



首页 → 学术文章 → 生命伦理

王延光：中国艾滋病预防的宽容策略

[内容摘要] 本文在审视了中国预防艾滋病存在的问题后提出了一个中国艾滋病预防的宽容策略，并据此尝试对中国艾滋病预防中存在的问题进行解决。宽容策略的提出基于艾滋病疾病与传播的特点，体现了持有不同信仰，道德，价值观及行为方式的社会人群在努力减轻艾滋病带来的危害，对付共同敌人艾滋病的共识下团结协作的精神。宽容策略包含有尊重社会边缘人群的基本权利，宽恕、谅解等理论层次的宽容。它避开由相关道德争论引发的难题，力图取得艾滋病预防的最佳效果。宽容策略以相关的伦理学理论为基础。

[关键词] 宽容 策略 社会边缘人群 协作

艾滋病是近三十年来人类遇到的一个凶恶而顽固的敌人。它以极快的速度持续在全球蔓延。到1998年6月底，全球共有3340万HIV感染者。(1)中国艾滋病的流行也呈加速的趋势，如果不及时遏制，后果将不堪设想。中国的艾滋病预防工作存在着许多亟待解决的问题。找出其问题，审视其预防对策，针对中国的现实，借鉴国际上的经验，以生命伦理学理论和原则为基础，提出切合实际的预防策略，是中国生命伦理学工作者的责任。

一、中国艾滋病流行的状况

中国自1985年发现首例艾滋病病人到1999年9月底，检测发现艾滋病病毒感染者15,088例，艾滋病病人477例，死亡240例。专家估计实际人数已超过40万。(2)

中国的艾滋病感染流行可分为三个阶段：第一阶段从1985年至1988年为传入期。在这个时期里除四个血友病患者是在国内由血源感染以外，七个省报告的HIV感染者及AIDS病人均为外国人或海外回国人员。

第二个阶段从1989年至1993年为扩散期。HIV/AIDS感染流行扩散到21个省。感染病例多数位于沿海省的大城市。1989年在云南北境静脉注射吸毒人群中检测出146个HIV阳性感染者。从此，发现的HIV感染者人数迅速增加。

第三阶段从1994年至1997年为增长期。此时期除青海省以外，30个省、自治区、直辖市报告发现了HIV感染病例。大部分HIV感染者经性传播途径感染。

本阶段继1989年云南省报告在吸毒人群中发现HIV感染者之后，有12个省报告在静脉注射吸毒人群中发现有HIV感染者。1996年发现了第一例经母婴传播HIV感染的病例。1998年6月青海省也报告发现了HIV阳性病例。至此，中国的31个省、自治区、直辖市都报告发现HIV感染者。(3)与欧美国家HIV感染者以同性恋者为主，非洲等国家HIV感染者以异性性传播为主所不同的是，中国的HIV感染者以静脉吸毒人群为主，但经性接触感染的比例逐年上升。与欧美国家基本杜绝经血源感染这一途径不同的是，中国经采供血这一途径产生了许多病例，并且至今难以杜绝。为此，中国政府颁布了《献血法》，意在通过无偿献血阻断由有偿献血等原因发生的HIV感染。

二、中国艾滋病预防中的问题

十五年来，中国政府，卫生防疫部门及一些非政府组织为遏制艾滋病做出了许多努力。比如，1986年国家卫生部成立了艾滋病预防工作小组。1990年成立了国家预防和控制艾滋病专家委员会，由下设的监测和实验室技术分委会，生物医学研究分委会，临床医护管理分委会及健康教育和社会行为研究分委会主管各方面的工作。中国现在在主要城市建立了多个HIV病毒检测实验室及哨点监测站，定期对性病门诊病人、妇教所、戒毒所、卡车司机等高危人群进行血清学监测。1988年后颁布了《艾滋病监测管理的若干规定》等相关法律法规。国家宣教部门与非政府组织对高危人群及公众进行了一些艾滋病预防知识宣传教育。然而，中国的艾滋病毒感染数字每年都成倍的上升。原

因与疾病特点及国力有关,还在于政府重视不够及相关预防政策不够得力。1995年后在艾滋病病毒感染病例急剧增长的情况下,中国政府终于认识到了采取合理的预防政策及强有力预防措施的重要性,下发了《关于加强预防和控制艾滋病工作的意见》。1997年制定了中长期规划。然而目前中国艾滋病预防工作中有许多问题亟待解决。下面以在高危人群中预防艾滋病存在的问题为主线进行阐述:

(一) HIV/AIDS人群

中国卫生部是在1999年4月才颁布了较明确具体的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的管理意见。长期以来,各地的预防管理工作无章可循。不但艾滋病病毒感染者的基本权利得不到保障,而且阻断由此途径继续传播艾滋病病毒也无法实现。

中国的艾滋病病预防宣传工作与艾滋病控制有效的国家相比缺乏深度、广度、和持久性。广大群众接受艾滋病宣传教育的机会十分有限。尤其对艾滋病是可以预防的和正确对待艾滋病病人及感染者的宣传极为不足。公众中的“恐艾症”十分严重。同时,中国公众中普遍存在着,得艾滋病是性乱及不良行为的惩罚和报应的说法。公众常常不分青红皂白地歧视HIV/AIDS人群,并且主张以隔离管理的手段将他们赶出主流社会。北京市1997年对8个城近郊区的抽样调查显示:人们对艾滋病感染者和病人存在着偏见和歧视。持谴责态度并认为是“害人虫”的居民占有相当比例。(4)一次对河北省五市区九所高校学生调查显示,70%以上的学生主张把HIV/AIDS感染者集中管理。江西南昌市对三所大学学生的调查显示40%的学生认为对HIV/AIDS人群应集中隔离管理。(5)(6)更为严重的是,在医疗卫生领域里也有相当数量的医学工作者不能正确对待HIV/AIDS人群。比如1996年对成都市医疗卫生人员的调查发现,有相当人数的医疗卫生人员不愿或拒绝给予艾滋病病人进行治疗。(7)

中国在这样一个由无知造成恐惧,由谬误造成偏见的局面下,HIV/AIDS人群大多生活在非宽容的环境中。由于卫生防疫部门工作人员保密意识的低下,HIV感染者及病人常常在诊断后立即被公众获知,接踵而来的是失去工作,停发工资,家属和孩子不能正常工作和学习。有的地区甚至连独生子女费都不再发放。吉林省某村一名劳务回国的HIV感染者,因卫生防疫部门保密工作未做好,很快全村人都知道他得了“艾滋病”。全村人都不和他讲话,像躲避瘟疫那样躲着他,甚至不让他喝村水井里的水。最后全村人凑钱给他做路费,让他离开村庄。HIV/AIDS人群在这样的待遇下,生活处于十分悲惨的境地,有的人失去了活下去的信心寻求自杀,有的人则反过来报复社会。大多数HIV/AIDS人群的反应是远离卫生防疫及医疗部门,不去按期检查、治疗、咨询。吉林省自1997年5月已发现的79例HIV感染者中,能够查访到的只有12例占15.19%。查无此人和去向不明者占84.81%(8)这说明卫生防疫、医疗部门已与绝大部分HIV感染者失去了联系和管理。他们的医疗及公众的安全都无法得到保障。

(二) 静脉吸毒人群

在中国1998年9月报告的11,170例HIV感染者及338例艾滋病病人中,经静脉吸毒途径感染的感染者占66.9%,即中国约2/3的HIV感染者是静脉吸毒者。其中问题较严重的是云南省瑞丽市,其静脉吸毒HIV感染者占HIV感染者总数的81.8%。广西省百色市占77.2%,新疆省伊宁市占76%,四川省凉山地区占39%。1997年哨点监测显示在静脉吸毒人群中新增加病例486例,这个数字比1996年明显增高。吸毒人群中共用注射器的人数在新疆、重庆、广西、四川、广东、贵州等地上升很快。(9)这种现象如不及时加以干预,有可能在吸毒者中出现HIV感染的更广泛流行。同时已感染HIV的静脉吸毒者由于毒瘾较难戒断,并在吸毒中继续共用注射器,很快会将HIV传播给他人。因此,阻断共用针具吸毒传播HIV这一途径,及时采取有效办法阻止静脉吸毒是中国预防艾滋病的首要工作。

至1997年底,中国目前的吸毒活动已蔓延到全国1900多个县市。登记在册的吸毒者有56.8万名。估计实际人数将是8--10倍。中国于1990年制定了禁毒的法律,进行了缉毒和强制戒毒等工作。然而强制戒毒的成效之低是众所周知的。同时与吸毒问题密切相关的艾滋病预防工作多年来尚未有显著成果。公安禁毒部门与卫生防疫部门的配合默契尚未达成。

云南省是中国目前吸毒人数及HIV感染人数最多的地区。至1998年登记在册的吸毒人数是46,696人。1989年--1997年全省登记在册的艾滋病感染者是5,037人。其中因吸食和注射毒品感染的人数达4,299人,占HIV感染总人数的85.3%。云南省有关部门从1993年起与联合国亚太经社理事会合作,在约10个社区开展了名为《以社区为基础减少毒品需求和预防HIV/AIDS》项目工作。这个项目的成绩是使吸毒人员由6万多人降到4万多人,有1万多人2年戒毒未复吸。项目进行社区未出现新的吸毒者。然而我们遗憾地看到静脉吸毒HIV感染者在云南省仍逐年增加。上述工作成绩仅限于极少数社区。相当数量的HIV阳性吸毒者,因毒瘾不能戒断而继续吸毒。更大数量的吸毒者因不能发现而不能接受戒毒治疗。这极大地增加了重复感染和传染他人机会。(10)

中国政府及国家卫生部在发现中国吸毒人群中有大量的HIV感染者的十年后,准备采纳或借鉴国外经验,试点向吸毒人群提供清洁针具和使用口吸美沙酮代替静脉注射海洛因。1998年9月国家卫生部疾病控制司与中华预防医学会主办了有21个部委,各省市代表,国际组织及外宾参加的“吸毒与传播艾滋病研讨会”。会上专家的意见是:目前艾滋病在中国流行传播的形势严峻,必须面对现实采取有力措施。强制戒毒只能达到20-30%的吸毒人群,众多吸毒者的教育和医疗未能达到。吸毒的复吸率太高,建议打破常规,尝试应用美沙酮和提供清洁针具。而某些公安戒毒部门的代表认为:提供清洁针具会鼓励吸毒。用美沙酮代替海洛因与中国的法律相违背。为吸毒人群提供针具和药品公众不会接受,不符合中国国情。这种将禁毒与预防艾滋病对立起来的观点是极其有害的。

(三) 卖淫人群

中国的艾滋病病毒感染由性传播途径感染传播已呈上升势头。在中国的沿海城市，性传播已成为艾滋病病毒的主要传播方式。与性传播密切相关的主要人群是卖淫人群。调查所见,这组人群使用安全套的比例仅为30%-50%。教育他们改变危险行为是艾滋病预防工作的重要环节。

中国的公安部门报道1984-1997年登记在案的卖淫嫖娼人数是257万人次。国家卫生部估计人数已达到300-400万或更多。中国政府对卖淫人群采取的是“严打和综合管理”的方法。可见严打所抓获的人数年年增多,同时患性病和HIV感染的人数也逐年大幅度上升。有人估计抓获的人数仅是买卖淫总数的14%。(11)“严打”方式在某种程度上使卖淫人群转入地下,失去了受教育机会。这一事实使一些学者提出了为了预防艾滋病建立红灯区的建议,试图以收税、定期体检等方式完善艾滋病的预防管理。山东省一个对性病医生的调查显示81%的性病医生赞同建立红灯区。但武汉对公众的调查显示91.3%的人认为卖淫是不道德的,87%的调查对象不同意卖淫者在中国社会取得合法地位。(12)(13)

为了找到一个最合适的与卖淫人群相关的艾滋病预防政策,许多学者对这类人群进行了深入调查。他们从探讨中认识到:中国卖淫嫖娼现象的出现不能单纯从道德上解释,而要从经济改革、社会文化等大背景因素去分析。然而中国的公众古往今来视卖淫为罪恶。中国政府一贯把打击卖淫嫖娼作为预防艾滋病的有力措施。中国的公安部门曾一度把携带安全套作为抓获妓女的证据。在这样的情况下,在卖淫人群中进行预防艾滋病的教育十分困难。

(四)、同性恋人群

中国的同性恋人群估计有三千万至四千万人之多。有多少人感染了HIV尚不得而知。1997年报道:在北京一个综合性医院的38个HIV阳性病人中,有12个人是经同性恋行为感染的。北京的另一个医院报道:33个HIV感染中有10个是出自于同性恋高危人群。有人估计在中国的某些城市中10%的HIV感染者是由不安全的同性恋活动引起。(14)

中国同性恋者安全套的使用率较低。有人调查,北京的使用率为2/3,南京为1/3,天津为1/4。更多的同性恋者因不能受到安全性行为的教育而未能使用安全套。同性恋者是艾滋病病毒感染的易感人群,处理好与他们的关系才能达到教育他们的目的。

然而同性恋至今仍是中国大陆一个十分敏感的话题。尽管中国没有同性恋非法的法律条款,九十年代后官方也对同性恋人群表现出前所未有的宽容,但中国官方的态度基本上是不反对也不支持。在这样的主导思想下,中国学术界召开以教育同性恋者为主题的学术会议较难。同性恋者呼吁在政府的帮助下建立自身服务机构也较难实现。这对同性恋人群在艾滋病预防中进行自我教育和得到社会的帮助十分不利。

中国的公众对同性恋现象是较不宽容的。长期以来以性反常,性变态,违反道德而唾弃之。这种现象在中国的医学界也得到了充分的体现。中国精神病学会及一些精神病学界人士,至今没有采纳美国DSM-4和世界卫生组织的标准将同性恋从精神障碍中予以删除。这种视同性恋为疾病的现象如果基于医学科学尚可理解,然而某个或某些中国精神病学专家却令人遗憾地将同性恋诊断与道德问题挂钩。其理由是:同性恋不符合我国国情。违背中国传统的性道德规范。同性恋的性行为不属于个人私事。如果追随某些西方资产阶级国家的观点,将同性恋视为一种正常的性行为,排除在性变态之外,将产生许多社会危害。(15)这种把道德观点纳入科学研究的倾向,不但影响医学工作者去施行人道主义救助,也严重地伤害了同性恋人群的感情。而当同性恋人群远离社会主流人群时,针对同性恋预防艾滋病的一些有效措施便不能实行。

三、中国艾滋病预防的宽容策略

上述对于HIV/AIDS人群、吸毒人群、卖淫人群、同性恋人群不宽容的态度、观念、行为以及由此产生的问题和后果,使我们认识到在中国的艾滋病预防工作中,一个宽容策略的重要性。这个宽容策略既是一个社会政策,也有一定的理论层次。它的主要内容是:尊重与艾滋病相关人群的基本权利,以医学人道主义宽恕和谅解HIV/AIDS人群过去的行为和错误。以医学人道主义帮助吸毒人群、卖淫人群、同性恋人群免受艾滋病病毒感染的危险。全社会团结一致共同预防艾滋病的流行和传播,最大限度地减少艾滋病给人类带来的危害。

(一) 宽容策略的政策意义

宽容策略的提出基于艾滋病疾病流行传播的特点,也基于中国艾滋病预防工作的现实。艾滋病是由艾滋病病毒侵入人体后破坏人体的免疫系统,最后导致死亡的传染病。目前尚无有效治疗办法。艾滋病病毒感染后的病程相当长。许多人从感染到症状出现要持续几年甚至十几年的无症状病毒携带期。在这段时期里病毒携带者看起来一切正常,可在对方不知情的情况下通过不安全性行为或静脉吸毒行为将病

毒传播给他人。同时由于病毒携带者除携带病毒外较长时间无其它症状，有正常人对生活的一切要求和能力，他必然要去从事性行为或继续吸毒。而性行为及非法吸毒行为都发生在私人领域里，有相当的隐秘性和防范性，他人、政府官方常常力所不能及。艾滋病的这一特点要求HIV阳性者或从事不安全性行为及吸毒行为的人群自觉地改变高危行为，并主动地接近帮助他们的政府工作人员及卫生防疫医疗人员。

然而这些从事不安全性行为的同性恋、卖淫、吸毒人群或这些人群中的HIV感染者是社会的边缘人群，社会主流人群常常不能接受他们与主流社会的道德价值观或行为方式的不一致。不能以宽容的态度对待他们。他们在与主流社会的道德价值观或行为方式不一致的情况下，也害怕受到社会的谴责和法律的制裁，常常转入地下活动使行为更加隐秘化。这时艾滋病预防教育和医疗很难达到他们。同时也使传染他人的危险因素增加。为了能使教育达到他她们并减少传染他她人的危险因素，社会主流人群应当改变不宽容的态度，以宽容的态度对待社会的边缘人群，团结帮助他们共同预防艾滋病，在一个和谐的环境下使各项预防政策得到实施。

宽容策略的政策意义还在于，在实施艾滋病预防政策时，只要这个政策是有利于艾滋病预防的就要予以采纳。因为控制艾滋病在中国的传播是当务之急，关系到中华民族生死存亡、子孙后代幸福的大事。政策的实施不能由于同时也是为了这些持有不同信仰，道德观，价值观念或行为方式的社会边缘人群的利益就难以进行。应当认识到在艾滋病这个问题上所有人的利益是一致的。宽容策略以伦理学上的后果论作为理论基础。一切政策执行的后果只要利于艾滋病的预防就要以宽容的态度予以采纳。宽容策略的目的是为了及时地控制艾滋病在中国的传播。这个预防政策是否合适在于它是否能促进预防艾滋病工作，使其收到最佳效果。

（二）宽容策略的理论层面

宽容策略中的宽容保留在一定的理论层面。它不强调完全彻底的宽容，因为这样做不但难以达到，也不利于中国的艾滋病预防工作。然而宽容策略包含有尊重与艾滋病相关人群基本权利、宽恕、谅解他们的行为和错误的理论层次，这种层次的宽容是理论和现实的要求。

在中西方伦理学理论中，我们可以看到不同意义的宽容。西方伦理学常论及的宽容实质是法律上的宽容。这种宽容指的是一个国家或政府不要用暴力和立法去反对那些在政治、社会宗教、信仰诸方面的异己分子。在法律上保障他们的生存空间，不禁止他们的异见。(16) 这种宽容的理论基础是西方的自由主义哲学。自由主义哲学认为在一个由许多不同信仰，价值观的道德共同组成的国家里，每一个道德共同体的成员应当允许另一个道德共同体的成员自由地决定什么是对的或错的，什么是他们愿意或不愿意做的，什么是他们喜欢的或不喜欢的的生活方式。每个道德共同体都应给予另外的道德共同体以自由，使社会对多样性更具接受性。正如：John Stuart Mill提倡的那样：“社会应视人为不断革新的人，应当允许个人去发展他所具有的多样性”。(17)

按照西方的这种宽容理论，我们对吸毒人群、卖淫人群、同性恋人群应给予完全彻底的宽容。应当废除禁毒、禁娼等一切相关法律。允许市场上自由买卖海洛因。允许人们自由地进行商业性服务。这样的自由不但中国不能实现，西方国家也很难接受。

法律上的不宽容基本上反映了社会对相关人群在道德权利上的不宽容。但当一个社会的各种人群面临着一个共同的敌人时，当他们的利益密切相关时，道德及权利上的不宽容将要做出某些让步。这时就要按照生命伦理学解决不同道德争端的方法：不同的道德共同体之间要协商对话，寻求利益相关的一致之处，并作为对付共同敌人的基础。尽管社会主流人群与社会边缘人群信仰、道德、价值观或行为方式不同，但在艾滋病这个问题上所有人群的共同利益是一致的，应当协作起来减少疾病的危害。为此社会主流人员要宽容社会边缘人群，在尊重他们基本权利的基础上达到一定程度的道德宽容。

西方伦理学中的自然律论和道义论在关于人的本性的理论中隐含着对宽容的论证，它以尊重人的基本权利作为宽容的理论基础。自然律论者认为人的本性要求人得到尊重，并由此应获得各种权利。道义论者认为有自主性的个人应当受到尊重。生命理论学的尊重原则强调要尊重与自己信仰、价值观、行为方式不同的人的基本权利，并提倡通过对话达到共识，以共识为基础寻求共存。

以罗尔斯为代表的正义理论也隐含着对宽容的论证。他认为疾病，自然性取向，性别等偶然因素不能成为影响社会正义的理由。不但如此，应对由于偶然因素所致而处于劣势地位或社会不利地位的人群给予分配上的补偿。这些人群应包括女性、病人，同性恋者等。他认为这样做，不但可以缓解社会矛盾促进社会稳定，也是社会正义的要求。(18)

中国伦理思想中的宽容含有另一种意义。在中国的《现代汉语词典》中，宽容一词意为宽大，有气量，不计较或追究。儒家思想中的宽恕之道体现了同情、仁慈、理解和原谅。同情在于分担他人或病人，受惩罚的人的痛苦。允许他人犯错误，也允许他人改正错误。仁慈是以行为去防止或减少病人或犯过错误的人的痛苦，使人能鼓起勇气，并对未来充满信心。理解和原谅在于通过多方面的了解和分析去体验和接纳。宽大、有气量可造成一个和睦的气氛，在群体行为中使行动者接近规划，并将规划的行动贯彻实施。按照这些宽容理论，中国的艾滋病预防工作需要强调尊重HIV/AIDS及其他高危人群的基本权利，不追究他她们与主流社会不一致的行为，谅解他她们的不良过去，对他她们所遭受的痛苦给予同情和帮助。这种超过了道德信仰的宽容，可以赢得社会各种人群的协作，使社会集中力量去减少艾滋病的危害。

宽容策略要求中国政府工作人员、公安执法人员、医疗卫生工作者及社会各界实行医学人道主义。暂时置放对艾滋病相关高危人群的道德观念。对于长期以来一直进行的与这些人群相关的道德讨论，不要成为阻碍政策贯彻实施以及艾滋病预防工作的理由。社会各界要实行在此种理论意义上的宽容，并以这种宽容理论作为与社会边缘人群相处和制定艾滋病预防政策的道德基础。

（三）宽容策略的限制

宽容策略中的宽容是有限度的。宽容只体现在对社会边缘人群的基本权利的尊重和帮助，不能无限制的成为任何人只顾个人利益不顾他人利益或社会利益的借口。当一个有不良行为的人不顾他人及社会的利益而一意孤行的时候，宽容就会受到限制。宽容策略要求社会各界在与他人的关系上遵循儒家的“己所不欲，勿施于人”的规则。对于执意为了追逐一己的私利，不顾及周围或社会上其他任何人的利益、痛苦、甚至生命、拒绝接受教育而一意孤行的人，要用法律加以约束和惩罚。

四、 宽容策略的应用与政策建议

（一） 宽容策略与HIV / AIDS人群的隔离

中国的公众常常有将HIV/AIDS人群像麻风病人那样与社会隔离的呼声。按照宽容策略，对HIV / AIDS人群的隔离不利于中国艾滋病预防工作。在国际上有个别国家，如古巴实行了将全国所有的艾滋病病毒感染者集中管理起来的办法。从1987年开始，古巴政府要求所有查出的HIV感染者居住在可称为集中营的住所中。HIV感染者可被允许短期访问家庭、购买日用品、或者从事某些其他的活动。但是这些活动要在集中营管理人员的监视下进行。这种作法开始确实使古巴的HIV感染人数有所下降。但随着外来旅游者的不断增多，HIV的感染人数仍在增多。同时古巴经济危机的出现使HIV感染者的生活条件越来越差。集中营恶劣的居住条件和对生活失去自由的不满使许多HIV者逃离那里。这些情况使古巴政府逐渐改变了这种隔离政策。最近古巴的隔离政策已变成为：仅隔离那些被认为是传播HIV病毒行为的嫌疑人员。这等于原来的隔离政策已被古巴政府放弃。(19)

中国是一个大国，现有的经济条件不允许将众多HIV感染者集中生活在一起并进行管理。况且集中管理起来的人是HIV感染人群中的极少数人，更多的HIV感染者仍会在集中营之外传播疾病。当云南省政府提出最好将HIV感染集中管理起来的时候，云南省戒毒部门就感到人数太多而无法执行。

关键的问题是，当人们在想到隔离的时候忘记了一个重要事实：HIV感染者是无症状病毒携带者。在他们未发病的几年或十几年时间里将他们长期地与社会，亲友隔离起来，不但侵犯了他们的基本的权利，也不符合医学人道主义的要求。HIV病毒传播常常发生在自愿的有一定关系的人中间。只要采用安全行为，此种传播就会制止。仅当HIV感染者有意去从事危害他人的行为时才是危险的。但从事这种行为的人毕竟是少数。不必要地限制绝大多数并不危险的人是不公平的。

另一个重要事实是：HIV传播并不像麻风病、鼠疫那样可通过空气和日常接触传播，因此将HIV感染者与社会隔离并无大的必要。采取隔离政策除了会向人们传递一个艾滋病被限制在集中营里这一错误信息之外，还会使绝大多数HIV感染者害怕被隔离而逃之夭夭，失去管理、控制和救治的机会。按照宽容策略的要求，隔离不能尊重HIV感染者的基本权利，不能有利于中国的艾滋病预防工作。除此以外这种隔离还带有惩罚意味。这样的做法把他们逐出社会，他们就会寻找机会反过来危害社会。如果我们把他们留在社会，他们就会在得到承认、尊重和宽恕中鼓起勇气延长生命，等待科学的治疗方法的到来而不去伤害社会 and 他人。

（二） 宽容策略与吸毒人群

目前在国际上，澳大利亚、英国、新西兰等国家，以及中国的香港都成功地用口服美沙酮代替静脉注射海洛因，以减少HIV感染的机会，并可在美沙酮毒性较低的情况下使吸毒者接受教育。同时清洁针具的发放也使预防措施达到那些未抓获的吸毒者。在应用美沙酮替代海洛因效果已知的情况下，中国对实行此举的主要阻力是，应用美沙酮与禁毒法律相违背，担心会引起更多的人吸毒，而且用经济手段支持违法者与民情不容。

吸毒是违法行为。吸毒者应受到法律惩治。但当吸毒者吸毒成瘾后，他们变得失去理性，出现病症而成为了一个病人。这时他们难于离开毒品，也处在感染HIV的威胁之中。按照宽容策略，我们应该帮助他们戒断毒品，减少遭受HIV感染的机会。这样做的目的是为了他们的利益，也是为了社会的利益。这种做法与法律是相互抵触，但是艾滋病的流行控制刻不容缓。为了控制艾滋病的传播，中国政府与公安部门应在不改变法律的情况下，接受这种虽有些违法但利于疾病控制的措施，并在严格的控制下使其负面的影响达到最小。在中国吸毒人员中HIV感染大量增加的情况下，我们除视吸毒成瘾人员为与社会其他病人一样以外，由于他们面临着被传染者的危险和传播他人的危险，我们还应优先的对他们进行救治。这种做法虽与民情不符，却与民益不相矛盾。我们建议中国政府、公安戒毒部门和卫生防疫部门站在一定的高度，联合起来极早采取应用美沙酮、清洁针具交换等有力预防措施，抓住时机防患于未然。

（三） 宽容策略与卖淫人群

当前中国的卖淫人群人数众多，层次复杂。有学者深入调查将中国的卖淫业由上致下分为二奶、包婆、三厅陪女、叮咚小姐、发廊按摩女、街女、工棚女七个层次。这些卖淫女分散在各种各样的娱乐、非娱乐场所，从事明的、暗的、种类不同的性服务。中国政府的严打方式，以及学者提出的建立红灯区的方式，在这样的状况下都显得软弱无力或效果不佳。(20)

中国的公众遵循着传统的思维方式，对卖淫女采取着绝对不宽容的道德谴责态度。然而中国卖淫业的重新出现并非仅仅是卖淫女的道德堕落，它的出现是伴随着经济的发展、城乡贫富距离加大、失业下岗、贫困与相对贫困、大量买方市场的存在等因素而出现的。在这样的情况下，卖淫嫖娼现象很难在短时间内用简单的方法取缔或消灭。

在艾滋病迅猛流行的情况下，面对中国庞大而复杂的卖淫人群及现状，中国政府、公安、卫生部门应在宽容策略下协调合作起来，共同教育和保护卖淫人群，推广泰国的经验，鼓励她们使用安全套，并使她们真正能方便的得到安全套。公安部门要坚决取缔视安全套为卖淫证据的作法，立足于宽容和保护卖淫人群。这样做也就是保护公众和社会。公众要把对卖淫人群的道德谴责暂且放在一边，努力不去妨碍政府、公安、卫生部门的工作。卫生部门可效仿国外经验，把医疗送到可以达到的卖淫地点和人群。只有这样才能确保卖淫人群减少感染的机会以及传播疾病的可能性。

（四） 宽容策略与同性恋人群

中国官方对同性恋行为表现出了前所未有的宽容。但民间却仍然极为排斥。医学界对同性恋的认识与国际学术界有很大的差距。在相应的社会舆论的支持下，同性恋者易于受到执法者的惩处。在这样非宽容的环境下，同性恋人群与主流社会人群发生隔离，他们更加隐蔽，更加不易接受安全性行为的教育。

美国等国家在对同性恋人群进行预防艾滋病教育的过程中积累了丰富的经验。这些经验包括支持和鼓励同性恋者建立自己的组织，在群体和个体的水平上进行有实际内容的干预，并以一些外展活动接近同性恋人群。

由于同性恋人群有自己的价值观和行为方式，在群体水平上让他们自己组织起来进行自我教育十分有效。群体水平的自救活动包括改变不利于预防疾病的行为方式，以及群体规范和观念，通过同性恋领袖及骨干的作用使教育更加深入。个体水平的干预包括同伴教育、性活动中的交往技术传授以及如何使用安全套的教育等。外展活动包括到同性恋集中活动的场所进行宣传、分发预防艾滋病的资料等等。这些活动在中国几乎没有或很少进行，而国外的经验证明这些方法都是确实有效的方法。(21)

我们建议中国政府、公安部门、卫生部门及公众在宽容策略下保留同性恋行为不道德的观念，暂时不用性变态疾病等这些说法伤害同性恋人群的感情。在相互信任合作的氛围下，支持同性恋人群建立自己的组织，接纳他们加入国家艾滋病预防工作的网络，学习国外的经验，制定针对同性恋人群的扎实而有效的预防策略。这样做不是去支持极少数同性恋的某些伤害他人利益及破坏社会秩序的行为，而是把他们看成与异性恋者一样的平常人去教育和帮助。只有这样，同性恋人群及公众的安全才有保障。

五、 结论

艾滋病——这个特殊而新的疾病向生命伦理学学者、政策制定者提出了许多难题。这些难题有待于依据一个好的策略去解决。而好的策略来源于正确的伦理学理论或原则。宽容策略以相关的伦理学理论为基础，从艾滋病的特点及所涉及到的人群的特殊性出发，在深入了解与艾滋病相关的多种因素及预防工作中的问题的情况下提出。

宽容策略抛弃西方自由主义哲学的完全彻底的宽容，包含西方伦理学中尊重基本人权、寻求共识，以及东方伦理学中宽恕、仁慈的宽容思想。它之所以称为策略，意在与相关道德理论研究相区分，以此说明它具备社会政策的意义。但宽容策略并不与学术界对艾滋病相关人群伦理问题的探讨相抵触。它避开争端，应中国艾滋病流行的复杂性和紧迫性现实而生。可望成为中国艾滋病预防工作的一个较好策略。在此我们希望它能为中国艾滋病的防治工作做出贡献，并经受住实践的考验。

参考文献

- 1、郑锡文等，〈全球至1997年底艾滋病流行形势及分析〉《中国性病艾滋病防治》，1998年第4卷第4期，第151页。
- 2、《人民日报》，1999年11月16日。
- 3、王钊，〈中国艾滋病性病流行现状及预防控制工作〉，《中国性病艾滋病防治》，1998年增刊，第3页。
- 4、刘惠等，〈1997年北京市大众媒介进行艾滋病知识宣传的效果评价〉，《中国性病艾滋病防治》，1998年第4卷第3期，第12

2页。

- 5、赵宏儒等，〈河北省高校学生艾滋病知识、行为和性观念的调查分析〉，《中国性病艾滋病防治》，1997年第3卷第4期，第162页。
- 6、胡国良等，〈江西省大学生艾滋病知识、态度调查分析〉，《中国性病艾滋病防治》，1997年第3卷第5期，第213页。
- 7、段丽，〈艾滋病防治中的伦理问题初探〉《中国性病艾滋病防治》，1998年第4卷3期，第116页。
- 8、陈薇等，〈应加强对HIV感染者的有效管理〉，《中国性病艾滋病防治》，1997年第3卷6期，第288页。
- 9、卫生部疾病控制司二处等，〈1997年全国艾滋病哨点监测报告〉，《中国性病艾滋病防治》，1998年第4卷第4期，第179页。
- 10、高运红，〈云南禁吸戒毒与艾滋病预防工作〉，《世界艾滋病大会报告会暨控制吸毒传播艾滋病研讨会论文集》，1998年9月。
- 11、张北川等，〈中国妓女问题研究〉《艾滋病与买卖淫参与人员调查结果汇报研讨会论文集》，1998年8月。
- 12、张北川等，〈关于性病医生对我国妓女问题认识、态度等的调查〉，《艾滋病与买卖淫参与人员调查结果汇报研讨会论文集》，1998年8月。
- 13、刘新会等，〈武汉市社会人群对卖淫嫖娼现象态度的调查〉，《艾滋病与买卖淫参与人员调查结果汇报研讨会论文集》，1998年8月。
- 14、中华人民共和国卫生部，联合国艾滋病中国专题组，《迎战艾滋病——中国艾滋病现状和需求报告》，1997年11月，第17页。
- 15、贾谊诚，〈我国是否应取消同性恋诊断〉，《精神卫生通讯》，1997年8月1日，第1版。
- 16、罗秉祥，《自由社会的道德底线》，基道出版社，1997年，第141页。
- 17、Robert E.Godin and Philp Pettit, A Companion to Contemporary Political Philosophy, Blackwell, 1996, P.294.
- 18、约翰·罗尔斯著，谢延光译，《正义论》，上海译文出版社，1991年，第11--12页。
- 19、Ronald Bayer, "A Special Report--Controlling AIDS in Cuba," The New England Journal of Medicine, April 3, 1989, pp.1022--1024.
- 20、潘绥铭，〈中国地下红灯区考察〉，《艾滋病与买卖淫参与人员调查结果汇报研讨会论文集》，1998年8月。
- 21、Wisconsin HIV Prevention Community Planning Council, Wisconsin Comprehensive HIV Prevention Plan 1998, October, 1997, pp. 195-197.

(本文发表于《高科技在医学领域中的应用》(下)，陆丽娜等编，长征出版社，2000年4月，第256—266页)