

Workshop 37 der DGV-Tagung „Wa(h)re Kultur“, Wien 14.-17.09. 2011
Freitag, 12:00-13:30 (Working Session 4) und 15:00-16:30 (Working Session 5)
Allgemeine Info und Registrieren bei www.dgv-net.de

Wie die Medizin auf die „Kultur“ kam. Oder: was hat Kultur mit Struktur zu tun?
Medizinanthropologische Ansätze zur interkulturellen Forschung in der Medizin.

Seit Jahrzehnten wird gefordert, die kulturellen Aspekte in der Kommunikation von Gesundheitspersonal und PatientInnen stärker zu berücksichtigen. „Kultur“ und „Ethnizität“ wurden zu einem Instrument, über das PatientInnenrechte eingefordert und Themen rund um Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitssystemen transportiert werden. Die Vermittlung von „kulturelle Kompetenz“ ist heute fast ein Pflichtpostulat medizinischer Curricula geworden. Kultur wird im realen klinischen Alltag aber auch oft als „Defizit“ und sogar als „Risikofaktor“ gesehen. Wie wird aber Kultur und kulturelle Kompetenz im medizinischen Kontext nun tatsächlich definiert und wie hängt Kultur mit Ungleichheit zusammen? Wie wirkt sich Kultur im täglichen klinischen Miteinander aus? Wie sieht die Wechselwirkung von Kultur und „Struktur“ aus und wie hängt Kultur mit Ungleichheit zusammen? Wie wird mit Heterogenität in der Medizin umgegangen? Diese Fragen werden mit Beiträgen aus Forschung und theoretischer Reflexion aufgeworfen.

Leitung: Ruth Kutalek und Ekkehard Schröder

Ruth Kutalek, Zentrum für Public Health, Unit Ethnomedizin und International Health, Medizinische Universität Wien, ÖEG ruth.kutalek@meduniwien.ac.at

Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin AGEM, Herausgeber der Zeitschrift Curare – Zeitschrift für Medizinethnologie ee.schroeder@t-online.de

Abstracts

What does ‘culture’ have to do with milk? Cultural Models and Early Breastfeeding Beliefs and Practices Among Somali, Asian and Latina Women in the United States

Kristina Tiedje (Université Lyon 2 and Mayo Clinic, Rochester), AGEM; Lauren Textor (Olmsted Medical Center Research); Barbara Yawn (Olmsted Medical Center Research)

The benefits of early breastfeeding are well documented. Despite known advantages and promotional efforts, the initiation of breastfeeding in the U.S. varies widely. This paper reports findings from a study about early breastfeeding beliefs and practices among immigrant women who believe that the “first milk” is “bad.” We conducted focus groups with health professionals and young mothers of East African, Southeast Asian and Hispanic origin to assess what ‘culture’ has to do with breastfeeding. Our study highlights how different cultural models interact and affect the breastfeeding beliefs and practices of mothers and breastfeeding counseling. We found that differing cultural models between mothers and clinicians may lead to an impasse when it comes to advising mothers to initiate breastfeeding early. Culture can be both a vehicle and an obstacle in the medical encounter. Cultural norms must be taken seriously when developing educational materials about breastfeeding for new mothers and their professionals. kristina@tiedje.com

Participatory Action Research in PHC Settings in South Africa as an Appropriate Tool to Incorporate “Local Knowledge” into Healthcare Service Supplies in the Field of HIV/AIDS? A Process Paper

Anne Löffler (Ethnologin, cand. phil. Johannes Gutenberg Univ. Mainz / Rhodes Univ., SA)

In Grahamstown (South Africa), among antenatal clinic attendees the HIV-infection rate is about 35 % (weekly surveys at local clinics). Through attending Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) therapy and socio-medical support services the risk of the baby contracting the HI-virus through its mother can be substantially reduced from about 30 to 4 percent. As the attendance in therapy support services is severely low, in a process of participatory action research (PAR) it is aimed at developing a concept of therapy support services for PMTCT-mothers that finally finds high response by its target group. Hence, the purpose of the paper presented is to describe the process of investigating the actual “right of its existence” of support groups and if its actually corresponding to the local needs and daily realities of the mothers. Here, the approach of PAR will be discussed in the line of findings.

loefa@web.de

Culture bound argumentation about the aetiology of cancer. Should the autobiographical work be (re-)implemented in the biomedical treatments?

Piret Paal (Volkskundlerin, Dr. phil., Univ. Tallinn, Helsinki and Munic; AGEM)

Finnish cancer patients’ narratives contain various theories about the reasons for falling ill with cancer. The studied materials indicate that as long as cancer concerns ‘other people’, and not ‘us’ or ‘me’, the rational (evidence based, biomedical) explanation is fine, but when cancer becomes an individual problem it immediately becomes interpreted as a particular illness with a particular significance in the person’s life and becomes a meaningful illness which needs an explanation. Cancer is e.g. interpreted as a secretive illness that enters the human body without asking permission or giving any signs of its existence. According to popular thinking, in order to free oneself from this intruder it is necessary to find the primary reason for falling ill. The most commonly accepted aetiology makes people individually responsible for falling ill and makes their position particularly vulnerable in everyday life. Furthermore, the cancer narratives indicate that the physicians working with cancer patients are not prepared, and thus not capable of, discussing such culture bound ideas with their patients. Piret.Paal@med.uni-muenchen.de

Ist „Kultur“ eine valide Kategorie im Gesundheitsbereich?

Yvonne Schaffler (Ethnologin, Dr. phil., EMLAAK, Wien; ÖEG; AGEM)

MigrantInnen gelten als „Sand im Getriebe“ des klinischen Alltags – zumindest wird dies von Seiten des Gesundheitspersonals oft so dargestellt und von WissenschaftlerInnen, NGOs sowie den Medien erforscht bzw. aufgegriffen. Die Hauptargumente, die besondere Aufmerksamkeit auf gerade jene Gruppe rechtfertigen sollen, sind fehlende Sprachkenntnisse und die Zugehörigkeit zu einer „anderen“ Kultur. Dabei ist fraglich, ob „Kultur“ tatsächlich als valide Kategorie gelten kann, wenn es darum geht, wem innerhalb des Gesundheitssystems wie viel Aufmerksamkeit zuteil wird. Problematisch ist, dass der Kulturbegriff meist in Übereinstimmung mit Staatsgrenzen oder religiöser Zugehörigkeit angewandt wird, obwohl sich auch in Österreich zahlreiche „Kulturen“ im Sinn von sozialen Milieus finden, deren Ausdruck dem behandelnden Gesundheitspersonal mindestens ebenso fremd ist wie jener von „MigrantInnen“. yvonne.schaffler@gmail.com

Der Kulturbegriff in Theorie und Praxis: Schulungen zu trans- und interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen. Eine ethnologische Perspektive.

Rebecca Zimmering (Ethnologin M.A., Albert Ludwigs Universität Freiburg)

Bei der medizinischen Versorgung von MigrantInnen kann es zwischen medizinischem Personal und PatientInnen mit Migrationshintergrund zu Missverständnissen kommen, die von Seiten des Personals oftmals mit dem ‚kulturellen Hintergrund‘ der MigrantInnen in Verbindung gebracht werden. Ziel meiner Untersuchung war ein Vergleich des den Schulungen zugrundeliegenden Kulturbegriffs. Hinterfragt wird ferner, wie die Kursleiterinnen theoretische Abstraktionen von Kultur für Beschäftigte im Gesundheitswesen anwendbar machen und inwieweit sie sich dabei auf (medizin-)ethnologisches Wissen stützen. In den Schulungen geht es in erster Linie nicht um die Vermittlung kultur-, nations- und religionspezifischer „Handlungsrezepte“, sondern um die Vermittlung generellen Wissens über versorgungsrelevante Themen im Migrationskontext. So werden u.a. Gesundheits-, Krankheits-, Schmerz-, Genesungskonzepte und ‚Religionen‘ thematisiert, sowie, bis zu einem gewissen Grad, Kulturdimensionen nach Edward T. Hall und Geert Hofstede aufgegriffen. Ziel der Schulungen ist es, den Erfahrungshorizont der TeilnehmerInnen zu erweitern und deren Empathiefähigkeit und Ambiguitätstoleranz durch das Herbeiführen von Aha-Effekten zu fördern. Auch die Gefahren der Kulturalisierung von Problemursachen, sowie strukturelle Barrieren bei der Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund, werden erläutert. R.Zimmering@gmx.de

Medizin und Kultur: Körperstrukturen und Lebenswelten unter dem funktionellen Einfluss der Stressreaktion

Ludger Albers (Dr.med., Psychiater u. Psychotherapeut in eig. Praxis, Wiesbaden, AGEM)

Menschen bilden mit ihrer Umwelt eine strukturelle und funktionelle Überlebenseinheit. Grundbedingung ist die Fähigkeit zur Grenzbildung. Ohne Zellwand wäre kein Leben, ohne Haut kein Körper, ohne sprachliche Definitionen keine Kultur möglich. Individuelle lebensweltliche Ereignisse führen zur Synapsenbildung an autonom selektierten Nervenzellen. Gemeinsam mit den individuellen Bedeutungsempfindungen werden äussere Phänomene zu stabilen Gedächtnisstrukturen geschichtet. Diese *Strukturbildung im Nervensystem* ist auch ausserhalb von Sprache regelhaft, wie an Abbildungen von Spitzer und Penfield deutlich gemacht wird. Extreme Stresserfahrungen wie Krieg führen zum Zelluntergang im Hippocampus. Alle Arten von Traumata erhöhen individuell die Empfindlichkeit, mit der Alarmreaktionen im Körper ausgelöst und verstärkt werden. Angst und Panik als Daueralarmstörung sind von vielen Beschwerden begleitet, die dem Körper keinerlei Möglichkeit lassen, sich als Kulturteilnehmer zu verhalten. Mit zunehmender Intensität der Stressreaktion versagen kulturelle Mechanismen. Dr.L.Albers@t-online.de

Hinweis: Die AGEM veranstaltet ihre 24. Fachtagung „Ethnologie & Medizin“ gemeinsam mit der ÖEG und dem EMLAAK, Wien, im Anschluss an die DGV-Tagung am 17. und 18. September. Näheres auf www.agem-ethnomedizin.de (Stand 21.06.2011)