

● 相关文献

- ◆ 社会学与中国艾滋病防治——...
- ◆ 提高人口质量是防止艾滋病泛...
- ◆ 艾滋病患者的社区支持
- ◆ 中国流动人口的艾滋病预防和...
- ◆ 社会学与中国艾滋病防治——...
- ◆ 艾滋病的流行对中国人口发展...
- ◆ 预防为主的方针、计生系统介...

您现在的位置：首页>>研究文献>> 变化社会中的艾滋病预防

## 变化社会中的艾滋病预防

作者: 李冬莉 出处: 中国人口信息研究中心

摘要：本文试图从人类人口学的视角和杰米逊（Jami son, 1993）关于社会变迁的公共卫生理论对中国目前在艾滋病预防上的困境作出解释：当市场经济发展和社会变迁导致政治权利迅速分散使传统的社会控制失去作用的时候，需要更高思维素质的公民社会尚未形成。笔者就此提出一些建议。

关键词：艾滋病预防/社会条件/公民社会参与

### ABSTRACT:

From perspective of anthropological demography and public health theory of social change, the article attempts to explain difficult position of AIDS/HIV prevention in the sharply changing society of China. Sudden decentralization ruined traditional social control while civil society has not yet formed, and latter requires a thinking emancipation movement like the Renaissance and the Enlightenment in Europe China has not experienced. And several suggestions are proposed.

### Key words:

AIDS/HIV Prevention/Social Setting/Civil Society Participation

### 一. 背景

中国正坐在艾滋病定时炸弹上。因为中国具备了艾滋病大爆发的一切社会条件。这些条件是：

- 经济发展速度快，富裕阶层人数迅速膨胀，其中一部分人需要体验购买带来的满足，包括购买带来的性满足，于是在一定范围内形成淫乱和性开放的社会风气，成为规模性的高危险群体；（6）

- 社会变迁速度快，边缘群体受挫导致社会吸毒率增长（7）；

- 经济高速发展，吸引上亿的流动工离土离乡，形成世界上最大的易感人群；

- 青少年，性行为普遍而性知识缺乏；

- 在广大农村地区，妇女地位普遍低下（8）。

- 另一方面，社会观念保守，许多人甚至无法想象与高危险群体建立合作；

- 社会观念保守，普遍存在对艾滋病人严重歧视和排斥（9）；

- 社会观念保守，预防教育难于开展，许多人、甚至包括一些决策者都对艾滋病拒绝承认保持沉默。

这些条件是结构性的。就是说，无法靠任何个人、哪个局部、哪个机构、甚至不是单靠政府的努力就能解决的。需要全民动员，最大限度的全民动员。只有实现全民动员，才可能真正实现跨部门的联合；只有实现全民动员，才可能调动足够的资金和其他资源；只有实现全民动员，才可能在比较短的时间内形成舆论造成声势，压倒偏见、纠正错误认识。这如同一场战争。从造成的死亡率讲，艾滋病灾难相当于战争；从对社会经济带来造成的损失、消耗掉的人力物力来讲，相当于战争；从给人民带来的痛苦来讲，相当于战争；从需要长期不懈竭尽全力的意志较量来讲，相当于战争，而且是艰苦的持久战。正如战争，历史将把赢得战争的英雄和他们的功勋永远载入史册，也将把重要的过错和罪责记录在案。

从现有的条件看（非官方对目前中国艾滋病毒携带者的估计数为125万，官方的估计数为60-100万）（10），中国至少在今后几十年将无法避免地陷入艾滋病带来的负担和麻烦。现在要想完全解决问题已经不可能。我们今后在最成功的情况下能够做到的也就是控制和缩小问题。（11）

## 二、反思

虽然针对个体高危险行为的预防项目已多有开展，但基本上局限在小群体和局部规模。无论是陡然攀升的新感染率，还是具有全国代表性的统计调查结果（12）都在提示：从覆盖面来讲，我们预防宣传方法的有效性必须受到严肃质疑。

而且，即便到2005年实现了《中国遏止于防治艾滋病行动计划（2001-2005）提出的“全民预防艾滋病性病知识和无偿献血知识知晓率在城市达到75%以上，在农村达到45%以上”，在我们这个13亿人口的大国中仍然意味着还有6-7亿人口对艾滋病没有知识。缺口如此庞大！不言自明，庞大的缺口等于庞大的危险。当务之急：对全局性工作方法进行充分反思。

世界银行的一项研究指出：“发展中国家预防控制疾病的关键在于政府手段。”通过国家间比较，它提出两个命题：

- 1，能够减低死亡率的公共卫生政策更可能是强大的、高度中央集权的国家制订并实施的；
- 2，能够降低死亡率的公共卫生政策更可能是积极的社会政治运动的产物（Jami son, 1993）。

用上述命题，我们可以恰当地解释泰国的成功：国王下令人人服从，管理妓院命令媒体；也可以恰当地解释我国50年代公共卫生方面的辉煌成功：全国范围，令行禁止；禁毒禁娼，几乎一夜实现。问题：为什么同样方式在今天行不通？

因为社会发生了本质的变化。改革开放以来，在高速度的经济发展推动下，中国正在经历从传统社会向现代社会、乡村社会向城镇社会、封闭向开放、农业经济向工业经济的转型。这样规模的社会，以这样快的速度急剧地变迁，在人类历史上是史无前例的。

### 传统社会和现代社会的基本差异

社会特征	传统社会（民俗社会）	现代社会（法理社会）
占统治地位的社会关系	友谊	交换
核心制度	亲属	理性分析
社会秩序中的个人	家庭法	国家
财富的象征	自我	个人
法的类型	土地	金钱
制度的秩序	家规	契约法
	家庭生活	城市生活
	乡村生活	理性生活
	城镇生活	全球生活

资料来源：马丁代尔：《社会学理论的本质和类型》，麻省剑桥，霍顿。米夫林出版公司，1960年，第84页。

从政治人口学和结构功能主义的角度看，儒家传统社会是一个建立在父系亲属制度基础上的中央集权政治体系。其意识形态基础是“忠孝”，以维护君主、家长和夫权专制。儒家社会等级分明组织严密，十分利于超大规模的社会动员。这种独特的社会组织实际上是一种灾难反应机制，是对中华民族生存环境的适应：动辄要动员超大规模的劳力和军队修筑长城抵御北方的游牧民族的进犯，治理无数次改道泛滥的黄河长江。其在过去2000多年的历史实践中被证明基本上是自然的、合理的，成功地造就了一个灿烂的农业文明。

市场经济发展、个体主义成长、世俗化（secularization）（14）形成导致了政治权力的分散（Decentralization）。这本来是现代化过程的必然。但中国的命不好，此时恰逢艾滋病大举进犯。当心急如火的公共卫生决策者发令频频却应者寥寥时，真是让人一筹莫展。

那么，个体主义政治文化的发达国家，其中最典型的美国，HIV的新感染率到1993年就不再上升，然后逐渐呈下降趋势。他们是怎样做的呢？艾滋病作为现象一出现，随即变成社会的超级兴奋点：大众传播媒体集中报导，科学研究争相发现，社会公开讨论。信息密集，大众普遍受教育水平高，绝大多数人能够得到并理解预防信息。问题：我们为什么做不到像美国一样？

因为思维滞后。事实是：大多数人（甚至包括许多决策精英和学术界人士），像多数发展中国家一样，在集体无意识中（Collective Unconsciousness）把公共卫生问题和社会文化现象与禁忌、耻辱、歧视、排斥相联系，拒绝正视，保持沉默。（15）

中国的经济发展推动了多方面的社会进步。但是，由于没有经历过欧洲工业革命后的文艺复兴和启蒙运动这样彻底的思想解放运动，中国作为一个民族缺乏科学思维。即：从事实出发向权威和秩序挑战的精神。

在社会转型过程中不同层面（行为、价值观和思维方式）的转变的速度差异悬殊：一夜黄色录像可以让青少年和青年流动工永远放弃性贞洁观念；一个制度的改革也许瞬间促成权力分散；而有些决策精英们的思维沿袭了已沉淀数千年的文化传统。不经过对痛苦失败的深刻反省，要转变谈何容易！

梁漱溟说：“中国社会是伦理的社会。”伦理，是历代封建统治者和御用文人以非武力的道德教化方式熏陶出来的上下尊卑远近亲疏观念。数千年以来，这种有意识种植出来的意识形态渗透到中国社会的政治经济文化生活的方方面面，沉淀到我们思维的深处，在集体无意识中规范着中国人的思想和行为。

· 以下用两个概念框架来表示儒家伦理如何妨碍了艾滋病预防



结论：儒家传统社会成功的灾难反应机制在应对新的灾难艾滋病时反而成了障碍。

当前也许没有一个社会问题像艾滋病一样凸现出我们社会结构上的弱点：一种灾难反应机制

上的真空。当旧的、自上而下的社会控制或多或少地失效以后，新的、需建立在一定思想素质之上的公民社会尚未成型。两头不靠。

幸而当今大众媒体正在雨后春笋般发展。大众传播媒体无疑有着最广大的受众覆盖面和最强大的社会影响力。他们如果愿意，完全有能力用生动活泼的形式向社会源源不断地输送预防信息，是最强有力的预防武器。

但是，大众媒体除了也存在前述思维问题以外，还有过分商业化的问题。广告经济促进了我国大众媒体的迅速发展。但以赢利为目的的媒体着重富裕阶层感兴趣的内容，倾向于忽略“不带来赢利的受众”——占人口大多数的比较贫困的农民。

从全世界看，绝大多数HIV感染者在发展中国家；在我国，大多数感染者在农村；发达国家中贫困阶层中感染者的比例大于他们在总人口中的比例。重要的原因是过分商业化的媒体不为他们提供适合于他们的救命信息。因此，艾滋病的确是贫困疾病。

### 三、策略创新

中国社会正处于急剧变化之中。艾滋病前所未有。要解决问题，策略必须创新。

#### 一)。集中权力的对策

##### 1、 树立权威。

假设：在农村人口占大多数，城市里公民社会发育有限，政治文化处于集权和分权之间的中国，把权力集中起来，也就是用变相地强调权威崇拜和秩序依赖的策略，仍然可能达到可观的社会控制。

对策：

- 国家最高领导人直接担任国家艾滋病防治工作的领导，加强权威性；

- 把艾滋病防治定为基本国策，强调问题的特殊性；

- 由中外专家建立国家级专家组（其中应既包括医学专家，也应包括社会科学专家）垄断话语权，定期直接向社会发布信息。（而不是向现在这样提供给新闻界，后者可能学走调）。这些信息不仅应当包括感染率变化，还应当包括各种群体行为和病毒传播之间的关系、国家和地区防治策略和国内外科研的最新进展。

##### 2. 集中资源：

假设：中央决策者因为掌握全面信息又有一流专家支持，与中央以下各级和地方政府相比，观念更正确。

对策：

- 在没有对各级决策者开展倡导（advocacy）项目，对其能否正确有效地使用资源无把握的情况下，建议尽可能先把资源集中在中央一级，用于全国一盘棋的项目。只有随着各级倡导和培训项目的开展，各级干部的认识水平提高了之后，资源使用权力才能逐渐分散。

##### 3, 动用中央集权组织的力量

假设：中央集权的组织力量，比如军队和警察，最容易调动，从来都是中央和地方救险救

灾的有生力量。

对策：

- 国家计生委介入 领取固定工资的国家计生委系统相对来说具有较多的中央集权性质，曾经有效地推行了计划生育政策、把我国的生育率降低到替代水平以下。由此推断，计生委的介入将可能有力地推动艾滋病预防。（15）

## 二）分散权力的对策：促进公民社会积极参与

因为社会变迁，以往中央政府的社会控制能力在很大程度上转移到以下群体中去了。这些群体有：

- 地方政府有了越来越大的独立决策权；
- 中央和各级政府中在很多情况下实质性的决策可能由司局、甚至处级干部发起或拒绝；
- 中央和地方的人大、政协在立法和决策中扮演的角色越来越重要；
- 各种非政府组织、个人（包括学术界、娱乐界、宗教界、教育界等等都各自以自己的方式越来越多地影响社会舆论；
- 大众传播媒体影响尤其大；
- 有些地区（包括一些少数民族地区），家族宗族领袖有很强社会控制能力。应该还有其他。

所有这些群体都有可能在艾滋病预防宣传运动中起到非常积极的作用。调动他们的积极性，以他们为纲，可以纲举目张，带动全盘，将容易、节约而有效。怎样才能调动他们的积极性呢？

· 新的项目方向：倡导(Advocacy)：国外有效经验

-目标群体：一切决策者和有社会影响力的人，包括各类领导人、知识界、娱乐界和舆论界等。

-项目内容：倡导包括宣传工作的内容，即通过传递知识让工作对象对问题严重性紧迫性有充分认识。但要超出宣传工作的内容：还必须让目标群体作出承诺，给予支持。因此倡导活动应当向目标群体提供解决问题的宏观策略和具体方案。

-在我国可采取的形式：在各级党校行政学院为各级干部尤其是各地党政一、二把手举办学习班；派专家班子到大学、国家机关、社会团体、重要企业和各类媒体举办讲座开展工作；组织专门班子到人大政协游说，等等。

## 三）、针对媒体商业化的对策

针对媒体过于商业化的倾向，建议国家采取措施保证一定数量的媒体专门用于艾滋病信息交流和宣传。考虑到当今电视的巨大影响以及其他国家在这方面取得的成功经验（Peter. W. Vaughan and others, 2000），建议国家把重要比例的预算投入到电视宣传部分中去。

国外已经有经验证明：市场经济原则不适用于艾滋病控制（世界银行，1997）。如同战争，主要的动力原则应当是提倡英雄主义和献身精神。

注释：

1. 在个人层面，在有性病传染的社会环境中性伙伴更换频率与感染危险呈正相关。在社会层面，瓦塞特提出性病传播动力学理论。他指出：“在很大程度上，性病的传播是由涉及高危险行为的人和从事高危险传播的人来推动的。高危险传播者通常包括商业性工作者和性工作者的顾客。这些人共同组成一个个庞大的、动态的感染和再感染场，这个场有无数个“桥梁和人口总体联结。一个人口总体中若无这样的动态感染场，单单因为存在一定数量的感染者，性病传播是无法持续的（Wasserheit JN, and Aral Sok 1996）。”

2. 人类学家认为，艾滋病灾难不可能出现在更早些时代，比方说50年前。因为若没有当代发达社会的大规模商业旅游和发展中国家汹涌的流动工潮，艾滋病是不会在全球如此迅速地蔓延的（Douglas A Feldman, 1990）。人口流动从来都会帮助传染病蔓延。因为，人群离开自己原先的社区跨越很远的距离到别的地方去，通常是到人口稠密的城市社区去，在那里人际间近距离接触很容易导致疾病传播。因为个体在自己的故乡社区中其行为，包括性行为是受到监督和控制的。而通常异乡的人们不感有对他人行为施加影响的责任（John. C. Caldwell, 1997）。

3. 关于淫乱和性开放社会风气，最直接的证据是城市里几乎猖獗的、无处不在的性病门诊野广告，向我们提示性病感染的普遍性。影响最大的专业研究请参见：潘绥铭，《存在与荒谬：中国地下“性产业”考察》，群言出版社，1999年。

4. 显示中国妇女整体地位低下（主要是在封闭的农村地区）的统计证据是目前中国异常高的出生性别比。

5. 这方面的证据多不胜数。且不说媒体上的各种报道，笔者本人就听到一名出租车司机说：“政府还搞什么预防，干脆把艾滋病人人都拉到内蒙沙漠里埋了算啦。”歧视现象不仅严重侵犯了病毒携带者和病人的权利和尊严，而且，在社会严重歧视艾滋病人的情况下，有危险行为的人们就不敢做病毒测试，其结果就是病毒携带者继续把病毒传染给他人。另外，有些艾滋病人受到不公正待遇后会报复社会，有意识去把病毒传播给他人。因此，消灭对艾滋病毒携带者和病人的歧视，必须是国家预防战略的重要组成部分。

6. 根据〈国家计划生育委员会预防艾滋并宣传教育基线调查结果〉，20%的调查对象根本没有听说过艾滋病；在自认为知道艾滋病的调查对象中，只有23%的人知道艾滋病是通过病毒传播的；71.8%的人知道艾滋病会传染，但大多数不完全清楚艾滋病的主要传播途径；26%的人对艾滋病的传播途径完全不知道，知道性传播途径的占50%，知道输血途径的占34.7%，知道母婴传播的占13%，知道共用注射器的仅占16.9%；知道艾滋病是可以预防的占62.9%，但如何预防完全答对的很少；只有50.3%的知道艾滋病是无法治愈的；知道避孕套可以预防艾滋病的不到被调查者的一半。该调查在全国7个处于不同的经济社会发展水平的城乡地区采取随机抽样方式进行问卷调查，“基本具有全国代表性”。见：〈国家计生委预防艾滋病宣传教育项目基线调查结果〉。

7. 世俗化（Secularization），即：非宗教化。在我们的文化中，世俗化等于对儒家文化中主导价值观“忠孝”的放弃。

8. 据Elizabeth Pisani的比较研究，从全球来看，艾滋病泛滥之所以在绝大多数发展中国家越演越烈的根本原因是这些国家中，“人们不愿意承认、更不愿意谈起艾滋病和传播病毒的行为。”发达国家的情形则相反，“大规模的宣传运动、公开讨论安全性行为、大造声势推广安全套。”“只有少数几个发展中国家如泰国、乌干达和塞内加尔除外。这几个国家都是在最高国家领导人的直接强力推动下成功地实施了预防干预措施。（Elizabeth Pisani, 2000）”

9. 有研究者在计生委介入性病艾滋病预防项目的可行性作过很有价值的研究。如：赵鹏飞、周颖燕在上海市7个街道通过现有的计生网络做咨询提高育龄夫妇的性病艾滋病知识，并促进安全套使用；南京人口干部管理学院与昆山市计划生育委员会以及美国加利福尼亚大学AIDS研究中心合作，在昆山市实施STD/AIDS社区预防生殖健康教育”国际合作科研课题；以及国家计生委科技司在

联合国开发署资助下在广东、广西和重庆的4个县区的宣传调查试点，都证明在不同地区依靠我国目前现有的计划生育系统在小范围内开展艾滋病预防宣传的可行性。

10. 国家计生委在全国各省市自治区的县级设有计划生育服务站2300个，在乡级设有31000个计划生育服务所，在许多地方建有村级计划生育服务室。全国专业的计划生育工作者人数达40万人，理论上覆盖人口总体，可以用来保护每一个人。国家计生委下属40多家工厂，每年生产的避孕套达11.7亿只。

#### 参考书目：

1. 〈国家计生委预防艾滋病宣传教育项目基线调查结果〉，第1-4页。
2. 〈中国遏止与防治艾滋病行动计划（2001-2005）〉，第2页。
3. 梁漱溟，〈中国文化要义〉，第三卷，山东人民出版社，1990年，第19页。
4. 世界银行，《正视艾滋病：针对这一全球流行病的公共卫生政策重点》，牛津大学出版社，1997年，第37页。
5. 〈中国遏止与防治艾滋病行动计划（2001-2005）〉，第2页。
6. 梁漱溟，〈中国文化要义〉，第三卷，山东人民出版社，1990年，第19页。
7. UN, " HIV/AIDS: More than a Health Crisis" , by United Nations Department of Public Information, New York, June 1999.
8. UNFPA, " From Family Planning to Reproductive Health" , 1999, Global Population: the Facts of Life, 1999.
9. Sidney B. Westley, Thailand, Copes with HIV/AIDS, Asia-Pacific Population Policy, July, 1999.
10. Jamison, Dean T., W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and Jose Luis, Bobadilla, 1993., Disease Control Priorities in Developing Countries. New York: Oxford University Press.
11. Frank McGlynn and Arthur Tuden, Anthropological Approaches to Political Behavior, University of Pittsburgh Press, 1991.
12. Sidney B. Westley, Thailand, Copes with HIV/AIDS, Asia-Pacific Population Policy, July, 1999.
13. Elizabeth Pisani, AIDS into the 21st Century: Some Critical Considerations, Reproductive Health Matters, Vol. no.15, May 2000.
14. 世界银行，〈正视艾滋病：针对这一全球流行病的公共政策重点〉，牛津大学出版社，1997年。
15. International Planned Parenthood Federation, " Advocacy Guide for HIV/AIDS" , 2001.
16. HIV/AIDS: More than a Health Crisis" , Published by the United Nations Department of Public Information, New York, June, 1999.、
17. Douglas A Feldman, 1990, " Preface" , " Culture and AIDS" , New York ,Westport, Connecticut, London.
18. Hohn. C. Caldwell, John K. Anarfi, and Pat Caldwell, 1997, " Mobility, Migration, Sex, STDs, and AIDS: An Essay on Sub-Saharan Africa with Other Parallels" , " Sexual Cultures and Migration in the Era of Aids: Anthropological and Demographic Perspectives" , p.55, Clarendon Press Oxford.
19. The World Bank, " Intensifying Action Against HIV/AIDS in African: Responding to a Development Crisis" , 2000.
20. Peter. W. Vaughan, Aglleme Rigis and Ediwin St. Cathering, " Effects of an Entertainment — Education Radio Soap Opera on Family Planning and HIV Prevention in St. Lucia' , " International Family Planning Perspectives" , Dec. 2000, The Al. An Guttmacher Institute.

