种族差异

作者：Xuan Lan Tran

纵观历史，医学领域的系统性的种族主义夺走了全世界黑人、土著人民和有色人种的生命。然而最近，随着COVID-19的传播，在医疗系统中出现了由于既定的职业、住所、社会经济的差异而带来的种族歧视。由于历来的偏见和刻板印象，以及缺少大量相关背景知识，便会导致普罗大众对于本就处于种族边缘社群的进一步忽视。

　　根据新英格兰医学杂志，威斯康星州和密歇根州四月初的数据显示被疫情影响到的黑人是当地黑人的两倍。同样的差异也在其他地区出现。从之前出现过的流行病毒和自然灾害的模型可以揭示出社会边缘化的种族所受的影响。然而，想要通过展示一些不成比例的COVID-19影响少数种族的数据来达到传播反歧视意识可能会产生反向效果：缺乏背景的数据可能会让一些人认为是这些少数种族独特的基因使他们面对病毒更易受伤害。

　　没有背景解释的数据也可能会导致对有色人种的歧视。例如，在20世纪南方城市爆发了肺结核，因为美国黑人被认为他们太顽固而无法保持适当的卫生习惯从而导致被解雇。同样，对亚裔和拉美裔也存在这种刻板印象。这种没有任何解释的数据会导致人们认为少数种族受到疫情的严重影响是一个不可避免的事。社会学家Loïc Wacquant表示，没有恰当解释的数据会导致地理上的分裂和对少数种族的更深刻的边缘化。Wacquant 把这种现象归为“地域污名化”。由于近乎压制的监视和审查、归罪于当地居民或与公众的疏远，使得本来正在挣扎的街区遭受更大的打击，这都是地域污名化在COVID-19中的体现[[1]](#footnote-0)。

　　疾病预防控制中心（CDC）发布了一篇文章，该文章通过解析不同的资料从而分析COVID-19所带来的种族差异。在他们的文章中称，在医学机构中因为历史原因而存在的种族差异导致了黑色人种、土著人民和有色人种（BIPOC）中的更高的感染率、住院治疗率和死亡率。社会决定因素对COVID-19的影响也很明显，其影响因种族而扩大。例如非西班牙裔美国人不投保的可能性更高，医疗保健中的文化或语言障碍[[2]](#footnote-1)，交通不便以及在帮助健康的系统中的歧视等因素[[3]](#footnote-2)，都会导致BIPOC中COVID-19发生率上升。由于之前遇到过差别对待，或多例强制绝育，或者有色人种孕妇会有较高的孕产妇死亡率等原因，很多少数族裔会不信任和有意识地回避一些医保系统[[4]](#footnote-3)。

　　职业差异在COVID-19不平等中也扮演了一个角色。某些族裔在非常重要的工作岗位里工作，例如公共交通、农场、工厂、杂货店或者医疗机构[[5]](#footnote-4)。即使这些工作在疫情中被认为是“重要‘’的岗位，但其实这些领域都是被低估的，从而造成这些人在工作环境中有更高的感染COVID-19的风险。许多这种工作都会包含高风险因素，比如无法请病假，必须与顾客或者同事保持近距离接触，完全无法在线工作。17%的黑人工作者在前线工作，其中超过25%在公共运输行业工作。

　　由于教育程度上的差异从而导致有些少数族裔未来可能拥有更少的工作选择，因而他们只能从事薪水少或者不稳定的工作。这种职业不稳定的例子很明显，在4月份失业高峰期时，16.7%美国黑人没有工作而同期只有14.2%美国白人失业了[[6]](#footnote-5)。这种有限的职业灵活性造成了之前提到的职业不平等，再加上经济差异，少数族裔被迫从事感染COVID-19风险高的工作。

　　最后，少数民族生活在拥挤环境的概率很高，这使社交距离这种防疫措施很难实行。同样，由于COVID-19，BIPOC过高的失业率导致无家可归、被驱逐或者共享住房的几率增加[[7]](#footnote-6) [[8]](#footnote-7)。

　　《柳叶刀》发表的50项分别在美国和英国进行的研究显示，在18,728,893例患者中，黑人和亚裔个体感染COVID-19的可能性更高。数据还显示，即使具有性别、年龄和各种条件并存的条件下，亚裔也有更高的可能性被ＩＴＵ录取并死于COVID-19（但尚未对这些研究进行同行评审。）在这些研究中，发现黑人感染COVID-19的可能性是白人的两倍，比例为2.02:1，而亚裔和拉丁裔感染COVID-19的可能性也比白人高，分别为1.61和1.77。至于死亡率和种族的关系，研究表明，亚裔的死亡风险比白人高，比率为0.23：0.22，但是当同行评审时，这种增加的风险变得更低。调整后的分析并未显示拉丁裔或黑人个体有更高的死亡风险[[9]](#footnote-8)。

这些研究的发现表明，COVID-19对亚裔、黑人以及拉丁裔群体影响更大是因为更高的感染率所导致的。很多因素可以解释为什么这些群体拥有更高的感染率，甚至死亡率。亚裔、黑人以及拉丁裔个体生活在代际家庭中的概率更高。2009年，生活在代际家庭中有26%都是亚裔，黑人占24%，拉丁裔占23%，这些导致了拥挤的生活环境[[10]](#footnote-9)。还有，较低的社会经济状况也导致更多公用设施和共享区域。美国劳工统计局2018年的人口调查表明，黑人工人更有可能在需要与他人紧密靠近且长期遭受传染病困扰的领域工作[[11]](#footnote-10)。 即使将糖尿病和心血管疾病等合并症考虑在内，亚裔也有更高的致命感染风险。重症监护国家审计和研究中心的最新报告显示，亚裔和黑人住院和安置在重症监护室中的比例更高[[12]](#footnote-11)。

　系统种族主义已被证明是导致在COVID-19临床数据中存在种族差异的原因。种族歧视存在于个体、群体、组织和机构各个层面，所有这些都导致对少数族裔的歧视、压迫和边缘化。在医疗机构中，这会导致治疗护理上的差异，获得护理的障碍和社会心理压力。经济和政治权力导致了不同种族在社会经济中的不平等，造成了更高的感染率、住院率和死亡率。因此，此次大流行病在美国和英国成为了一个综合性的问题[[13]](#footnote-12) [[14]](#footnote-13)。

1. Chowkwanyun, Merlin, and Adolph L. Reed. “Racial Health Disparities and Covid-19 — Caution and Context.” *New England Journal of Medicine*, vol. 383, no. 3, 2020, pp. 201–203., doi:10.1056/nejmp2012910. [↑](#footnote-ref-0)
2. Institute of Medicine. 2002. *Care Without Coverage: Too Little, Too Late*. Washington, DC: The National

Academies Press. https://doi.org/10.17226/10367. [↑](#footnote-ref-1)
3. Institute of Medicine. 2003. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10260. [↑](#footnote-ref-2)
4. Pagán, Angélica Marie, et al. “Spring 2020 Journal: Mitigating Black Maternal Mortality.” Edited by Lisa McCorkell et al., *Berkeley Public Policy Journal*, 13 Apr. 2020, bppj.berkeley.edu/2020/04/13/spring-2020-journal-mitigating-black-maternal-mortality/. [↑](#footnote-ref-3)
5. “Composition of the Labor Force.” *U.S. Bureau of Labor Statistics*, U.S. Bureau of Labor Statistics, 1 Oct. 2019, www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2018/home.htm. [↑](#footnote-ref-4)
6. Gould, Elise, and Valerie Wilson. “Black Workers Face Two of the Most Lethal Preexisting Conditions for Coronavirus-Racism and Economic Inequality.” *Economic Policy Institute*, 1 June 2020, www.epi.org/publication/black-workers-covid/. [↑](#footnote-ref-5)
7. “Race And Education: How Race Affects Education.” *The Annie E. Casey Foundation*, 25 Nov. 2006, www.aecf.org/resources/race-matters-how-race-affects-education-opportunities [↑](#footnote-ref-6)
8. “Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups.” *Centers for Disease Control and Prevention*, Centers for Disease Control and Prevention, 24 July 2020, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html#fn19. [↑](#footnote-ref-7)
9. Sze, Shirley, et al. *Ethnicity and Clinical Outcomes in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis*, vol. 29, 12 Nov. 2020, doi:https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630. [↑](#footnote-ref-8)
10. “Chapter 3: Demographics of Multi-Generational Households.” *Pew Research Center's Social & Demographic Trends Project*, 31 Dec. 2019, www.pewsocialtrends.org/2011/10/03/chapter-3-demographics-of-multi-generational-households/#race-and-ethnicity. [↑](#footnote-ref-9)
11. “Composition of the Labor Force.” *U.S. Bureau of Labor Statistics*, U.S. Bureau of Labor Statistics, 1 Oct. 2019, www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2018/home.htm. [↑](#footnote-ref-10)
12. Richards-Belle, Alvin et al. “COVID-19 in critical care: epidemiology of the first epidemic wave across England, Wales and Northern Ireland.” *Intensive care medicine* vol. 46,11 (2020): 2035-2047. doi:10.1007/s00134-020-06267-0 [↑](#footnote-ref-11)
13. “Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups.” *Centers for Disease Control and Prevention*, Centers for Disease Control and Prevention, 24 July 2020, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html#fn19. [↑](#footnote-ref-12)
14. Sze, Shirley, et al. *Ethnicity and Clinical Outcomes in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis*, vol. 29, 12 Nov. 2020, doi:https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630. [↑](#footnote-ref-13)