



PUBLIC HEALTH

Power, Empowerment and Professional Practice

3RD EDITION

增权型公共卫生实践
(第三版)

[丹麦] 格兰·莱文拉克 著 傅华 主译

 复旦大学出版社

我的健康我做主

本书中文版由国家自然科学基金资助的“中国特大城市外来人口心理健康”项目
(项目批准号: 71561137001) 资助出版

PUBLIC HEALTH

Power, Empowerment and Professional Practice

3RD EDITION

增权型公共卫生实践

(第三版)

著者 [丹麦] 格兰·莱文拉克 (Glenn Laverack)

主译 傅华

译者 (按姓氏拼音排序)

戴俊明 丁娇儿 傅华 胡丹丹 李江
陆星雨 舒畅 宋荣维 陶沙 王帆
王剑 王洁 王玉亮 尉艳霞 叶博
郑频频 朱梓嫣

图书在版编目(CIP)数据

增权型公共卫生实践(第三版)/[丹]格兰·莱文拉克(Glenn Laverack)著;傅华主译.
—上海:复旦大学出版社,2018.4
书名原文:Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice, 3rd Edition
ISBN 978-7-309-13567-1

I. 增… II. ①格…②傅… III. 公共卫生-研究 IV. R126.4

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第036599号

Copyright © Glenn Laverack 2005, 2009, 2016.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including without limitation photocopying, recording, taping, or any database, information or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

This authorized Chinese translation edition is published by Fudan University Press Co., Ltd. This edition is authorized for sale in the People's Republic of China only, excluding Hong Kong, Macao SAR and Taiwan.

上海市版权局著作权合同登记章 图字:09-2017-300号

增权型公共卫生实践(第三版)

[丹]格兰·莱文拉克(Glenn Laverack) 著 傅 华 主译
责任编辑/傅淑娟

复旦大学出版社有限公司出版发行

上海市国权路579号 邮编:200433

网址:fupnet@fudanpress.com http://www.fudanpress.com

门市零售:86-21-65642857 团体订购:86-21-65118853

外埠邮购:86-21-65109143

江苏省句容市排印厂

开本787×960 1/16 印张8.5 字数132千

2018年4月第1版第1次印刷

ISBN 978-7-309-13567-1/R · 1677

定价:30.00元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社有限公司发行部调换。

版权所有 侵权必究

中文版前言

本书是为了满足公共卫生专业人员希望以更好的增权方式工作的要求而写。增权是获得权力的手段。这是一个能力建设的过程,目的是实现个人、群体和社区对生命和健康更多的控制所必需的变革。我们开展的公共卫生工作与普通百姓互动的方式是增权过程的中心,也是本书的关键主题。

公共卫生实践常常通过与老百姓的权力关系而渗透到他们的日常生活中去。公共卫生专业人员的职责是将信息和服务“向下”传递给被视为受益的人。反过来,这样的过程也会改善公共卫生专业人员自己的健康(这可能并不是他们所看重的)。公共卫生专业人员通过控制工作的程序和资源的流动而掌握着权力。传统上,这样做并没能缩小健康状况的差距,反而可能暂时导致社会内部更加不平等。我们应该知道,当普通百姓的需求被置于公共卫生工作的中心位置时,他们才确实具有真正的价值。认识到这点非常重要。由于专业人员具有专业能力,他们能够帮助他人获得对自身健康的更多控制,因而专业人员又能体现出自己真正的价值。

增权是一个普适性的概念,本书借鉴了世界各地的经验,向读者介绍如何在实践中最好地将其应用于公共卫生之中。本书的编排采用循序渐进的方式,告诉公共卫生专业人员和普通百姓如何来增权。本书中文版出版的目的是试图激励中国读者在自己的文化背景下探索创新的方式,在公共卫生的实践中帮助人们增权。

格兰·莱文拉克
于丹麦埃斯比约

PREFACE

This book was originally written to meet the demands of public health practitioners who wanted to work in a more empowering way. Empowerment is the means to attaining power. It is a process of capacity building with the goal of bringing about the changes that are necessary for individuals, groups and communities to gain more control over their lives and health. The way in which public health agendas and ordinary people in society interact is central to the process of empowerment and is a key theme of this book.

Public health is a political activity that permeates everyday life through the power relationship it has with ordinary people. Public health practitioners are employed to deliver information and services ‘down’ to people who are viewed as the beneficiaries. In turn, they are expected to participate to improve their health, even if this is not a priority in their lives. It is public health that holds the power-over, that controls the agenda and the flow of resources. Traditionally, this has failed to close the gap in health status and even temporarily may have contributed to greater inequality within society. It is important to understand that ordinary people do have a real value when their needs are placed at the centre of the public health agenda. Practitioners have a real value when they have the professional competencies that enable them to help others to gain more control over their own health.

Empowerment is a universal concept and the book draws on experiences from around the world to show how public health can be best applied in practice. The book offers a gradual way forward, a way that is empowering for both public health and for the ordinary person. The original book has been translated to try and inspire the Chinese reader to identify innovative ways in their own cultural context to help people to empower themselves through public health.

Glenn Laverack, Esbjerg, Denmark.

译者序

尽管公共卫生是为保障和促进人群健康而开展的社会性活动,但是在公共卫生具体的实践过程中,公共卫生工作人员往往都是以自上而下的权威型和专家型的身份出现,忽视了广大人民群众积极参与的重要性。中共中央、国务院 2016 年下发的《“健康中国 2030”规划纲要》中指出,“共建共享、全民健康”是建设健康中国的战略主题。健康中国建设需要“人人参与、人人尽力、人人享有”。由此可见,充分地调动全社会广大老百姓,尤其是那些没有发言权的弱势群体参与到健康中国建设中,已成为我们公共卫生工作人员一个重要的职责。要调动老百姓的参与,需要我们将习惯性的“自上而下”工作方式转变为“自下而上,上下结合”的方式,而“增权”(empowerment)则是指导我们这种转变的一个理论基础。

本书通过阐述增权的概念及其与公共卫生的关系,具体介绍如何帮助不同人群(包括公共卫生项目、一般的个体、患者、小组、社区和流动人口)增权和测量增权的方法,并用简单易懂的案例对增权的概念和理论作了实用性的说明,以扼要但非常实用的风格把增权这一比较难以理解的概念展示给读者。正如 Christine Furber 博士所说的,该书第三版为我们公共卫生专业人员和学生在公共卫生学习和研究中提供了一个清晰和可接受的导读。在健康促进越来越为国人所重视的今天,把本书介绍到中国来,对公共卫生和健康促进实践以更有效的方式发动群众参与,促进健康公平,实现共建共享有着重要的意义。

Glenn Laverack 博士曾在非洲、亚洲、欧洲和太平洋地区工作 30 多年,长期研究那些无力感人群和那些处于贫穷和不公平的人群,在增权与公共

卫生方面有着扎实的理论研究和实际工作基础。本译本是他出版该书的第三版,于2016年出版。殷切希望本书的中文版能真正为广大公共卫生和健康促进工作人员深入理解增权的意义,并能以此指导我们公共卫生和健康促进具体的工作,使我国在健康中国的建设过程中,能真正做到“人人参与、人人尽力、人人享有”。

感谢原著者,同时在这里也要感谢所有的译者;他们在百忙之中利用休息时间不辞辛劳将其译成中文;出版社在文字通俗化和润色方面也花了很多的精力,在此一并致谢。受水平所限,翻译会有疏漏。如读者在阅读过程中发现错误及不妥之处,敬请惠赐批评和指正。

傅 华

2017年11月

目 录

Contents

第一章	不同情景下的公共卫生实践	1
	引言	1
	公共卫生工作人员	2
	公共卫生实践中增权的发展	4
	权力和公共卫生实践	5
	公共卫生的实践及对健康的理解	6
第二章	权与增权	10
	什么是权力	10
	三种权力的表现形式	12
	无力感	15
	“零和”与“非零和”	16
	增权：获得权力的方式	17
第三章	增权与公共卫生项目	21
	引言	21
	需求评估	24
	映射	24
	平行模式的增权	28

第四章 帮助个体增权	32
引言	32
自主性	32
克服无力感	33
具有高效沟通技巧的公共卫生工作人员	35
危害降低	40
道德说服	41
第五章 患者增权	43
引言	43
什么是患者增权	44
专业人员-患者权力关系	45
促进增权型的医-患关系	47
健康本源学与患者增权	50
患者行动	51
第六章 帮助群组养成批判性思维	55
引言	55
教育和增权之间的联系	55
提高批判意识	56
第七章 帮助社区增权	67
什么是社区	67
社区增权的五点连续模式	69
社会卫生运动	75
第八章 帮助移民(或流动人口)增权	79
引言	79
边缘化	80
边缘化和移民(或流动人口)	81
吉普赛移民和增权	82

帮助移民群体	85
解决冲突	86
第九章 对社区增权的测量和可视化表达	90
收集和分析定性资料	90
促进在跨文化语境中收集定性信息	93
社区增权的测量	95
测量的可视化表示	100
第十章 公共卫生，权力和增权	104
公共卫生现状及原因	104
让社区在公共卫生中发挥更大的作用	105
参考文献	114

第一章

不同情景下的公共卫生实践

引言

公共卫生实践致力于促进健康,预防疾病,治疗疾病,延长宝贵的生命,照顾脆弱人群并提供医疗保健服务。传统上,公共卫生的目的主要是遏制传染病的蔓延,保护公众的健康和福祉(Baggott, 2000)。近年来,公共卫生的重点已经转移到慢性病预防和改变人们的行为上,促使他们采取更健康的生活方式。因此,公共卫生实践也随之扮演了更为宏观的角色:减少社会不公正和健康不平等。

“公共卫生”这一术语还涵盖了几个专业领域,包括环境卫生、护理和健康促进。公共卫生在不同的领域发挥不同的作用,并采取相应专业的实践方法。在国家政策的框架内,这些不同领域必然会竞争有限的资源。无疑,公共卫生是一个十分复杂的专业术语,涵盖了它所致力于提供的各个方面、优先考虑的因素和服务,而在实践过程中权力与增权则是与政治背景紧密联系的关键概念。

在实践中,从事公共卫生的人员仍然主要属于在卫生部门就业的人,在某种意义上说是这些工作者所具有的某些概念上的模式,职业上的合法及其资源。这些人可能会被称作“公共卫生促进者”或“卫生从业者”,而有些人认为公共卫生还包括护理和医疗实践等职业。在本书中,我更倾向于把这些人称为公共卫生工作人员。

作为一种职业,公共卫生在很大程度上由政府 and 私营机构控制,他们雇

用从业人员以提供旨在改善或维护个人、群体和社区健康的服务。人们期望公共卫生中的专业机构能展现专业的知识、技术能力,负责任并能提供服务。职业化过程包括教育资质、专业培训、专业协会会员资格和实践专业守则,还包括能力标准(Turner and Samson, 1995)。

公共卫生工作人员

公共卫生工作人员是受雇来提供信息、资源和服务的,往往被其服务对象视作外部代理。在利益相关者之间,主要是从业者和他们的服务对象之间总是存在一些权力关系。所谓的“服务对象”,这里是指那些促进健康的信息、资源和服务的接受者,如孕妇、学龄儿童、患者或新移民。我在本书中有意使用“工作人员”和“服务对象”两个词语,有助于阐明公共卫生实践中存在的不平衡的权力关系。

公共卫生工作人员的一个传统角色是作为公共卫生法律的执行者,例如,环境卫生官员或“卫生警察”。这一角色有助于把公共卫生工作人员塑造为通过法律使其拥有超过他们服务对象权力的强硬形象。这个角色已经得到了与检查、许可、调查投诉和法律诉讼相关的环境卫生部门的支持。这些公共卫生工作人员开展广泛的公共卫生执法,包括健康保护法和食品安全法,这对于在不同场景中保持健康和安全的环境来说是十分必要的。这些场景通常指人们从事日常活动的地方,还包括社会环境,它们通过与各种组织和个人因素之间的相互作用,进而影响人们的健康和幸福。这些场景通常有物理边界,包括一系列不同角色的人和组织结构,还包括学校、工作场所、医院和监狱(Naidoo and Wills, 2009)。

公共卫生工作人员的另一个角色与教育、培训和专业服务相关,例如,为年轻的妈妈们提供产前保健服务与建议。这一角色有助于拓宽公共卫生工作人员的形象,即作为拥有优越技术与资源的保健专业人士。

还有一个进一步的作用,即作为执法者、教育家和技术专家的互补角色。这是一个在很大程度上被忽视的角色,因为许多公共卫生工作人员并不完全了解他们每天的日常工作是如何帮助别人增权的。公共卫生工作人员主要面临的一个压力,是其服务对象是否真的需要增权。公共卫生实践传统上是由专业引导的,例如,它是由公共卫生工作人员或者有需求的机构来选择其服务的群体和选择所使用的方法。增权的动力和持续的热情也往

往需要公共卫生工作人员去激发。在哪个领域增权以及如何增权主要取决于服务对象的需要而不是公共卫生工作人员。有些服务对象可能不希望增权。人们,尤其是如果他们生活在无能为力(incapable)的情况下,可能会觉得他们没有权利或没有动机去获得增权。其他的个人和群体,如精神病患者或某方面成瘾的人,可能没有自我组织和动员能力。必须记住的是,这一权力不能他人给予,而必须由那些希望获得的人主动获取。是否选择增权的本质在于个人或团体,以及公共卫生工作人员是否鼓励服务对象掌握自己的生活并承担更大的责任。对于不能或拒绝承担责任的人,公共卫生实践中会采取一些手段进行干预,例如,政策和立法,以保障大众健康免受传染性疾病的侵袭。

在本书中,我认为公共卫生工作人员能够并且应该经常在促进服务对象的转变中发挥重要作用,无论是在一对一的基础上,或通过与群体和社区工作。处于相对权威的公共卫生工作人员,通过提供资源、技术、教育和咨询服务帮助处于相对弱势的服务对象,并利用自己的专业影响力获得认可。为了实现这一目标,如果要制定某一策略,公共卫生工作人员可能要与不同部门和不同机构合作,包括公共和私营部门。然而,一些公共卫生工作人员可能会在工作环境中无力感,我将在第四章讨论从专业方面来克服无力感的方法。公共卫生工作人员必须要有能力适应那些能力亟待提升的服务对象。公共卫生工作人员可能难以把服务对象纳入健康促进项目一起参与和规划。这通常是为了项目能够及时按期完成。然而在一个长期方案中如果服务对象不积极,参与打了折扣,那成功的机会也就很小了。

人们可以通过更有意义的方式参与公共卫生决策。公共卫生工作人员的角色应发生转变,赢得服务对象信任并与之达成共识,这在增权过程中至关重要。尽管公共卫生工作人员无法在日常工作的各个层面对改善权力关系发挥影响,但他们确实可以在两个关键领域中发挥重要作用。

1. 公共卫生工作人员参与影响健康的政策与实践过程,从国家到社区一级,如通过专业会议、技术咨询组和委员会。为了影响政策和实践,公共卫生工作人员必须更好地了解权力的含义以及他们和不同服务对象的关系,并采取适当的专业行动。

2. 在很多民主的国家,集体行动的过程惯常通过影响政策带来社会和政治变革。这些变化通过个人的合法行为来实现,如游说、抗议和投票。公共卫生工作人员在日常工作中,可以通过自己的影响力支持服务对象。团

体和组织的参与是实实在在的第一步,如社区组织的成立。这也给公共卫生工作人员提供了一个机会,以在集体层面直接帮助服务对象更有效地提高自己的知识、技术和能力。

公共卫生实践中增权的发展

增权在这里被定义为一个过程,是指人们通过获得或抢占决策和资源的控制权来影响他们的生活。例如,在 19 世纪中期的英国,这个概念在公共卫生发展中是一个重要的思想意识。维多利亚时代的政治自由主义导致了許多群众集团的创立,如城镇健康协会,关注公平和社会正义。这些团体在关键的公共卫生改革者如埃德温·查德威克(Edwin Chadwick)的协助下,积极动员中产阶级,后者反过来又对媒体和政府产生影响。这就是所谓的“卫生阶段”,即通过有影响力的改革者和集体行动推动政府进行重要的公共卫生立法,如 1833 年工厂法和 1848 年公共卫生法案(Baggott, 2000)。不过这些行动也受政府意愿的影响,政府需要减少自己的责任,并改善劳动效率。公共卫生改革和政府良好的治理一样重要,能够促进经济生产。第二阶段持续到了 20 世纪上半期,医学专业在公共卫生游说中的政治影响力日益增加。这时,公共卫生实践强调的是生物医学模式,重点在减少疾病发生。

在国际上,直到 20 世纪 60 年代和 70 年代,增权才变成了对话的一部分,源自意图挑战传统思维的“新知识”越来越多。公共卫生从生物医学模式扩大到包括行为和生活方式。这一变化的主要原因是慢性退行性疾病,如心脏疾病的增加并成为发病率和死亡率的主要原因。这些慢性疾病涉及一些随着时间变化的因素相互作用,如吸烟、缺乏运动和不良的饮食习惯,这些几乎成为不健康生活方式的代名词。与此同时,公共卫生与健康教育密切相关,并强调个人的责任。因此,谴责受害者而不是关注集体行动和社会公平成为一种普遍的观念。这让人们健康状况不佳时会感到内疚,尽管一些因素是其无法控制的,例如失业。

在改善健康挑战中对社会公正的需求日益得到重视,并成为专业的主题,例如,1977 年 5 月在日内瓦举行了第 30 届世界卫生大会,设立了到 2000 年人人享有卫生保健的卫生目标。次年,在苏联阿拉木图举行了关于初级卫生保健的国际会议,会议赞同这一目标并强烈地肯定世界卫生组织

(WHO)对“健康”的定义(WHO, 1986),同时指出健康也是一项基本人权。1978年《阿拉木图宣言》指出,国家之间和国家内部的健康状况不平等是不可接受的,并确定到2000年前要以初级卫生保健为重点。该宣言称人们必须积极参与实现人人享有卫生保健发展的过程,这也意指增权是初级卫生保健和公共卫生的必要组成部分(WHO, 1978)。

《阿拉木图宣言》没有直接使用“增权”这个术语,但它的许多观点意味着个人和社区的参与,这是20世纪70年代初期的情况,增权的概念还没有完全接受之前。社区参与的概念被认为是受益人参与其中的一种手段。参与意味着要考虑当地的知识和需求,从而在决策中给予人们更多的控制权。在实践中,这依赖于公共卫生工作人员和他们的服务对象之间的权力关系。公共卫生工作人员可能会利用手中的权力,例如,采取家长式的态度,并迫使而不是鼓励其他人参与该计划。

自20世纪80年代初以来,公共卫生在一些重要的战略性文件指导下向基于社会环境的更广泛的参与方式转变,如《渥太华健康促进宪章》(WHO, 1986)。另一个关键因素是对不同社会群体的卫生状况中不断加剧的不平等的逐步认识。人们认识到,公共卫生中的个人主义不承认社会和环境对于处于其中的行为的影响。与此同时,许多团体和健康社会运动对通过医疗和行为改变的健康理念提出了质疑,并表达了对社会公正和环境可持续性发展的担忧。

权力和公共卫生实践

公共卫生实践主要是通过政府机构进行的。政府机构由一批具有专业职务权力的不同部门构成,这些官员根据特定的规则和工资制度招募。权力是自上而下的,官员应与上级指示保持一致(Turner and Samson, 1995)。高度机构化和阶层化的公共卫生组织的例子包括政府部门和医院。在阶层分明的政府机构中获得一席之地就意味着应确立自己的职业合法性、专业能力和地位。做到这一点并不一定是因为这个人有特殊专长,只是因为制度化后的岗位决定了他或她是专家这一概念。

公共卫生中使用职业权力

如果说公共卫生是一项政府的活动,或由政府组织、资助的机构进行

的,那么许多组织仍保持传统的思维和做法也是事实,这阻碍了增权方式的有效性。政府和非政府机构的研究都发现,增权在政策和实践中使用的概念往往是相当不同的。尽管有意图为社区增权,但机构及其工作人员往往倾向于保留控制权,而不是权力移交给他人。这些机构在理论和实践的矛盾中运行:很多公共卫生工作人员在声称放权的同时继续通过自上而下的方式对社区团体施加权力(Laverack, 1999)。为了形成一个更为增权的做法,公共卫生必须纠正其官僚性质。公共卫生工作人员在让其他人增权之前,他们首先必须自己增权,了解自己的权利。例如医院,即患者和工作人员组成的团体,他们都必须感受到自己的价值,获得增权(Kendall, 1998)。

但是,在许多国家里,官僚政府和机构创造的并不是磐石般坚硬的实体。通常不仅有政策和政府机构之间的矛盾,还有不同公共卫生工作人员一起工作时的矛盾。在大型政府机构环境中工作的公共卫生工作人员会发现自己的专业自主权受到等级和控制的限制。专业团体也会分裂成更小的团体,否则他们的权力会受到辅助专业团体的侵蚀。即使是在最大最严格的政府机构内发展,这些情况实际上说明了增权存在实践的机会。要充分利用这些机会,公共卫生机构必须了解如何解决各级结构中权力关系的失衡问题,从政策的顶层设计到公共卫生工作人员与社区团体的接触。公共卫生工作人员是否应该在日常工作中开展增权,这正是必须解决的根本问题。

专业方面的关键问题是:公共卫生工作人员是否真的希望帮助人们增权或仅是改变他们的行为?传统上后者一直是最流行的选择,增权和强制的差别在于使用的方法。如果方法是指令性的、自上而下的,且被专业人员控制,它不太可能是增权。如果有助于识别需求以及基于个人或社区所关心的行为问题,则更有可能是增权。如果公共卫生工作人员真正致力于一种方法用来指导他人,他们必须作出决定并完成自己的增权,并获得必要的技能和知识。增权指导的方法也依赖于实现其目标的资金和政治意愿。当参与社区增权的人们的目标是改变政治秩序与支持其运转机构的状态时,这可能是一个问题。这是一个必须进行均衡的权力关系,也是本书的中心议题。

公共卫生的实践及对健康的理解

公共卫生多学科的性质也是我们对健康多样性理解的一个途径。在实践中,应考虑与公共卫生专家给出的官方解释与健康干预的受众所理解的

差别,并明确提出,公众的看法往往影响公众对健康的理解。不同于官方对健康的定义,该定义是理论与实践共存,并互相影响。

专家们更偏向于使用官方解释,因为这更容易被定义和测量,而不是使用非专业的、根据个人经验得到的主观解释。特别是生物医学领域对健康的解释已经有了自己的一套主要的官方解释。最好的医疗模式成为这种模式的主导,它基于没有虚弱和疾病,并根据各种疾病和传染病的情况,以及其他卫生专业的自有模式对健康进行定义,包括公共卫生领域。

在 18 和 19 世纪,科学的进步和技术的发展导致了生物医学模式的发展,促进了人们对人体结构和功能更深入的理解。随着知识和理解的加深,健康越来越具有机械化意义。身体被认为是一台需要修理的机器,由此产生了一个分离在身心发展之外的专业;保障身体健康是医生的职责,而对精神疾病进行研究则是心理学家和精神科专家的事。且重点仍保持在对导致疾病的外因上,同时也因为传染病的发生和死亡的不断威胁,如脊髓灰质炎(小儿麻痹症)和猩红热等疾病(Laverack, 2009)。

对健康的官方定义主要可以分为两类:一类是消极面对的,一类是积极面对的。有两种消极看待健康的方式:第一种对于身体有没有疾病并不知情,第二种不知道病痛或焦虑、痛苦、苦恼的情绪会伴随着疾病到来。当一个人感觉到自己生病时,最初他可能并不知道也没有察觉到自己生病了,直到他们开始感觉到病痛和不舒服。健康的消极定义强调的是没有疾病,这也是医疗模式的基础。关于健康的消极定义提出了很多问题。特别是,病理学的定义意味着与一些普遍规范存在争议,比如可以通过自我评估判断是否健康。病理学中所认为的标准实际上存在于人体解剖学和生理学中。

世界卫生组织对健康的定义

现代社会第一个出现的对健康的积极定义是在 1948 年,世界卫生组织指出,健康不是指没有疾病或虚弱的消除,而是指生理、心理与社会适应的完好状态(Jackson et al., 1989)。生理健康包括身体功能的正常运作,生物学指标正常,身体健全,行动力健全。社会适应包括人际关系和更广泛的社会问题,如婚姻满意度、就业能力和社会包容性。人际、家庭和工作状态对于人的心理健康十分重要。心理健康包括自我效能感、主观幸福感、社会融入等概念,是人们适应环境和社会的能力。