



Культурные контексты здоровья и благополучия

Аналитический
обзор № 1

Ведущий автор и редактор
A. David Napier

Соавторы

Michael Depledge, Michael Knipper,
Rebecca Lovell, Eduard Ponarin,
Emilia Sanabria, Felicity Thomas

Культура имеет
значение:

учет культурных контекстов
здоровья при выработке
ПОЛИТИКИ



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения. Одной из уставных функций ВОЗ является предоставление объективных и достоверных данных и рекомендаций по вопросам охраны здоровья населения, и ее издательская деятельность – это один из путей выполнения данной функции. Посредством своих публикаций ВОЗ стремится помочь странам разрабатывать и осуществлять стратегии, направленные на улучшение здоровья людей и решение наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ – это одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением почти 900 млн человек простирается от Северного ледовитого океана до Средиземного моря с севера на юг и от Атлантического до Тихого океана с запада на восток. Европейская программа ВОЗ оказывает помощь всем странам Региона в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения; в предотвращении и устранении опасностей для здоровья населения; в повышении готовности стран к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану и улучшение здоровья населения.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и научно обоснованных рекомендаций по вопросам охраны здоровья ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья населения, а также профилактике и борьбе с болезнями, книги и другие публикации ВОЗ способствуют выполнению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья.

Культурные контексты здоровья и благополучия

Аналитический
обзор № 1

Ведущий автор и редактор
A. David Napier

Соавторы
Michael Depledge, Michael Knipper,
Rebecca Lovell, Eduard Ponarin,
Emilia Sanabria, Felicity Thomas

Культура имеет
значение:

учет культурных контекстов
здоровья при выработке
ПОЛИТИКИ

АННОТАЦИЯ

Данный аналитический обзор подготовлен в связи с растущей осведомленностью лиц, формирующих политику, и специалистов общественного здравоохранения о важной связи, которая существует между культурой и здоровьем. В обзоре рассматриваются три ключевые сферы общественного здравоохранения – питание, миграция и окружающая среда – и демонстрируется, насколько важную роль осведомленность в вопросах культуры играет в понимании концепций здоровья и благополучия и в выработке более эффективных и справедливых стратегий здравоохранения. В нем утверждается, что научные исследования в сфере гуманитарных и социальных дисциплин, имеющих отношение к здоровью, способны внести немалый вклад в выработку политики в области общественного здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

CULTURAL COMPETENCY

CULTURE

HEALTH KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICE

HEALTH POLICE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications, WHO Regional Office for Europe, UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

ISBN 978 92 890 5269 6

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного

характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Культурные контексты здоровья и благополучия

Аналитический
обзор № 1

Ведущий автор и редактор
A. David Napier

Соавторы

Michael Depledge, Michael Knipper,
Rebecca Lovell, Eduard Ponarin,
Emilia Sanabria, Felicity Thomas

Культура имеет
значение:

учет культурных контекстов
здоровья при выработке
ПОЛИТИКИ



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Данный аналитический обзор разработан по заказу Европейского регионального бюро ВОЗ. За его разработку и соответствующую координацию отвечала команда по культурным контекстам здоровья Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций в составе Claudia Stein (директор), Nils Fietje (научный сотрудник) и Signe Nipper Nielsen (консультант).

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает благодарность ведущему автору и редактору и шестерым соавторам за их ценный вклад. Кроме того, значительный вклад в разработку и совершенствование этого аналитического обзора благодаря своим комментариям и экспертизе внесли участники экспертной группы ВОЗ по культурным контекстам здоровья и благополучия, а также целый ряд специалистов. Авторы и Европейское региональное бюро ВОЗ благодарят участников экспертной группы ВОЗ по культурным контекстам здоровья и благополучия, а также следующих экспертов, предоставивших комментарии: Mabel Gracia Arnaiz (адъюнкт-профессор, кафедра антропологии, философии и социальной работы, Университет Ровира и Вирхилий, Испания), Nakan Ertin (адъюнкт-профессор, кафедра истории медицины и этики, Стамбульский университет, Турция), Lotte Holm (профессор социологии питания, кафедра экономики питания и ресурсов, Копенгагенский университет, Дания), Robin A. Kearns (профессор географии, факультет окружающей среды, Университет Окленда, Новая Зеландия), Agnieszka Maj (адъюнкт-профессор, кафедра социальных наук, Варшавский университет естественных наук – SGGW, Польша), Ilkka Pietilä (старший научный сотрудник, факультет социальных наук, Университет Тампере, Финляндия), Suvi Salmenniemi (адъюнкт-профессор социологии, кафедра социальных наук, Университет Турку, Финляндия), Vaktugul Tulebaeva (соискатель степени PhD, ассистент по исследованиям, кафедра социальной и культурной антропологии, Университет Гете, Франкфурт, Германия), Catharine Ward Thompson (профессор ландшафтной архитектуры, Эдинбургский университет, Соединенное Королевство). Мы также выражаем благодарность Jessica Frances Marais за профессиональное редактирование и корректуру текста. Фонд Wellcome Trust предоставил финансирование для этого аналитического обзора.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Ведущий автор и редактор

A. David Napier (Professor of Medical Anthropology, Department of Anthropology, University College London, United Kingdom)

Соавторы

Michael Depledge (профессор гигиены окружающей среды, Европейский центр гигиены окружающей среды, медицинский факультет Университета Эксетера, Соединенное Королевство)

Michael Knipper (адъюнкт-профессор, Институт истории медицины, медицинский факультет Университета им. Юстуса Либига, Германия)

Rebecca Lovell (Научный сотрудник, Биоразнообразие и здоровье, Европейский центр гигиены окружающей среды, медицинский факультет Университета Эксетера, Соединенное Королевство)

Эдуард Понарин (профессор, директор, Лаборатория сравнительных социальных исследований, Национальный исследовательский университет, Высшая школа экономики, Российская Федерация)

Emilia Sanabria (преподаватель социальной антропологии, кафедра общественных наук, École Normale Supérieure de Lyon, Франция)

Felicity Thomas (старший научный сотрудник, медицинский факультет Университета Эксетера, директор Сотрудничающего центра ВОЗ по культуре и здоровью, Университет Эксетера, Соединенное Королевство)

Содержание

Резюме.....	vi
Краткий обзор.....	viii
Общие сведения.....	viii
Варианты политики и ключевые темы.....	xi
Библиография.....	xiv
Раздел 1. Понимание понятий культуры, здоровья и благополучия....	1
Что такое культура?.....	1
Расширение базы фактических данных в отношении культурных контекстов здоровья и благополучия.....	3
Варианты политики.....	4
Раздел 2. Основные темы.....	7
1) Питание, культура и здоровье.....	7
2) Окружающая среда, культура и здоровье.....	14
3) Миграция, культура и здоровье.....	23
Вывод.....	31
Библиография.....	32

Резюме

В Европейском регионе ВОЗ ввод в действие основ политики Здоровье-2020 успешно сделал благополучие центральным вопросом для ВОЗ, заново соединив общественное здоровье с полной многогранностью субъективного, прожитого опыта и открывая двери для более систематического взаимодействия с культурными контекстами здоровья и благополучия. Этот сдвиг был укреплен принятием Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., которая предоставляет дополнительный мандат для поиска понимания и рассмотрения культурных контекстов. Как и в политике Здоровье-2020 в Повестке дня-2030 утверждается, что решение ряда самых насущных глобальных проблем – включая неравенства в отношении здоровья – требует сосредоточенных на нуждах людей, вовлекающих все общество подходов, а также междисциплинарных и многосекторальных партнерств. Она требует новой базы фактических данных, которая подтверждает важность культурных контекстов здоровья и благополучия для формирования политики.

Данный аналитический обзор, разработанный по заказу Европейского регионального бюро ВОЗ вместе с его экспертной группой по культурным контекстам здоровья и благополучия, является частью более крупного проекта, нацеленного на продвижение укорененного в культуре подхода к обогащению мер политики, связанных со здоровьем и благополучием. В Проекте по культурным контекстам здоровья и благополучия утверждается, что отражение осведомленности в вопросах культуры в выработке политики имеет огромное значение для формирования адаптивных, справедливых и устойчивых систем медико-санитарной помощи, а также для общего прогресса во многих вопросах здоровья и благополучия населения.

Признавая, что здоровье и благополучие населения в значительной степени подвержены влиянию мер политики и действий за пределами систем здравоохранения, в данном аналитическом обзоре также утверждается о необходимости подхода по учету интересов здоровья во всех стратегиях и более глубокого понимания того, как меры политики в сферах за пределами сектора здравоохранения могут либо укрепить, либо сдерживать развитие культуры в интересах здоровья и благополучия.

Для этого в аналитическом обзоре представлено четкое определение культуры и описаны ключевые варианты для рассмотрения разработчиками политики в области здравоохранения. Среди них настоятельная рекомендация, чтобы лица, ответственные за формирование политики, критически оценивали свои собственные общие ценности и приоритеты, относящиеся к здоровью и благополучию, и то, как они влияют на повседневную практику и процесс принятия решений. Это включает переоценку предположений о том, что представляют собой доказательства, и поддержку стратегий, которые интегрируют сложность прожитого опыта в расширенную доказательную базу. В числе таких стратегий – усилия по более полному признанию и включению результатов исследований в области связанных со здоровьем гуманитарных и социальных наук и более широких исследований в области общественного здравоохранения и услуг по охране здоровья.

Тогда как культура в большой мере применима к широкому спектру вопросов как в рамках, так и за пределами сектора здравоохранения, в данном аналитическом обзоре изучаются три ключевые области, где общие традиционные убеждения, практики и ценности могут оказывать серьезное воздействие на здоровье и благополучие: питание, где приготовление пищи, кормление и питание являются очень социальными действиями; окружающая среда, где пространства понимаются и разделяются различным образом; миграция, где установившееся понимание здоровья и благополучия сходится или расходится в многокультурных контекстах.

Воздействие на то, каким образом ценности воплощаются и материализуются в этих и других областях, может иметь значительное влияние на результаты в отношении здоровья и благополучия. Имея это в виду, данный аналитический обзор призывает лиц, ответственных за формирование политики, критически и творчески рассматривать материал, представленный здесь, и использовать инклюзивный подход к совершенствованию мер политики в области здоровья и благополучия путем учета культурных контекстов.

Краткий обзор

Общие сведения

В 2015 г. после признания важности культуры для здоровья и благополучия, Европейское региональное бюро ВОЗ учредило свою первую экспертную группу по культурным контекстам здоровья и благополучия (1). Это стало реакцией на растущий массив фактических данных, демонстрирующих, что наилучшая медико-санитарная помощь в мире остается ограниченной, если ее предоставление не приведено в соответствие с приоритетами и представляемыми потребностями тех, кому она должна предоставляться. Действительно, авторы составленного по заказу журнала Ланцет отчета по вопросам культуры и здоровья утверждали, что “систематическое уделение недостаточного внимания аспектам культуры в вопросах здравоохранения и медико-санитарной помощи, является самой значительной отдельно взятой преградой для достижения наивысшего возможного уровня здоровья во всем мире” (2).

Возобновление внимания Регионального бюро к вопросам культуры отражено в двух стратегических рамочных механизмах, которые лежат в основе проекта по культурным контекстам здоровья и благополучия (ККЗ): основы Европейской политики Здоровье-2020 (3) и Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (4). С принятием политики Здоровье-2020 стратегическое внимание ВОЗ сдвинулось в сторону ценностной базы, которая подчеркивает подход с учетом всех этапов жизни, многосекторальный и междисциплинарный подход, а также ориентированный на нужды людей подход с участием всего общества к здоровью и благополучию. Повестка дня на период до 2030 г. и ее Цели устойчивого развития (ЦУР) укрепляют эту ценностную базу и требуют альтернативных путей наделения правами и полномочиями маргинализированных групп. В рамках этого процесса, описательные и качественные исследования, а также подходы, сосредоточенные на культуре, позаимствованные из гуманитарных и социальных наук, могут многое предложить.

В 2001 г. Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры определила культуру как

“совокупность присущих обществу или социальной группе отличительных признаков – духовных и материальных, интеллектуальных и эмоциональных – ... [которая] помимо искусства и литературы охватывает образ жизни, “умение жить вместе”, системы ценностей, традиции и верования” (5). Это определение подчеркивает тот факт, что составляющими культуры являются не только физические артефакты, вокруг которых образуется групповая идентичность, но также и установки и традиции, которые определяют наше чувство реальности. Будучи общей и последовательной, культура является не статичным набором верований и практик, но скорее постоянно меняющимся набором коллективных ценностей, этических принципов, предположений и идеалов. Другие культуры также динамичны, как и наша собственная.

Хотя общие ценности культурных контекстов являются комплексными, их понимание имеет важнейшее значение для разработки политики в области здоровья и благополучия по целому ряду причин.

Во-первых, осведомленность о культурных контекстах демонстрирует нам относительную природу ценностей, которые мы зачастую считаем универсальными. Рассматривая их более пристально, мы заставляем себя оценить то, что мы считаем само собой разумеющимся, и пересмотреть наши вводные предположения о том, что делает нас всех более здоровыми.

Во-вторых, осведомленность о культурных контекстах позволяет нам лучше понять многокомпонентные влияния разнообразных, но взаимосвязанных детерминант, таких как социально-экономический статус, условия окружающей среды, возраст, гендерная принадлежность, религия, сексуальная ориентация и уровень образования (6). Тогда как отчуждение и маргинализация являются важнейшими исходными детерминантами для множества болезней и видов уязвимости, культурное понимание может быть источником устойчивости к внешним воздействиям на здоровье в быстро меняющемся мире.

В-третьих, так как пути предоставления помощи строятся на фундаменте общих ценностей, осведомленность о культурных контекстах предоставляет новые модели помощи, которые принимают во внимание не только биологию и медицину.

В-четвертых, из-за различных ценностных систем убеждения и взгляды в отношении распределения и совместного использования могут либо способствовать справедливому распределению ресурсов здравоохранения, либо ограничивать его. Осведомленность о культурных контекстах имеет важнейшее значение для справедливости в отношении здоровья.

На наш опыт в отношении здоровья и благополучия коренным образом влияют культурные контексты, из которых мы извлекаем смыслы. Эти контексты влияют на убеждения и действия лиц, отвечающих за формирование политики, и специалистов-практиков в области здравоохранения в той же степени, что и на убеждения и действия тех, кому они служат. Поэтому лица, ответственные за формирование политики, должны не только пытаться понять те ценности, которые они приписывают другим, но и критически оценивать свою собственную культурную принадлежность, свои представления, повседневный опыт и процессы принятия решений, а также их воздействие на людей, которые могут иметь такие же или совсем иные ценности и приоритеты.

Воспитание подобного самоанализа и самоосмысления включает признание того, что все формы знаний и опыта, включая научные и медицинские, подвергаются воздействию культуры. Это требует тщательного изучения предположений о надлежащих методах сбора и анализе данных и о том, что входит в понятие доказательств или фактических данных. Многие исследователи отмечают, что исторически сложившиеся предпочтения в сторону количественных исследований в области общественного здравоохранения привели к созданию доказательной базы, которая предлагая много материала, относящегося к цифрам и статистике, предоставляет меньше информации о локализованном субъективном опыте в отношении благополучия и болезней или представлениях о рисках для здоровья и соответствующем поведении людей.

Очевидно, рандомизированные контролируемые исследования, основанные на ограниченном наборе переменных, не могут предложить детальное и дифференцированное понимание того, как факторы риска действуют в повседневной жизни (7). Более того, никакие исследования (качественные и количественные) не могут надлежащим образом отразить разнообразие и сложность

человеческих обществ и создать информационную базу для действительно справедливых мер политики, когда уязвимые группы сталкиваются с преградами к участию. Важнейшие ресурсы могут быть потрачены впустую, если они направляются в упрощенные или непреднамеренно ограничительные исследования и в ограниченные меры политики и программы, которые они информируют.

Следовательно, существуют этические, гносеологические и экономические требования для учета культурных контекстов здоровья и благополучия. Имея в виду эти императивы, экспертная группа Регионального бюро настоятельно призывает лиц, ответственных за формирование политики, использовать расширенную доказательную базу, которая включает смешанные методы исследований из связанных со здравоохранением гуманитарных и социальных наук. Такая интегрированная работа станет вкладом в доказательную базу охраны здоровья, которая укоренена в жизненный опыт людей.

При повышенной осведомленности как о сильных, так и слабых сторонах различных типов исследовательских данных, и приверженности поддержке новых форм фактических данных, лица, ответственные за формирование политики, будут находиться в лучшей позиции для укрепления жизнестойкости индивидов и сообществ перед лицом возникающих вызовов в отношении здоровья.

В этой связи данный аналитический обзор направлен на достижение трех целей:

1. обосновать необходимость уделить внимание культурным контекстам здоровья и благополучия;
2. представить конкретные предложения, чтобы помочь лицам, ответственным за формирование политики, понять культурные контексты здоровья и благополучия и включить их в эффективную практику работы;
3. предоставить примеры того, как культурная осведомленность может улучшить понимание движущих сил здоровья и благополучия в трех ключевых областях: питание, окружающая среда и миграция.

Варианты политики и ключевые темы

В разделе 1 аналитического обзора исследуется концепция культуры и ее взаимосвязи со здоровьем и благополучием, а также определяется насущная необходимость для сосредоточения внимания на интегрированных методах исследований. В нем представлены восемь вариантов политики для рассмотрения всеми лицами, формирующими политику, работающими над вопросами, связанными с культурными контекстами здоровья и благополучия. Тогда как эти варианты могут рассматриваться как прогрессивные шаги, они по природе своей являются циклическими и взаимозависимыми.

1. Продвигать понимание взаимоотношений между культурой и здоровьем.
2. Разработать четкие возможности и руководства для лиц, ответственных за формирование политики, по рассмотрению и размышлению об их собственных культурных установках и о том, как они влияют на представления и принятие решений.
3. Поддерживать расширение доказательной базы, которая включает результаты исследований из гуманитарных и социальных наук, уделяя особое внимание смешанным методам исследования социальных и культурных движущих сил здоровья и благополучия.
4. Включить субъективные определения, опыт и измерения в разработку политики в области здоровья и благополучия, для того чтобы лучше определить и удовлетворять потребности разнообразных групп и лучше интерпретировать количественную информацию.
5. Определить этические дилеммы, которые могут возникнуть, когда системы ценностей, касающихся здоровья и здравоохранения отходят от стандарта.
6. Поддерживать разработку инструментов, которые расширяют знания о важности культуры для здоровья и благополучия, а также меры для проведения оценки культурной компетентности служб и мер политики.

7. Повысить потенциал для межсекторальной работы путем внедрения понятий благополучия и культуры в качестве центральных элементов подхода по учету интересов здоровья во всех стратегиях.
8. Распространять передовой опыт.

В разделе 2 этого аналитического обзора показано, как культурные контексты влияют на здоровье и благополучие как положительно, так и отрицательно, в трех ключевых областях.

1. **Питание:** эффективная разработка политики в области питания означает понимание того, как культурные контексты воздействуют на выбор в области питания, которые приводят к положительным или отрицательным результатам, и того, как практики питания могут укрепить или дестабилизировать здоровье и благополучие, социальное доверие и жизнестойкость сообществ.
2. **Окружающая среда:** эффективная разработка политики в области окружающей среды означает изучение того, как культура является посредником в наших взаимоотношениях с окружающей нас средой, как это воздействует на здоровье и благополучие, и как обеспечить справедливый доступ к природным условиям, содействующим укреплению здоровья.
3. **Миграция:** эффективная разработка политики по вопросам миграции и здоровья означает то, как культура является посредником в предоставлении и получении помощи в кросскультурных и мультикультурных контекстах, а также удовлетворение насущной потребности в проведении учитывающих культурные особенности оценок здоровья и благополучия, а также в соответствующих подходах к предоставлению медицинской помощи.

Библиография

1. Без предубеждения: анализ культурных контекстов оценки здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0008/284903/Cultural-contexts-health.pdf, по состоянию на 6 февраля 2017 г.).
2. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H et al. Culture and health. *Lancet* 2014;384:1607–39. doi:10.1016/S0140-6736(14)61603-2.
3. Здоровье-2020 – Европейская политика в поддержку здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 13 февраля 2017 г.).
4. The Sustainable Development Agenda [website]. Нью-Йорк: United Nations; 2017 <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>, accessed 13 February 2017).
5. UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity [website]. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2001 (http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, accessed 13 February 2017).
6. Социальные детерминанты здоровья (СДЗ). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/03/world-tb-day-2017-focus-on-tbhiv-co-infection>, по состоянию на 13 февраля 2017 г.).
7. Adams V, Burke NJ, Whitmarsh I. Slow research: thoughts for a movement in global health. *Med Anthropol.* 2014;33(3):179–97. doi:10.1080/01459740.2013.858335.

Раздел 1. Понимание понятий культуры, здоровья и благополучия

Что такое культура?

"Культура не ограничивается национальной, расовой, этнической или религиозной принадлежностью, ее составляющими являются открытые верования и практики."

В 2001 г. Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) определила культуру как "совокупность присущих обществу или социальной группе отличительных признаков – духовных и материальных, интеллектуальных и эмоциональных..., [которая] помимо искусства и литературы охватывает образ жизни, "умение жить вместе", системы ценностей, традиции и верования" (1). Это определение подчеркивает, что культура не ограничивается национальной, расовой, этнической или религиозной принадлежностью, ее составляющими являются открытые верования и практики, а также трудноуловимые и воспринимаемые как само собой разумеющиеся общепринятые нормы, которые обрамляют наше чувство реальности, определяют, что является нормой, а что нет, и дают нашей жизни ощущение направления и цели (2).

Культура, другими словами, является чем-то, что есть у всех людей и на что они опираются для осознания и осмысления окружающего их мира. Она устанавливает разнообразные и меняющиеся параметры, в рамках которых принимаются решения и предпринимаются действия в контексте семей, сообществ, на рабочих местах, в группах коллег и различных окружающих условиях. Творческое применение культуры в нашей повседневной жизни влияет на то, как мы воспринимаем себя самих, друг друга и наше место в мире. Тем не менее саму культуру может быть довольно трудно разглядеть.

Именно из-за того, что культура касается не только того, что мы выражаем открыто, ее распознавание включает трудную работу по тщательной проверке предположений, постановке под сомнение субъективных истин и понимания того, как общие групповые ценности могут значительно отличаться, что может иметь как положительное, так и отрицательное воздействие: положительное – когда различия помогают нам творчески скорректировать наши предположения, а отрицательное – когда различия приводят к недопониманию и конфликтам.

Организации, образовательные институты и профессии также создают культуры и микрокультуры, которые демонстрируют конкретные модели мышления и практики (3–5). Без совместных усилий по изучению, пониманию и постановке под сомнение взаимодействие открытых и скрытых убеждений при работе в рамках организационных культур могут сохраняться контрпродуктивные предрассудки и типы поведения. Множество специалистов в области общественного здравоохранения признают, что неспособность учитывать культурные контексты в их профессиональной деятельности может стать препятствием для их способности совершенствовать свои практики работы, определять эффективные инновации и расширять масштаб их внедрения. Это ослабило потенциал систем общественного здравоохранения по эффективному реагированию на потребности в области охраны здоровья различных групп населения и, как следствие, возобновило интерес к разработке учитывающего вопросы культуры подхода к здоровью и благополучию.

Основы Европейской политики Здоровье-2020 были разработаны в рамках этого контекста укрепления культурной осведомленности (6). Признавая важность общих ценностей в интересах благополучия, она четко призывает к новым количественным определениям благополучия, которые учитывают воздействие связанных с культурой опыта болезни и здоровья. Разработка этих количественных определений включает в себя понимание, валидацию и активную поддержку путем, которым разнообразные и взаимосвязанные культурные практики могут укрепить солидарность и жизнестойкость. Как представлено в Цели устойчивого развития 17, это также включает работу с разнообразными культурными секторами, профессиональными группами и областями экспертизы в области мер политики (7). Это требует никак не меньше, чем участия всего общества и общегосударственного подхода – такого, который строится на общих ценностях индивидов для укрепления новых форм критического мышления, ежедневного сотрудничества и поддержания социального доверия как на местном, так и на глобальном уровне.

Расширение базы фактических данных в отношении культурных контекстов здоровья и благополучия

В рамках традиционных оценок воздействия на здоровье, разработчики политики используют данные по заболеваемости и смертности, полученные из множества источников, для обоснования рекомендаций в области политики, зачастую не имея четкого понимания культурных контекстов, которые воздействуют на поведение индивидов и общества. Получаемые в результате отчеты и меры политики, хотя и базируются на тщательно собранных статистических данных, могут не учитывать субъективно оцениваемый опыт и потребности людей, а также то, что является возможным на уровне мер политики.

В ответ на этот частый разрыв между фактическими данными, социальными потребностями и политикой здравоохранения государства-члены культурно разнообразного Европейского региона ВОЗ согласовали набор показателей для измерения и отчетности в отношении как объективного, так и субъективного здоровья и благополучия. Однако эти измерения в принципе построены на индикаторах, которые хотя и являются полезными в оценке уровня ощущаемой удовлетворенности и уровня счастья в данной группе населения, они не могут пролить свет на общие смыслы и ценности, на которых основано благополучие. В отсутствие четкого понимания культурных контекстов, которые влияют как на анкеты, так и на ответы на них респондентов, оценка того, что подобные критерии означают в реальности становится трудной, а иногда и предположительным (8).

Кроме того, уязвимые группы населения часто не имеют возможности участвовать в исследованиях благополучия или не желают этого делать, в особенности когда ситуация заставляет их чувствовать отчуждение или когда выживание является их основной задачей. Когда так происходит, инструменты для измерения благополучия могут невольно укрепить дисбаланс сил, который не предоставляет определенным группам право голоса в процессах принятия решений, которые воздействуют на их жизнь.

Подобные предубеждения или систематические ошибки в сборе данных особенно четко видны в переходных или иным образом нестабильных социальных условиях, таких, которые находятся под воздействием нехватки еды, изменения климата, экономических

трудностей, широкомасштабной миграции и/или непредвиденных конфликтов. Под подобным воздействием уязвимости и неравенства могут усилиться таким образом, что они не будут поддаваться традиционным методам сбора данных; без доказательной базы, которая может сформировать надлежащие исследования местных форм страданий, цифры могут быть ложными в той же мере, в какой они являются информативными.

Для того чтобы сформировать адекватные и адаптивные меры политики и программы в области здравоохранения, лица, ответственные за формирование политики, должны изучить то, как сообщества в качестве культуры практики, приспосабливаются к разнообразным и комплексным стрессогенным факторам. И здесь измерение неравенства становится невозможным без тщательной оценки уязвимости и жизнестойкости, так как они проявляются на местном уровне. В этих случаях стратегии качественных исследований предоставляют наилучшие механизмы для информирования интерпретации количественных данных, с учетом непреднамеренных предрассудков и систематических ошибок и при проведении оценки пригодности инструментов измерения, а также усилий по содействию. В этом свете, четко понятно, что инновационные и адаптивные исследования с применением комбинированных методов имеют важнейшее значение для укрепления здоровья и благополучия людей (9,10).

"Инновационные и адаптивные исследования с применением комбинированных методов имеют важнейшее значение для укрепления здоровья и благополучия людей."

Варианты политики

В поддержку разработки сбалансированного и интегрированного сбора и анализа данных на рассмотрение лиц, ответственных за формирование политики, предлагаются следующие восемь вариантов политики. При том, что они могут рассматриваться как поступательные шаги, они по своей природе являются итеративными и взаимозависимыми.

1. Продвигать понимание взаимоотношений между культурой и здоровьем. требует определения культуры, которое противостоит слиянию с понятиями расы и этнической принадлежности и подчеркивает, что все мысли и поведение зависят от культур ценностей и практики.

2. Разработать четкие возможности и руководства для лиц, ответственных за формирование политики, по рассмотрению и размышлению об их собственных культурных установках и о том, как они влияют на представления и принятие решений. Это может включать целый ряд семинаров по самоанализу, программы по подготовке по вопросам разнообразия и другие мероприятия, которые позволяют развить более глубокое самоосознание и более развитые коммуникационные навыки в отношении общих практик и представлений.
3. Поддерживать расширение доказательной базы, которая включает результаты исследований из гуманитарных и социальных наук, уделяя особое внимание смешанным методам исследования социальных и культурных движущих сил здоровья и благополучия. Это требует включения разнообразных мнений, разработку методов для признания прожитого опыта как значимого и ценного доказательства, а также интеграции качественных выводов в наборы количественных данных.
4. Включить субъективные определения, опыт и измерения в разработку политики в области здоровья и благополучия, для того чтобы лучше определить и удовлетворять потребности разнообразных групп и лучше интерпретировать количественную информацию. Это требует разработки новых стратегий оценки уязвимости и жизнестойкости и может включать использование интерактивных коммуникационных платформ для содействия постоянному обмену информацией между исследователями, индивидами и сообществами по вопросам, связанным с восприятием здоровья, болезней и практик лечения.
5. Определить этические дилеммы, которые могут возникнуть, когда системы ценностей, касающихся здоровья и здравоохранения отходят от стандарта. Это требует создания инклюзивных общественных платформ (например, открытые форумы по вопросам политики и направляемые политикой обсуждения в интернете), в которых те, чей голос менее слышен, могут напрямую информировать лиц, ответственных за формирование политики, о преградах

к приверженности лечению и профилактике, и/или подготовки новых специалистов для оценки, понимания и представления потребностей в отношении здоровья культурно разнообразных сообществ.

6. Поддерживать разработку инструментов, которые расширяют знания о важности культуры для здоровья и благополучия, а также меры для проведения оценки культурной компетентности служб и мер политики. Подобные инструменты могут включать наборы инструментов по культурной компетентности, соответствующие обучающие семинары, платформы по практическому применению знаний и другие механизмы поддержки. Подобные инициативы должны анализироваться как количественно (с использованием надлежащих показателей), так и качественно (например с использованием описательных методов).
7. Повысить потенциал для межсекторальной работы путем внедрения понятий благополучия и культуры в качестве центральных элементов подхода по учету интересов здоровья во всех стратегиях. Это должно быть продемонстрировано благодаря значительной очевидной приверженности со стороны лиц, ответственных за формирование политики, принципам участия всего общества и учета интересов здоровья во всех стратегиях.
8. Распространять передовой опыт. Основанный на культуре подход к здоровью и благополучию извлекает пользу из множества точек зрения и новых платформ, в рамках которых можно обмениваться передовым опытом. По мере того как сообщества экспериментируют с новыми стратегиями и практиками, важнейшее значение будет иметь документальное оформление и распространение успешных инноваций, которые можно воспроизвести и расширить.

Раздел 2. Основные темы

1) Питание, культура и здоровье

Представление о еде как культуре

В 2014 г. ЮНЕСКО включила средиземноморскую диету в свой репрезентативный список нематериального культурного наследия человечества за 2013 г. В списке этот рацион питания представлен как “набор навыков, знаний, ритуалов, символов и традиций, относящихся к возделыванию сельскохозяйственных культур, сбору урожая, рыболовству, животноводству, хранению, переработке, приготовлению и в особенности совместному потреблению пищи” (11). Делая это определение и утверждая, что эта диета “подчеркивает ценности гостеприимства, добрососедства, межкультурного диалога и созидания, а также стиля жизни, который направляется уважением к многообразию” (11), ЮНЕСКО признает, что совместный прием пищи формирует основу для культурной идентичности и социальной сплоченности в сообществах во всем Средиземноморье.

Хотя концепция однородной или безупречной средиземноморской диеты подвергается сомнению, признание ЮНЕСКО всего подхода к еде (а не только конкретного блюда) в качестве формы культурного наследия подтверждает, что еда никогда не является просто процессом питания. Подбор ингредиентов и приготовление пищи, то, как мы разделяем трапезу, и послания, которые они передают, являются ключевыми аспектами того, чем является еда. Прием пищи эффективно укореняет нас в сообществах общих вкусов, общих привычек и коллективной истории.

Исследования подтверждают, что акт получения пищи – первое поведение, благодаря которому человек учится создавать и поддерживать отношения с другими, пронизан смыслом и символизмом, который проявляется в социальных и культурных аспектах (12). Как конкретный механизм для построения отношений общий прием пищи имеет безмерную социологическую значимость (13–20). Ценности, относящиеся к голоду, сытости, излишеству, удовольствию, удовлетворению и ограничению, выражаются через опыт совместного с другими поглощения пищи и оказывают

"Алиментарное здоровье и попытки лиц, ответственных за формирования политики, по его поддержке и улучшению должны рассматриваться в рамках культурного контекста."

прямое воздействие на выбор в отношении питания и результаты в отношении здоровья. Таким образом, алиментарное здоровье и попытки лиц, ответственных за формирования политики, по его поддержке и улучшению должны рассматриваться в рамках культурного контекста.

Выйти за рамки нутриционизма

Традиционные практики совместного приема пищи изменяются, искажаются, а порой и теряются из-за процессов миграции, урбанизации и глобализации. Эти изменения в традиционных практиках разделения трапезы часто стимулируются требованиями современной жизни, на фоне которых символические групповые трапезы могут исчезать или сводиться к периодическим праздничным застольям, где употребление в пищу традиционных продуктов может, как это ни парадоксально, принимать утрированный характер. По мере ухода людей от традиционных и символических совместных приемов пищи возрастает вероятность того, что люди будут относиться к приему пищи как к базовой потребности в питании. Свидетельством этого служит все большее распространение практики приема пищи вне дома или в одиночестве. Это также отражено в новом восприятии функции еды и в особом акценте на биологической ценности отдельных питательных веществ – на том, что мы едим, а не на том, почему мы едим то, что едим.

Данная идеология, известная как диетологический редуционизм или нутриционизм, пренебрегает социальным значением пищи в угоду измерению питательного состава и вынесения соответствующих рекомендаций в отношении здорового рациона питания. Подобный научно-ориентированный сдвиг в подходе людей к определению пищевой ценности потребляемых продуктов проявляется в нормах расчета калорий, рекомендованных дневных доз, макро- и микронутриентов, продуктов, которые считаются здоровыми, и т.д. Не подвергая сомнению важность понимания питательного состава для здорового питания, все же следует отметить, что такая объективизация пищи не просто лишает ее исторического и культурного значения, но и часто приводит к разногласиям и непониманию в отношении того, что такое здоровое питание (21–27). Нутриционисты и лица, формирующие политику, склонны отвечать на такую ситуацию призывами к проведению новых исследований в сфере потребления нутриентов

и введению новых требований к маркировке пищевых продуктов, призванных стимулировать потребление здоровой пищи. Вместе с тем, такие меры не всегда сказываются на поведении в отношении питания (28).

Нутриционистский подход нацелен на людей как на рациональных существ, свободно и самостоятельно принимающих решения и не ограниченных при этом культурными, экономическими, экологическими или социальными факторами. Вместе с тем, громадное социальное и культурное значение, которое имеет пища, крайне осложняет применение сугубо нутриционистского подхода (29). Несмотря на то, что многие люди действительно интересуются информацией о питательных свойствах продуктов и рекомендациями по питанию, на повседневный выбор продуктов очень сильно влияют экономические факторы, доступность, привычки в семье, личные предпочтения, культурные особенности и восприятие безопасности продуктов (30–32). Иными словами, тезисы и аргументы в отношении здоровья, построенные исключительно на фактах из сферы биологии и химии, не в состоянии значимо повлиять на выбор пищи, кроме как если выполнение рекомендаций будет практически осуществимым или уже приемлемым для их целевой аудитории.

Даже в тех случаях, когда информация о питательных свойствах полностью понятна, куда более важными для здоровья станут социальные факторы, а не подсчет калорий или порций фруктов и овощей. Так, исследования в формате контролируемых экспериментов для оценки влияния определенных видов диеты на здоровье показали, что после завершения программ их участники чаще всего прекращают соблюдать рекомендованный режим питания (33–35). То же самое можно сказать и про участников контролируемых исследований, посвященных эффективности программ физических упражнений: выполнение таких программ резко снижается сразу после прекращения работы в группах, когда исчезает столь важное влияние единого социального значения и взаимной поддержки (36). Более того, некоторые данные говорят о том, что спустя год после соблюдения диеты вплоть до 80% людей набирают вес активнее. Все это свидетельствует о силе влияния общих убеждений и социальной интеграции на здоровье.

Системы ценностей и другие культуральные факторы, такие как образование и уровень дохода, также играют важную роль

в определении кратко- и долгосрочной реакции на аргументы в отношении здоровья. Общие ценности и предположения способны образовывать барьеры – например, когда люди считают, что так называемые “здоровые продукты” покупают только определенные социальные группы (38). Таким образом, основанный на культуре подход к питанию не только необходим для понимания факторов, которые могут влиять на поведение человека в реальной жизни, но и может быть важным инструментом для устранения субъективных барьеров и оказания помощи в формировании людьми общей идентичности, построенной на выборе и моделях поведения, благоприятствующих здоровью.

Прекрасным примером такого культурального подхода служат рекомендации в отношении пищевых продуктов, разработанные Министерством здравоохранения Бразилии (39). Эти рекомендации рассматривают в первую очередь сами продукты, а не нутриенты, и воплощают в себе право людей на доступ к продуктам, произведенным экологически ответственными методами и приемлемыми с культурной точки зрения, на протяжении всей жизни человека. В рекомендациях обращается внимание не только на питательный состав продуктов, но и непосредственно на продукты, полезные для здоровья – таким образом, они строятся на признании того факта, что полезность того или иного рациона для здоровья в значительной степени обусловлена социальными и культурными условиями, в которых пища приобретает определенное значение. Такой контекст значения охватывает то, каким образом еда растет, собирается, готовится, распределяется и, наконец, доставляет удовольствие¹. Бразильская модель продвигает концепцию, в соответствии с которой здоровое питание – это нечто большее, чем просто поступление в организм калорий. Как и в случае со средиземноморской традицией питания, чувство праздника, идентичность, ощущение причастности и память – очень важные компоненты полноценного приема пищи.

Несомненно, расчеты питательного состава способствуют повышению осведомленности населения и успеху вмешательств на популяционном уровне, однако строго нутриционистский подход, лишаящий контекста пищу и привычки в отношении питания, заслоняет те эмпирические условия, в которых мы воспринимаем рекомендации по питанию и пытаемся изменить свое поведение (см. вставку 1). Свойственный нутриционизму акцент на биологический функционализм также выводит на передний план

¹ При разработке рекомендаций бразильские нутриционисты использовали самые различные источники, включая антропологию, гастрономию и политическую деятельность. Благодаря такому разнообразию материалов они смогли создать целостный ресурс, который затрагивает и биологию, и культуру, в котором говорится скорее о практике приема пищи, нежели о пищевых привычках, о приеме пищи, нежели о потреблении продуктов, и даже об удовольствии от еды.

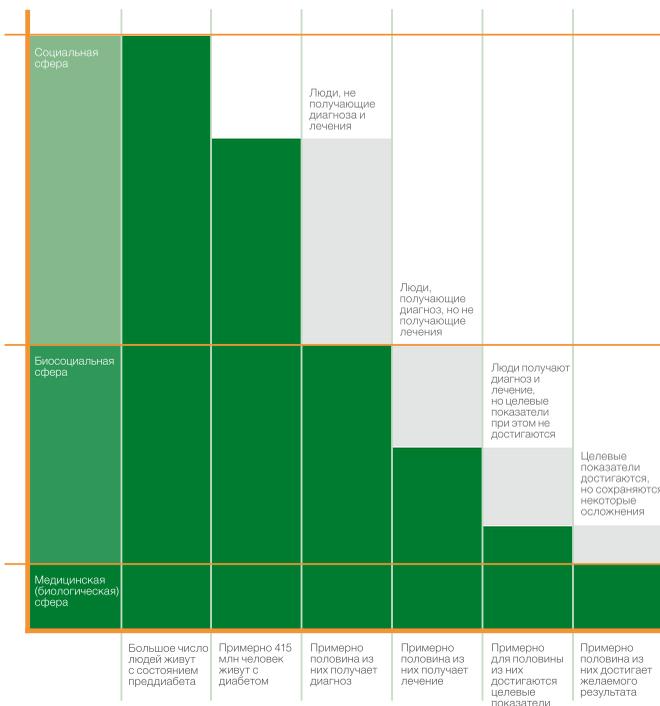
Вставка 1. Социокультурные аспекты эпидемии диабета

По оценкам ВОЗ, в мире насчитывается 415 миллионов человек, живущих с диабетом¹. Это огромная цифра: если бы все они жили в одной стране, то это была бы третья по величине населения страна в мире. Более того, только лишь один фактор риска диабета – избыточная масса тела и ожирение – в настоящее время является реальностью для 2,1 миллиарда человек, то есть для 30% населения планеты. Если не обратить эту тенденцию вспять, то обусловленные диабетом заболеваемость и смертность в течение ближайших 15–20 лет буквально погребут под собой системы здравоохранения стран. Такая эпидемия принесет бесчисленные страдания и огромным бременем ляжет на экономику.

Большинство из нас считают диабет типичным хроническим заболеванием, однако в некоторых странах более 90% обусловленных им заболеваемости и смертности имеют отчасти социальную и культурную природу, будучи связанными с отсутствием диагностики или с невыполнением предписаний врача. Согласно так называемому "правилу половин", лишь половина людей, живущих с диабетом, получает диагноз, лишь половина из получивших диагноз получает лечение, лишь половина из получающих лечение выполняет все указания врача и, наконец, лишь половина из выполняющих указания врача достигает запланированных результатов лечения².

Правило половин (см. пример ниже) – это всего лишь пространная основа для измерения и сравнения показателей эффективности в различных контекстах оказания медицинской помощи. Она позволяет наглядно увидеть, что на биомедицинскую сферу приходится лишь очень малая часть всего комплекса проблем, с которыми сталкиваются больные диабетом. Из этого следует, что эпидемию диабета невозможно победить усилиями только клинического сектора, в силу огромной важности неклинических детерминант здоровья. Правило половин говорит нам о том, что независимо от социального, культурного, психологического, экологического и экономического контекста для эффективного ведения болезни одной только медицинской помощи недостаточно.

Социальные, биосоциальные и медицинские аспекты правила половин



¹ Неинфекционные заболевания. Информационный бюллетень ВОЗ [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/>, по состоянию на 19 июня 2017 г.).

² Hart JT. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. Br J Gen Pract. 1992;42(356):116-19.

скорее социальные ценности, касающиеся личной ответственности и способности совершенствовать свое тело, а не бесчисленные способы восприятия еды как механизма заботы, социальной связи и памяти (40,41). Это приводит к подмене культуры разделения пищи между людьми культурой индивидуализма.

Хотя рекомендации в отношении питания представляются нейтральными с точки зрения ценностей, они так же строятся в контексте системы убеждений в отношении ответственности человека за свое здоровье. Нутриционизм как идеология – это культурный феномен, который смог преобразовать не только наше восприятие еды, но и структуру потребности в научных исследованиях, пользующихся авторитетом, финансируемых и учитывающихся при выработке политики. Восприятие нутриционизма как идеологии, сформировавшейся под влиянием культуры, поможет объяснить слабость современной доказательной базы в отношении той важной роли, которую культуральные факторы играют в развитии неинфекционных заболеваний, связанных с питанием, (2,8,28,33,38), а также понять, почему лица, формирующие политику, только лишь сейчас начинают осознавать потенциальную силу влияния культуральных подходов на изменение нездоровых привычек в питании.

Критический подход к рынку продовольствия

Нутриционизм создал удобную базу для маркетинга продуктов, прошедших технологическую обработку, а также играет важную роль в меркантилизации производства и потребления пищи (42). Эксплуатация и расширение идеологии нутриционизма позволяет продовольственным корпорациям продвигать фасованные пищевые продукты с помощью заявлений в отношении их питательных свойств, которые не всегда можно проверить (21–23). Агрессивная реклама продовольственных брендов – в особенности, нацеленная на детей, – ведет к стремительному преобразованию, вытеснению и высмеиванию как устаревших традиционных проявлений пищевой культуры, которые на протяжении многих веков помогали поддерживать здоровье населения в гармонии с культурными ценностями и окружающей средой (43,44).

Одновременно с этим, стремительная индустриализация продовольственных систем коренным образом меняет культуральные подходы к приему пищи. Сейчас еда

представляется скорее личным товаром, нежели общественным благом (20), и на смену семейному столу приходят расфасованные и способные долго храниться продукты, которые можно потреблять (в том числе в чрезмерных количествах) в любом месте и в любое время. Свежие и подвергнувшиеся минимальной обработке продукты становится труднее найти, и часто они стоят дороже. Более того, сокращается число людей, умеющих готовить. Целые городские районы превращаются в “пищевые пустыни”, где люди, не имеющие высокого дохода и/или автомобиля, не могут найти доступной и питательной пищи (45).

Индустриализация сильно повлияла и на культуру выращивания продовольствия, так или иначе вынуждая фермеров отказываться от методов, находящихся в гармонии с окружающей средой, в пользу производства товарных культур в условиях глобальной экономики (46). Такие стремительные перемены угрожают и биологическому, и кулинарному разнообразию. На смену фермерам и собирателям, которые обеспечивали местные сообщества и целые регионы сотнями и даже тысячами разнообразных с точки зрения пищевой ценности и имеющих культурное значение продуктов, пришли крупные промышленные предприятия, производящие всего несколько высокопродуктивных и удобных в транспортировке продуктов для немедленного их экспорта (47–49).

Эти перемены могут приводить к поистине чудовищным последствиям для здоровья и благополучия самих производителей продовольствия. В Индии, например, тысячи мелких фермеров совершают самоубийства, будучи не в состоянии закупать патентованные генетически модифицированные семена и пестициды, без которых их земельные участки с истощенной почвой уже не могут приносить доход (50).

Такие коренные изменения требуют, чтобы лица, формирующие политику, критически воспринимали продвижение по всему миру культуры индустриализированного питания и подходы к формированию и использованию фактических данных о том, что можно считать здоровой пищей (51).

Варианты политики

В дополнение к описанным выше разнообразным вариантам политики авторы предлагают пять конкретных мер для тех, кто работает с различными программами в области питания.

1. Поддерживать научные исследования для развития доказательной базы в подтверждение того, что еда и прием пищи – это проявления культуры.
2. Признавать, что культурный контекст выбора, приготовления и совместного приема пищи может способствовать укреплению здоровья и улучшению благополучия в сообществе, и проанализировать, как можно поддержать такой социальный контекст на уровне политики.
3. Во взаимодействии с местными сообществами находить такие стратегии в области питания, которые строятся на культурной практике, положительно сказывающейся на здоровье и благополучии.
4. Обеспечить, чтобы информационные материалы относительно здорового питания затрагивали эмпирические условия, в которых люди воспринимают рекомендации по питанию и пытаются изменить свое поведение.
5. Взаимодействовать, с критическим восприятием с различных точек зрения (исторической, социальной, этической), с индустриализированным рынком продовольствия.

2) Окружающая среда, культура и здоровье

Культуральные концепции окружающей среды

Здоровье человека напрямую – через воздух, воду, солнечный свет и почву – связано со здоровьем окружающей среды, и место, которое занимает в ней человек, напрямую зависит от социального и культурного контекста. Например, люди могут воспринимать

одну и ту же реку как приятный фон для разговоров и место для прогулки, как священное место для молитв и раздумий, как привлекательный участок земли для застройки, как ключ к своим воспоминаниям или знаковое историческое место, как воплощение групповой или индивидуальной идентичности, как удобное место для сброса отходов, как дикую природу, которую нужно защитить от влияния человека, или как место для сбора пищи. Так же, как еда – это не просто набор питательных веществ, так и река в глазах человека – не просто поток воды.

В зависимости от обстоятельств, мы можем применять к окружающей среде метафоры из сферы экономики (“природный капитал”), городского планирования (“зеленые пространства”), биологии (“экосистема”), родственных связей (“земля-матушка”) и т.д. (52). В силу различий между системами культурных ценностей и языковыми системами мы по-разному воспринимаем окружающую среду и нашу связь с ней, выражая и передавая коллективные ценности и осуществляя на первый взгляд самоочевидные и логичные процессы принятия решений и другие действия. Различия в восприятии окружающей среды оказывают глубокое – и часто бессознательное – влияние на то, как мы воспринимаем благополучие и здоровье и что мы делаем для их улучшения.

Взаимоотношения между людьми и окружающей средой, как и все взаимоотношения, постоянно эволюционируют. Движущей силой этих изменений, иногда медленных и едва заметных, а иногда внезапных и радикальных, выступают комплексные и взаимосвязанные факторы, такие как образование, экономика, урбанизация, индустриализация, миграция, а также вызванные жадностью, политическими преследованиями и социальными или вооруженными конфликтами неравенства, равно как и голод и лишения, связанные с ростом населения и истощением ресурсов. Когда сообщества людей и природная среда доходят до предела своих возможностей, чрезмерная эксплуатация или нарушения могут привести к масштабному и необратимому ущербу для окружающей среды, что только усугубит нагрузку на здоровье и благополучие людей, вплоть до угрозы самому выживанию.

Еще никогда понимание того, как культуральное восприятие окружающей среды влияет на здоровье и благополучие людей, не было столь важным. В глобальном плане вопросы сохранения

окружающей среды обычно сосредоточены на устойчивом развитии и использовании ресурсов, в то время как культура демонстрирует огромное разнообразие моделей взаимосвязи и, потенциально, моделей бережного отношения. Например, многие коренные народы отождествляют благополучие человека с благополучием планеты (см. вставку 2). Их методы исцеления часто предусматривают прямое обращение к природе за физической и духовной помощью, с заключением прочного и длительного морального союза между человеком и природой.

В наше время, несмотря на признание существования так называемых “услуг экосистемы”, которые проект “Оценка экосистем на пороге тысячелетия” определяет как “нематериальные блага, которые люди получают от экосистем в виде обогащения духовного мира, когнитивного развития, созерцания, отдыха и эстетического удовольствия” (53) – культуральные стратегии в поддержку благоприятной для здоровья связи с окружающей средой остаются практически неизученными. Это же можно сказать и о возможностях для расширения моделей заботливого и рационального отношения к окружающей среде.

Такие подходы к восприятию природы и сближению с ней могут быть не известны большинству лиц, формирующих политику, и не пользоваться поддержкой, но они все же заслуживают обстоятельного изучения. Утилитарные, построенные на административном управлении механизмы устойчивого развития не всегда отражают наилучшие или наиболее удачные стратегии, направленные на сохранение здоровой окружающей среды – как и традиции бережного отношения к ней – для будущих поколений. С другой стороны, учитывающие культурную специфику исследования, посвященные различным аспектам связи с окружающей средой, способны пролить свет на пути к установлению более глубокой и прочной связи между людьми и местами, где они живут, и к общему повышению показателей здоровья населения.

Мы должны анализировать и использовать различные культуральные концепции окружающей среды, многие из которых находятся сейчас под угрозой со стороны целого комплекса факторов (52). Методы исследований, которые применяются в гуманитарных и социальных науках, вполне пригодны для

систематического анализа таких способов восприятия и их потенциала для выработки политики и реализации программ в области окружающей среды и охраны здоровья.

Вставка 2. Благополучное сосуществование

В народе ашанинка, населяющем перуанскую Амазонию, считают, что для того, чтобы люди смогли стать счастливыми, все живые существа должны жить в гармонии с Землей (Aipatsite). Ашанинка называют такую гармонию “благополучным сосуществованием” (kametsa asaiki). Эта концепция описывает скорее тесную связь между человеком и природой, чем различия между планетой и теми, кто ее населяет ^{1,2}.

“Настоящие ашанинка” (Ashaninka sanori) должны стремиться к гармонии с природой. Земля – это место для каждодневного взаимодействия между человеком и другими существами, и потому считается, что если люди не будут уважительно относиться к ее многочисленным дарам, то они не смогут выращивать здоровую пищу, находить новые лекарства, строить подходящие дома и в целом выстраивать общество. Для этого, в частности, нельзя заходить в самую глубь леса, чтобы не тревожить духов (maninkari), которые сопровождают души умерших в загробную жизнь. Такие закрепленные в культуре нормы уважительного отношения защищают леса от истощения их ресурсов, в том числе от бесконтрольной охоты, что, в свою очередь, позволяет защищать здоровье и повышать благополучие народа ашанинка.

Многие коренные народности во всем мире действительно полагают, что планета сможет избежать катастрофических катаклизмов только в том случае, если люди смогут вдохнуть в нее гармонию. Такие культуры не допускают полного разрыва между людьми и средой, в которой они живут. Человек попросту обязан поддерживать окружающую среду, сам будучи ее частью. Если человек не будет заботиться о природе, то погибнет.

В настоящее время подобные убеждения, построенные на крайне ответственном отношении к природе и поддержанию баланса, находятся под угрозой из-за затяжных социальных неурядиц, масштабной вырубке лесов и добычи нефти и газа, а также непрекращающегося насилия в отношении тех, кто противостоит этому безумному разрушению. Отсюда напрашивается вопрос: как интеграция политики в отношении окружающей среды и местных культурных ценностей может стимулировать приверженность защите и рациональному использованию?

¹ Sarmiento Barletti, JP. "It makes me sad when they say we are poor. We are rich!": of wealth and public wealth in indigenous Amazonia. In: Santos-Granero F, editor. Images of public wealth or the anatomy of wellbeing in Indigenous Amazonia. Tucson: University of Arizona Press; 2015 (139–160).

² Sarmiento Barletti, JP. The angry earth: wellbeing, place, and extractivism in the Amazon. Anthropology in Action 2015;23(3):43–53.

³ Survival [website]. London: Survival International; 2017 (<http://www.survivalinternational.org/conservation>, accessed 10 February 2017).

Развивать культуру связи с зелеными и водными пространствами

Отражение в культуре связи между здоровьем и окружающей средой можно проследить вплоть до самых ранних обществ. Так, рай часто ассоциируется с садом (54), а храмы, в которых можно найти излечение, обычно располагались на вершинах холмов с видом на море (55). Многочисленные научные данные подтверждают, что время, проведенное на природе, благотворно сказывается на здоровье и благополучии людей (56–58). Несмотря на то, что охрана, развитие и сохранение природных ландшафтов требует серьезного планирования и значительных финансовых ресурсов, научные данные говорят о том, что в противном случае здоровье и благополучие людей в долгосрочной перспективе окажутся под угрозой. Редкие контакты с природой повышают риск ухудшения психического здоровья, а недостаточный доступ к открытым пространствам ассоциирует с низким уровнем физической активности, плохим питанием и резким ростом неинфекционных заболеваний (58).

Руководствуясь этими данными, многие лица, формирующие политику, начали акцентировать внимание на связь людей с зелеными зонами (к которым относятся городские парки, леса и другие природные ландшафты) и водными пространствами (береговой линией и водными артериями). Значение зеленых зон и водных пространств для здоровья и благополучия признается Европейской сетью ВОЗ “Здоровые города” (59), Европейской конвенцией о ландшафтах (60) и сетью Natura 2000 (61), равно как и многочисленными межсекторальными программами научных исследований по вопросам здоровья в городской среде (62,63) и национальными инициативами в области здоровья и благополучия. Такая тенденция также немало влияет на систему здравоохранения: многие больницы, психиатрические лечебницы и дома престарелых проектируются так, чтобы получить максимальный полезный эффект от солнца и свежего воздуха, а также пейзажей с деревьями, водой и открытыми пространствами (64–66).

Социальное и культурное наследие, воплощенное в природных ландшафтах, может также способствовать преемственности между поколениями и формированию здоровой идентичности, что, в свою очередь, оказывает защитное воздействие на здоровье и благополучие. Этнографические исследования, посвященные

незначительному неравенству в отношении здоровья в деиндустриализированных и относительно бедных прибрежных районах на северо-востоке Англии, например, говорят о том, что более высокие, чем можно было бы ожидать, показатели здоровья могут частично объясняться тесной культурной и исторической связью между людьми и средой их проживания (67).

Наконец, зеленые зоны и водные пространства могут служить общедоступной территорией для выстраивания новых взаимоотношений. Например, ряд исследователей утверждают, что тесная эмоциональная связь с такими пространствами способна играть важную роль в интеграции мигрантов в городские условия (68–70). Попытки создать для людей связь с благоприятными для здоровья зелеными зонами и водными пространствами могут также служить повышению осведомленности об ухудшении состояния окружающей среды и, таким образом, развитию на местном уровне культуры рационального и бережного отношения к ней (71).

Неудивительно, что утрата привычной окружающей среды или изменения в близкой сердцу природе могут прямо сказываться на благополучии и удовлетворенности жизнью. По данным исследований, местные сообщества противятся применению технологии гидроразрыва не только из страха перед вредными последствиями загрязнения окружающей среды, но и потому, что считают разрушение привычного для них ландшафта угрозой для своего благополучия (72).

Это же касается и жителей мест, где из-за соседства с комплексами ветрогенераторов пострадала дикая природа и отмечается постоянный шум. Решение о замене более опасных атомных электростанций огромными парками ветрогенераторов может негативно сказываться на благополучии жителей сельских районов, которые вынуждены смириться со строительством генераторов, необходимых для субсидируемого государством энергоснабжения городов и промышленных комплексов. Даже достойные всяческих похвал усилия в поддержку экологически чистых способов производства энергии могут привести к негативным последствиям, если при этом не будут учитываться особенности местной культуры.

В то же время, недостаточно просто обеспечить защиту для природных ландшафтов или создать необходимые зеленые

зоны и водные пространства: эти ресурсы нужно использовать с учетом культурной специфики в том, что касается доступности, общественной безопасности и новых традиций питания и физической активности. Всевозможные инновационные меры в поддержку такой культуры причастности предусматривают новые модели взаимодействия, и некоторые из них можно применять в других контекстах и масштабировать. Они становятся источником ценных фактических данных для лиц, формирующих политику и отвечающих за планирование в вопросах окружающей среды и здоровья.

Вставка 3. Субъективные препятствия для доступа к зеленым зонам

В 2014 г. Копенгаген был назван Зеленой столицей Европы. Так, 96% жителей города живут в пределах 15 минут ходьбы от парков или зон отдыха. Также в Копенгагене построена лучшая в мире сеть городских велосипедных дорожек. В дополнение к тому, что город находится в самой счастливой стране в мире, здесь предпринимаются решительные меры в поддержку здорового образа жизни, а распространенность заболеваний, обусловленных образом жизни, относительно невысока¹.

Для многих городов по всему миру Копенгаген служит наглядным примером модели устойчивого городского развития. Успехи политики в отношении здоровья и окружающей среды в Копенгагене во многом приписываются поддержке культуры, в которой большое значение отводится здоровому образу жизни и бережному отношению к окружающей среде.

В то же время данные антропологических исследований говорят о том, что не все жители Копенгагена в равной мере разделяют такие нормы и ценности. Например, женщины из сообществ с низким уровнем дохода склонны ассоциировать определенные виды занятий, полезных для здоровья, а также бережное отношение к окружающей среде с таким образом жизни, который они не в состоянии себе позволить. Такие люди в меньшей степени способны в полной мере получать пользу от знаменитых зеленых зон города.

Опыт Копенгагена показывает, что если лица, формирующие политику, не будут прилагать активных мер для борьбы с социальной изоляцией, то неравенства могут укорениться даже на первый взгляд в эгалитарных условиях.

¹ Thomas F. The role of natural environments within women's everyday health and wellbeing in Copenhagen, Denmark. Health Place 2015;35:187–95. doi:10.1016/j.healthplace.2014.11.005.

Обеспечить равные возможности и доступность

Оздоровительные природные зоны не в равной мере доступны для каждого человека (74), и по мере того, как сообщества ведут споры по поводу своей принадлежности к ним, возникают предпосылки для быстрого развития конфликтов за доступ к таким территориям. Например, в XIX веке признание правительствами культурной ценности природной среды стало толчком для создания в Европе и в США множества парков и заповедников. Вместе с тем, в некоторых случаях при этом, в силу культурных предубеждений, с этих территорий вытеснялось коренное население, чьи способы добычи пропитания и отношение к природе были сочтены неуместными (75,76). В то время как использование этих парков в рекреационных целях привилегированными слоями населения всячески поддерживалось, коренные народности лишились возможности для поддержания привычного образа жизни, который на протяжении многих тысячелетий позволял им сохранять и свое здоровье, и здоровье окружающей среды.

В настоящее время в Европейском регионе ВОЗ, несмотря на практически повсеместное признание значения прибрежных территорий и других водных пространств для здоровья людей, которое отражено в культурных традициях и практике во многих странах, многие жители таких районов чувствуют себя в них чужими или вообще не имеют возможности для доступа к ним (77). Такое ощущение недоступности может быть связано с нехваткой времени на отдых или с восприятием береговых территорий как принадлежащих теперь не им, а, например, туристам. Например, исследование, проведенное в Глазго (Шотландия), показало, что обездоленные слои населения не всегда считают, что они имеют доступ к близлежащим зеленым зонам (78,79). Схожие проблемы с восприятием доступности зеленых зон и водных пространств наблюдаются в Европе и среди представителей этнических меньшинств (80).

Более того, даже когда такие природные территории полностью доступны, их потенциал для улучшения здоровья может быть серьезно подорван вследствие деятельности человека. К сожалению, загрязнение воздуха, воды и почвы, повышенный уровень радиации и частые экстремальные погодные явления,

связанные с изменением климата, для многих сообществ стали обыденностью. Степень подверженности тех или иных групп людей этим угрозам зависит от географического места проживания, социально-экономических свобод, гражданских прав и свободы выбора. Обездоленные группы населения часто страдают от ущерба для окружающей среды больше других (81). Более того, людям больно видеть те разрушения, которые причиняются привычным для них ландшафтам (82).

Лица, формирующие политику, должны активнее взаимодействовать с различными сообществами людей, в том числе и с маргинализированными, чтобы лучше понять, как обусловленное культурой восприятие окружающей среды может влиять на поведение – как положительно, так и отрицательно (83). Для того чтобы лучше понять причины неэффективности мер политики в отношении здоровья и устойчивого развития применительно к определенным группам населения, а также внедрять в большей степени адаптивные и инклюзивные инициативы, требуются дополнительные исследования со смешанными методиками.

Варианты политики

В дополнение к описанным выше разнообразным вариантам политики авторы предлагают четыре конкретные меры для тех, кто работает с различными программами в области окружающей среды и здоровья.

1. Изучать, как культурный контекст может влиять на восприятие окружающей среды и связь с ней, и как тесные культурные связи между людьми и значимыми для них местами могут положительно влиять на здоровье и благополучие.
2. Создавать методики, позволяющие интегрировать богатую базу фактических данных о культурных ценностях в процессы принятия решений в отношении окружающей среды и здоровья.
3. Принимать во внимание и учитывать в работе культурные практики, которые поощряют позитивную связь с зелеными зонами и водными пространствами.

4. Бороться с неравенством и устранять субъективные барьеры, которые не позволяют определенным группам поддерживать полноценную связь с зелеными зонами и водными пространствами, с пользой для своего здоровья и благополучия.

3) Миграция, культура и здоровье

Понимать последствия миграции и маргинализации для здоровья и благополучия

Многие страны мира в настоящее время претерпевают масштабные преобразования, обусловленные миграцией. В условиях перемещения масс людей из одних стран в другие может происходить слияние, дальнейшее развитие, столкновение или же сосуществование самых разных ценностей и образов жизни. Часто мигранты пытаются прибегать к различным стратегиям организации повседневной жизни в новых условиях с незнакомыми правилами, социальными ценностями и традициями. Для жителей же принимающих стран такая ситуация становится испытанием их устоявшихся ценностей, когда платой за желание помочь мигрантам становится появление ряда других обязательств. Когда в таких напряженных ситуациях происходит столкновение отличающихся систем ценностей, вероятность возникновения серьезных проблем очень велика.

Страны в Европейском регионе ВОЗ применяют очень разные подходы к обеспечению потребностей мигрантов в услугах здравоохранения. Одни, оказавшись перед лицом значительно возросшей нагрузки, прибегают к стратегиям исключения, выдавливая мигрантов назад в сопредельные государства или возвращая их в страны происхождения. Другие, руководствуясь призывами к действиям и желанием остаться открытыми для мигрантов, сосредотачивают усилия на создании справедливых условий для переселения. Такой процесс требует фактических данных нового типа, поскольку имеющиеся данные здравоохранения и традиционные стратегии проведения исследований не позволяют обеспечить необходимую информацию для выработки политики.

Пересекая границы разных стран, мигранты сталкиваются с многочисленными препятствиями, которые, несмотря на все свое разнообразие, им одинаково тяжело преодолевать. Эти препятствия еще больше усугубляет отсутствие стимулов для стремления к взаимопониманию в ситуациях, когда мигранты не хотят оставаться в этой стране, а страна, в свою очередь, полагает, что они не вписываются в местный контекст. Установление доверительных отношений в таком контексте может быть невозможно, а предоставление компетентной с точки зрения культуры медицинской помощи на справедливых условиях – в лучшем случае затруднительно.

Нестабильность как важная характеристика миграции позволяет нам сделать вывод о том, что чувство принадлежности может быть ключевым фактором для обеспечения компетентной помощи. Лонгитюдные данные, например, показывают, что в ситуациях, когда мигранты распределяются по всей принимающей стране, но при этом с трудом могут интегрироваться на равных условиях – то есть когда они все равно ощущают себя маргинализированными или отчужденными, – то они ищут возможности для добровольного переселения в места с более доброжелательным к ним отношением, где смогут ощущать себя более комфортно (2). Обычно такими местами становятся районы, населенные выходцами из одних и тех же стран, которые разделяют одни и те же ценности, и где социальные службы имеют больше возможностей и опыта для того, чтобы обеспечивать потребности таких людей в услугах здравоохранения и социального обеспечения с учетом их культурных особенностей.

В краткосрочной перспективе такая вторичная, внутренняя миграция может давать чувство защищенности и благополучия. В более же долгосрочной перспективе мигранты могут сталкиваться и с негативными ее последствиями – например, когда население страны отрицательно относится к культурным различиям или когда изоляция от общего населения страны становится для мигрантов и их детей серьезным препятствием для полноценной жизни. В случаях, когда мигранты ощущают себя в изоляции, наступают немалые последствия для здоровья. Так, они склонны с задержкой обращаться за неотложной медицинской помощью; не обращаются за помощью до тех пор, пока заболевание не примет хроническую форму, что осложняет его эффективное ведение или полное излечение; обращаются скорее в учреждения неотложной

помощи, чем в более доступные по стоимости услуг учреждения первичного звена, ориентированные на профилактику (85).

Наконец, данные свидетельствуют о том, что плохо интегрированные мигранты (не имеющие работы и достаточного образования) непропорционально часто сталкиваются с определенными неинфекционными заболеваниями. Например, в Дании, где существует обязательная регистрация в системе медицинского обслуживания, распространенность некоторых неинфекционных заболеваний все же может быть в 9 раз выше среди маргинализированных мигрантов, поздно обращающихся за помощью, нежели у граждан европейского происхождения с более высоким уровнем осведомленности в вопросах здоровья (86).

"Лица, формирующие политику, в особенности – применительно к оказанию помощи мигрантам – должны стремиться сделать приоритетным для себя культуральное понимание мигрантов."

Имеющиеся сведения о повышенной заболеваемости и связанных с ней страданиях (равно как и финансовом бремени, поскольку мигранты вынуждены чаще прибегать к дорогостоящей неотложной помощи) создают этические и экономические предпосылки для того, чтобы помочь мигрантам ощутить, при обращении за медицинской помощью в принимающей стране, защищенность, уважение и понимание. Лица, формирующие политику, в особенности – применительно к оказанию помощи мигрантам – должны стремиться сделать приоритетным для себя культуральное понимание мигрантов, которое будет выходить за рамки обеспечения равноправного доступа, будучи, скорее, нацеленным на решение более глубокой проблемы социальной справедливости в масштабе всей системы медицинского обслуживания.

Выйти за рамки стереотипов

В ситуациях, когда такие черты, как национальность или вероисповедание, а также физические признаки, такие как цвет кожи, воспринимаются как индикаторы различия, люди начинают увязывать культурную идентичность с местом происхождения или с исторической родиной. Всевозможные предположения о кажущихся различиях могут определять восприятие контактов с неким человеком или с группой лиц либо как угрозу, либо как возможность для познания и обмена мнениями (87). В напряженных ситуациях, когда люди, обладающие некими полномочиями, не располагают знаниями в вопросах культурных особенностей, возрастает вероятность принятия неверных

решений и возникновения непонимания, обусловленного стереотипами (88–90). Стереотипы, укоренившиеся в системах медицинского обслуживания, могут подрывать качество, эффективность и рациональность помощи (91,92).

Данные исследований говорят о том, что для эффективной работы систем здравоохранения необходимо руководствоваться чем-то большим, чем просто предположениями относительно культурных различий, и принимать во внимание постоянно меняющуюся природу культуры и всевозможные факторы, оказывающие влияние на ситуацию и взаимодействующие между собой (такие как социально-экономический статус, возраст, этническая принадлежность, сексуальная ориентация, гендер, образование, профессия и т.д.), которые порождают риск неравенств в здоровье (93–95). Это особенно актуально в контексте миграции, когда культурная ориентация, идентичность и системы ценностей могут претерпевать значительные изменения.

"Для того чтобы значительно повысить качество услуг здравоохранения для мигрантов, лица, формирующие политику, должны иметь четкое представление о том, как уничижительные культурные стереотипы могут препятствовать практическому пониманию болезней и страданий."

Для того чтобы значительно повысить качество услуг здравоохранения для мигрантов, лица, формирующие политику, должны иметь четкое представление о том, как уничижительные культурные стереотипы могут препятствовать практическому пониманию болезней и страданий (96,97). При этом они должны неизменно принимать во внимание жилищные условия и быт мигрантов и их заботы о таких важных вопросах, как юридический статус (см. вставку 4).

С особым вниманием к социальной справедливости

Для того чтобы обеспечить социальную справедливость в медицинском обслуживании, недостаточно только лишь расширить охват услугами и повысить их доступность. Лица, формирующие политику, должны понимать, что шаблонный подход к оказанию помощи может вести к дискриминации тех, чьи потребности окажутся незамеченными или значительно отличающимися от потребностей постоянно проживающих в стране граждан (98) (см. вставку 5). В Германии, например, несмотря на массовый приток мигрантов из охваченных войной стран Ближнего Востока, отсутствует общенациональная система оказания мигрантам психологической помощи при посттравматическом стрессе до того, как они полностью пройдут долгий процесс получения вида на жительство.

Вставка 4. Культурные стереотипы в медицинской практике

Десятилетняя девочка из ливанской семьи, живущей в Германии, была госпитализирована с диффузной болью в животе неясного происхождения. Диагностические тесты не выявили органических причин боли. Врачи и медсестры начали обсуждать культурные особенности восприятия и описания боли. Высказывалось мнение о том, что пациенты из средиземноморских стран “известны тем, что склонны обращаться за помощью с неопределенными жалобами” и зачастую “преувеличивают” боль¹. В некоторых странах – например, в Бельгии, Германии и Швейцарии – работники здравоохранения для обозначения “культурального синдрома” используют термин “средиземноморский синдром”^{2,3}.

В разговоре с девочкой и с ее матерью студент-медик расспросил их о жилищных условиях и социальном статусе пациентки и ее семьи. Девочка родилась в Германии. Ее родители – политические беженцы, которые ожидали принятия окончательного решения по своему статусу уже более 10 лет. Девочка и ее мать рассказали, что живут в стесненных условиях в общежитии, и что братья-подростки мешают девочке спать. По словам девочки, у нее нет возможности отдыхать или делать уроки в тихом месте, и она страдает от недостатка сна и страхов за свое будущее. Также она жаловалась на проблемы в школе: учителя постоянно говорили ей, что она недостаточно прилежно учится. “Я и сама это понимаю”, – говорила она. Одноклассники часто обижали ее и говорили “тебя вообще не должно здесь быть!”. “Но я же здесь родилась!”

Мать девочки на хорошем немецком рассказала о давящем ощущении незащищенности, о чувстве вины перед детьми и страхе за будущее всей семьи. Отец девочки вырос в богатой семье и получил университетское образование, но сейчас вынужден был выполнять низкооплачиваемую и неквалифицированную работу, чтобы прокормить свою семью.

После этого разговора врачи обратились к соцработнику с богатым опытом в вопросах миграции и миграционного законодательства, чтобы вместе найти способ улучшить жилищные условия семьи девочке, а также помочь ей в получении образования. То, что изначально представлялось проявлением боли, обусловленным определенными культурными особенностями, на самом деле оказалось соматизацией острых социальных проблем, обусловленных затянувшейся процедурой рассмотрения ходатайства семьи о предоставлении убежища.

¹ Strauss L. Gefangen im nirgendwo – die geschichte der kleinen patientin Malak und ihrer bauchschmerzen [Trapped in no-man's-land – the story of the little patient Malak and her stomach pain]. In: In weiß – 2. Giessen: Institut für Geschichte der Medizin; 2013 (26–35) (in German).

² Ernst G. The myth of the “Mediterranean syndrome”: do immigrants feel different pain? In Ethn Health 2000;5(2):121–6. doi:10.1080/713667444.

³ Van Moffaert M, Vereecken A. Somatization of psychiatric illness in Mediterranean migrants in Belgium. Cult Med Psychiatry 1989;13(3):297–313.

Вставка 5. "У нас это делается по-другому"

У шестнадцатилетнего подростка из мусульманской семьи с турецкими корнями, живущей в Германии, была диагностирована остеосаркома – тяжелая форма рака кости, не поддающаяся лечению. Врачи хотели сразу же поставить подростка в известность, но столкнулись с противодействием со стороны его семьи. Его родственники утверждали, что, согласно их культуре и религии, пациент не должен получать эту информацию. Сотрудники отделения детской онкологии оказались в крайне сложной ситуации, ведь медицинская этика требует, чтобы уже почти взрослый пациент имел возможность знать правду. Таким образом, упорное нежелание семьи подростка позволить ему узнать о том, что он смертельно болен, было названо "неприемлемым", однако все попытки врачей, медсестер и социальных работников убедить родственников оказывались безрезультатными. Между ними и семьей нарастали напряженность и недоверие¹.

Чтобы разрешить конфликт, специалист по медицинской антропологии обратился за советом к мусульманам турецкого происхождения, в том числе к врачам. Врач-турок, проработавший в Германии более 20 лет, дал однозначный ответ: "У нас это делается по-другому". К удивлению антрополога, врач заявил, что семья поступила "правильно", и что пациенту не следует прямо рассказывать тяжелую правду.

Также он четко разграничил "турецкий" и "немецкий" подходы к информированию пациентов: "Немецкие врачи сразу говорят пациентам правду, без сострадания и сопереживания, прямо, холодно и жестко. Я знаю случаи, когда немецкие врачи таким образом шокировали пациентов, отнимая у них надежду. Мы привыкли к другому подходу: да, пациент должен знать правду, но эту правду ему сообщают более деликатно, с оказанием всяческой поддержки и помощи, в том числе прибегая к религии. Для нас самое важное – это оказать заботу и поддержку умирающему".

После того, как мнение турецкого врача донесли до медработников, сообщить правду пациенту было поручено педиатру-турку. Напряженность между медработниками и семьей подростка практически сошла на нет. Спустя несколько недель его выписали из больницы, чтобы он мог получать паллиативную помощь на дому.

¹ Knipper, M. Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt [Осторожно, культура! Этнологический взгляд на медицину, миграцию и этнокультурное разнообразие]. In: Coors M, Grützmann T, Peters T, editors. Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Ethik [Interculturalism and ethics. Dealing with otherness in medicine and ethics]. Göttingen: Edition Ruprecht; 2014 (52–69) (in German).

Потребности мигрантов могут показаться чрезмерными для тех, кто плохо представляет себе страх и страдания, которые вынуждают беженцев покидать свои дома, и в такой ситуации может усиливаться беспокойство в отношении ресурсов. Это особенно актуально для тех, кто ожидает решения о своем статусе уже длительное время и потому зачастую ощущает себя забытым обществом. В таких случаях напряженные отношения и недоверие могут нанести серьезный вред здоровью и благополучию.

Очевидно, что при рассмотрении оказания помощи сугубо с клинической точки зрения системы здравоохранения будут плохо приспособлены к пониманию психологических, социальных и культурных детерминант болезней и здоровья, причем не только у мигрантов, но и среди местных групп населения, которые считают себя неблагополучными. Экономические и социальные издержки, вызванные таким систематическим просчетом, могут быть поистине огромными.

Эффективное обеспечение потребностей различных категорий пациентов требует, помимо прочего, приведения практики оказания помощи в соответствие с пониманием и восприятием этой помощи ее получателями. Не менее важным представляется и создание предпосылок для построения в обществе доверия и создания ощущения принадлежности для всех граждан. Каждый человек должен иметь возможность доверять общественному договору – как формальному, то есть для граждан, так и неформальному, для членов общества.

Такое доверие чрезвычайно важно для формирования культуры здоровья и благополучия, равно как и для создания способных к состраданию, эффективных и экономически жизнеспособных систем медицинского обслуживания для всех людей. Чтобы добиться этого, нужно, чтобы лица, формирующие политику здравоохранения и лица, участвующие в оказании помощи, критично оценивали собственные предположения и восприятие и старались понимать межсекторальный характер культуры, миграции, здоровья и благополучия. Более того, они должны стремиться заручиться поддержкой для положительных изменений на системном и организационном уровнях.

Варианты политики

В дополнение к описанным выше разнообразным вариантам политики, авторы предлагают пять конкретных мер политики для улучшения показателей здоровья и благополучия мигрантов.

1. Проводить обучение по теме культурного разнообразия для представителей всех профессий на всех уровнях системы медицинского обслуживания (с особым упором на руководство и административный персонал), для продвижения этических и экономических императивов в отношении оказания медицинской помощи с учетом культурных особенностей.
2. Повышать осведомленность о бессознательном формировании стереотипов и о том, как культуральная практика и связанные с ней предположения относительно других людей могут приводить к маргинализации тех, кто будет отнесен к “чужим”.
3. Создавать программы просвещения и расширения прав и возможностей мигрантов, которые позволят действовать на упреждение и предотвращать развитие заболеваний, давая им возможности для ведения полноценной жизни.
4. Поддерживать инновационные исследования со смешанными методиками, призванные формировать базу фактических данных об уязвимости в отношении здоровья.
5. Создавать инклюзивные стратегии для повышения уровня доверия в обществе и формирования культуры здоровья и благополучия.

Вывод

Политика Здоровье-2020 и Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. предусматривают включение осведомленности в вопросах культуры в процессы выработки и проведения политики, что чрезвычайно важно для предоставления каждому человеку адаптивной и рациональной медицинской помощи на равных условиях. Для этого нужно, чтобы лица, формирующие политику, культивировали доскональное понимание того, что есть культура, и постоянно развивали возможности для выявления предвзятости и пробелов в знаниях, которые могут препятствовать эффективному выполнению работы.

"Обширная база фактических данных, дополненная описанием опыта конкретных людей, даст прекрасный набор инструментов для социально справедливого улучшения показателей здоровья и благополучия, а также рамочную основу для дальнейшей поддержки рабочих гипотез лиц, формирующих политику, поставщиков услуг и общественности."

Также для этого требуется осознанное стремление к использованию результатов исследований со смешанными методиками в таких сферах, как гуманитарные и общественные науки, касающиеся вопросов здоровья. Лица, формирующие политику, должны принимать во внимание и интегрировать имеющуюся богатую базу знаний в процессы принятия решений, а также способствовать сбору и анализу новых фактических данных. Обширная база фактических данных, дополненная описанием опыта конкретных людей, даст прекрасный набор инструментов для социально справедливого улучшения показателей здоровья и благополучия, а также рамочную основу для дальнейшей поддержки рабочих гипотез лиц, формирующих политику, поставщиков услуг и общественности. Такие широкие сферы, как питание, окружающая среда и миграция, открывают немало возможностей для эффективного проведения исследований и вмешательств на уровне культуры. Но это только лишь начало.

По мере того, как сообщества и страны начинают экспериментировать с культуральными подходами к улучшению здоровья и повышению благополучия, такие подходы потребуются значительно расширить. Группа экспертов Регионального бюро по культурным контекстам здоровья и благополучия призывает лиц, формирующих политику, и других работников здравоохранения к открытому обмену знаниями и полученным опытом. Многообразие мнений – важное условие для дальнейшего успеха.

Библиография

1. UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity [website]. Paris: UNESCO; 2001 (http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, accessed 13 February 2017).
2. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H et al. Culture and health. *Lancet* 2014;384:1607–39. doi:10.1016/S0140-6736(14)61603-2.
3. Adams V, editor. Metrics: what counts in global health. Durham: Duke University Press; 2016.
4. Biehl J, Petryna A. When people come first: critical studies in global health. Princeton: Princeton University Press; 2013.
5. Brives C, Le Marcis F, Sanabria E. What's in a context? Tenses and tensions in evidence-based medicine. *Med Anthropol*. 2016;35(5):369–76. doi:10.1080/01459740.2016.1160089.
6. Здоровье-2020 – Европейская политика в поддержку здоровья и благополучия. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 13 февраля 2017 г.)
7. Sustainable Development Goal 17 [website]. New York: United Nations; 2017 (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg17>, accessed 13 February 2017).
8. Nussbaum MC. Who is the happy warrior? Philosophy poses questions to psychology. *J Legal Stud*. 2008;37(S2):S81–113. doi:10.1086/587438.
9. Napier AD. The rapid assessment of vulnerable populations: a “barefoot” manual. London: UCL Press; 2013 (<http://www.ucl.ac.uk/human-wellbeing/SMS>, accessed 13 February 2017).

10. Adams V, Burke NJ, Whitmarsh I. Slow research: thoughts for a movement in global health. *Med Anthropol*. 2014;33(3):179–97. doi:10.1080/01459740.2013.858335.
11. Mediterranean diet [website]. Paris: UNESCO; 2014 (<http://www.unesco.org/culture/ich/en/RL/mediterranean-diet-00884>, accessed 13 February 2017).
12. Coleman L, editor. *Food: ethnographic encounters*. London: Bloomsbury Academic; 2011.
13. Goody J. *Cooking, cuisine and class. A study in comparative sociology*. Cambridge: University of Cambridge Press; 1982.
14. Kraemer FB, Gracia Arnaiz M. Feed or nourish in a “popular restaurant” in Spain: reflections on commensality. *Demetra* 2015;10(3):455–66. doi:10.12957/demetra.2015.16173.
15. Mintz S. Food and its relationship to concepts of power. In: McMichael P (editor). *Food and agrarian orders in the world-economy*. London: Praeger; 1995 (3–13).
16. Fischler C. *L’omnivore*. Paris: Odile Jacob; 1990 (in French).
17. Ritter M, Frisbe D. Sociology of the meal. In: *Simmel on culture: selected writings*. London: Sage Publications; 2000:130–6.
18. DeVault ML. *Feeding the family. The social organization of caring as gendered work*. Chicago: University of Chicago Press; 1991.
19. Murcott A. “It’s a pleasure to cook for him”: food, mealtimes and gender in some South Wales households. In: Garmanikow E, Morgan D, Purvis J, Taylorson D, editors. *The public and the private*. London: Heinemann Educational Books; 1983 (78–90).
20. Fischler C. Commensality, society and culture. *Social Science Information* 2011;50(3–4):528–48. doi:10.1177/0539018411413963.
21. Scrinis G. On the ideology of nutritionism. *Gastronomica* 2008;8(1):39–48. doi:10.1525/gfc.2008.8.1.39.

22. Scrinis G. *Nutritionism: the science and politics of dietary advice*. New York: Columbia University Press; 2013.
23. Scrinis G. Reformulation, fortification and functionalization: Big Food corporations' nutritional engineering and marketing strategies. *The Journal of Peasant Studies* 2015;43(1):17–37. doi:10.1080/03066150.2015.1101455.
24. Yates-Doerr E. The opacity of reduction, nutritional black-boxing and the meanings of nourishment. *Food, Culture and Society* 2012;15(2):293–313. doi:10.2752/175174412x13233545145381.
25. Sanabria E. Circulating ignorance: complexity and agnogenesis in the obesity “epidemic”. *Cultural Anthropology* 2016;31(1):131–58. doi:10.14506/ca31.1.07.
26. Bouman LI, te Molder H, Koelen MM, van Woerkum CMJ. I eat healthfully but I am not a freak. Consumers' everyday life perspective on healthy eating. *Appetite* 2009;53(3):390–8. doi:10.1016/j.appet.2009.08.005.
27. Crawford RA. A cultural account of “health”: control, release, and the social body. In: McKinlay JB, editor. *Issues in the political economy of health care*. New York: Tavistock Publications; 1984.
28. Sanabria E, Yates-Doerr E. Alimentary uncertainties: from contested evidence to policy. *Biosocieties* 2015;10(2):117–24. doi:10.1057/biosoc.2015.17.
29. Fischer E, Benson P. *Broccoli and Desire*. Palo Alto: Stanford University Press; 2006.
30. Margetts B, Martinez J, Saba A, Holm L, Kearney M, Moles A. Definitions of “healthy” eating: a pan-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health. *Eur J Clin Nutr*. 1997;51:23–9.

31. Holm L. Mad og sundhed i hverdagen [Food and health in everyday life]. In: Holm L, Kristensen ST, editors. Mad, mennesker og måltider – samfundsvidenskabelige perspektiver [Food, people and meals – perspectives from social sciences]. Copenhagen: Munksgaard; 2012:301–16 (in Danish).
32. Sanabria E. Sensorial pedagogies, hungry fat cells and the limits of nutritional health education. *Biosocieties* 2015;10(2):125–42. doi:10.1057/biosoc.2015.5.
33. Holm L. Cultural and social acceptability of a healthy diet. *Eur J Clinl Nutr.* 1993;47(8)592–9.
34. Micheelsen A, Havn L, Poulsen SK, Larsen TM, Holm L. The acceptability of the New Nordic Diet by participants in a controlled six-month dietary intervention. *Food Quality and Preference* 2014;36:20–6. doi:10.1016/j.foodqual.2014.02.003.
35. Nielsen A, Korzen S, Holm L. Inverting the food pyramid? Social and cultural acceptability of Walter Willett’s dietary recommendations among people with weight concerns. *Appetite* 2008;51(1):178–86. doi:10.1016/j.appet.2008.02.011.
36. Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, Brenneman AT et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009;374(9702):1677–86. doi:10.1016/S0140-6736(09)61457-4.
37. Risques sanitaires liés aux pratiques alimentaires d’amaigrissement [Health risks related to weight-loss dietary practices]. Maisons-Alfort: Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l’Alimentation, de l’Environnement et du Travail; 2010 (in French).
38. Warde A. Consumption, food and taste. London: Sage Publications; 1997.
39. Dietary guidelines for the Brazilian population. Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2015 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dietary_guidelines_brazilian_population.pdf, accessed 13 February 2017).

40. Caplan P. Food, health and identity: approaches from the social sciences. London and New York: Routledge; 1997.
41. Counihan C, Van Esterik P, editors. Food and culture: a reader. Third edition. New York: Routledge; 2012.
42. Stuckler D, Nestle M. Big Food, food systems, and global health. PLOS Med. 2012;9(6):e1001242. doi:10.1371/journal.pmed.1001242.
43. Patel RC. Food sovereignty: power, gender, and the right to food. PLOS Med. 2012;9(6):e1001223. doi:10.1371/journal.pmed.1001223.
44. Monteiro CA, Cannon G. The impact of transnational “Big Food” companies on the south: a view from Brazil. PLOS Med. 2012;9(7):e1001252. doi:10.1371/journal.pmed.1001252.
45. Guthman J. Weighing in: obesity, food justice and the limits of capitalism. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press : 2012.
46. Pratt J. The rationality of rural life: economic and cultural change in Tuscany. Chur: Harwood Academic Publishers; 1994.
47. Rayner J, Hawkes C, Lang T, Bello W. Trade liberalization and the diet transition: a public health response. Health Promotion International 2007;21(S1):67–74. doi:10.1093/heapro/dal053.
48. Igumbor EU, Sanders D, Puoane TR, Tsolekile L, Schwarz C, Purdy C et al. “Big Food,” the consumer food environment, health, and the policy response in South Africa. PLOS Med. 2012;9(7):e1001253. doi:10.1371/journal.pmed.1001253.
49. The world we want 2015. Hunger, food security, and nutrition in the post-2015 development agenda. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2013 (http://www.fao.org/fsnforum/post2015/sites/post2015/files/files/Issues_Paper_Post_2015_Eng.pdf, accessed 20 February 2017).
50. Vasavi AR. Shadow space: suicides and the predicament of rural India. Gurgaon: Three Essays Collective; 2012.

51. Yates-Doerr E. The weight of obesity: hunger and global health in postwar Guatemala. Berkeley: University of California Press; 2015.
52. Díaz S, Demissew S, Carabias J, Joly C, Lonsdale M, Ash N et al. The IPBES Conceptual Framework – connecting nature and people. *Current Opinion in Environmental Sustainability* 2015;14:1–16. doi:10.1016/j.cosust.2014.11.002.
53. World Resources Institute. Millennium ecosystem assessment. Ecosystems and human well-being: synthesis. Washington: Island Press; 2005 (<http://www.millenniumassessment.org/documents/document.356.aspx.pdf>, accessed 13 February 2017).
54. Ward Thompson C. Linking landscape and health: the recurring theme. *Landscape and Urban Planning* 2011;99(3–4):187–95.
55. Steinberg E. Healing spaces: the science of place and well-being. Cambridge: Harvard University Press; 2009.
56. Maxwell S, Lovell R. Evidence statement on the links between natural environments and human health. London: Department for Environment, Food and Rural Affairs; 2015.
57. Horwitz P, Kretsch C, Jenkins A, Rahim AB, Burls A, Campbell K et al. Contribution of biodiversity and green spaces to mental and physical fitness, and cultural dimensions of health. In: *Connecting global priorities: biodiversity and human health*. Geneva: World Health Organization, Convention on Biological Diversity; 2015 (200–19).
58. Urban green spaces and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/321971/Urban-green-spaces-and-health-review-evidence.pdf?ua=1, accessed 13 February 2017).
59. Healthy cities. Promoting health and equity – evidence for local policy and practice. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/262492/Healthy-Cities-promoting-health-and-equity.pdf, accessed 13 February 2017).

60. European Landscape Convention of the Council of Europe [website]. Strasbourg: Council of Europe; 2017 (<http://www.coe.int/en/web/landscape/home>, accessed 13 February 2017).
61. Natura 2000 [website]. Brussels: European Commission; 2016 (http://ec.europa.eu/environment/nature/natura2000/index_en.htm, accessed 13 February 2017).
62. Cities Changing Diabetes [website]. Bagsvaerd: Cities Changing Diabetes; 2016 (<http://www.citieschangingdiabetes.com>, accessed 13 February 2017).
63. Built Environment and Health [website]. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2017 (<http://www.rwjf.org/en/our-focus-areas/topics/built-environment-and-health.html>, accessed 13 February 2017).
64. Beauchemin KM, Hays P. Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *J Affect Disord.* 1996;40(1–2):49–51.
65. Zeisel J, Silverstein NM, Hyde J, Levkoff S, Lawton MP, Holmes W. Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer’s special care units. *Gerontologist* 2003;43(5):697–711. doi:10.1093/geront/43.5.697.
66. Devlin A, Arneill AB. Health care environments and patient outcomes: a review of the literature. *Environment and Behavior* 2003;35:665–94. doi:10.1177/0013916503255102.
67. Cairns-Nagi JM, Bambra C. Defying the odds: a mixed-methods study of health resilience in deprived areas of England. *Soc Sci Med.* 2013;91(0):229–37. doi:10.1016/j.socscimed.2013.03.014.
68. Jay M, Schraml U. Understanding the role of urban forests for migrants – uses, perception and integrative potential. *Urban Forestry & Urban Greening* 2009;8(4):283–94. doi:10.1016/j.ufug.2009.07.003.

69. Völker S, Kistemann T. "I'm always entirely happy when I'm here!" Urban blue enhancing human health and well-being in Cologne and Düsseldorf, Germany. *Soc Sci Med.* 2013;78:113–24. doi:10.1016/j.socscimed.2012.09.047
70. Völker S, Kistemann T. Developing the urban blue: comparative health responses to blue and green urban open spaces in Germany. *Health and Place* 2015;35:196–205. doi:10.1016/j.healthplace.2014.10.015.
71. The Natural Change Project: catalysing leadership for sustainability. Edinburgh: World Wildlife Federation Scotland; 2011 (http://assets.wwf.org.uk/downloads/wwf_naturalchange2.pdf, accessed 26 August 2016).
72. Kovats S, Depledge MH, Haines A, Fleming L, Wilkinson P, Shonkoff SB, Scovronick N. The health implications of fracking. *Lancet* 2014;383(9919):757–8. doi:10.1016/S0140-6736(13)62158-3.
73. Nissenbaum, MA, Aramini JJ, Hanning CD. Effects of industrial turbine noise on sleep and health. *Noise Health* 2012;14(60):237–43. doi:10.4103/1463-1741.102961.
74. Ernstson H. The social production of ecosystem services: a framework for studying environmental justice and ecological complexity in urbanized landscapes. *Landscape and Urban Planning* 2013;109(1):7–17. doi:10.1016/j.landurbplan.2012.10.005.
75. Survival [website]. London: Survival International; 2017 (<http://www.survivalinternational.org/conservation>, accessed 13 February 2017).
76. Wilson K. Therapeutic landscapes and First Nations peoples: an exploration of culture, health and place. *Health Place* 2003;9(2):83–93.
77. Bell SL, Phoenix C, Lovell R, Wheeler B. Seeking everyday wellbeing: the coast as a therapeutic landscape. *Soc Sci Med.* 2015;142:56–67. doi:10.1016/j.socscimed.2015.08.011.

78. Macintyre S, Macdonald L, Ellaway A. Lack of agreement between measured and self-reported distance from public green parks in Glasgow, Scotland. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5(1):26. doi:10.1186/1479-5868-5-26.
79. Thomas F. The role of natural environments within women's everyday health and wellbeing in Copenhagen, Denmark. *Health Place* 2015;35:187–95. doi:10.1016/j.healthplace.2014.11.005.
80. Braubach M. Benefits of environmental inequality assessments for action. *J Epidemiol and Community Health* 2013;67(8):625–8. doi:10.1136/jech-2012-201390.
81. Pearce, JR. Richardson EA, Mitchell RJ, Shortt NK. Environmental justice and health: the implications of the socio-spatial distribution of multiple environmental deprivation for health inequalities in the United Kingdom. *Transactions of the Institute of British Geographers* 2010;35(4):522–39.
82. Monitor of engagement with the natural environment: the national survey on people and the natural environment. Annual report from the 2013–2014 survey (NECR122). Sheffield: Natural England; 2014 (<http://publications.naturalengland.org.uk/publication/5331309618528256>, accessed 13 February 2017).
83. Mäkinen K, Tyrväinen L. Teenage experiences of public green spaces in suburban Helsinki. *Urban Forestry & Urban Greening* 2008;7(4):277–89. doi:10.1016/j.ufug.2008.07.003.
84. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editors. *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies.* Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf?ua=1, accessed 13 February 2017).
85. Llácer A, Amo JD, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, García-Pino R, Jarrín I et al. Discrimination and mental health in Ecuadorian immigrants in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2009;63(9):766–72. doi:10.1136/jech.2008.085530.

86. Diderichsen F, Anderson I, Manual C, Nybo Anderson A-M, Bach E, Baadsgaard M et al. Health inequality – determinants and policies. *Scand J Publ Health* 2012;40(Suppl 8):12–105.
87. Quaranta I. Anthropology, health care and the transformation of experience. In: Napier AD, Hobart A, Muller R, editors. *Culture and wellbeing: new pathologies and emerging challenges*. Canon Pyon: Sean Kingston Publishing; 2017 (in press).
88. Green G, Davison C, Bradby H, Krause K, Mejias FM, Alex G. Pathways to care: how superdiversity shapes the need for navigational assistance. *Sociol Health Illn*. 2014;36(8):1205–19.
89. Hannah SD. Clinical care in environments of hyperdiversity: race, culture and ethnicity in a post pentad world. In: Delvecchio Good MJ, Willen SS, Hannah SD, Vickery K, Park LT, editors. *Shattering culture: American medicine responds to cultural diversity*. New York: Russell Sage Foundation; 2011 (35–69).
90. Green G, Bradby H, Chan A, Lee M. "We are not completely Westernised": dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England. *Soc Sci Med*. 2006;62:1498–1509. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.014.
91. Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Recehl B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clin Med*. 2012;12(3):248–52.
92. Thomas F, Aggleton P, Anderson J. "Experts", "partners" and "fools": exploring agency in HIV treatment seeking among African migrants in London. *Soc Sci Med*. 2010;70(5):736–43. doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.063.
93. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a stressor for African Americans. A biopsychosocial model. *Am Psychol*. 1999;54:805–16.
94. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*. 1995;36:38–56.

95. Meyer IH. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Publ Health* 2003;93:262–5.
96. Kleinman, A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006;3(10):294. doi:10.1371/journal.pmed.0030294.
97. Durieux-Paillard S, Eytan A. Du syndrome méditerranéen à la balkanisation des diagnostics: l'art difficile de la neutralité en médecine [Mediterranean syndrome and the balkanization of diagnostics: the difficult art of neutrality in medicine]. *Rev Med Suisse* 2007;3(113):1413–14 (in French).
98. Ingleby D. Introduction. In: Ingleby D, Chiarenza A, Deville W, Kotsioni I, editors. *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities (COST series on health and diversity – vol 2)*. Antwerp: Garant; 2012 (9–27).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика
Македония
Венгрия
Германия

Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша

Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция

Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

UN City

Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: eucontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 9789289052696



9 789289 052696 >