

“ACROSS THE WELFARE AND HEALTH SECTOR THERE IS OFTEN A FEELING THAT IF YOU CAN'T COUNT IT, IT DOESN'T MEAN ANYTHING. THAT'S NOT TRUE: IT JUST MEANS YOU CAN'T COUNT IT.”



By Stephanie Brickman

«В СЕКТОРАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАЧАСТУЮ БЫТУЕТ МНЕНИЕ, ЧТО ТО, ЧТО НЕЛЬЗЯ ИЗМЕРИТЬ ПРИ ПОМОЩИ ЦИФР, НЕ ИМЕЕТ НИКАКОГО СМЫСЛА. НО ЭТО НЕ ТАК: ЭТО ОЗНАЧАЕТ ТОЛЬКО ТО, ЧТО ВЫ НЕ МОЖЕТЕ ИЗМЕРИТЬ ЭТО ПРИ ПОМОЩИ ЦИФР.»

Стефани Брикман

*Panorama People meets Professor Mark Jackson, Professor of the History of Medicine and co-Director of the WHO Collaborating Centre on Culture and Health at the University of Exeter.*

**You started your career as a medical doctor; what made you want to study medicine?**

As a child, I was fascinated by how people got ill and how people were made to feel better. My other interest was the nature of evidence, so I originally wanted to work as a coroner in forensic pathology. I was interested in how we use evidence to identify disease and how that contrasts with our personal understanding and experience of illness; following on from that, how do we begin to construct ways of coping with, managing and curing illness?

*В рубрике «Люди» мы беседуем с Марком Джэксоном, профессором истории медицины и содиректором Сотрудничающего центра ВОЗ по вопросам культуры и здоровья в Университете Эксетера.*

**Вы начинали свою карьеру как врач; что подтолкнуло вас к изучению медицины?**

В детстве меня поражало то, как люди заболевают и как им помогают выздороветь. Помимо этого, меня интересовала природа доказательств, поэтому изначально я хотел стать судебным патологоанатомом. Я интересовался тем, как диагностировать заболевание на основе полученных доказательных данных и как такой подход отличается от нашего собственного понимания и опыта переживания болезни, а также, отталкиваясь от вышесказанного,

I took a year out before studying medicine and worked as a nurse. This experience taught me that we needed to look at other ways of understanding illness and coping with it. There was a tension in me – I was concerned about the emotional side of medicine, but at the same time there was a part of me that just wanted to understand the processes from a scientific and clinical perspective.

As a junior doctor, I worked on a general medical ward, so most people had heart and lung conditions. Most of the problems they faced were not solvable through medicine alone. A patient would arrive, I'd give them appropriate treatment and hopefully they recovered. But then they'd have to go back home or back to their workplace and, actually what thwarted most of our efforts was not the technical but the social factors, especially finding the right place for someone to go to and the right kind of support at home and in the community. The tricky questions were: How do you provide community support? and Where do the resources come from? I was drawn to exploring the link between the scientific aspects of medicine on the one hand and the social aspects of medicine on the other, because I was seeing a significant mismatch between health-care services and patient welfare.

**Policy-makers traditionally turn to data and statistics to inform their decision-making. How would you sum up the contribution that humanities and social sciences can make to this very pragmatic sector?**

I think we haven't really worked out yet how qualitative evidence from the humanities and social sciences could be integrated into quantitative data and statistics to produce more meaningful and effective policies. I think there are indications of how it could be done with narrative evidence, for example. We have a whole body of evidence taken from anthropological studies, oral histories and patient participatory research that suggests that the way we live, behave and become ill is shaped by culture. But, at the moment we still don't have a mechanism for translating that knowledge into policy and practice. We all like stories because they grab our attention, but I think we are still struggling to find out whether that kind of evidence can then be translated into policy. So, that is the big challenge for people working in the medical humanities and social sciences.

тем, как мы можем разработать методики преодоления, ведения и излечения болезни.

В течение года до поступления в медицинский ВУЗ я работал медбратом. Этот опыт научил меня тому, что нам нужно искать другие подходы к пониманию болезни и ее преодолению. Я ощущал некоторое внутреннее противоречие: меня интересовал эмоциональный аспект медицины, но в то же время какая-то часть меня стремилась к пониманию медицинских процессов с научной и клинической точки зрения.

Затем я работал младшим врачом в отделении общей медицины, куда в основном попадали пациенты с болезнями сердца и легких. Большинство встречавшихся у них проблем нельзя было решить силами одной лишь медицины. Пациент поступал в отделение, я назначал ему соответствующее лечение и надеялся, что он выздоровеет. Однако после этого им нужно было возвращаться домой или на работу, и в действительности нашей работе больше всего мешали не медицинские, а социальные факторы, в особенности поиск подходящего места, куда можно было бы направить человека после выписки, равно как и возможностей получения им соответствующей поддержки дома и в социуме. Наиболее сложными вопросами были – как предоставлять поддержку силами местного сообщества и где взять необходимые для этого ресурсы. Меня увлекло изучение связи между научными аспектами медицины с одной стороны и социальными аспектами медицины с другой, потому что я наблюдал значительное несоответствие между предлагаемыми услугами здравоохранения и социальным благополучием пациентов.

**Люди, формирующие политику, традиционно обращаются к данным и статистике в качестве основы для принятия решений. Как бы вы вкратце охарактеризовали вклад, который могут внести в этот весьма прагматичный процесс гуманитарные и социальные науки?**

На мой взгляд, мы еще не выяснили, как качественные данные, формируемые гуманитарными и социальными науками, могут быть объединены с количественными данными и статистикой в целях выработки более осмысленных и эффективных мер политики. По моему мнению, уже имеются свидетельства того, как это можно сделать при помощи, к примеру, описательных данных. У нас есть целый

### **How does the work of the World Health Organization (WHO) Collaborating Centre on Culture and Health at the University of Exeter fit in?**

People usually think of evidence as statistics and numbers. However, those numbers don't mean anything until you understand how they are put together and that there are social and cultural considerations. Also, numbers and statistics are not the only forms of evidence we have: we also have our own stories and stories of communities. To make policy applicable, we need to come up with ways of harnessing this evidence. You can have national and international policies based on statistics, but when you try to apply those to a local region, because of social and cultural factors, it doesn't always work. Of course, understanding those social, political and cultural factors requires more than biomedical science – it also requires a humanities and social science perspective, and this is the contribution that scholars in the WHO Collaborating Centre are able to make.

### **There's a great deal of talk about well-being and how we measure it – what are your thoughts on this?**

Across the welfare and health sector there is often a feeling that if you can't count it, it doesn't mean anything. That's not true: it just means you can't count it. We live in a society in which we count things: we measure gross domestic product (GDP) and salaries and have metric scales for everything. I don't believe that we will ever be able to measure well-being in that way. Despite that, I think well-being is a really important concept. It brings quantitative evidence about objective indicators, such as income and GDP, education, and environment together with subjective accounts of health and illness: How do you feel? and How satisfied are you with your life?

In a theoretical sense, well-being operates as a tool for articulating the relationship between objective indicators, around the social determinants of health, and the cultural. As a tool for understanding how society impacts people's perception, I think well-being is really important. I don't know whether you can then use that to say anything meaningful about the state of nations, but it does encourage us to think beyond science and take into account the personal, subjective and emotional dimensions of life.

массив фактологических данных, полученных в рамках антропологических исследований, сбора анамнеза и исследований, проводимых при участии пациентов, которые предполагают, что то, как мы живем, ведем себя и заболеваем, определяется нашей культурой. Однако в настоящее время мы все еще не обладаем механизмом для переноса этих знаний в политику и практическую деятельность. Нам всем нравятся истории, поскольку они овладевают нашим вниманием, однако мне кажется, что нам все еще сложно понять, можно ли будет воплотить такого рода данные в конкретной политике. Соответственно, это остается большим вызовом для специалистов в области медицинских гуманитарных наук и социальных наук.

### **Какую роль в этой работе играет Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам культуры и здоровья в Университете Эксетера?**

В представлении людей фактические данные – это, как правило, статистика и цифры. Однако эти цифры ничего не значат до тех пор, пока вы не поймете, как они соотносятся друг с другом и что при их анализе нужно учитывать социальные и культурные аспекты. Кроме того, цифры и статистика – это не единственный доступный нам вид фактических данных: у нас также есть наши собственные истории и истории наших сообществ. Для того чтобы политика была практически применимой, нам необходимо найти способы использования такого рода данных. Меры национальной и международной политики могут быть основаны на статистике, но, когда вы попытаетесь применить их к местным условиям, они не всегда будут работать из-за определенных социальных и культурных факторов. Конечно, для понимания таких социальных, политических и культурных факторов требуется нечто большее, чем данные биомедицинских наук: для этого также необходим взгляд на проблему с точки зрения гуманитарных и социальных наук, и это именно тот вклад, который способны внести в данную работу ученые из Сотрудничающего центра ВОЗ.

### **Сейчас ведется много разговоров о благополучии и о том, как оценивать его уровень. Что вы думаете по этому поводу?**

В секторах социального обеспечения и здравоохранения зачастую бытует мнение, что то, что нельзя

Well-being shows clinicians and policy-makers that health is not just about numbers: it's also about people with emotions. We need to take emotions seriously if behaviour, lifestyle and health are going to change.

Having said that, I don't believe subjective well-being figures can be seen as an end-point in analysis or that they can be used in a simple way to develop policies. Well-being indicators are a starting point for analysis, leading us to ask why certain groups of people rate themselves as less happy than others. For example, why do schoolchildren in one country report high levels of pressure at school but also relatively high levels of well-being, when children in another country seem to experience lower levels of well-being even though they report lower levels of pressure?

Well-being indicators are not necessarily something that can feed directly into policy because they are rather blunt. But they can encourage policy-makers to ask questions. What is it about the social and the cultural that shapes our appreciation of welfare services or health? How can we relate social factors such as education or income to subjective well-being? Are there any lessons that we can learn that might lead to new ways of coping with ill health? Can we mobilize communities to be more resilient? Measuring well-being is not an end in itself. It's a tool for opening up debate.

### **What are your hopes for where this goes next?**

The key hope for me is that policy-makers and national and international health organizations invite scholars from the humanities into debates about achieving the goals of Health 2020 or the Sustainable Development Goals. I hope that we can identify a place in those broad global aspirations for scholars from the humanities and social sciences who can contribute to a shared aspiration to improve human health. My feeling is that if we only use technical and scientific expertise then we are not playing with a full deck of cards.

### **Do you believe that fully embracing medical humanities will have clinical benefits for people down the line?**

I hope so. One example of this is research on recovery from mental illness. In 2007, a WHO report on schizophrenia showed that where cultures encouraged

измерить при помощи цифр, не имеет никакого смысла. Но это не так: это означает только то, что вы не можете измерить это при помощи цифр. Мы живем в обществе, где все подсчитывается: мы измеряем валовой внутренний продукт (ВВП) и уровень зарплат, и у нас для всего есть своя система мер. Не думаю, что мы когда-либо сможем таким же образом измерять уровень благополучия. Несмотря на это, благополучие, на мой взгляд, является действительно важным понятием. Оно объединяет количественные данные по объективным показателям (таким как уровень дохода и ВВП, уровень образования и состояние окружающей среды) с субъективной оценкой здоровья и болезни: как человек себя чувствует и насколько он доволен своей жизнью.

В теоретическом смысле благополучие функционирует как средство выражения взаимосвязи между объективными показателями, касающимися социальных детерминант здоровья, и культурными аспектами. На мой взгляд, благополучие имеет чрезвычайное значение как средство понимания того, как общество влияет на человеческое восприятие. Не знаю, можно ли использовать это понятие для того, чтобы сказать что-либо значимое о состоянии наций, но оно действительно подталкивает нас к выходу за рамки анализа научных данных и к принятию во внимание личных, субъективных и эмоциональных аспектов жизни.

Благополучие показывает клиническим специалистам и лицам, формирующим политику, что здоровье – это не только цифры, это еще и люди с их эмоциями. Нам следует серьезно относиться к эмоциям, если мы хотим изменить поведение, образ жизни и состояние здоровья людей.

При этом я не считаю, что количественные показатели субъективного благополучия могут рассматриваться в качестве конечной точки в рамках анализа или что их можно с легкостью использовать для целей формирования политики. Показатели благополучия как исходная точка анализа подводят нас к вопросу о том, почему определенные группы людей считают себя менее счастливыми, чем другие. Например, почему в одной из стран школьники говорят о высоком уровне нагрузки в школе, сообщая при этом об относительно высоком уровне благополучия, тогда как дети в другой стране, по всей

community and family support, recovery from schizophrenia was much improved. This is a clinical benefit and, of course, there could be an economic benefit too. There is increasing evidence that taking care of social and cultural factors benefits patients and their families and increases economic efficiency. This reduces the burden on health-care systems.

### What's the next step?

In addition to good news last year about the University of Exeter's Centre for Medical History being designated a WHO Collaborating Centre on Culture and Health, the Wellcome Trust has awarded £4.1 million for a new Wellcome Centre for Cultures and Environments of Health at Exeter. The Centre will bring together scholars in the humanities, social sciences and biosciences with clinicians to identify ways in which qualitative evidence can enable health across the life-course. We want to demonstrate to policy-makers that this is feasible and can improve people's lives.

**Disclaimer:** The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization.

видимости, чувствуют себя менее благополучно, даже несмотря на то, что они сообщают о меньшей учебной нагрузке.

Показатели благополучия не обязательно могут служить непосредственным источником информации для формирования политики, потому что они довольно прямолинейны. Но они могут подтолкнуть политиков к тому, чтобы задавать дальнейшие вопросы. Что именно заставляет нас ценить здоровье или услуги в области социального обеспечения с социальной и культурной точек зрения? Каким образом мы можем соотнести социальные факторы, такие как образование или уровень дохода, с благополучием? Можем ли мы сделать из этого какие-нибудь выводы, которые могли бы привести к появлению новых подходов, помогающих людям справляться с болезнью? Можем ли мы мобилизовать местные сообщества, сделав их более жизнестойкими? Оценка уровня благополучия не является самоцелью. Это инструмент, открывающий возможности для дискуссии.

### В каком направлении, согласно вашим ожиданиям, эта работа будет развиваться в дальнейшем?

В первую очередь, я надеюсь, что лица, формирующие политику, а также национальные и международные организации здравоохранения пригласят ученых-гуманитариев к участию в дискуссиях, посвященных достижению целей политики «Здоровье-2020» и Целей в области устойчивого развития. Я надеюсь, что в рамках этих широких глобальных устремлений найдется место и для ученых из сферы гуманитарных и социальных наук, которые смогут внести свой вклад в достижение общей цели улучшения здоровья людей. Мне кажется, что, пользуясь только специальными и научными знаниями, мы играем колодой, в которой не хватает карт.

### Считаете ли вы, что использование в полной мере медицинских гуманитарных наук в дальнейшем приведет к улучшению клинических показателей пациентов?

Надеюсь, что да. Примером этого могут служить исследования процесса выздоровления лиц, страдающих психическими заболеваниями. В 2007 г. в докладе ВОЗ по шизофрении были представлены свидетельства того, что в странах, где культурная

традиция способствует получению пациентами поддержки со стороны общества и семьи, показатели выздоровления пациентов были значительно выше. Это явное улучшение клинических результатов, и, конечно же, оно может сопровождаться и экономической выгодой. Имеется все больше доказательств того, что работа с социальными и культурными факторами приносит пользу пациентам и их семьям и повышает экономическую эффективность, снижая нагрузку на системы оказания медицинской помощи.

### **Каким будет следующий шаг?**

Помимо радостной новости о назначении Университета Эксетера Сотрудничающим центром ВОЗ по вопросам культуры и здоровья в прошлом году, также необходимо упомянуть о том, что фонд Wellcome Trust выделил 4,1 млн фунтов стерлингов на создание нового Центра Wellcome Trust по изучению культур и средовых условий, благоприятствующих здоровью, в Эксетере. Центр будет объединять усилия ученых (гуманитариев, социологов и биологов) и клинических специалистов для поиска путей использования качественных данных в целях создания возможностей для поддержания здоровья на всех этапах жизни. Мы хотим продемонстрировать лицам, формирующим политику, что такой подход осуществим на практике и может привести к улучшению жизни людей.

**Отказ от ответственности:** Гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.