

Disability, Culture and Service Engagement in the Chinese Community in Toronto

多倫多華人社區的殘疾問題、文化及對社會服務的需求

The Roeher Institute

二零零四年七月



鳴謝

蒙 Community Living Toronto 的員工鼎力協助完成本研究項目，謹此致謝。特別多謝以下各位：Bob Ferguson, Karen Cloer, Petra Asfaw, Lorry Cumming, Paul Samson, David Pitt 及 Layla Ibrahim。

此外也多謝填寫問卷及在小組討論和訪談中付出時間、表達意見和分享經驗的人士。這項研究有你們的幫助才得以完成。

多倫多華人社區的殘疾問題、文化及對社會服務的需求

報告摘要

本文件是《多倫多華人、索馬里及泰米爾社區的殘疾問題、文化及對社會服務的需求》研究報告書的縮略本。這項研究調查多倫多這三個少數族裔社區對殘疾的看法及其成員與市內社會服務提供者的關係。

研究有兩個目的：（一）項目伙伴希望了解少數族裔社區成員如何理解及處理當中的殘疾問題。（二）伙伴希望了解現存的服務是否能滿足這些社區的需要，特別是社區內殘疾成員的需要。

態度和信念以及與服務提供者的互動關係是兩個重要的因素。我們最終的目標是要了解這兩個因素如何影響族裔殘疾人士及其家人的生活。我們會據此作出實際建議，幫助服務團體更有效與多倫多的少數族裔社區建立關係。

研究包括四個主要方面：

1. 進行跨學科的文獻探討，了解多倫多華人、索馬里及泰米爾社區因文化差異而對殘疾的獨特理解、態度和看法。此外也找出研究人員及從業人士認為能有效兼容獨特文化態度與信念的社會服務和輔導方法。
2. 與研究對象族群的成員進行社區協談，使研究的過程得到明確的方向、參與和支持。
3. 舉行結構化訪談，與提供一般及殘疾支援服務的人士對談；探索在個別移民社區所遇困難的性質，並了解過去行之有效的服務模式。
4. 與殘疾人士、其家人、社區的成員及專向個別族裔提供服務的社會服務團體進行深入的問卷調查和小組討論。

研究的主要發現

- 整體來說，華人、索馬里及泰米爾社區的成員通常寧願尋求醫療和康復服務也不會尋求支援服務，如喘息照顧、家居照顧和康樂活動等。
- 個人和家庭需要幫助和教育，以了解如何突破支援服務的官僚架構而得到所需服務。他們當中很多人都不明白整個制度如何運作，以致得不到應有的支援和服務（例如，安大略省殘疾支援計劃(Ontario Disability Support Program)、社區護理調配中心(Community Care Access Centres)和融合幼兒服務(inclusive child care)等）。
- 雖然本研究的每一個對象族群都有健全的支援系統，這些系統並不足以滿足殘疾成員及其家人的需要。

- 本研究的每一個對象族群最近都開始為有精神問題的人士安排服務。為智能障礙及其他殘疾人士安排教育及其他服務，也是很自然和合理的延伸。
- 這些族群的成員不願意公開家人有殘疾的問題，恐怕會影響入籍身份或其他家庭成員的結婚機會。
- 雖然教育水平會影響個人對宿命主義的接受程度，每一個族群整體都有這個傾向；如認為智障是「天意」，為要考驗個人的能力和信仰；認為是「天命難移」等。任何要改變家庭或個人境況的努力都會被看為是對現狀的危險冒犯。
- 每一個族群的新移民都需要幫助，為不懂英語的殘疾兒童尋求入學安排的資料。
- 研究的對象族群沒有一個對殘疾人士有足夠社區支援。目前主要的支援都是由父母、祖父母或兄弟姐妹提供。
- 個人及家庭始終期望殘疾人士得痊愈。他們認為接受長期性幫助，如購置輪椅支助，是變相接受這個人永不會康復。從抱有希望過渡到接受現實的過程，可能對家庭的運作有很嚴重的影響。
- 傳統上，殘疾是一種令人感到羞恥的事，殘疾人士及其家人的名聲都會受到損害。這加上對遺傳基因的罪疚感和對遺傳的看法，往往驅使家人將有殘疾的成員從社區中隱藏起來。

主要建議

研究的參與者提出數個途徑，讓加拿大主流機構可以開展在他們社區的工作。這些建議主要與資料提供、教育和信任有關，包括以下各項：

1. 製作一系列資料傳單（包括中文、泰米爾文和索馬里文版本）介紹有關組織及其提供的服務。這些傳單最好能與相關的族裔文化組織協商寫作，並在個別社區的成員中作有限度的實地測試。
2. 為不同族裔群體製作有關智障的資料傳單，針對個別群體遇到的特有問題。例如，索馬里文的傳單集中討論精神病與智障的分別，並簡略引用醫療專業人士的意見。加拿大心理衛生協會出版了一系列資料可以作為借鏡。
3. 有些族裔文化組織和服務新移民的社會工作者，願意投入資源以更多了解智障。他們也希望與殘疾人士及其家人建立關係並代為影印和分發有關傳單。我們應與這些機構和個人建立持久的關係。
4. 可以透過傳譯或聘用精通族裔語言的員工，盡量以服務對象的母語提供協調服務。

5. 與多倫多地區的學校建立緊密的關係，這可以提供進入有關社區的途徑，也可以使我們能更專注殘障的新移民兒童及青少年的需要。
6. 在少數族裔社區中有雙重的資訊挑戰；（1）有些個人和家庭是與族裔社區、康樂及文化組織有聯系的，要接觸這些人是一個挑戰。（2）有些個人和家庭因本身文化對殘疾的歧視而迴避這些組織。要接觸這些人又是另外一個挑戰。所以，需要制定一個既有清楚對象而又普及的資訊發放策略，盡可能接觸最廣的受眾。
7. 充分利用各族裔服務組織的接觸面和資源。很多接受訪談或參與焦點小組的機構代表都主動幫忙，並且提供地方舉辦教育性或資訊性講座和工作坊。
8. 有人表示有興趣製作由索馬里人、泰米爾人和華人現身說法的錄影帶。鑑於目前外間資訊要進入這些社區存在不少障礙，若能讓社區本身的成員看到其他成員如何面對殘疾的問題，將有助於勝過信念和態度的障礙。
9. 全部三個社區都有很好的報紙、網上和電台聽眾的網絡。索馬里人特別強調逢星期日晚上在 CHIN(AM1540)電台節目對傳播資訊的效用。據說，這個社區大部分人都收聽這個節目。CHIN 電台同時在週日下午一時至六時提供廣東話節目。在多倫多泰米爾商店可以購買特別的收音機來收聽泰米爾語的廣播節目。這些途徑，對於接觸那些害怕向個別族裔社區組織求助的人士，特別有幫助。
10. 與族裔文化組織合作，為殘疾人士及其家人建立支援小組。這樣可以讓殘疾人士不再隱藏自己；可以在安全的環境下，與面對相似問題的人建立聯系。
11. 鼓勵員工緊貼社會服務研究的最新知識，也為他們提供學習最新的知識的機會。建立不斷學習的文化，將有助機構能追上多倫多多元人口不斷轉變的需要。

前言

一直以來，多倫多地區都是主要的移民目的地。加拿大百份之四十四在外國出生的國民都居住在大多倫多地區。這個數字只有溫哥華可以匹敵，有百份之三十八的外國出生加拿大人居住在那裏（加拿大統計局，2003）。根據 United Way 的資料，雖然多倫多市只佔大多倫多地區百份之五十的人口；整個地區百份之七十一的新移民，都選擇居住這個中心城市（Clement, 1999）。

這樣高比例具有不同文化、語言、信仰和風俗的個人和家庭聚居一處，的確對都會地區的社會服務機構帶來很大挑戰。服務機構必須幫助新受助者適應他們的辦事方式；同時也要尊重受助者的需要和限制。

這個雙重的需要，對於為智障人士提供服務尤為重要。

大多倫多地區不同族裔社區，對於智障和精神疾病仍然存在很多不同的看法。表現出有智障或有精神病的人要面對社會人士各種不同的態度，這些態度很多都是基於誤解和不科學的錯誤信念。

這些信念包括：認為智能或精神問題是來自上帝的懲罰或考驗、由於有神靈上身、由於孕婦看見或接觸了有殘疾的人、或是由於不良血統所致。

這些信念讓我們看到不同的文化對智能障礙和精神問題的不同看法。同時，「每一個社會都會將殘疾人士排拒於主要的社群和社會生活之外。在對待殘疾人士方面，加拿大同樣有不良記錄，特別是在制度化的層面。殘疾人士被排拒於大部分社會及康樂設施之外，也被剝奪了基本人權，」如結婚的權利、生兒育女的權利，和擁有財產的權利（The Roeher Institute, 2003, 11）。

綜觀智障在加拿大的歷史，智能達不到一般標準的人士若要被社區接納，最大的不是個人性的，而是結構性和態度性的障礙。換句話說，大部份障礙不是在智障人士本身，而是在他們以外。

這些障礙在少數族裔人口中同樣存在。族裔社區特有的需要和困難加劇了異常人士所面對的排拒。這些需要和困難包括：缺乏英語或/及法語的能力；缺乏教育及就業培訓；缺乏對社會服務機構、其行政方式和支援服務的了解和資訊；在新國家/地區/城市人生路不熟；以及特別在難民當中，由於面對暴力、與家人分離和在很短時間內離開原居地所帶來精神受創後的壓力。

此外，為國民提供服務的政治及社會機構往往也構成重要的障礙。這些機構負責調配資源給不同組別的國民，使他們能自立，不用再依賴這些機構生活。可是這些機構的政策和做法，往往為新移民豎立障礙。這些障礙包括：新移民在勞工市場受到

歧視、新移民在加拿大以外接收的教育和訓練不被承認、缺乏廉宜的居所 (Clement,1999,14) 、及缺乏新移民安居計劃(Reitz & Lum, 2001)。

雖然不是所有新移民都會經歷這些問題，可是很多需要特殊支援的個人和家庭都被這些問題困擾。

由於要面對這些文化和制度性的問題，Community Living Toronto(CLT)和 The Roeher Institute 共同向 United Way of Greater Toronto 申請撥款進行研究，了解多倫多少數族裔社區的需要和經驗，特別以智障問題為焦點。具體來說，這項研究集中了解巨市的華人、泰米爾和索馬里社區。以下的分析便是這項研究的最終報告。

(一) 研究項目說明

A. 報告的目的

本報告描述、分析及討論《移民社區對殘疾的理解、服務提供和殘疾人士入籍問題的交錯關係》研究項目的結果。本報告包括：

- (1) 本研究所作文獻探討的摘錄。
- (2) 討論和分析對少數族裔當中有殘疾子女的父母進行的問卷調查，了解他們的信念、做法和經驗。
- (3) 討論和分析焦點小組和訪談的記錄；小組和訪談的對象是自認少數族裔成員或為這些社群提供服務者。
- (4) 建議和需要進一步跟進的行動。

B. 研究項目的範圍和目標

這項研究要處理兩個主要問題：

1. 社區因文化因素而對殘疾的理解如何影響殘疾人士在社區內生活和獲得所需支援服務？
2. 社會工作者不了解少數族裔對殘疾的看法和態度，這如何阻礙他們的外展工作，特別是為少數族裔社區的殘疾人士提供適切的支援和服務，幫助他們成功定居和入籍？

這項研究的目標是：

- 了解華人、泰米爾和索馬里族裔社區對智障的獨特態度和看法；
- 記錄這些社區與多倫多地區社會服務機構接觸的經驗；
- 了解以下兩個因素如何影響有殘疾的族裔人士及其家人生活：
(1) 態度和看法 (2) 與服務提供者的互動關係；
- 建議適切的行動，幫助 Community Living Toronto 和其他服務機構更有效在多倫多的少數族裔社區展開工作。

(二) 研究方法

A. 研究設計

在研究過程中採取以下步驟：

1. 進行跨學科的文獻探討以確定多倫多華人、索馬里及泰米爾社區因文化差異而對殘疾的獨特理解、態度和看法。同時，考查這些看法對殘

疾人士構成的潛在風險。為了達到這個目標，研究人員搜尋了約克大學和多倫多大學的圖書館資料。此外，亦進行了與文化和社會研究有關的線上資料庫搜尋，包括 Sociological Abstracts, Social Work Abstracts, Medline 及 Expanded Academic ASAP 等。使用包括「索馬里服務（Somali service）」、「索馬里殘疾」（Somali disability）」「索馬里醫療（Somali health）」等關鍵字（同樣使用「泰米爾」和「華人」配合有關的關鍵字）來搜尋研究論文。適用的文章所處理的問題包括接收服務、對殘疾的態度和看法、少數族裔群體對北美及歐洲醫療和社會服務模式的一般態度、其他服務範圍和其他國家所採用的模式，特別是英國為索馬里及泰米爾裔居民提供服務的經驗。

2. 進行社區協談，邀請指定少數族裔參與及支持。為此進行了有 Roeher Institute 研究員、Community Living Toronto 的代表和族裔社區組織的成員共同參與的訪談。
3. 舉行結構化訪談，與提供一般及殘疾支援服務的人士對談；探索在個別移民社區所遇困難的性質。訪談同時是要了解，為什麼有些傳統的服務機構比別人更成功與少數族裔社區和來自不同族裔背景的個人建立關係。
4. 製作了需要填寫的詳細問卷（印刷本和網上電子版），以來自少數族裔社區的個人和服務提供者為對象。為個人而設的問卷有中文、索馬里文和泰米爾文的翻譯本；服務提供者的問卷則只有英文版。問卷經由 Community Living Toronto 及 Roeher Institute 的員工和其他機構雇用的 CLT 同工分發到少數族裔社區中。

由於修改延遲，共分發了兩個家庭成員問卷的版本。在資料輸入時，兩個版本的問卷經過對比和連合；結果有四條與住屋有關的問題沒有包括在內。調查的資料用 SPSS 軟件 10.5 版分析。

5. 共舉行了六個焦點小組，不同的組別成員包括：
 - a. 有殘疾的華人及其家人（出席者：10位殘疾人士及/或家人）；
 - b. 一所專服務多倫多華人社區的大型兒童中心的員工（出席者：10位社會服務專業人士）
 - c. 有殘疾的泰米爾人及其家人（出席者：約20位殘疾人士及/或家人）；
 - d. 泰米爾服務機構的成員和為泰米爾社區提供服務的跨族裔組織（出席者：11位社會服務專業人士）；
 - e. 有殘疾的索馬里人及其家人（出席者：10位家人）；
 - f. 索馬里服務機構的成員和為索馬里社區提供服務的跨族裔組織（出席者：4位男性索馬里「社區長老」）

除了與華人家庭和個人舉行的焦點小組由 Roeher Institute 的項目總監主領外，其他焦點小組全部由 Roeher Institute 的首席研究員在 Community Living Toronto 的員工協助下舉行。焦點小組的成員，是透過與 Community Living Toronto 和各有關族群同時有聯繫的人士認定和邀請。參加者是通過個人接觸（如親身邀請、電話、電郵等）和翻譯成中文、索馬里文和泰米爾文的簡短信件邀請。

（三）研究的成果

A. 少數族裔群體的特徵

輔導行業已有不少文獻，描述在服務/支援/治療的關係上如何融和文化的差異，並且令來自不同文化的人感到受尊重和歡迎。這包括實際地考慮長久以來產生的文化態度，和新加拿大人每日要面對的現實問題。

有學者指出，服務機構與受助者的關係與機構所提供的服務同樣重要：

康復工作方法的成敗，很在於關係的質素和康復技術的實踐。這要求個人的投入、對誘發希望的承擔以及改善個人、關係和環境知覺的技巧。此外，也要求他或她有訂立目標和制造新機會的技巧。（Beimans, 2000）

與可能受助者初步的接觸特別重要，這「涉及溝通障礙、家庭及個人背景、族裔社區等問題。與認同感有關的，尚有資料披露、資訊和理解等問題。評估工作要求考慮社會環境的影響和個人心理反應(London & Devore, 1988, 314)。

當然，服務提供者如果要親自投入移民和難民的生活中幫助他們，他或她必須先獲得服務對象的基本認識和信任。如果沒有基本的了解，移民不會樂於接受服務機構在他們安頓和適應過程中的幫助。有時，這與個別機構的能力或某項服務的聲譽完全無關。例如，在 Roeher Institute 最近一個研究中，研究人員獲悉一個女兒有殘疾的家庭害怕會影響女兒贊助未來配偶移民的能力，因而不願意接受機構的服務。這是一個很普遍的問題 – 由於人們害怕會影響移民的身份，所以不願意接受傷殘服務 (The Roeher Institute, 2003, 10)。

某些官方機構認為殘疾人士是資源的大量使用者（本研究的數個被訪者表示，有殘疾子女的家庭，申請移民時比沒有殘疾子女的，更有可能被拒絕）。能幸運成功申請殘疾子女進入加拿大的家庭，都不願意讓家庭成員引起不必要的注意，影響他們移民的身份。這種看法，很可能會延伸至移民加拿大後殘疾子女才出生的家庭。

同一個研究發現，接受各項服務的一個明顯障礙並不是不願意使用服務，而是缺乏使用英語的能力。溝通問題會引致「偏差的評核、溝通困難並且在了解指示、人際關係和完成任務上都比使用其母語受到更大限制」(The Roeher Institute, 2003, 16)。

文獻很多時提及的另一個障礙是歐美國家很看重的個人性和自決權。這對於看重家庭和社區的少數族裔來說可能很陌生。

Thompson(1997)指出，對於自我的看法，那些以獨立自主為特徵比起以互相依賴為特徵的族群，在社會服務的需求上是很不相同的。獨立自主的文化可以用美國，某程度來說歐洲和加拿大，的中產階級為典型。另一方面，互相依賴的關係是亞洲、拉丁美洲和非洲主流文化的特徵。北美的社會服務哲學強調個人主義、自助和自決；因而「為具有集體主義文化傾向的受助者提供服務時，工作成效會受到限制」（16）。這些族群可能會對外來機構侵擾社區和家庭生活而感到不滿，特別是經歷過移民部官員的嚴格要求之後。

Thompson(1997)表列了獨立自主和互相依賴文化各自的特性。下表是從她提供的資料改編而成。

個人主義/獨立自主	集體主義/互相依賴
強調個人思想、感受、行動	外表上壓抑感情和個人對群體的感受
個性的表達	歸屬和一致
個人成就	促進群體的目標
控制自己的命運（內在決控）	宿命論、相信命運（外在決控）
個人受到認可 = 尊重	善於維持群體和諧 = 尊重
競爭力和個人、功績、在群體中出人頭地	和諧和圓滑、知道自己在群體中的位置

服務機構和有殘疾成員的少數族裔家庭商談時，這些文化上的分別會產生問題。除了語言障礙之外（在比較年長的成員中這問題較大），這些家庭可能對那些不太認識自己族群的輔導員缺乏信心（特別是輔導員不通曉他們的語言）。這些家庭可能只生活在一個隔離的環境中，只和自己族群中的人來往。社區中可能對加拿大和加拿大人有自己的看法和偏見（The Roeher Institute, 2003, 16）。

Thompson (1997, 17) 指出在集體化族群分辨群內與群外的行為中，群外「可以包括全部或大部分主流文化的成員。」這對被認為是群外代表的服務提供者來說，會構成真實的障礙；並且表現為對所有公共服務系統的不信任。

很多家庭並不習慣有關當局關注一個過去被視為負累、需要救濟或需要掙扎追上同齡者的兒童。這是一次文化衝擊。很多已融入加拿大文化的家庭，可能都有這個問題。這種文化衝擊，會使服務提供者與受助者之間的文化分歧加劇。Roeher Institute 報告，有些家庭對竟然有專業人士討論其子女的需要感到很意外。他們可能需要接受教育，了解為什麼有這樣的安排，以致能夠開展一個建立信任和了解角色的過程（The Roeher Institute, 2003, 24）。

據報導，少數族裔社區的殘疾人士通常都會隱藏他們的殘疾；這在個別的青少年或成年人，甚或希望把殘疾子女收藏起來的家庭都會發生。個人這樣做是基於很實際

的原因：「[要隱藏殘疾]是一個重擔；不過，移民和[傷殘]是雙重負面的身份，對他們找工作並沒有幫助。」

另一方面，兩代之間的分歧在那些已接受移民國家想法的年輕人（雖然不一定限於年輕人）會顯得明顯：

由於所屬的文化不接受他們，有些殘疾人士想更像加拿大人。他們認為自己的家庭才是真正障礙，並且覺得殘疾的移民在自己社區更易受傷害。如果社會工作者要幫忙，他們必須先處理家庭的攔阻。任由家長來代表兒童發言，害多於利。（The Roeher Institute, 2003, 31）

在少數族裔人口中，族群內和族群之間都有不同程度的分歧。例如，本研究的三個對象族群相對於加拿大白人人口的主流文化，是屬於外群。他們在被歧視和別人對其文化無知方面都有類似的經驗。與此同時，個別族群內年青、中年和老年成員之間也可能在態度上存在很大分歧。

舉例來說，年輕華人男士與中學的白人同學之間比起與他們的祖父母，可能有更多共通的地方。移民加拿大的時間長短或是否在加拿大出生都會有影響。正如 Sue 與 Sue 所說，「不理會次文化的分歧，而隨便對亞洲人或美籍亞洲人作出概括性的觀察，很容易會得出錯誤的結論。」¹

無論與主流白人的關係如何，任何一個少數族裔內部都可能有分門別類的情況。從文獻來看，似乎這個問題對泰米爾裔加拿大人來說並不嚴重。他們大部分都祖籍斯里蘭卡而不是印度的泰米爾納德州（Tamil Nadu）。由於泰米爾人在斯里蘭卡長期和佔多數人口的僧伽羅族（Sinhalese）對抗和作戰，他們有共同的群體意識。表面來看，索馬里裔加拿大人似乎很統一（有共同的官方語言和宗教、一同經歷內戰和流離的歷史）。不過，實際上他們也因對家族/部族的效忠、方言（有別於官方語言）、北方相對於南方家鄉（也是與對家族效忠有關）等因素而有分別。在多倫多的華裔加拿大人來自中國的不同省份、香港、台灣及全球各地有海外華人聚居的地方。

另一方面，在祖家的內部文化分歧，來到加拿大之後又可能不再重要。舉例來說，面談的對象反映，索馬里人數十年來都以來自國家的北部或南部來分別自己。這對移民來說，最初是一個問題（據說這個社區花了兩年時間互相攻擊）。不過，他們似乎已勝過了這問題，現在南北兩個群體都以這個經驗作為他們合一的根源。雖然來自南北兩方的索馬里人都會著意以對方的限制來說笑；這些笑話不單只反映他們的幽默，也同時是他們共同歷史的寶庫。

¹ 請同時參閱，Howard-Hamilton (d/u)。

B. 服務提供者的特徵

最近有關美國康復服務的研究這樣報導：「為非主流文化人口提供的康復服務的統計顯示，失敗個案的數字令人擔憂。」特別是某些文化組別的殘疾人士，有很大機會對康復服務反應不良及不易被吸引使用這些服務。」（Wong-Hernandez 與 Wong, 2002, 101）。

作者明確地指出：「康復專業人士要更能處理多元文化問題的重要性...」並且強調需要聘用更多來自不同文化的員工。此外，現有員工也「要學習辨識少數族裔人士的文化價值觀並相應地改變提供服務的方式」（Wong-Hernandez 與 Wong, 2002, 101,117）。

Roeher Institute 留意到服務機構很多時「並不察覺移民的獨特需要，雖然他們身處有很多受助者來自族裔及/或移民社區的城市」（The Roeher Institute, 2003, 39）。這些獨特的需要，歸因於種族、語言、文化和宗教的相互作用。

舉例來說，處理年長的第一代女移民性的需要，與處理經歷數代的意大利裔或烏克蘭裔加拿大人，方法可能很不同。少數族裔社區的成員與新文化環境的交互作用可能抑制了他們尋求幫助的行為。這個現象源於新來者或自覺為外群的身份，多過由於獨特文化背景的影響。

很多研究顯示，服務機構有責任兼容少數族裔社區的不同需要，而不是要求這些社區改變自己來適應機構提供的服務。融合的服務關係，需要雙方都有犧牲；有關的社會服務機構可以在這個過程中教育它的服務對象。

Wang, Sedlacek 與 Westbrook (2001)寫道：

有關少數族裔群體的假設成為了自我實現的預言。假如來自不同文化族群的受助人被認為是不願披露自己、依賴、需要規範、指導、勸告等；他們受到的對待就是基於這些假設。他們的反應也會證實輔導者的看法。這差不多肯定了標準或傳統的方法不會有效。

在 Roeher Institute 過去一項研究中，一位來自殘疾服務機構的參與者表達了嘗試「向甚麼樣的人，就作甚麼樣的人」的困難。她覺得既然她所屬的機構對文化障礙缺乏了解，它應將受助人轉介到有文化專長的機構。可是，處理殘疾問題，通常都不是這些機構的專長（Roeher Institute, 2003, 11）。這標誌著以殘疾為服務基礎的機構與專向移民/少數族裔提供服務的機構之間，需要建立關係、分享資訊和分擔工作。

這個組織上的伙伴關係，正是 Community Living Toronto 服務少數族裔時最常提出的解決方案。我們以下會再討論。

在整個研究的過程中，很明顯有關機構都知道提供服務方式的潛在缺點。當然，各機構並非完全沒有偏見和錯誤的看法；這些偏差的存在都是基於良好的動機，而大部分是嘗試了解不同文化的結果。這項研究本身就是以良好的動機為出發點，為的是嘗試了解，以促進改革。

在研究開始時，有人認為這研究項目不應只集中在少數族裔社區本身，而應該強調服務機構的外展工作和以設合文化的方式使服務更易被受助者接納。回應這些意見，我們必須指出這項研究的目的是（1）使 Community Living Toronto 有機會了解不同的文化，以致能更好為他們服務；（2）作為一個以機構間互相學習為基礎的外展方法。整個研究項目都聚焦在少數族裔使用多倫多社會服務系統的經驗上。

C. 多倫多的華人社區

華人是多倫多最大及最具特色的社區之一，他們在加拿大已經有很多代的歷史。根據記載，最早移民加拿大的華人是來自澳門的七十位木匠 – 他們於 1788 年隨同英國探險家 John Meares 抵達溫哥華島。直至 1858 年，再沒有其他任何記載；而在當年，不少華人聽聞費沙河谷發現金礦，從美國北上淘金（CBC 在線新聞，2004）。

單就這個社區來加的年日和人數，再加上華人自立自足的聲譽；使人以為華人與索馬里和泰米爾社區應該有很顯著的分別。事實並非如此，在處理智障問題上，三個社區面對同樣問題。

1. 文獻探討

根據加拿大統計局的報告，2001 年在多倫多的華人人口分別為混有華人血統 435,690 及純華人血統 379,555²。華裔居民主要集中在多倫多三個地區：Trinity/Spadina 市選選區、Riverdale（從 Broadview 與 Gerrard 交界向四面擴散）以及東北多倫多（Steeles 與 Bayview 交界以東、萬錦市及、列治文山市，這是大部份來自香港的華人聚居的地方）。

a. 與社會服務機構和組織的接觸

Sproston 等（2001）比較了英國的華人社區與白人及其他少數族裔，他們發現「就算考慮到他們相對的健康狀況，英國的華人比起其他少數族裔更少找醫生看病。」（189）。這個趨勢在不會說英語的人當中最明顯。另一方面，「在過去 12 個月中，報稱自己有長期病患或殘疾...是一個人較願意向醫生求診的重要預示標記」

² 資料來源：加拿大統計局（Statistics Canada），2001 加拿大人口普查報表，97F0010XCB01001 號報表。有關人口群集的資料，請參閱 www.city.toronto.on.ca/ourcity/images/profile2_map3.gif 及 www.city.toronto.on.ca/ourcity/images/profile2_map5.gif。

(193)。這些人中也可以分為會說英語和不會說英語兩類；那些既有長期病患又會說英語的人較有可能向醫生求診。

Ray-Mazumder(2001, 197)也發現「這些人接受醫療護理最常見的主要障礙，是語言不通」。這項研究，除了如其他研究一樣，發現醫療服務的使用與文化因素有關外，更發現文化影響隨著性別和年齡改變 - 年輕女性較年輕男性更有可能尋求治療。不過，這種分別會隨著年齡而減少。到了某一點，其他因素會對尋求醫療護理的行為變得更加重要（如有沒有保險、私隱和羞怯等）。

Wong-Hernandez 與 Wong (2002,108)認為，美籍華裔社區對社會服務的低使用率 (Leong, 1996 證實) 要歸因於「亞裔美國人強調對家庭和社會順服和尊從的重要性。公開個人及心理的問題，會為自己和家庭帶來羞恥，所以會盡量壓抑。」同時，華人（及其他亞裔）人口，並不清楚服務提供者的角色。「對輔導的目的也不清楚，因而只求即時解決問題及具體現實的意見」 (112)。

Ng (1999) 反駁這些假設，斷言使用率偏低的原因部份要歸咎服務提供者缺乏文化意識。

b. 華人對於殘疾的看法與態度傾向

Tse (1994) 提供了香港一個社會服務機構「申請在商場舉行展覽」的一則軼事。商場的管理處不願借出地方，除非機構保證沒有智障人士出席，理由是怕「購物人士會有過敏反應」。經過主辦機構抗議這個決定之後，管理處無條件提供了一個不起眼的地點作為展覽場地。Tse 也講到一則新聞報導，有鄰舍恐嚇要「放火燒毀或破壞一所為學習障礙成人而設的宿舍。」

和多倫多的索馬里社區一樣，華人社區也似乎傾向於將智障和精神問題如精神分裂和躁鬱症混為一談(Tse, 1994)。此外，人們亦普遍對有精神病患人士仇恨和歧視；無論正確與否，Tse 認為這與 1982 年的「元洲村事件」有關。在這事件中，「一位前精神病患者在一所幼稚園內狂性大發…殺了 6 個，另傷了 40 個兒童。」一項最近的研究發現，雖然一般人對精神問題仍然抱負面的看法，對於智障人士的看法已經沒有這樣負面（香港衛生、福利及食物局， 2002）。

從中國大陸來的文獻一再強調用醫療方法處理殘疾問題，而不是容納殘疾的人士的缺陷。中國在 1996 年發表有關兒童狀況的白皮書就是這樣的一個例子：

開展“三項康復”（小兒麻痹後遺症矯治、聾兒聽力語言訓練以及白內障復明）工作。截止 1995 年底，共有 36 萬小兒麻痹後遺症患者經矯治手術改善了功能，有效率達 98% 左右；完成 6 萬多名聾兒康復任務，使他們都能開口說話，其中 10% 的康復聾兒進入普通幼兒園、小學學習；為 3 萬名低視

力兒童配用了助視器，提高了視力；使 1 萬智殘兒童增強了認知和自理能力（國務院新聞辦公室，1996）

英國研究員 Emma Stone 發現，中國對殘疾的主流看法是將它看為一個個人而非結構性的問題（即是說，從醫學的角度而非社會的角度來看殘疾）：「...在中國絕大部份的參與者以為殘疾純粹是一種損傷，是個人命運或不幸、是個人、家庭和社區的問題（Stone, 1997, 221）。Stone 發現在所有她訪談過的中國家庭和數個殘疾成人中，復康工作和「矯形手術...同時都在他們考慮之列」（Stone 1997, 222）³

Thompson (1997)也支持這個描述：

美籍華人對健康的觀念是基於人與大自然的和諧，疾病是不和諧的證明...這樣的文化傾向於看殘疾，特別是心理的殘疾，為一種由於神明降罪於一個家庭而帶來的羞恥。因此，處理殘疾是家庭自己的責任。由於有這種看法，他們寧願採用非傳統醫療/靈界力量來使病者恢復與群體的和諧，從而用群內的資源解決問題。

或者自從 Max Weber 那時開始，這種傾向已經歸因於孔子的理想：「不會...神化世俗事務的超越性...反而以使個人與現狀取得和諧作為理想」（Giddens, 1976, xv）。

中國的教育制度將有殘疾和沒有殘疾的學生高度分隔，有整個系統的特殊學校和普通學校的特殊班。1996 年的白皮書指出：「全國盲、聾、弱智兒童的平均入學率已達 60%，在經濟發達區達到 80%。」

Stone (1997)指出：「大部份從事非農業性工作的殘疾成人都是受雇於社會福利工廠，這些廠有一半員工是傷殘的。」很多她訪談過的人認為，「隔離的工作好過沒有工作；甚至有些人認為比沒有分隔的工作環境更好。」（223）。

在香港，Person 與 Yiu (1993) 和 Tse (1994) 描述社區的成員反對社區融合殘疾及有精神問題人士，因而架設各種障礙。Tak-fai Lau 與 Cheung (1999) 將這種抗拒，歸因於殘疾和非殘疾人士之間缺乏接觸；抗拒的程度也與年齡、教育水平和性別有關。

香港的衛生、福利及食物局的一項研究發現，有 66% 被訪者認為智障人士應在家中與家人同住。同時，有 23% 的受訪者認為，有精神問題的人士「應減少在公眾地方活動」；8% 的人認為智障人士也要這樣。此外，39% 的人認為，服務精神有問題人士的中心不應設立在他們鄰近；18% 的人對服務智障人士的中心也有同樣要求。

³記錄片《泉源》(Wellspring)(中國, 2002, 49 分鐘；導演 Sha Qing) 很明顯說明了這個趨勢。

香港政府在數個不同的範圍，包括學校系統，也做了類似的研究。香港平等機會委員會最近撥款，進行了對超過 5,000 名學生的調查（香港大學, 2002）。調查發現，雖然學生對公平對待、人權和平等機會等觀念都明白和有好感；這些感覺並不一定能轉化成對殘疾有正面的觀念。例如，精神問題及智障人士在態度量表裏被排列為最低的等級。受訪者一般認為，「殘疾人士在特殊學校比在融合學校較感到舒服和獲得更好教育...學生對於和殘疾人士交往的社會後果較有保留和戒心，特別是覺得受到威脅和不可預知。」有百分之六十的受訪者，從來沒有接觸過殘疾人士。研究報告的作者認為，這種態度的成因是「康復及特殊教育設施的設計大部份是基於分隔的假設。難怪學生們都以為殘疾人士應歸屬特殊設定的環境。」

最年輕和最年長的受訪者態度比較正面；中間年齡組別的人「對殘疾人士的態度顯著的比較負面。」此外，女學生「比起男學生...顯著地態度比較正面。」不過，父母教育水平、家中電腦數目或家庭成份等都與態度沒有任何相互關連。

Tsao (1998)以第一身的故事指出，實際上「殘疾在很多亞洲文化中仍然是一個禁忌的題目。」「古老的迷信教導人殘疾是某種懲罰，並且宣傳一種想法，認為與別不同永遠都不是一件好事。」作者講述如何被父母隱藏保護起來，不讓她參與有第一代華人出席的聚會（這可能暗示態度隨著時間改變）。人們預期長者會看不起那些過去做了壞事而受報應的家庭。這種態度也可能具體地在殘疾人士身上從外在缺陷轉化為內在感受，覺得自己「該受」殘疾的報應。這都會影響一個人的自我價值觀、與別人發展友誼的能力及建立長遠的婚姻關係。在 Tsao 的個案，她所屬社區對她殘疾的反應使她迴避與社區接觸，轉而投向群外文化，在這裏她覺得比較舒服和被接納。

2. 華人社區焦點小組

在第一部份，華人的組別比索馬里和泰米爾家庭的焦點小組更積極；殘疾人士或其家人代表出席的人數最高。我們不清楚這是因為小組的組織者找對了人，或是個人和家庭比較願意參加這類聚會。是否因為華人社區比較習慣了智障的存在？是否智障與其他問題有分別或是這個族裔很需要解決支援不足的問題？

總共有十位殘疾人士或其家人出席討論，當中有不同類別的智障。參加者的年齡介乎 13 至 40 歲。很明顯，華人背景的新移民要駕馭一個不易明白和使用的系統存在不少困難。例如，以獲取資訊為例，參與者指出他們經常不知道應該致電給誰詢問，才可以獲得所需的支援和服務。假如對英語沒有基本的掌握，根本沒法找到答案。參與者與小組分享，接通了電話也得不到所需的資料，因為聽電話的人無法明白他們問什麼。

另一個問題是和既不懂華語又不了解中國文化的人溝通。這是一部份研究參與者經常提到的主題。

父母提出為較年長子女尋找活動參與的困難（如少年人、較年長讀中學的子女或已脫離學校系統者）。大部份都是坐在家中看電視。父母看出子女有潛質可以做更多事情，不過他們沒有這樣的機會。他們不曉得如何推動制度來幫助子女。

父母也很明顯不知道或沒有人告訴他們，有殘疾的學齡子女接受學校教育可以有那些選擇。例如，小組的學齡少年很可能會分流到特殊學校而不能進入普通學校；可是，大部份家長都不明白什麼是融合教育。

參與小組的家長很明顯對子女的前途不存任何希望。焦點小組帶出，在華人文化中沒有殘疾的子女可以對前途有任何「夢想」的先例。有一位家長說他們輕度弱智的兒子想當警察。他們只可一笑置之，並說這理想不設實際，他連工作也不會找到。

3. 華人服務機構焦點小組

與泰米爾和索馬里服務機構的諮詢相比，華人服務機構的焦點小組只有執業者參加（他們大部份自己都是來自華人背景），而且他們都在多倫多地區一間很大的兒童服務中心工作。參加者代表一系列不同專長，包括社會工作者、家庭關係與資源專家、和腦神經科醫生。

a. 與服務機構和組織的關係

華人家庭主要是透過醫生及醫院轉介，也有些是透過其他家庭或學校職員介紹而接觸中心。個人需要有醫生轉介才有資格得到中心提供的大部份服務。兒童都是因醫療或健康理由轉介到這裏，可以充分利用這裏資源密集的環境、享受特殊的康樂活動，與及參加研究計劃。這一切服務的組合使這機構的服務廣受歡迎，也透過募捐和商業機構捐款獲得重要的財政支持。

這個機構雇用了能操國語及/或廣東話的傳譯員，華裔的受助者對傳譯服務的需求也很高。雖然不少家庭透過轉介成功找到這個中心的服務，一般來說公眾仍然需要「很多教育的工作」，華人對社區提供的服務所知甚少（如喘息照顧、康樂、家居護理等。）這個現象其中一個最重要的原因是語言障礙。

b. 對智力障礙的看法

焦點小組的組長問出席者，多倫多華人社區在殘疾的問題上與其他社區有甚麼不同。有一位參加者清楚指出，不應該一概而論，因為在華人當中不同的信念、習俗、文化適應、移民的年日、教育水平和經濟狀況等都分別很大。

不過，大家留意到華人社區傾向於將焦點放在特殊學校和特殊服務。他們對有明顯殘疾和沒有殘疾的兒童有很明確的區別。由於這個兒童服務中心是一個為殘疾兒童而設的高度專門化機構，我們所獲得的資料會存有偏見的危機。對這些專門化服務

沒有興趣的家庭很少會在中心出現。另一方面，其他研究人員也發現類似的傾向（如 Sproston 等, 2001; Ray-Mazumder, 2001）。

參加者指出，有殘疾成員的華人家庭很可能也要面對大家庭其他成員對殘疾的負面態度。那些向主流服務機構求助的家庭，更要向傳統有關殘疾的觀念挑戰。幫助華人殘疾人士及其家人參與華人的支援小組也要面對同樣的問題。這些家庭必須使自己對殘疾的新態度和看法，不致於和大家庭和社區其他成員的成見產生衝突。

焦點小組重覆討論華人家庭對殘疾子女的那份強烈責任感。父母認為由於那是「他們的子女」，所以是「他們自己要背負的十字架」。假如家人要與殘疾子女分開，罪疚感更是一個問題。這種責任感也會驅使這些家庭拒絕外間的幫助，因為他們相信自己命運注定要照顧自己製造出來的「問題」。此外還有幾個與這種感受相連的傾向。其中一個傾向是權威的問題及向外人或陌生人求教的問題。一個相近的問題是「我怎可以將子女交給我不認識的人？」

小組亦提有些人仍反覆抱著殘疾可以治愈的希望。這對於身體上有明顯殘疾的人尤甚。假如一個家庭接受幫助，支助購置如輪椅一類的輔助裝置；這可能被看為承認殘疾的事實不可以逆轉。這亦代表放棄了治愈的希望。接受「現狀」與希望得治愈之間存在尚需解釋的矛盾，可惜我們在訪談和焦點小組時沒有足夠地討論這個問題。

中國人推崇「喜怒不形於色」的人，意思是在公眾、陌生人或不相熟的人面前絕不表露自己的感情。同樣，華人家庭沒有興趣使自己對有殘疾的子女在情緒和感受上「好過些」。他們反而較有興趣知道可以怎樣幫助子女。所以，華人受助者會比較容易接受實際的技巧多過面對殘疾的心理因應技巧。

當組員被問及會不會以教育華人有關殘疾的觀念作為他們的職責，他們似乎都有共識，這是他們應扮演的角色之一。有一位參加者說：「我們只能撒種。」他們說有責任提供知識和教育。他們也感受到華人家庭想要這類知識，並且覺得這些知識有用。

4. 訪談華人服務提供者

在與一位多倫多服務提供者的一對一訪談中，我們討論了兩個題目：（1）華人對智障的態度和看法的基礎和後果；（2）為什麼多倫多地區有些服務機構成功接觸這個社區，有些卻不能？

受訪者首先指出，很多參與研究項目的人認為調查問卷太長、太難填寫。這對於那些教育程度未能達到了解某些名詞的家長尤其困難。受訪者本身就幫助了不少家長澄清那些醫學和身體名詞。有些填寫問卷的人問：「正確的答案是甚麼？」他們不了解可以有些問題是沒有正確答案的。

關於第一個題目 - 態度和看法- 被訪者認為在佛教文化中，殘疾可以被看為一個人前世做事的報應。此外，責任完全歸在父母身上；現代有關遺傳的看法更擴大了這個責任（即是說，人們相信如果父母有「好一點的遺傳因子」，子女便不會有殘疾。）除了責任感之外，華人也很強調不應依賴別人。很多華人都不願意申請社會援助金或津貼房屋。這很可能也延伸到其他社會服務如喘息照顧和家居護理。

關於第二個題目 - 為甚麼有些服務提供者成功接觸及留住來自華人社區的受助者 - 受訪者提到她的雇主是一間醫療康復機構，所以從醫生、醫院、教育局及其他機構收到很多轉介。這位受訪者認為由於社區的人知道他們機構有能說華語的職員，所以有很多家庭致電這個機構。他們也指出，他們的機構有很多來自不同文化背景的職員。

受訪者指出，雖然機構並沒有收到針對少數族裔群體需要的撥款支助，管理階層卻很鼓勵員工開展及維持與華人社區成員的關係。這些支持讓受訪者可以有時間建立這些關係。

機構的一些服務計劃，包括了為有殘疾子女的華人家長開設一個支援小組，並支付這個小組的郵費。中心同時為成長遲緩的少年提供廣東話節目。

盡管我們強調好像 Community Living Toronto 這樣的機構有需要擴展服務到華人社區，我們同時指出要作好這項工作是不可以靠翻譯來進行的。我們建議，如果一個機構要在一個對智障有完全不同看法的少數族裔社區開展工作，它必須訓練及聘用有類似文化背景的員工。

（四）調查結果擇要

- 在研究調查的各組別中，加拿大華人，尤其是那些不懂英文的華人，最不可能因醫療及其他問題尋求外間幫助。
- 服從、尊從社會習俗及維持現狀是華人社區普遍流行的價值觀。他們很看重「顧全面子」（維持人格的力量和家族的地位）；如果「失了面子」就是很大的損失（顯出軟弱或為家族帶來羞恥）。
- 比起研究的其他組別，在華人社區中工作的服務機構更需要顯出了解中國文化（特別是習俗、語言、不同籍貫的分別等）。
- 比起其他族群，華人更有可能尋求實際幫助過於情緒上的支持。他們期望的服務強調殘疾者本身的福利過於家人的需要。
- 個別的華人及家庭偏向於尋求治愈及解決方案過於持續的支援。
- 華人的家長很可能看子女的殘障為自己的責任，這源於一種很強的自足感。向外求助可能被看為沒有盡上作父母的責人。

(五) 建議

研究的參加者提出數個途徑讓加拿大主流機構可以開展在他們社區的工作。這些建議主要與資料提供、教育和信任有關，包括以下項目：

1. 製作一系列資料傳單（包括中文、泰米爾文和索馬里文版本）介紹有關組織及其所提供的服務。這些傳單最好能與相關的族裔文化組織協商寫作，並在個別社區的成員中進行有限的實地測試。
2. 製作一系列有關智障的資料傳單，專為本報告所發現的特有問題及特有群體而設。例如，索馬里文的傳單集中分辨精神病與智障礙，並簡略引用醫療專業人士的意見。傳單也可以破除有關殘疾的因果關係的神話（如上天的懲罰、邪靈附身、懷孕時看見殘疾人士等。）加拿大心理衛生協會出版了一系列資料可以作為借鏡。⁴
3. 有些族裔文化組織和服務新移民的社會工作者，願意投入資源以更多了解智障。他們也希望與殘疾人士及其家人建立關係並代為影印和分發有關傳單。我們應與這些機構和個人建立持久的關係。
4. 可以透過傳譯或聘用精通族裔語言的員工，盡量以服務對象的母語提供協調服務。
5. 加強與醫療和復康機構的關係，如 Bloorview MacMillan 兒童中心、Surrey Place 中心、病童醫院等。雖然這些機構認識 Community Living Toronto 的服務，事實顯示有關 CLT 的資料並未傳到受助者。可能 CLT 的輪候名單及/或缺乏多元化阻礙了轉介。
6. 加強與多倫多地區學校的關係。Community Living Toronto 目前從學校系統接收很大數量的轉介。不過，這機構服務少數族裔家庭所遇到的困難顯示需要更新這些關係，並且強調 CLT 願意將部份資源專注智障移民兒童和少年的需要。
7. 在小數族裔社區中有雙重的資訊挑戰；（1）有些個人和家庭是與族裔社區、康樂及文化組織有聯系的，要接觸這些人是一個挑戰。（2）有些個人和家庭因本身文化對殘疾的歧視而迴避這些組織。要接觸這些人又是另外一個挑戰。所以，需要制定一個既有清楚對象而又普及的資訊發放策略，盡可能接觸最廣的受眾。

⁴ 請參閱 http://www.toronto.cmha.ca/c_what_we_do/wwd_publications.asp

8. 很多接受訪談或參與討論小組的機構代表都主動幫忙，提供地方讓 CLT 舉辦教育性或資訊性講座和工作坊。對於索馬里社區，鄰近索馬里人聚居地方的 Dixon Community Services 最為適合。一班「社區長者」逢星期五在 Dejinta Beesha 聚會，我們在這裏已經舉行了一次簡短但成功的資料發佈會。The Organization of Canadian Tamils with a Disability 對泰米爾社區來說是最適合的選擇。CLT 已經和一些華人專業人士建立關係，他們可以幫助物色適合的場地。
9. 有人表示有興趣製作由索馬里人、泰米爾人和華人現身說法的錄影帶。鑑於目前外間資訊要進入這些社區存在不少障礙，若能讓社區本身的成員看到其他成員如何面對殘疾的問題，將有助於勝過信念和態度的障礙。
10. 全部三個社區都有很好的報紙、網上和電台聽眾的網絡。索馬里人特別強調逢星期日晚上在 CHIN(AM1540)電台節目對傳播資訊的功用。據說，這個社區大部分人都收聽這個節目。CHIN 電台同時在週日下午一時至六時提供廣東話節目。在多倫多泰米爾商店可以購買特別的收音機來收聽泰米爾語的廣播節目。這些途徑，對於接觸那些害怕向個別族裔社區組織求助的人士，特別有幫助。
11. 與族裔文化組織合作，為殘疾人士及其家人建立支援小組。這樣可以讓那些有殘疾的人士不再隱藏自己，可以在安全的環境下，和面對相似問題的人建立聯繫。
12. 為願意及能接受 Community Living Toronto 轉介個案的特定族裔服務組織共同建立資料庫。
13. 確保 Community Living Toronto 成為一個學習的機構。要求員工緊貼社會服務研究的最新知識、為他們提供機會學習最新的知識、支持員工在機構內成長及晉升、讓員工有機會向管理層提供他們的知識和經驗。

(六) 結論

這項研究及研究所產生的報告，焦點是多倫多華人、索馬里和泰米爾社區對於智障的經驗和了解。研究發現，無論是那一個族裔，殘疾人士及其家人都會經歷排斥。

每一個文化所持對殘疾人士及其家人不歡迎和不支持的態度，都是歷世歷代以來宗教、哲學、政府、民間傳說和經驗的影響累積下來的結果。這個事實，無論是在加拿大主流「白人」文化或少數族裔社區文化都是一樣。

研究指出，這些社區需要給予智障人士及其家人更多支持；事實上，各社區本身都有很大的包容和互相支持的能力與容量。在某些範疇，特別是在精神健康問題上，已經有進展。不過，像 Community Living Toronto 這樣的機構，在這些方面累積了數十年學習的經驗；相信有很多是值得這些社區學習的。

主流服務機構如果要與少數族裔社區聯系和滿足他們的需要，機構本身必須一心一意抱開放和學習的態度。他們必須想辦法欣賞和融和每一個少數族裔社區的獨特文化需要。若非如此，少數族裔的成員很難覺得受歡迎，並且投入社區生活的願景。主流機構也不應以批判的態度看待不同文化對殘疾的獨特看法和態度；必須承認無論是少數或主流族群，所有社區都有可改進的地方。

這不是一個容易或短期性的事業。我們需要有新的對話方式和伙伴關係；也需要建立互信及互動的學習關係，以致能探索、制定和溝通智障人士及其家人應有的地位和價值。Roher Institute 希望這項研究可以作為培養對話、伙伴關係和學習的良好起點。

(七) 參考文獻

Atkinson, D.R., Maruyama, M., and Matsui, S. "The Effects of Counselor Race and Counseling Approach on Asian Americans' Perceptions of Counselor Credibility and Utility," in *Journal of Counseling Psychology*, 1978, 25, 76-83.

Beimans, H. (2000). The process of employment rehabilitation of torture survivors. In Omega Health Care Centre, Graz. *Mental health community and culture in the EU member states*. Available:

Bell, T.S., Branston, L.K., Newcombe, R.G. & Barton, G.R. (1999). Intervention to improve uptake of breast screening in inner city Cardiff general practices with ethnic minority lists. *Ethnicity and Health*, 4(4), 277-285.

Botan, A.A. (2002). Address to the Seventh International Congress of Somali Studies. Quoted in
http://www.globalwarmingmedia.pwp.blueyonder.co.uk/somalia/seventh_int_congress_york.htm, accessed 11/21/03.

British Broadcasting Corporation London (2003). *Somali London*. Available:
http://www.bbc.co.uk/london/yourlondon/unitedcolours/somali/welcome_history.shtml, accessed 10/11/03.

CBC News (2003). *Black crime in Toronto: A deathly silence*. Available:
<http://www.cbc.ca/witness/silence/crime.html>, accessed 11/11/03.

Canadian Immigration Hotline (1993). *Somali illegals: The U.S. doesn't want them, but Canada does.* Available: www.canadafirst.net/back_issues/hot-51.txt, accessed 11/11/03.

Canadian Mental Health Association (2003). *Breaking barriers: Ethno-cultural materials tool kit.* Available: http://www.toronto.cmha.ca/c_what_we_do/wwd_breaking_barriers_articles.asp, accessed 12/11/03.

Carey, E. (d/u). *Race, income splits Toronto, study warns.* Available: <http://www.geocities.com/CapitolHill/6174/racepoor.html>, accessed 11/11/03.

Clement, D. (1999). *Toronto at a turning point: Demographic, economic and social trends in Toronto.* Toronto: United Way of Greater Toronto.

Collacott, M. (2002). *Canada's immigration policy: The need for major reform.* Vancouver: The Fraser Institute.

Elmi, A.S. (1999). *A study on the mental health needs of the Somali community in Toronto.* Toronto: York Community Services & Rexdale Community Health Centre. Available: <http://ceris.metropolis.net/Virtual%20Library/health/elmi1.pdf>, accessed 11/21/03.

Geromino, J., Folinsbee, S. & Goveas, J. (2001). *A research project into the settlement needs of adult immigrants with limited literacy skills in their first language who have settled in the Greater Toronto Area.* Toronto: The Canadian Multilingual Literacy Centre.

Giddens, A. (1976). Introduction. In M. Weber (1930/2002), *The Protestant ethic and the spirit of capitalism.* Routledge.

Gillette, M.B. (2002). *Between Mecca and Beijing: Modernization and consumption among urban Chinese Muslims.* Stanford University Press.

Griffiths, D.J. (2000). Fragmentation and consolidation: The contrasting cases of Somali and Kurdish refugees in London. *Journal of Refugee Studies*, 13(3), 281-302.

Health Canada (2003). *Supporting self-care: The contribution of nurses and physicians.* Available: www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/selfcare/4en.htm, accessed 12/11/03.

Howard-Hamilton, M. (d/u). *Research in multicultural counselling.* Available: <http://ericcass.uncg.edu/research/howard.html>, accessed 07/11/03.

Immen, W. (2000). Somalis pitch in for mutual aid. *Globe and Mail*, Dec. 6, 2000. Available: www.somaliawatch.org/archivedec00/001226101.htm

Israelite, N.K., Herman, A., Alim, F.A., Mohamed, H.A., Khan, Y. & Caruso, L. (1999). *Resettlement experiences of Somali refugee women in Toronto*. (Unpublished paper).

Howard-Hamilton, M. (d/u). *Research in multicultural counselling*. Available: <http://ericcass.uncg.edu/research/howard.html>, accessed 07/11/03.

Leong, F.T.L. (1986). Counselling and psychotherapy with Asian Americans: Review of the literature. *Journal of Counselling Psychology*, 33, 196-206.

Leung, P. Asian Pacific Americans and Section 21 of the Rehabilitation Act Amendments of 1992. *American Rehabilitation*, 1996, Spring, 2-6.

London, H. & Devore, W. (1988). Layers of understanding: Counselling ethnic minority families. *Family Relations*, 37, 310-314.

McGown, R.B. (1999). *Muslims in the Diaspora: The Somali communities of London and Toronto*. Toronto: University of Toronto Press.

Mind (2003). *About Mind*. Available: <http://www.mind.org.uk/About+Mind/>, accessed 10/11/03.

Morten, G., and Sue, D.W. *Counseling American Minorities*. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown, 1979.

Ng, K.S. (1999). *Counselling Asian families from a systems perspective*. Alexandria, Virginia: American Counselling Association.

Opoku-Dapaah, E. (1995). *Somali refugees in Toronto: A profile*. Toronto: York Lanes Press.

O'Reilly, F. (2003). Somali's hearts call them home. *Toronto Star*, Aug. 24, 2003.

Osaki, K. (1997). When refugees are women: Emergence of the issue on the international agenda. *Refugee*, 16(4), 9-16.

Patterson, C.H. (1996). *Multicultural counselling: From diversity to universality*. *Journal of Counselling and Development*, 74, 227-231.

Ponterotto, J.G. & Casas, J.M. (1991). *Handbook of racial/ethnic minority counselling research*. Springfield, IL: Thomas.

Reitz, J.G. & Lum, J.M. (2001). *Immigration and diversity in a changing Canadian city: Social bases of inter-group relations in Toronto*. Available: <http://www.utoronto.ca/ethnicstudies/Idiversity.corrected.pdf>, accessed 05/18/2004.

**Settlement.org (2003). *Looking at health care*. Available:
<http://www.settlement.org/cp/english/somalia/health.html>, accessed 11/21/03.**

**Siad, Abdulrazak A. 1991. *Findings on the Somali Community in the City of York*.
York Community Services. June 1991. 42 pp. {510}**

Silveira, E. & Allebeck, P. (2001). Migration, ageing and mental health: An ethnographic study on perceptions of life satisfaction, anxiety and depression in older Somali men in east London. *International Journal of Social Welfare*, 10(4), 309-320.

Silveira, E. & Ebrahim, S. (1998). A comparison of mental health among minority ethnic elders and whites in East and North London. *Age and Ageing*, 27(3), 375-383.

Silveira, E. & Ebrahim, S. (1995). Mental health and health status of elderly Bengalis and Somalis in London. *Age and Ageing*, 24, 474-480.

Somali Immigrant Aid Association (d/u). *A word from Executive Director of S.I.A.O. Mahad Yusuf*. Available at <http://webhome.idirect.com/~siao/index.html>, accessed 06/15/2004.

Statistics Canada (2003). *Proportion of foreign-born population, census metropolitan areas*. Available: <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/demo46b.htm>, accessed 05/17/2004.

Sue, S. & Zane, N. (1987). *The role of culture and cultural techniques in psychotherapy*. *American Psychologist*, 42, 37-45.

Tak-fai Lau, J. & Cheung, C. (1999). Discriminatory attitudes to people with intellectual disability or mental health difficulty. *International Social Work*, 42(4), 431-444.

The Roeher Institute (2003). *Job integration for persons with disabilities from ethno-racial communities: Final report*. Toronto: Author.

Thompson, V.C. (1997). Independent and interdependent views of self: Implications for culturally sensitive vocations rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation*, 63(4), 16-20.

The Roeher Institute (2003). *Job integration for persons with disabilities from ethno-racial communities: Final report*. Toronto: Author.

Thompson, V.C. (1997). Independent and interdependent views of self: Implications for culturally sensitive vocations rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation*, 63(4), 16-20.

Van Lehman, D & Eno, O. (d/u). *Somali Bantu: Their history and culture*. Available: www.culturalorientation.net/bantu, accessed 11/21/03.

Virginia Refugee and Immigrant Health Program (d/u). *Somali Bantu: Potential health problems*. Available: <http://www.vdh.state.va.us/epi/rihp/bantu.pdf>, accessed 11/21/03.

Wilkes, J. (d/u). *Youth leader looks to roots for success*. Available: http://www.skillsforchange.org/news/articles/toronto_star_march_20_2002.htm, accessed 11/11/03.

Wong-Hernandez, L. & Wong, D.W. (2002). The effects of language and culture variables to the rehabilitation of bilingual and bicultural consumers: A review of literature study focusing on Hispanic Americans and Asian Americans. *Disability Studies Quarterly*, 22(2), 101-119.