

文化、不平等性与卫生服务提供

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 A C¹, 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.1674-2982.2016.03.014

Culture, inequality, and health-care delivery

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 A C¹, 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 动态不平等性对基层医疗卫生人力的影响

政治、社会、文化、专业群体皆建立在一致且常规的人类行为之上。当遭受巨大变革和内外压力时,这些群体会变得十分脆弱。尤其在动荡时期,这些群体往往更关注社会和文化的差异性,而非二者的一致性。^[1-3] 尽管社会中的个体思维和行为会呈现较大的差异,但对健康的感知具有统一性,并在更广泛人群内尤为突出,这主要归因于文化价值观的作用。广义的文化心态会随着时间和地理位置的不同而不同,就像健康的社会决定因素也会因文化类型的不同而产生差异。

古代人类在理解自己与他人的区别时,大多以人类的社会性和地方结盟为依据。^[4] 当社会趋于稳定时,人们自然不太关注其所感知到的外部影响面临力。^[5-7] 然而,当社会陷入政治动荡、国家不安全和某些

重大危机时,外部感知的同化作用就会十分有限。^[8-13] 如“911事件”之后,曾经一向主张开放的美国人却开始限制各种外来移民,英国首相戴维·卡梅伦(David Cameron)甚至宣称“多元文化论已经失败”。

事实上,这种排斥外来者的感知并不仅限于国家和多数群体,在卫生领域也十分明显。如某些卫生人员会歧视或排斥不是特别重要类别的人,拥护全球卫生的人们会谴责地方卫生服务行为的不足或不专业。当卫生人员受到威胁和攻击时,人们会感知到不同的文化行为已经成为制造各种麻烦的根源。

尽管现代生物医学能够被大众所认知^[14],但在某些国家,仍有85%的人口不遵医嘱或没有接受任何卫生保健服务,即他们在日常生活中没有参与全球的生物医学文化和医学专业网络^[15]。事实上,大多数人之所以会选择自己喜欢的治疗形式,是因为卫生保健服务供应不足。^[16-17] 这些人大多依靠本土治疗方式、不

* 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

本文英文参见 Lancet, 2014, 384(9954):1607-1639. 经作者 David Napier 授权在本刊连载。本文为连载的第三部分。

可靠或过期的药物,或者是采取效果未知的干预手段,并对健康和卫生概念秉持自己的观点。

虽然任何一个社会在有关信任的观点上会呈现出本质不同,但对信任感的广义衡量标准基本一致。政客往往是最不受信任的人群,但也并不是在所有文化中均如此。在某些时间和空间,由于社会压力特别是来自外部的压力,会让公民有一种集体主义的感觉,甚至有时会向某些不被认可的集体行为让路。当一个社会处于压力中时,人与人之间很难产生信任感,表现在不能包容外界差异性,甚至不能包容同一社会内个体通过职业和生活的选择形成社会经济等级的行为。在文化和卫生层面,这种倾向很具有逻辑性:当某些群体发现自身处于不稳定或动荡时,人们对不幸的人难有同情心,甚至对其缺乏耐心或直接忽视那些不幸的人。此外,向上发展力所引发的个人利益很容易受到外来价值观的批判。

在当代生物医学领域,职业选择不仅会对个体生活产生即时影响,也会影响接受卫生服务的整体行为。如一项针对北美 240 多名农村初级卫生保健医生的调查显示,这些医生 60% 的时间都在提供非医疗服务,他们认为这是卫生服务的重要组成部分。事实上,此行为只是在公开表达自己对临床医生和专家的不满。因为这些受过更高的教育、拥有更高权威和社会地位的人,常常认为他们专业能力不够。

因此,我们应将研究重点集中于受过专业教育的医生身上,他们认为自己拥有良好的职业机会和声誉,而这样的想法到底会产生什么影响?在社会和经济均处于动荡的时期,很少有卫生人员认为偏远农村地区的工作会是一种奢华的享受,那里只有流离失所和贫困交加,甚至还有许多需要照顾的老年患者。脱离世界顶级研究机构,卫生服务只会变得越来越没有吸引力,当自己的职业遭遇越来越多的挑战并被认为没有前途时,医生的职业信心就会削减。

这种专注于职业向上发展力的现象会对基层卫生服务产生影响。首先,对卫生服务可及性有影响力的人群却没有话语权。其次,那些在偏远地区工作的医生会发现自己的职业对其经济和社会地位的回报很小。最后,随着具备向上发展力的卫生人员(医生、研究人员、医学人类学家等)的成功,别人会认为其成功是基于自己的选择,因此,其他人也会改变自己的选择,从事某些能够有更大成就的事业,进而产生社会不平等现象。

2 卫生服务所处的社会环境

联合国在名为《世界问题》的报告中总结了世界现代化发展的代价。^[18] 报告要求调查对象用一个词来描述不同社会领域内所呈现的难题,其结果令人遗憾:文化是“无根的”,政治是“无力的”,经济是“失业”和“无情”,环保则是“毫无前途”。当被要求用一个词来总结一下现代世界的状况时,被调查者感觉“毫无意义”。古典社会理论认为这种感觉的描述“毫无价值感”,这些词表明了道德标准的缺失或下降,是一种心理和生理上的疲倦、幻灭、失望,这些负面情绪反过来会引发其他危机。^[19] 这种状况适用于许多群体和不同类型的社会,在卫生人员的职业生涯中也无处不在。^[20-21]

社会科学家已经意识到社会幻灭感与自我利益表达相混合的危险性,这种危险性会在社会受到某种威胁时逐步加剧,而威胁的来源是认为少数群体和移民会消耗社会的一切资源。此时,一个群体(社区、文化、社会)会对自身的恢复力失去信心,并逐渐陷入一种两难境地,即自身的焦虑感和需要夸大自己以获得他人的认同。此时这个群体就会越来越陷入排他的危险境地之中。

虽然各个社会普遍痛恨不平等性,但排他性与不平等性并没有多大关联,反而与承认不平等性的意识存在很大关联,因为平等永远是相对的。当人们没有安全感时,会更加强烈地感知到不平等的存在。然而,由于安全感和不安全感会随着价值观文化体系的变化而变化,所以人们对文化的关心往往会取代对社会不平等性的关心。当社会完全遭到破坏时,拥有较高社会地位的群体(如学者、医生等)会发现自身也受到了质疑,因为其被认为是享有不公平优势条件的群体。从文化的角度来看,这些群体所倡导的平等性就变得无法让人接受。1975—1979 年,柬埔寨医生就受到过波尔布特政权的疯狂迫害。^[22] 许多贫困国家的卫生人员会被认为是拥有优势条件的特权阶层。在这样一个“病态社会”里,人们不信任卫生人员,但又不得不依赖他们的服务来维持健康。

倡导平等机会的人们建议社会将注意力放在健康的社会决定因素上,让贫困的弱势群体去决定自身的未来。可如何调动这些缺乏能力和机遇的贫困人口?在不平等性的问题上,文化通常被认为是负面因素,即文化是直接否认这种压制的借口。“对于

生活资源贫乏的人群来说,传统文化怎么可能产生幸福感?”这是志愿者医生提出的质疑。确实,甚至连联合国教科文组织的某些指导方针也在限制世界遗产地区的发展。^[23]而诱发这一现状的根本原因在于人们总是认为文化阻碍平等的实现,而非一种理解贫困的方法。如果文化不能被大家理解为千变万化的创造过程以及对社会联盟的维系,人们就看不见所谓的金融精英是如何缔造自己的文化网络,从而削弱国家提供基本卫生服务的能力。尽管健全的社会基础是公民对政府及其组织体系的信任^[24],但在社会经济遭受重压或变革时(此时政府会采取严厉的财政紧缩政策),信任感就会被强制履行财政职责的行为侵蚀。这种侵蚀也就是约翰·梅纳德·凯恩斯(John Maynard Keynes)所描述的“节俭悖论”^[25],卫生人员就会仔细思考短期的财政刺激可能造成的长期后果。

事实上,当政府制定卫生保健和社会福利制度时,若以营利性的私人供应方作为主体,公民不可能对其产生信任,因为这些供应方会以提供较少的卫生资源来保证投资人利益。当公开的福利基金成为私人供应方营利的工具时,有卫生服务需求的人群不会对其产生信任感。

由部分国家和世界卫生组织推出的卫生保健服务公私合作模式,会与患者的最大利益一致还是与私人供应方的利益一致?当利润为第一位时,卫生服务在公共领域所发挥的作用势必要与商业前景产生竞争。许多国家的卫生保健服务已经变成了巨大的商业行为。^[26]

对于国家而言,当提供卫生服务的人力资源得不到足够重视时,这个国家就会陷入极其危险的境地。如今人们会为寻求专业的卫生保健服务而进行大规模移民。^[27-28]为发展中心区(许多国家都有自己的中心发展区域)而实现地方卫生服务所需,最终也会被新兴中心区所取代,尤其是以社区为重点的卫生干预项目。新的社区卫生干预方式应该与临床医学保持同步,即可以培育含有地方价值观体系的医疗服务新形式。因此,除了衡量健康领域的社会、经济决定因素外,文化决定因素也应该接受检验并得到更好的理解,这样卫生资源才能实现高效配置。

3 结构暴力与卫生服务提供的关系

如果忽视卫生领域内的文化决定因素,就会难以发现社会不平等的隐蔽性。不平等性存在于某些

体系和社会关系中,其产生的破坏性影响通常被掩盖。社会科学家通常采用“结构暴力(Structural violence)”一词来描述存在于不平等社会结构和个体伤害之间的关系。有关结构暴力的研究大多聚焦于贫穷、种族、性别等因素如何对疾病产生影响。此外,散漫、混乱和不稳定因素(如劳动力的转移、气候变化、人口过剩和资源不足)构成了个人控制自身未来的能力因素。^[29]

结构暴力的概念非常实用,其会促使人们关注某些社会条件如何能潜在限制个体尤其是不太幸运的个体的机遇和能力,并可以从广义概念上解释为何世界贫困人口总是背负着不公平的疾病负担并处于非健康状态。^[30]结构暴力的概念还可以揭示人类所遭受代价的不当。正如金勇(Yong Kim)及其团队的观点,“由于患者的贫穷和高昂的治疗费用,‘成本效益’逻辑已经严重拖延了创新治疗和对艾滋病、肺结核以及疟疾耐药菌株的控制……我们不应只是提出有关限制资源的普遍性假设,不应只是针对贫困国家开发一项简单且便宜的干预手段,而是必须寻求一个能够实现全球资源快速共享的更合理方式……目前存在于全球综合性肺结核病防治当中的所有既定障碍,无论是来源于决策者的想法还是现实,都必须加以清除。”^[31-32]

如果决策仅被那种认为财政资源制约政策可行性的观点指导,那么疾病负担会呈现急剧增长趋势。卫生领域仍然对卫生需求的优先权缺乏远见,抗多种抗菌素细菌、糖尿病和登革热就是最好的例证。我们总是过度关注短期效益,然而长期的疾病负担却一直急剧增长,弱势群体在结构上根本不具有与疾病抗争的资本。因此,专注于结构暴力的目标就是力求通过揭露隐藏性障碍解决长期的疲软环境,从而增强卫生平等性^[30,33-34],揭示临床医生、医学研究者以及决策者在面对复杂的社会结构时,到底是如何陷入“文化盲区”的。

从理想角度来看,旨在重新分配公共基金和卫生资源的政策可以对地方卫生结果产生直接影响,并容许地方实践形成良好的卫生行为,从而优化卫生服务提供体系,将地方和全球卫生需求作为优先解决事务。^[35]

4 结构暴力模型带来的卫生服务提供问题

当人类痛苦看起来始终是一种道德障碍(如无法解决的贫困)或当疾病混合了多种社会压力因素

(如歧视、营养不良、无权接受医疗服务)时,有关不平等的文化决定因素通常处于隐蔽状态。^[36]每个人都生存在各种等级制度和权威管理之下,从定义角度来看,这些制度和管理都具有不平等性(如医生和护士、教师和学生),因此一种结构是否拥有暴力倾向还存在不确定性。此外,仅仅专注于结构不平等或许将一切都归咎于不平等本身。

引起公众对不平等性的关注并通过法律对其加以调解,这其实是另一回事。通常来讲,公平性立法的努力从来没有真正变成现实。过去 30 年间,英国利特尔伍德(Littlewood)和利普舍奇(Lipsedge)地区对黑人的精神病治疗一直存在不平等现象。^[37]英国少数民族为何拥有更高的精神患病率?这一疾病患病率为何在移民社区的患病率会高于英国本土社区?是由不同的生活方式所导致还是过度诊断问题(嵌入临床行为中的潜伏性种族歧视结果)?

尽管人们早已意识到并且推出了许多法规,但歧视心理仍然无法根除。在英国某些精神病监护病房里,黑人与其他种族人口的比例甚至可以达到 3:1。^[38]一项针对美洲黑人平均寿命的调查研究也得出了类似结果,卫生服务中的种族差异并没有得到有效减少,平均来看,这些人的寿命要比美洲白人短 6 岁。^[39]

已有研究证明,无论是否受限于人种、种族、移民身份、英语水平、教育程度、社会经济地位(农村或城市),少数民族、贫困人口与那些中产阶级、教育程度较高的人群相比,接受卫生服务的数量和质量相距甚远。^[39]Ⅱ型糖尿病在美洲印第安人群中十分普遍,一些地方领导人曾公开声明,将这些种族人群隔离在指定社会住所内是一种文化灭绝行为。在太平洋岛屿国家和地区,这种现象尤其令人担忧,这里的人们甚至还不知道这一疾病的深刻背景。^[40]

尽管根据种族来衡量治疗的差异性十分重要,但卫生干预手段的效果还需要以接受治疗的患者能自主决定的能力作为标准。除非以种族为依据的差异性影响了卫生服务质量以及患者的生命质量,否则种族不一致性仍然只是社会学家最为关心的问题,而不是决策者和医生。^[41]如果种族问题能够限制人类做出决定的自由,那么在治疗疾病之前,应首先解决和控制种族差异性。许多情况下,种族因素会被视为与不受社会不平等性影响的疾病相关,包括这些疾病对个体能力和机遇产生的影响。

目前,能动作用和社会结构的理念依然被广泛使用,用以强调个人决定与治疗可行性的关系。从

个体层面来讲,获取并维持最低限度的能动性(个人行为能力)可能比其社会地位更为重要,这是因为对不平等性的感知永远都与动荡的社会背景有关,而且会以不可预期的方式夸大。因此,许多社会学家认为,如果人类都能感知到自身的能动性,那么其表达和行为都将置于区域性背景之下。为了迎合家人和朋友,人们通常会利用自身的能动性去否定自己能够理解的许多事物。能动性不可避免的带有结构性,无论是外部还是内部结构,人们每天的生活以及做决定时所受到的限制均影响着能动性的发挥。

由于结构可能处于隐蔽状态(如当人们致力于减少不平等性以确定自身的声望等级时),因此教育应该成为增强这种结构意识和能动意识的手段。19 世纪的一些学者在思考卫生服务及其分布不均现象时^[42],会将那些维护或促进某些系统性结构并利用弱势群体为强势群体工作的人视为谋杀^[43]。这种结构暴力如果被置于过去或偏远地区,恐怕不会具有争议性。然而,这一观点并不适用于现代的金融、商业、政治及其他精英群体中,似乎只是更适用于过去时代的工厂主。

从另一方面来讲,人类的生命会受到许多社会机制的影响,而人们又往往无法反过来影响这些机制。^[30]种姓制度、阶级、地位、种族群体、年龄和性别等都是产生差异性和不平等性的因素。印度所谓的贱民种姓占据了全国人口的 15%,尽管印度宪法已明确禁止种姓歧视,但这些人一直受制于系统性的结构暴力。^[44]1951—1961 年的一项调查研究显示,只有 6% 的原贱民家庭有能力购买土地,而中高等种姓印度教徒及穆斯林的比例却是 55% 和 66%。^[45]

自由主义理论者认为,能动性是全人类都具备的能力,有些宗教甚至认为人类会在上帝的恩赐下获得这种能力。同时,人类也有通过冲突或战争伤害他人的能力,这也是为何某些组织(如国际特赦组织)会更加关注个人能动性的缺失。文化也可能缺乏能动性,当这一情况发生时,文化会被称为“第四世界文化”,以区别第三世界的经济弱势成员和被否定拥有能动性的社会弱势群体。

从定义来看,识别谁会 and 不会拥有能动性的标准其实就是识别谁提倡拥有能动性。对结构暴力的识别,是我们忽略各种形式的不平等所产生的结果,至少敏感人群在拥有某些特权时行为需要低调,而一旦他们失去某些特权,又需要理解文化信任的重要性。

5 卫生经济的转化

文化是对行为本身和人工产物的传统理解^[46],因此,全球卫生的优先等级也应具有文化性,因为生物医学本身就是一种人工产物,也是文化行为的结果。然而,医学行为是一种文化,并不意味着医学不具备真实性。从人类学角度来讲,文化和价值观相互联系,互为一体,我们应承认这一事实,否则,任一社会成员都难以理解我们到底如何将平等性和不平等性置于不同的背景中。因此,这不仅涉及不平等性问题,而是去解决弱势群体所遭遇的不平等情况时,如何去描述和理解个人能动性。

尽管我们很难认识到人类自身行为和价值观所在的文化维度,但在能动性和结构之间发挥仲裁作用的文化可以促进或损害人类健康。当强势群体和弱势群体之间产生拉力时,文化就会为人类价值观的争论提供适当的“场地”。如任何有关政府卫生职责的社会争论不仅会暴露争论内容,也暴露了争论内容的局限性。^[3]因为价值观是由文化行为来衡量的,即我们认为自己是否应该与他人共享并理解我们自身行为的文化尺度是否应该与他人的文化尺度一样重要。

本文认为这一发现对于卫生领域至关重要,因为其强调了进行道德选择时的文化尺度。道德要以某种形式表现出来,价值观文化体系并不是抽象的,其包含具有道德后果的功能性意识形态,尤其是当其他不可分割的权利变得可以协商时。如狄狄耶·法森(Didier Fassin)在其有关法国收容所政策和移民状况的著作中准确描述了这种道德变量,即人类生命和他人遭受的痛苦会受到不同的对待,并在压抑和同情之间的长期拉力作用下发生改变。^[13]

道德经济是如何发生转化的?随着时间的推移,道德经济的变量是否会催生一种道德传染病?尽管这问题是本文提出的,但其依然可以影射到法森著作中的一些观点。即承认人道主义社会在面临社会压力时变得越来越缺乏人道,并宣称霸权主义的稳定性和特权优势。即使是在卫生权利已经变成社会基础的前提下,对人类健康和幸福的关注已经变成了可以协商的产物。

对结构暴力的担忧是否意味着对社会弱势群体的实际需要估计不足?法森曾这样描写人道主义法律和实际行为之间出现的断裂现象,“2004年,收容

所收到 58 550 份申请,法国此时已经成为工业化国家,但收容所的申请数量却达到了最高值,甚至超过美国、英国和德国,在这之前,这三个国家是全世界收容难民最多的国家。然而,就在同一年,法国的申请通过率却下降到最低值 9.3%。因此,如果我们不计算递交的申请数量,而只是计算实际准予的难民数,那么法国不仅要远远落后于德国、英国和英国,同时也排在巴基斯坦、伊朗、坦桑尼亚之后。”^[13]

法森就此进行了尖锐批评:“与其他国家相比,法国似乎更加慷慨,但其为慷慨承受的代价却很小”。^[13]这里,布尔迪厄(Bourdieu)的“象征性暴力”(symbolic violence,在没有肢体接触下的劝说和高压强迫等社会统治形式)概念将这种讨论带出了不平等的范围,让人们开始思考当弱势群体被整体剥夺某些权利时,暴力是如何形成的。在允许能动性的程度和形式发生改变的情况下,布尔迪厄揭示了暴力是如何发生的。^[47]

这一理解(即自我激励和自我认可行为是怎样驱动一部分人付诸行动,同时又限制另一部分人行动)超越了物质资源,对卫生服务产生影响。有关人类会永远受到自身利益驱使的假设本身就是一种文化偏见,只要人类为他人作出牺牲,这一假设就会被颠覆。这一理解也会影响到人们对资源分配和再分配的态度,以及个人对地方环境的影响。以佛教为例,极恶行为并不是指罪犯的罪行,而是那些拥有学习特权却将这些知识利用不当的人。知识来源于经验,痛苦也具有启迪作用。^[48]这一观点揭示了只要意识到并承认这种痛苦,集体性的苦难也可以治愈,如在柬埔寨、斯里兰卡、印度尼西亚以及缅甸出现的屠杀事件。

因此,不平等性只是限制人类控制自己未来的因素之一。对社会经济不平等性的认知非常重要,但不平等性只是一个相对概念,不仅指财政或经济不平等。价值观的文化体系会以一种极其微妙和复杂的方式对地方和全球不平等产生影响。因此,卫生服务供应方应意识到自己参与歧视性行为的方式和时机,并在提供卫生服务的过程中将文化平等性(即平等化地对待他人)视为优先考虑对象。否则,在面对人类灾难时无法实现公平对待。

6 实现卫生一致性的方式

米歇尔·傅科(Michel Foucault)认为,对罪犯的监禁行为是非人道的,这不仅是因为监禁本身就

痛苦。^[49]在最极端的监禁形式下,囚犯会缺失与监禁者达成社会一致性的能力。傅科关注的焦点会对结构暴力的消失产生直接影响。^[50]正如劳伦斯·克梅耶(Laurence Kirmayer)提到,“对于来自遥远地方的人来说,尤其是那些为逃避混乱和暴力等极端情况的人,他们很难获取某种经验,更难以去传播这种经验。这就有可能会存在超出任何一种常规可能性范围的因素,而这些因素往往带有随意性和任意性,会激发我们进行排序和解释。”^[51]

克梅耶的观点并不是指文化意识不能实现,而是指人们会将其在痛苦经历中获取的可靠信息按照自己的价值观进行定义,从而失去了中立性。为了给痛苦提供一个合理的评估,医生肯定不会用传统眼光去看待处于激烈结构暴力和政治暴力中的受难者,而是会提供一种带有情感转移的疾病叙述,从而达到自己的某种期望。^[52-53]一些善良的治疗专家也会试图唤醒患者。^[54]时间的流逝和一再的沉默(即临床治疗背景下的无应答)揭示了当人处于极端痛苦状态时,社会交往往往显得苍白无力。

因此,诱发临床回应要求医生要具备不该说什么的意识,并对回应做出解释。即使最为敏感的卫生服务提供者也可能忽略文化的重要性^[55],做出某些形式的移情叙述,并且会自动消除可供选择的其他语言。如果医务人员不能认知患者的文化偏见,那么就不可能清楚哪些是有益的,哪些会造成伤害。^[56]

消除患者文化背景的影响会在日后显现出来,尤其当医生和患者之间的互动变得最小化时。当人们限制或减少医疗行为时,不仅会限制其他声音的表达,也会降低自身的认知能力。2010年英国进行的一次调查研究显示,产妇产前服务质量的调查受到了普遍欢迎,即通过增强网络建议和相关信息服务的方式促进了医生与患者的交流。^[57]然而,调查中患者的应答率也仅有50%。

另外一半的患者声音被淹没,而那些不习惯上网的人则在沉默中被代表并表达了自己的想法。而他们到底想要表达什么,谁都不清楚,但没有表达的行为一般都被定义为弱势群体。当调查结果只是基于参与者的观点时,那些不使用网络的人永远处于沉默状态。动机、能力和机遇或许会改变相关行为,其对脱离医疗服务的个体也同样适用。而这种经历和观点出现的越多,弱势群体的声音可能永远被淹没。

即使在满意度明显较高的情况下,卫生不一致性的差距也会一直存在。英国之外某些医院提供的

高出生率报告显示,对数据的错误依赖不仅会影响卫生服务效力,而且沉默患者的想法也会被忽视。如果这些医生只是让自己听到喜欢的患者声音,那么也难以知道自己在诊断过程中遗漏了什么。

人种学者要比统计人员知道的更多,人们难以衡量你无法证明的东西,那些空洞的调查无法起到告知作用,而研究本身又会造成误导。当人们对数据的强调开始多于对人类基本互动(家庭、邻居或诊所)的关注时,研究本身不仅会贬低个人意义,也会增强卫生的不一致性。当一次具有启发性的个人交往受到限制时,那么其总结出来的某些方法有时只是为了迎合使用这些方法的人。在美国乡村,贫困和外来人口所在的社区往往是医务人员缺乏的地区,医生的卫生服务能力有限。^[58]这里的不平等问题已不再被掩盖,而是明显暴露出来。

信息系统(如在线预约和治疗管理项目)是基于患者健康状况建立的非协商术语。与此同时,信息的流动性将卫生服务职责由医务人员转移到患者个体,患者个体会因没有能力获得卫生服务而受到谴责。要想理解暴力手段到底如何被公开地表达和秘密地嵌入,我们的调查研究应该围绕两个方面:一是如何衡量弱势群体和弱势群体的观点,二是弱势群体的声音到底是如何在不经意间被完全淹没的。

从文化角度来看,处于边缘社会地位的人口数量被明显低估了。^[59]规则可以主观化,从而容许所谓的表现性羞辱(enacted stigma)和表现性指责(enacted deviance)被感知性羞辱(felt stigma)(自我羞辱和惧怕被羞辱)和感知性指责(felt deviance)(自我指责和惧怕被指责)所取代。尽管表现性羞辱和表现性指责可以对弱势人群加以控制和管理^[60],但感知性羞辱和感知性指责可以成为实现自我监督的社会控制形式。从定义角度来看,对人类行为实施监管的方式包括对自身行为调节的服从^[61-64],其会受到卫生服务供应方、管理者和患者生命监护人的殖民化,即大部分依靠沟通的形式。^[65]

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] Leach E. Anthropological aspects of language: animal categories and verbal abuse[M]. // Lenneberg E H. New direc-

- tions in the study of language. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press, 1964.
- [2] Lévis-Strauss C. *La Voie des masques*[M]. Geneva: Skira, 1975 (in French).
- [3] Richards P. *No peace, no war: the anthropology of contemporary armed conflicts* [M]. Athens: Ohio University Press, 2005.
- [4] Mohanty S P. *Us and them: on the philosophical bases of political criticism*[J]. *New Formations*, 1989, 8; 55-80.
- [5] Ohnuki-Tierney E. *Illness and culture in contemporary Japan: an anthropological view*[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
- [6] Napier A D. *Foreign bodies: performance, art, and symbolic anthropology* [M]. Berkeley: University of California Press, 1992.
- [7] Ohnuki-Tierney E. *Rice as self: Japanese identities through time*[M]. Princeton: Princeton University Press, 1994.
- [8] Kleinman A, Das V, Lock M. *Social suffering*[M]. Berkeley: University of California Press, 1997.
- [9] Das V, Kleinman A, Ramphele M, et al. *Violence and subjectivity* [M]. Berkeley: University of California Press, 2000.
- [10] Das V, Kleinman A, Ramphele M, et al. *Remaking a world: violence, social suffering, and recovery* [M]. Berkeley: University of California Press, 2001.
- [11] Das V. *Life and words: violence and the descent into the ordinary* [M]. Berkeley: University of California Press, 2007.
- [12] Fassin D, Rechtman R. *The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood*[M]. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- [13] Fassin D. *Humanitarian reason: a moral history of the present* [M]. Berkeley: University of California Press, 2012.
- [14] Lock M, Nguyen V K. *An anthropology of biomedicine* [M]. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
- [15] WHO Regional Office for south-east Asia. *Self-care in the context of primary health care*[R]. Bangkok: World Health Organization Regional Office for south-east Asia, 2009.
- [16] Hardon A P. *The use of modern pharmaceuticals in a Filipino village: doctors' prescription and self medication*[J]. *Soc Sci Med*, 1987, 25(3): 277-292.
- [17] Whyte S R. *Medicines and self-help: the privatization of health care in eastern Uganda* [M]. //Hansen H B, Twaddle M. *Changing Uganda: dilemmas of structural adjustment and revolutionary change*. London: Currey, 1991.
- [18] Alston P, Anand S, Abdullahi A, et al. *Human development report 2000* [M]. New York: Oxford University Press, 2000.
- [19] Meštrovi S G. *Durkheim and postmodern culture*[M]. Piscataway: Transaction Publishers, 1992.
- [20] Sonneck G, Wagner R. *Suicide and burnout of physicians* [J]. *Omega*, 1996, 33(33): 253-263.
- [21] Adshead G. *Healing ourselves: ethical issues in the care of sick doctors*. *Adv Psychiatr Treat*, 2005, 11(5): 330-337.
- [22] Kiernan B. *The Pol Pot Regime: race, power and genocide in Cambodia under the Khmer Rouge, 1975-79*[M]. New Haven: Yale University Press, 2008.
- [23] UN Educational, Scientific and Cultural Organization. *Our creative diversity*[R]. Paris: World Commission on Culture and Development, 1996.
- [24] Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why equality is better for everyone*[M]. London: Allen Lane, 2009.
- [25] Keynes J M. *The general theory of employment, interest and money*[M]. London: Macmillan & Co., 1936.
- [26] Scheper-Hughes N, Wacquant L. *Commodifying bodies* [M]. London: Sage, 2002.
- [27] Ong A. *Neoliberalism as exception: mutations in citizenship and sovereignty* [M]. Durham: Duke University Press, 2006.
- [28] Bourgois P. *Lumpen abuse: the human rights cost of righteous neoliberalism*[J]. *City Soc (Wash)*, 2011, 23(1): 2-12.
- [29] Hunt L, Arar N H. *An analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of chronic disease management* [J]. *MedAnthropol Q*, 2001, 15(15): 347-367.
- [30] Farmer P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*[M]. Berkeley: University of California Press, 2003.
- [31] Yong Kim J, Shakow A, Mate K, et al. *Limited good and limited vision: multidrug-resistant tuberculosis and global health policy*[J]. *Soc Sci Med*, 2005, 61(4): 847-859.
- [32] Castro A, Singer M. *Unhealthy health policy: a critical anthropological examination* [M]. Walnut Creek: Altamira Press, 2004.
- [33] Farmer P. *An anthropology of structural violence*[J]. *Curr Anthropol*, 2004, 45(3): 305-325.
- [34] Farmer P E, Nizeye B, Stulac S, et al. *Structural violence and clinical medicine* [J]. *PLoS Med*, 2006, 3(10): e449.
- [35] Manderson L, Aagaard-Hansen J, Allotey P, et al. *Social*

- research on neglected diseases of poverty: continuing and emerging themes [J]. *PLoS Negl Trop Dis*, 2009, 3 (2): e332.
- [36] Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context [J]. *Med Anthropol Q*, 2003, 17(4): 423-441.
- [37] Littlewood R, Lipsedge M. *Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry* [M]. London: Penguin Books Ltd, 1982.
- [38] Sainsbury Centre for Mental Health. *Policy Paper 6: the costs of race inequality* [R]. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2006.
- [39] DelVecchio Good M J, James C, Good B J, et al. *The culture of medicine and racial, ethnic, and class disparities in healthcare* [R]. New York: Russell Sage Foundation, 2002.
- [40] WHO Western Pacific Region. *WHO multi-country cooperation strategy for the Pacific: 2013-2017* [R]. Manila: World Health Organization Western Pacific Region, 2012.
- [41] Papoz L, Barny S, Simon D. Prevalence of diabetes mellitus in New Caledonia: ethnic and urban-rural differences [M]. *Am J Epidemiol*, 1996, 143(10): 1018-1024.
- [42] Virchow R. *Disease, life, and man* [M]. Stanford: Stanford University Press, 1958.
- [43] Scambler G. Health inequalities [J]. *Sociol Health Illn*, 2012, 34(1): 130-146.
- [44] Joshi B R. India's Untouchables. Keeping the faith? [EB/OL]. (2014-10-18). <https://www.culturalsurvival.org/ourpublications/csq/article/indias-untouchables>
- [45] Joshi B R. "Ex-Untouchable": problems, progress, and policies in Indian social change [J]. *Pac Aff*, 1980, 53 (2): 193-222.
- [46] Redfield R. *The folk culture of Yucatan* [M]. Chicago: University of Chicago Press, 1941.
- [47] Bourdieu P. *Outline of a theory of practice* [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.
- [48] Obeyeskere G. *Depression and Buddhism and the work of culture in Sri Lanka* [M]. // Kleinman A, Good B. *Culture and depression: studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect disorder*. Berkeley: University California Press, 1985.
- [49] Foucault M. *Discipline and punish: the birth of the prison* [M]. New York: Random House, 1995.
- [50] Kleinman A. *The illness narratives: suffering, meaning, and the human condition* [M]. New York: Basic Books, 1989.
- [51] Kirmayer L. Failures of imagination: the refugee's narrative in psychiatry [J]. *Anthropol Med*, 2003, 10 (2): 167-185.
- [52] Kleinman A. *The illness narratives: suffering, meaning, and the human condition* [M]. New York: Basic Books, 1989.
- [53] Mattingly C, Garro L. *Narrative and the cultural construction of illness and healing* [M]. Berkeley: University of California Press, 2000.
- [54] Scheper-Hughes N. *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil* [M]. Berkeley: University of California Press, 1993.
- [55] Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it [J]. *Journal of High Energy Physics*, 2010, 12(12): 207-216
- [56] Helman C. *Culture, health, and illness* [M]. London: Hodder Arnold, 2007.
- [57] *Maternity services survey 2013* [EB/OL]. (2014-01-09). <http://www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/surveys/maternity-services-survey-2010>
- [58] Wang F, Luo W. Assessing spatial and nonspatial factors for healthcare access: towards an integrated approach to defining health professional shortage areas [J]. *Health Place*, 2005, 11(2): 131-146.
- [59] Office for National Statistics. *Parents' country of birth, England and Wales* [EB/OL]. (2014-01-09). <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsobl/parents---country-of-birth---england-and-wales/index.html>
- [60] Scambler G. Health-related stigma [J]. *Sociol Health Illn*, 2009, 31(3): 441-455.
- [61] Scott JC. *Weapons of the weak: everyday forms of peasant resistance* [M]. New Haven: Yale University Press, 1985.
- [62] Beck U. *Risk society: towards a new modernity* [M]. London: Sage, 1992.
- [63] Bauman Z. *Liquid modernity* [M]. New York: Wiley, 2000.
- [64] Bauman Z. *Liquid times: living in an age of uncertainty* [M]. Cambridge: Polity Press, 2007.
- [65] Habermas J. *The theory of communicative action, volume 2. Life-world and system: a critique of functionalist reason* [M]. Boston: Beacon Press, 1987

[收稿日期:2015-08-31 修回日期:2015-12-24]

(编辑 赵晓娟)