oversættelse.