

# 健康意义、另类视角与本土情境

## ——“文化中心路径”对健康传播学的批判与重构

曹 昂

**内容提要** 面对全球健康不平等问题,学界开始反思由专家主导的健康传播项目的有效性和霸权支配问题。“文化中心路径”(culture-centered approach, CCA)从另类视角出发,生成了在边缘群体中进行健康传播研究的理论和实践方法,而目前国内学术界对 CCA 认识尚存不足。关于该理论,应从其对生物医疗和社会心理范式的批判和对健康传播研究的重构进行深入理解。从四个层面对 CCA 进行分析,可发现:在理论建构上,CCA 将文化置于理解健康意义的核心位置;在边界划定上,CCA 通过批判主导的健康传播研究和“文化敏感性”来突显另类视角的价值;在实践上,该研究路径致力于与社区民众的合作;在本土化层面,CCA 的运用能够拓宽国内健康传播研究的发展方向。

**关键词** 底层 社区 参与 健康叙事 主体性

### 一、引言

随着健康传播研究的发展,学者们对西方中心主义的信息传播模式的普适性问题提出质疑,并越来越重视文化和地方情境对于健康的影响<sup>①</sup>。发展于 21 世纪初的“文化中心路径”(culture-centered approach, CCA)对于反思主流健康传播理论,促进健康传播学对本土情境的关照有着重要的意义<sup>②</sup>。CCA 之出发点在于理解边缘群体<sup>③</sup>所经历的健康困境。在前述相关研究中,学者们发现促进个人行为改变的信息劝服模式成了专家“教育”受众的工具<sup>④</sup>,而在此基础上的健康传播项目维持了权力

① Airhihenbuwa, C. O., Obregon, R., “A Critical Assessment of Theories/Models Used in Health Communication for HIV/AIDS,” *Journal of Health Communication*, vol. 5, no. 1, 2000, pp. 5 - 15.

② Dutta, M. J., *Communicating Health: A Culture-Centered Approach*, Malden, MA: Polity Press, 2008.

③ 边缘群体在本文中与被主流社会边缘化的社区成员、社区民众、文化成员等概念互换使用。

④ Foss, S. K., Griffin, C. L., “Beyond Persuasion: A Proposal for an Invitational Rhetoric,” *Communication Monographs*, vol. 62, no. 1, 1995, pp. 2 - 18.

和社会结构的不平等<sup>①</sup>。因此,如何“真正”促进健康并兼顾社会公平,如何打破线性的、专家主导的信息传播模式,如何认识边缘群体在健康传播中的作用,对于这些问题的讨论促进了健康传播学范式的转换,即从后实证主义范式转向对更加多元范式的探索,其中 CCA 就是范式转换的方向之一<sup>②</sup>。

在中国本土情境下的健康传播研究中,文化是影响健康的重要社会情境因素,国内已有学者开始了对 CCA 的介绍和关注<sup>③</sup>。由于对 CCA 的认识不够深入,国内健康传播领域出现了对该理论范式误用的情况。例如,有学者尝试采用 CCA 应用于艾滋病的研究,出现将“文化敏感性”(culture sensitivity)当做 CCA 的误识<sup>④</sup>。类似误读容易在理论运用上造成“张冠李戴”,不仅无助于有效地指导研究和解释社会现象,更难以促进本土情境下的健康传播之文化取向的理论探索。

本文对健康传播学中的 CCA 进行全面阐述,旨在从理论、历史、方法和应用层面对该理论进行全方位的把握,讨论健康、文化与传播之间的关系是怎样的,探索如何建立一条“自下而上”的健康传播研究路径,思考边缘群体如何行使主体性,追问在中国情境下 CCA 对本土化的健康传播研究有着何种启示。本文期望为国内的学者提供一定理论借鉴,从而避免理论的误用,同时拓展国内健康传播理论和实践的视角,促进国内与国际学术研究的融合发展。

## 二、理解健康意义: CCA 的出发

本着建构主义的观点,CCA 认为健康传播是人们在互动中创造意义的过程,在这一过程中,语言、历史、社会结构和组织关系等要素皆影响了健康意义的构成,健康意义只有通过文化情境中的“内部人”才能表达出来<sup>⑤</sup>。这里的“内部人”特指边缘社区的成员,即在社会中处于不利地位的主体或共同体,往往具有种族、性别和阶层的特征,缺乏物质性资源,被系统性地排除在主流话语空间之外,在表达声音和参与社会实践上受到限制<sup>⑥</sup>。因此,将文化置于健康传播研究的中心,就是要从文化社区的内部来发展健康传播理论和实践。

① Lupton, D., "Toward the Development of Critical Health Communication Praxis," *Health Communication*, vol. 6, no. 1, 1994, pp. 55 - 67.

② Dutta, M. J., Zoller, H. M., "Theoretical Foundation: Interpretive, Critical, and Cultural Approaches to Health Communication," in H. M. Zoller, M. J. Dutta, eds., *Emerging Perspectives in Health Communication*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2008, pp. 1 - 27.

③ 徐开彬、万萍 《健康叙事研究的主要面向——基于 2007 - 2016 年〈健康传播〉文献的分析》,《武汉大学学报(哲学社会科学版)》2019 年第 4 期。

④ 邱鸿峰、彭璐璐 《集体主义文化与艾滋歧视报道的第三人效果》,《国际新闻界》2016 年第 21 期。

⑤ Sharf, B. F., Kahler, J., "Victims of the Franchise: A Culturally-Sensitive Model of Teaching Patient-Doctor Communication in the Inner City," in E. B. Ray, ed., *Communication and Disenfranchisement: Social Health Issues and Implications*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 1996, pp. 95 - 115.

⑥ Dutta, M. J., *Communicating Social Change: Structure, Culture, and Agency*, New York: Routledge, 2011.

## （一）本体论

CCA 关注的是全球南方<sup>①</sup>的健康传播经验，从健康富有者（health rich）和健康贫困者（health poor）之间的“鸿沟”出发，旨在以另类视角重塑健康传播理论，服务于边缘群体的健康话语生产<sup>②</sup>。CCA 提出了一个三维体系的本体论，即结构（structure）、主体性（agency）和文化（culture），认为要把握边缘群体的健康意义的建构过程，应该首先认识三者的互动关系。

### 1. 结构

结构指的是“社会中的各类组织、过程和系统，其决定了社会如何结合和运转，决定了成员之间以及个人与社会组织之间如何互动”<sup>③</sup>，其具体表现为衣食住行、医疗服务和社会组织制度等物质现实。结构定义了健康情境的可能范围，既限制又实现了人类的社会行动<sup>④</sup>。文化成员在结构的制约或促进中赋予了社会实践以意义，因此传播可以理解为主体在与结构的互动中建构、协商和改变文化意义的过程<sup>⑤</sup>。

结构发挥作用的重要结果之一就是资源的分配，社会经济地位的差异造成了健康水平的差距和健康医疗资源的分配不均<sup>⑥</sup>。CCA 的研究者们调查了孟加拉国农民如何建构日常生活中的健康意义，发现该群体认为自己做出的健康选择是衡量了结构性障碍的结果，这些障碍包括生活贫困、缺少医疗资源，需要承担家庭责任和保证工作收入等<sup>⑦</sup>。CCA 认为，健康首先取决于基本生活资源的满足，当衣食住行成为问题的时候，健康自然不会被人们所重视，因此在健康传播研究中应首先关注社区对基本资源的近用性，包括应该实现何种基本资源，以及人们对资源的近用性是如何受到限制的。

### 2. 主体性

CCA 在认识论上肯定了文化群体或社区的主体性，认为其具有做出健康选择并投入健康实践的能力<sup>⑧</sup>。文化群体的主体性是通过其与结构的互动表现出来的，一方面人们积极参与社会生活，利用可及的条件开展健康活动，另一方面，人们还会挑

① 全球南方指的是在地理，经济和政治上处于不利地位的民族国家，包括拉丁美洲、非洲和亚洲的国家。这些地区在发展逻辑下通常被称为不发达国家。

② Dutta-Bergman, M. J., "The Unheard Voices of Santalis: Communicating about Health from the Margins of India," *Communication Theory*, vol. 14, no. 3, 2004, pp. 237 - 263.

③ Dutta, M. J., *Communicating Health: A Culture-Centered Approach*, Malden, MA: Polity Press, 2008, p. 62.

④ Jamil, R., Dutta, M. J., A Culture-Centered Exploration of Health: Constructions from Rural Bangladesh," *Health Communication*, vol. 27, no. 4, 2012, pp. 369 - 379.

⑤ Dutta-Bergman, M. J., "Poverty, Structural Barriers and Health: A Santali Narrative of Health Communication," *Qualitative Health Research*, vol. 14, no. 8, 2004, pp. 1 - 16.

⑥ Dutta-Bergman, M. J., "Theory and Practice in Health Communication Campaigns: A Critical Interrogation," *Health Communication*, vol. 18, no. 2, 2005, pp. 103 - 122.

⑦ Dutta, M. J., Basu, A., "Health Among Men in Rural Bengal: Exploring Meanings Through a Culture-Centered Approach," *Qualitative Health Research*, vol. 17, no. 1, 2007, pp. 38 - 48.

⑧ Dutta, M. J., *Communicating Social Change: Structure, Culture, and Agency*, New York: Routledge, 2011, p. 6.

战限制性的结构来谋求健康水平的提高<sup>①</sup>。在此,应该将主体性与社会心理学范式下的“自我效能”概念区别开来,“自我效能”将个体的能动意识纳入心理层面的态度表达上,而 CCA 提出的主体性强调了主体对结构性障碍的识别和对资源的利用能力。在对尼泊尔农村女性的生育健康研究中,学者们将主体性定义为该群体在母职(motherhood)建构过程中的“生存手段”。一方面尼泊尔农村女性再构了母职观念,将生育的意义置于被家族接纳和提升个人地位的文化环境中,并试图通过生育来获得日后决定自己生活的能力<sup>②</sup>;另一方面,该群体讲述了在物质条件的限制下进行计划生育的方式和策略<sup>③</sup>。

在健康传播研究中肯定边缘群体的主体性就是要认识到主体不应该是被“教育”和“说服”的,人们有决定自己的生活的能力,有发展认识和采取行动的能力,有与健康情境进行协商和互动的能力。在历史的进程中,边缘群体的主体性往往被忽略了,他们的声音无法进入主流的社会空间,他们的健康经验不被重视,因此 CCA 就是要建构“缺席者的理论”<sup>④</sup>,重视主体对健康问题提出的另类表达,即挑战主导的文化意义和建构新的意义。而正是这些另类表达指明了健康传播研究和实践的方向。

### 3. 文化

文化是共享的象征与意义体系<sup>⑤</sup>。将文化情境置于 CCA 中的核心位置,是为了强调社区成员的积极参与、创造意义、价值观和实践,这肯定了边缘群体的主体性。由于社区成员对自己被边缘化过程的理解具有文化属性,因此研究者应当寻找关于健康的本土解释,发展基于内部文化的解决办法,在改变结构和资源近入性的策略上也应该融合文化的要素<sup>⑥</sup>。例如,对黎巴嫩老年妇女的研究显示,宗教对人们的健康观念有着重要的影响,出于对上帝的信仰,人们更加重视健康的积极意义,在缺少医疗资源的环境中也更加重视家人之间的相互支持<sup>⑦</sup>。

CCA 建构了结构、主体性和文化三者的互动过程,即结构限制或实现了人们的行动,社区成员在既有的结构中行使主体性,主体之间及其与结构的互动过程组成

① Dutta, M. J., *Communicating Health: A Culture-Centered Approach*, Malden, MA: Polity Press, 2008.

② Basnyat, I., Dutta, M. J., “Reframing Motherhood Through the Culture-Centered Approach: Articulations of Agency among Young Nepalese Women,” *Health Communication*, vol. 27, no. 3, 2012, pp. 273 – 283.

③ Basnyat, I., Dutta, M. J., “Reframing Motherhood Through the Culture-Centered Approach: Articulations of Agency among Young Nepalese Women,” *Health Communication*, vol. 27, no. 3, 2012, pp. 273 – 283.

④ Dutta-Bergman, M. J., “The Unheard Voices of Santalis: Communicating about Health from the Margins of India,” *Communication Theory*, vol. 14, no. 3, 2004, pp. 237 – 263.

⑤ (美)克利福德·格尔兹《文化的解释》,纳日碧力戈等译,上海:上海人民出版社,1999年。

⑥ Dutta-Bergman, M. J., “Poverty, Structural Barriers and Health: A Santali Narrative of Health Communication,” *Qualitative Health Research*, vol. 14, no. 8, 2004, pp. 1 – 16.

⑦ Yehya, N. A., Dutta, M. J., “Health, Religion, and Meaning: A Culture-Centered Study of Druze Women,” *Qualitative Health Research*, vol. 20, no. 6, 2010, pp. 845 – 858.

了文化意义、价值观和社会实践，文化又反过来指导了社区成员的日常生活实践，塑造了社会结构和本土情境<sup>①</sup>。在这样一个三维系统的运转作用下，社区成员形成了内部的健康经验。而理解和再现文化社区的健康经验，是 CCA 指导下的健康传播研究的首要任务。

## （二）CCA 的理论源流

CCA 是印度学者莫汗·杜塔 (Mohan J. Dutta) 在底层研究、发展研究、健康传播学等研究领域的基础上所建构的理论。他在 2004 年发表的两篇对于印度贫困社区的实证研究论文中总结了结构性障碍对于健康的重要性，揭示了贫困群体的健康意义及其抗争性的健康实践<sup>②</sup>。随后以杜塔为核心的研究者们通过大量的实证研究，基于访谈和民族志资料，利用扎根理论的分析方法，逐步理论化了 CCA。对 CCA 理论的阐释与应用主要体现在杜塔的两本专著之中，分别是《传播健康：一个文化中心路径》(2008 年) 和《传播社会变革：结构、文化和主体性》(2011 年)。

底层研究 (subaltern studies) 指的是 20 世纪 70 年代末发展起来的印度知识分子对精英主义史观的批判<sup>③</sup>，其根植于后殖民主义传统，是 CCA 的首要理论来源。由精英建构的主流历史叙述建立了“理性/非理性”、“科学/迷信”、“现代/传统”的二分法知识论，将底层 (subaltern) 建构为“他者”，置于边缘、沉默的位置，从而再生产和维系了现代社会的权力关系<sup>④</sup>。CCA 首先延续了底层的概念。底层，亦称庶民，是安东尼奥·葛兰西 (Antonio Gramsci) 在《狱中札记》中提出的，拉纳吉特·古哈 (Ranajit Guha) 将其指代为南亚社会中处于被宰制地位的下层。从传播学角度来讲，“底层” (subalternity) 还指涉在主流话语空间中缺席和被忽视的状态<sup>⑤</sup>。CCA 将底层研究的对象扩展到在社会中处于不利地位的群体，超出了原有的“边缘之边缘”的概念<sup>⑥</sup>。底层研究的目标是恢复庶民说话的位置，谛听“历史的细语”<sup>⑦</sup>，而实现这一目标的关键是解构精英书写历史的过程，打造多元化的诠释空间。

底层研究对健康领域投入了极大的关注，认为健康和医学话语背后体现的是欧洲殖民扩张的本质，而底层的疾患叙事常常干扰了西方医学文明的解释，具有抵抗

① Dutta, M. J., *Communicating Health: A Culture-Centered Approach*, Malden, MA: Polity Press, 2008.

② 这两篇论文指的是 “Poverty, Structural Barriers and Health: A Santali Narrative of Health Communication” “The Unheard Voices of Santalis: Communicating about Health from the Margins of India”。

③ 王庆明 《底层视角及其知识谱系——印度底层研究的基本进路检讨》，《社会学研究》2011 年第 1 期。

④ 许兆麟、刘健芝 《序一：一线之差——封闭/开放的（历史）阅读》，刘健芝、许兆麟编 《庶民研究》，北京：中央编译出版社，2005 年。

⑤ Dutta, M. J., *Communicating Health: A Culture-Centered Approach*, Malden, MA: Polity Press, 2008.

⑥ Dutta, M. J., Pal, M., “Dialog Theory in Marginalized Settings: A Subaltern Studies Approach,” *Communication Theory*, vol. 20, no. 4, 2010, pp. 363 - 386.

⑦ (印度) 拉纳吉特·古哈 《历史的细语》，刘健芝、许兆麟编 《庶民研究》，北京：中央编译出版社，2005 年，第 339 页。

性和解放性的意义<sup>①</sup>。CCA认为主流健康传播运动与殖民话语如出一辙，“自上而下”地将底层塑造为被动的、原始的和需要发展干预的受众。因此，CCA认为要通过再现缺席的声音来挑战主导话语，通过与底层社区对话来建构健康的另类内涵<sup>②</sup>。由于底层研究对CCA的重要意义，CCA亦可以称为后殖民主义健康传播理论<sup>③</sup>。

CCA的另一个理论源流是以批判新自由主义为核心的发展研究，其与后殖民理论也密不可分。新自由主义指的是一种资本主义的政治经济实践，包括私有化、市场自由和减少政府干预等在内的制度框架<sup>④</sup>。阿图罗·埃斯科瓦尔（Arturo Escobar）的《遭遇发展》（2011年）一书描绘了新自由主义意识形态下的全球化进程对第三世界的影响，主导的健康政策和健康干预项目由地方精英、全球运动策划者和国际机构制定，采用欧洲中心主义的“现代化”元叙事建构了“现代”和“传统”的二元对立结构，打着“赋权”、“参与”和“发展”的旗号在第三世界国家进行发展实践，实际上维持了全球结构性不平等的现状。全球健康传播运动的背后是国际霸权主义和跨国公司的利益，其通过世界银行、国际货币基金组织、世界贸易组织等国际机构开展干预计划，将第三世界纳入到全球资本市场之中，这造成了对第三世界的剥削，导致了社会不平等的加剧和健康状况的恶化<sup>⑤</sup>。CCA认为文化社区的边缘化具有双重性质，边缘地区不仅在话语空间中缺席和消声，还被发展理论和实践建构为新自由主义的经济利益资源<sup>⑥</sup>。因而CCA就是要打破由精英主导的发展逻辑，在“地方—国家—全球”的发展结构中突出底层社区的声音<sup>⑦</sup>。

作为健康传播学的理论，CCA是在公共健康学与传播学融合的基础之上发展起来的<sup>⑧</sup>。公共健康学关注社会决定因素（包括阶层、社会网络、邻里社区和环境状况等）对健康的影响<sup>⑨</sup>。迈克尔·马尔莫（Michael Marmot）提出了“健康的社会梯度”概念，认为社会经济地位高的人比社会经济地位低的人拥有更好的健康程度，

- ① [印度]拉纳吉特·古哈《历史的细语》，刘健芝、许兆麟编《庶民研究》，北京：中央编译出版社，2005年，第339页。
- ② Dutta, M. J., "Communicating about Culture and Health: Theorizing Culture-Centered and Cultural Sensitivity Approaches," *Communication Theory*, vol. 17, no. 3, 2007, pp. 304-328.
- ③ Dutta-Bergman, M. J., "The Unheard Voices of Santalis: Communicating about Health from the Margins of India," *Communication Theory*, vol. 14, no. 3, 2004, pp. 237-263.
- ④ [美]大卫·哈维《新自由主义简史》，王钦译，上海：上海译文出版社，2010年。
- ⑤ [美]阿图罗·埃斯科瓦尔《遭遇发展》，王淳玉、吴惠芳、潘璐译，北京：社会科学文献出版社，2011年。
- ⑥ Dutta, M. J., "Decolonizing Communication for Social Change: A Culture-Centered Approach," *Communication Theory*, vol. 25, no. 2, 2015, pp. 123-143.
- ⑦ Dutta, M. J., "Culturally Centering Social Change Communication: Subaltern Critiques of, Resistance to, and Re-imagining of Development," *Journal of Multicultural Discourses*, vol. 13, no. 2, 2018, pp. 87-104.
- ⑧ Marshall, A. A., McKeon, J. K., "Reaching the 'Unreachables': Educating and Motivating Women Living in Poverty," in E. B. Ray, ed., *Communication and Disenfranchisement: Social Health Issues and Implications*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 1996, pp. 137-155.
- ⑨ Viswanath, K., Emmons, K. M., "Message Effects and Social Determinants of Health: Its Application to Cancer Disparities," *Journal of Communication*, vol. 56, no. s1, 2006, pp. S238-S264.

因此解决不同群体健康差距的关键就在于促进社会公平<sup>①</sup>。“知识沟”理论在公共健康学和传播学之间架起了桥梁，该理论指出信息在社会系统中的分布是不均匀的，社会经济地位影响了人们对信息资源的近用性和对知识的处理方式，因此在研究中纳入对结构性要素的分析，能够深化对于健康传播效果研究的理解<sup>②</sup>。CCA 将关注边缘群体的健康传播研究经验作为立论基础，建构了从文化视角进行批判分析的研究路径。柯林斯·爱尔赫布瓦（Collins C. Airhihenbuwa）在《健康与文化：超越西方范式》（1995年）一书中提出健康作为文化的产物是“再现政治”（politics of representation）的体现，传统的健康促进和疾病预防实践采取的是西方中心主义的医疗范式，其一方面将异质群体及其文化建构成“他者”，另一方面认为文化中充满了对健康的错误理解，将文化再现为一种行为改变的障碍，而不是一种优势力量<sup>③</sup>。爱尔赫布瓦认为应该建构一条关于健康议题的“文化中心路径”，即将“他者”的经验置于主流社会实践的中心，因为这对于中心和边缘区域都是有利的<sup>④</sup>。

通过将文化从消极建构转向积极诠释，CCA 认为文化在健康传播项目中不应该被抛弃或受到规训，而应该是批判性的存在，用来解构主导的价值观，挑战既有的社会和文化秩序。对于文化意义的重塑，首先要从解构主导的健康传播研究和实践项目入手，对主导范式推崇的知识和话语生产方式提出质疑<sup>⑤</sup>。

### 三、建构另类视角：CCA 在健康传播学中的定位

健康传播学的理论可以归为四种范式<sup>⑥</sup>：后实证、诠释、批判以及文化取向<sup>⑦</sup>。其中后实证取向是研究的“主流”（mainstream），也被称作主导范式<sup>⑧</sup>，包括一系列常用的行为改变理论<sup>⑨</sup>，关注的是健康传播的功能价值，后面三种取向都属于“新兴视角”（emerging perspective）。

- 
- ① [英] 迈克尔·马尔莫 《健康鸿沟：来自不平等世界的挑战》，俞敏译，北京：人民日报出版社，2018年。
- ② Finnegan, J. R., Viswanath, K., "Communication Theory and Health Behavior Change: The Media Studies Framework", in K. Glanz, F. M. Lewis, B. K. Rimer, eds., *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, San Francisco: Jossey-Bass, 1997, pp. 313 - 341.
- ③ Airhihenbuwa, C. O., Obregon, R., "A Critical Assessment of Theories/Models Used in Health Communication for HIV/AIDS," *Journal of Health Communication*, vol. 5, no. 1, 2000, pp. 5 - 15.
- ④ Airhihenbuwa, C. O., *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm*, Thousand Oaks, CA: Sage, 1995, p. 7.
- ⑤ Dutta, M. J., *Communicating Health: A Culture-Centered Approach*, Malden, MA: Polity Press, 2008.
- ⑥ 所谓范式指的是学术界所持有的一系列世界观和信念集合，不同的范式之间既是相互排斥的也是相互渗透的，学者们总会选择置于某种范式之下来进行研究。
- ⑦ Zoller, H. M., Dutta, M. J., eds., *Emerging Perspectives in Health Communication*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2008.
- ⑧ 后实证范式有多种命名标签，例如功能主义、定量、还原论、主导、传统等。
- ⑨ 例如：控制点理论（locus of control）、健康信念模式（health belief model）、社会认知理论（social cognitive theory）、保护动机理论（protection motivation theory）、理性行为理论（theory of reasoned action）、计划行为理论（theory of planned behavior）、详尽可能性模式（elaboration likelihood model）、拓展的平行过程模式（extended parallel process model）和行为分阶段转变理论模式（transtheoretical model of change）、行为整合模型（integrated model of behavior）等。

CCA 是在对传统的功能主义理论和实践的批判上发展出来的。所谓“传统”是指在健康传播学发展过程中，引入最早的、研究最多的、处于主导地位的研究范式<sup>①</sup>。学界普遍将斯坦福心脏病预防计划作为传播学介入健康研究的开端，即通过制作信息来改变人们的心脏病预防行为<sup>②</sup>。在传播效果研究的召唤下，基于“知——信——行”的行为改变模式成为健康传播研究的主要内容，并通过专家建构、学术杂志的筛选和成果积累，确立了其在学术研究中的主导位置。CCA 的任务一方面在于解构主导的健康传播范式，另一方面在于建构另类的范式。

### （一）解构主导的健康传播范式

本文从 11 个方面总结了 CCA 对主导范式的解构及其内涵（详见表 1）。主导范式下的研究基于生物医疗模式和社会心理传统，从后实证取向来调查个人的健康知识、信念和行为，识别不利因素，从而为专家设计健康信息提供支持，该范式在关于戒烟、药物滥用、交通安全、疫苗、饮食、乳腺癌筛查等议题中有广泛的应用<sup>③</sup>。在这一过程中，专家处于主导地位，即权力关系中的优势一方，因而健康传播是“自上而下”的，目标是说服受众改变健康行为。由此可见，主导范式下的研究和实践通过将社区成员置于被动的受众地位，系统性地边缘化了文化族群，由精英主义和专家主导的健康传播项目让边缘群体变得沉默。这样的健康干预实际上有利于特权阶层，维持了健康状况存在差距的现状。

表 1 健康传播学的主导范式与 CCA 的区别

区别	主导范式	文化中心路径
研究传统	生物医疗模式、社会心理学	底层研究、发展研究
认识论	后实证主义取向	文化取向
理论框架	知识、信念、行为	结构、主体、文化
推崇知识	专家知识	社区知识
核心信息	外部：专家设计的说服信息	内部：底层的健康叙事
媒介研究	传播信息进行媒介干预	发掘社区的传播方式、集体行动
信息流向	线性：中心到边缘	对话、参与、共建
对象角色	被动的目标受众	能动的社区成员
权力关系	专家与目标受众权力关系不平等	社区成员与研究者处于平等的位置
研究路径	“自上而下”的传播路径	“自下而上”的传播路径
项目目标	改变个人层面的知识、态度和行为	理解健康意义，扩展话语空间，促进社会结构改变

① 在这一界定下，“传统”一词不具有“过时”、“原始”和“陈旧”的意思。“传统”亦可表述为“主流”和“主导”，因此，在本文中这三个词将互换使用。

② Kreps, G. L., “Setting the Agenda for Health Communication Research and Development: Scholarship That Can Make a Difference,” *Health Communication*, vol. 1, no. 1, 1989, pp. 11 – 15.

③ Murray-Johnson, L., Witte, K., “Looking toward the Future: Health Message Design Strategies,” in T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller, R. Parrot, eds., *Handbook of health communication*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2003, pp. 473 – 496.



对于主导范式的研究，学术界掀起了主动性的反思，CCA 即为反思的成果之一。该理论确立了“结构-主体-文化”三维互动的分析框架，通过将社区知识置于核心位置来颠覆专家话语，关注的是底层的健康叙事而不是由专家设计信息，强调另类文化理性的价值。来自社区成员内部的能动表达和实践经验，反映了“自下而上”健康传播进程，其超越了传统健康干预活动的目标，致力于理解健康意义、扩展话语空间，寻求政策的、权力关系的和社会结构的改变。由此可见，CCA 挑战了主导范式下的理所当然的思维定势。

第一，挑战传统健康传播研究的受众观。在主导范式中，受众被认为是原始的、落后的和被动的，他们是缺乏自主性的群体，不能自我决定和做出正确的健康决策，因此需要外部专家进行干预<sup>①</sup>。而 CCA 强调社区成员是具有能动性的主体，能够在结构的限制或变化中寻求健康资源，在对印度桑塔利人的研究中发现，贫困群体会动用各种可以利用的手段（如西医、顺势疗法和精神疗法等）来治疗疾病，这是他们在综合考虑医疗资源的近用性、疾病的性质、治疗成本和收益之后做出的选择<sup>②</sup>。

第二，批判个人主义偏见和对情境的忽视。主导范式在认识论上将健康问题归结于个人的责任，人们对健康的认识和行动都是个体层面的选择过程<sup>③</sup>。“个人理性”这一假设是主导范式关注个体层面的行为改变的认识基础，但一些研究显示人们采取健康行为的时候往往不是“理性的”<sup>④</sup>。例如虽然人们能够认识到吸烟有害健康，但是受到生理状况、商业活动和缺乏社会支持等因素的影响，人们无法将“吸烟有害健康”的信息内化成态度和实际的行动。CCA 指出，主导范式忽视了结构性因素和文化的中心作用，忽视了健康意义产生的社会历史情境<sup>⑤</sup>。与之相对，CCA 认为应该立足于集体主义和社群层面来研究健康问题，强调人们的健康行为和健康决策受到集体文化、身份和背景的影响。

第三，解构健康传播信息中的“普遍真理”，即西方的的价值观、道德感和意识形态<sup>⑥</sup>。全球化过程造成了北方世界和南方世界的区隔，欧洲中心的知识系统成为解释健康问题的唯一资源，健康传播项目被赋予了现代性和启蒙性的内涵。这一过程将社区成员对问题的定义和文化认识排除在外，造成了底层声音缺席的状态。CCA 致力于从本土文化中寻求“另类理性”（alternative rationality），其目的首先在于寻求

① Freimuth, V. S., Mettger, W., "Is There a Hard-to-Reach Audience?" *Public Health Reports*, vol. 105, no. 3, 1990, pp. 232-238.

② Dutta-Bergman, M. J., "Poverty, Structural Barriers and Health: A Santali Narrative of Health Communication," *Qualitative Health Research*, vol. 14, no. 8, 2004, pp. 1-16.

③ Dutta, M. J., *Communicating Health: A Culture-Centered Approach*, Malden, MA: Polity Press, 2008.

④ Freimuth, V. S., "Theoretical Foundations of AIDS Media Campaigns," in T. Edgar, M. A. Fitzpatrick, V. S. Freimuth, eds., *AIDS: A Communication Perspective*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1992, pp. 91-110.

⑤ Dutta-Bergman, M. J., "Theory and Practice in Health Communication Campaigns: A Critical Interrogation," *Health Communication*, vol. 18, no. 2, 2005, pp. 103-122.

⑥ Dutta-Bergman, M. J., "The Unheard Voices of Santalis: Communicating about Health from the Margins of India," *Communication Theory*, vol. 14, no. 3, 2004, pp. 237-263.

对健康意义的内部定义，这往往涉及到一些另类治疗经验，例如顺势疗法、整骨疗法、针灸、按摩、草药治疗等，同时还关注本土经验如何解释身体、意识和精神之间的平衡关系<sup>①</sup>。但是 CCA 并不是要推广这些具体的操作方法，而是通过这些本土信念来理解人们如何理解健康和协商日常生活实践。其次，CCA 致力于通过“另类理性”来挑战生物医疗话语的主导地位，例如很多文化群体都会认为现代医疗技术是对身体的侵犯，并且医疗制度和医生的诊疗方式也缺乏对个人的尊重。

第四，质疑传播效果研究的有效性。在“知-信-行”框架下，健康促进计划致力于设计说服项目，制作健康信息，通过宣传册、报纸、广播、电视或互联网平台等渠道发布信息。但是行为改变的干预效果存在有限性和短效性，无法解决根本的结构障碍，以及满足底层的基本生活需求<sup>②</sup>。同时，“自上而下”传播模式塑造了信息从权力中心向边缘流动的过程，从而合法化了不平等的权力关系；最终还是维护了当下的社会结构和现有的资源分配条件。

主流的健康传播研究关注的是主流社会和中、上阶层的健康议题，国际健康传播项目亦是发达国家将自己关心的健康议程植入发展中国家的表现，这实则扩大了阶层和地域之间的健康差距，而不是缩小健康“鸿沟”<sup>③</sup>。在这一过程中，处于现代和传统之间的文化社区被国家精英所边缘化，底层的的声音被忽视了。CCA 因而提出要反思“中心-边缘”的二元模式和全球化的历史进程，关注第三世界文化社区的声音，建立为底层发声的另类传播路径。

## （二）超越“文化敏感性”

并不是所有重视文化在健康传播中的作用的研究都算是 CCA 的研究；或者说，那些运用文化要素来改变人们健康行为的研究不是 CCA 的研究。大量的主导范式下的健康传播研究采用的是“文化敏感性”的视角，其应该与 CCA 区别开来。

在美国移民社会的文化多样性的情境之下，学者们关注了“文化敏感性”在医患关系领域的应用，即医生在与病人沟通的时候使用与文化背景相关的知识来进行交流和提供治疗建议，目的是通过有效的传播来提高治疗的效果。研究者们细致总结了在医患沟通中的 8 个“文化敏感性”要素，包括语言、角色、隐喻、知识、概念、目标、方法和情境<sup>④</sup>。这些研究要求医生在医疗活动中采用适合的语言，具备文

① Sharf, B. F., Kahler, J., "Victims of the Franchise: A Culturally-Sensitive Model of Teaching Patient-Doctor Communication in the Inner City," in E. B. Ray, ed., *Communication and Disenfranchisement: Social Health Issues and Implications*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 1996, pp. 95 - 115.

② Dutta-Bergman, M. J., "Theory and Practice in Health Communication Campaigns: A Critical Interrogation," *Health Communication*, vol. 18, no. 2, 2005, pp. 103 - 122.

③ Dutta-Bergman, M. J., "Poverty, Structural Barriers and Health: A Santali Narrative of Health Communication," *Qualitative Health Research*, vol. 14, no. 8, 2004, pp. 1 - 16.

④ Bernal, G., Bonilla, J., Bellido, C., "Ecological Validity and Cultural Sensitivity for Outcome Research: Issues for the Cultural Adaptation and Development of Psychosocial Treatments with Hispanics," *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 23, no. 1, 1995, pp. 67 - 82.

化知识，理解文化价值观，在与病人交流和提供治疗建议时应考虑到文化的影响<sup>①</sup>。

“文化敏感性”来源于公共健康领域，虽然其致力于挑战医生主导的医疗模式，但又与 CCA 有着本质上的差别。杜塔在 2007 年的文章中，详细区分了“文化敏感性”和 CCA 在健康传播研究中的运用，他认为“文化敏感性”路径致力于发展适合文化的健康传播项目，用以改变特定文化群体的态度、信念和行为<sup>②</sup>。因此，“文化敏感性”反映的是主导范式对文化的认识，而 CCA 力求超越这一认识。

表 2 “文化敏感性”与 CCA 的区别

区别	文化敏感性	文化中心路径
文化概念	价值观变量	意义网络
文化来源	静态的、由专家识别的	动态的、根植于日常生活中的
文化属性	文化是健康问题的障碍	文化是关于健康的“另类理性”
健康意义	固定的、集合性的、统一的	变化的、多样的、矛盾的、竞争的
健康问题	外部的健康议程	社区对健康的定义
解决办法	在专业知识中加入文化的要素	从社区内部发展的解决办法
关系建立	专家和受众建立亲密关系	团结社区成员、学者和行动者
项目目标	促进健康结果，改善病人的体验	改变限制健康的结构性障碍
健康行动	医疗系统中的健康促进和疾病预防	文化成员在日常生活中的实践和抗争

“文化敏感性”<sup>③</sup>的概念指的是“在目标健康促进材料和项目中，或多或少地加入目标人群的民族/文化特征、经验、规范、价值观、行为模式和信念，以及与之相关的历史、环境和社会力量要素。”<sup>④</sup>在“文化敏感性”的研究中，文化被视为静态的、稳定的价值观集合，例如“个人主义-集体主义”价值观。专家可以客观地发现文化的特征，对其进行分类、概念化和操作化，发展量表来测量多样化的行为结果，并建立与之相对应的健康传播实践。因此，专业知识仍旧由外部专家控制，他们决定了健康传播的目标、信息设计和评估。在现实医疗情境中，“文化敏感性”力求通过医患之间的相互理解和建立亲密关系来让病人配合治疗，促进病人的医疗效果<sup>⑤</sup>。在这一过程中，医患之间的权力关系和社会医疗制度很难产生实质性的变化。

① Ulrey, K. L., Amason, P., “Intercultural Communication Between Patients and Health Care Providers: An Exploration of Intercultural Communication Effectiveness, Cultural Sensitivity, Stress, and Anxiety,” *Health Communication*, vol. 13, no. 4, 2001, pp. 449-463.

② Dutta, M. J., “Communicating about Culture and Health: Theorizing Culture-Centered and Cultural Sensitivity Approaches,” *Communication Theory*, vol. 17, no. 3, 2007, pp. 304-328.

③ “文化敏感性”有很多相似的概念，如文化能力（cultural competence）、多文化性（multicultural）、文化拆解（cultural tailoring）、基于文化（culturally based）等。

④ Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., Braithwaite, R. L., “Cultural Sensitivity in Public Health: Defined and Demystified,” *Ethnicity & Disease*, vol. 9, no. 1, 1999, pp. 10-21.

⑤ Sharf, B. F., Kahler, J., “Victims of the Franchise: A Culturally-Sensitive Model of Teaching Patient-Doctor Communication in the Inner City,” in E. B. Ray, ed., *Communication and Disenfranchisement: Social Health Issues and Implications*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 1996, pp. 95-115.

与之相反, CCA 认为文化是动态的、变化的和构成性的意义网络, 其既根植于文化社区内部, 又回应着地区、国家和全球在政治、经济和传播方面的变化, 因此反映出了政治性和竞争性的特征<sup>①</sup>。CCA 目标是发展对健康意义建构的复杂理解, 而不是找到固定的意义集合。区别“文化敏感性”和 CCA 的关键在于, 首先, 健康传播研究或实践执行的是外部议程还是发掘社区内部对问题的定义, 是否从社区内部中发展解决办法; 其次, 健康传播最终的目标是关注个人的健康, 还是解决围绕健康的结构性因素。因此, CCA 通过强调社区成员的经验故事、抵抗性的传播策略和“另类理性”, 突出了文化作为竞争的意义建构场域和激进的表达场域的功能, 从而赋予了文化以促进社会改变的意义<sup>②</sup>。

#### 四、重塑方法与实践: CCA 的操作要义

日常生活经验是 CCA 的研究对象, 这是因为底层意识是在从属阶级的日常生活经验中发展而来的, 底层群体在日常的抵抗和斗争中维持了集体身份认同<sup>③</sup>。在健康领域, 主导范式采用的是医疗话语的“疾病”(disease) 视角, 而病人采用的“疾痛”(illness) 视角代表了“日常生活的声音”, 包含了家庭、工作、组织和社会结构对健康的影响<sup>④</sup>。对于日常生活经验的重视驱使 CCA 采用与之相适应的研究方法。

##### (一) CCA 的方法论

主流的健康传播研究较多地采用了量化的研究方法, 但是 CCA 认为以调查问卷和实验为主的量化研究无法把握现实情境, 在信息干预的时候也很难还原人们接收信息的具体场景。一些研究对被访者设置了门槛, 例如基本的教育水平和识读能力等, 这些方法可能会限制边缘社区参与者的主体性的发挥。因此, CCA 倾向于采用质化的研究方法, 包括深度访谈、焦点小组、社区会议、参与式观察和民族志等<sup>⑤</sup>。

在数据分析上, CCA 常以扎根理论作为质化数据分析的工具<sup>⑥</sup>, 该方法有助于理解本土健康意义和实践的复杂性, 能够从文化情境中建构本土的健康传播理论<sup>⑦</sup>。为

① Dutta, M. J., "Culturally Centering Social Change Communication: Subaltern Critiques of, Resistance to, and Re-imagination of Development," *Journal of Multicultural Discourses*, vol. 13, no. 2, 2018, pp. 87 - 104.

② Dutta, M. J., "Culturally Centering Social Change Communication: Subaltern Critiques of, Resistance to, and Re-imagination of Development," *Journal of Multicultural Discourses*, vol. 13, no. 2, 2018, pp. 87 - 104.

③ (印度) 查特吉 《关注底层》, 《读书》2001年第8期。

④ Sharf, B. F., Kahler, J., "Victims of the Franchise: A Culturally-Sensitive Model of Teaching Patient-Doctor Communication in the Inner City," in E. B. Ray, ed., *Communication and Disenfranchisement: Social Health Issues and Implications*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 1996, pp. 95 - 115.

⑤ Dutta-Bergman, M. J., "The Unheard Voices of Santalis: Communicating about Health from the Margins of India," *Communication Theory*, vol. 14, no. 3, 2004, pp. 237 - 263.

⑥ (美) 凯西·卡麦兹 《建构扎根理论: 质性研究实践指南》, 边国英译, 重庆: 重庆大学出版社, 2009年。

⑦ Lynam, M. J., "Examining Qualitative Alternatives to Categorical Representation: The Case of Culture and Health," in K. Olson, R. Young, I. Schultz, eds., *Handbook of Qualitative Health Research for Evidence Based Practice*, New York, NY: Springer, 2016, pp. 21 - 39.

了改变“自上而下”的、由专家主导的研究模式，CCA认为要倾听和融合边缘社区的声音，即在传播过程的各个阶段都纳入底层的认识和观点，从问题的识别、研究计划的制定、传播工具和策略的开发，到项目执行的一系列步骤中，都应该让社区成员参与决策，促进更长远的社区建设。在吸收了基于社区的参与式研究（community-based participatory research）成果的基础上，CCA发展了一系列方法论的概念：

### 1. 对话（dialogic methodology）

在主流理论中，对话的概念与公共领域密不可分，但是由于底层处于主流的公共领域之外的边缘位置，因此发展话语下的对话工具，包括倾听、参与和赋权等，便渗透着经济剥削和不平等，成为了新自由主义将全球南方民众纳入到跨国公司商业链条中的不可缺少的装置<sup>①</sup>。CCA认为应该重塑对话理论，辩证地看待对话，即对话既是控制的场域，又可以成为改变和抵抗的场域。其中，趋同性对话（convergent dialog）服务于维持既有的等级制度和新自由主义的利益，而差异性对话（divergent dialog）通过不断生成的新意义和新关系而挑战了社会现状<sup>②</sup>。与底层的对话本身就是一个将底层叙事带入到主流知识场域中的过程，促进其融入到政策制定和改变过程之中<sup>③</sup>。在一项针对旅美印度人的饮食健康促进项目中，研究者们通过焦点小组访谈发现，旅美印度人建构了辩证的话语来描述饮食与文化认同之间的关系，在同质话语层面上，饮食习惯意味着民族身份的持续，在异质话语层面上，个人的生活轨迹和群体归属造成了群体内部的饮食差异，被访者们认为只有考虑到文化社区内部的意义健康传播项目才不会让参与者感到被边缘化<sup>④</sup>。

### 2. 参与（participation）与共建（co-creation）

CCA框架下的参与指的是社区在定义问题、寻找资源和发展解决办法的过程中扮演核心角色。在关于艾滋病的健康传播研究中，研究者们发现由印度性工作主导的参与式传播项目不仅取得了良好的效果，提升了避孕套的使用率，而且通过项目搭建的传播平台，性工作们可以组织起来相互支持，共同对抗地方势力、警察和皮条客的骚扰，这些措施促进了对造成不健康行为的结构性的改变<sup>⑤</sup>。当然并

① Dutta, M. J., Pal, M., "Dialog Theory in Marginalized Settings: A Subaltern Studies Approach," *Communication Theory*, vol. 20, no. 4, 2010, pp. 363 - 386.

② Hammond, C., Anderson, R., Cissna, K., "The Problematics of Dialogue and Power," *Communication Yearbook*, vol. 27, no. 1, 2003, pp. 125 - 157.

③ Dutta, M. J., Pal, M., "Dialog Theory in Marginalized Settings: A Subaltern Studies Approach," *Communication Theory*, vol. 20, no. 4, 2010, pp. 363 - 386.

④ Koenig, C. J., Dutta, M. J., Kandula, N., Palaniappan, L., "'All of Those Things We Don't Eat': A Culture-Centered Approach to Dietary Health Meanings for Asian Indians Living in the United States," *Health Communication*, vol. 27, no. 8, 2012, pp. 818 - 828.

⑤ Basu, A., Mohan, M. J., "Sex Workers and HIV/AIDS: Analyzing Participatory Culture-Centered Health Communication Strategies," *Human Communication Research*, 35, 2009, pp. 86 - 114.

不是所有的研究和实践都是由社区成员率先发起的,在这种情况下,CCA 致力于创造社区参与的条件、例如提供资金、培训、连接利益相关者等方面支持,以促进社区成员主体性的发挥。

共建是参与的一种重要形式,其意义首先在于指出了专家在健康传播中的位置和角色,即研究者与社区成员的关系问题。在专家主导的健康传播项目中,底层往往是缺席的,但是在 CCA 的研究之中,研究者不应该是主导者,而是一个促进对话者、共同工作者和共建意义者<sup>①</sup>。其次,共建生成的内容必须是情景化的、本土的经验和知识,即健康传播研究的问题、概念和解释应该与文化成员一起来达成,健康传播项目体现的是社区的内部议程、需求和解决办法<sup>②</sup>。检验这一结果的标准是,一项研究从设计、执行到分析的过程中是否真正做到了研究双方的参与和相互学习,进一步讲,社区成员之间是否也能形成互动和团结,实现可持续的行动投入。

### 3. 自反性 (reflexivity)

CCA 指出健康传播研究必须融入反思,研究者需要意识到自身在研究中的特权位置,例如个人身份层面的种族、阶层、性别位置,并从自我中心转移到文化情境之中,对统一的认识和指导保持怀疑,反思可能存在的偏见。在这里,自反性包括了批判性反思 (critical reflection) 的内涵,即一方面研究者反思自己的知识结构和专业背景,另一方面反思普遍存在的社会观念和组织原则<sup>③</sup>。在研究中常用的反思方法有,运用田野笔记、访谈笔记在数据分析过程中不断调整思路,或与受访者进行协商,在编码过程中和写作完成后与受访者进行意义共建。

## (二) CCA 的国际传播实践

CCA 不仅是一个诠释的和批判的理论,并且致力于实践应用。已有的研究涉及到的文化情境包括了印度、孟加拉、尼泊尔、埃塞俄比亚、墨西哥等民族国家,也包括在发达国家内部的边缘群体等。CCA 一方面关注主导政策的改变,促进缩小社会经济的不平等,另一方面致力于发展草根性的健康政策和项目,较为突出的经验如下:

### 1. 资源与基本能力建设 (capacity building)

由于重视结构的作用,因此健康传播运动应该首先解决贫困和提供基本的资源保障,包括保障衣食住行、解决营养不良、促进教育资源的合理分配、发展工作技

① Dutta-Bergman, M. J., "The Unheard Voices of Santalis: Communicating about Health from the Margins of India," *Communication Theory*, vol. 14, no. 3, 2004, pp. 237 - 263.

② Dutta-Bergman, M. J., "Poverty, Structural Barriers and Health: A Santali Narrative of Health Communication," *Qualitative Health Research*, vol. 14, no. 8, 2004, pp. 1 - 16.

③ Lynam, M. J., "Examining Qualitative Alternatives to Categorical Representation: The Case of Culture and Health," in K. Olson, R. Young, I. Schultz, eds., *Handbook of Qualitative Health Research for Evidence Based Practice*, New York, NY: Springer, 2016, pp. 21 - 39.

能培训和提高收入<sup>①</sup>。一项研究显示，受到教育水平的限制，肯尼亚老年人缺乏对艾滋病信息的理解能力，这限制了他们的参与和对话，因此应当在健康传播过程中考虑到提高该群体的认识能力，以此来促进人们对于健康问题的讨论<sup>②</sup>。在另一项研究中，研究者们通过了解埃塞俄比亚移民的叙事经验来设计有针对性的健康权利信息材料，以提高移民的健康权利认识，发展其在协商和挑战结构性问题上的能力<sup>③</sup>。通过批判主导健康传播运动中关注个人行为改变的目标，CCA 特别强调了权威部门有责任保障人权，为人们提供安全的环境和足够的资源来确保社区民众能够采取健康决策和积极的行动<sup>④</sup>。

## 2. 建立传播的基础设施（communication infrastructure）或传播空间

该实践可以是发展一个组织、项目或媒体，其目的是创造传播的渠道和空间，来汇聚意见、促进对话和发展行动策略。在对非政府组织（NGO）的社区动员策略的研究中，研究者认为，NGO 为性工作者们创造了传播空间，可以让社区成员通过对话、讨论和公开表达的传播策略来建立集体话语。在这里，社区的“声音”取代了健康信息成为了健康传播的核心，贯穿于 NGO 进行社区动员（包括集体化、意识提升、能力建设和法律支持策略）过程的始终<sup>⑤</sup>。另外，在具体的操作形式上，承载传播空间的平台应该是根植于人们的日常生活之中的，而不是主流的大众传播媒介。首先，CCA 较为推崇的是小团体的传播，目的是建立更紧密的联系，增强同伴支持和相互影响，兼顾个人和集体的目标，建立身份认同和促进表达需求。其次，CCA 关注讲故事的方式和由底层所创造和掌握的传播方式，包括民俗歌曲、舞蹈、戏剧、影像等都是可以发掘的文化媒介<sup>⑥</sup>。

## 3. 社区主导（community-driven）的健康传播策略

在实践中，无论是小型的草根项目还是社区层面的健康传播运动，CCA 都提倡采取多种策略来保证社区在其中处于主导地位，例如组织社区咨询小组来识别问题和发展解决办法，咨询小组的运作贯穿于项目执行的始终，其成员必须对社区

① Dutta-Bergman, M. J., "Poverty, Structural Barriers and Health: A Santali Narrative of Health Communication," *Qualitative Health Research*, vol. 14, no. 8, 2004, pp. 1 - 16.

② Muturi, N., Mwangi, S., "Older Adults' Perspectives on HIV/AIDS Prevention Strategies for Rural Kenya," *Health Communication*, vol. 26, no. 8, 2011, pp. 712 - 723.

③ Guttman, N., Gesser-Edelsburg, A., Aycheh, S., "Communicating Health Rights to Disadvantaged Populations: Challenges in Developing a Culture-Centered Approach for Ethiopian Immigrants in Israel," *Health Communication*, vol. 28, no. 6, 2013, pp. 546 - 556.

④ Airhihenbuwa, C. O., *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm*, Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

⑤ de Souza, R., "Creating 'Communicative Spaces': A Case of NGO Community Organizing for HIV/AIDS Prevention," *Health Communication*, vol. 24, no. 8, 2009, pp. 692 - 702.

⑥ Dutta, M. J., "Culture-centered Approach in Addressing Health Disparities: Communication Infrastructures for Subaltern Voices," *Communication Methods and Measures*, vol. 12, no. 4, 2018, pp. 239 - 259.

充分了解且能致力于促进社区参与和消除健康不平等<sup>①</sup>。杜塔的研究团队在美国的3个非裔群体社区开展了为期一年的对比实验研究，首次以CCA为指导来设计健康传播运动，该项目针对心脑血管疾病，将“对比效果研究”提供的健康信息放到社区会议上进行讨论，促进人们认识问题、识别原因和产生解决办法<sup>②</sup>。该实验结果表明，在“效果”层面上，文化中心的健康传播运动提高了社区民众的健康知识水平，同时在传播基础设施层面上，社区成员们不仅重新设计了健康信息，而且开发了基于社区的信息传播渠道，包括社区媒体、教堂、市场、明信片和同伴交流等方式。

在实践中，还应该注意文化被新自由主义“捕获”的可能危险，杜塔在近期的研究中探讨了文化在国际发展项目中被支配的过程。在主导的国际发展话语中，文化已经从传统社会的发展障碍转变为开拓市场的动力，那些以“草根赋权”、“自助”、“社区参与”和“创业”为指导思想的发展项目，实际上的目的是将文化社区纳入到新自由主义的市场逻辑和跨国公司的战略布局之下<sup>③</sup>。因此，要始终把握的是将底层的声音而不是外部的议程置于问题建构的核心，在日常生活中寻求抵抗性的叙事和行动来与主流的发展话语进行对抗。

### （三）重构健康传播研究的意义

CCA对健康传播研究的重构突出了权力关系在健康传播理论化的核心位置。边缘空间的健康传播是一个权力场域，缺乏资源近用性的问题就是权力关系的问题<sup>④</sup>。健康传播研究一方面要揭示边缘群体的健康是如何被边缘化的，另一方面要理解边缘群体如何从文化中获得抵抗的力量。在CCA中，研究与实践的重要目标是改变权力关系，即将定义问题的权力移交到文化社区手中，比如性工作者们认为掌握艾滋病健康传播项目的主导权非常重要，因为这意味着社区成员可以定义健康问题的原因和发展适合本地情境的传播策略，而不是被人看不起，或被动地接受外部的“教育”<sup>⑤</sup>。在此，言说本身就成为了一种抗争力量，通过表达“另类理性”来干扰主流的发展叙事，目标是“在霸权中彰显底层”<sup>⑥</sup>。CCA自始至终都在为边缘说话，让底

① Dutta, M. J., "Culture-centered Approach in Addressing Health Disparities: Communication Infrastructures for Subaltern Voices," *Communication Methods and Measures*, vol. 12, no. 4, 2018, pp. 239 - 259.

② Dutta, M. J., Collins, W., Sastry, S., Dillard, S., Anaele, A., Kumar, R., Roberson, C., Robinson, T., Bonu, T., "A Culture-Centered Community-Grounded Approach to Disseminating Health Information among African Americans," *Health Communication*, vol. 34, no. 10, 2019, pp. 1075 - 1084.

③ Dutta, M. J., "Decolonizing Communication for Social Change: A Culture-Centered Approach," *Communication Theory*, vol. 25, no. 2, 2015, pp. 123 - 143.

④ Dutta-Bergman, M. J., "Poverty, Structural Barriers and Health: A Santali Narrative of Health Communication," *Qualitative Health Research*, vol. 14, no. 8, 2004, pp. 1 - 16.

⑤ Basu, A., Mohan, M. J., "Sex Workers and HIV/AIDS: Analyzing Participatory Culture-Centered Health Communication Strategies," *Human Communication Research*, 35, 2009, pp. 86 - 114.

⑥ Dutta, M. J., "Culturally Centering Social Change Communication: Subaltern Critiques of, Resistance to, and Re-imagination of Development," *Journal of Multicultural Discourses*, vol. 13, no. 2, 2018, pp. 87 - 104.



层民众的声音可见，因此 CCA 的重要意义就是在主导体系中开辟了一个对话的空间。在这一空间中，健康传播研究通过发掘解构性的底层叙事来打破精英主导的知识生产，通过寻求抵抗性的传播策略来撼动支配性的霸权社会结构。

## 五、CCA 对国内健康传播研究的启示

随着 20 世纪 90 年代社会转型带来的社会分化矛盾愈演愈烈，国内学术界逐步开始关注底层现象，一方面探讨社会不平等的宏观结构，另一方面从微观视角关注底层的抗争政治<sup>①</sup>。在转型发展阶段的国内，社会底层主要指的是贫困农民、流动工人、城市下岗失业者等社会经济地位较低的社会阶层<sup>②</sup>。郭于华认为底层社会的苦难叙述具有颠覆、重构和获得解放的力量，因此要“倾听底层的声音”，记录底层的言说，从普通人的日常生活中构建历史<sup>③</sup>。尽管文学、历史学和社会学对底层研究或“底层视角”有诸多探讨，但是与底层民众紧密相关的健康传播学并未打开通往该方向的大门。

究其原因，国内学界对于健康传播研究的视角存在局限性。由于受到西方健康传播学术话语的引导，特别是受到了传播效果研究范式的影响，研究者们强调科学理性至上的精英思维，重视量化的、心理学取向的研究。其他因素，如国内和国际期刊发表的偏好、学界竞争和产出成果的需要等，都使得研究者无法去反思业已形成的思维定势，倾向于认同主流而不是对主导理论范式进行批判，致力于短期项目的实施而不是长期的社会实践。此外，学界存在的“文化无意识”和对社会矛盾的“惯性忽视”，将促使学术界日渐走向“利己化”和“精英化”，缺乏社会改变的动力，无法以学术研究服务于社会现实。

当然，国内学者也提出了对健康传播“知—信—行”模式的反思，认为研究应该从宣传发展到对话，重视健康传播中关系网络的建立<sup>④</sup>。但从总体上而言，国内的健康传播研究缺乏对主导传播模式的系统性的批判，本质上是对传播效果研究的调整和改良，关注的依然是信息的有效性问题，通过统计分析来观察健康促进的效果。贯穿于健康传播的一系列过程依然是专家控制的，包括知识框架、问题识别、测量指标、项目执行和效果评判等。在这一框架之下，专家的研究是一个“自上而下”地对宏观概念进行阐释和应用的过程，而不是将健康置于社区群体的日常生活中进行诠释和建构的探索。在主导范式下的健康传播项目中，公众的参与也只是在权威机构提供的空间之内开展的，赋权和参与的目的是让受众进入到健康促进项目中来，

① 王庆明 《底层视角及其知识谱系——印度底层研究的基本进路检讨》，《社会学研究》2011 年第 1 期。

② 孙立平 《资源重新积聚背景下的底层社会形成》，《战略与管理》2002 年第 1 期。

③ 郭于华 《倾听无声者的声音》，《读书》2008 年第 6 期。

④ 胡百精 《健康传播观念创新与范式转换——兼论新媒体时代公共传播的困境与解决方案》，《国际新闻界》2012 年第 6 期。

而不是培养社区民众掌握自己的健康和生活的能力。

我国的健康文化研究大多是“文化敏感性”的，而不是以文化为中心的。在“文化敏感性”的框架下，健康所在的文化背景被化约为“健康文化”，其核心是健康信念、素养和行为<sup>①</sup>。同时，对“健康文化”的识别和发展是服务于传播效果的，正如杨劼和卢祖洵在文章中提到的“健康的文化视角之首要特征就是它的社会性，从文化的角度来研究健康的相关问题……其根本目的在于通过正确的新闻舆论宣传和文化导向，着力提高全体公民的健康意识和健康文化水平，用文明和科学抵御落后愚昧、不良的生活方式和陈规陋习。”<sup>②</sup>在这里，健康传播的目的是为了弥补文化缺陷和解决社会问题，通过“先进”文化对“落后”文化加以改造，在各类健康项目中进行规范化、科学化和统一化的教育和培训。在这一框架之下的健康文化研究，维持的是既有的社会制度和权力关系，边缘群体依然无法发声。

现有的研究已经有了从 CCA 的视角来理解中国情境下的健康问题的尝试，主要集中在对移民群体的健康叙事的考察。例如，已有学者探讨了农村留守家庭成员对于健康照料的意义建构，指出村民的健康叙事并反映出了传统家庭结构瓦解、农村社会变迁和国家经济改革的结构性背景<sup>③</sup>。亦有研究者们对流动女工的日常生活中的健康议题进行了分析，认为该群体的健康困境与贫困、城乡二元结构和全球资本制度密切相关，同时还强调了社会性别文化在其中发挥的影响，展现了流动女工用来抗争结构性障碍和社会规范的文化策略<sup>④</sup>。还有的研究关注到了海外中国移民的健康经验，侧重从资源与结构<sup>⑤</sup>、文化适应<sup>⑥</sup>的角度来解读移民的健康叙事和健康选择。

CCA 的提出和应用，对于扩展国内学术界的理论视角有着重要的意义。CCA 批判主导范式的个人行为改变视角，反思实证主义科学，挑战了研究者的思维定势。在我国现有的学术语境中，“以人为本”和“受众中心”的健康理念<sup>⑦</sup>，“因地制宜”的健康传播策略，关注社区在健康促进中的作用<sup>⑧</sup>都在一定程度上与 CCA 的观点相

- ① 王中灿、程雪莲、何中臣、唐贵忠、杨淋淋、冯显东、陈阳 《基于健康中国战略背景下的健康文化建设路径探讨》，《中国健康教育》2018年第2期。
- ② 杨劼、卢祖洵 《健康的文化视角与健康文化的基本内涵》，《医学与社会》2005年第1期。
- ③ Sun, K., Dutta, M. J., “Meanings of Care: A Culture-Centered Approach to Left-Behind Family Members in the Countryside of China,” *Journal of Health Communication*, vol. 21, no. 11, 2016, pp. 1141 - 1147.
- ④ Cao, A., Wang, M., “Exploring the Health Narratives of Chinese Female Migrant Workers Through Culture-Centered and Gender Perspectives,” *Health Communication*, Sep. 26<sup>th</sup>, 2019.
- ⑤ Gao, H., Dutta, M. J., Okoror, T., “Listening to Chinese Immigrant Restaurant Workers in the Midwest: Application of the Culture-Centered Approach (CCA) to Explore Perceptions of Health and Health Care,” *Health Communication*, vol. 31, no. 6, 2016, pp. 727 - 737.
- ⑥ Ji, Y., “Acculturating the Traditional Chinese Medicine: A Culture-Centered Study of Chinese International Students’ Idealization of Medical Integration during Sojourns,” *Journal of Intercultural Communication Research*, vol. 48, no. 4, 2019, pp. 370 - 383.
- ⑦ 石彤 《以妇女为中心的生育健康与中国人口可持续发展战略》，《中华女子学院学报》1998年第2期。
- ⑧ 卢鸿毅、林裕珍、李雅莉、黄靖琇、侯心雅、马立君、安碧芸 《今晚，庙埕开讲了！社区健康促进与传播的新试验》，《传播与社会学刊》2018年第44期。

契合，未来的研究需要进一步的融合和发展。

将 CCA 应用于中国情境也有实际的意义。我国于 2016 年出台的《“健康中国 2030”规划纲要》中，提出了“以人民健康为中心，坚持以基层为重点”的核心理念，目的是“立足全人群和全生命周期两个着力点，提供公平可及、系统连续的健康服务，实现更高水平的全民健康”<sup>①</sup>。将 CCA 运用于中国情境就是首先要关照边缘群体的健康问题，关注健康差距在城乡、区域、阶层和性别等方面的表现，促进农民、少数民族、移民和妇女儿童等群体的健康水平提升，这是实现全民健康目标的重中之重。其次，CCA 揭示了社会结构因素对健康的限制，强调了健康资源的近用性与健康不平等之间的密切关系，学术研究应着力探讨如何促进结构的改变来实现社会的公平正义，将研究成果应用于政策和改革措施的制定和执行。再次，CCA 关注边缘群体主体性的发挥，重视文化中的“另类理性”和知识资源，挑战不平等的权力关系。从这个意义上来讲，就是要意识到人们不是健康信息传播的被动受众，其可以被说服，也可以无动于衷或者成为抗争的力量，主体能够根据自身情境和文化观念来做出适合自己的健康选择。研究者要做的不仅是提供正确的信息，更是要改变和创造促进信息可以执行下去的结构和文化环境，因此，重视主体性的发挥是促进可持续发展的关键问题。

对于如何将 CCA 运用到中国情境还需要更多的研究支持。学术界应立足于本土议题，增进理论对话，发掘本土与西方之间在传播概念和实践上的差异<sup>②</sup>。同时鼓励跨学科的研究，以媒介和信息为导向的传播学研究需要与社会学、人类学、文化研究、叙事研究等方向整合起来考察，服务于人的需求和社会的发展，在理论、方法和应用上进行创新性的探索。

## 六、结论

本文通过对 CCA 进行系统性的阐述和剖析，提出了从底层的视角重新思考主导的健康传播范式的要求。当然 CCA 的研究也存在一些局限性：首先，社区民众并不是一个整体，其内部可能存在认同或需求上的差异，例如作者在调研农民工群体的健康叙事时发现，职业病农民工在向病人身份的转型的过程中，与原先的同事、老乡之间产生了嫌隙，也就是说群体内部可能会产生不同的声音，甚至是矛盾。因此，如何在 CCA 的健康传播研究中认识群体内部多样化的需求，是未来研究的方向之一。其次，CCA 的健康传播实践设计与传统的健康干预相比，过程复杂、时间长、目标达成难度较高（例如改变政策要比提高知识困难），在有限的人力、物力、资源

① 人民网 《中共中央国务院印发〈“健康中国 2030”规划纲要〉》，2016 年 10 月 26 日，<http://health.people.com.cn/n1/2016/1026/c398004-28807917.html>，2019 年 12 月 28 日。

② 汪琪 《本土传播研究的下一步》，《传播与社会学刊》2014 年 7 月号总第 29 期。

环境下，实践效果难以保证，因此，一些健康传播实践活动只是部分采用了 CCA 的理念，其并没有纳入社区成员的全程参与<sup>①</sup>。从总体上来讲，以 CCA 为框架来开展的健康传播实践项目还比较少，未来需要更多的研究来检验和发展这一理论取向。

CCA 作为批判的健康传播理论为健康传播学注入了新的活力，其要求突破传统的生物医疗和社会心理的理论范式，警惕西方中心主义的普遍真理，将健康置于文化之中进行考察，从多样化的人文社会科学中汲取养分，广泛开辟后现代、后殖民、女性主义、马克思主义理论的分析视角<sup>②</sup>。健康传播研究应该促进文化多态性 (polymorphism) 的发展，关注不同文化的共处和共鸣<sup>③</sup>。爱尔赫布瓦曾经提出一个比喻，认为应该将社会文化系统看做是一个“沙拉碗”而不是一个“大熔炉”，研究应致力于建立异质文化的积极关联与和谐相处，而不是将文化混合成边界模糊不清的统一状态<sup>④</sup>。在健康实践项目中，以文化为中心的、定性的健康传播路径应该成为研究的首要步骤或重要内容。健康传播研究应该让底层说话，建立边缘社区的认识论，创造另类话语空间，并在此基础上诠释健康意义。CCA 现已经形成了超越健康传播领域的理论框架，服务于议题广泛的传播与社会发展研究，其最终目标是要实现本土民众表达声音及其参与社会变革。

本文受到第 63 批博士后科学基金面上资助 (资助编号: 2018M631655) 的支持。

作者: 中国农业大学人文与发展学院媒体传播系讲师

---

① Sastry , S. , Stephenson , M. , Dillon , P. , Carter , A. , “A Meta-Theoretical Systematic Review of the Culture-Centered Approach to Health Communication: Toward a Refined, ‘Nested’ Model” , *Communication Theory* , Nov. 29<sup>th</sup> , 2019.

② Airhihenbuwa , C. O. , *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm* , Thousand Oaks , CA: Sage , 1995.

③ Dutta-Bergman , M. J. , “Theory and Practice in Health Communication Campaigns: A Critical Interrogation ,” *Health Communication* , vol. 18 , no. 2 , 2005 , pp. 103 - 122.

④ Airhihenbuwa , C. O. , *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm* , Thousand Oaks , CA: Sage , 1995 , p. 103.

regarded as a turning point of “interpretive turn” or “ethnographic turn” in mass communication research. James Halloran et al. ’s *Demonstrations and Communication* , Muriel Cantor’s *The Hollywood TV Producer* , Sol Worth et al. ’s *Through Navajo Eyes* and James Lull’s research focused on audience of family television are all earlier than Morley’s research and fulfill all the elements of a critical turning point. The main reason why these four studies were ignored is that Morley’s research is more in line with the needs of academic politics in that period. But this leads to a problem that the turn is only seen as a methodological turn while the turn in media production research of the research subject was concealed. The book *Demonstrations and Communication* completed by James Halloran et al. is the real point of this “dual turn” , which should be given a more reasonable evaluation in the history of communication studies. This re-understanding of the dual turn helps to locate the paradigm of interpretivism in the current academic map of communication studies , and promote the thinking of how to make communication studies , which are separated by the “5W ” model , approach to the “comprehensive research ” in the context which communication elements is becoming highly convergent.

#### 57 • Health Meaning , Alternative Perspective and Local Context: Criticizing and Reconstructing Health Communication Though Culture-Centered Approach

---

•Cao Ang

In the context of global health disparities , the recent research agenda of health communication is questioning the effectiveness of health communication programs executed by experts , and the issue of hegemonic dominance. As an alternative perspective , the culture-centered approach ( CCA) provides theoretical and practical frames to conduct health communication research in marginalized groups. There is a need to systematically review CCA because of the lack of understanding and misuse of this approach in Chinese health communication research. To better applying CCA in China , this study reviewed CCA in four aspects: theoretically , CCA puts culture at the core of understanding the meaning of health; distinctively , CCA outlines its boundaries by criticizing the dominant health communication research and by featuring “culture sensitivity ” perspective; practically , CCA commits to working with the subalterns when conducting research; at the localization level , the engagement of CCA can broaden the view of health communication research in China.

#### 77 • Exploring the Impact of New Media Engagement on Participation in Social Governance: An Empirical Analysis based on China Social Survey ( CSS) 2013 –2017 Data

---

•Zhang Yunliang ,Feng Jun Ji Fangfang ,Liu Jiankun

Against the backdrop of national access to the Internet , in the exploration of the impact of new media engagement on public participation in social governance and the potential pathways to better social governance through new media , there is a necessity to better China’s capacity for governance and a social governance system that is jointly built and governed with benefits for all. Based on three phases