

Helping WHO to place health in its cultural contexts

Nils Fietje, Claudia Stein
Division of Evidence, Information, Research
and Innovation
WHO Regional Office for Europe,
Copenhagen, Denmark

In 1848, the British Parliament passed an act which, in time, would come to be considered one of the great milestones in public health history (1). Drawn up in response to a string of cholera epidemics, the 1848 Public Health Act sought to improve the sanitary conditions of the working poor in towns and cities across England and Wales. The Act responded to increasing evidence that diseases such as cholera, typhus and typhoid were connected to a lack of sanitation; that deaths from these diseases affected the poor disproportionately; and that preventing these deaths made good economic sense and would drastically reduce the amount of money paid out by the government in the form of poor relief. The legislation was (pardon the anachronistic terminology) evidence informed, multisectoral and cost-effective. It should have been a huge success. But it wasn't.

Resistance to the Act was immediate. At the earliest opportunity, 5 years later, it was rescinded and its principal architect, Edwin Chadwick (now generally considered a public health pioneer) was forced into early retirement. On the one hand, the implementation of the Act was hindered by political confusion over the conflicting authorities of different units of government. However, the Act also suffered from

Содействуя ВОЗ в изучении культурных контекстов здоровья

Нилс Фитье, Клаудиа Штайн
Отдел информации, фактических данных,
научных исследований и инноваций
Европейское региональное бюро ВОЗ
Копенгаген, Дания



В 1848 г. британский парламент принял закон, который с течением времени стал считаться одной из ключевых вех в истории общественного здравоохранения (1). Разработанный в ответ на несколько последовательных эпидемий холеры, Закон об общественном здравоохранении 1848 г. был принят с целью улучшения санитарных условий жизни трудящихся бедняков в поселениях и городах Англии и Уэльса. Этот закон стал ключевой мерой реагирования на растущие свидетельства того, что ряд заболеваний, таких как холера, сыпной тиф и брюшной тиф, распространялись из-за отсутствия доступа к санитарии; что смертность от этих болезней была непропорционально высока среди бедных слоев населения; и что предупреждение этих смертей было выгодно с экономической точки зрения и способствовало бы значительному сокращению правительственных ассигнований на поддержку малоимущих. Этот закон (просим прощения за анахроничную терминологию) был межсекторальным, экономически целесообразным и созданным на основе фактических данных. Он должен был иметь огромный успех. Но этого не случилось.

Закон об общественном здравоохранении был сразу же принят в штыки. При ближайшей возможности,

a distinct lack of popular support. The General and Local Boards of Health it had established were seen as symbols of an overbearing state that limited personal freedoms and poked its nose into seemingly private matters. A journalist writing in the *Times* in 1854 gave voice to the dissent. “We prefer,” he opined, “to take our chance with the cholera and the rest than be bullied into health. There is nothing a man hates so much as being cleansed against his will” (2).

The perception that (public) health practitioners and politicians might be bullying people into health (and health care) has dogged the health sector ever since. The Chadwick example is an early reminder that the success of a health intervention is not simply a function of evidence or logic, but instead the result of a complex set of variables that have to take into account the norms, values, traditions and beliefs of a society or social group. In other words, good public health, and good public health policy-making, must be sensitive to the cultural contexts of health.

Over the past 20 years, a range of conceptual frameworks have been developed in the public health arena in an attempt to come to grips with how social and economic determinants intersect and impact health (3–5). This work has shown that the pathways to inequalities are not linear but complex, and that the diversity of human contexts in which health is created and determined needs to be better understood. The Marmot review on social determinants of health has been widely cited in this regard (4), as has Paul Farmer’s work on structural violence (6). While the importance of cultural contexts is frequently acknowledged in this work (for having both positive and negative effects), the approach is often based on a deficit model that focuses primarily on what individuals lack owing to the unequal distribution of money, power and resources. The concrete ways in which value systems, traditions and beliefs impact the entire length of the health pathway (from bench to bedside) are often ignored, as are the frequently positive and protective effects that culture can have in the face of certain health challenges.

A growing number of voices in the public health community have therefore been calling for recognition of the important role that cultural contexts play in the provisioning of equitable health care (7–9). Most notably, *The Lancet* published an extensive

пять лет спустя, он был аннулирован, а его главный идейный вдохновитель Эдвин Чедвик (сегодня считающийся первопроходцем в сфере охраны общественного здоровья) был раньше срока отправлен в отставку. Реализация закона тормозилась из-за политических неурядиц, обусловленных конфликтующими ролями различных департаментов правительства. Но общество в достаточной мере не поддержало внедрение этого закона. Созданные в соответствии с этим законом Генеральный и Местный советы здравоохранения рассматривались как символы доминирующего государства, ограничивающего личные свободы и бесцеремонно вмешивающегося в частные дела людей. В 1854 г. журналист *The Times* в своей статье выразил несогласие общественности с законом. «Мы предпочитаем, – отмечал он, – жить с риском холеры и других болезней, чем быть насильно втянутыми в охрану здоровья. Ничто так не презирает человек, как очищение против собственной воли...» (2).

С тех пор мнение о том, что специалисты (общественного) здравоохранения и политики принуждают людей к здоровью (и заботе о здоровье) преследует всю сферу здравоохранения. Пример Чедвика – одно из первых напоминаний о том, что успех мероприятий в области охраны здоровья не только не является лишь одним из слагаемых фактических данных или логики, но есть результат действия целого комплекса переменных, учитывающих нормы, ценности, традиции и убеждения общества или социальных групп. Иными словами, построение эффективной системы здравоохранения и разработка действенной политики в этой сфере возможны лишь с учетом культурных контекстов здоровья.

За последние 20 лет в сфере общественного здравоохранения был разработан ряд концептуальных основ, призванных вплотную подойти к изучению вопроса пересечения и влияния на здоровье социальных и экономических детерминант (3–5). Эта деятельность показала, что причины неравенства имеют не линейные, а сложные зависимости и что многообразии контекстов жизни человека, на фоне которых определяется и формируется здоровье, требует более глубокого анализа. В этой связи широко цитируется концепция Мармота (Marmot) в отношении социальных детерминант здоровья (4), а также работа Пола Фармера (Paul Farmer) по теории структурного насилия (6). И хотя в этой деятельности ак-

commission report on culture and health (10), in which the claim is made that neglect of culture is the single biggest obstacle to developing equitable health care.

In the World Health Organization (WHO) European Region, the roll-out of Health 2020, the European policy framework for health and well-being, has initiated a shift towards a values base that emphasizes a life-course perspective, multisectoral and multidisciplinary engagement, and a whole-of-society approach (3). The policy has reintroduced well-being as a central concern for WHO, a move which is re-engaging public health with the full complexity of the subjective, lived experience, and which has opened the door to a more systematic engagement with the cultural contexts of health.

This shift towards the subjective (for example, subjective well-being) is creating a new set of challenges for an organization whose function is primarily normative, and which has focused mainly on death, disease and disability (not, in fact, on the broader sense of health and well-being). There is an increasing need for more capacity to tap into relevant research from the humanities and social sciences which explores the meanings that people (including health-care providers) create around their experiences of disease, health and well-being. Although an increasing number of organizations, such as the Wellcome Trust and the Robert Wood Johnson Foundation, are funding outstanding researchers and research teams in these areas, much of this research remains at the periphery of medical practice and public health policy, in spite of its potential value to decision-makers.

The WHO Regional Office for Europe's cultural contexts of health and well-being (CCH) project, which was established in 2016 under the European Health Information Initiative, hopes to change this. The project recognizes the need to enhance public health policy-making through achieving a nuanced understanding of how cultural contexts affect health and health care, and attempts to approach this challenge from three directions: first, it seeks to create a focus for culture and health at the Regional Office, to contribute to the implementation of Health 2020 and to strengthen the Regional Office's position on achieving health-related targets of the sustainable development goals; second, it aims to strengthen action-oriented humanities and social sciences research and policy

тивно признается важность культурных контекстов (как положительное, так и отрицательное их влияние), данный подход зачастую основан на модели дефицита, преимущественно фокусирующейся на факторе отсутствия чего-либо у людей из-за неравного распределения денег, власти и ресурсов. Конкретное воздействие системы ценностей, традиций и убеждений на всем протяжении «пути здоровья» (от лабораторного стола к пациенту) зачастую игнорируется, как игнорируется и тот факт, что аспекты культуры часто имеют положительный, защитный эффект в ситуациях, когда человек сталкивается с той или иной медицинской проблемой.

В этом контексте все громче слышны призывы представителей здравоохранения признать важную роль культурных контекстов в организации справедливого доступа к услугам здравоохранения (7–9). В частности, в журнале *The Lancet* был опубликован доклад Комиссии по вопросам культуры и здоровья (10), в котором отмечается, что игнорирование аспектов культуры – это единственное и самое значительное препятствие на пути развития равноправного доступа к системе здравоохранения.

В Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) запуск программы «Здоровье-2020» – рамочной европейской политики по улучшению здоровья и благополучия населения – стимулировал сдвиг в сторону ценностной базы с акцентом на концепции предоставления услуг на протяжении всей жизни, межсекторальном и межведомственном участии и подходе, предполагающем охват всего общества (3). В рамках этой политики Всемирная организация здравоохранения снова сконцентрировалась на центральной проблеме обеспечения благополучия, что предусматривает восстановление связей между общественным здравоохранением и субъективным, жизненным опытом во всей его совокупности и открывает возможности для более систематического вовлечения культурных аспектов в сферу здравоохранения.

Этот сдвиг в сторону субъективности (например, субъективного благополучия) рождает новую парадигму задач для организации с нормотворческими функциями, чья деятельность была преимущественно сконцентрирована на проблеме смертности, заболеваемости и инвалидности (а не на более обширных вопросах здоровья и благополучия). Очевидна

analysis; and third, it promotes the validity and use of an interdisciplinary evidence base for health-related policy and practice.

The CCH project recognizes that, from history to sociology and anthropology, from literary and cultural studies to philosophy, there is a wealth of research which shines a light on the subjective, personal experiences of health and illness and the cultural contexts that shape health-related behaviour and decision-making. For the project to succeed, it is therefore vital to create new partnerships with individuals, organizations and institutions that are conducting relevant, innovative research in the area of culture and health. To facilitate this, the Regional Office has set up a CCH expert group, whose international members are thought leaders from health-related humanities and social sciences areas. Furthermore, the CCH project has forged an important partnership with the Intangible Cultural Heritage Section of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) to share methodological approaches and field experience and tap into the rich network of experts on culture that UNESCO has access to. Finally, the University of Exeter has recently been designated a WHO Collaborating Centre on culture and health, thereby significantly increasing WHO's capacity to deliver technical work and helping the organization to explore the many different and valuable perspectives on health challenges (and health successes) which might otherwise go unnoticed.

The current Public Health Panorama issue, themed around culture and health, illustrates the value of this kind of research. The articles, which cover a broad range of fields and disciplines, including anthropology, medical humanities and medical science communication, all aim to provide a new perspective on age-old problems. The articles challenge standard public health assumptions (for instance, that traditional medicine has no place in modern medicine); champion underused public health approaches (for instance, by considering communities of care when designing nutritional education initiatives); open our eyes to important and delicate public health interdependencies (for instance, between pharmaceutical waste, culture and the environment); and propose new ways to promote deeper, more sustained engagement between the public and their

растущая потребность использовать потенциал исследований в сфере гуманитарных и социальных наук, анализирующих те смыслы, которые люди вкладывают в свой опыт переживания болезней, здоровья и благополучия. И хотя все больше фондов, таких как Благотворительный фонд им. Генри Уэлкома (*Wellcome Trust*) и Фонд Роберта Вуда Джонсона (*Robert Wood Johnson Foundation*), финансируют работу выдающихся исследователей и исследовательских групп в этом направлении, основная часть этой работы остается на периферии медицинской практики и политики здравоохранения, несмотря на ее потенциальную ценность для людей, принимающих решения.

Мы надеемся, что проект Европейского регионального бюро ВОЗ, посвященный культурным контекстам здоровья и благополучия (ССН), который был инициирован в 2016 г. в рамках Европейской инициативы в области информации здравоохранения, изменит сложившуюся ситуацию. В проекте признается необходимость активизации усилий по разработке политики в сфере здравоохранения через получение более четкого представления о том, каким образом культурный контекст влияет на здоровье и здравоохранение. К решению этого вопроса проект подходит с трех сторон: во-первых, он нацелен на повышение ориентированности Регионального офиса на вопросы культуры и здоровья в контексте реализации политики «Здоровье-2020» и усиления роли Регионального офиса в достижении задач здравоохранения, предусмотренных Целями устойчивого развития; во-вторых, он призван укреплять систему проведения ориентированных на принятие конкретных мер исследований в области гуманитарных и социальных наук и обеспечить анализ политики; и, в-третьих, он повышает обоснованность и потенциал использования междисциплинарной доказательной базы для развития политики и практики в области здравоохранения.

В проекте учитывается тот факт, что в самых разных областях – от истории до социологии и антропологии, от литературы и культуры до философии – накоплен большой объем исследований, служащих лучшему пониманию субъективного, личного опыта в отношении здоровья и болезней, а также культурных контекстов, определяющих поведение и решения, связанные со здоровьем. Успешное осуществление проекта требует развития новых партнерств со

health (for instance, through a more effective use of museum spaces).

Although this issue of *Public Health Panorama* is the most voluminous to date, it still offers a mere flavour of how a cultural contexts of health approach might help policy-makers to avoid falling into the Chadwick trap of having their intentions misunderstood by the public. Of course, public health has changed significantly since its beginnings in 1848. Nevertheless, there is always room for improvement. More can still be done to empower people and, supported by mainstream health services, help them co-create their health and well-being. It is time to emphasize individual perspectives and experiences in public health.

REFERENCES

1. Fee E, Brown TM. The Public Health Act of 1848. *Bull World Health Organ.* 2005;83:866–7 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/11/866.pdf>, accessed 1 February 2017).
2. *The Times*, 1 August 1854.
3. *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
4. Marmot MG. *Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010.* London: Department of Health; 2010.
5. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Farmer P. An anthropology of structural violence. *Curr Anthropol.* 2004;45:305–26.
7. Chaturvedi S, Arora NK, Dasgupta R, Patwari AK. Are we reluctant to talk about cultural determinants? *Indian J Med Res.* 2011;133:361–3.
8. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(7):e13.
9. Hanlon P, Carlisle S, Hannah M, Reilly D, Lyon A. Making the case for a “fifth wave” in public health. *Public Health.* 2011;125:30–6.
10. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H et al. Culture and health. *Lancet.* 2014;384:1607–39.

специалистами, организациями и учреждениями, проводящими актуальные, новаторские исследования в области культуры и здоровья. В целях выполнения этой задачи Региональное бюро учредило экспертную группу ККЗ с участием ведущих международных исследователей в сфере гуманитарных наук в медицине и социальных наук. Помимо этого, в рамках проекта ККЗ было инициировано важное партнерство с Секцией нематериального культурного наследия Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) для обмена эффективными методологическими подходами и практическим опытом, а также налаживания взаимодействия с обширной сетью экспертов в сфере культуры, сотрудничающими с ЮНЕСКО. И наконец, недавно в качестве Сотрудничающего центра ВОЗ по культурным контекстам здоровья был назначен Эксетерский университет, что значительно повысило возможности ВОЗ в сфере реализации технической работы и изучения множества перспективных взглядов на вызовы (и успехи) в сфере охраны здоровья, которые иначе могли бы остаться без внимания.

Данный выпуск *Панорамы общественного здравоохранения*, посвященный культурным контекстам здоровья, иллюстрирует ценность подобных исследований. Статьи, представленные в журнале и охватывающие целый ряд областей и дисциплин, включающих антропологию, гуманитарные науки в медицине и коммуникацию в контексте медицинских наук, призваны отразить новый взгляд на вековые проблемы. В них оспариваются стандартные гипотезы здравоохранения (например, о том, что традиционной медицине не место в современной медицине); поддерживаются недостаточно активно используемые подходы общественного здравоохранения (например, развитие сообществ, обеспечивающих уход, при разработке программ просвещения в области питания); раскрывается взгляд на важные и деликатные взаимозависимости в сфере здравоохранения (например, между проблемой фармацевтических отходов, аспектами культуры и окружающей средой) и предлагаются новые методы обеспечения более глубокого и устойчивого понимания людьми проблем, связанных со здоровьем (например, посредством более эффективного использования музейного пространства).

И хотя этот выпуск Панорамы общественного здравоохранения на сегодняшний день является самым объемным, мы смогли представить в нем лишь небольшую часть мнений о том, как культурные контексты здоровья могут помочь разработчикам политики избежать участи Чедвика, чьи намерения в свое время были неправильно истолкованы обществом. Безусловно, с 1848 г. системы здравоохранения претерпели серьезные изменения. Тем не менее простор для совершенствования есть всегда. Еще многое можно сделать для того, чтобы повысить возможности людей и при поддержке базовых медицинских услуг заручиться их сотрудничеством в формировании своего здоровья и благополучия. Пришло время сделать особый акцент на индивидуальности взглядов и опыта в сфере общественного здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Fee E, Brown TM. The Public Health Act of 1848. Bull World Health Organ. 2005;83:866–7 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/11/866.pdf>, по состоянию на 1 февраля 2017 г.).
2. The Times, 1 August 1854
3. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
4. Marmot MG. Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Department of Health; 2010.
5. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Farmer P. An anthropology of structural violence. Curr Anthropol. 2004;45:305–26.
7. Chaturvedi S, Arora NK, Dasgupta R, Patwari AK. Are we reluctant to talk about cultural determinants? Indian J Med Res. 2011;133:361–3.
8. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. J Epidemiol Community Health. 2008;62(7):e13.
9. Hanlon P, Carlisle S, Hannah M, Reilly D, Lyon A. Making the case for a “fifth wave” in public health. Public Health. 2011;125:30–6.
10. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H et al. Culture and health. Lancet. 2014;384:1607–39.