

# 健康领域的文化能力

Napier A D<sup>1\*</sup>, Ancarno C<sup>2</sup>, Butler B<sup>1</sup>, Calabrese J<sup>1</sup>, Chater A<sup>3</sup>, Chatterjee H<sup>1</sup>, Guesnet F<sup>1</sup>, Horne R<sup>1</sup>, Jacyna S<sup>1</sup>, Jadhav S<sup>1</sup>, Macdonald A<sup>1</sup>, Neuendorf U<sup>1</sup>, Parkhurst A<sup>1</sup>, Reynolds R<sup>1</sup>, Scambler G<sup>1</sup>, Shamdasani S<sup>1</sup>, Smith S Z<sup>1</sup>, Stougaard-Nielsen J<sup>1</sup>, Thomson L<sup>1</sup>, Tyler N<sup>1</sup>, Volkmann A M<sup>1</sup>, Walker T<sup>1</sup>, Watson J<sup>1</sup>, Williams AC<sup>1</sup>, Willott C<sup>4</sup>, Wilson J<sup>1</sup>, Woolf K<sup>1</sup>

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.1674-2982.2016.02.013

## Cultural competence and health

Napier A D<sup>1</sup>, Ancarno C<sup>2</sup>, Butler B<sup>1</sup>, Calabrese J<sup>1</sup>, Chater A<sup>3</sup>, Chatterjee H<sup>1</sup>, Guesnet F<sup>1</sup>, Horne R<sup>1</sup>, Jacyna S<sup>1</sup>, Jadhav S<sup>1</sup>, Macdonald A<sup>1</sup>, Neuendorf U<sup>1</sup>, Parkhurst A<sup>1</sup>, Reynolds R<sup>1</sup>, Scambler G<sup>1</sup>, Shamdasani S<sup>1</sup>, Smith S Z<sup>1</sup>, Stougaard-Nielsen J<sup>1</sup>, Thomson L<sup>1</sup>, Tyler N<sup>1</sup>, Volkmann A M<sup>1</sup>, Walker T<sup>1</sup>, Watson J<sup>1</sup>, Williams AC<sup>1</sup>, Willott C<sup>4</sup>, Wilson J<sup>1</sup>, Woolf K<sup>1</sup>

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 背景

尽管人类对其他社会的兴趣纵贯历史的各个阶段,但是检验不同文化概念对人类健康实践的影响从 20 世纪才开始,当时是伴随着长期的人类学田野调查产生的,这些田野调查揭露了不同文化之间相关卫生实践的多样性、复杂性和连续性。<sup>[1]</sup> William Rivers 是最早采用比较法检验文化对健康影响的临床医生之一,他既是一位医生,也是一位社会人类学家,同时也因其著作成为一位实验心理学家。William Rivers 于 1904 年创立了《英国心理学杂志》(*British Journal of Psychology*),是科学实验中采用双盲临床实验法的第一人。令人觉得讽刺的是,双盲临床实验法的发展促进了安慰剂的使用,这将临床试验中的社会学意义清除而变成完全的生物学试

验。可以说,正是这种完全剔除社会影响的做法缔造了现代生物医学。

然而,对于 William Rivers 来说,文化的重要性相当巨大。他曾明确指出文化对于医学的重要意义,其中对健康和信仰做出如下阐述:“健康和信仰彼此紧密相关,不可分割,要想将二者分离极其困难且不可能实现;然而仍有一些人群所处的社会尚无‘医学’体系的存在,在这样的社会中人的态度和疾病的鉴别是紧密联系的。”<sup>[2]</sup>

尽管 William Rivers 被誉为文化和健康民族志研究的鼻祖,但是医学人类学作为一门传授学科在近代才出现,其主要伴随着世界范围内多元文化社会的出现、殖民主义的消亡和单边出口发展模式的失败而出现的。医学人类学的理念可以追溯至 20 世纪 40 年代,当时诸如 Henry Siegerist 在内的医学历史

\* 作者简介: Napier A D, 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。本文为连载的第二部分。

学先驱人物曾做过大量的研究。虽然充分理解医学人类学可以丰富人们对不同文化和不同时期文化定义的认识,但医学人类学尤其可以揭示文化发展的自然环境(例如某种特定药用植物的使用)和针对人类、宇宙以及(符合伦理和道德)人类行为的地方性理解力是如何影响医学知识体系的。<sup>[3-4]</sup> 尽管医学人类学家依然关注异域信仰和行为,但如今他们也常常会质疑(熟悉的和不熟悉的)信仰是如何影响自己所处社会的人类疾病行为的。

本文无法对上述发展进行逐一解释,但读者应该牢记个体的基本观念(以神判概念为例)是如何对自身行为方式产生重要影响的<sup>[5-8]</sup>。同样,一旦理解了信仰和行为的交互作用是如何产生连贯且一致的意义之后,起初看似属于异域的思考方式,也就变得不再具有异域性了。<sup>[9]</sup> 在许多社会,尤其是营养不良现象普遍存在的社会,肥胖通常会被误认为是健康的表现<sup>[10]</sup>,而在一些其他文化中(如巴西),就算是贫困人口,也拥有通过外科整形手术实现美丽(符合巴西文化定义)的权利。<sup>[11]</sup>

人类对身体的信仰会令内科医生感到困惑(如有人认为疾病是祖先某些行为造成的后果),也会使许多新兴科学理念并行繁荣,包括表现遗传学、共生现象学、疾病媒介物和进化法则。<sup>[12]</sup> 正是因为人们对有关疾病理论的优点不断进行研究,从而使得这些理论变得越来越相似。这恰恰可以解释为何许多医学人类学家接受临床培训,许多临床医生从事医学人类学。当疾病成为头等大事时,医务人员对疾病理论的理解及其与患者的沟通也就变得尤为重要。

这些并不是临床能力应该包含文化能力的全部原因。截至20世纪70年代,临床沟通的价值以及护理人员了解患者背景的能力,已不仅仅需要达到理解的水平,而是要达到量化的程度。1975年的一次调查研究对体格检查和实验室试验的临床准确性进行了面对面访谈并做了有效性对比,从中发现了临床沟通能力的重要性。<sup>[13]</sup> 80名患者当中,有66名(83%)患者的病史可以为医生的初次诊断提供足够的信息,并且初次诊断的结果与最终诊断结果一致。那么,如果凭患者提供的一份完整病历就可以实现83%的正确诊断率,为何临床医生还要如此频繁地进行常规临床诊断?<sup>[14]</sup> 而且这个事实为何在评估卫生成本和临床卫生效益的过程中没有引起重视?

有些人认为,医学检查并非只是出于临床原因,也是出于文化原因。《科学美国人》(*Scientific Ameri-*

*can*)评论员 John Horgan 坦率地指出:“过度的医学检查毫无疑问部分是由于医务人员的私心造成的。大多数美国医生的工资支付方式都是按照诊断数量来计算的,也就是‘按项目付费’。由于这种经济激励,医生会开具一些病人不需要的处方。医生过度开具处方也是避免因治疗不当而遭到投诉的需要。”<sup>[15]</sup>

根据著名医生 Ezekiel Emanuel 计算,美国每年的卫生保健服务成本几乎达到了人均8 000美元。<sup>[16]</sup> Emanuel 将这个数字与世界第二大经济体中国的GDP进行了比较:“中国2010年的GDP是5.9万亿美元(美国GDP为14.6万亿美元)。那么作为人口只有中国1/4的美国,其卫生保健支出仅比中国总体支出少一半……如果继续按照这样的增长率发展下去,到2035年,美国卫生保健支出几乎将占据美国整个经济的1/3,也就是每3美元当中就要有1美元用于卫生保健支出,到2080年,美国卫生保健支出将几乎占据美国整个经济的一半。”<sup>[15-16]</sup>

可如果这种实验室研究不具备成本效益,那为何还要继续进行实验室研究,而不是重新配置资源以便于让临床医生能有更多时间与患者交流?难道是因为卫生保健已经成为一种掠夺式商业行为?还是因为生物医学文化已逐渐转变为过度专注于医学检查?另外,当“按项目付费”成为个人破产的主要原因时,美国的卫生保健文化到底还要以何种方式存在?<sup>[17]</sup> 或许更重要的是,在调整和重组卫生服务提供过程中,为何已经存在了40多年的相关文化研究还是一直被忽视?

1975年的调查研究显示:首先,医生在知道了病史采集比患者检查的益处更多之后,能够自信地分配病史采集和患者检查的时间。第二,必须重视培训医学生在门诊治疗中准确采集患者病史,而非一味教会学生如何筛查患者的生理指标。第三,必须加强对医患沟通研究的重视,而非一味增加实验室辅助设备。第四,医疗门诊部门的规划具有重要意义。需要分配更多的空间用来与患者交流,而非用来检查患者的身体。研究结果对于诊断出现问题的复查患者具有重要意义。如果医生看完患者的病史并对患者进行检查之后仍然无法做出准确的诊断,那么实验室检查恐怕也起不了任何作用。<sup>[13]</sup>

卫生经济学家应该量化一下临床医生有充足时间获得详细的患者病历之后的潜在益处。获取精确详细病历的时间可以提高医生的价值感,然而上述潜在的益处对于逐利化的医疗投资具有负面影响,

在逐利化医疗中临床护理遵循常规性的服务提供模式,并且医生有时被认为是卫生保健服务的贩卖商。上述 1975 年的研究清晰地表明:短期来看,时间的节省并不能转化成金钱的节省。

尽管 1975 年的调查年代久远,但其研究结果仍然具有借鉴价值。通过模仿商业实践(即实现即时投资回报且无需为长期后果负责),世界范围内推行的是什么样的卫生保健服务文化?

## 2 临床依从性

尽管医学能力通常被认为是执行最优治疗认可标准的能力,但对医学能力的构成尚不清晰。<sup>[18]</sup>举例来说, Martin Talbot 曾对医学教育的能力模型提出过质疑,他表示偶尔的低回报率和操作能力是要以反思、直觉、经验和高阶能力为代价的,而这些能力对于专业医学人士和整体良好的医学实践来说是必须要具备的。<sup>[19]</sup>相比之下, Betancourt 及其研究团队认为,能力是一种可以解决医生和患者所面对的组织性、结构性和临床障碍性卫生服务提供和利用的手段。<sup>[20]</sup>

虽然文化能力培训可追溯至 20 世纪 60 年代,但几乎从未在公共卫生组织内部的员工身上有过体现,并且在 70 年代移民之后由于新兴医疗模式的需求,文化能力培训才被正式并入医学教育。<sup>[21-22]</sup>然而,即使有关文化能力可提高临床结果的观点已经盛行,大多数文化培训并不是现在发生的。

文化能力和文化多样性这两个概念比较模糊,也不易被人理解,且往往会受到政治动机而非教育动机的影响。<sup>[23]</sup>文化能力的传统理解强调的是对种族、民族和语言特性的识别会改变临床意义中的社会经济因素和标准临床诊断分析。文化能力无疑远远不是一个伞状术语那么简单,其构成也不仅仅包括针对文化敏感度、多元文化论和跨文化主义而进行的培训。<sup>[24]</sup>

对使用外来语言患者的不同卫生理念的研究,能够加深理解世界范围内卫生需要的范畴。这种调查研究试图阻止基于错误假设的种族群体被过于医学化,因为一些种族群体会认为如果不愿意遵守和遵循治疗就会遭遇相对较差的医疗服务。<sup>[25-26]</sup>这方面有大量的研究,尤其是对种族本源和语言能力对临床非依从性影响的研究。<sup>[27]</sup>当卫生保健服务提供者处于多民族聚居的社会中时,上述研究变得尤其必要。<sup>[28-29]</sup>语言对于患者来说可以传达最大化的卫生保健服务经验。<sup>[30]</sup>这些服务不仅包括与医生面对

面的诊疗服务,还包括特定语言的医学传单以及与健康相关的电视节目、日益普遍的在线健康诊断咨询和健康讨论的网站。

然而,不同文化之间的卫生交流不仅包括语言翻译,还包括有关因果关系的情境化信仰和行为、有关高效卫生保健服务供应构成的地方性观点和对卫生机构及其理念的态度<sup>[31]</sup>,此外,还包括对卫生保健社区的理解以及该社区是如何在地方层面上行使其功能并减少高价医疗服务项目和过度医疗行为。本文曾针对北伦敦社区(托特纳姆和北米德尔塞克斯)开展过调查研究,结果显示,2010 年有超过 50% 的社区卫生服务机构停业关门,原因是政府撤回了对它们的资助。因此,忽视患者的社会需要确实会产生一系列连锁效应。这些效应除了体现在死亡率和发病率方面,还体现在社会和财政损失方面,但谁能量化社会和财政的真正损失?

然而,健康和文化的需要不仅得到患者和医务人员的重视,也越来越需要得到各类具有“守门人”作用的非医学人员的重视,这些人员包括社会工作者、接待人员、电话和网络客服人员以及卫生保健管理者。上述人员均有各自专业领域的文化,这些文化可能比他们服务的患者和社区中包含的文化还要多。提高卫生保健实践中的文化意识,不仅是卫生服务直接供应方的责任,也是一项社会事务。

由于文化能力包含对如何获得更好卫生服务的理解,因此应该提高行医水平并创造出更具有响应性(和负责性)的临床医学文化。文化能力具有高度的人类学特征,文化并不是静态和一成不变的,而是永远处于动态变化中。<sup>[32]</sup>因此,通过对医生的知识、态度和新兴技巧加以重视,文化能力能够缩小卫生保健供应方与消费者之间的文化距离。<sup>[33-35]</sup>文化能力即是对丰富人际关系的缔造和发展。

因此,文化能力需要关注患者和医务人员的解释方式以及对疾病和健康的认知。此类解释方式的重要性众所周知,并作为一种能力行为的组织结构被广泛采用,其中主要包含以下几个问题:

- 你如何称呼这种疾病?
- 你认为发生这种疾病的原因是什么?
- 你怎样看待这种疾病?它有多严重?
- 你认为你自身患有这种疾病吗?
- 这种疾病会如何影响你的身体和思维?
- 你最恐惧这种疾病带来的什么?
- 你最恐惧这种疾病治疗方法中的哪个部分<sup>[36]</sup>?

拉近文化间距离的第一步应该是调和医务人员和患者之间的疾病观点差异,但是仅仅建立双方疾病观点的共性还远远不够。当患者与医生分享常识时,社会能力也十分重要。即使是同讲一种语言的医生和患者,在描述“疾病”的过程中,患者也会无法理解医生对疾病的解释。<sup>[37-38]</sup>能力是指将关系变得富有意义,以减小疾病所带来的破坏性影响。互相理解是实现情感关怀的基础,但是尚需足够的时间来让这种新形式的临床保健服务萌芽、扎根。

能力需包含如何建立新的知识系统,这些新知识可以唤起一种临床意义并接受各种其他不同的意义。<sup>[39]</sup>无论能力是否涉及医生鼓励患者自主做出选择这一临床变量<sup>[40]</sup>,文化能力都需要创造一定的临床诊断空间,以将各种错误观念连接起来。<sup>[41-42]</sup>医务人员需要时间来建立这种临床意义,从而节省不必要的开支。

文化能力就是培养医患沟通能力,解除医疗障碍。<sup>[22,35]</sup>因此,文化能力不应该仅被视为“医生治疗移民者、外国人及其他来自‘异国文化’人群的必备技巧。”此外,文化能力不应该只关注能够被人们感知到的文化差异。如果文化可以催生出新的社会环境并可以成功地将临床知识背景化,那么此时文化本身要比其仅仅发挥媒介功能(将临床事实从医学角度翻译给不懂医学知识的门外汉)更加成功。一种名为“布鲁姆斯伯里文化处方”的新技术手段就是如此,其所有临床应用都被进行了详细评估。

### 3 文化能力与循证医学

尽管公共卫生政策和临床护理领域都非常需要文化能力意识和文化能力培训,但是需要更好地理解健康行为的文化决定因素,并将这些因素与能反映少数民族和少数种族疾病遗传因素的患病率进行比较。虽然循证医学的核心目标是通过有效且高效的方法来降低疾病负担,但循证医学很少与影响疾病负担和结果的社会文化因素产生关联。

由于人类的价值观和行为在很大程度上受到社会因素的影响,理解影响求医行为和治疗依从性的文化因素对于健康结果的最大化至关重要。以糖尿病治疗为例,已有证据显示,医生有能力减缓临床症状给患者带来的影响,但前提是患者必须接受治疗。同样,糖尿病控制的建议可以改善患者的健康状况,但前提必须是患者要将医嘱贯彻到日常行为当中。

因此,一旦患者没有很好地利用卫生保健服务

或没有坚持依从治疗原则,卫生保健服务就没有任何效用。Ⅱ型糖尿病就是最好的例证,尽管明明知道这种疾病的主要病因、死亡率、发病率、首选治疗方法和预防模式,但即使是在最具经济特权的阶层,也只有40%~60%的患者会完全遵从医嘱。<sup>[43]</sup>苏格兰的多项研究显示,只有1/3的患者会坚持依从治疗建议(泰赛德区)。<sup>[44]</sup>循证医学已经发现,仅凭研究证据和临床技巧并不足以取得良好的健康结果。治疗决定往往需要权衡风险,如一种疾病有保守治疗和激进治疗两种方法,医务人员和病人等需要权衡风险后做出决定。因此,高质量的卫生保健服务应该是将“所有最佳研究证据整合在一起,而这种证据既要包含临床专业知识,也要考虑到患者的价值观”。<sup>[45]</sup>

即使是最简单的生物医学卫生保健模式,也需要一些形式的文化能力来架构和显示文化信息,这样一来,患者就可以根据自己的目标、价值观和符合自己能力和行为效果的信仰来做出选择。从医务人员角度来看,文化因素决不能受到忽视,也决不能仅仅将其贴上“非临床”或“非证据”的标签,因为正是这些文化因素可能决定各种临床结果。患者授权和相关性的自助策略只对能够对自身健康负责的患者有用。而对于没有感觉到(或是根本没有)自主性的患者来说,需要完全不同的策略来设法改善他们的健康状况,从普遍意义来说,这些策略需要更多面对面交往和信任感。

由于文化能力是关于未知事物的识别和解读,因此其一直未能得到足够的重视,甚至还受到了些许牵制和阻碍,因为人们始终排他性地专注于医学证据基础。尽管那些已经接受测试的最佳医学实践行为受到了普遍称赞,但强制性地专注于医学证据的同时也意味着是在用以未知领域为代价的形式去增强已知领域的价值。从定义角度来讲,一个正在进行的事务是无法在既定规则或规范理论中被完全认知的。<sup>[46]</sup>好奇是创新的关键,因此运用规范性决策技术手段去衡量未知事物,会带来灾难性的后果。这种情况已经在许多致力于提高文化能力的善意努力中看到端倪,这些努力虽然并无恶意,但却会导致文化性越来越弱,加剧陈规的有害性。<sup>[47-48]</sup>

尽管人类学家在尽力避免让文化一成不变,但许多医学教育家却并没有这样做。医学院校的教育方案和卫生服务护理培训项目往往会通过旧式规则减少个体行为差异,或者至少会通过将特定行为应

用于某些类别人群的方式去鼓励这种旧式规则。这种一般归纳或许是广义真理存在的基础,如许多德国人认为低血压与心脏衰弱相关,因而对其害怕程度远高于其他疾病。然而,接受这种一般性的归纳往往需要更加谨慎的态度,因为个体对普遍规范标准的反应往往具有很大的差异。那么,我们主要关注点之一是,通过医学教育中高度规范化的理论教育,像文化这种处于动态变化中的事物是否能够被人们有效理解?文化(包括制度文化)应该接受颇为谨慎和严厉的审视。

在确立文化性规范和非文化性规范的同时,广义一般性归纳会存在将病态生活方式定义为规范化文化生活方式的风险,将旧式规范无差别地应用于多种多样的信仰、行为模式和体系。感知一种共享价值观的存在,与一个社会的成员是否可能会对这种价值观做出反应是没有或几乎没有任何关联的。当医生的旧式规范与文化存在关联时,文化能力的培训就会在这种很偶然的情况下得到加强,从而使医生更加难以感知自身存在的偏见及其对诊断和治疗的影响。<sup>[49]</sup>因此,这种文化能力的培训需要医生自身胜任。

糟糕的是,文化能力的培训会让人将“文化”视为是一种“可以等同于种族、民族和语言”的概念,既有固定的标准,什么该做、什么不该做。在这样的条件下,接受文化能力培训的医生往往会将文化因素错误地应用在患者身上,而非真正认知到患者的困难可能与经济和环境的平等性以及社会不公平性有关。<sup>[36]</sup>

有关卫生保健的研究需要重视那些未知领域和可以获取新知识的过程。将文化视为是一种有关疾病和临床行为的固定视角,不仅会将卫生行为变得毫无效果,也会不利于解决复杂治疗背景下出现的各种难题。这种形式的实践和假设尤其有害,因为它们会因医学院学生没有掌握相关知识和证据而更加恶化。另外,当各级教育机构纷纷鼓励学生向权威高级医师学习时,这样的实践和假设也会更加有害,因为学生与权威高级医师的文化会存在差异。

#### 4 将能力误认为依从性

许多医学生认为,卫生保健服务的公平性就在于医生在临床诊断标准中应不考虑种族、民族或宗教特征。这些学生是在用行动支持 Dogra 的观点,即医生接受种族和民族差异性的行为从本质来说就是存在问题的。<sup>[23]</sup>然而,当医生一味地以文化中立性

的态度对患者进行诊断时,各种困难又会频繁显现。举例来说,如果要求一位穆斯林妇女在诊断过程中摘掉面纱,或是禁止哈西德派犹太教患者将食物带进医院,从表面上看似乎只是忽视宗教信仰,但对于这些教派的教徒来说,会认为这些要求带有敌意。尽管对文化性的指责存在问题,但将临床背景进行文化因素分解,或许可以揭示出医生内心深处对某种文化的认可程度,而这种认可往往又很难评估。

大多数医学生被鼓励将文化能力等同于临床依从性的实现,而具有文化能力的医生则会去学习利用患者、家庭和社区的社会资本(包括有价值的社会网络和互惠性的社会关系,以支撑人类之间的交往和合作)以取得可预见性的临床结果。这种卫生保健服务模式正越来越将“医生”概念化为“卫生保健服务供应商”<sup>[36]</sup>,只有在管理者和经营者的目标与患者目标相同时,这种卫生保健服务模式才能成功实现。然而,这一模式却无法解决那些来源于深层社会差异性的问题。

医生总是不去考虑患者的文化倾向,将最终取代医患之间的个人关系和临床自由性。当患者对所提供的服务越来越不信任时,卫生保健工作者就会普遍感觉到职业挫败感和不满。<sup>[50]</sup>医疗服务接受方越来越容易将患者授权项目理解为是供应方试图将某些责任转移给患者自身。举例来说,整套的服务项目会拉大贫富患者之间的差距,富人有足够的资金来支付这些服务项目,而贫穷患者则无力支付。以艾滋病为例,高收入国家的患者会被反复告知艾滋病是可以得到有效控制的,并且其身体状况也比想象中更加健康;但在低收入国家,患者没有获得足够的医学信息,每天被灌输的就是有关自己身体远比想象中更差。<sup>[51]</sup>

在这种情况下,医学生又能学到什么?他们接受的最糟糕的培训就是,如果医生的话语足够积极,患者就一定会接受,医生要看着患者的眼睛,尽可能地流露出更多的温暖和亲密感,从而劝诱患者遵循治疗。尽管这种强迫性行为或许可以在特定的临床环境下左右患者的想法,但临床医生却无法得知患者在离开诊所之后的行为是怎样的。尽管医患亲密互动的培训可以使患者在诊室即时产生依从性,但是当患者离开诊室后该种治疗的有效性还有待验证。有礼貌的患者在诊室表现出绝对的依从性,可一旦离开诊室,就会完全忘记自己与医生达成的一致,这些患者属于“非依从性”人群;可事实上医生还

错误地以为自己已经成功说服了患者遵循自己的治疗。这种误区会或多或少地加强社会文化性的旧式规则。<sup>[52]</sup>因此,尽管人文关怀可以对文化能力的培训起到促进作用,但依从性的问题有时仍会被视为是管理上的巨大麻烦。

然而,当其他有关临床依从性和依赖性战略不能发挥作用时,积极的患者交流的确可以提高卫生服务水平。<sup>[53-54]</sup>基于这个原因,社会交往就不能被技术创新完全替代,因为在最好的情况下,卫生服务供应方(医生、护士、助产员和理疗师)会进一步进行治疗性接触,并认知到通过真诚的关爱和沟通可以产生良好治疗结果。此外,他们还可以了解到尊重和认同是帮助患者从疾病痛苦中发现新意义的关键因素。大部分社会科学都在致力于揭示当医患接触并相互尊重时是如何创造新的意义的。<sup>[55]</sup>

如果简单地看待文化能力培训和卫生保健服务供应方存在的各种局限性,那么就会存在这样一个疑问:文化能力知识的不足是否具有危险性?这其实要配合医疗产出的短期管理需要来看,要给予卫生保健文化一定的时间萌芽和成长。要想完全弄清这种带有干扰性的目标的实现,医生和患者都需要花费一定的时间、信任和耐心,但不包括管理监管者,这些人会使医患双方产生恐惧感和挫败感。从这一点来看,整个体系都需要做出改变,因为卫生保健管理者和政策决策者都极需进行批判性的研究。这种保健文化内的大堆难点很不容易得到解决,因此医学院校里新设的文化能力培训手段需要进行根本性的改变。<sup>[22,56-57]</sup>

重新思考文化能力是一种挑战。文化能力其实是一种照护能力,其不仅包含对不同患者需求的认识,也需要具备对医学本身的文化实践的认识(包括文化实践的偏见性、假设性和制度价值观)。与此结构存在矛盾的医学专业人士往往会发现他们的某些动机会受到质疑。公开承认社会工作重要性的农村初级卫生保健医生经常被城市医院里的同行们埋怨治疗方案浪费时间、治疗水平低。<sup>[58-59]</sup>在某些国家,护理工作已经变得非常不受欢迎和不受尊重,以致于如果没有大量移民工作者,社区卫生护理工作就无法开展下去。即使是家庭医生的出现也毫无用处<sup>[60-61]</sup>,这些家庭医生经常会被归类为是反主流文化或其他形式的所谓非传统医学工作者<sup>[62]</sup>。

简而言之,文化能力只是处于一个更加庞大体系的末端,其中涉及专业声望等级、教育缺失和医学

教育者对基本文化的忽视。如果医学院校通过补助、收费性临床服务和依赖慈善捐款等间接收入就能实现其收支相抵,那它们为何还要将焦点放在教育和卫生促进上?为何还要对其他未知观点表现出好奇心?<sup>[63]</sup>文化意识和文化能力对于卫生保健服务受训人员来说决不能仅仅是第二考虑对象,而是应该作为培训和培训研究的首要因素,有时甚至可以作为具有完整和核心支持力的教育和研究首选。

要想提高临床能力,医学培训机构就必须做出改变。对于管理者和培训人员来说,他们不仅要意识到自身的文化行为,还应该将文化置于比专业更高的位置上。此外,他们还应该明确体现提高文化能力的积极努力一定会获得培训人员最大且最真诚的支持。这些培训机构要确保未来的卫生服务供应者学会并执行新的服务模式,并保证他们通过培训获得的新模式具有延展性和探索性。如果专业医学院校以学生应吸收并掌握足够多的基本科学知识为理由而提出拒绝文化能力的培训,那么代表新文化能力的专业人士要从学术状况和财务报酬角度出发摆明自己的公正立场。

## 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] Frenk J, Chen L, Bhutta Z A, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world [J]. *Lancet*, 2010; 376(2): 199-200.
- [2] Rivers W H. *Magic, medicine, and religion* [M]. London: Routledge, 2001.
- [3] Needham R. *Belief, language, and experience* [M]. Oxford: Basil Blackwell, 1972.
- [4] Good B. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective* [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- [5] Csordas T. *The sacred self: a cultural phenomenology of charismatic healing* [M]. Berkeley: University of California Press, 1997.
- [6] Danforth L. *Firewalking and religious healing: the Anasteria of Greece and the American firewalking movement* [M]. Princeton: Princeton University Press, 1989.
- [7] Calabrese J. *A different medicine: postcolonial healing in*

- the Native American Church[M]. New York: Oxford University Press, 2013.
- [8] Lührman T. When God talks back: understanding the American evangelical relationship with God[M]. New York: Knopf, 2012.
- [9] Fadiman A. The spirit catches you and you fall down: a Hmong child, her American doctors, and the collision of two cultures[M]. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1997.
- [10] Popenoe B. Feeding desire: fatness and beauty in the Sahara[M]. New York: Routledge, 2003.
- [11] Edmonds A. The poor have a right to be beautiful[J]. J R Anthropol Inst, 2007, 13(2): 363-381.
- [12] Napier AD. Nonselph help: how immunology might reframe the Enlightenment[J]. Cult Anthropol, 2012, 27(1): 122-137.
- [13] Hampton J R, Harrison M J, Mitchell J R, et al. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients[J]. BMJ, 1975, 2(5969): 486-489.
- [14] Greenhalgh T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world[J]. BMJ, 1999, 318(7179): 323-325.
- [15] Horgan J. How can we curb the medical-testing epidemic? [EB/OL]. (2011-11-07) [2013-10-10]. <http://blogs.scientificamerican.com/cross-check/2011/11/07/how-can-we-curb-the-medical-testing-epidemic>
- [16] Emanuel E J. Spending more doesn't make us healthier [N]. New York Times, 2011-10-27.
- [17] LaMotagne C. Nerd Wallet Health finds medical bankruptcy accounts for majority of personal bankruptcies [EB/OL]. (2013-06-19) [2014-01-09]. <http://www.nerdwallet.com/blog/health/2013/06/19/nerdwallethealth-study-estimates-56-million-americans-65-struggle-medicalbills-2013>
- [18] Kirmayer L J. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and the politics of pluralism. Soc Sci Med, 2012, 75(2): 249-256.
- [19] Talbot M. Monkey see, monkey do: a critique of the competency model in graduate medical education. Med Educ, 2004, 38(6): 587-592.
- [20] Betancourt J R, Green A R, Carrillo J E, et al. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care [J]. Public Health Rep, 2003, 118(4): 293-302.
- [21] Engel G L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine[J]. Science, 1977, 196: 129-136.
- [22] Betancourt J R, Green A R, Carrillo J E. Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches[R]. New York: The Commonwealth Fund, 2002.
- [23] Dogra N, Giordano J, France N. Cultural diversity teaching and issues of uncertainty: the findings of a qualitative study[J]. BMC Med Educ, 2007, 7(1): 1-13.
- [24] Wear D. Insurgent multiculturalism: rethinking how and why we teach culture in medical education[J]. Acad Med, 2003, 78(6): 549-554.
- [25] Shamdasani S. Psychotherapy: the invention of a word[J]. History Human Sci, 2005, 18(1): 1-22.
- [26] Santiago-Irizarry V. Medicalizing ethnicity: the construction of Latino identity in a psychiatric setting[M]. Ithaca: Cornell University Press, 2001.
- [27] Roberts C, Moss B, Wass V, et al. Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications [J]. Med Educ, 2005, 39(5): 465-475.
- [28] Piller I. Intercultural communication: a critical introduction [M]. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2011.
- [29] Holmes S. Fresh fruit, broken bodies: migrant farmworkers in the United States[M]. Berkeley: University of California Press, 2013.
- [30] Widder J. The origins of medical evidence: communication and experimentation[J]. Med Health Care Philos, 2004, 7(1): 99-104.
- [31] Brown B, Crawford P, Carter R. Evidence-based health communication[M]. New York: McGraw-Hill Education, 2006.
- [32] Strathern M, ed. Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics, and the academy [M]. London: Routledge, 2000.
- [33] Betancourt J R. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal[J]. Acad Med, 2006, 81(6): 499-501.
- [34] Fox R C. Cultural competence and the culture of medicine [J]. N Engl J Med, 2005, 353(13): 1316-1319.
- [35] Kripalani S, Bussey-Jones J, Katz M G, et al. A prescription for cultural competence in medical education [J]. J Gen Intern Med, 2006, 21(10): 1116-1120.
- [36] Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it[J]. PLoS Med, 2006, 3(10): e294.
- [37] Helman C G. "Feed a cold, starve a fever"—folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment [J]. Cult Med Psychiatry, 1978, 2(2): 107-137.
- [38] Helman C. Culture, health, and illness, 5th edn [M]. London: Hodder Arnold, 2007.

- [39] Jadhav S. What is cultural validity and why is it ignored? The case of expressed emotion research in south Asia [M]. //VanderGeest S, Tankink M, eds. Theory and action: essays for an anthropologist. Diemen: Uitgeverij AMB, 2009.
- [40] Mol A. The body multiple: ontology in medical practice [M]. Durham: Duke University Press, 2002.
- [41] Mol A. The logic of care: health and the problem of patient choice[M]. New York: Routledge, 2008.
- [42] Betancourt J R. Cultural competence—marginal or mainstream movement? [M]. N Engl J Med, 2004, 351(4): 953-955.
- [43] Zafar A, Davies M, Azhar A, et al. Clinical inertia in management of T2DM[J]. Prim Care Diabetes, 2010, 4(4): 203-207.
- [44] Donnan P T, MacDonald T M, Morris A D. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study [J]. Diabet Med, 2002, 19(4): 279-284.
- [45] Sackett D L, Rosenberg W M, Gray J A, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't [J]. BMJ, 1996, 312(7023): 71-72.
- [46] Jenks AC. From “lists of traits” to “open-mindedness”: emerging issues in cultural competence education[J]. Cult Med Psychiatry, 2011, 35(2): 200-235.
- [47] Gregg J, Saha S. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education [J]. Acad Med, 2006, 81(6): 542-547.
- [48] Taylor J S. Confronting “culture” in medicine’s “culture of no culture” [J]. Acad Med, 2003, 78(6): 555-559.
- [49] Stories of NHS staff [EB/OL]. [2013-08-11]. <http://www.ajustnhs.com/case-histories-ofvictimized-nhs-staff>
- [50] Napier A D. The age of immunology: conceiving future in an alienating world [M]. Chicago: University of Chicago Press, 2003.
- [51] Lee S A, Farrell M. Is cultural competency a backdoor to racism? [J]. Anthropology News, 2006, 47(3): 9-10.
- [52] Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, et al. Active patient involvement in the education of health professionals [J]. Med Educ, 2010, 44(1): 64-74.
- [53] Identifying good practice in user involvement in medical and dental education [EB/OL]. [2013-10-10] [http://www.medev.ac.uk/funding/437/mini-projects/historical\\_funded](http://www.medev.ac.uk/funding/437/mini-projects/historical_funded)
- [54] Stoller P. Stranger in the village of the sick: a memoir of cancer, sorcery and healing [M]. Boston: Beacon Press, 2005.
- [55] Beach M C, Price E G, Gary T L, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions[J]. Med Care, 2005, 43(4): 356-373.
- [56] Godkin M A, Savageau J A. The effect of a global multiculturalism track on cultural competence of preclinical medical students[J]. Fam Med, 2001, 33(3): 178-186.
- [57] Napier A D. The righting of passage: perceptions of change after modernity [M]. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2004.
- [58] Napier A D. Listening to Vermont’s physicians [R]. Vermont State Medical Society Reporter, 1993.
- [59] Mensah K, Mackintosh M, Henry L. The ‘skills drain’ of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation [M]. London: Medact, 2005.
- [60] Mackintosh M, Mensah K, Henry L, et al. Aid, restitution and international fiscal redistribution in health care: implications of health professionals’ migration [J]. J Int Dev, 2006, 18(6): 757-770.
- [61] Crisp N. Turning the world upside down: the search for global health in the 21st century [J]. London: Chemical Rubber Company Press, 2010.
- [62] Fabbri K. Family medicine from counter-culture to role-model: an anthropological look into the teaching and practice of family medicine in the United States [D]. School of Oriental and African Studies, 2007.
- [63] Last M. The importance of knowing about not knowing [M]. //Littlewood R, ed. On knowing and not knowing in the anthropology of medicine. Walnut Creek: Left Coast Press, 2007.

[收稿日期:2015-08-31 修回日期:2015-12-24]

(编辑 赵晓娟)