

文化与健康关系概述

Napier A D^{1*}, Ancarno C², Butler B¹, Calabrese J¹, Chater A³, Chatterjee H¹, Guesnet F¹, Horne R¹, Jacyna S¹, Jadhav S¹, Macdonald A¹, Neuendorf U¹, Parkhurst A¹, Reynolds R¹, Scambler G¹, Shamdasani S¹, Smith S Z¹, Stougaard-Nielsen J¹, Thomson L¹, Tyler N¹, Volkmann A M¹, Walker T¹, Watson J¹, Williams AC¹, Willott C⁴, Wilson J¹, Woolf K¹

1. 伦敦大学学院 英国伦敦 WC1E6BT
2. 伦敦国王学院 英国伦敦 WC2R2LS
3. 贝德福特大学 英国贝德福特 LV13JV
4. 国际长寿中心 英国伦敦 SW1P3QB

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.01.012

Culture and health

Napier A D¹, Ancarno C², Butler B¹, Calabrese J¹, Chater A³, Chatterjee H¹, Guesnet F¹, Horne R¹, Jacyna S¹, Jadhav S¹, Macdonald A¹, Neuendorf U¹, Parkhurst A¹, Reynolds R¹, Scambler G¹, Shamdasani S¹, Smith S Z¹, Stougaard-Nielsen J¹, Thomson L¹, Tyler N¹, Volkmann A M¹, Walker T¹, Watson J¹, Williams AC¹, Willott C⁴, Wilson J¹, Woolf K¹

1. University College London, London WC1E6BT, UK
2. King's College London, London WC2R2LS, UK
3. University of Bedfordshire, Bedfordshire LV13JV, UK
4. International Longevity Centre, London SW1P3QB, UK

1 引言

2013年2月6日,人们聚集在威斯敏斯特教堂对面的伦敦伊丽莎白二世女王会议中心(Queen Elizabeth II Conference Centre)外面,听取中斯塔福德郡NHS信托基金会(Mid Staffordshire NHS Foundation Trust)关于2005年和2009年西米德兰兹郡一所NHS医院内数百名可预防性死亡的原因调查。患者家属、卫生政策决策者以及新闻界人士一起听取了调查结果,并想知道谁应该承担此次事故的责任。基金会首席律师Robert Francis宣布,此次事故不应归责于任何群体或个人,真正的“凶手”是文化,文化导致人们忽视了可预防性死亡的发生,英国NHS文化应对此次事故负责。

事后一家报纸发表相关评论:受害人及其家属

显然对此结果不满意,他们想要看到的是由某个具体的人或机构来承担责任,而不是归咎于无法对自己的错误道歉并接受惩罚的NHS文化。然而,此次裁定结果已定,不可能去惩罚NHS体系之内的任何个体或机构,也没有意义去寻找“替罪羊”。罪魁祸首是NHS文化,是文化忽略了应该优先保护患者,疏忽了患者行为对其自身可能产生的不良影响。^[1]

然而,医疗质量委员会(Care Quality Commission)成员随后被以监管不力、机构功能失常、文化封闭等^[2]等罪名受到了起诉,为中斯塔福德郡NHS患者死亡事件承担部分责任。在这里,“文化”一词替代了护士、医生、医院董事会、地方卫生监管部门、卫生政策决策者、政客,乃至家庭医生,成为被指责的对象。这种责任还延伸至NHS基金会本身的文化性,因为该机构的职责是监管医疗行为文化的影响。

* 作者简介:David Napier,博士,教授,主要研究方向为医学人类学。E-mail:d.napier@ucl.ac.uk

本文英文原文参见Lancet,2014,384(9954):1607-1639. 经作者David Napier授权在本刊连载,略有删减。本文为连载的第一部分。

如今,在卫生和卫生服务提供的评估方面,针对文化的指责很常见。正如上述案例所示,文化不能仅仅等同于对一个种族或一个国家的忠诚感。我们都会做出具有地区特色的各种行为,这在产生社会凝聚力的同时,也限制我们自身的价值观、感知责任的能力以及对客观认知的假设能力。在这种背景下,医生与卫生体系的职责、决策者和研究者的优先选择,均会产生某些基于社会认同和假设的集体性行为,而这种认同和假设就是文化。

此类案例显示了以科学为导向的临床医生、医学专家和决策者们不能忽略文化对 21 世纪卫生保健的重要性。理解文化及其对卫生服务水平提高的影响至关重要。如今,人类学和医学人文学研究方法已成为重塑人们对健康和如何保持健康等概念的必要手段。

2 文化的定义及其在卫生领域的体现

人类学家 Robert Redfield 将“文化”定义为“体现在人类行为和人工产物之中的常规性理解。”^[3]这一定义具有实用性,它不仅专注于人类的共识,同时还专注于基于这些共识的人类实践和加深对人类共同信仰理解的实践。因此,“文化”不仅仅等同于民族认同,也不仅仅指拥有相同种族特征的人群。

Robert Redfield 的定义并不意味着在一个拥有相同语言、行为和信仰的群体内,所有的成员都拥有既定的价值观,也不意味着某些理念可以很容易地在既定群体之间甚至一个群体之内进行传播。例如,某一特定社会群体拥有对药用植物的常规认识,但并不意味着该社会中的所有成员都熟知这些知识。此外,医生拥有别人所没有的专业知识,但是这些知识能够惠及任何一个前来就诊的病人;但这些医学知识产生的作用在每次就诊中会有所差异,在不同医生问诊时也会不同。这种情况也发生在外科医生、护士、牙医等医务人员身上。即便是在西欧和美国等具有统一医学临床路径的地区,医务人员的行医行为和价值观也存在明显的差异。德国人会将低血压定义为一种对人类健康产生巨大影响的疾病,北美地区会过度使用抗生素,而法国人则会将政府卫生基金用于水疗和顺势疗法。^[4]

然而,将文化解释为共识,并不意味着任何群体内部的个人行为所具有的文化维度会得到其他成员的理解。举例来说,某一群体认为应该去关爱老年人,但却未必可以满足人口老龄化的实际需求。此

外,群体内的成员通常会认为其自身行为具有普遍性,而非特定性,然而这是错误的。以一神论者为例,他们或许会习惯地认为,宗教就是信仰上帝,然而对于许多人来说,宗教不是对上帝或一个神的信仰。这个例子反映了一种社会惯例,即某些被广泛证明的东西(即使只是被普遍假设的东西),却不会受到清醒的质疑或批判性的检验。因此,文化体系或许不能被明显表现出来,但其影响力却无处不在,涵盖在日常的科学实践之中。不仅仅是医院,就连大学、科学实验室、全球卫生慈善机构以及政府机关,均拥有自己的文化,尽管它们的文化与人类学家研究的文化类型相比欠缺“文化性”。然而,正是由于这些文化有时更具隐蔽性,它们的影响力可能更大。

一个多世纪以前,社会学家 Émile Durkheim 将经验事实(所见事实和证据)与社会事实(人类信仰未受到挑战时的假设)进行了分离。^[5]对于 Émile Durkheim 来说,我们所认定的某些理所当然的事情即是我们存在的基础,即使我们并不是经常意识到这些事情。它们超越了我们自我批评的能力,一直对我们施加影响,并与我们能够主观意识到它们的能力成反比。实际上,人类群体很少会意识到他们的道德观点是相互联系的,只有当自身的价值观与他们并不认同的某些价值观存在分歧和冲突时,他们才会越来越清晰地认识到自身价值观受到文化的影响。

当一位临床医生尝试去照护来自另一个社会的患者时,文化影响力会变得十分明显。但当我们思考文化是如何影响医院行为时,一般不会在本质上将这些行为视为一种文化。举例来说,当我们说到沉默的大多数时,其通常是指拥有相同价值观和思考范畴的群体,即这部分群体采取了一种不加口头批判的交流方式。沉默的大多数是由大众的信仰、习惯、生活方式、理念和价值观组成的,这些人觉得没有必要公开表达自己的价值观,因为他们没有受到公开挑战。基于这个原因,当某个群体的成员遇到与自身意识存在实质性不同的行为和信仰时,文化价值观就会变得越来越清晰。文化不仅包括人们能够意识到的日常行为和实践,也包括那些隐藏的和被认为理所当然的行为。因此,人类学家 Fredrik Barth 曾将“文化”比喻成一个空的容器,即一种以容器边缘外围来加以定义的概念。^[6]容器的四壁是有形的,它们将容器的里外分隔开来,但内容就很难加

以定义了。

最重要的是,文化是一种动态概念,有时会被公开表达,但有时并没有被公开定义。举例来说,公民在面对冲突时会在国家认同感的驱使下团结一心,而在和平时期却只会为自己的小家而奋斗。同样,他们会从根本上相信人类平等,但工作岗位上又讲究声望等级^①。由于通常会被视为是一种理所当然的行为,文化对于人类健康水平以及卫生服务提供是至关重要的。

文化可以被认为是由某一群体的风俗、习惯、语言和地理位置等决定的一系列实践和行为。正如联合国教科文组织(UNESCO)所采用的“文化”定义(1870年由人类学家Edward Burnett Tylor提出)^[7-8],我们需要理解风俗习惯、道德价值观和信仰体系如何在特定背景下显示出来,尤其是医学人文科学的方法可以被用来重塑医学和卫生保健事业。

然而,确认文化重要性的难点并不仅仅在于使我们能够认识到自己的文化假设。从相对意义上来说,最难之处在于什么是自己的文化,即人类学家所说的“人类学悖论”。一方面,我们相信自己的文化能够让人们理解另一种文化;另一方面,我们认为理解自己的文化最难,即对我们的主观实践行为进行客观批判。^[9-10]对于很多人来说,这个难点是因为文化始终是一种模糊概念。通过概念我们可以看出,长期受到某一文化的熏陶,使人们很难辨别自己的文化。

文化维度在NHS案例中已经有所显示,这一维度对本文的主要论题至关重要:即卫生领域文化的系统性忽视是提高全球卫生服务质量的重大障碍。尽管我们可以接受为此次临床医疗事故负责的是文化^[11],但是我们也建议文化检验是良好行医的关键,其不仅仅涉及那些我们认为理所当然并最难检验的事情。当一个社会的自身客观性是由人们的具体行为和公开理解力组成的,那么我们就应试着去理解文化为何会对我们生活的诸多方面产生重要影响。

我们相信,修正人们对文化普遍见解和伪科学的理念和行为的时机已经到来。正如我们理解社会多样性一样,文化不是只包含那些理所当然和不能加以批判的东西(即普遍性假设)。因此,我们建议对文化做出如下定义:文化指的是构成习俗和惯例

的共有的、公开的和隐藏的理解,维系习俗和惯例并使之具有意义的理念、符号和具体的手工艺品。

3 文化对健康的重要性

1952年,在联合国教科文组织的资助下,法国人类学家Claude Lévi-Strauss开展了一项研究,旨在解决种族歧视问题和世界和平稳定的威胁因素。第二次世界大战之后的很长一段时间内殖民主义价值观依然普遍存在,这项研究猛烈地抨击了当时的种族中心主义和社会优越论的种种假说。Claude Lévi-Strauss明确反对基因决定论,并揭示了种族中心主义的错误性和文化进化论的肤浅性,捍卫了小型社会的文化生存权,为读者们展示了一系列纷繁复杂的社会符号系统。^[12-13]由著名人类学家将上述观点写入联合国教科文组织的关键性文献,确保了将多元文化论、文化能力和社会多样性价值观公诸于世。联合国教科文组织有关文化权利的视角成为了当今如何从多元文化角度定义卫生权利的理论基础。

然而,捍卫地方文化,尤其是鉴别文化是如何对卫生和卫生结果产生影响的,并不容易。自Claude Lévi-Strauss发布报告以来,联合国教科文组织一直在捍卫人类平等和包容多样世界观之间斡旋,而这种可以感知的矛盾心理也一直受到人们的诟病。事实上,联合国教科文组织的某些政策(1995年的报告有所体现)已经再次点燃了有关权利—文化之争的讨论,而导火线即是其进一步推行“发展相对论和伦理共性论”的概念。^[13-15]简而言之,在促进卫生普遍性的同时尊重地方差异性的难点在于:在这样的矛盾条件之下,文化不仅将排他性合法化,也将排斥性合法化。^[13]以种族隔离为例,因其是不公平的隔离,对于多元文化论来说就是一种无法忍受的存在形式。^[16]

尽管Claude Lévi-Strauss的相关报告提供了有关文化的决策基础,但当时并未有人知道全球化将会对文化多样性的消亡产生怎样的影响。20世纪50年代,人类学还处于抢救时代,人类学家还在忙于记录濒于灭亡的各种文化和各自的地方社会实践。那时的人们需要认知本土知识的各种好处,例如,外科手术之所以会得到普遍认可,就是基于人们对亚马逊河流域印第安人部落使用箭毒来麻醉肌肉组织进行射猎的理解。

① 因地位和权力的实际不同或感知不同而进行的分级制度,一般会发生在在一个固定环境之中,诸如诊所或医院。

然而随着全球化进程的持续,文化多样性逐渐减弱,其不仅否认了这种真实差异性的好处,同时也否定了之前多种知识的不同。据估计,目前全球 6000 种语言中许多正在迅速减少,有些只有极少数人使用,每两周就会有 1 种独特的母语在消失。^[17] 保护文化多样性的失败造成了无法衡量的损失,同时使人类丧失了对文化多样性的选择权,这种选择既包括关于自然世界的本土知识,也包括在现代世界已经消失的合作和信任模式。随着文化多样性和生物多样性越来越为全球同源性让路,对人类其他思维方式和民族药植物资源的重视程度大大降低。

Claude Lévi-Strauss 为联合国教科文组织撰写报告时没有意识到的问题,但现在已经影响到我们如何看待文化多样性的好处。举例来说,我们无从知晓本土权利事务怎样与本土财产归还案例进行合法绑定;我们也无从预见文化的种种新定义会如何鼓励种族使用生物符号来确立本土性概念^[19];我们也无从预见前两者又如何为当代刻板的卫生实践做出贡献,而造成这种刻板印象的正是那些善意的临床医生和致力于提高临床工作能力的“文化中间人”。^[20-21]

正是由于这些极其复杂的困难性,如今许多人认为我们在理解、解释和认识某些地方性文化时,已经不再需要 Claude Lévi-Strauss 式的结构人类学和自主性文化理念了。^[22-23] 毕竟,如果没有对 1987 年报告(《我们共同的未来》)的强烈信仰,即对专注于人类共同性而非多样性的强烈信仰,我们又该如何缔造去跨越人类意识形态障碍所需的道德信任感呢?^[24] 除此之外,在改善和平衡各种差异性的全球化背景之下,文化的构成又是什么呢?

对于许多关心全球健康的人来说,文化远不及解决政治和社会经济不平等重要,即使其中某些方面没有被忽略,也被尽可能地淡化。我们对此现象表示坚决反对。实现全世界范围内的平等必须具备两个条件,一是对价值观文化体系的认知,二是抵制一种错误理念,即认为地方文化是实现全球平等的阻碍。事实上,拒绝承认文化性会释放出一种潜移默化的负面影响,同时也会加剧人们对更多崭新思考模式的忽略。对文化性的忽视会使个体忽略了自身是处于一种地方性道德世界内部。

文化本身并无好坏之分。对价值观文化体系的思考往往有助于(有时也会阻碍)改善人类之间的差异性。当文化在行使功能时出现了排斥和歧视现

象,那么人们就应该努力去揭露那些容易被认为是理所当然的行为,从而改变这些行为。当文化创造出来的道德约束变得越来越执着和坚定时,那么人们就应该去努力理解这些约束将如何改善人类健康水平和未来卫生服务提供的模式。

然而,拒绝承认文化现象始终存在,会让我们看不见自己行为当中的虚伪性和排他性,即使是心地最善良的个人也会在不知不觉中这样做(如某些普遍主义论会否认地方文化,或倡导全球目标应该优先于地方目标等)。当社会功能出现紊乱时,拥有舆论话语权的人们或许会不计较个人观点,更多与全球精英保持新兴文化上的共享,而非与那些无话语权的人保持互动,无话语权的人往往又会与他人实现种族、宗教、传统或道德认同感的共享。

虽然我们经常会讨论有关疾病痛苦和人类同情心的话题,但如果医务人员任意忽视自己的行为对另一个生命的价值和意义,那么就会难以让患者的健康状况改善。举例来说,非常规产前检查和拒绝参加常规产前筛查是全世界面临的两大难题,这非常不利于产妇和婴儿的健康。英国一项针对南亚妇女的调查研究显示,与卫生专业人士的想法恰恰相反,没有坚持做这些检查和筛查的产妇并不是对产前保健持消极态度,而是她们缺乏知情选择权。^[25] 相比之下,另一份尼日利亚的研究显示,这些孕妇之所以预约第一次产检的时间很迟,是因为在尼日利亚所有的临床护理都被视为是治疗疾病所需,对于健康母亲来说并没有任何意义。^[26] 因此,接受卫生保健服务的行为受到人们卫生保健文化理念的影响。一项针对阿拉伯和土耳其种族人群孕期叶酸补充的研究显示,未充分补充叶酸的孕妇与经济压力有关,而不是因为她们缺乏或忽视相关的卫生信息。这些案例真实反映了世俗观点对临床就医产生的实际且长远的影响。除非我们可以解决人类健康问题的地方思维模式,即其与我们假设中的普遍概念有所不同的地方观念,否则我们将没有办法去理解患者的日常行为,而这却是人类较高健康水平所依赖的重要因素。

那么,理解以下两点事实就会显得尤为重要:一是人类健康概念是怎样从社会文化角度生成和被理解的;二是价值观文化体系该如何与卫生内涵和卫生服务提供体系相联系。人类健康日益被认为既与生物学相关,也与社会学相关。只有卫生服务提供者认为有必要去理解促使人们实现健康或更加健康

(即感觉很好)的社会文化条件,才能提高卫生结果。

要想实现这种理解力,也就意味着人们要质疑一个问题,即忽视患者、卫生服务提供方、卫生监管方、慈善机构和调查研究人员价值观文化体系,对于卫生保健服务来说到底意味着失去了什么?因此,本文致力于评估在高卫生成本、低医疗资源的背景下,地方和全球层面的密切关注会如何促进全球卫生水平的提高。我们会以批判的眼光审视以下四个问题:一是在文化存在差异的背景下如何成功(或未成功地)提供卫生保健服务;二是卫生保健文化在面对价值观改变时是如何成功运转或陷入崩溃的;三是卫生文化到底是如何改善或恶化普遍存在的平等和不平等的;四是在任何既定的社会文化群体内部,卫生本身会如何受到普遍健康概念存在或缺失的影响。

接下来的几部分旨在评估文化能力的本质(即人们如何在文化差异存在的背景下实现沟通和交流)、卫生不平等的负面影响(即文化会如何不公平地限制人类实现更加健康目标的机会)、卫生保健群体的结构和功能(即集体性卫生保健行为会如何既成功又失败)、破坏或提高人类健康水平的社会条件(即个体健康会如何与社会信任感的存在或缺失产生关联)。本文并不是要罗列有关疾病和治疗的各文化特性定义(即传统医学人类学),而是要针对文化意识为何会对卫生产生至关重要影响的原因做出评估。

致谢

感谢复旦大学公共卫生学院陈文教授、陈英耀教授以及英国埃塞克斯大学周逊博士的推荐。

参 考 文 献

[1] Taylor R. We love the NHS too much to make it better[EB/OL]. (2013-03-09)[2014-10-21]. <http://www.theguardian.com/books/2013/mar/09/love-nhs-making-it-better>

[2] Laurance J. Ex-NHS chief battles to salvage her reputation after CQC scandal[EB/OL]. (2013-07-25).

[3] Redfield R. The folk culture of Yucatan[M]. Chicago: University of Chicago Press, 1941.

[4] Payer L. Medicine and culture: varieties of treatment in the United States, England, West Germany and France[M]. New York: Penguin, 1988.

[5] Durkheim E. The rules of the sociological method[M]. New York: The Free Press, 1982.

[6] Barth F. Ethnic groups and boundaries: the social organiza-

tion of cultural difference[M]. Oslo: Universitetsforlaget, 1969.

[7] UN Educational, Scientific and Cultural Organization Universal Declaration on Cultural Diversity[EB/OL]. (2001-11-02)[2014-10-21]. http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

[8] Tylor E. Primitive culture[M]. New York: George Palmer Putnam's Sons, 1920.

[9] Walzer M. Thick and thin: moral argument at home and abroad[M]. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1994.

[10] Lukes S. Moral relativism[M]. New York: Picador, 2008.

[11] The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry[EB/OL]. [2014-10-17]. <http://www.midstaffpublicinquiry.com/report>

[12] Lévi-Strauss C. Race et histoire[M]. Paris: Denoël, 1961 (in French).

[13] Eriksen T H. Between universalism and relativism: a critique of the UNESCO concepts of culture[M]. //Cowan J, Dembour M B, Wilson R. Culture and rights: anthropological perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

[14] UN Educational, Scientific and Cultural Organization. Our creative diversity[R]. Paris: World Commission on Culture and Development, 1996.

[15] Finkelkraut A. La défaite de la pensée[M]. Paris: Gallimard, 1987 (in French).

[16] Scheper-Hughes N. Violence and the politics of remorse: lessons from South Africa[M]. //Biehl J, Good B, Kleinman A. Subjectivity: ethnographic investigations. Berkeley: University of California Press, 2007.

[17] BBC News. Are dying languages worth saving?[EB/OL] (2010-09-15)[2014-10-17]. <http://www.bbc.co.uk/news/magazine-11304255>

[18] Napier A D. Making things better: a workbook on ritual, cultural values, and environmental behavior[M]. New York: Oxford University Press, 2013.

[19] Garrouette E M. Real Indians: identity and the survival of Native America[M]. Berkeley: University of California Press, 2003.

[20] Galanti G A. Cultural sensitivity: a pocket guide for health care professionals[M]. Joint Commission Resources, 2013.

[21] Galanti G A. Caring for patients from different cultures[M]. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2008.

- [22] Farmer P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor[M]. Berkeley: University of California Press, 2003.
- [23] Kleinman A. Pain and resistance: the delegitimation and re-legitimation of local worlds[M]. //DelVecchio Good M J, Brodwin P, Good P, et al. Pain as human experience. Berkeley: University of California Press, 1994.
- [24] World Commission on Environment and Development. Our common future [M]. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- [25] Dormandy E, Michie S, Hooper R, et al. Low uptake of

prenatal screening for Down syndrome in minority ethnic groups and socially deprived groups: a reflection of women's attitudes or a failure to facilitate informed choices? [J]. Int J Epidemiol, 2005, 34(2): 346-352.

- [26] Ebeigbe P N, Igberase G O. Reasons given by pregnant women for late initiation of antenatal care in the Niger delta, Nigeria[J]. Ghana Med J, 2010, 44(2): 47-51.

[收稿日期:2015-08-31 修回日期:2015-12-24]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

食物与健康之间存在的复杂关系

食物与健康之间的关系是复杂的。每个人都需要食物来维持生存,但是食物摄入太多或太少,以及摄入食物类型不当,都会对健康产生负面影响。为了加深对饮食与健康关系的理解,2015 年 11 月,《Health Affairs》杂志发表了题为“The Complex Relationship Between Diet And Health”的文章,描述了美国与饮食相关的疾病发展趋势及模式,通过生态学框架,就宏观环境、社区及个人三个层面讨论了其对食品消费的影响,并提出了针对性的政策建议。

文章认为,美国总体膳食质量不佳,这与蔬菜类、全麦类食物摄入不足,而糖、盐、饱和脂肪及精粮类食物摄入过度有关。1999—2012 年,高血压、肥胖

和糖尿病的患病率逐年增加,各种族之间疾病发生的趋势及模式存在差异。食物选择受食品可获得性影响,个人的饮食行为形成受到宏观环境、社区及个人的影响,同时,这三个层面又会相互影响。基于食物与健康之间的复杂关系,任何单一的应对政策都不能完全消除相关疾病。因而试图改善膳食的应对政策应当是综合性的,要针对弱势人群所面临的食品选择壁垒而做出调整,并考虑多个层面上的驱动因素以达到效果的最大化。

(刘葑 摘编自《Health Affairs》)