

“工具性”色彩的淡化：一种 新健康观的生成与实践 以绍兴醴村为例

姚泽麟

摘要：国内学术界目前还鲜有以医学社会学作为理论视角来探讨当下的医疗、疾病与健康问题。本文基于长三角一个村庄的调查材料，试图从医学社会学角度来讨论当地村民从新中国成立前至今“健康观”的变迁过程。通过新旧健康观的描述与对比，文章主要考察了新健康观变化的内容与动力。村民日益赋予健康以一种崇高的价值，健康观中原有的“工具性”色彩正逐渐淡化。由现代化过程所带来的经济发展与生活水平的提高是新健康观生成的最大动力，而国家在其中的直接作用则非常微小。本文认为，健康观是观察现代化的一个角度，也是考察国家与农民关系的一个新窗口。

关键词：健康观 现代化 国家 “制造健康” “恢复健康”

Devaluing the “Instrumental” Approach: Formation and Practice of a “New Concept on Health”: Village Li in Shaoxing

Yao Zelin

Abstract: There has been little research in China's academia on medicine, diseases, and health from the perspective of medical sociology. Based on the data from a village located in the Yangzi River Delta Region, this research attempted to discuss the change in the villagers' views on health from pre-liberation to date. By describing and comparing the old and new concept on health, this paper focuses on the contents of the change and the drive behind the change. The villagers have

* 作者：姚泽麟 香港大学社会学系 (Author: Yao Zelin, Department of Sociology, The University of Hong Kong) E-mail: laoyao10531028@126.com

本文由笔者的硕士学位论文改写而成，感谢导师杨善华教授的悉心指导。程为敏、刘小京、卢晖临、罗沛霖、朱伟志等老师与姚建文、金梓等诸位同仁也对本文有着直接或间接的贡献。文中一部分材料来自“中国农村的疾病与贫困”项目，感谢作为项目主持者之一的香港中文大学教授蔡玉萍老师。此外，在本文的构思过程中也得到了北京大学李康与吴飞老师的指点。文责自负。

increasingly attached a high value to health and devalued the instrumental approach. The economic development and raised living standards brought about by modernization are the most important drive for the formation of the new concept on health, whereas the state has played only a tiny role. The paper concludes that views on health can serve as an angle to look at modernization as well as a new window through which state-peasant relationships can be studied.

Keywords: concept on health, modernization, the State, “manufacturing” health, “recovering” health

一、问题的提出

当下,健康问题日益成为社会与学界关注的热点,但学界对于健康(涉及疾病与医疗问题)的研究多限于经济学(姚洋、高梦滔,2007)、历史学(杨念群,2006;罗芙蓉,2007)与政策研究(葛延风、贡梦,2007;韩俊等,2007)等领域,鲜有以医学社会学作为理论视角来展开讨论的。而且,已有的绝大多数研究往往强调农村医疗卫生问题的严重性(韩俊等,2007;姚洋、高梦滔,2007),却忽略了中国不同地区间发展的极不平衡性,同时他们也很少关注农民的具体健康行为,而总是笼统地强调在城乡二元结构和不健全的医疗体制制约下农民被动、无助的处境。

不可否认的是,随着经济的发展与生活水平的提高,人们对自身的健康日益关切。无论是保健品的热卖,还是健身热的蔓延,都有力地证明了这一点。而农民究竟处于何种状态?我们在醴村发现,一种“新健康观”正在生成。因此,本文主要围绕以下几个问题进行讨论:与传统的健康观念及相应的行为模式相比,在新时期,村民的健康观有没有发生变化?如果有,变化的内容为何?具有哪些特点?又是什么因素推动了这些变化?

本文所用的材料均来自我们在醴村的实地调查。醴村位于浙江省绍兴市越镇的东南。绍兴地区人多地少的现实造就了其悠久的小手工业与商业传统。改革开放后,醴村经济发展迅速。2004年,该村共有475户,1139人。2003年,全村实现工农业总产值8518万元,其中工业产值8118万元,农民人均收入9387元。全村90%以上的农户住

上了别墅与新楼。¹2004年醴村所在的行政区兴建国家湿地公园,醴村除少量自留地外,全部耕地被用来种树,由此获得一笔资金,加上以转制电缆厂的股份作为基础,村里向每位老人(男60周岁以上,女55周岁以上)每月发放200元的养老金。

醴村目前可及的医疗资源比较丰富。醴村距绍兴市区不过7公里,这使醴村村民使用市内的医疗服务非常方便。越镇本身有一个社区医院,负责医疗、预防、计划生育等多项任务,能处理一些常见疾病。

本文主要运用深度访谈、焦点团体和文献等方法。在醴村展开的长达4年的调查中,我们访问了百余位不同性别、不同年龄、不同教育程度、从事不同职业和处于不同社会经济地位的村民,这使得我们能够比较全面地了解整个村庄的社会经济状况与村民的健康观。

二、文献回顾:现代化、国家²与健康观

Schulman和Smith(1963)曾讨论了美国一个西班牙语村庄村民的健康观念。依据他们的定义,健康观念乃是村民对何为健康状态的理解。但本文中的健康观不仅包括村民对何为健康状态的理解,还包括由此所导致的为达致健康状态所采取的一系列行为。

现代化是指“社会生活或组织模式的转变过程(吉登斯,2000)。上世纪20年代,R. S. 林德、H. M. 林德夫妇(1999)在中镇考察现代化过程时就注意到了当地居民健康行为的变化。他们在《米德尔敦》中展现了在现代化过程中,现代与传统的保健行为并存且相互斗争的历史画面:一方面,中镇还有大量的“非科学医学”,即依靠巫医来治疗疾病,但这大多限于“生产阶级”;另一方面,“经营阶级”的家庭却珍藏着一些家庭医学手册,这些是现代西方医学在当时的集中成果。又如在同一街区,很多母亲都用现代方式来保护自身与子女的健康,但也有主妇拒绝护士的上门探视。不过,无论是从个人还是集体角度,中镇人对健康的关注较之1890年时已有显著的提高(同上:505)。换句话说,在现代化的过程中,随着生活水平的提高、科学知识的普及,人们越来越关心自己的健康。

在技术乌托邦主义、消费主义与国家力量的推动下,健康被赋予了

1绍兴市 JH 新区管委会材料: <http://www.jing-hu.com/v.asp?Unid=135>。

2本文中所谓的“国家”主要是指政治权威力量,包括了从中央到村庄的各个层次。

日益崇高的价值,健康意味着“正常”。人们想方设法来制造、保持和恢复健康,然而最后得到的只是“健康的海市蜃楼”(Turner, 2004: 64)。成令方等人(2004)对台湾男性泌尿科的研究则为此提供了一个极佳的注脚,他们发现医疗化使男性产生了“永葆青春”的幻想。尽管Turner和Samson(1995)是带着批判的眼光来审视现代社会中人们为健康所作的努力,但不可否认的是,现代化的确带来了健康观的变迁,即对何为健康以及如何达到、保持健康状态的理解。

国内社区研究中涉及此主题的甚少,例外之一便是曹锦清等人(2001: 399)对浙北陈家场的考察。作者指出,尽管上世纪50年代以来,当地政府在卫生方面措施颇多,陈家场的医疗条件也得到了相当的改善,但乡村卫生环境与村民卫生习惯的改变却步履维艰,因为观念的改变总是缓慢的。有意思的是粪便管理这件“二三十年来由医疗队和乡政府屡次督办的事情,随着乡村经济的发展、楼房的兴建以及村民卫生意识的改变而自发地办成了”(同上: 315)。这就带出本文的另一条线索:究竟国家在农民健康观的变化当中扮演了一个怎样的角色?

近代以来,国家更加关注身体中所包含的生产能力。例如M.福柯(1998)在其晚期著作中大量地谈及治理术(governmentality)问题。治理术探讨如何使人口变得更有用,以使国家富强,而这就涉及医学、监狱、疯人院等一系列“技术问题”。

具体到中国,从近代以来,医学就在民族国家建设中发挥了重要作用。无论是1949年前的国民政府,还是1949年后的人民政府,都在对医疗卫生给予极大关注的同时也对此加以巧妙的利用,以增强民族国家认同与自身政权的合法性。另一方面,各个政权都需要民众的“生产性身体”来进行经济建设(黄金麟, 2006; 杨念群, 2006; 罗芙芸, 2007)。由此,我们可以总结出国家影响民众健康观的两条可能路径:其一是组织动员,进行民族国家建设;其二则是“福利政治”,即“以社会福利换取政治合法性的政治行为”(刘鹏, 2006),而后者尤其重要。沿着这一路径,我们将考察作为政治性福利措施的新农村合作医疗制度(以下简称新农合)对于村民健康观的影响。

三、旧健康观:村民对疾病与医疗的苦难记忆

从我一生看来,童年时候,兵荒马乱,不得温饱;少年时

候,牵鹅拔草;青年时候,长工短工,入夜起早;壮年时候,父母年老,子女幼小,两副重担,压得弯腰;老年时候,生活最好。放眼今日社会,经济振新,事业发展,社会稳定。过去啦,唉。最好就是现在了。(YYR,040816)¹

新中国成立前是兵荒马乱,新中国成立后是生活困难,改革后则是幸福时光。在我们的访谈当中,醴村年龄稍微大些的中老年人会经常如 YYR(1928年生)一样,主动回忆起过去自己和其父辈所经历的苦难生活,把种种苦难诉说给我们听。绍兴经济的腾飞不过短短 20年,在这之前,醴村人一直是在温饱线上苦苦挣扎。而在这样的状态下,他们所能获得的医疗资源非常有限,自己和家人往往为各种各样的疾病所困扰,因而他们有着一种“旧健康观”。

(一) 生产状况

在集体化时代的农村,人民公社是集政治管理、经济生产和社会生活于一体的制度。几乎所有的人都被牢牢地束缚在土地上,在生产与消费方面都没有自由选择的权利。由此,醴村村民在基本生存与身体健康之间也就有了“无奈”的选择。

1. 农业

据醴村原大队长 WGS回忆,当年生产队在农忙时候最早 3点就开始劳动,到 11点半收工;下午 1点半开始,至 7点半才能回来。然而“集体干活效率不高,只要人在那里就行了,出工不出力”(WGS,040813)。

除了完成平常的农业生产,他们还经常被动员起来搞各种生产竞赛和水利建设。WJL和 CLS就曾回忆起积肥运动时去萧山海涂割草的情形。割草一般在秋天前,出去三四天,他们饱受蚊虫的叮咬,最后换得的不过是多加了 1/3的工分。“那时候我做一天只有 5毛钱了!全年收入 230”(WJL、CLS,060823)。WGL和 CLR则谈到他们去海涂围海,他们都睡在临时大棚里,没有鞋穿,干活都是赤脚,因为卫生条件恶劣,他们都生了“老白虱”。“还要开夜工。我们 55岁这批人最苦,基本上每年冬天都干,一定要去的,如果不去的话收入就没有了”(WGL,050119; CLR,050713)。

事隔半年的两次访谈,WGL和 CLR却不约而同地讲到了同一件

1 YYR是被访者姓名的拼音缩写,040816是受访日期。下同。

事,且都说“我们这批人最苦”。苦在什么地方?当时国家为了更好地建设社会主义,便最大限度地使用了民众的“生产性身体”。“不论是从国族建构的角度,或是从资本主义生产需要的理性计算的角度来思考,对身体进行一个工具性的计算和一个科层化的组织与动员,已经成为一个无可避免的历史趋势。”(黄金麟,2006:14)如果我们将其中的“资本主义生产”替换为“社会主义生产”,那么用这段话来概括当年醴村村民所遭遇到的集体化生产方式,是再恰当不过了。

这种对身体的工具性计算和科层化的组织动员,同样也波及了女性。这种“压榨”尤其体现在一些从城里嫁来的女性身上。比如 DMK 从绍兴城嫁到醴村后,尽管没有农活经验,但为了挣得工分以养家糊口,也不得不去参加田里的劳动。40年后,这种苦难生活还是深深地印在她的脑海中:“做田坂很辛苦。那我什么都不会做!做了就是要生病。……苦哟!苦煞了!……那我望望城市里的电灯都非常亮,那我还在田坂里做啊,我真是苦煞了”(DMK,060212)。

DMK对集体化时代的回忆近乎一次“诉苦”。她不时地提及“苦”、“难受”这些字眼,直接原因便是劳动致病,但她还不得不带病劳动。为了在年终获得粮食的分配与极少的“分红”,DMK们只得不顾身体状况而参加生产,甚至生育在当时都成了“例行公事”,“生孩子就像不生一样的”(JAD,050714)。许多妇女为了挣得工分就不做月子,抚养孩子就在田间地头进行。

那时候的妇女最少三个四个小孩,她们都在田野里面放一张小床,让小孩子睡在上面,她们在那里做。现在40左右的这批人,都是差不多这样子的。(WLH,060212)

可见,人民公社制度一方面最大限度地利用了村民的“生产性身体”,另一方面也剥夺了村民因病休息的权利。这与帕森斯的病人角色模型产生了直接的冲突。在这一模型中,“病人”被免除了“正常”的社会角色,而且他会积极寻求技术上适当的帮助和与医生合作以求恢复健康(Parsons,1951;科克汉姆,2000)。然而在上述案例中,无论是国家还是家庭都没有将病人当作病人来看待。更为重要的是连患者自己都没有免除自己的社会角色,因为他们清楚,一旦称病歇息,将会丧失工分,由此就会影响年终的分配。而且,这也是为了避免疾病给家庭造成额外的开支与负担。

2 防腐与挑花

正如以上所分析的,当时的农业生产所得经常不能满足村民的温饱。因此,醴村人就在国家对非农经济进行严格限制的计划经济体制中努力钻营,想方设法增加自己的收入,于是出现了钻空式经营(蒋勤,2006),而防腐与挑花便是其中的代表。

防腐主要是防微酸微碱,有的是强酸强碱。微酸微碱主要是对食品一类,比方说酒厂里的酒池是水泥打起来的,水泥装了老酒以后有渣子,通过防腐,它的渣子就少了。那工业中的盐酸、硝酸也需要防腐,这是强酸强碱。防腐主要就是哪个地方有烂的给它搞得好一点,就是补一下。有的地方需要补,有的地方需要贴玻璃丝布的,有的地方需要砌砖。有的强酸强碱要用耐酸耐碱的材料去打砖。(CRF,050713)

上世纪60年代,醴村的缸坛修理发展成了专业防腐。“当时防腐行业每月的收入能达到七八十元”(CRF,050715),这使得醴村青壮年男性趋之若鹜。供小于求的状况导致公社、大队、生产队等各级领导的亲属或与之有密切关系的人占了先机。

但是,这个行当对人体有害,因为防腐材料中含有多种化学物质,这一点由许多被访者提及。例如编写镇志¹的CYD就说,“我们有个防腐师,本来就有气管炎,为了挣钱得肺癌了”(CYD,040816)。然而,在当时物质极其匮乏的情况下,身体健康被放在了次要的位置。这正反映出当时在村民那里,健康并不具有崇高的价值,而只是一种“手段”,是他们维持基本生存和改善生存状态的工具。

姑娘和年轻媳妇则挑花。花边源自威尼斯,上个世纪初由外国天主教徒传入绍兴。制作花边大概需20道工序,而挑花则是其中最为繁重的一道。在人民公社时期,挑花成了妇女的一项主业,在镇志中有这样的描写:“挑花边在60年代是农村妇女的一大业余副业,亦是农民经济收入的补充。70年代,挑花妇女激增,从事者多为眼明手捷的姑娘和年轻妇女,人数占农村妇女的70%~80%,其收入可观。民谚云:‘锄头勿如针头’,即农业生产劳动一天不及姑娘挑花一天的经济收入”(CYD,1998:356)。当时的挑花收入相当可观,每个人每月可达20

¹ CYD,主编,1998,越镇志,浙江:绍兴新华印刷厂。

元,因此LYJ才有“三个儿子不如三根针”的说法。但同时,挑花也影响了妇女的健康,因为当时挑花的条件非常艰苦。

当时晚上挑花还用煤油灯。点暗一点,亮一点么这个煤油太浪费呀。就这样晚上挑几毛钱。后来我们这边上了电灯,8支光的电灯。我们家里每天晚上都是六七个人聚在一块挑花。(LYJ,060213)

另一位普通的挑花女则说,“我当时就是日日夜夜挑花。现在精力不好,生骨刺,眼睛也不太好。现在享福了,可是身体不好了”(WSJ,050715)。

显然,在WSJ的逻辑中,现在眼睛不好、精力不济、生骨刺就是因她年轻时要替父亲治病、要补贴家用而拼命挑花造成的。我们的访谈还发现,挑花是醴村妇女在集体化时期普遍从事的营生。尽管挑花也是供小于求,但年轻女性还是甘愿在劳累了一天之后再奋战到半夜,而这就影响到了她们的身体健康。挑花所蕴涵的逻辑与防腐相同:虽然对身体有害,但为了维持生存还是要想方设法参与。在身体健康与基本生存之间她们选择了后者,这是当时社会条件下人们权衡的结果。

3. 疾病概况

急性传染病在20世纪迅速消失,取而代之的则是一些慢性疾病和新型传染病,这便是疾病谱的转变(科克汉姆,2000;Turner,2004)。类似的过程也发生在新中国(Cook et al,2004)。在绍兴地区,主要的传染病包括霍乱、疟疾、血吸虫病等。许多村民的亲属因为急性传染病而在壮年时去世。建国后数十年间,这些传染病已逐步消失。¹

WBF生于1916年,有两个兄弟和三个姐妹。但是两个姐妹在“蒋介石的时候都死完了。当时的毛病是拉肚子。当时医生、药都没有这么好了。……要么不生,生了毛病都死完了”(WBF,040815)。因为父亲早在他15岁时便因伤寒症去世,家中生计就靠母亲维系,生活异常艰难,因而没有也不可能采取任何医疗措施,两个姐妹又吐又拉,便死去了。而WBF的总结非常准确:当时要么不生病,生了病十有八九就是死亡。这是因为当时医疗资源匮乏,而且村民也没有“闲钱”去看病治疗。唯一可做的,或许就是村民们经常提到的一个字:“捱”,即拒绝

1 《绍兴市志》卷39,第三章。

接受病人角色。

关于这一点,我们也可以从“延迟”(Yan et al, 2007)的角度来理解。延迟分为两种:个人延迟与系统延迟,本文关注的是前者,指的是从感觉到症状到第一次就诊的时间。“捱事实上是无限地延长了“个人延迟”。现在人们通常有对小病大病的判断,其标准一般为疾病的严重程度与由此付诸医疗的开支大小,¹据此再决定下一步的行动。但对当时的醴村人来说,并不存在大病小病的区分,有的只是生死界限。而WGL的案例就直接导源于生死界限。他的四五个弟弟妹妹都在新中国成立前后夭折:

小孩死得越多,经济压力越大。真到了毛病很重了,医治不好了,总想救救他这条命,于是钱又哗啦哗啦花出去了。后来看病的钱如果花在最开始,也许就看好了。所以现在有病早治,这个事情可以解决。开始的时候就知拖拖拖,毛病很重了又看不到,只有死了。(WGL, 050119)

由此可见,在那种社会经济条件下,存在着一种“自然筛选机制”,即人们对于身体状态的可控程度非常低。WBF活到了90多岁,一方面是他的幸运,另一方面也恰好说明了他本人的身体机能比较好。而生活在那种条件之下,大多数人对于自己的身体唯一能做的就是“听天由命”、“顺其自然”。因此在当时,健康是一种幸运,疾病就是一种不幸。病者与家庭没有也不可能进行预防保健与治疗活动,也没有这样的观念,因而也不可能在“小病阶段就进行及时的处理。

(二) 医疗水平

当时醴村村民可及的医疗资源匮乏。

1. 医疗资源:从土医到赤脚医生

据WJL回忆,新中国成立前醴村最大的地主是ZRC,这是个“开放地主”。“他做的善事太多了,这个道路(是他修的),穷人没有吃的,他给吃的,还有受伤的痛的,他给膏药的”(WJL, 060823)。但解放时此

¹比如王红漫(2006: 31)就以治疗手段为标准划分大病-小病:“小病一般指的是感冒发烧、头疼脑热等常见病症或已经确诊的慢性病,患者凭借一些经验判断,辅助药品和皮下注射、静脉注射等手段即可痊愈”。但是她并没有明确究竟如何区分大病与小病。而顾昕等人(2006: 309)对大病的定义是这样的:凡是主要治疗过的疾病,哪怕只住了一天医院,或者总计花费在5000元(当年价格)以上的疾病。

人被镇压了。水库移民、目前居住在醴村的 YHB 对其原来的村庄也有这样的回忆：“新中国成立前村里有个土医，认识草药，村民常请教于他，或者直接找他看病。无奈此人也是地主出身，土改时被枪毙了”（YHB, 070724）。两位老人的讲述表明：在新中国成立前一个较为自然、封闭的社区中，士绅阶层会在社区成员的健康保障方面承担一定的责任。这种人也即杨念群（2006: 370）所谓的“业余医生”。通常认为，这样的业余医生有三点好处：一是随叫随到；二是用药简单，花费少；三是不付现款也能治病。不过，业余医生随着中国共产党取得政权、进入社区而消亡了。取而代之的，则是国家卫生行政体制的进入。

1950年，越镇中西医结合诊所建立（1956年更名为越镇人民医院）。然而，在当时的条件下，这个医疗机构所能起到的作用非常有限。借用现任院长 HGF 的话，“乡镇卫生院说白了跟赤脚医生没什么区别，虽然在乡镇里面，但是我们下乡也是背上药箱，里面放上红药水，简单的防暑药”（HGF, 070724）。在村庄一级，上世纪 60 年代设立了保健所与赤脚医生。¹ CBY 是醴村的赤脚医生，生于 1943 年，只有小学六年级的文化程度。三年困难时期辍学务农。1965 年，他从帮忙搞血防开始涉足医疗领域。CBY 后来在越镇卫生院接受了为期 7 个多月的培训，正式成为一名赤脚医生。不过当时的培训非常随便，初学针灸时就直接扎在病人身上。此外，他们所学的就是一些最为基本的技术，如包扎伤口、上红药水与打预防针。

当时就叫我们四大素医生，我们看毛病的时候，大多数都是用青霉素啊、四环素啊、红霉素啊、氯霉素啊，就这几种药。当时很管用的，现在这个素不能多开了，不能用了。当时我们是随便乱用的，我是蛮清楚的。当时省里医生到我们村里来，我们跟他们住在一起。他们看到我们用药，“我们看不懂了，这个氯霉素，成人可以用到两颗啊？哪个医生教你们的啊？我说我们农村里常年传下来就是两颗，镇里医生教我就是用两颗。他说不能这样用的！顶多一颗半。我后来想了想，他们主要是

1 据《越镇志》记载，“1957年越镇人民医院为 SA 乡培训农业社保健人员 36 人，时少数农业社开始建立保健站。尔后，陆续举办办农半医培训班……1965 年三分之二的村办起合作医疗站。1968 年农村合作医疗实现了一片红，村村办起合作医疗站，农村保健员易名‘赤脚医生’。80 年代农村推行承包责任制，村合作医疗站体制由集体转为个人承包”（CYD, 1998: 524）。

给首长看病的,他不能够开得重的。(CBY, 040814)

实际上,醴村是血吸虫病的重灾区,因此作为赤脚医生的 CBY 的主要工作是血防。这一工作的确取得了巨大成效,但是 CBY 对于其他疾病的治疗却没有过多的提及。也就是说,尽管赤脚医生有着“在地化”(杨念群, 2006)的巨大优势,如 WJL (第一次焦点团体, 070723)所说,他们能到屋里床前、田间地头给村民看病,但是他们所有的资源不过是“四大素”、草药、针灸,因为赤脚医生是政治动员下的产物,其培训上岗非常混乱,由此导致了其医疗技术欠缺。因此,国家在卫生方面的这些设置并未改变医疗资源的可及性问题,醴村村民还是得服从“自然筛选机制”。

2 体制内外的巨大差别

醴村人深切感受到的不仅是当时糟糕的医疗条件,而且还有体制内外的巨大差别。体制给予的全方位保障,让即使只在体制内做过临时工的村民也终身难忘。

CJR 曾在北京大兴酒厂工作过 20 多年。他曾试图将临时工身份转成合同工,如此不但会涨工资,而且“医疗费可以报销”,但最终失败了。ZXQ 也曾芜湖的酒厂做了 11 年临时工。当我们问及他每月的开支时,他说到了看病的问题:“看病全部报销。厂里面有医务室,单子给你开好,医院是定点的,看完厂里来结账”(ZXQ, 050119)。

两人不约而同地提及了作为体制内临时工的一大好处:医疗费用可以报销。这说明,这种保障对农民是多么重要、多么具有吸引力!

(三) 旧健康观的内容

以上我们通过对新中国成立前后至上世纪 80 年代醴村的生产、疾病和医疗卫生条件的叙述,勾勒出村民的旧健康观。综合起来,旧健康观主要包括以下几项内容:

第一,在自然筛选机制下,健康基本上被认为是一种“幸运”;第二,由此导致了“生死界限”,村民一旦得病,便只能以“捱度日,因此也就得出了旧健康观最为核心的一项内容:健康是一种“工具”。D'Houtaud 和 Field (1984)在法国的一项调查发现,“在上层和中产阶级中,健康被认为是增强活力、享受生命的物质,是有教养的体现,而较低社会阶层则认为健康是继续工作的能力。较低社会阶层认为健康是达到目的(工作)的手段,而上层则认为健康本身就是目的(活力和享受)”。这种较

低社会阶层所具有的“工具性”取向的健康观已为许多研究所证实 (Shilling, 1993),而我们在本节所描述的醴村人的旧健康观也正是这样一种状态。在当年的村民们看来,“健康的价值不在于其实质的、理想的状态,而在于健康是一种可行使的实际功能”(科克汉姆,2000:90),是养家糊口的必要工具与手段而已。因此,这是一种带有强烈的“工具性”色彩的健康观。

醴村村民的疾病行为与帕森斯的病人角色模型产生了极大的反差。在病人角色模型中,病人被免除了“正常”的社会角色,而且病人应该寻求治疗;但是在村民对当时疾病与医疗的苦难记忆当中,根本不存在这样的模型。当年的“病人”不会推卸自己的责任与义务,也很少去寻求医疗资源的介入。不过,我们将会看到,随着改革开放与绍兴经济的发展,这些旧式的健康观念与行为模式已经发生了显著的变化。

四、生成中的新健康观

生成中的新健康观包括两个方面:“制造”健康与“恢复”健康。前者主要是指预防保健方面的观念与行为,而后者则是指在疾病治疗过程中的一系列选择与行为等。

(一)“制造”健康

之所以使用“制造”一词,我们是想突出醴村村民为追求健康所付出的“有意识的”努力。与以往处处都要为基本生存考虑不同,如今的醴村人开始认识到健康的重要性,并由此采取了一系列预防保健的措施。他们有了“健康”“小病”“大病”的区分,并尽力使自己保持在健康或接近健康的状态。

1. 职业选择:以防腐为例

在集体化时期,醴村青年挤破头都要去干防腐。改革开放后,防腐因为收益好,依然是很多村民都从事的行当,但是,越来越多的人开始注意到防腐对身体的危害。

CLP的丈夫一直干这行,但她明白防腐气味很重,对身体有害,因此一直想让丈夫转行,只是丈夫不愿意,他说只有这一门手艺,而且防腐利润高一点。我们看到了她和丈夫在身体健康与经济收入之间的摇摆,这和当年大家不顾对身体有害、争着去干防腐已经完全不同了。而且CLP有一个长远的打算:在攒够钱之后,她和老公将去办厂。在她

看来,防腐只是积累资本的一个暂时营生。因此,自 2000年始,CLP的丈夫开始雇人干防腐,自己则充当了包工头与配料者的角色(CLP, 070722)。这减少了身体与防腐材料直接接触的机会。

许多村民也因为健康原因而放弃了这行。而当年红火的挑花也早已无影无踪。在经济发展水平和生活水平达到一定层次之后,醴村人开始关注自己的身体健康。而绍兴繁荣的市场经济则为人们提供了更多的职业选择,比如有的村民远在云贵卖鞋,有的在本地批发纺织品,有的做厨师,还有的则在工厂做工。

2 体检

体检是一种具有很强的预防性质的医疗活动,其背后隐含着当事者对生命意义与价值的估量。在“小病捱、大病扛,重病等着见阎王”的时代,根本不存在体检这样的行为,但是在 2007年的调查中,我们却听到了许许多多关于体检的故事。根据由谁来买单,我们将醴村的体检分为三类:

第一类以 JAG为代表。生于 1945年的 JAG是高中毕业生,1992年便创办炼铜作坊的他目前约有百万资产。他每年会花 1 000多元去绍兴市医院进行全身检查,而且这已经是很多年的习惯了。尽管 JAG也想让老婆一起去体检,但是“她不检查的。她说身体很好干吗要检查啊”(第一次焦点团体,070723)。同是一个屋檐下的夫妻,对体检却有着完全不同的态度。

第二类则以 WJM、WNS和 WGL为代表。三人除了参加免费体检外,都在儿女的鼓励下,且由儿女买单去自费体检。他们的体检费用约为 JAG的一半,每三年一次,尽管 WJM屡次劝说父母,但已近百岁的他们连免费体检也拒绝了。“他说年纪大了,检查出毛病也没用。有毛病就有毛病,有病也不要看的”(WJM, 070722)。这里折射的是他们对自身的生命意义与价值的估量。

第三类就是免费体检,这要得益于新农合的实行。据越镇卫生院长介绍,这种体检只涉及一些最基本的项目,每两年一次。

省里拨下来 20块钱给我们补偿,但是体检成本要大大超过这个。这个项目也是政治任务,我们只能够无条件服从。16个工作人员花了整整半年时间把将近 3万人体检了一遍。(HGF, 070724)

如此的效果可想而知,这也导致如 JAG、WJM 这样的村民对其不满意和不信任。而年轻的村民则因为“难为情”而不去参加体检,而且他们对自身身体状况充满信心。但是,35岁的 SLY 尽管对体检不太积极,她却承认体检还是有用的,因为好多村民就是在体检时查出了病症的。所以,免费体检确实给村民带来了体检、预防等观念。

参加这三种不同体检的村民,他们的健康观也有不同的层次,但无论哪一种,都是新的健康行为。

关于预防保健,Dutton (1978)的研究表明,美国下层人群对预防保健服务的利用不足,因为他们没有较好的医疗保障,预防保健对他们来讲可能就是一种奢侈消费。科克汉姆(2000: 96)由此得出结论,“利用预防保健服务是发达社会的中、上层人们的行为模式特征”。这种判断应用到醴村未免就有些武断。尽管如 JAG、WJM 所说,但是如 JAG 的老伴、WJM 的父母,他们并没有因为经济水平的改善而提高对预防保健服务的利用率。这就意味着并非经济发展和生活水平提高就一定带来人们预防保健观念与行为的改变。

3. 锻炼

关于锻炼,Calnan 在伦敦郊区的调查显示,工薪阶层妇女更倾向于认为家务劳动可以代替锻炼(转引自科克汉姆,2000: 93)。而更为实际的原因正如 Wilkes 所说,以繁重体力劳动为生的人根本没有多余的时间与精力去参加锻炼活动(转引自 Shilling, 1993: 130~131)。

对农民来说,种田即是锻炼的观念根深蒂固。虽然 WJM 每两三年会去市里体检,但他却否认了锻炼的必要。“我早上四点多钟起床,到田里种菜去了,到七八点钟才回家。这就是锻炼”(WJM, 070722)。WNS 的丈夫亦如此。“儿子说你锻炼锻炼,早上走走马路,到广场去玩玩。他说我不去锻炼!伊说装卸就是锻炼”(WNS, 070723)。

尽管 SZQ 也一直打理着菜地,但他却有着其他的锻炼项目。生于 1934 年的他,晚年生活无忧。因为患有哮喘性支气管炎,他从杭州一个研究所里买来专门的治疗仪器,“吸进去再出来,新鲜空气进去,混浊空气出来,每天这样锻炼一个小时,现在我挑担都可以了!每天上午他是这样安排的:“我早上 6 点钟起床,搞一个钟头的呼吸体操,到 7 点钟。再梳头发 20 分钟。梳头发特别有用,我本来头发是非常非常白的,后来梳头,营养从头发里吃进去了,头发也多起来了,白头发少了”

(SZQ, 050714)。吃完早饭,他就到菜地打理两个小时。在半年之后的第二次访谈中,他又强调了锻炼的重要意义。

两种不同的锻炼观念出现在同一个人身上,表明了新健康观正在生成当中。而另一个现象也值得我们注意,醴村距离越镇文化广场非常近,因此老人们就自发地在每天晚饭后成群结队去那里舞剑、打太极拳、跳扇舞等。ZBY(1949年生)的老伴也加入到这个队伍当中,她们有专门的服装和红绿绸子。“这也是锻炼,是社会活动。老太婆心情好多了”(ZBY, 070723)。如果说SZQ的案例折射的是一个转型中的健康观,那么ZBY所讲述的生活方式则与城市人相差无几了。

4. 膳食与休闲:健康的生活方式

在《经济与社会》中,M. 韦伯用了三个术语来解释生活方式:生活风格(stylization of life)、生活行为(life conduct)与生活机会(life chances)。后两者组成了前者,分别指人们希望选择的生活方式和实际能够支持这一选择的能力。一方面,很显然上层人士拥有充分的资源来支持其所选择的生活方式,由此其“实现健康生活方式的生活机会最大”;另一方面,生活方式也存在跨越社会阶层而弥漫至全社会的潜力(转引自科克汉姆:2000:86、87)。布迪厄对生活方式的讨论与韦伯类似,只不过他更强调社会阶级的属性对生活方式的决定性作用(转引自 Shilling, 1993; Cockerham, 2000)。

因为衣食无忧,SZQ才有时间来“安排”和“管理”其日常生活。每天上午锻炼“回来以后,吃一碗老酒,本来我烟也吃的(现在戒了),酒我是不断的,因为绍兴酒非常有营养,吃下去非常好”(SZQ, 050714)。在第二次访谈中,他对健康的生活方式又有进一步的阐释:“我们老的要管牢两条腿,要管牢一张嘴。嘴要管牢,不可以随便吃。脚要管牢,就是不要不跑,田坂里要去搞”(SZQ, 060212)。LYZ对此也有共识。她经常收听广播中的健康节目,知道饭吃七八分饱,“年纪大的人要瘦,胖的人要生病”(LYZ, 050713)。可见,SZQ与LYZ对自己的身体有着清晰的“计算”:该吃什么,不该吃什么;该做什么,不该做什么。回答这些问题的标准只有一个:能否“制造”健康。

除了对膳食方面的控制,醴村老人还有了新的休闲方式。WXF的父亲已经90多岁了,“每天下午要在活动室看电视。(这里有)越剧,

绍剧,还有莲花落”(WXF, 050121)。老人在这里可以边看边聊,家里看就没劲。CPIJ的公公近90岁,晚年生活非常惬意,他也经常来活动室打打麻将、聊聊天。这是一种新式的闲暇,因为老一辈人从未有过。¹正如林德夫妇(1999: 247)在《米德尔敦》中所指出的,“以何种方式消磨闲暇时间,是以城镇的物质环境和它的文化为条件的”。在生活条件普遍提高的今天,醴村老人开始走出封闭的生命循环,有了一种祖辈不曾有过的休闲方式。他们开始享受生活,而不是像他们的父辈只是度过生活。醴村老年活动室的公共活动使他们的身心得到了愉悦,这无疑有利于他们的健康。

与此形成鲜明对比的是CHS,自幼孤苦伶仃,终身未婚,晚年生活凄凉,在社会交往上也比较自闭。他从不来活动室,既因文化程度较低而看不懂电视,也因他认为自己的底层身份会招来其他老人的鄙夷。因此他平常的活动,“白天家里坐坐,夜里桥头风凉乘乘”(CHS, 060823)。这并非“休闲”:农民无事可做,只能以坐板凳泡开水来消磨时光。

综上所述,健康的生活方式在醴村已经出现并正在缓慢地扩散和蔓延。但正如M. 韦伯和布迪厄所说,阶层属性和“生活机会”在一定程度上决定了一个人的生活方式。CHS不可能细致地照看自己的身体,只有像SZQ和LYZ这样的有闲人士才能去追求更高质量的生活和更为健康的生活方式。

此外,无论是SZQ的“双管”,还是LYZ的“七分饱”,无一不显示出他们对身体的自我控制与管理。醴村老人是基于疾病经验与对健康的追求才开始一种自我监控的生活方式的,这不同于埃利亚斯在《文明的进程》中所讨论的自控能力增强的路径,因为他是从人的情感、社会机构的变化以及国家的形成过程中追根溯源的(转引自Shilling, 1993; Tumer, 2004)。尽管“殊途同归”,但其结果,即自控能力的增强正是现

1 以往与老年活动室功能最为相近的,可能就是茶馆。LYJ的母亲JAD家就是开茶馆的,JAD从小就在那里当“服务员”。据她回忆,茶馆的生意并不好,为了吸引茶客,其父就请来秧歌班子来茶馆表演(JAD, 050714)。不过需要注意的是,这个茶馆位于镇上,或者说是在一个初级市场上(费孝通, 1998; 张乐天, 2005),在当时的醴村并不存在这样的一个公共场所。而且解放后茶馆凋敝,如今已经见不到传统意义上的茶馆了。事实上,茶馆与活动室这两种不同的休闲形式的主要差别并不在此,关键在于醴村村民有没有时间去“休闲”。应该说,今天的醴村老人已经有较为充裕的时间泡在活动室里了。

代性的主要特征之一 (Cockerham, 2000)。

那么,为什么醴村的老人会越来越关注预防保健方面的内容,进而带来自控活动的增加呢?科克汉姆在讨论外行人把兴趣转移到自我保健方面的原因时提供了一些有益的解释,包括:疾病模式的转变;公众对非人性化的医疗保健不满;认识到现代医学治疗方式的局限性;出现越来越多的可供选择的治疗方法;更多地关注生活方式对健康的影响;以及希望履行在健康相关问题上的个人责任等(同上:102)。科克汉姆的解释带有一种明显的倾向,即预防保健模式的兴起同时伴随着人们对医疗服务利用率下降,但这并不符合醴村的实际情况。我们将会看到,醴村人在这两个领域是并行不悖的:在越来越重视通过各种各样的预防保健措施来“制造”健康的同时,他们也加大了“恢复”健康的努力。

5. 公共卫生

人们从很早便开始注意到生活环境对健康的影响。“19世纪后半叶传染病死亡率的下降,主要是由于饮食、住房、公共卫生和个人卫生的改善,而不是医学的革新”(同上,2000:5)。醴村书记 CZG 非常在意村庄的环境卫生。为此,他进行了旧村改造和环境卫生整治,包括修筑道路、拆除猪圈、填埋粪坑、建立公厕、垃圾装袋、村庄绿化等。

这似乎有点毛泽东时代的痕迹,CZG是在大搞“爱国卫生运动”。领导层进行旧村改造与环境整治的直接目的不是为了提升村民的健康水平,而是要“创建全国文明村”,进而营建自身的合法性。但另一方面,在这种强力的推动下,村民的某些生活与卫生习惯开始变化,最为突出的就是粪便与垃圾管理,这一直是乡村最为棘手的问题之一(曹锦清等,2001:399-414)。据老村长 CBY 回忆,“改造前到处都是粪坑,那个臭啊!每户人家一个粪坑,两百多户人家两百多个粪坑呢”(CBY,040814)。改造后,粪坑已成为历史,垃圾也改用袋装,醴村的环境有了极大改观。

不过,这究竟是 CZG 强力推行的效果,还是随着乡村经济的发展而有的自然结果,我们尚需细细辨析。事实上,曹锦清等人(同上:412)就曾指出:“习惯的行为和传统观念具有滞后的特征。乡村经济条件的改善也许已完全可能创造一种更符合卫生要求的生活,但滞后

的行为和观念却仍然会把人们‘圈在’不卫生的生活环境中。习惯的行为和传统观念的改变是缓慢的，受其影响的乡村卫生的改善也只能是渐进的、缓慢的”。

在这个意义上，我们应当承认 CZG 等人的这些措施对于醴村人改变不良卫生习惯的作用。

（二）“恢复”健康

如果一旦发现自己身体出现异样，村民会在治疗方面采取怎样的行动？

1. 道德次序与疾病解释

一旦决定救治，病人和他的家庭就会面临一个问题：道德次序（Tumer, 2004: 144）。道德次序（moral queue）与规范次序（nomal queue）相对，是指以社会价值、脆弱性为标准来判断治疗的先后。道德次序往往跟资源的稀缺性产生矛盾。在一个特定的社会状况下，道德次序是为集体、社区所认可的。比如在医疗资源的投入方面，老人始终会排在年轻人之后（同上：145）。但是 Tumer 并未追问：当可支配的经济资源增加之后，原有的道德次序会发生怎样的变化？我们在醴村发现，随着生活水平的提高，在道德次序相对稳定的前提下，村民对老人治疗的态度变得积极起来。

WJM 的父母均已 90 余岁。如果在苦难记忆的时代两位老人遇到疾病，老人和家庭不会做更多的治疗努力，而会服从“自然筛选机制”，但 WJM 的态度却非常积极。他曾多次劝父母去体检。我们问如果检查出来疾病怎么办，他说“那给他去看嘛”。而且他表示自己有足够的钱为老人治病，而新农合只有“一点点帮助”。我们继续追问：

问：如果老人生病，值不值得花很多钱给他们看病？已经那么大的年纪了。

WJM：如果是癌症，我看年纪大了，就不要看了，没有什么意思。如果不是癌症，那还是要给他们看的。

问：多大年纪就不给他看了呢？

WJM：70 多岁嘛。年纪大的，一定要带他去医院看的，医生说不行了，就不去看了。

问：你觉得在老人身上花那么多钱给他治病有没有意义

啊? 值不值啊?

WJM:这个不能这样讲的,这个是做小孩的责任。一般有了毛病,老的不要去看了!(WJM, 070722)

对于 WJM 来说,为父母治病是“天经地义”的,是做儿女的基本责任与义务,不应该去问值不值得。另一方面,我们也看到对老年人治疗的疾病上限(类似癌症的绝症)和年龄上限(70多岁)。以这两个上限作为指标,将其与苦难记忆时代作一对比,就可以看出醴村人对老人的治疗态度变得更加积极了。

CLP 夫妇正在为自己小家庭的创业积累资本。当我们问到倘若老人生病需要治疗与积累资本发生冲突时,她表示“肯定是先看病要紧。老人多活几年就多享几年福。老人挺苦的”。这个苦当然是在当时艰难困苦的环境下,老人为了家庭、尤其是为了下一代而做出的重大牺牲。“我爷爷在我爸爸 17 岁时就去世了,我奶奶像男人一样,什么活都干,带两个孩子,很苦”(CLP, 070722)。这种苦难的记忆代代相传,因此如 CLP 这一代人虽然没有经历那个时代,但还是在心中生成了强烈的反哺意识。

醴村人对老人的治疗态度变得积极的背后隐含的是一种“受苦 报答”逻辑。这就是一种疾病解释,而病人和家属如何对待疾病就是以此为依据的。凯博文(Kleinman)区分了 Disease(疾病)与 Illness(病痛)的不同,相对于医生只提供生物学意义上的解释,病人与家属则会具有更加丰富的、侧重于社会学意义上的疾病解释。在病痛背景下,患病的意义要广泛得多,患者通常会问:为什么是我?我为什么要忍受这一切?对这些问题的回答非常重要,因为对自身境遇的意义的把握直接影响到患者的求医过程、心理状态、对患者角色的接受与否,以及他和医生、家人、社会的互动方式,并最终影响到疾病的结局(转引自高永平,2005)。而“受苦 报答逻辑”就非常有利于对老人的治疗,尽管老年人相对于儿童和年轻人在道德次序中的排序并没有发生变化。当然,这种逻辑是以醴村人雄厚的经济实力作为基础的。

2 多重防护体系与医院选择

具有高二文化程度的 CJL,平时读书看报,常留意些养生保健知识。他也有专门的医书,懂得识别和利用草药。“一般来讲,就是你的

火气旺,小便拉出来黄,眼睛要瞎,牙齿要痛,就可以吃草药。这是他的第一重保护机制。而“一般的毛病,比如伤风、发热、感冒、腹泻,就到药店里去买点药。这是第二层次。这两个层次基本上都是依靠自己的知识积累与疾病经验来解决问题。而第三层次,则是直接去医院。2002年,CJL因为吃不下饭,于是就到绍兴市人民医院检查并做了食道和胃部手术,花费达5万元(CJL,060825;SLY,070722)。

由此可见,原来以“捱”为集中表现的延迟已经消失,取而代之的,是一部分醴村人对自身的身体状况非常敏感,但他们并非依靠直接就诊来解决延迟的问题,而是采取了一种“理性”的做法:他们积累了一些医学经验,由此采取了一些治疗措施。如WJM就经常以刮痧来治疗一些小毛病。“农村有这个习惯,一般小毛病不去看的。像小毛病就刮刮痧,刮刮痧就好了。……感冒了就吃几颗感冒通,刮刮痧就好了”(WJM,070722)。这不但解决了延迟问题,也为与CJL有着类似经济条件的村民节省了开销。相比之下,JAG“感冒一开始就马上吃药了”。他的做法就比CJL更进了一步。“一般有两个极端,没有钱的人就是拖;真正有钱的人一点感冒就要到医院里去检查”(第一次焦点团体,070723)。因此尽管部分村民开始改变或缩短“延迟”的时间,但是不同经济基础的人则有不同的方式。这也就是我们所谓的“多重防护体系”。

缩短延迟的具体行动就是进入医院。CJL对镇医院有着一整套“想象”。除了急诊,他一般都会直奔市医院看病。

越镇医院一方面医疗比较差,第二方面不应该用的药量也用!比如注射药水,那他就直接注射到静脉里去!所以我看毛病不相信这里。小毛病我宁可到药店买点药吃吃。这里的医生没有责任心,医风不够,敷衍了事。(CJL,060825)

这种态度绝非个别。DMK、WHJ、YMX都曾明确表示不到镇医院看病,因为那里医疗水平差。生于1978年的LQF在访谈时就直接说镇卫生院“不行”。她的孩子去年曾在卫生院“吊了三天盐水没效果,绍兴市人民医院吊了一天马上就好转了。这边一模一样的药比那边还贵,这里有门诊10%的药费报销,那还是比绍兴市贵”(LQF,070724)。

新农合的报销比例¹本来应该是他们选择医院的一个重要考虑因素。如果参合的村民在镇医院能报销最大比例的医疗费用,他们自然就会更多地去那里看病。另一个因素则是村民们对大病、小病的区分。“大毛病一般都直接送市里的医院,小毛病一般都是在镇里的医院看”(YMX,070722)。但是如 CJL、LQF等人一般都到绍兴市就诊。这说明当醴村人的经济基础达到一定程度之后,他们开始依据治疗效果与服务质量等因素对医院进行判断,而这种判断成为选择就诊医院的首要标准,甚至超过了对报销比例和大病、小病的判断。

3 资源动员与医疗开支

醴村人为了救治病患,他们会进行比以往更为广泛的资源动员,并且支付更为庞大的医疗开支。

WGL在人民公社时期就吃苦耐劳,到包产到户期又干了13年收购废品的生意。如今一儿两女均已成家立业。2004年因右肺囊肿而在杭州浙一医院做了手术,总共花费3万余元。

一个人的人生好比是一台机器在工作,动手术的时候我和几个医生说,我现在62岁,这台机器用了62年,我到你们这里来搞维修,如果这个维修搞得好的话,还可以活20年。

(WGL,050119)

WGL在治疗期间不断检查、转院、观察、住院巩固,正是“受苦报答逻辑”使得子女愿意为其支付巨大的医疗费用和投入如此精力,而WGL说要再活20年,则体现了他对自己生命意义与价值的估量。这20年绝不是坐以待毙,而是会活得有滋有味。

MBR是另一个典型案例。他是醴村会计兼电缆厂会计。2005年底,他发现自己颈部淋巴突起,就先到越镇卫生院就诊,吃药无效后他转到市医院,而在这之前,他妻子SNS和妹妹MYM就去绍兴还是上海治疗有过商量,两人都觉得应该直接去上海,但MBR因为担心自己的

¹在对越镇卫生院长HGF访谈时,他谈到了新农合的一些情况,“省里拨一点,市里拨一点,总的筹集款是70多块,去年是这样,今年还没定。有些村子情况比较好的,老百姓基本不用再拿钱,有些村子不行,个人就要掏点。我们这里门诊,直接报销60%,住院报销封顶是2万,所以基本医疗现在有点保障的,和公务员、其他的事业单位公费医疗比要差很多。真的如果是大病,比如说癌症,尿毒症,还有大病保险。入保率比以前好多了,现在是90%左右”(HGF,070724)。

病情会拖累家人而拒绝去上海。于是 MBR 便在绍兴医院接受了 6 次化疗,然而出院后癌细胞反而扩散至脊骨。本来就对绍兴医院不信任的家人于是就送 MBR 到了上海市武警医院。尽管医生说来晚了,但还是做了 8 次伽马刀手术,但这并没有挽救 MBR 的性命。此时,因为武警医院的治疗已经尽力,也因为 SNS 到了山穷水尽的地步,她就送丈夫返回醴村。2006 年 11 月 24 日,MBR 去世。

MBR 患病治疗共花费 20 余万元。我们曾问 SNS 是否后悔,因为最后是人财两空的结果。她回答说,“我现在有这样的后悔,我当时不应该在绍兴看病,开始就应该去上海看。看病不后悔……人没有了,钞票有什么用”(SNS, 070723)。

这个家庭对 MBR 的救治初看起来有点不太理性,MBR 去世后,SNS 还花了两万多元购买墓地,并且借钱大办了丧事。但事实上,MBR 是整个家庭的主心骨,因为父亲早逝,是 MBR 撑起了这个家。母亲的赡养方案也是 MBR 一锤定音。由此,MBR 才会得到整个家庭最大程度的重视,其直接表现就是为此所动员的资源与医疗开支。

(三) 新健康观的内容

根据上述描述以及与旧健康观的对照,可以归纳出新健康观的主要内容。

第一,对生命意义与价值的重新估量。这一点尤其体现在醴村老人的身上。因为有社区支持与儿女共担,也因为活跃的市场经济条件下老人“自力更生”的多样化¹,使得老人不再担心自己的生活来源,他们也开始有了新的休闲方式,活动室就成了他们的第二个家。因而,如此有滋有味的生活使得他们对自身的生命意义与价值有了重新的认识。

第二,这种估量直接导致了对身体的干预与管理的增加。当他们满怀憧憬从而希望延长自己的生命时,追求健康就成了一个必然的选择。上文已经详细提及村民采取的各种各样的措施以达至健康状态。有时候,这种管理甚至到了清晰计算的程度。而在治疗中,醴村人亦投入了前所未有的精力与资源。

¹“自力更生”事实上是醴村老人一以贯之的品格,而繁荣的市场经济又为老人的自力更生提供了更多的机会。我们发现醴村老人如今的自力更生形式多种多样,包括种田板、开小店、念佛经、裱锡箔、养孙辈、做小工、搞卫生、卖豆芽,以及当乐手等。有些自力更生的老人甚至已经超过 80 岁。

这表明,当经济条件改善之后,村民更加注意照料自己的身体,从而摆脱了“自然筛选机制”,出现了“生无病小病大病死”的划分。

最后,“工具性”色彩的淡化。综上所述,可见醴村人对健康有了更广泛和更深入的认识:健康不仅仅是工作的基本手段,更是创造、享受更有品质生活的基础。更为重要的是,健康的状态正是有品质生活的一部分。健康开始作为一种崇高的“价值”(而非“工具”、“手段”)植入于醴村村民的意识中。他们对健康孜孜以求,不断通过各种方式来“生产”健康。这正如 M. 韦伯所说,“健康是一种可获得(生产)的,因而可为某种实际目的而使用(消费)的产品”(转引自科克汉姆,2000:90)。

因此,较之以往,醴村人目前的疾病行为更加契合帕森斯的病人角色模型。如今醴村人再不必强装“健康”去劳动,为维系家庭的基本生计而带病生产。相反,许多醴村人开始心安理得地接受“病人角色”,并且积极地去寻求医疗系统的救治。

五、结论

应当注意到,在目前的醴村,新旧健康观还处于并立、矛盾甚至冲突的状态。最为明显的例证便是体检。事实上,关于体检存在着四个层次,除了上述的三种类型之外,还有一种便是如 YMX 那样不去参加体检的。又比如在生活方式方面, SZQ 和 LYZ 都在理性地计算如何才能使自己健康长寿,而处于醴村最底层的 CHS 就只能吃早稻米、咸鱼鲞,这样的生活方式导致了他是醴村血压最高的人(CHS, 060823)。又如 JAG 有了感冒就马上吃药,但是“WYT 生毛病就是拖的,感冒都不看”(第一次焦点团体, 070723)。

因此,所谓生成中的新健康观,即是一种新旧交替、正处于转型中的健康观。我们可以从三个方面来理解“生成”:其一,不同代际的村民有着不同的健康观。老一代人受制于苦难记忆年代的种种条件而形成了旧健康观,其中一部分至今还牢牢地扎根于他们的意识与行为习惯当中。而年轻一些的村民则因为生长在新时期,具有部分新健康观。其二,现代化过程本身导致了目前健康观的多样化。因为现代化是一个漫长的过程,其间必然出现许多现代与传统、新旧健康观并存和冲突的局面。比如我们发现随着经济发展与生活水平和文化教育水平的提高以及健康、医疗信息的传播,恰恰是一部分醴村的老人首先具备了新健

康观。其三,健康观也呈现出较为清晰的阶层差异。有着不同经济基础、处于不同阶层地位的人可能具有不同的健康观念与相应的行为模式,这一点实际上早就为 R. S. 林德和 H. M. 林德夫妇(1999)所注意。

毫无疑问,新健康观生成的最重要动力乃是现代化所带来的经济发展与生活水平的提高。在集体化时代,一个青壮年劳力一年的收入不过 200 多元,在这样的物质基础与生存状态下,醴村村民完成基本的生命历程都十分不易,追求健康更是无从谈起。但 30 年来的改革已经使绍兴经济实现了质的飞跃。据粗略统计,2006 年绍兴市农民的人均收入(7 704 元)较 1986 年(569 元)增长了近 13 倍¹。而 2003 年,醴村的人均收入已达到 9 387 元,可以说,醴村人已经告别了半饥饿状态而步入了小康生活,而且,有钱的同时他们还有了闲暇。于是他们改变了原来对健康的“工具性”取向,转而赋予其一种“价值”:即健康是他们享受生活的基础,而且就是他们享受生活的一部分。

相比之下,国家在健康观变迁当中的角色显得有些模糊。无论是毛泽东时代的“血防”、赤脚医生、合作医疗,还是今天的新农村合作医疗,某种程度上都可以说是一种“政治性福利”。但根据现有的访谈材料,我们大可怀疑当下以新农村合作医疗制度为代表的政治性福利究竟在多大程度上影响了健康观。在焦点团体的讨论中,JAG 说,之所以参合率高,是因为“每个参加的人交 35 块钱,年终福利返回 50 块钱。老百姓想,我 35 块钱拿出来,到年末不仅可以拿回来还有得赚”。而且,医药费报销 10% 的优惠实际上被医院的高药价所抵消,“等于不报销”(第一次焦点团体,070723)。因此,新农村合作医疗制度存在两个明显的问题:其一,诚如刘鹏(2006)所言,这样的政治性福利缺少的是民众的参与,因此许多村民根本不清楚新农村合作医疗制度的基本内容,只是靠着返还 50 块钱的“牵引”而参合,这必然导致其实际效果大打折扣;其二,新农村合作医疗制度所提供的实惠太小,无法对村民形成吸引,这就导致有经济条件的人会抛开新农村合作医疗制度直奔最好的医疗机构,而处于下层的村民则还是无力去承担哪怕在镇医院看病所需支出的医疗费用。因此,以新农村合作医疗制度为代表的国家

¹ 根据中国宏观数据挖掘分析系统(CNKI)上的数据整合而成,见 <http://number.cnki.net/cyfd/index.aspx>.

力量对新健康观生成的影响其实非常有限。

值得注意的是,曹锦清等尽管(2001: 414)对国家的角色表示过怀疑,但同时又指出给予村民一定的卫生意识的灌输是必要的,而这个重任似乎又非国家莫属。而在醴村,我们确实看到了类似的情形:由村庄权威强制推行的旧村改造和环境整治,使得醴村人以往的卫生习惯得到了改变。这表明,国家会在健康观变迁中发挥一定的作用,但须以经济发展为前提。

参考文献 (References)

- 曹锦清、张乐天、陈中亚. 2001. 当代浙北乡村的社会文化变迁 [M]. 上海远东出版社. [Cao Jinqing, Zhang Letian, and Chen Zhongya. 2001. Social and Cultural Change in Contemporary Rural Areas of Northern Zhejiang. Shanghai Far East Publishers.]
- 成令方、傅大为. 2004. 初论台湾泌尿科的男性身体观 [J]. 台湾社会研究季刊 (53). [Cheng Lingfang and Fu Dawei. 2004. "A Preliminary Study on Taiwan Urologists' Images of Masculine Bodies." Taiwan: A Radical Quarterly in Social Studies 53: 145-204. (in Chinese)]
- Cockerham, William C. 2000. "The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles" in Handbook of Medical Sociology, edited by Chloé Bird, Peter Conrad, and Allen M. Fremont. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Cook, Ian G. and Trevor J. B. Dummer. 2004. "Changing Health in China: Re-evaluating the Epidemiological Transition Model." Health Policy 67: 329-343.
- 科克汉姆, 威廉. 2000. 医学社会学 [M]. 杨辉、郑拓红, 等, 译. 北京: 华夏出版社. [Cockerham, William C. 2000. Medical Sociology, translated by Yang Hui et al. Beijing: Huaxia Press.]
- D'Houtaud, A. and Mark G. Field. 1984. "The Image of Health: Variations in Perception by Social Class in a French Population." Sociology of Health and Illness 6(1): 30-60.
- Dutton, Diana B. 1978. "Explaining the Low Use of Health Services by the Poor: Costs, Attitudes, or Delivery Systems?" American Sociological Review 43 (6): 348-368.
- 费孝通. 1998. 江村经济——中国农民的生活 [M]. 北京: 商务印书馆. [Fei Xiaotong. 1998. Peasant Life in China. Beijing: The Commercial Press.]
- 福柯. 1998. 治理术 [J]. 赵晓力, 译. 社会理论论坛 (5). [Foucault, Michel. 1998.

- “ Governmentality. ” translated by Zhao Xiaoli Forum of Social Theory (5). (in Chinese)]
- 高永平. 2005. 现代性的另一面 :从躯体化到心理化 ——克雷曼的医学人类学研究 [J]. 国外社会科学 (3). [Gao Yongping 2005. “ The Other Side of Modernity: From Somatization to Psychologization: A Study on Kleinman ’ s Medical Anthropology. ” Social Sciences Abroad (3): 2-8 (in Chinese)]
- 葛延风、贡森, 等. 2007. 中国医改 :问题 ·根源 ·出路 [M]. 北京 :中国发展出版社. [Ge Yanfeng and Gong Sen, et al 2007. China ’ s Reform of the Medical System: Problems, Roots and Solutions Beijing: China Development Press]
- 顾昕、高梦滔、姚洋. 2006. 诊断与处方 :直面中国医疗体制改革 [M]. 北京 :社会科学文献出版社. [Gu Xin, Gao Mengtao, and Yao Yang. 2006. Diagnosis and Prescription: Facing up to the Reform of China ’ s Health Care System. Beijing: Social Sciences Academic Press (China).]
- 韩俊、罗丹, 等. 2007. 中国农村卫生调查 [M]. 上海远东出版社. [Han Jun and Luo Dan et al 2007. Survey on China ’ s Rural Medical and Health Reality. Shanghai Far East Publishers]
- 黄金麟. 2006. 历史、身体、国家 :近代中国的身体形成 (1895-1937) [M]. 北京 :新星出版社. [Huang Jinlin. 2006. History, Body, and the State: the Formation of the Body of Modern China, 1895-1937. Beijing: New Star Press Co., Ltd]
- 吉登斯. 2000. 现代性的后果 [M]. 田禾, 译. 南京 :译林出版社. [Giddens, Anthony 2000. The Consequences of Modernity translated by Tian He Nanjing: Yilin Press]
- 蒋勤. 2006. 人民公社时期“钻空式”非农经济与农民谋生理性 ——以浙东 N村为例 [D]. 北京大学硕士学位论文. [Jiang Qin. 2006. Nonagricultural Economy of Exploiting an Advantage and Peasants ’ Rationality of Surviving during the Era of People ’ s Communes: The Case of N Village of Eastern Zhejiang The Dissertation for the Degree of Master of Philosophy of Peking University]
- 刘鹏. 2006. 合作医疗与政治合法性 ——一项卫生政治学的实证研究 [J]. 华中师范大学学报 (人文社会科学版) (2). [Liu Peng 2006. “ Cooperative Medical Care System and Legitimacy: An Positive Study On Sanitation Politics ” Journal of Huazhong Normal University (Humanities and Social Sciences) 2: 24-31. (in Chinese)]
- 林德、罗伯特·海伦·梅里尔·林德. 1999. 米德尔敦 :当代美国文化研究 [M]. 盛学文、马春华、李筱鹏, 译. 北京 :商务印书馆. [Lynd, Robert S and Helen M. L. 1999. Middletown: A Study in Modern American Culture translated of Sheng Xuewen et al Beijing: The Commercial Press]

- Parsons, Talcott 1951. "The Social System." Pp. 428-479 in *Social Structure and Dynamics Process: The Case of Modern Medical Practice*. Glencoe, Ill: The Free Press
- 罗芙蓉. 2007. 卫生的现代性:中国通商口岸卫生与疾病的含义 [M]. 向磊,译. 南京:江苏人民出版社. [Rogaski, Ruth. 2007. *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China* translated by Xiang Lei Nanjing: Jiangsu People's Publishing House]
- Schuman, Sam and Anne M. Smith. 1963. "The Concept of 'Health' among Spanish-Speaking Villagers of New Mexico and Colorado." *Journal of Health and Human Behavior*, Vol 4. No 4 (Winter): 226-234.
- Shilling, Chris 1993. *The Body and Social Theory*. SAGE Publications
- Turner, Bryan. 2004. *The New Medical Sociology: Social Forms of Health and Illness*. New York: W. W. Norton & Company, Inc
- Turner, Bryan and Colin Samson 1995. *Medical Power and Social Knowledge*. London: SAGE Publications
- 王红漫. 2006. 大国卫生之论——农村卫生枢纽与农民的选择 [M]. 北京大学出版社. [Wang Hongman. 2006. *Opinions on China's Health: Health Junction in Rural Areas and the Choice of Peasants*. Beijing: Peking University Press]
- Yan, Fei, et al 2007. "Multiple Perspective on Diagnosis Delay for Tuberculosis from Key Stakeholders in Poor Rural China: Case Study in Four Provinces." *Health Policy* 82: 186-199.
- 杨念群. 2006. 再造“病人”——中西医冲突下的空间政治, 1832-1985 [M]. 北京: 中国人民大学出版社. [Yang Nianqun. 2006. *Remaking "Patients": Spatial Politics in the Conflict between Chinese Medicine and Western Medicine, 1832-1985*. Beijing: China Renmin University Press]
- 姚洋、高梦滔. 2007. 健康、村庄民主和农村发展 [M]. 北京大学出版社. [Yao Yang and Gao Mengtao. 2007. *Health, Democracy of Village and Rural Development*. Beijing: Peking University Press]
- 张乐天. 2005. 告别理想:人民公社制度研究 [M]. 上海人民出版社. [Zhang Letian. 2005. *Goodbye to the Ideal: A Study on the System of People's Communes*. Shanghai People's Publishing House.]

责任编辑:劳 勤