



玉润基金会  
YuRun Foundation



主编 潘绥铭 景军

湖北省学术著作出版专项资金资助项目  
艾滋病社会学研究丛书（第一辑）

北京玉润公益基金会出版项目  
玉润健康丛书

# 艾滋病问题的 社会建构

潘绥铭 © 著



华中科技大学出版社  
<http://www.hustp.com>



总策划：姜新祺  
策划编辑：张馨芳  
责任编辑：章红  
包以健  
装帧设计：饶益

本项目研究成果对深入了解中国社会（特别是了解那些不为一般人所知的社会情状），处理好中国发展中的问题，协调不同的利益，处理好不同人群间的关系，实现社会和谐；对制定和调整政策，制定和修改法律，都是有参考价值的。

——清华大学当代中国研究中心李楯教授

这套丛书的出版，正处于我国防治艾滋病工作发展的攻坚阶段，可以促进学术研究和人民大众更多地关注和思考那些与艾滋病相关的各种人群、各种现象和各种社会问题，以便共同努力遏制艾滋病的流行。

——中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心王若涛教授

ISBN 978-7-5680-3635-1



9 787568 036351 >

定价：126.00元





艾滋病社会学研究丛书（第一辑）

主编 潘绥铭 景军

# 艾滋病问题的 社会建构

潘绥铭◎著



## 内 容 提 要

本书从相对宏观的社会分析的视角出发,以“艾滋病问题”在中国情境中被建构的过程为主线,首先从学理分析及其社会文化意义入手,再分析在被构建与最终被定格的过程中的社会力量的博弈,最后阐述本书的中心命题:“艾滋病问题”是中国社会重组进程的一个标识,而且只有在推动这一进程的努力中,才会有更大的可能性发现这个问题的最佳解决模式。

### 图书在版编目(CIP)数据

艾滋病问题的社会建构/潘绥铭著. —武汉:华中科技大学出版社,2019.3

(艾滋病社会学研究丛书. 第一辑)

ISBN 978-7-5680-3635-1

I. ①艾… II. ①潘… III. ①获得性免疫缺陷综合征-社会问题-研究-中国

IV. ①R512.91 ②D669.8

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2019)第 056107 号

### 艾滋病问题的社会建构

潘绥铭 著

Aizibing Wenti de Shehui Jiangou

总 策 划:姜新祺

策划编辑:张馨芳

责任编辑:章 红 包以健

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)

武汉市东湖新技术开发区华工科技园

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:湖北新华印务有限公司

开 本:710mm×1000mm 1/16

印 张:21 插页:2

字 数:310千字

版 次:2019年3月第1版第1次印刷

定 价:126.00元

装帧设计:饶 益

责任校对:张会军

责任监印:周治超

电话:(027)81321913

邮编:430223



华中出版

本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换  
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务  
版权所有 侵权必究



玉润基金会  
YuRun Foundation

湖北省学术著作出版专项资金资助项目  
北京玉润公益基金会出版项目



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

中国 武汉

自20世纪80年代出现艾滋病以来，人类社会在面对这一挑战的时候，先后出现了四种不良倾向。

第一种倾向是把艾滋病“道德化”了，认为艾滋病是对于“性混乱”的惩罚，艾滋病感染者是“咎由自取”。这种倾向在艾滋病传播的早期非常盛行，到21世纪开始衰亡，目前已经没有多大的市场。

第二种倾向是把艾滋病“社会性别化”，片面地强调男男性行为是艾滋病传播的主要渠道。自21世纪以来，这种倾向在发达国家日渐式微，但是在我国仍然有一定的市场。

第三种倾向是把艾滋病“灾难化”，过度夸大艾滋病传播的速度与规模，因而错误地宣扬：艾滋病传播必定会给国家、经济、社会和人民带来灭顶之灾。这种倾向在20世纪90年代的中国曾经流行，到2010年才逐渐淡化。

第四种倾向是“唯医学化”，认为艾滋病只是一种传染病，仅仅依靠医学和公共卫生手段就足以遏制其传播。这种倾向在防治艾滋病的各个领域一直表现得很明显。

正是为了消除上述四种倾向所带来的不良影响，社会学学者才获得了参与艾滋病防治工作的历史机遇。

早在20世纪末，国际学者、国际组织和一线工作者就发现了这样两个问题。其一，上述的前三种倾向危害较大，纯粹医学和公共卫生领域的学者与工作者由于学科所限很难与之抗衡，急需更加专业的人员参与进来。其二，艾滋病传播者和感染者都是生活在具体的社会情境之中的，医



疗与预防的各种工作也于其中开展；但是，同样由于学科所限，医学与公共卫生领域的人员也很难解决这方面出现的各种问题。

于是，国际上开始呼吁社会科学的各个学科积极参与到防治艾滋病的研究与工作中来。在我国，这一进程开始于2000年，当时中国政府与英国政府合作开展中英性病艾滋病防治合作项目。它不仅是当时艾滋病防治领域最大的国际合作项目，而且在我国也是第一次大规模地引进社会科学家参与这样的工作，还设立了专项基金，支持社会科学的研究项目与具体工作。在这样的背景下，由本丛书的主编之一景军教授牵头，2003年召开了第一次社会科学家参与艾滋病防治工作的学术研讨会，其中的主力就是社会学家。

此后，在长期实践中，社会学为防治艾滋病做出了突出贡献，发表的相关论文与出版的书籍已经形成一定的规模。本丛书仅仅是万紫千红之一抹，志在创立“艾滋病社会学”这个新的综合学科。

艾滋病社会学不只是把社会学理论和方法简单地运用于防治艾滋病，而是向着跨学科研究的光明前景前进。目前，已经获得的成功经验主要表现在四个方面：公共卫生学和社会学的不同世界观与方法论开始擦出了火花，“人”的概念得以拓展，“人的主体性”意识得以推进，出现了发展数据收集方法的可能性。这集中表现在以下几个方面。

第一，艾滋病社会学已经创建出不同于原学科的世界观。因此，公共卫生领域的人员才能深入各种不同的高风险人群，了解他们的知识、态度、信念与行为，而不仅仅是“看病治病”。同样，社会学研究者基于新的世界观，开始积极参与艾滋病毒感染者治疗的实践，而不是“不在其位，不谋其政”。

第二，在思维逻辑上，双方也找到了具有相通之处的元命题：生理状况与行为特征是互相建构的。正是由于双方都接受了这个命题，公共卫生领域的人员才会努力去探讨感染者与高风险人群的求医行为，而社会学研究者也才会不断主张把预防和治疗妇科病纳入“性工作者”预防艾滋病的工作之中。

第三，在价值取向的层次上，公共卫生学与社会学双方已经超越了“关爱生命”这一原生的共同点，深入到新的元命题：生命在于存在，也在于质量。因此，很多公共卫生领域的人员已经“越界”去帮助感染者解决医保或低保问题，而社会学家则深入到感染者用药和治疗情况的探讨。

由此可见，艾滋病社会学这个新的学科正在形成之中，本套丛书的出版必将为它增添新的动力。

潘绥铭

2017年6月29日

Ⅲ

潘绥铭教授序

这套“艾滋病社会学研究丛书”共包括8本专著，当属中国社会学界最近20年来研究艾滋病问题的学术著作之集大成。作者们从多种视角深入剖析了艾滋病流行情况和感染者的处境，相关记录和分析有益于国内学界的知识更新，也有益于我国艾滋病防治工作者进一步认识我国艾滋病流行的根源以及艾滋病感染者的艰难处境。

自1985年6月在北京协和医院发现首例艾滋病病人之后，艾滋病在中国已流行了30多年，目前仍然存活的艾滋病感染者大约有70万人，其中直到最近坚持接受抗病毒治疗的艾滋病患者达50多万人。在人口众多的中国，艾滋病对公民健康的侵害程度虽然尚不及其他一些传染性极强的疾病严重，却引发了社会性的高度关注，在公众中存有各种各样的猜疑，可以说是一种最能激发人们想象力和恐慌的疾病。

在这套丛书中，从性社会学入手研究艾滋病问题的潘绥铭教授，集中分析的一个问题是艾滋病的政治化。按照潘教授的表述，我国官方的最初反应是艾滋病属于西方人特有，中国人只需防范而已。之后，官方发现艾滋病在中国一部分“有问题”的人群中也流行起来，顿时如临大敌，将艾滋病视为危及国家安全和民族安危的一种流行病，试图用各种方法防止艾滋病从一小部分所谓的高危人群扩散到普通人群。当发现部分感染者其实是经由卖血感染的贫困农民之后，政府及时出台了“四免一关怀”政策，以免费的抗病毒治疗为政策驱动力。

苏春艳女士在这套丛书中特别分析了1990年代中原血液市场对我国艾滋病流行的影响。她认为，对于中原地区为什么会一度出现猖獗的血液

市场进而导致当地艾滋病高发的问题，似乎还没有学者给予足够的研究和解释。她通过实地调查收集到的材料，发现由地方官员制定的血浆经济政策是当年农民竞相卖血以求脱贫致富的重要推力。同时，由于那个时代特定背景下一些地方实际存在的高额摊派和超生罚款政策，部分农民走向连续多年卖血的道路。要命的是，当时被广泛采用的单采浆技术由于缺乏严格使用标准和监督机制，用来分离血浆的器具，如血浆分离器、血液导管、剪刀、枕头等，若不严格消毒，就会导致不断有多人共同感染艾滋病病毒的严重结果。这种情况恰恰出现在当年失控的血浆采集过程之中。苏春艳还提醒我们注意，血液安全和艾滋病风险是个全球性问题，她还反思了世界其他国家采供血和艾滋病危机的历史，试图对我国当前“无偿献血-有偿采浆”的血液系统困境做出自己的理解。

王昕对这套丛书的贡献，在于她提出并娴熟地使用了涉及女性高危人群的主体性概念。她认为，客位研究取向——客观和外在的研究范式——仅仅可以解释性工作面临艾滋病风险的表面现象，因为客位研究取向将风险认知视为预防艾滋病的前提，认为一旦有相关知识储备或恐惧感，性工作就不会冒险，就不会明知故犯。但其实这是一种无视性工作生活处境和情感生活的研究取向。主位研究取向——注重人们自己的想法和生活体验的研究范式——将健康问题化为当事人生活世界的一部分，从有距离的研究进入贴近体验的研究，从而打破科学主义对人文科学研究对象客观化的桎梏。王昕从主体性视角提出了一系列方法论问题和建议，包括质性研究的目的性抽样、深入访谈策略、访谈场景的意义、信息真实性的甄别和挖掘、调查的伦理以及调查者和受访者的关系。她认为，研究者本人的“主体性”有可能影响着受访者的主体陈述，并且影响到研究结果。这就要求在“红灯区”调查中，研究者能持反思精神，观察与思考自己的角色、身份、知识框架、价值观以及与受访者互动关系等因素对受访者主体“陈述”的影响。她同时认为，虽然“纯粹的主体”是不存在的，但这并不意味着研究者就可以随便忽视或篡改受访者的“主体性”表达，而是要让研究者时刻坚持对主体建构视角的运用与反思，将其作为一种思维方式



和方法论。

王小平、侯荣庭的研究，主要是关注艾滋病感染者面临的生存问题。获得良好的治疗自然是艾滋病感染者解决生存问题的基本前提，然而，尽管获得了免费的抗病毒治疗，但感染者未必就可以得到良好的治疗，因为感染者遭遇了至少三大困境。其一是《艾滋病防治条例》规定的患者属地管理原则。按照属地管理原则，患者应到户籍地领药。医生也经常对就诊的艾滋病感染者说，病人应该到户籍所在地申请国家免费治疗药物。对于在外地打工的感染者来说，定期回家领药对他们的就业和经济生活都会造成负面影响；而对于一些小县城或农村的感染者来说，在户籍地领药会对他们的隐私产生极大威胁。其二是耐药性问题。在我国，免费的抗病毒治疗药物都是一线药，长期使用后会出现耐药性问题，这时就需要二线药和三线药，但其十分昂贵，而且难以获得，除非从国外邮购。其三是并发症治疗和手术难问题。艾滋病感染者一旦需要到综合医院看病或做手术，都会受到形式不一的歧视，做手术为最难之事，被拒绝的可能性最大。即便医院表示愿意为艾滋病感染者做手术，也要附带一定的交换条件。例如，这套丛书的一位作者侯荣庭写道，一名感染者希望在某地一家医院做眼科手术，大夫说可以，但要求感染者接受媒体采访，帮助医院做公益宣传，手术全程还要录像。那位感染者怕暴露身份，尤其怕身份暴露之后给自己的孩子带来社会歧视，所以冒着失去一只眼睛的风险拒绝了院方提出的要求。

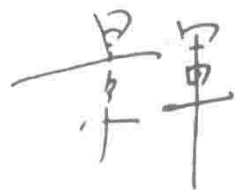
这套丛书涵盖的感染者研究从不同角度说明，尽管艾滋病感染者遭受广泛的社会歧视，但来自医务工作者的排斥有可能是最大的伤害。我们可以设想，如果连医生都恐惧艾滋病或歧视艾滋病感染者，那么普通人则更会以同样的态度来看待。毕竟在艾滋病问题上，医者的言行定义着艾滋病的社会属性标签，被污名化且附带恐惧的标签如同一个巨大的十字架，周边的人们只不过是一群冷漠的围观者。从世界各地的经验来看，艾滋病感染者能够有尊严生存的前提之一是医者态度的转变。目前，中国艾滋病感染者能够得到的尊严主要来自病友，而不是医者。在这套丛书中，侯荣庭

的研究特别介绍了一个病友组织的成长历程，可以让读者从中看到一丝维系人类悲悯情怀的希望。

姚星亮的研究，更多侧重于呈现不同感染者/患者在感染、检测、就医治疗、社会交往、日常生活等方面的现实多样性，梳理其背后的相关社会位置与问题，以及感染者/患者不同的应对策略、应对实践与其主体建构之间的关联，具体而生动地回应了社会中较为流行的关于感染者/患者的“去人化”“病态化”“日常生活抽离化”等认知倾向和刻板印象。

黄盈盈在这套丛书中就自己从2002年以来对社会性别与艾滋病的交叉研究进行了回顾和反思。她在书中讨论的第一个主题是女性感染者如何生活、如何处理各类关系，包括感染之后对于性、婚姻以及亲密的家庭关系的想象与实践。她希望在性、性别、身体、婚姻、疾病等多重交叉关系中将艾滋病议题从医学空间拉回生活空间，凸显出身体及亲密关系的在场。黄盈盈在书中讨论的第二个主题是人口流动与艾滋病感染风险的关系，具体涉及往返于城乡的男性农民工以及生活于跨境空间的加拿大中国移民。在已有的与艾滋病相关的文献和报道中，男性农民工因为远离家乡、大部分为青年单身或者妻子不在身边，往往被认为更有可能与性工作者接触，且因为其相关知识缺乏，所以具有更高的感染艾滋病的风险。黄盈盈认为，这些论述所依据的生活现实并不可靠，因为研究者往往忽视不同农民工的工地生活（尤其是钱的管理、日常作息、休闲与老乡关系）、如何谈性（不限于，但是包括找“小姐”），以及对于性病、感染艾滋病的风险的看法，因而未能从多样化的声音与谈论细节切入，走近农民工在工地的日常生活，并在他们的生活中理解其对于风险的认知与建构。相较于农民工，加拿大移民在社会阶层、跨境生活以及性实践等方面都有很大的差异。基于差异性的考虑，黄盈盈主要依据一名男性的跨国异性性经历、一名女性的跨裔异性性经历以及一名男性的跨国跨裔同性性经历，纵向地展现受访者对于在加拿大的生活以及来往于中、加之间的经历的描述，在跨国流动的背景下讨论受访者对艾滋病、性健康方面的认识，进而批判性地检视以往研究对于人口流动与风险的认识框架及其背后的假设与逻辑。

总之，潘绥铭等学者为这套丛书付出了相当多的心血。读者也应该感谢华中科技大学出版社毅然决定出版这套丛书的勇气。没有学者们的付出，这套丛书将难以成形；没有华中科技大学出版社的支持，丛书内容也就只能在有限的学者圈内分享。社会各方面的努力都令人敬佩。

Handwritten signature in black ink, consisting of two characters: '景' (Jing) and '军' (Jun).

2017年7月28日

v

景军教授序

第一章 艾滋病问题的社会建构及其意义	/ 1
第一节 艾滋病何以成为一个“问题”?	/ 3
一、艾滋病问题的学理冲突及其社会文化意义	/ 4
二、“最高政治定位”背后的博弈	/ 9
三、“艾滋病问题”：中国社会重组的标识	/ 16
四、解决问题的前景：推动中国社会重组进程	/ 21
第二节 艾滋病恐慌：整肃性道德的最后武器	/ 27
一、疾病，往往是政治的工具	/ 27
二、恐慌必然推动传播	/ 28
三、我们需要理解艾滋病感染者的什么?	/ 29
四、怎样做，才算是理解艾滋病感染者?	/ 30
五、防治艾滋病的社会意义：对公民的生命负责	/ 34
第三节 中国艾滋病防治事业的价值理念	/ 37
一、政治理念：从“御敌”到“负责”再到“维权”	/ 37
二、社会理念：从“部门合作”到“社会动员”再到“社群为主体”	/ 39
三、文化理念：从“高危人群”到“去污名化”再到“个人权利伸张”	/ 41
四、生活理念：从“洁身自好”到“参与社会”再到“公民责任”	/ 42



五、核心理念：从“救亡”到“健康”再到“幸福” / 44

## 第二章 艾滋病防治中的“三国演义” / 49

第一节 行动逻辑的双向冲突：感染者的应对取向的三方共构 / 51

一、感染者为什么会出现负面的应对？ / 51

二、感染者的自我定位及其行动逻辑的冲突 / 54

三、政策执行者与感染者，不同的行动逻辑 / 57

四、医患双方的行动逻辑冲突 / 59

五、个体归属：三方之间的不同行为逻辑 / 61

六、研究视角的启示：多主体的共构 / 65

第二节 感染者对于“三国演义”的主体认知 / 66

一、如何让感染者安全地说出心里话？ / 66

二、感染者被谁歧视？被歧视了什么？ / 69

三、感染者对CDC的工作怎么看？ / 72

四、感染者对于医院工作的评价 / 76

五、志愿者，为人己的贴身服务 / 82

第三节 艾滋病防治：从“三国演义”走向“三位一体” / 88

一、我们要讨论什么？ / 88

二、在志愿者眼中，“三位一体”进展如何？ / 90

三、CDC如何看待“三位一体”？ / 104

四、“三位一体”在医院的眼中 / 113

五、“分久必合”=利益协调 / 116

六、推进“三位一体”的政策保障 / 125

七、且议且行，愈进愈明 / 134

第四节 电脑调查问卷、“三方”访谈提纲及定性访谈的总结

框架 / 137

一、电脑调查问卷 / 137

二、“三方”访谈提纲 / 160

三、定性访谈的总结框架 / 162

### 第三章 艾滋病的性传播 / 165

第一节 性传播风险：男人的“马太效应” / 171

一、为什么要研究这个问题？ / 171

二、如何进行假设与检验？ / 172

三、四个视角分别检验，发现了什么？ / 176

四、性社会学对于马太效应的解释 / 178

第二节 性传播风险：女性的多伴侣 / 180

一、社会网络中女性之性 / 180

二、假设与检验：什么因素的作用更大？ / 181

三、女性主体的多因素选择 / 184

第三节 性传播风险：多人的性行为 / 185

一、交换性伴侣的现状与分析 / 185

二、群交，什么人在做？ / 187

三、性传播的可能性有多大？ / 188

第四节 性传播的新风险：新型毒品 / 190

一、新型毒品的现状 / 190

二、新型毒品危害整体健康 / 193

三、新型毒品严重加剧性传播 / 194

第五节 理论探讨：性传播，社会学的解决之道 / 197

一、性传播是网络化的 / 197

二、艾滋病传播的“桥梁人群” / 199

三、性传播，依托于社会结构 / 201

四、风险，更来自非法“性产业”的组织形式 / 205

五、我们如何了解她们？ / 209

六、她们才是主体，我们仅仅是帮助 / 213

七、艾滋病社会学的理念与模式 / 216

## 第四章 艾滋病社会学的方法论 / 223

### 第一节 艾滋病调查的“过程控制” / 225

- 一、生活环境的控制：添加调查点的全面考察 / 225
- 二、调查情境的控制：激发主体充分呈现 / 228
- 三、数据质性的控制：收集“主体的构建表现” / 231
- 四、走向整合：过程控制的方法论意义 / 233
- 五、对于社会学方法的光谱式理解 / 235

### 第二节 艾滋病调查的整体真实度——检验问卷调查质量的新方法 / 239

- 一、现有的检验手段，难以“验真” / 239
- 二、被调查者的自答设计 / 240
- 三、调查员现场监测的设计 / 241
- 四、使用回答时间进行检验的设计 / 243
- 五、整体真实度的确定与意义 / 243

### 第三节 社会学与公共卫生相结合：艾滋病发生率的讨论 / 245

- 一、为什么需要“自报发生率” / 245
- 二、各个历史时段的共性考察 / 247
- 三、历史发展与社会阶层的相互关系 / 253
- 四、哪些性行为的感染风险更高？ / 255
- 五、启示：客观测定与主体建构视角并行不悖 / 256

### 第四节 艾滋病给社会学带来的新视角 / 258

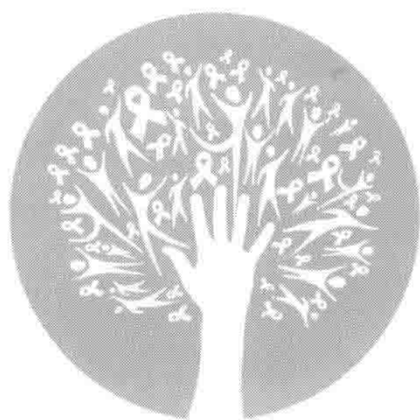
- 一、个体究竟是怎样被组织起来而存在于社会和参与社会的？  
/ 258
- 二、对于婚姻的划分标准和概念体系，需要增加“性”的视角  
/ 261
- 三、应该用个体的细小社会行为对理论进行证伪 / 263
- 四、在实证方法上，艾滋病推了我们一把 / 264

第五节 艾滋病研究对于跨学科主张的启示	/ 266
一、跨学科，何以可能？	/ 266
二、跨学科主张何以可能成为陷阱？	/ 270
三、实现跨学科的三个层次的条件	/ 275
四、跨学科的可行性究竟是什么？	/ 279
跋 走向生命社会学	/ 283
附录 性传播的田野调查与感悟	/ 291
一、我在现场：“相处式体验”	/ 292
二、性传播的存在基础	/ 294
三、性传播的客观条件	/ 297
四、性传播的生活意义	/ 302
五、性传播的可能性	/ 307
六、性传播的另一半：男客	/ 311
七、我了解到你的人生，你丰富了我的心灵	/ 317
致谢	/ 320



第一章

艾滋病问题的社会建构及其意义



对于国家或者社会的整体分析，这历来是社会学研究的强项和独到之处。但是艾滋病社会学产生的必要性并不仅仅来源于此，而是因为在全球范围内，自 20 世纪 90 年代以来，艾滋病已经被公认为不仅是一个医学问题，更是一个社会问题。

可是，何以如此呢？为什么其他许许多多的更为严重的疾病，却不被视为社会问题，因此也就没有享受到例如“对艾滋病感染者的‘四免一关怀’”这样丰厚的社会福利呢？这显然无法用医学或者公共卫生的视角或理论来解释。

我就从这个根本的问题开始写作本书吧。

## 第一节 艾滋病何以成为一个“问题”？

自1985年人类首次报告艾滋病病人以来，艾滋病在我国的流行大致经历了三个阶段：国外病例传入期（1985—1988）、散播期（1989—1993）和高速增长期（1994—现在），而且“艾滋病由高危人群向一般人群扩散的态势仍在继续”。

被高度道德化的艾滋病，在目前的中国已经不再仅仅是一种生物学意义上的疾病，而是一个被社会加以定义的“问题”。一种共识正在中国社会中逐渐形成：传统的囿于医学-生物学模式的应对策略亟须在人文社会科学的指导下发展为全局性的战略设计。

中国目前所见的艾滋病研究大多数仍然局限在卫生领域与操作层面上。生物医学以及流行病学的话语已经成为艾滋病研究中的统治话语。社会科学对它不多的研究，也主要是对各个侧面的分析或者对策研究。这类研究虽然给“艾滋病问题”掺入了社会文化方面的视角，或者从“艾滋病问题”反观社会科学研究，但是“艾滋病”这个概念及其所蕴含的意义在中国情境中的构建过程并没有得到足够的关注，也缺乏对主流的艾滋病话语的质疑与解构。

在欧美的社会科学界，采用社会建构的思想对于既定概念，如同性恋、异性恋、性（sexuality）等社会基本概念的历史性、过程性分析已经开始突显并且日益受到关注。我们也同样认为，艾滋病作为一个社会问题的解决之道实际上隐含于该问题在当今中国社会中的建构途径、机制与过程之中。

因此，如果不搞清楚艾滋病在中国究竟存在着哪些及什么样的学理冲突，为什么会成为“问题”，被构建成一个什么样的“问题”，为什么会被构建成这样，其背后的逻辑是什么，那么无论从理论层面还是从实践层面，找出解决该问题的最佳方法的可能性都会在相当大的程度上被减小。

本章的基本思路是：从相对宏观的社会分析（而不是具体操作方法的讨论）的视角出发，以艾滋病问题在中国情境中被建构的过程（而不是艾滋病传播的程度）为主线，首先从学理分析及其社会文化意义（而不是单纯的学派之争）入手，再分析在被构建与最终被定格的过程中的社会力量的博弈（而不是对政策的不同诠释），最后阐述本章的中心命题，即“艾滋病问题”是中国社会重组进程的一个标识，而且只有在推动这一进程的努力中，才会有更大的可能性发现这个问题的最佳解决模式（而不是重复地大声疾呼，也不是仅仅提出对策）。

## 一、 艾滋病问题的学理冲突及其社会文化意义

### （一）学理的冲突

#### 1. 行为学视角与人文社会科学视角的争论

双方争论的焦点是：艾滋病问题究竟是个体行为的，还是社会文化的？

在最初的时候，对于艾滋病问题，多数人仅仅从医学视角出发来建构，一般都倾向于“就病论病”。在防治艾滋病工作不断深入的过程中，越来越多持这种视角的人开始转而重视行为学意义上的问题，例如人们使用安全套的情况，为什么不愿意使用安全套等，也确实取得了相当多与相当重要的成果。

这种建构的内在逻辑是：行为是发生在个体身上的，主要是由个体来自主决定的。其中最为突出的表现就是世界卫生组织（WHO）等国际组织最迟从1990年开始就在中国大力推广的“KABP”调查问卷与研究方法。它的基本假设是：个人的知识程度（K, knowledge）、具体态度（A, attitudes）与信念取向（B, belief），决定着个人的实践行为（P, practice）。

这种基于简单化直线推理的思维方式，借助国际强势组织持续不断的硬性灌输，在中国预防艾滋病的实践中占据主流地位，彰显着认知心理学这个理论流派在这一领域中的单边主义的确立。

与此相反，人文社会科学的视角则强调，人的行为与发生于其中的特定社会文化里的具体情境相互作用，才会共同形成一种可观察到的实践的呈现，而且具有某种社会与文化的解释与意义。如果忽视了这方面的因素，我们对于人的行为的理解就会在深度与广度上遭受巨大损失，误读“高风险行为”与防治艾滋病工作低效率的可能性就会剧增。

这方面最典型的例子就是，如果仅仅使用 KABP 的方法去研究女性性工作者的安全套使用率，我们就难以理解：在她们所身处的社会性别不平等的（被嫖客加以物化）、政治经济学意义上被剥削的（高比例的收入被各种管理者“提成”）、被污名化的（极其缺乏支持系统与信息来源）、被传统化的（她们最怕的是影响自己生孩子而不是艾滋病）、被犯罪化的（被抓的风险往往大于得艾滋病）具体情境当中，她们的实践实际上最主要的是个人的赚钱动机与这种情境相互作用的产物。艾滋病的风险仅仅作作为一种成本被纳入这种相互作用。因此，如果防治艾滋病的工作不考虑、不干预其他种种因素，仅仅是预防知识的灌输，那么她们的知识（K）再多、态度再端正（A）、信念（B）再坚定，也很难再进一步做出预防的实践（P）来，更难以做到“100%使用安全套”。

尤其是，KABP 的道路把我们的实际工作引向残缺的可能性相当大。例如当前在一些艾滋病防治工作开展得很早很好的地区，KABP 方法难以解释女性性工作者的安全套使用率上升到一定比例之后所出现的停滞。

与此相反，人文社会科学的视角则发现与强调“性产业”的组织形式及其发展特异性对于其中所有个体的行为的巨大作用，主张从“性产业”的四大类主要涉及人员之间的相互关系与相互作用入手来看待与解决问题。

## 2. 经济学霸权与人文社会科学的弱势地位

这方面的争论，主要集中在“艾滋病的社会经济影响究竟有哪些与多

大”这个题目上，而且已经形成了一定规模的学术论战。

一般来说，倾向于使用量化数据来统计出艾滋病传播对于经济发展的危害的经济学建构，至少在目前中国的有关讨论中已经成为主流话语。

可是从人文社会科学出发的建构的强调点却主要落在艾滋病与防治艾滋病的工作究竟对于社区重构、社会发展和人类发展具有哪些、什么样的、多大的影响。

纯思辨地看，这两种视角似乎完全可以相辅相成。可是在防治艾滋病的具体实践中，它们却会引出不同的技术路线，而且得到大相径庭的结果。例如，某个防治艾滋病的项目是在一个镇里开展的。它沿着经济学建构的路线前进，基本上解决了艾滋病感染者在当地就业的问题，即避免了劳动力损失对于经济发展的负面影响。可是由于这种解决方法主要是依靠项目的经费来启动与支撑，感染者并没有形成自己的组织力量，也没有能力与当地行政体系进行协调与博弈，结果其自主的可持续发展能力并不理想，大规模推广应用的可能性也存在疑问。此外，在大量农村劳动力进城务工的社会大环境中，这种“当地就业”的解决模式的现实效果也是值得讨论的。反之，如果该项目一开始就把社区建设与社会组织建设作为主要目标，其成功可能性就会极大地增加。

## （二）学理冲突的社会意义

学理的冲突，实际上表达的是不同社会力量之间的矛盾与斗争。下面从基本理念、价值取向与具体操作这三个层面分别予以分析。

### 1. 基本理念层面

有一种基本理念的典型表述是：如果艾滋病大规模传播开，那么其后果就是“改革开放成果将毁于一旦”，“将严重影响经济发展”，“减少劳动力”，“降低GDP多少个百分点”，等等。在这种思维中所隐含的逻辑就是：人仅仅是物质生产者，因此应该使用各种经济指标来评价人的价值与人的生死。

还有一种基本理念强调的则是：防治艾滋病主要是为了“保障个人的



健康权”，“健康权是一种基本人权”，“体现出医疗公平”，等等。这种思维的内在逻辑是：人首先是社会的主人，因此人的权利的实现程度是评价防治艾滋病工作的成效与社会发展进程的根本指标。

这两种基本理念之间的冲突，最突出地反映在如何估计当前中国艾滋病传播的广度。

从前一种基本理念出发，夸大艾滋病的流行程度与实行“恐吓策略”的倾向就很容易成为不自觉的选择。尤其是很容易采取将艾滋病定位于经济发展大敌以引起上级重视的策略。

与此相反，后一种基本理念却倾向于认为：防治艾滋病的目标并不仅仅在于控制艾滋病感染者人数的增加，更在于促进人的健康权的实现。因此靠夸大疫情来进行恫吓是不可取的。

## 2. 价值取向层面

第一种价值取向主要表现在 1980—1990 年代艾滋病刚刚成为一个“问题”的时期内。它把艾滋病视为“西方飞进来的苍蝇”，把艾滋病感染者视为“道德败坏者咎由自取”，甚至有人私下宣扬“艾滋病有利于种族净化”。与此相类似的还有一种道德取向就是所谓的“ABC 主义”<sup>①</sup>。它倾向于把艾滋病作为整肃性道德的最后武器。这种价值取向从 1990 年代后期以来在公开的大众宣传中有所收敛，但是在许许多多人的心底或者实际行动中却依然根深蒂固。其逻辑其实非常简单，就是“坏人不是人”。

到了 1990 年代后期，艾滋病防治工作已经日益深入到干预“高危人群”这个阶段。于是“坏人论”开始改头换面为“多数论”。它的主要意思就是：一切政策都是为了保护大多数人的，因此对“高危人群”（主要指嫖娼卖淫者与吸毒者）不但不应该救助，反而必须继续加大打击的力度以求彻底消灭之。这种理念是造成实际工作中某个行政部门打击而另外一

---

<sup>①</sup> “ABC 主义”就是主张首先应该禁欲（A），不行再实行双方的相互忠诚（B），还不行才可以使用安全套（C）。中文表述参见：（美）劳伦·克拉克著《艾滋病 ABC》，中国妇女出版社，1993 年。

个部门却在救助的尴尬局面的主要原因。

这种逻辑的谬误已经被实践所证明：随着艾滋病从高危人群传向普通人群，所谓“坏人”的队伍忽然扩大了，而且涵盖了越来越多符合“好人”这个道德标准的人们。

另外一种价值取向主张：艾滋病只是一种疾病，艾滋病感染者仅仅是病人。因此防治艾滋病的工作必须反对任何形式的对于艾滋病感染者的歧视。它的逻辑也很简单：人人生而平等。

### 3. 具体操作层面

第一种思维倾向于相信：预防艾滋病的疫苗终将（甚至是很快）被发明与推广，人类依靠技术进步将取得最终胜利。它的逻辑是：既然艾滋病是一种病，那么最终战胜它，只能靠医药，其他的都只是辅助手段。

另外一种思维的倾向则是：预防高于一切，不能等待（甚至不能指望）疫苗的出现。它的逻辑是：既然现在还治不好，那么就on应该争取少死一些人。

从字面上来看，这两种思维似乎并行不悖。但是对于任何一个大规模的预防艾滋病工作来说，这都涉及一个如何分配有限的资源的问题。分别持这两种思维的人总是倾向于认为对方的投入产出不尽如人意。

在这个冲突之中隐含着这样的逻辑斗争：人究竟主要是一个被科技所治理（治疗）的客观存在物，还是一个有能力通过选择而主动改变自己命运的主体？

虽然冲突的双方谁也不会走到如此极端的地步上来，也不会因此而彻底否定对方的工作价值，但是这两种逻辑的斗争实际上随时随地反映在具体的操作之中。例如在“鸡尾酒疗法”获得一定的成功之后，就有研究发现，至少在某些地方的某些“高风险人群”中，安全套的使用率出现了下降苗头。在对这种现象的解释中，治疗的进展将要替代预防与药物削弱了预防的争论，实际上就是本章所述的这两种思维的冲突的重要侧面。

## 二、“最高政治定位” 背后的博弈

自从 1990 年代以来，随着艾滋病在中国的报告数字与推算数字的提升，至晚到 2001 年，一些学者的呼吁与官员的讲话已经见诸报端：艾滋病的流行不是一个单纯的流行病问题，更不仅仅是一个预防医学的问题，它已经是一个社会问题了。时至 2004 年 3 月，国务院的文件里终于给出了这样一个定性：“艾滋病防治关系经济发展、社会稳定、国家安全和民族兴衰。”

到 2004 年 12 月，中国卫生部的文件再次把这一定性诠释为：“艾滋病防治工作作为关系民族素质和国家兴亡的大事”，必须“作为一项关系全局的战略任务”，“也是中国对国际社会和人类生存发展高度负责的具体体现”。

这种“最高政治定位”标志着中国主流社会对于艾滋病问题的建构终于以国家最高行政当局的权威和最高政治方式得以确立。它把艾滋病同中国当前几乎所有的最基本价值与最高理想都联系在一起，等于是把艾滋病视为中国的“生死存亡的问题”。这至少已经在理念的层面上基本形成了又一项新的“国策”。

这样的定性不仅对于任何一种疾病来说都是空前的，而且对于新中国成立以来的几乎所有医疗卫生工作来说也是绝无仅有的。

本章并不打算讨论这样一个定性的依据如何，而是希望探讨一下究竟是哪些社会力量、出于何种考虑、运用什么策略，最终共同把艾滋病构建成这样一个“生死存亡的问题”，以便发掘其中所蕴含的解决这一问题的可能性。

### （一）艾滋病问题的被国际政治化与被政治化

在 1990 年代中期以前的中国，艾滋病曾经被认为是从西方“飞进来的苍蝇”，中国曾经以“严防死守”来对抗它，要“拒艾滋病于国门之

外”。也就是说，中国的艾滋病是以“国际阶级斗争”的表象第一次被国际政治化的。

第二次的被国际政治化最晚从1990年代中期开始。当时各种国际组织开始介入中国的防治艾滋病工作。虽然它们的许多工作是支持中国的卫生部门进行防治艾滋病的具体工作，但是其中也有一个非常重要的方面必然要涉及中国的国内政治，那就是“政策开发”，即“加强主要公共部门策略性规划及管理能力，制定更加有效的控制艾滋病的政策和策略”。

这种“政策开发”不仅必然涉及中国各级政府在公共卫生领域中的政策制定的取向甚至是一些具体的细节，而且不可避免地会在相当程度上涉及政府对于财政力量与公共资源的调配，甚至在一些领域中涉及立法、执法与司法。

面对这样一种外来介入，在相当长的时期内中国各级领导者缺乏一个统一的和明确的对策，也没有显现出清醒的应对态势。在局部地区这种“政策开发”取得了显著的效果，产生了一系列规划和政府法规文件，一些“概念”被“嵌入”并一步步改变了中国的政策。

时至1999年12月，世界银行行长詹姆斯·D. 沃尔芬森就艾滋病的问题专门致信国家主席江泽民，指出艾滋病不仅仅是一个卫生问题，还会给整个公共财政系统带来巨大的压力，并表明与中国政府进行合作，将控制艾滋病的任务置于中国政策日程上的意愿。江泽民在回信中也指出了艾滋病的蔓延对家庭、社区和整个社会不容低估的影响。国家最高层领导开始把艾滋病定位为一种社会问题，并给予一定的关注。此后，中国政府又认可了联合国的“千年目标”（其中第六项就是与艾滋病、肺结核与疟疾做斗争），尽管它与我国同时发布的“十五”计划不太相同。

应该说这是一个标志性的转折点。它意味着中国开始承认中国的艾滋病不再是外国不得干涉的“内政”了，而中国所要做的则是开始“与国际接轨”。其中最意味深长的是，这一巨大而显效的外力推动并不是来自世界卫生组织这样的专业机构，更不是来自国际舆论，而是来自世界银行。

这一转折的实际效果很大。其中最突出的一点就是中国开始接受国际

力量对于“艾滋病损害经济发展”的论断并以某些非洲国家的情况为例推导出具有强大恫吓力的“GDP 损失率”。直到 2004 年终于推出了“生死存亡问题”这样一个关乎国之根本的政治判断。

总之，国内外政治力量从对抗走向合作，加强与加速了艾滋病作为一个问题在中国的主流建构的过程而且最终形成了一种“被全球化”的呈现，只不过在形式上仍然以“国家安全”与“民族兴衰”这样情感强烈的词语来表述。

与两次被国际政治化相对应，艾滋病在中国国内也曾经两次被政治化。

第一次是艾滋病出现的前期被“阶级斗争化”（对应于国际政治中的“冷战”末期）；第二次则是 2004 年“最高政治定位”的最终确立，是被“生死存亡化”（对应于“全球化”的兴起）。国内外的这两次被政治化的密切相关性体现出国内政治变迁所发挥的主导作用。

本章所要讨论的并不是这一论断正确与否，而是试图发掘促成这一论断的社会力量的结构与运行机制。

## （二）被政治化背后的社会力量

### 1. 专责机构的角色

1990 年代中期艾滋病在中国进入高速增长期之际，中国的专责机构基于自保的策略考虑并且借助“政策开发”的资源支持，开始倾向于突出强调“领导不重视”的问题。

可是这种功能的异化使得专责机构疏于且难以进行原创性思考的局面进一步加剧，形成了相当程度上的“路径依赖”倾向——不得不主要地甚至是完全地从国际上照搬一切理念、思路与方法（以便证明领导确实不重视），不得不努力地把艾滋病不断地上升到新的政治高度（以便证明领导仍然不够重视），从而成为直接推动第二次被国际政治化的主要的国内社

会力量，而且通过科层结构中的“起草权”惯例<sup>①</sup>在相当大的程度上参与了决策。

可是“最高政治定位”一旦被确立，这一力量立即处于两种尴尬的境地之中。

第一种尴尬来自它的自保策略倾向：国家最高领导已经被“开发”的程度与这一力量自己承担艾滋病的继续扩大传播的一切责任的程度不相匹配。

第二种尴尬来自它的路径依赖倾向：按照国际上的人权价值取向的理念来防治艾滋病的要求所引发的已经不仅仅是自己要放权让利的问题，而是对于自我革命的考虑。

因此，尽管我们从来也不怀疑作为个体的广大医疗卫生工作者防治艾滋病的积极性与业务能力，但是我们仍然不能不关注作为整体的专责机构在今后的走向。

## 2. 地方权力的反馈

曾经有一段不短的时间，与艾滋病相关的地方政府对于防治工作的消极态度甚至抵触情绪相当地明显。关键在于，在它们自己的利益平衡计算中，防治艾滋病被摆放的位置与国家专责机构和中央政府存在着相当的差异。由于这种情况被不断地反馈到中央最高层，也被国际力量不断地作为问题向中国提出，最终中央政府的首选只能是在既往的运作轨迹上把问题提升到根本性的政治任务的最高层面，辅之以剧增的国家直接拨款，才得以推动相关的地方权力在这一领域的运行。

但是在另一方面，21世纪前后，至少在一些艾滋病相对高发地区的一些情况下，国际力量携来的雄厚资金终于促使当地政府更多地从财政的角度看问题，对防治艾滋病的态度开始向积极的方向转化。于是相当多突破性的政策发展开始走上地方发端而后反馈中央的路线，形成对“最高政

---

<sup>①</sup> 在科层结构中，一些低级别人员往往可以通过“起草文件”的方式，使自己的意见在高层的决策中得到一些体现。



治定位”的正面推动。

### 3. 被感知的民众需求的促进

在“非典”危机的作用之下，一般中国人对于公共卫生的需求强度大幅度提高。治理艾滋病理所当然地被比照、被思考、被纳入最紧要的公共需求。更重要的是，这种需求终于被民众自己与政府同时感知到，成为艾滋病领域中“生死存亡问题”建构被确立的民意基础与历史机遇。

### 4. 性文化现状的助攻

在中国，艾滋病的开始流行恰好同步于1980年代开始出现而且越演越烈的“性革命”。无论人们对“性革命”持有何种态度，都不得不承受这一历史巨变的影响和波及。

艾滋病与“性”的密切相关是社会如此高程度重视它的重要原因之一。加之多年来总有些人不顾中国艾滋病感染者中最多的是被血液传播的这一事实，执意把“性传播”作为艾滋病传播的第一重要途径，强化了艾滋病的“敏感性”，也就从一个非常重要的侧面帮助了艾滋病的政治化。

### 5. 传媒力量初现的策应

艾滋病在中国的传播恰恰与中国传媒的世俗化发展基本同步。一方面作为“吸引眼球”的重要题材之一，不论传媒自己的态度如何，艾滋病的被问题化与被政治化都离不开传媒持续不断的策应；另一方面艾滋病的切实关联者的一些实况与声音也通过传媒力量得以部分呈现。

### 6. 非政府组织理念的敦促

非政府组织这个概念与这种理念在中国，即使不是在艾滋病问题上才出现的，也是在这个问题上得以显著发展的。

尽管按照国际通行标准来看，中国真正的成规模的非政府组织还处于初生阶段，但是作为一个理念与一种非常现实的可能性，它预示着在艾滋病问题上政府将开始面临竞争。虽然我们无法判断其程度，但是从“最高政治定位”具有抢占道义制高点的含义这一点来看，非政府组织的理念确实发挥了敦促作用。

## 7. 切身利益关联者缺席的便利

至少在目前的中国，艾滋病感染者以及与他们共同生活的人们虽然毫无疑问地是艾滋病利益的切身关联者，但是却很少有机会表达出自己的诉求，更遑论争取权益的保障。

可是这种缺席却为主流建构的定位扫除了可能的噪声与额外的考虑，有利于使用“经济发展、社会稳定、国家安全和民族兴衰”这些非个体化的概念。

## 8. 当前的政治背景：政府的亲民政策的急需

“建设和谐社会”口号的提出表明，中国政府明显地实行了具有亲民取向的政策。不仅仅是在前述各种力量的合力作用之下，而且也是出于政治最高层的战略考虑，中央政府开始把治理艾滋病作为新政策的一个突破口或者一种示范，采取了一系列空前重大的举措，成为确立“生死存亡问题”建构的核心力量。按照原卫生部的诠释就是：“这是实践‘三个代表’重要思想，坚持‘立党为公、执政为民’的重要体现，是坚持以人为本，落实科学发展观的具体体现。”

这可能预示出社会管理者已经认识到：如果能够很好地开展防治艾滋病的工作，那么不仅能够造福于人民，而且会给自己带来巨大的社会效益。

### （三）第三次被政治化：对主流建构定位的再思考

2004年艾滋病问题的被“最高政治定位”并没有带来思考的终结，反而为第三次被国际政治化提供了一个更高的起点。

这多少可以归咎于前述那种“唯经济损害取向”的失误。这种取向诱导着这样一种一厢情愿的逻辑：既然中国已经把艾滋病定位于“关系经济发展、社会稳定、国家安全和民族兴衰”的政治高度，那么国际力量就不会再批评我们，我们也就与他们平起平坐了。

可是这实际上是对国际“艾滋病政治”的不了解或者低估。因此“最高政治定位”这一转折给中国带来的最重要的变化是：“与国际接轨”

的具体内容很难再被很好地控制住了。于是国际上那些以往被认为是不符合中国国情的理念开始大规模地进入中国，另外一种以社会公平与人权为基本价值取向的构建力量也开始在中国出现。越来越多的中国学者开始从过去的主要强调保护艾滋病感染者的个人权利，发展到强调艾滋病危害了作为基本人权之一的个人的健康权，再发展到强调防治艾滋病是关乎一个社会的整体人权状况的问题。

与此相对应，健康权、社会公平与卫生体制改革、社会弱势群体、社会性别平等、非政府组织的作用、公共知识分子与公共空间、民主制定政策这些在“最高政治定位”里似乎与艾滋病没什么关系的问题，最近都在防治艾滋病领域中被提出、被讨论甚至在一定程度上被舆论化了。

在这三次被国际政治化的背后其实隐含着国际主流力量与中国国家利益之间的冲突，即防治艾滋病是否应该被视为促进人权实现与社会公平的有力手段。恰恰是从这样一个角度来看，尽管目前第三次的被国际政治化还没有成为中国的主流，但是它被允许出现却彰显了中国国家利益与国家取向的某些变化。

如果把前述的林林总总的现象加以梳理，就可以得出这样一个“艾滋病之所以被建构为问题”的框架图（图 1-1）：

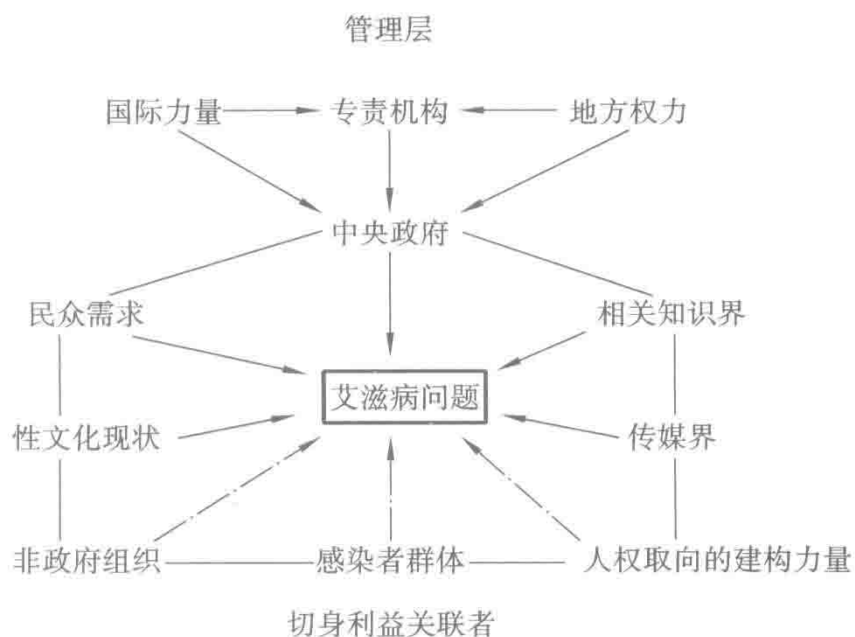


图 1-1 艾滋病被建构为问题的示意图

上述框架图，要表达的意思有三层。

首先，“生死存亡问题”这一国家的根本政治决策与其说是来自最高层的政治智慧，不如说是被“国际力量”“主管部门”与“地方权力”合力推出。其中折射出的管理体制问题已有众多的学者论述过。

其次，虽然从力量强度上来看中央政府仍然是“艾滋病问题”的主要建构者、资源提供者与政策推行者，但是从结构上来看它已经不再处于金字塔的顶端，而是处于一个近似环状的多元联结之中。从运行机制来看，虽然“国家意志”依旧强大，但是要操作之，就不得不与“社会”“舆论”与“切身利益关联者”这三种力量建构某种联结，以便形成一个“合力作用圈”。这暗示出在当今中国，极致到“艾滋病是生死存亡问题”这样的最高政治决策，其来源、构成与作用方向都已经出现多元化的倾向，甚至开始在一定程度上弥散于其中。

再次，艾滋病的“切身利益关联者”（感染者及其生活圈）在迄今为止的艾滋病问题的建构过程中所发挥的作用仍然微乎其微。与他们关系最近的“非政府组织”和“人权取向的建构力量”也是大体如此。这意味着建构“艾滋病问题”与推行防治艾滋病工作的“合力作用圈”在实际生活中是残缺的。本章以为，这才是“艾滋病问题”的社会意义所在。

### 三、“艾滋病问题”：中国社会重组的标识

众所周知，上述的种种状况，绝非艾滋病领域所独有。这恰恰从更深入的层次上说明：其实并不是艾滋病作为一个问题被政治化了，而是中国社会的整体结构与运作机制在一个具体问题上表现为被“艾滋病化”了。其背景与寓意则是“中国社会已经进入一个利益博弈的时代”，表明中国社会需要而且已经开始了—一个重组的过程。

“中国社会重组”是指从整体上与全局上，那些得以构成社会的人与各种因素的重新会合。其价值取向是合力形成一个和谐社会的新形态。本

章把它作为一个既成事实层面上的概念，希望抛砖引玉；但是本章并非这方面的专论，因此仅仅提出假设式的命题，恕不展开。同时，社会重组至少包括社会管理体系、市场体系、公共空间与国际互动这样几个领域，但是本章暂且集中于狭义的社会这个领域之中。

社会重组的提出是基于这样一个判断：目前的中国社会，已经不仅仅是阶层分化的问题，而且是整个社会结构出现了碎片化<sup>①</sup>、“散沙化”甚至是“原子化”的倾向；社会运行机制则出现了“虚拟化”<sup>②</sup>的倾向。这些趋势是同向的，因此仅仅协调一下现有社会结构中的各方面关系是远远不够的。目前的中国社会，其实并不是如何从一种模式变成另一种模式的“转型”问题，而是如何把各种社会构成再次汇合起来的问题。正由于艾滋病是在中国社会重组的过程中出现的而且影响巨大，才会及时地成为一个“问题”，才有资格作为一个标识。<sup>③</sup>

对此，本章有以下的论证。

### （一）艾滋病与社会问题之间的关系

中国之所以会出现艾滋病流行的现状，主要是由各种社会因素造成的，而不是艾滋病病毒“自然地”传播的结果。艾滋病的流行程度也并不是一个仅仅作用于社会的问题，更是一个来源于社会的问题，来源于组织机制的、文化背景的、社会环境的、思想的各种因素。

例如，“性服务”（嫖娼卖淫）是传播艾滋病的重要途径。原卫生部（现国家卫生健康委员会）的判断是“通过性接触传播的比例增加”。可

---

① 有些学者认为，当前的社会分化是一种多元的、相互交叉的分化，它并未导致界线分明的社会阶层，最多出现一些利益群体。这些群体如同一个个的碎片，而这些碎片并未显示出集聚为几大阶层的迹象。因此，他们认为，当前的社会分化趋向于“碎片化”。比如李强在《转型时期中国社会分层》中提到阶层利益的多元化表现为碎片化的特点。

② “社会运行机制的虚拟化”主要是指作为一个整体该社会的运行已经陷入“表态化”“作秀化”或者“失语化”，即已经没有多少人真的去执行与评估社会运行了。当然，本章仅仅是提出这样一个假设式的衡量尺度，并不是认为当今中国已然完全如此。

③ “非典”由于消失得太快太早，没有能够成为艾滋病这样的标识。

是，无论“购买”还是提供“性服务”都不仅仅是一个简单的个人道德的问题。笔者带领的课题组，2002年夏天在西南某镇调查到了这样一种艾滋病传播的“机制”：

- 当地领导要在这穷乡僻壤之镇创建开发区；
- 推平了两个村的土地，但是只修筑了两条宽大的过镇公路；
- 路两边的房屋都是当地农民与居民用土地补偿金或者集资修建的；
- 但是一直没有什么人来投资，当地出现“卖东西的人比买的还多”的状况；
- “养小姐”成为不二法门，当地人只好用这些房屋开办了娱乐场所；
- 但是客源很少，“小姐”们因此不断逃跑；
- 老板们只得到附近城市的劳务市场去拐骗女孩子，并且拘禁她们；
- 这里成为“‘小姐’培养基”（当地人的话）；
- 在这样的生存境地之中，“小姐”们普遍不使用安全套；
- “小姐”中性病泛滥，而且随着“小姐”的外逃，不断地远距离扩散。

在这个“机制”中，并不是先有了性病，然后再危害社会，而是先有了社会问题，然后才出现了性病的传播。

虽然上述个案研究并不具有代表性，但是如果我们从最近20年的历史发展的角度来看，艾滋病传播的三条途径（血液传播、性传播、母婴传播）在此前的中国基本不存在应该是一个现实的认知。这意味着从宏观上来看，中国的整个艾滋病问题是后于某些社会问题而出现的。

其中最能够说明问题的就是局部地区的农民因为卖血而感染艾滋病这



个在世界范围内非常罕见的实例。迄今为止，尽管吸毒传播与性传播在不断增加，但是在已知的艾滋病感染者当中，关联着贫穷甚至是当地政策的、经卖血途径被传播者仍然占多数，继续昭示着“自然传播”说法的谬误与“社会产物”判断的明晰。

## （二）艾滋病的生命危害与恐慌危害

对于整个社会来说，艾滋病的危害其实并不是疾病本身，而是它所带来的社会恐慌，因为艾滋病虽然属于慢性传染病，但是它被赋予了太多的道德含义，甚至某些旨在预防艾滋病的宣传教育也在不自觉地强化着这种道德含义。“艾滋病恐慌”即由此产生，而且恐慌的程度会几何级数式地增长且大于实际的传播程度。2002年初发生在天津的谣传“艾滋病人扎针”的事件，不仅造成了当时当地最大的一次社会恐慌，而且相当严重地波及了北京。

随后的“非典”再次说明：此类公共卫生危机（包括艾滋病的高流行），如果仅仅是死人，如果仅仅是影响经济，那么现行的社会机制都可以应付。但是，它却带来了普遍与深刻的恐慌。正是这种恐慌，而不是某种疾病本身，在一些地方（甚至是首都与大城市）造成了整个社会的运行机制的暂时中断。其历史经验在于我们的社会重组进程尚不能妥善应对这样突如其来的大范围灾难。因此我国政府随之加大社会重组的力度，以减少灾难再次发生的可能性。

## （三）艾滋病危害的阶层选择倾向

艾滋病对于中国社会的危害，主要地并不在于传播给了多少人，而在于传播给了什么样的人。但是这又要分为两个方面来看。

在血液传播（卖血与共用注射器吸毒）与母婴传播方面，艾滋病的受害者更多地属于社会下层，因为他们的经济条件与社会地位都阻碍着他们采取相对昂贵的预防措施。从这个意义上来看，艾滋病其实是一种“贫穷病”，因此单纯宣传教育的作用十分有限，需要通过社会重组来彻底解决。

但是性传播方面，艾滋病具有“富贵病”的倾向。本章将以笔者于2000年、2006年、2010年和2015年四次进行的“中国人的‘全性’调查”<sup>①</sup>为例加以说明。

调查显示，男性厂长、经理、老板这一阶层发生嫖娼行为的可能性，不仅是所有9个阶层中最高的，而且是城市中的男性体力劳动工人和各种农村男性劳动者的数十倍。同时，他们所拥有的其他性伴侣，也是社会各阶层中最多的，而且是务工和务农者的数倍之多。此外，收入最高的那5%的男性发生嫖娼行为的可能性，也比收入最低的那40%的男性多出数十倍。

这一调查情况在很大程度上表明，这类目前社会的“经济精英”作为艾滋病传播的“桥梁人群”的可能性远高于普通阶层，而且目前社会的任何一种现存的力量与措施，也很难制约他们的性关系及其带来的艾滋病传播。这既是社会问题的产物，也是社会重组必要性的证明。

#### （四）艾滋病危害的社会性别选择倾向

至少就性传播这个途径而言，根据上述的全国随机抽样调查的结果，有过多个性伴侣的人（具有传播艾滋病的可能性），在男性中也比在女性中多得多。这就是说，女性主要是被传播者，是被动的受害者。同时，由于女性把所得到的艾滋病病毒再次传播出去的可能性更小，因此她们客观上发挥了阻止艾滋病传播的“堤坝”的作用。

这种状况从根本上来说来源于社会现实中的“以男性为中心的文化体系”与男女平等的宪法规定之间的矛盾。因此实现社会性别平等就是一种积极的社会重组。舍此，不但艾滋病难以控制，而且“艾滋病问题”具有成为“社会性别战争”导火线之一的可能性。

此外，“因贫致病、因病致贫”的现象，很快就会在艾滋病方面凸现出来，从而成为“艾滋病问题”来源于社会、作用于社会的一个更好的

---

<sup>①</sup> 这四次调查的成果，详见《2000—2015年中国人的“全性”（sexuality）》第三篇的开篇语。（香港）1908公司，2017年。

例证。

#### （五）艾滋病高流行的时机

近年来，一些主要从疾病角度来看问题的人士不断地警告说：中国不久将出现艾滋病的巨大流行趋势，而且倾向于把出现高流行的时间说得越来越近。

其实，“来得早不如来得巧”。艾滋病的高流行如果恰恰与其他某种严重的社会危机同步出现，那么双方就会形成“互构”，一起出现几何级数式的膨胀。也就是说，我们其实并不是在跟艾滋病的“自然传播”抢时间，而是在社会重组的进程上，与可能来临的其他危机争速度。恰恰是这个问题，才真的足以提到生死存亡的政治高度。

#### （六）艾滋病的生命危害的意义正在变化

在我国政府日益强调代表广大人民群众的根本利益与建设和谐社会的大背景下，当今的中国群众与舆论已经开始从保障生存权的高度来看待“死了人”的现象，天灾背后的人祸的作用正在陆续被发现，个体生命至高无上的价值开始被赋予。因此，死于艾滋病的将不再仅仅是一个个的个体，而是被视为人民的一部分。由此而产生对于政府职责的疑问也就具有了较快出现的可能性。这意味着社会管理者应该与时俱进地对这一社会重组的重要方面加以协调。

### 四、 解决问题的前景： 推动中国社会重组进程

艾滋病问题不仅反映着社会重组，而且受制于这一进程的节拍。

这方面最突出的例子就是“以社区为基础（community-based）的艾滋病防治”。

在国际范围内，人们在从医学视角转化到公共卫生视角再转化到（个体）行为学视角的长期实践之后，终于认识到艾滋病传播中的社会文化因

素的重要性，终于开始以社区这个社会文化的细胞为基础来推动艾滋病防治工作。

可是在中国，城市“单位所有制”下的人口分布状况与乡村地区传统的村社大都处于迅速瓦解的过程之中，因此，现在中国究竟在多大范围内才存在“社区”，本身就是值得商榷的问题。因此外来的成功模式中的几乎所有具体内容对于现今中国社会的适用性都不可高估。“社区领袖”“社区精神资源”这样的实例更是罕见于日常中国人的生活之中。相当多的城市基层工作与其说是社区化的，不如说是机关化的。

其根源就在于经济发展、体制改革、人际关系与精神生活方面的变化这几种最重要的社会推动力是具有方向性的。在它们汇合为正向的合力的理想状态下，“社区”“中产阶级”“理性社会”这些美好的事物就都会应运而生。但是在中国现实中更多地被观察到的却是相反的情况。这意味着在中国，与其说是如何发挥社区作用的问题，不如说是如何首先促使分散的个人形成一个社区的问题。因此我们必须继承党的优良传统，像当年发动民众那样来建设社区与推动社会重组，以便为艾滋病防治提供坚实的根据地。

基于同样的道理，类似的宏观例证也需要提请我们注意。

例如，艾滋病预防工作格外注意“流动人口”，认定它是很重要的传播渠道之一，而且已经对其进行了不少的干预工作。可是在现实生活中，“流动人口”既已经远远脱离了原来的群体，又远远没有形成新的社会构件，在整个社会运行中的位置往往不仅仅是“边缘”而且是“无缘”的状态。

在这方面人们很容易注意到那些既不是工人又不是农民的所谓“农民工”，却容易忽视那些在人数上与农民工很可能相差无几的“白漂”（漂泊打工的各类白领人员）的类似境况。一方面，他们对于社会发展合力的贡献往往被局限于纯粹经济意义与工具意义之内，是造成社会重组动力资源短缺的重要原因之一；另一方面，他们的差序格局式的社会网络与社会的金字塔式的结构之间又存在着膨胀可能性相当大的张力。在这种现状中蕴

含着社会重组的必要性与迫切性。

如果对防治艾滋病的工作不了解或者忽视这种社会重组，仍然按照计划经济体制下的老办法动用行政组织的力量来进行宣传教育，那么很可能就连应该受教育的对象都难以找到，接下来的工作的效益也就很难预期。倘若如此，艾滋病通过“流动人口”扩大二次传播的责任，恐怕就应该更多地归结为社会没有及时重组，没有给防治工作提供最起码的基础，而不仅仅是防治艾滋病工作的失误。

如果我们能够扬弃传统的金字塔式的工作方式，转而更多地发挥社会网络的作用（社会重组的重要方面），那么对于艾滋病防治工作的推动与提高的作用之大可能超出我们的想象。通俗地说，既然艾滋病是通过社会网络来传播的，那么使用这一途径来预防它也就是最有效的。

再例如，艾滋病预防工作也非常重视青少年的“同伴教育”（peer education）。可是在中国的现实生活中，青少年所接触的同龄人倾向于只有两极化的“同学”与“同伙”（负面意义上的、“团伙”的），缺乏的恰恰是那种足以互相讨论性、怀孕、吸毒、卖血这类内容的“同伴”。结果中国相当多的“同伴教育”倾向于仅仅是把讲课人从医生换成了优秀的同学，而宣讲的内容与双方的情感关系则基本未变，其效果也就为之大减。

这也不仅仅是预防工作者的问题。我们的社会开始逐渐意识到：21世纪的中国青少年需要一种学校体制之外的新的社会聚合形式，例如网络论坛（BBS）、网络聊天室、“泡吧”（邂逅相逢式的相聚）等等。

实际上，青少年们已经创造出或者引进了这些形式，开始了自己的社会重组，成年人社会应该更好地帮助与引导他们而不是压制与管束，以减少青少年的“同伴社会”中“越轨行为”的发生概率。否则青少年里的艾滋病预防工作处于“要我做”而不是“我要做”的境地之中的可能性就会增加。我们应该推动青少年的这些新的个人组合方式，更多地参与社会活动乃至政治活动，相信他们中的昂扬的爱国热情会给中国的发展带来更多的朝气，使防治艾滋病的事业卓有成效。

总而言之，历史的生活经验已经告诉我们：“非典”主要是靠传统的

行政组织制止的（现在这被当成了一个成功的经验），而我们的“社会”的功效却不尽如人意。接着艾滋病又被作为一个“生死存亡的问题”，这就适时地为我们重视社会重组提供了宝贵的历史机遇。

进入 21 世纪以来，中国社会出现的最重大变化，就是各个阶层空前一致地强调了“人”这个根本问题。因此，现在已经不仅仅是“预防艾滋病需要政治参与”的问题，而是艾滋病正在加速度地走向社会设置层面上的政治问题。因为，越来越多的人开始认识到：艾滋病危害的不仅仅是个体生命与公共卫生，而是一个社会的最根本的那些东西。

尤其紧迫的是，除了理念的争论之外，防治艾滋病的一些具体做法已经引起而且还会引起更大的社会争论。

现在已经开始被政府允许、支持、鼓励的许多具体的预防工作实际上与现行法律、社会政策与道德戒律是严重冲突的。其中最引人注目的有：给静脉吸毒者发放清洁针具（与强制戒毒的法规冲突）、在娱乐场所推广 100% 使用安全套（与处罚卖淫嫖娼的法规冲突）、鼓励同性恋者自己进行预防工作（与道德戒律冲突）、建立扩大与发展各种非政府组织（与社团法规冲突）。

结果，对于这些防治艾滋病必不可少的具体工作会不会破坏我们现行的法律、道德、婚姻家庭制度与精神文明建设的疑问，开始出现于一般群众甚至防治艾滋病工作者之中。

其实上述的现象被视为“冲突”以及这些冲突往往在基层地方很容易解决，也包含着一些社会力量与专责机构的建构，其中最重要的还是对于当地最高领导者的“政策开发”。可是这仍然没有走上法治建设的道路，不足以实现可持续发展。

在迫使防治艾滋病的工作顺应现行的社会设置与利用预防艾滋病的力量来进行社会改革乃至制度改革这样两种可能性之间，中国社会的领导者与主导者已经做出选择。如果说在对于艾滋病防治不达标的担忧中倾注了维护社会稳定与社会体制的心力，那么对于艾滋病防治必须达到其目标的督促就渗透了推进社会改革的意志。“最高政治定位”应该这样被解读。



为了坚决贯彻落实“最高政治定位”，我们就应该从社会重组的角度来做一些事情。例如强化对那些寻租部门的监督，加大它们寻租的难度，从整体上把艾滋病“高危险人群”改变为“高受害风险群体”，赋权给他们并且支持他们与寻租部门的博弈，调动其他社会力量积极参与进来，等等。

从建设和谐社会的角度，我们必须这样来提出问题：与艾滋病本身的危害相比，防治艾滋病的理念与操作的任何可能的失误所造成的社会损失更大。我们必须加以避免，以保护不仅仅是个体生命或者公共卫生，也不仅仅是社会稳定，而是保护中国社会重组的发展进程，保护我们的前途。

总之，我们的社会应该采纳“人权取向的建构力量”的主张，那么无论是艾滋病问题的建构还是防治艾滋病的实践，都会对中国社会重组的几个最重要方面发挥推动作用：

促进个人在综合利益选择的基础上创立新的社会组合形式，例如一部分处于艾滋病高风险之中的男性已经自发地形成了网络状态（而非金字塔结构）的“聚合”（而非组织）；

激励不同的“聚合”之间采用契约（而非绝对斗争）的方式形成社会“会合”（而非大一统的组合），例如各个防治艾滋病的非政府组织之间现在已经初步这样做了；

催生多元平等基础上（而非一言堂）的社会共识（而非垂直灌输），例如在预防艾滋病的性传播方面，许多成功的项目就是依靠催生所有参与者的共识（而非行政命令）才得以日益接近“100%使用安全套”的目标；

推动各级社会管理层以保障人的权利为基本出发点来重新审视与再造各项制度化内容，例如局部省区一系列这样的地方法规与政策已经成功出台和实行。

总而言之，在目前对于艾滋病问题的建构当中，在防治艾滋病的实践当中，已经折射出中国社会重组的一些内容及其发展程度从而成为后者进程的一个标识。而且，恰恰是由于“艾滋病问题”已经被最高权力在最高政治层次上加以建构和确立，因此在社会研究中使用这个标识可能是最醒



目与最深刻的。

正是从这样一个角度，所谓“艾滋病问题”应该从积极的角度被建构为“社会重组的最佳机会”，以利于我们把艾滋病作为突破口之一，带动整个社会的再建设与再发展。同样，对于“艾滋病问题”的人权取向的建构，对于防治艾滋病实践的正确引导，也都应该融合于中国社会重组的进程之中才能到达成功的彼岸。

## 第二节 艾滋病恐慌：整肃性道德的最后武器

进行预防艾滋病的教育无疑是非常必要、非常正确的，但关键的问题是：第一，出于什么样的目的而进行教育？是真的为了使人人都健康，还是为了整肃性道德？第二，用什么来进行教育？是用准确的科学知识，还是用人为夸大的恐慌？

### 一、 疾病， 往往是政治的工具

在人类历史上，任何一种疾病的威胁都可以被某些社会力量加以无限夸大，然后用来达到他们自己的另外的目标，而他们的旗号一定是最善良的。

19世纪中期的西欧，梅毒曾经一度猖獗。于是许多人打着“医学”与“防病”的幌子，发动了一场持续的“道德整肃运动”。到19世纪70年代，这股社会势力终于推动英国政府正式发布了《反传染病法》。可是，这是真正的挂羊头卖狗肉。当时的人都知道，它其实完完全全是一个禁娼的法律，而且最主要的并不是为了人民大众的健康，而是因为娼妓的泛滥和梅毒的传播，曾经极大地削弱了大英帝国海陆军的战斗力，延误了殖民扩张的几次战机。例如1857年印度发生大规模起义的时候，由于梅毒作怪，英国本土居然派不出足够的援军去镇压。

可是历史告诉我们，真正把梅毒的危害控制住的，并不是这种道德整肃运动，而是20世纪初发明的“六零六”药粉，是1930年代发明的青霉素。颇有讽刺意味的是，真正迫使娼妓减少的，也不是这种道德整肃运动，而是它的对立物——1960年代开始的性革命；貌似因为性革命之后，嫖娼的男人极大地减少了，妓女才会因为卖不出去而不得不减少。

中国人是在这样一个历史时刻听说艾滋病的。1980年代后期，性革

命已经在中国出现，凡是没有闭目塞听的人都可以感觉到它的到来。似乎没有什么像样的理论可以批判它，也没有什么切实可行的措施能够阻止它了。正是此时，西方出现了艾滋病，有人马上把它命名为“爱资病”。接着，中国也发现了艾滋病病毒携带者，尽管当时只有几例，尽管到现在仍然主要是吸毒者，但是几乎一切舆论都如获至宝，拼命地在性道德上做文章（可惜到现在也拿不出足够的证据）。整肃性道德的最后一线希望，全都寄托在艾滋病的“性传播”身上了，因此才会有如此大规模的、与真实发病率如此天差地别的、人造的“恐艾症”。一些人大概恨不得大声疾呼：只有当和尚与尼姑才安全！

可惜，国际上早就有了研究成果：恐慌越大，人们就越可能更快地识破其虚假，然后就会加倍地掉以轻心或者满不在乎。艾滋病恐慌很快也会走到这一步的。即使是在今日，散布恐慌对于预防艾滋病也没有丝毫的益处，反而会使它更加容易传播。

## 二、 恐慌必然推动传播

让我们设想一下，如果某个南方边境地区的农民，已经被传染上了艾滋病病毒，那么在目前这种“艾滋病恐慌”的氛围下，他会怎么做呢？他的所有邻居都会远远地躲开他，不但不会跟他握手，而且不会跟他说话（其实这两种途径都不会传播艾滋病）。他去过的厕所再也不会有人去，他用过的碗筷再也不会有人碰一下（其实仅仅是皮肤接触也不会传播艾滋病）。他既不能去乡镇企业上班，也不能参加任何集体活动，连耕种自己的田地，恐怕也有人暗中监视，生怕他跨进别人的地界。还有人会劝他的老婆离婚、子女出走，甚至连他的老婆孩子也一起“隔离”。

于是他只能隐姓埋名远走他乡。即使政府对他强制隔离，但那毕竟不是蹲监狱，他如果想逃，实际上很容易。到了一个新的地方，他死也不会说出自己已经感染了艾滋病病毒。他可能又跟别人性交，而且不使用避孕套。最要命的是，他可能坦然地去卖血，可能跟别人使用同一个注射器去

吸毒，他的妻子可能怀孕和生育。这样，通过体液传播的途径，他就把艾滋病病毒传播到了一个新的地区。

反之，如果他原来的邻居们都知道，只要避免体液传播途径，艾滋病实际上是无法传播的；如果他们不那么恐慌，不那么神经过敏，那么那个被感染者就完全可以跟大家相安无事。艾滋病病毒也就不会自己跑到别的地区去。

道理就这么简单。已经被感染的人，不管他们过去是对还是错，都只是病人而不是罪犯。恐慌只能使他们隐瞒实情、拒绝检查、逃避隔离、抵制教育、远走高飞，甚至会使他们产生报复社会的行为。如果我们真的是想控制和预防艾滋病，散布恐慌岂不是搬起石头砸自己的脚吗？

因此，从真正预防的角度来说，与其花钱费力地去吓唬每一个人，还不如把精力集中到那些“高风险人群”上；与其徒劳地指望青少年会因为害怕而减少性行为，不如鼓励他们更多地使用避孕套；与其让政府出面，最终损害其威信，不如发动民间力量来实现阶层制约和社区抑制；与其把病毒携带者当成“公敌”，不如真正让他们还原为病人。

至于用艾滋病恐慌来整肃性道德，我只想问一句：艾滋病只不过是一种病毒性疾病，病因与传播途径都非常清楚，降伏它肯定比攻克癌症要容易得多、早得多。到那时，还会有什么别的武器来整肃性道德吗？

### 三、 我们需要理解艾滋病感染者的什么？

毫无疑问，许多人是因为从事了不道德的行为，才被传染上艾滋病的。如果不正视这一点，仅仅拿卖血的农民做例子，是无法说服别人的。但是，谁让您一定要去理解那些不道德的行为呢？

我们需要理解的仅仅是：不管是艾滋病还是流感，都只是一种疾病；被感染的人都是一模一样的病人；我们对他们都应该一视同仁。也就是说，需要理解的是他们患病的现状，而不是他们得病的原因。否则，我们怎么能保证，在患流感的人里，就一定没有人是因为跟“二奶”接吻才被

传染的？难道给他治病的医生，都是因为理解“包二奶”吗？或者说，难道医生必须首先理解“包二奶”这种行为，才能给他看病吗？

病就是病，是病就得治。我们不能根据病人的身份来取舍；否则，监狱里就根本不应该设医生，让犯人们都病死才好。我们也不能根据得病的原因来取舍；否则，医院就变成刑警队了——先把你侦查个够，再决定给不给你看病。

我相信，谁也不希望看到这种局面，因为如果按照雷锋的标准来要求，我们几乎每个人都曾经有过不那么道德的行为。难道我们因此就明明有病也不被承认吗？得病，这是一种最基本的人身权利啊。

#### 四、 怎样做， 才算是理解艾滋病感染者？

所谓“理解”，其实只是介乎于反对与支持之间的一种态度。谁主张过，因为理解艾滋病感染者就应该去支持甚至学习那些不道德的行为？所谓“理解”，在为数不多的榜样人士那里，可以表现为与艾滋病感染者亲密无间；但是对于普通人来说，只要不歧视就足够了。

如果我的熟人感染了艾滋病，我应该像他得了流感那样，同样地帮他求医问药，而不是退避三舍，恩断义绝，更不是非要把他置于死地不可。如果我居住的地方发现了艾滋病人，我可能帮不上什么忙，但是也没有必要非把人家赶走，更不应该无理取闹地要求政府消灭他们。如果我能够参与决策，那么绝不会搞出“严禁艾滋病人进游泳池”那样荒唐的规定，因为那是不会传染的。

总之，理解其实一点都不难，只要真的知道艾滋病的传播途径，就不会自己吓唬自己，就不会自我隔离，就没有理由把病人当作罪犯，就能够该出手时就出手，帮他们一把。只有这样，在这个所谓的“艾滋病时代”里，自己才能活得舒心。否则，艾滋病人毫无疑问还会增加，那时，难道我飞到月亮上去？

笔者在某个已经发现艾滋病的地区做过调查，那里的大多数人都认

为，应该找一个与世隔绝的地方，把艾滋病感染者全都关在里边。有的人痛心疾首地质问：政府为什么还不赶快行动?! 有的人则自告奋勇地要为此出钱出力，还有人连关押的地方都勘察过了。

这种建立“艾滋病集中营”的想法，在现实生活中恐怕比仅仅是不理解还要普遍。随着艾滋病人的增加和扩散，它不仅会更加普遍，还会更加强大，因此不能不拿出来细细讨论。尤其是因为，这已经不是一个简单的无知的问题了，而是涉及人类究竟应该如何相处的根本问题。

“艾滋病集中营”的理论基础在于：感染者会危害别人，而任何会危害别人的人，都至少应该被关起来。如果政府不这样做，被危害者就可以这样做。一切“私刑”和非法拘禁都是据此产生的，而且往往能够获得许多人的支持。

这个道理对吗？咱们从生活常识来看。

第一，我是怎么得流感的？肯定是别人传给我的。如果我非要惩罚那个别人，那么另外的别人一定都会劝我：人家也不是故意的啊。也就是说，被别人非故意地传染了疾病，并不能自动地授予我惩罚别人的权力。这只是我生活在现今这个世界上的一种必要的代价。那么，我怎么知道艾滋病感染者就一定都会故意去传染别人呢？

第二，流感来了，如果我只顾呼吁把那些先得病的人关起来，自己却疏于预防，别人一定都会说我傻。尤其是，即使在流感最猖狂的时期里，也并不是每个人都会得病。也就是说，所谓必要的代价，实际上往往非常容易避免。因此，如果我能够预防却仍然要求建立“艾滋病集中营”，那我就是“柿子专拣软的捏”，是在欺负人。

第三，即使真的被故意传染了，我就算消灭了那个人，自己的病就会好吗？所以我其实只是在泄愤。那么，为什么我的泄愤是正当合理的，而艾滋病人的泄愤就该被惩罚？他的艾滋病难道是从天上掉下来的吗？所以，此门一开，就会“冤冤相报何时了”了，所有人就都会失去一个共同的安全。

第四，我是一个公民，我当然有权利要求政府保护我。但是艾滋病感

染者就没有这样的权利吗？尤其是，如果我所要求的保护会损害对别人的保护，我还能那么理直气壮吗？现在都什么时代了？在“入世”以后，如果我还不明白“人人平等”，还没有学会协商与“双赢”，还不懂“我活也让别人活”，甚至连“己所不欲，勿施于人”都忘记了，那么我恐怕也就没有资格非要政府按我的要求办了。

总而言之，为什么过去的人总说“见蛇不打三分罪”，而现在的人不但以蛇为美食，甚至为宠物立法保护？就是因为人类已经不再盲目地恐惧和消灭那些其实我们很容易预防其危害的事物；就是因为人类逐渐明白：我给别人的每一声丧钟，其实也都是为我自己敲响；就是因为人类正在理解：在这唯一的地球上，不能再制造敌人了，而永远地消灭一切敌人的唯一办法，就是把他们变成朋友。

2001年4月底，笔者在某县探望了一位因为卖血而感染、弥留之中的艾滋病患者。他是贫苦农民，家徒四壁，躺在全家唯一像样的木床上等死。他全家还有5个因卖血而感染的人——弟弟、两个儿子、一个儿媳、一个女婿，都眼睁睁地守候在一旁。

他儿子说：“我家的房子，是父亲用血堆起来的。”

他弟弟说：“亲朋好友没有一个来看他。他走不走都一样，我们已经在另一个世界里了。”他全家当时最愁的是，没有人肯给他抬棺材。

我不由得握住了他那皮包骨的双手。

因此我写下歌词一首，希望有人能为它谱曲。让我们用歌声来表达对艾滋病感染者的关爱。当时与我同去的有三位专门负责预防艾滋病工作的正规医生，他们都没有进门，只有一位行政负责干部随我进去了，但是没有与感染者握手。我出门之后，那三位医生互相谈论：“到底不是学医的啊。”正是在这种刺激下，我才写了以下这首歌。

不由得握住你的手——献给艾滋病患者的关爱

不由得握住你的手



我素不相识的朋友  
你的无辜使我心中充满愧疚。

你我天各一方，分隔已久  
庸庸碌碌的人生把我弄丢  
淡忘了最原始的追求  
在这天降大任的时候。

不由得握住你的手  
我心心相印的朋友  
你的痛苦是这个世界的伤口。

原谅我无法把你挽留  
可是一个名字就是一段春秋  
不要说时光已到尽头  
人性依然是花团锦绣。

不由得握住你的手  
我刻骨铭心的朋友  
我再也不会只是热泪长流。

生活已经不可能照旧  
不能再寻找逃避的理由  
将心比心，共济在同舟  
博爱会把我们拯救。

生活已经不可能照旧  
不能再寻找逃避的理由

先天下之忧而忧  
爱，永远没有最后！

## 五、防治艾滋病的社会意义：对公民的生命负责

艾滋病在中国传播的态势日趋严重，我们的时间已经不多了。

要说中国政府对这个巨大的威胁还认识不足，实在是有些言过其实。但是一遇到具体的问题，政府所付出的努力就常常被一些糊涂看法所抵制，甚至是被消解。在如何对待性工作者这个问题上，这种情况尤为突出。

我们知道，如果在与性工作者接触时都能够坚持使用安全套（避孕套），那么艾滋病就很难传播到其他人群里面去。因此，在全世界，预防艾滋病的一项主要工作就是在性工作者中推行100%地使用安全套。我国政府实际上也已经充分肯定了这一做法，并且已经开始进行试点。

但是，许多人却在大声疾呼：“这是在纵容、支持嫖娼卖淫！”结果，害得这项政府行为有点像在做地下工作。

第一，其实这种说法首先是一种“鸵鸟政策”。就算我们确信，在5年之内能够彻底根除中国的非法“性产业”，可是艾滋病会给我们这5年的时间吗？在这5年之内因为性传播艾滋病而死的人们，岂不是冤魂？再说，谁敢断定“性产业”何时能够根除？这可是要负历史责任的。

第二，这种说法是逻辑混乱。推行100%使用安全套，并没有反对“扫黄”，更不意味着“性产业”就因此而合法化。两者完全可以并行不悖。例如，在我们的市容管理中，一方面规定不许乱扔废弃物，另一方面政府又花钱雇佣大量的清洁工。难道清洁工的存在，就是纵容和支持乱扔垃圾吗？或者，难道因为规定了不许乱扔，就不需要清洁工了？

第三，这种说法完全是闭门造车。它以为，如果嫖娼卖淫更加安全了，就会有更多的人去做。或者说，现在的艾滋病威胁可以削弱“性产

业”。

其实这毫无根据。在全世界，进入“艾滋病时代”以来，安全套的使用率在直线上升，但是任何一种不道德的性关系都没有明显地减少或者增加。原因很简单：任何一种性关系（包括嫖娼卖淫），都不会仅仅由“会不会得病”这样一个因素来决定。况且，在这个世界上，可曾有过什么事情只有唯一一个原因吗？

笔者多年调查“性产业”，总的印象是：性病、艾滋病早就把那些根本不可能嫖娼卖淫的人们吓得要死，而那些已经涉足的人们却基本上不怕，因为在他们的行为的背后，有着数十种极其现实的动机和理由，哪一种都比“会不会得病”更加重要、更加急迫。他们唯一最容易接受的，恰恰是使用安全套，而不可能是因为怕得病而“改恶从善”。

第四，这种说法是“只见树木，不见森林”。如果艾滋病仅仅是在嫖客与“小姐”之间互相传染来传染去，那么也就罢了。可是嫖客的妻子或女友以及“小姐”的丈夫或男友犯了什么法？为什么要眼睁睁地看着他们被艾滋病所危害？况且，从他们那里，艾滋病还会通过性传播危害到成千上万的与“性产业”没有关联的普通人。他们何罪之有？

第五，这种说法实在不够理智。在日常生活中，人人都懂得“两害择其轻”的道理，为什么讨论到“小姐”的时候就不理智了呢？“性产业”威胁到社会风化，可是，艾滋病却是要死人的啊！

第六，这种说法是把政府的职责给本末倒置了。政府为什么要“扫黄”？不是因为跟“小姐”有仇，而是因为政府相信，“扫黄”能够维持社会风化，客观上也就保护了人民的利益。可是，还能有什么利益比人的生命更加宝贵和重要？因此，政府现在推行100%使用安全套，就是把人的生命放在第一位。这有什么可反对的呢？

最后，我必须指出，这种说法之所以根深蒂固而且一呼百应，其实是来自一种更深层的观念：不道德的人，都死了才好呢！甚至有人认为这是“净化种族”。

对于这种想法，我实在懒得批驳，只指出以下两点足矣。

首先，在这个问题上，是你在说别人不道德；如果在另外一个问题上，别人也说你不道德，你自己是不是也“死了才好”？

其次，你怎么想，是你自己的事；可是你凭什么强求政府也照此办理？“小姐”和嫖客都是人，政府在依法管理他们的同时，也尽心尽力地保护他们的健康、他们的生命，这恰恰是承担起了政府对民众的全面责任。这样的政府，你也要反对吗？

### 第三节 中国艾滋病防治事业的价值理念

中国艾滋病防治事业的进程已经 30 年，人文社会科学的研究早已加入其中而且硕果累累；但基本上都是针对具体问题的研究，不多见的全景式研究也往往局限于这个事业本身，缺乏对其社会历史来源以及所发挥的社会作用的考察。

本章把艾滋病防治事业作为一个整体，放在中国社会总体发展进程的框架之内，希望揭示出，作为众多具体工作之灵魂的价值理念，究竟经历了什么样的变迁，其背后的运行机制是什么，对于中国的当代历史发挥了何种作用，具有哪些启发式和前瞻性的意义。

#### 一、政治理念：从“御敌”到“负责”再到“维权”

在中国发现艾滋病之初，曾经有一股社会思潮认为艾滋病其实就是“爱资病”，是西方生活方式入侵中国的表现和产物之一，提倡“御敌于国门之外”。但是这种以往阶级斗争思想的无意识残留只是昙花一现，在 20 世纪 90 年代后期就被迅速扭转。其中最重要的推动力既不是来自科学知识的普及，也不是来自政府和社会的自觉纠正，而是来自三种貌似无关的社会变迁。

第一个变迁是，随着中国经济开始起飞，尤其是加入世界贸易组织，中国政府对于全球化的认识在悄然改变，从最初仅仅是“对外开放”的简单看法，日益发展为相互依存共同发展的“地球村”概念，开始了“第二阶段的开放”。因此我们能够理解，中国艾滋病防治事业之所以能够在 20 世纪末出现重大转折，彻底抛弃了“御敌论”，其主要推动力不仅不是来自国际社会，不是来自专职部门的世界卫生组织，而是来自作为主权国家正式组织的世界银行。尤其是从此以后，中国政府对于艾

滋病防治的国际机构（包括非政府组织）在中国全面开展工作完全敞开了大门。

与此同时，第二个变迁也出现了。中国人的日常生活出现了质的飞跃，不仅表现为物质生活水平的大幅提高，更出现了广义上的消费时代的主要特征。这促使社会心态更加倾向于世俗化，在很大程度上消解了以往的绝大多数政治话语，尤其是“文革”那种阶级斗争的表述体系。因此“御敌论”不仅没有实现其目标，反而引发了普遍的反感与不屑，也就随之失去了立足之地，为此后艾滋病防治的正确认识提供了基础，开辟了道路。

第三个变迁是，20 世纪的最后年代中，中国的性文化出现了革命式的剧变，各种非传统的性关系与性行为的客观数量虽然不一定猛增，但是在民间舆论中却日益广为人知，甚至习以为常。在当时艾滋病处于低流行状态的时代背景中，在普通人对“性”的变化越来越见怪不怪的社会心理氛围中，“御敌论”就沦为“狼来了”般的无效恐吓，进而摧毁了它自己的根基。

在此后的 21 世纪，中国政府陆续出台了一系列重大的关于艾滋病的政策，表现出极大的政治主动性，其中最重要的是 2004 年对于艾滋病感染者和病人的“四免一关怀”政策以及 2006 年国务院的《艾滋病防治条例》。与其同时，党和国家最高领导人连续多年在世界艾滋病日接见艾滋病感染者和病人，发挥了不可替代的政治影响力。尤其是中共中央党校和各级党校都陆续开展了艾滋病政策培训，不仅把艾滋病防治上升为一项政治任务，而且其执行者也变成了最高级别的党的领导层。应该说，如此高度的政治重视，别说对于其他任何一种疾病都是不可能的，即使是 1950 年代对于血吸虫病防治的重视程度也不足以类比，即使是对于其他领域中的社会事务也是不多见的。

纵观这些重大举措可以确认，中国政府已经把“艾滋病问题”上升到“也是中国对国际社会和人类生存发展高度负责的具体体现”的最高政治高度。这种变化主要来自三个方面的推动。首先是来源于联合国把艾滋病

列为人类发展千年目标的第六项，而中国政府在进入 21 世纪之后更加希望在国际事务中担当起负责任的大国的角色。其次是来自国内建设和谐社会的强烈政治需求。再次是艾滋病防治事业在自身发展中，对于国家最高层的政治担当不断提出更高的要求。

这意味着中国政府在艾滋病防治这个问题上，越来越自觉地承担起政治责任及其一系列派生责任。与经济领域中不断强调放权的政府主张相比较，与卫生体制改革中同样的放权倾向相比较，中国政府在艾滋病防治领域中的这种自觉承担责任的意图就显得更加不同寻常。尤其是中国政府在负责的同时，并没有出现权力集中的明显倾向，反而呈现为日益分权与放权的趋势。这种负责而不集权的模式，为中国现实政治提供了一个非常值得重视的可能的发展方向。

21 世纪以来，艾滋病防治领域中的很多研究者和实际工作者不断提出“权利”的问题，不仅包括感染者和病人的各项个人权利，也包括与各个有关群体相关或连带的各种权利。这种认知和呼声日积月累，终于在最近这些年形成了强有力的社会舆论。虽然在官方话语体系中尚无确切的肯定，但是在各级各类政府机构和事业单位的实际工作中，维护有关人员或群体的应有权益却已经蔚然成风，而且日益成为艾滋病防治的重要内容之一。这种趋势标志着第三次性质转变已经开始，就是从不同主体的不同视角提出的多向度的“维权”要求。

迄今为止在可考察的范围内，中国政府没有对这种发展趋势正式提出非议。这一情况至关重要，意味着这样一种发展可能性是客观存在的：首先在艾滋病防治领域中独树一帜地走向政府进一步承担起保护权利的政治责任，至少并不否认这一责任；然后推广应用于整个社会发展进程。

## 二、 社会理念： 从“部门合作” 到“社会动员” 再到“社群为主体”

艾滋病从一开始就被构建为一个社会问题。虽然“社会问题应该由全



社会来共同解决”这样一个基本共识已经传播多年，但是责任具体落实到谁的头上，却经历了阶段式的变化。

从20世纪90年代初期开始，艾滋病防治的“多部门合作”主张就一直被作为政府的主导思想。这在当时被认为是灵丹妙药，实则不过是以往计划经济时期的“全能政府”的思想残留，违背了当时已经开始的社会管理分工化与专业化的潮流，反而造成了多部门之间“既然不能合，也就无法作”的尴尬局面。尤其是这种主张主要停留在公权力的层面上，客观上严重束缚了其他社会力量的参与。

时至21世纪，各种社会组织如雨后春笋般涌现出来，在艾滋病防治的实际工作中取得日渐显著的成效，尤以“男男性接触者”组织最为彰显。更进一步，各个组织日益形成民间网络，开始作为一种社会力量而发挥作用。这一发展与中国政府开始“购买社会服务”的思路转变不谋而合，从而推动了国家的艾滋病防治理念开始转向“社会动员”，开始直接拨款支持各类有关的群众组织。

这一转变非同小可。它已经超越了改革开放初期那种“放权与收权之争”，开始从“加强领导”的单一思路走向实施系统工程的意向。它背后的治国理念则包括四个基本点：承认在政府之外还存在着相对独立自主的社会及其各种代表力量；希望在可控条件下发挥其作用；为此不惜做出某些可接受的退让；绝对不允许挑战政府的权威。这种类似“社会治理”的新理念的实施，虽然不能断定是最先出现在艾滋病防治领域中，但是在这一领域中却表现得最为充分，甚至可以称为一枝独秀。最近这些年来艾滋病防治政策的不断前进，很大程度上应该归功于社会组织的积极参与。

如果说社会动员的理念主要是政府开始强调以社群<sup>①</sup>为基础为依托，那么随后的发展则是一些社会组织提出的“以社群为主体”的主张开始得以相当广泛地传播。它的主要内容也包括四点，而且几乎与政府的社会治

---

<sup>①</sup> “社群”并非严格的学术概念，而是特指某个群体或人群。它来源于各个社会组织的工作实践，这些组织一直用这个词来指称自己所依托、所代表的那些人。

理新理念一一对应。

第一，它强调相对独立的社群才是艾滋病防治的主体，政府行政部门反而应该成为支持者或者仅仅是服务者。第二，社群主体所发挥的作用才是最重要的和决定性的推动力。第三，政府的作用不仅仅是吸纳社群，更需要给它们充分地赋权。第四，社群主体与政府权威完全可以互助双赢。

迄今为止，中国政府至少在艾滋病防治这个领域中，并没有直接地否定“社群主体”的新思维，其思想库不仅肯定了它所带来的显著成效，而且建议作为可持续发展的政策。虽然从学理上来说，社会治理与社群主体这两种思维路线之间确实可能存在某些张力，在实践中也确实发生过社群的抗争；但是在“双赢”思维日益普及的今日，双方在实践中不断协调与磨合的发展可能性显然更大一些。这一过程所形成的新的合力势必把中国艾滋病防治事业推向更加美好的新阶段，进而产生引领社会其他方面发展方向的可能性。

### 三、文化理念：从“高危人群”到“去污名化” 再到“个人权利伸张”

在艾滋病防治初期，艾滋病防治的宣传教育曾经围绕着“高危人群”这一概念旋转甚至纠缠，一度出现过走向人人自危局面的趋势。这种思维路线把公共卫生具体工作中对于行为的划分标准和操作方法，故意地扩大为社会分层意义上对于个人和群体的归类 and 定性，客观上为对艾滋病歧视的泛滥成灾提供了理论依据。这已经不再仅仅是“御敌论”了，而是进一步恶化为“寻敌论”甚至是“造敌论”，构成了初期艾滋病防治不力的主要原因之一。

随着本节前述的两方面发展，实际工作者、研究者和社会大众都日益发现了这种谬误的严重危害，开始群起反击，直接推动了21世纪开始的“去污名化”的社会思潮与实际行动。

除了在艾滋病防治领域中的丰功伟绩之外，去污名化的社会潮流对于

中国整体发展也展现出巨大的推动作用。它在不断地向中国民众普及四个层层深入的崭新理念。第一，污名既不是古已有之也不是天然存在，而是某些社会力量为了实现某种价值目标而主动构建出来的。第二，污名其实并不是仅仅针对某些人的真实行为，而是直接打压某些被讨厌的个体或群体的全部人格与社会地位。第三，如果任由污名化肆虐，就等于放纵某些社会力量抢夺无限制的权力，最终加害于任何人和每个人。第四，去污名化是一个民族的整体文明程度的大幅提高，是现代社会人际关系基本准则的建设过程。

在去污名化的具体过程中，本章前述的各方面变化都发挥了各自不可磨灭的巨大作用，但是最根本的推动力还是来自 21 世纪以来中国人日常生活中所日益显现的价值观与个人选择的多元化与多样化的发展趋势。中国人在私领域中获得了史无前例的个人自由的机会与可行性，正在形成弥散与炫彩的社会生活格局，日益腐蚀掉任何一种污名化的存在基础。

虽然存在着种种不适应甚至是恐慌，但是在社会现实中，中国人的主流并没有明显地反对这种实际生活的多样化；中国政府和意识形态主导力量对此也并没有明确表态。这就使得个人权利的理念，至少是日常生活中的个人权利，出现了相应的生存空间与发展机会。这在艾滋病防治领域中更是一马当先，聚焦于争取各种“性少数”的平等权利的社会活动。

这或者是网开一面，或者是异军突起；将来也许会成为众矢之的，也许会蓬勃发展，也许会自生自灭。

#### 四、生活理念：从“洁身自好”到“参与社会”再到“公民责任”

自从艾滋病防治事业在中国开始推行，它就一直与几乎每一个中国人的日常生活息息相关。早期的时候，由于艾滋病被宣传为 100% 致死而且似乎立马就死，搞得中国民间一度风声鹤唳。结果，早期的艾滋病防治宣传，无论自己如何科学准确，最终还是被某些社会势力扭曲为单一宣扬

“洁身自好”。

这种理念貌似有理有据，一度忽悠了包括科学家在内的一代中国人，而且直到今天也仅仅受到不可能实现的批评。可是实际上，这种理念有三个致命缺陷。首先，它宣扬了“不做亏心事，不怕鬼叫门”的潜台词，等于把感染者和风险行为者都斥为“因果报应”的“罪有应得”，为社会歧视开了绿灯。其次，它潜含着“各人自扫门前雪，莫管他人瓦上霜”的消极自保的处世态度，不利于民间互助。再次，它否认了即使自己洁身自好也仍然存在被传染的可能性，使得“老实人”更加容易忽视艾滋病的风险。

虽然一直有人对洁身自好理念笃信不疑，但是时至 21 世纪，在本章前述的各方面变化的推动下，越来越多的个人、群体、社会组织和社会团体开始更加积极地参与到艾滋病防治的各种工作中来。“参与”成为最强音。尤其是这种参与从最初单纯的宣传教育扩展到针对各种群体的各种形式的关爱和支持，例如针对艾滋孤儿、感染者、吸毒者、性工作者、同性恋者，等等。在很多地方，这在规模、普及度和贴切程度上，都超过了其他方面的社会救助活动。

在这一过程中，感染者和所谓“高危人群”自己的各种民间组织成为冉冉升起的新星。它们与其他社会组织的最大不同，并不仅仅在于更加贴近社群主体，更在于它们自觉地把“政策倡导”作为自己的重要任务之一。这本来是专指公共卫生的具体操作者对于上级领导的各种建议，但是在国际力量的帮助之下，国内社会组织尤其是民间组织陆续明确地把自己作为行为主体，把工作对象扩大到国家领导层与全社会。虽然它们还在蹒跚学步，虽然还要经历铁杵磨成针的过程，但是就在不久以前还被仅仅视为“传染源”的这些人及其团体，现在居然可以作为主体去参与各级领导的决策过程，至少也是有机会下情上达；这不仅是它们的成长与自豪，更是整体社会转型的标志性显现之一。尤其是，体制内的力量并没有断然拒绝它们，反而采纳了其中相当多的政策建议，这在其他社会领域中相当罕见。

到最近这些年，在不断参与的过程中，有关人士逐渐开始形成进一步的共识，那就是：参与不仅仅是一种社会活动，更是勇于和善于主动承担起自己所肩负的公民责任。这个新共识的要点有三个：其一，每个公民，即使是感染者，除了争取自己应得的权益之外，也对整个社会具有不可推卸的责任；其二，这种公民责任并不构成对于任何其他人的控制权力，也不构成对政府主导的忽视，而更主要的是自己的公德心和公民人格的升华；其三，公民责任并不是守成，更多的是推动社会发展。

正是在这一共识的推动下，近年来各种社会力量有组织地参与艾滋病防治事业的力度、广度和深入程度呈现为几何级数的增加，与政府主导共同形成了对于“艾滋病问题”的双向建构。

这样的公民行为和社会参与，不仅给艾滋病防治带来了福音，而且对于中国整体社会发展的意义绝不应该被低估。它预示着中国的真正意义上的“社会”正在逐渐复归，真正意义上的“发展”也就更加有希望。

## 五、核心理念：从“救亡”到“健康”再到“幸福”

上述四个方面的变化都指向同一个聚焦点，那就是它们存在一个核心理念，而且同样经历了历史的提升。

在艾滋病出现之初，中国基本上是遵循着“救亡”的思路开展工作的。不仅国家的正式态度是“艾滋病防治关系经济发展、社会稳定、国家安全和民族兴衰”，是“关系民族素质和国家兴亡的大事”，而且在大众传播中，耸人听闻的登高一呼更是漫山遍野，几乎每个相关的人都朝着夸大危害的道路上狂奔不已。

这种局面，虽然存在着最初的认知不够清楚的因素，但是发挥了更主要作用的，恐怕还是自从“五四”以来就一直渗透在中国知识阶层（含科技专家）血液里的那种以“救亡图存”为己任、为神圣理想、为道德制高点的“20世纪传统”。它本身并没有错，但是却非常容易在客观上忽视甚至打压知识分子对于社会的独特价值：理性思考。

这种局面的形成也是因为 20 世纪的最后 10 年，正好处于知识阶层与政治体制互动的一个特殊历史时期。以科技专家为代表的专业人员不仅执掌了包括经济在内的社会基本面的话语权，而且出现了“越界”的苗头，开始对于各种社会问题直抒胸臆甚至任意发挥。此时的领导层也正处于逐步理解社会复杂性的过程之中，双方一拍即合，共同生产出一种亡国灭种般的艾滋病恐慌。

好在历史是老实的。虽然中国的艾滋病防治远远没有达到应有的水平，虽然传播确实还在扩大，但是此前被言之凿凿的那种末日景象却迟迟没有出现。再加上本章前述的各种变化的推动，到 21 世纪时，“救亡”的理念开始渐行渐远，而且一片云也没带走。

接下来，艾滋病防治事业所面临的基本问题，已经不再仅仅是如何做，而是为什么要去做；不再仅仅是资源争取，而是灵魂再生。那么应该拿什么理念来作为凝聚核心和指导原则呢？恰逢此时，以中英项目为契机，人文社会科学家们逐步参与进来了。李楯教授勇为先者，开始在高层宣讲“艾滋病防治是为了实现个人健康权”的主张，把问题上升到个人权利的高度。<sup>①</sup>此后，虽然仍然有许多人认为这超出公共卫生的管辖范围太多太多，因而缺乏可操作性；虽然从主张到落实确实是万里长征，但是健康和健康权的理念在不断加速度地传播开来，获得了越来越广泛的认同。

这是因为人文社会科学家足以更加敏锐地和深刻地认知中国社会的脉动。21 世纪以来，在个人卫生条件极大改善、医药科技迅猛发展和日常生活水平不断提高的中国社会里，以往那种“千万别被传染上什么病”的焦虑正在日益减少，新的“有钱难买健康”的意识却如日中天。在老百姓的日常生活中，“预防”开始让位于“保养”，“没病”开始被“健康”所

---

<sup>①</sup> 李楯教授虽然不见得是第一个提出艾滋病人个人权利的人，但是他身为国家级的顾问却得以“喋喋不休地”把声音传达到政府高层，实在是功莫大焉。参见李楯：《艾滋病与人权：发展中的问题与转型中的中国》，“中国与欧盟人权对话”会议上的发言，2004 年，海牙；李楯：《艾滋病与人权：生存、医疗保障与尊严，及公众参与》，北京：法律出版社，2012 年。



替代，就连“看病”也被解释为“不如锻炼”。人文社会科学家正是以这样的社会变化为依据，不仅顺理成章地应运而生地抽象出“健康”这个关键词，并且可以直指时代焦点和每个人的心窝，具有最大的感召力和凝聚力。

中国政府迅速地接纳了健康的主张，不仅作为艾滋病防治的核心理念，而且自觉地把它扩大到最广泛的社会领域。最新的证据就是国家颁布了发展健康服务业的行政法规。

但是形势的发展往往永不嫌快。艾滋病防治事业的核心理念接着马上开始了新征程。最近这些年来，在世俗生活多样化的冲击下，越来越多的人开始寻找自己的精神家园。可是由于以往的那些宏大叙事基本上已经被消解殆尽，人们只好发掘某种处于天地之间的、恰当和适用的生活目标的衡量标准，于是“幸福”这个词就迅速地成为一个概念、一种话语，直至一种新的核心理念。

无论学者们如何探讨“幸福”的内涵与外延，在日常生活中人人都知道，它与以往任何价值口号的本质区别在于：它完完全全是独立自主的“主体建构”，是在比较中才能够存在的，更是个人内心感受的结晶和精神追求的目标。尤其是，在平平淡淡的日常生活中，只有追求幸福才足以最广泛地激发出人们的最大能动性。

国家高层正处在接纳、消化和提炼“幸福”这个核心理念的急速过程中，很可能把它作为“中国梦”与个人生活相联系的主要纽带。它将更加有利于推进艾滋病防治事业，可以带来新的认同与新的文化意识：一切风险行为都不仅仅是可能得病，而是可能彻底摧毁你的幸福。一切公益活动也都不仅仅是在宣传教育，而是在“送福”。一切感染者和相关群体的诉求都不是“人心不足”，而是追求幸福的天然冲动。国家的一切优惠政策也并不是给感染者特殊待遇，而是在尽心尽责地帮助所有人获得幸福。

当然，本章所分析的一切发展情况都不可能是齐步前进的，更不可能是线性延伸的。其中不但穿插着各种社会力量的分歧甚至是冲突，而且各种思想倾向也是万紫千红，争奇斗艳。但是就发展的主流而言，中国艾滋



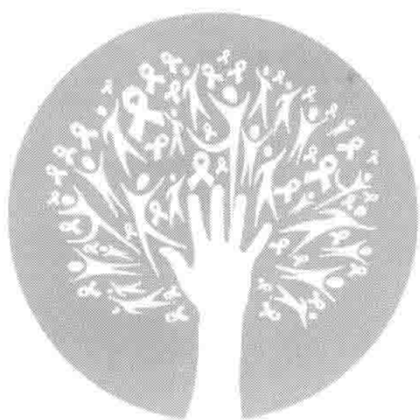
病防治事业的核心理念确实处于不断创新的过程之中。“幸福”这个新理念确实犹如旭日东升，前途无量，很可能对整个中国社会的发展进程发挥出相当程度的引领作用。

如是，那么整个中国社会的进步，出现独辟蹊径的可能性就会极大地增加。



第二章

艾滋病防治中的『三国演义』



所谓“三国演义”说的是：防治艾滋病事业不仅仅是医学与疾病之间的搏斗，更是社会上的三种力量之间的互动与互相建构。这三种力量就是为艾滋病感染者服务的志愿者小组（社区小组）、疾病预防控制中心（CDC）和治疗艾滋病的医院。

这三者是“不打不成交”，是由于艾滋病的传播而被扭结在一起，围绕在艾滋病感染者这个主体的周围，缺一不可，相辅相成。可是，这三者又是处于不同的社会位置上，一方面必然存在不同的利益冲突，另一方面又在三者的相互作用之中不断地相互推动乃至相互改造，最终形成了目前的良性运行的局面。

从建构主义的思路来看，仅仅描述目前的良好局面还远远不够，必须深入发掘其形成与发展的具体过程，达到“知其然，亦知其所以然”的境界，才能够为推动整个事业的发展做出更多的贡献。为此，本章将娓娓道来。

## 第一节 行动逻辑的双向冲突：感染者的应对取向的三方共构

艾滋病社会学作为一个方兴未艾的新的分支学科，不仅需要从国家与社会的宏观视角进行研究，尤其需要从艾滋病感染者的微观视角出发，深入研究这些艾滋病的受害者。正如我在第一章中所言，目前的艾滋病社会学研究中，这方面的成果还不够多，在一定程度上造成了艾滋病感染者的“失语”。

但是，感染者并不是孤立的存在，而是在防治艾滋病的体制内，与志愿者小组（社区小组）、医疗工作者、疾病控制中心形成了最密切的、最利益攸关的互动，甚至形成共构。也就是说，这三方的关系很像是“三国演义”，两两相关、息息与共、相互改变、同为一体。

因此，本章将集中讨论这方面的问题。这也是国内文献中不多见的。

### 一、感染者为什么会出现负面的应对？

#### （一）问题的提出

防治艾滋病事业已经在中国取得了巨大的进步，尤其是越来越多的感染者参与进来，功莫大焉。可是长期以来，仍然有很高比例的艾滋病感染者在确诊之后，逃避或抵制后续的防治工作，造成疫情控制的极大不确定性。

在防治工作的初始设计中，这样的问题根本就不应该出现：国家优惠，医生尽责，病人依从，应该是顺理成章、一帆风顺的。那么，为什么感染者中还是出现负向的应对取向呢？仅仅是因为那些感染者的不自觉吗？

## （二）文献梳理

对此，我国学术界主要从三个方面开展研究。

首先是从宏观的视角来论述应该如何消除社会歧视。但是这种思路存在着一个逻辑上的矛盾：任何一种针对全社会的政策，无论制定得多么细致，也无法完全适应所有不同个体的千奇百怪的需求。因此对于艾滋病防治工作来说，反歧视其实不是一个远水不解近渴的技术问题，而是一个“天下大治”之梦。

其次，很多研究都在讨论如何解决艾滋病感染者所面对的各种具体困境，以期帮助他们排除万难，去参与防治工作。这类研究也面临着一个无解的逻辑矛盾：人的精神需求很难纳入其中。否则，“四免一关怀”政策虽然极大促进了感染者的参与，为什么仍然遗漏多多呢？

再次，研究视角是注重人文关怀、生活质量，以及各种心理学的支持、干预、疏导与护理等。可是这其实也是一个无解的矛盾，因为这样的心理介入其实都是在假设：感染者的心理状况出现了某种偏差。可是在他们自己看来，这种状况不仅是自己心路历程的逻辑结论，而且恰恰是自己发挥主观能动性的行为结果。笔者调查发现，那些从防治工作里“出逃”的感染者，逃避的往往不仅是检测和治疗，也包括这种“改造”。

## （三）研究立意

上述研究倾向于把本章的研究问题仅仅视为歧视、困境或心理失常的自然而然的简单结果。笔者认为，这样的跨越式单向归因是远远不够的，必须从相关“三方”互动的视角，深化与细化到各方的行动逻辑这个层次上，才能获得更强的解释力。

笔者预期，本章可以促使主流社会更深刻地理解感染者的应对取向究竟是如何产生的，以便寻找更好的方法来化解之。

#### （四）本章的概念与视角

“三方”是指疾病控制中心（政策执行者）、相关的医护人员、为艾滋病感染者服务的志愿者小组（社区小组）。他们是作用于应对取向的不同主体。

“行动逻辑”，对应于“指导理念”，指那些在实践活动中事实上呈现出来的推理、解释和指向。这一概念比“行为逻辑”更加具体和深刻。

“双向冲突”中，第一个面向是在任何一方之内，指导理念与行动逻辑相互冲突；第二个面向则是每一方的行动逻辑也与另外两方的相冲突；二者同时存在。之所以使用冲突的概念是因为笔者在调查中发现，那些引发感染者负面取向的情况，已经超出“矛盾”或“博弈”的程度。

“应对取向”是指，被告知的感染者在面对后续的一系列检测、拿药、求医、治疗、住院时的表现与行为的指向，尤其是参与其中还是“出逃”或抵制的决策倾向。这一概念比“应对策略”更加具有意向性和不确定性。

“共构”说的是，感染者的应对取向绝不仅仅是自己的主观故意，更主要的是三方在相互冲突中共同构建出来的结果。

#### （五）论说的起点

对于感染者来说，非医学的最大问题当然是被歧视。这并非虚拟的或夸大的，而是最直接地体现在特定的微观情境之中：对感染者的定位、公平待遇、医患关系和个体归属。否则，“歧视”就是“非主体化”的，与他们基本无关，更不会直接导致他们的任何应对取向。<sup>①</sup>因此，本章专门分析这四个方面的情况。

本章基于笔者对某市“三方”的27位相关人士的大约20万字访谈记录，但是限于篇幅，不再引用其具体内容。

<sup>①</sup> 笔者在调查中的这个发现，将另文论述。



## 二、 感染者的自我定位及其行动逻辑的冲突

### (一) 社会身份

在中国的任何一个政府文件或主流媒体中，都严禁对艾滋病感染者的任何歧视，其指导理念就是：感染者也是平等的国民。可是，“四免一关怀”政策在发挥了巨大的正面作用的同时，在某些政策执行者中却阴差阳错地出现了相冲突的行动逻辑：会死人的传染病很多，为什么其他疾病不能享受如此丰厚的优待？这不是一种特权？

无论学者们对此做出何种解释，那些具体执行者们，在面对其他疾病患者（例如输血导致的血友病）日益增强的“攀比”趋势之时，却不得不发展出这样一种逻辑来自圆其说：国家的空前的优惠政策，仅仅为了阻断艾滋病的继续传播，为了少死人。<sup>①</sup> 这种逻辑冲突把感染者的社会身份定位于仅仅是艾滋病的载体，是传染源，甚至是有罪之人；把国家的优惠政策理解为仅仅是实施人道主义，就像救治敌军伤员一样。其外在表现就是屡见不鲜的各种推诿与敷衍。

医护人员的指导理念是救死扶伤，无一例外，可是一旦感染者前来就医，尤其是需要动手术时，某些人的行动逻辑就变成：这是额外给自己增加的风险与负担，就会提出种种专业托词来推诿与敷衍。

对感染者来说，如果是作为一般病人，那么他们的指导理念就应该是“保命要紧，不及其余”。可是实际上，他们的行动逻辑更加动态化。在得知被感染之初，他们往往自我定位于“烂人”，进入治疗阶段后开始把自己当作“病人”，获得维权意识之后则开始争取成为“常人”。最后，少数佼佼者开始自视为“超人”，因为他们在与艾滋病的斗争中愈斗愈勇，就像“身残志坚”的英雄。结果，除了小部分自视为病人的感染者之外，其

<sup>①</sup> 个别人甚至私下里不屑地说那些血友病患者：“你们也多死些（给国家）看看。”

余感染者的行动逻辑，往往与“前两方”相互矛盾。

这其实就是在社会动员中，感染者“身份与功能的危机”，一旦在某些情境中爆发为冲突，由于每一方都不知道或者不承认自己的逻辑冲突，就都会觉得自己深受情感伤害，反过来更加强化了自己的逻辑冲突与三方的冲突。

## （二）生活身份

在国家的指导理念中，感染者被作为生活中的弱者，因此“四免一关怀”政策才得以顺理成章。可是某些政策执行者的行为却表明，在他们的行动逻辑中，感染者就是感染者，再无其他身份。因此，他们对于政策条文之外的、有助于政策执行却相对麻烦的、感染者那些非防治急需的其他生活需要，例如婚恋、流动、赡养等，很容易听而不闻。

某些医护人员的行为也背离了治病救人的指导理念，认为艾滋病就是艾滋病，任何机会性感染都仍然是艾滋病，必须专门处理。因此才会出现诸多的推诿与拒绝。

同时，感染者也背离了“有病先治病”这个一般病人的指导理念，最看重的恰恰是自己的各种生活身份，而且往往据此提出种种“过分”的诉求，从日常琐事一直到“惩罚歧视者”。尤其是本章所关注的那些“出逃”的感染者，他们的行动逻辑是：我们离家出走，其实并不是为了逃避艾滋病检测与治疗，而是主动放弃了自己最珍视的生活身份，以保护家人。他们觉得，这才是自己最痛苦的牺牲，社会理应给予补偿。

可惜，政策执行者和医护人员出于自己的逻辑冲突，很少希望去了解感染者的这种行动逻辑，而是简单地归因于感染者“不负责任”甚至是“故意危害他人”。这就反过来引发了更多的“出逃”甚至是反抗。

## （三）歧视也是一种逻辑冲突

戈夫曼将“污名化”定义为：个体在人际关系中具有某种令人“丢脸”的特征。这使其拥有一种“受损的身份”，因而在地位上被严重贬低。

可是，这样说是远远不够的。所谓歧视或者污名化，其实也是一种逻辑冲突。对于一般的病人，指导理念本应该是“病仅仅是病，去治就行”。可是对于艾滋病感染者，歧视者的行动逻辑却颠倒过来了，其要害并不在于艾滋病究竟丢脸不丢脸，而在于歧视者“攻其一点不及其余”，把“感染者”作为最高的、唯一的、全部的身份标识。感染者的其他一切角色身份就统统不存在了，其他身份所产生的任何正面价值也统统被抹杀了，结果感染者也就不再是人类的平等一员了。

在国家意志和医学伦理中，绝不可能有歧视的指导理念；任何政策执行者和医护人员，也绝不可能承认或者表露上述的想法；但是因病而更加敏感的感染者，却往往能够从他们的具体行为中深切地体验到一种“平庸的歧视”<sup>①</sup>，从而引发负面的应对取向。

#### （四）感染者的应对取向

笔者调查发现，政策执行者、医护人员和感染者的上述冲突实际上相当普遍，只不过大多数都以感染者的知难而退为结束，而且鲜为人知。可是这恰恰激活了感染者情感中那些最灰暗的部分，其应对取向大概率地指向自暴自弃、逃避防治，甚至是报复社会。

但是相反的情况也越来越多。如前所述，感染者自己也会成长。越是那些尽早把自己定位成“常人”或者“超人”的感染者，歧视反而激发了他们的正能量，不仅自己受伤更少，而且奋起抗争的应对取向也越多，从而“倒逼”了防治工作的改善。即使是那些仅仅把自己定位于“病人”的感染者，往往也会遵循“有病乱投医”的行动逻辑，努力去寻找那些不歧视自己的医护人员，从而减少了冲突。唯有那些持续地自视为“烂人”的，才更加可能出现负向的应对取向。

这就是说，消解恶果的主动权，除了政策执行者和医护人员的自我改

---

<sup>①</sup> 套用汉娜·阿伦特的“平庸之恶”的概念，指那些非故意的、官僚化的却产生恶果的歧视。

善以外，同时也掌握在不断自我成长的感染者的手中。

### （五）启示：从“短板”入手

法律惩罚“故意传播”就是把感染者变成敌人；而过多地要求感染者参与防治工作则是希望他们“学雷锋”，因为政策执行者和医护人员最想要的是“治”而不是“防”。这两种做法，其实都是对于“平等公民”这个指导理念的逻辑背离。

因此，医护人员的作用就成为整个防治工作中的那块“短板”。我们应该冲破部门利益的阻隔，把更多的资源投入治疗单位，促进它们逐渐转型为侧重社会服务的“感染者之家”，就像国家已经大力表彰的北京佑安医院那样。

## 三、政策执行者与感染者，不同的行动逻辑

### （一）情况总结

这方面的冲突，首先表现在政策执行者与感染者之间。

“四免一关怀”政策及其地方性的补充，是力度空前的特殊优惠，已经发挥了巨大的正面作用，但是这个政策也一直没有说清楚自己的指导理念究竟是什么，所以经常面对感染者维权诉求的某些政策执行者就很可能出现逻辑冲突。他们私下里认为：国家的这项政策已经是优惠到家了，如果感染者还要“鸡蛋里挑骨头”，就是“不安分”，是“知恩不报”，甚至可能是“砸锅派”。那就不仅是对于国家的不公平，更是对于作为政策执行者的自己的不公平。这就很可能诱发他们对于感染者个人的怨气，反过来很可能扩大或者加剧感染者的负向行为。

对于感染者来说，指导理念本应是中国传统中的“知恩图报”。可是，相当多的感染者的行动逻辑却与此相反：国家的这些优惠，其实是为了防止感染者把艾滋病病毒传播给别人，因此感染者参与检测与治疗，实际上

在为国家做贡献；国家就应该“帮人帮到底”，否则就是对感染者的不公平；某些被医源性传染的人，更是自认为“冤情深重”，甚至可能演变为“永久债权人”，觉得国家、社会和他人都永远欠自己的。

这种逻辑冲突表现在很多细节之中，例如强制检测、查询性伴侣、拿药困难、被过度检测、被开大处方、药物组合不当、不免费提供二三线药物，等等，不一而足。

对此，虽然政策执行者与感染者之间的沟通越来越多，但是双方都不愿意或者不敢触及“是否公平”和“谁更不公平”这样一个最根本的但又最容易触发情感冲动的议题，尤其是无法防止把这样一个理念之争蜕变为个人恩怨。结果，问题迟迟得不到解决，反而成为部分感染者拒绝上药、拒绝治疗甚至继续坚持高危行为的逻辑起点。

与此相反，很多敢于和善于与政策执行者和医护人员沟通甚至进行抗争的感染者，恰恰也正是那些曾经遭到过不公平对待，理应逃之夭夭的人。虽然他们很容易被误认为是在“公报私仇”，但是其效率却更高，效果也更好，尤其是往往不仅本人获益，更惠及所有感染者。例如近年来出台的很多落实公平待遇的具体操作规程，都是这样的感染者进行这种博弈的产物。

## （二）启示：“有公则平”

政策执行者最大的认知误区就在于，以为感染者也会“自然而然地”理解和接受自己完全是出以公心。可是前者说的那个“公”，仅仅是利益格局上的“公共”；而感染者的行动逻辑所依据的，却是民间的“公道”。

因此，笔者调查中遇到的几位政策执行者，之所以受到感染者的好评与欢迎，都不仅仅是因为“勤勤恳恳”，而是因为受到后者一个非常简单的好评：讲道理。与此相对应，感染者们也说：人家讲道理，我们更要讲道理。于是双方就达到了“平”——平等相待，平心而论。这种互动不仅化解了很多冲突，还吸引了大量外地的感染者前来投奔。

## 四、 医患双方的行动逻辑冲突

### （一）情况概述

艾滋病感染者与检测、医疗、护理人员之间，如果大家都实施各自的指导理念，那么就应该是一般的医患关系，没有什么特殊性，冲突也不会更多。但是由于双方的行动逻辑实际上大相径庭，结果一旦发生一些很普通的摩擦，双方就都会不约而同地把问题升级为冲突，甚至会很严重。

在医护人员的指导理念中，对所有患者都必须一视同仁，绝不会因为对方的社会身份不同而区别对待，艾滋病感染者当然也不例外。可是感染者的指导理念却相反，强调的恰恰是，由于自己的身份特殊，所以需要特殊的对待。

如果这种矛盾仅仅涉及为感染者保密这样的小事，那么双方完全可以相互协调好；但是如果感染者需要做手术或住院，那么冲突就爆发了，因为双方此时此刻都不自觉地背叛了自己的指导理念，实行的是相反的行动逻辑。

某些医护人员不再一视同仁了，反过来强调自己被传染的巨大危险性，要求额外采取防护措施，而且往往另外收费，乃至拒绝为感染者实施手术或让其入院。这个行动逻辑其实并不成立：艾滋病的传播途径实际上远远少于很多传染病，通常的防护足矣。如果医护人员连这都做不到，那就是自己的失职，不应该归罪于感染者前来就医。可是，这种错误逻辑似乎相当流行，有相当多的论文在专门讨论相关医护人员的自我防护，似乎艾滋病真的更容易传播。

一些感染者也背离了自己的指导理念，不再说自己特殊了，反而强调自己就是普通病人，无须额外防护，不能额外收费，更不能拒绝为其手术或住院。这种行动逻辑与感染者实际上享有的多种特殊优惠是矛盾的。可是，很多感染者就是因此而产生负面的应对取向。

更为重要的是，双方都没有从中吸收足够的教训，都没有或者都不愿意把自己内部的和双方之间的逻辑冲突公开化。这就在很大程度上形成了再次误导。

医护人员，不仅仅是与此相关的那些人而且可能遍及该群体，往往觉得“舍己救人”不可能也不应该，由此可能对国家的优惠政策产生质疑乃至抵触。这又很可能引起更多的但是更加专业的推诿与拒绝。

与此同时，很多感染者在日常接触中，清楚地知道医护人员的冤屈感，不仅预期到部分医护人员会出现“专业抵抗”，而且更加深刻地体会到自己在这样的冲突中的专业知识劣势。结果，至少有一些感染者开始舍近求远地到别的城市去治疗。

上述冲突，如果仅仅就事论事，那么一定是公说公有理，婆说婆有理。因此笔者愿意提示它对于整体防治工作的如下启示。

已经有相当多的学者提出，由于艾滋病的病情日益可控，因此应该逐步把它作为一般的慢性传染病来对待。但是对于政策执行者、医护人员、感染者来说，这不啻是颠倒乾坤，很可能引发新一轮的三国演义式的混战。

对于政策制定者来说，在目前日益强调以民生为本的大环境中，如果把感染者“慢性病化”乃至正常化，其政治成本可能谁也承担不起。对于医护人员来说，这意味着基本无法推诿。对于感染者和社区小组来说，舍弃现有的特殊优惠，无疑是壮士断腕。结果在前进方向上，三方再次出现了行动逻辑的双向冲突，其恶果也就蠢蠢欲动。

当然，局面也并非一塌糊涂。很多感染者都曾经逃避过检测或者治疗。但是艾滋病那痛苦而漫长的过程，往往迫使他们迷途思返，只不过更加善于使用各式各样的民间策略而已。其行动逻辑万变不离其宗，就是努力把公共事务层面上的医患关系，发展为一对一的私人情感交流。正因如此，笔者在调查中虽然不断听到感染者似乎无穷无尽的诉苦，但是也被他们一致推荐，去访谈那些对他们亲如一家的医护人员。可惜的是，这种化解冲突之道，却又迎头撞上“整肃医德，严禁私情”这种社会动员，形成了“打横炮”，实在令人扼腕。



当然在政策执行者和医护人员中，伟岸的身影确实很多，但已经众所周知，就不再赘述。

## （二）启示：“师徒如父子”

要化解上述冲突，如果继续仅仅依赖政策强制或者道德提倡，恐怕只能是杯水车薪。

在调查中，一位感染者这样说：“我去看病前，把网上的艾滋病文章都看完了。医生顶多就是一个老师。我提要求，怎么能说我得寸进尺呢？”

话糙理不糙。用师徒关系来替代医患关系，那么冲突会减少，逃学的也会减少，艾滋病也就减少了。

## 五、个体归属：三方之间的不同行为逻辑

归属感的重要性，许多学者都论述过。可是在对于艾滋病感染者的研究中，尚未独立提出这个概念，而是被分散在社会关怀或心理健康等领域中，或者使用“回归社会”的提法。笔者的调查表明，这个问题对于感染者至关重要，需要单独成章而且深入分析。

### （一）归属何处

对这个问题，国家政策中的指导理念存在着很强的情境性。在“四免一关怀”政策中，国家倾向于把感染者视为一个独立存在的、共性极强的社会群体，应该而且可以单独对待；可是在提倡“多部门合作”的时候，又倾向于把感染者置于某种“治理联合体”之下；到了推进“社会动员”的层次上，却又寄希望于社会组织、社区或者社会群体都来吸纳感染者；涉及医护工作时，则倾向于把感染者归属为病人群体。

这就很容易使很多政策执行者不得不自行其是，发展出种种背离的行动逻辑。例如某些工作单位排斥感染者，其理由都是：我们仅仅是不要让他们在我们这个单位，并没有禁止他们另外找地方，所以这并没有侵犯他们的

相应权利啊。很多医护人员的推诿理由也如出一辙：你会传染的，我们没有条件收治啊。也就是说，这些政策执行者和医护人员都不承认感染者应该归属于自己。至于他们究竟应该归属到哪里去，这就不是我们这些政策执行者和医护人员应该考虑的问题了。

感染者自己对于归属的行动逻辑更加复杂，需要展开分析。

## （二）亲密关系断裂

俗话说“打虎亲兄弟，上阵父子兵”。就是说，越是危难时刻，就越要依赖亲情。可是由于下列的4种原因，感染者不得不出现逻辑冲突，割舍掉他们本应最需要的归属。

第一，除了那些医源性感染的人以外，大多数感染者无法证明自己在道德上是无辜的。第二，他们因此没有足够的理由来争取伴侣、家庭和朋友的理解。第三，即使亲友严重地歧视了自己，他们也无法归罪于对方。第四，他们往往抛家舍业，一走了之，却比普通流动人口更难以找到新的安身立命之所，只得隐瞒病情。

结果，就形成了某些感染者的行动逻辑：痛恨自己，无处宣泄，无以疏导，随时可能爆发。近年来，社会上屡次传闻感染者“报复社会”，恰恰说明一般人其实都明白，这是他们孤独郁闷处境的必然结果之一。

虽然政策执行者和医护人员从来都在呼吁改善上述情况，却由于无法把指导理念落实在行动逻辑上而爱莫能助或者隔靴搔痒。

## （三）“再生家园”迷局

近年来，很多社区小组在对感染者的关怀与救治方面发挥了巨大的作用，也吸引和凝聚了非常多的感染者。其指导理念就是一个关键词：自助。

感染者参加小组活动的行动逻辑非常清晰，就是寻找归属感，从获得各种服务，到获得理解与尊重，直到“寻找家园”“堂堂正正做人”等，不仅丰富多彩，而且往往是多重的和动态的。

作为支持和资助者，国家或国外基金的指导理念是“社会动员”，以便全面改善感染者的生存环境。可是很多政策执行者的行动逻辑却往往局限在“管理感染者”这样一个功利的低层次上，或者因此冲淡了指导理念。

其中最重要和最突出的，就是强制检测。由于唯有社区小组才能够聚集起众多的感染者，因此从政策执行者到国外公益机构，经常或明或暗地要求社区小组尽可能多地对感染者进行各种检测和化验，把这直接或间接地作为资助的条件，甚至是检测多少人就给多少钱。如果社区小组接受了这种行动逻辑，就必定在很大程度上冲击甚至淹没社区小组的“家园”活动，使得至少部分感染者觉得自己再一次受骗了，再一次被利用了，从而远走高飞。这种逻辑冲突越严重，其恶果也就越可怕。

感染者往往把这种逻辑冲突的责任，直接指向社区小组召集人，即所谓“我们喜欢他这个人，但是讨厌他做的这些事”。这又进一步造成了感染者内部的逻辑冲突，成为削弱社区小组凝聚力的首要原因。

尤其是，尽管很多社区小组与医护人员的关系良好，但是后者的积极参与却往往由于各种体制的障碍而缺位。

#### （四）归属阻断

在上述主因之外，还有下列四种逻辑冲突打击了感染者参与的积极性。

第一，性关系怎么办？性关系的第一指导理念就是相互信任。可是感染者大多期望对方不知道自己的感染情况，以避免随之而来的各种麻烦。这在社区小组之内基本不可能，在小组之外又很可能由于参与小组活动而被暴露。其结果是，与主流社会所倡导的“主动告知伴侣”的指导理念相反，感染者中间流行的却是“打死也不说”的行动逻辑。

第二，再好的社区小组也无法替代家庭，反而使得有些感染者觉得：晚上回去，更加孤独无助，还不如不参加，不去受那刺激。

第三，作为再生家园，指导理念当然是追求阖家团圆。可是在人口流

动成为新常态的当今中国，局限在某个地域之内的社区小组，其行动逻辑却只能是“铁打的营盘流水的兵”。结果，就连那些每到一地都积极参与小组活动的流动感染者都说：“（参加小组）其实就跟住旅馆差不多，还是找不到家的感觉。”

第四，归属，归属，必须能够归入，才会属于。可是感染者也是分阶层的。社区小组的骨干中，社会地位相对较高的偏多。结果，同为感染者这一事实，并没有很大程度地减少他们与相对低阶层的感染者之间的隔膜。

不过，这些阻断同时也在越来越多地被政策执行者、医护人员和感染者的逻辑一致所打破。优秀的政策执行者尽可能为社区小组大开方便之门，热心的医护人员不惜费心费力地建设“患者之家”，感染者则奉行“有了就比没有好”的为人处世原则，结果哪怕不尽如人意，很多感染者还是获得了较强的归属感。

#### （五）启示：聚集，还是独处？

归属必须具备两个必要条件：其一是需要有一个现存的可接纳他们的社会单位；其二是双方需要具有较强的同质性。可是对于现今中国的艾滋病感染者来说，这两个条件都很缺乏。因此，一些社区小组实际上是基于性取向而结成的集体，也就不足为奇了。

在笔者看来，所谓“艾滋病感染者群体”，其实仅仅是一个被社会歧视给冲压而成的临时集合，即使不谈性取向，在不同感染途径的人之间，也同样非常缺乏同质性。笔者在调查中多次见到，一些医源性感染的人由于自认无辜，就屡屡指责那些因吸毒感染或性行为感染的人在维权中胆小如鼠，却不能理解后两者那种“恶有恶报”的自我归罪心理。同样，那些因夫妻之间性传播感染的人，也在坚持不懈地劝导因同性性行为感染的人要“戒除恶习”。

再生家园这一愿景，其实是万般无奈之举，是在徒劳地寻求未来生活的确定性。可是那些因性传播或者吸毒感染的人们，无论他们和同伴们怎样努力，短期内也很难找到一艘能够容纳他们的方舟，更谈不到发现一片

乐土。

与其如此，还不如独立自主生活，学会享受独处，学会自娱自乐；同时也学会“己所不欲，勿施于人”，学会做一个争取一切权益而且担当一切责任却又自甘边缘的单独公民。这不是痴人说梦。如果您能够看到年轻人中“宅男”和“单女”正在日增，那么这一天就不会很远了。

## 六、研究视角的启示：多主体的共构

本章呈现出：不但每一方自己的指导理念与行动逻辑互为主体，互相建构，而且政策执行者、医护人员、感染者之间也呈现为更加复杂的多个主体之间的共同建构。这不仅是一种研究视角，也可以是工作实践的思路：消解和谐崇拜，在双向冲突的因势利导中，由多主体共构出炫彩的前景。

总之，本章的核心思路可以用图 2-1 来示意。

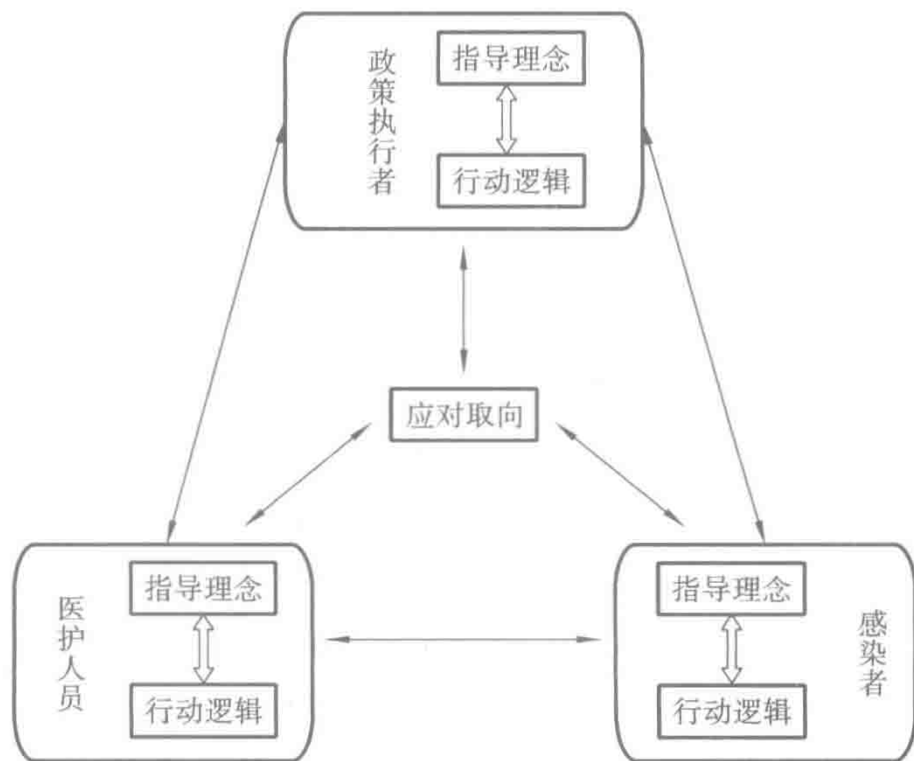


图 2-1 第二章的核心思路

谨以本章缅怀感染者草根活动家李虎先生——本章所依据的调查的全力支持者和领路人。

## 第二节 感染者对于“三国演义”的主体认知

本节中的所谓“三国演义”，是笔者自己总结出来的概念，用来描述防治艾滋病领域中的有组织力量之间的互动关系和发展现状。也就是说：疾病预防控制中心（以下简称 CDC）、医疗工作者、志愿者小组分别形成了“三国”。它们之间本应该是携手共进的合作关系；但是在现实生活里，这“三国”却往往出现某些矛盾甚至是冲突。这些情况，作为被服务的一方的艾滋病感染者们都看在眼里，记在心上，等笔者去调查的时候，他们绘声绘色地娓娓道来，就形成了下面将要呈现出来的“演义”。

前面关于“行动逻辑的双相冲突”的论述是高度浓缩的抽象总结，但是绝非无源之水。它的依据就是下面要展开呈现的一次深入的社会调查的全部内容。

可是笔者之所以这样做，并不仅仅是为了表明“言之有据”，还出于这样两个方法论层次的考虑。

首先，一切调查结论都来自原始材料的归纳总结，因此，详细呈现自己的调查内容以便读者加以判定，就成为社会调查的伦理原则之一。

其次，一切调查结论都仅仅是研究者自己的认知，既不是绝对真理，也没有排他的界定，因此，研究者最希望的就是读者能够从原始材料中得出新的不同认知。

因此，下面首先呈现给读者的，是问卷调查和量化分析的结果。质性研究的原始材料则放在接下去的第三节里面。

### 一、 如何让感染者安全地说出心里话？

#### （一）用什么方法才能最大限度地调查到真相？

调查时段：2013年4—6月。

调查对象：天津市辖区内居住的艾滋病病毒感染者，也叫携带者（以下简称感染者）。

调查方法：采用电脑问卷调查方法。因为被调查者身份的特殊性和自身的敏感性，而调查内容又涉及他们个人的隐私和与其直接相关方（疾病控制预防中心、专业医院和志愿者小组）的情况。

本研究所采用的电脑调查方法，具有以下优越之处。

第一，传统的纸质问卷调查可能会让被调查者产生顾虑，一方面担心个人隐私被泄露，另一方面担心自己的回答会为以后的诊治带来不良的影响。笔者的调查方法是由被调查者在电脑前面自行回答，调查员看不到被调查者的回答过程。

第二，电脑调查程序自动对任何回答和数据进行了加密，因此调查员也看不到调查数据，从而减少被调查者的后顾之忧。

第三，电脑调查还可以对问卷进行逻辑检验和跳答，既可以避免被调查者犯一些简单的逻辑错误，也可以提高回答的速度。

第四，电脑调查也避免了后期数据录入中的失误，调查数据直接解码后就可用于统计分析。

调查形式：本调查采用偶遇的方式。因为感染者群体通常具有一定的匿名性和隐蔽性，能找到他们已十分困难，故无法进行随机抽样调查。本研究采用在志愿者小组偶遇的形式，对前来志愿者小组进行咨询、接受服务的感染者，在获得其同意的前提下，在封闭的房间内，进行一对一的电脑问卷调查，调查结束后，支付相应的酬金以示感谢。

分析方法：本报告使用 STATA12.0 进行统计分析。

## （二）调查到什么样的感染者？

本次调查收回的有效样本量为 234 份，对于天津累计报告的 2291 名感染者而言，在样本量上完全达到了大样本的要求。因为个体经历的不同，答题个数最少的为 55 题，最多的达到 94 题，平均答题数为 72 题。

从样本的基本情况看，男性 226 名，女性 8 名，男性占总样本量的



96.6%。其中50岁以下青壮年为218人，占样本量的93.2%。天津市籍的159名，占总样本量的67.9%，其中城市居民118人，农村41人。非天津市籍的共75人，其中外地城市居民42人，外地农村居民33人。上述数据，与天津市感染者的数据<sup>①</sup>总体分布趋同，能够在一定程度上反映天津市感染者的情况。

从年龄上看，总样本的平均年龄为35.13岁（中位数为34岁，标准差为9.15），年龄最小的为18岁，最大的为67岁。

在受教育程度方面，没上过学的占1.3%，上过小学的占4.7%，上过初中的占12.4%，上过高中的占26.9%，上过大专的占26.1%，上过大学及以上的占28.6%。

从工作状况来看，当前有工作的人大约占样本的78.2%，以前工作过，但当前没有工作的大约占10.3%。这表明，88%以上的人曾经工作过或正在工作，从未工作过的感染者只占很小一部分，占11.5%。

从过去12个月的收入看，样本平均收入3823元（中位数为3000元，标准差5250.98），没有任何收入者占8.1%。

从婚姻状况来看，未婚而且单身者占44.4%，未婚但与同性同居者占6.8%，未婚但与异性同居者占1.3%，首次结婚、有配偶者占34.6%，再婚、有配偶者占1.7%，离婚者占10.7%，丧偶者占0.4%。<sup>②</sup>

从居住年限来看，在天津市居住不到1年者和不到3年者各占3.9%，居住3年到10年者占23.1%，居住10年以上者占69.2%。

在是否有孩子需要抚养方面，63.3%的人没有小孩，30.0%人有1个小孩子，6.7%人有1个以上小孩。

在赡养老人方面，23.5%的人不需要赡养老人，14.5%的人需要赡养

<sup>①</sup> <http://lady.163.com/12/1130/11/8HI92TDI00264M4F.html>。自1991年至2012年11月15日，天津累计报告艾滋病病毒感染者和病人2291例，其中天津籍1105例。艾滋病病毒感染者和病人以20~50岁青壮年为主，占86.21%；男性居多，占89.53%；传播途径以性传播为主，占70.45%；经性传播中以同性传播为主，占46.44%。

<sup>②</sup> 由于四舍五入，有的统计数据的百分比之和并非100%。

1位老人，43.6%的人需要赡养2位老人，18.4%的人需要赡养2位以上的老人。

样本的234人均已确诊为感染者。其中103人虽已确诊，但并没有开始服药，占样本总量的44.0%；服药不到1年的有31人，占13.2%；服药1到3年的有45人，占19.2%；服药超过3年的有50人，占21.4%；其他情况5人，占2.1%。

在感染者接受诊治期间，如果是首次服药，相关的检查和诊治费用会比较多，根据统计，感染者第一个月吃HIV的药花费的均值为17 037元（中位数为5 000元，标准差20 915.1）。在2012年之内，为了吃HIV的药，总共花费的均值为6 473元（中位数为4 000元，标准差6 148.9）。在2012年之内，为了治疗HIV，一共花费的均值为9 803元（中位数为5 000元，标准差9 782.9）。

## 二、感染者被谁歧视？被歧视了什么？

歧视与污名，是艾滋病感染者一生都需要面对的问题。在早些年，还曾有过感染者是否无辜的争论，幸好近些年来已经销声匿迹。可是，感染者究竟是怎样被歧视的呢？如果我们没有深入地了解这个问题，那么我们反对歧视的工作就会事倍功半。

### （一）什么人的歧视，感染者遇到得最多？

在社会歧视方面，感染者认为存在非常严重歧视的占44.4%，认为全部是歧视的占20.1%，认为歧视比较多但不严重的占18.4%。

调查问卷又问道：那么您是不是真的遇到过任何一种社会歧视呢？结果，有69.7%的感染者其实并没有真的遇到过，遇到一些的占21.4%。从感染者的确诊时间分析，没有遇到社会歧视的情况在逐年增加，从50%增加到75%；遇到一些歧视的情况则逐年从22.2%减少到19.7%（ $P=0.000$ ）。

那么，究竟是什么人在真的歧视感染者呢？那些真的亲身遭到歧视的感染者认为，这些歧视主要来自医疗机构，其次是社会舆论和政府机构。其中最为严重的歧视，也同样是来自医疗机构。

由此可见，目前对于感染者的污名与歧视，可以说是“闻之多多，遇之少少”，歧视的来源则是“民间少少，官方多多”。

## （二）感染途径，是被歧视的最主要方面

本次调查询问了被感染的途径，结果有 28.6% 的感染者选择了不愿意回答这个问题，是本次调查的所有问题中，拒绝回答比例最高的。调查问卷再次追问：为什么不愿意说自己的感染途径呢？结果，仍然选择不愿回答的比例最高。

那么感染者究竟知道不知道自己是如何被感染的呢？在愿意回答的感染者中，知道得很清楚的占 62.7%，不确定但可以估计的占 33.7%，只有 3.6% 的人表示自己确实不知道。调查问卷又问：那么你认为哪些途径最可能被感染呢？结果，回答说是不安全的性行为的人占 93.8%，其中包括 3 名女性。

这就是说，感染者不但很清楚自己究竟是怎么被感染的，而且更加清楚地知道，这就是自己受到歧视的主要原因，因此不愿意回答这个问题。这也说明，社会上的歧视与污名化，其实就是来源于感染途径大多被认为是“丑恶的”，因此才会出现“咎由自取”的论调。

## （三）对于歧视的深入思考

这种情况对于防治艾滋病工作提出了几个重要的问题，不得不多说几句。

第一个问题是：是不是存在着歧视，究竟应该由谁来判定呢？

目前有一些好心人，为了反对歧视感染者，就从各式各样的媒体里搜寻各种各样的歧视的语句或者字眼。如果发现了一些，就大声疾呼：歧视很严重啊！

可是，首先，这样的歧视，究竟占到媒体内容的百分之多少呢？是普遍情况还是小概率出现？尤其是，各个媒体的影响力大相径庭，如果不考虑这个“加权因素”，那么对于整体情况的判断就会失之千里。

其次，即使这些歧视真的很普遍地存在，那么作为被歧视的主体，感染者自己感觉到了吗？真的遇到了吗？本次调查发现，感染者大多感到歧视的存在，但是却极少遇到真正的歧视。那么，歧视还能算是真的存在吗？

第二个问题是：究竟在歧视什么人？

有些好心人斩钉截铁地说：歧视就是不分青红皂白，把一切感染者都给污名化了。可惜，本次调查的发现却不是这样。如前所述，本次调查的对象大多数是男性，是发生过男男性行为并因此而被感染的人。他们所感受到歧视，真的遇到的歧视，其实主要是来自这个特殊身份。也就是说，这究竟是对于艾滋病感染者的歧视，还是对于男同性恋的歧视，需要仔细地加以分析，不可一概而论。

反之，本次调查中的几位女性，基本上是被男方传染的，因此很少感到也没有真的遇到任何一种歧视。在本次调查之外，中国还有许多通过卖血或者输血被感染的人，他们不但不认为自己被歧视了，而且恰恰因为自己是无辜的受害者，才足以发出更加强烈的诉求并且发起更多的社会活动。

第三个问题：歧视为什么能够发挥作用？

首先，感染者必须是真的遇到了歧视，歧视才有可发挥作用的余地。

其次，感染者是否认同这确实是一种歧视，会直接加强或者减弱歧视真正发挥的作用。例如，医护人员在接触感染者之后通常都会洗手。有些感染者认为这就是歧视，但是也有很多感染者认为这个不算歧视，因为医护人员接触任何病人之后都会洗手。

再次，感染者自己的心理状况也会加强或者减弱歧视对自己的影响。例如很多感染者作为志愿者参与防治艾滋病的具体工作，首先，他们往往对歧视更加敏感，其次则是歧视对他们更加不起作用。

第四个问题：来自什么人的歧视危害最大？

本次调查揭示出：恰恰是来自医护人员和 CDC 的歧视，对感染者造成了最大的伤害。这里面的道理非常简单：社会舆论的歧视再大，如果感染者不去看不去听，那么他们就足以逃避开，很难造成大的伤害。可是感染者在确诊之后，一般都会跌入绝望、脆弱和过度敏感的深渊。这时候，医护人员和 CDC 就像是他们的救命稻草，承载了感染者最后的一线希望。如果这样的人歧视感染者，其危害当然远远大于任何其他人的歧视。

### 三、感染者对 CDC 的工作怎么看？

疾病预防控制中心（CDC）在艾滋病的防治工作中起着预防、控制与诊断的作用。在针对感染者方面，其作用主要表现在以下这些方面：

负责组织对新发现的 HIV 感染者个案进行流行病学调查，汇总、分析相关信息，建立感染者个人档案，报送上级有关部门。

收集、整理、分析全市 HIV 初筛和确认实验室的检测等工作情况，上报卫生部艾滋病预防与控制中心。

负责疫情及有关资料收集、统计、分析、汇总报告；在监测和流行病学研究工作基础上，制定长期预防与控制规划。

负责组织对艾滋病自愿咨询检测机构的抽查。负责艾滋病及常见机会性感染免、减治疗的技术支持和技术指导工作及对艾滋病感染者或病人的咨询关怀。

负责抗病毒药物的储存、分发和调配。

以上工作都必须严格遵守国家有关艾滋病防治的各项法规和政策，执行全国艾滋病检测工作规范中的各项要求，承担天津市 HIV 抗体确认和初筛任务，等等。

可以说，感染者从确诊开始，一直到之后的取药、随访、定期检测和关怀，都离不开 CDC 的服务工作。我们选择了与感染者密切相关的几个方面调查分析，借此评价 CDC 的工作。

## （一）HIV 确诊之时，发生了什么？

感染者的诊断标准首先是艾滋病病毒抗体呈阳性，再配合其他相关检查进而确诊，艾滋病病毒抗体的检测可以由诸多机构完成，比如专业医院、CDC 和一些社区组织等，一旦发现艾滋病病毒抗体呈阳性，则需要由当地 CDC 确诊并出具确诊报告。

初次查出艾滋病病毒抗体呈阳性对感染者来说意义重大。根据调查样本统计，初次确诊抗体呈阳性的检测是在 1998 年，只有 3 例，到 2012 年达到了 68 例。在 2007 年之前，也就是从 1998 年到 2006 年，天津的感染者一共只有 18 例确诊。从 2007 年到 2010 年，每年确诊的人数为 30 例左右，3 年共计 99 例。从 2011 年开始，每年以 50 例左右的速度发展，仅 2011 到 2012 年，天津就有 117 人被确诊为感染者。占样本总量的 50%。在这 234 个样本中，有 206 例是天津确诊的，占样本总量的 88%。

许多感染者首次 HIV 检测并不是自己参与的，有些感染者是在普通医院就医时偶然发现艾滋病病毒抗体呈阳性的。在 CDC 做检测的占 48.5%，在社区与 CDC 合作动员下做检测的占 23.8%，在各种医院检测的也占将近占四分之一，自己用试纸测试的占 4.9%。

通过对首次 HIV 检测与确诊时间的列联表分析发现，早在 2007 年以前，首次检测的机构主要分布在 CDC 和医院，在社区与 CDC 的动员下做检测的不到 15%。可是从 2007 年到 2010 年，首次检测机构呈现 CDC 一家独大的局面，占到 73.3%。从 2011 年开始，形成了社区与 CDC 合作的动员检测、CDC 和医院系统三分天下的格局：27.4%，36.8%，29.3%，卡方检验差异显著（ $P=0.000$ ）。

## （二）初筛时，感染者说出自己的身份吗？对方告知检测结果吗？

初筛时，政策要求核实被检测者的身份。但是本次调查发现，感染者自己说出身份的，只占 50%。

但以 2007 年和 2010 年作为确诊时间进行划分则发现，初筛进行身份

核实的趋势正在减少，从 2007 年以前的 71.4% 减少到 2011 年以来的 35.9%，呈现为显著的差异 ( $P=0.000$ )。这表明，初筛的身份核查越来越走向宽松，也就是越来越尊重对感染者隐私的保护。

在初筛时是否由感染者主动告知医生或 CDC 工作人员自己的真实身份方面，初筛时说出的占 33%，不说的占 67%。

初筛后感染者说出自己的真实身份的情况呈 V 字形发展，先降后升，从 2007 年以前的 42.9% 降到 20.9%，到 2010 年以后，又回升到 41.5%，没有说出自己身份的感染者则呈先升后降的趋势。这表明，在没有政策强制的情况下，感染者对检测机构的信任程度是先降后升，呈现为显著差异 ( $P=0.008$ )。

在初筛结果告知方面，检测机构告知感染者本人的占 68%，不告诉的占 32%。

在 2007 年以前，初筛结果的告知率为 64%；在 2007 年到 2010 年期间，初筛结果的告知率降为 41.5%，但到了 2010 年之后，初筛结果的告知率上升到 90% 以上，呈现为先降后升的显著差异 ( $P=0.000$ )。

从告知方式上来看，2007 年以前，告知方式仅为通过手机告知 (79%) 和个人主动询问 (21%) 这两种方式。在 2007 年到 2010 年之间，也主要集中在手机告知 (81%) 和个人主动询问 (13%)。通过志愿者小组来告知感染者的方式，经历了从无到有 (5%) 的发展，到了 2011 年以后，便出现了手机告知 (46%)、主动询问 (29%) 和志愿者小组告知 (19%) 三足鼎立的局面。

初筛告知的时间需要一周到半个月的占 93%。认为初筛不太可能或不会暴露身份的占 84%，比较可能的占 15%，完全暴露的仅占不到 2%，共 3 人次。

### (三) 哪一方进行的辅导或咨询更多？

感染者的诊治，离不开辅导或咨询，总的来看，在对感染者最先、最早进行辅导或咨询的机构中，选择 CDC 的占 51%，选择志愿者小组的占



31%，选择医院的占 14%。

依据感染者的确诊时间进行分析可以发现，CDC 在最先最早进行辅导或咨询方面表现出先增后减的趋势；与此相反，医院工作人员则呈现出先减少后增加的态势，只有志愿者小组的工作是一路增长，并于 2011 年以后形成以志愿者小组（42%）为主、CDC（35%）和医院（18%）相协同的心理辅导模式，呈现为差异显著（ $P=0.000$ ）。

那么，是什么原因造成了 CDC 在辅导或咨询方面先增后减的变化呢？

感染者对 CDC 的态度的认可度（比较好）在 90% 左右。在具体差别上服务态度表现为非常好的逐年上升，比较好的逐年下降，但总体均保持在 90% 左右的认可度上。可见，服务态度并没有影响感染者对 CDC 的选择。

在咨询和辅导是否有用方面，89.8% 的感染者普遍认为 CDC 的咨询和辅导是有用的，所不同的是，认为非常有用的比例在逐年上升，认为比较有用的比例在逐年下降。足见 CDC 提供的信息也为感染者普遍认可。

从以上两个方面我们发现，CDC 在辅导或咨询方面先增后减的趋势，可能并不是由于 CDC 自身引起的，一方面，CDC 在辅导或咨询方面也在做进一步的完善，另一方面，有可能是医院和感染者组织的发展带来了 CDC 的变化。关于这一点，还有待于进一步分析。

#### （四）病毒载量的检测是什么情况？

病毒载量检测，简而言之就是测量每毫升血液里艾滋病病毒的数量。它和 CD4 检测一样，以一定的标准来衡量感染者的健康状况。在有条件的情况下，感染者应该定期进行病毒载量检测。但是本次调查发现，自从确诊为 HIV 之后，有近 40% 的感染者从未检测过病毒载量，一年左右定期检测的占 27.4%。

在不定期进行病毒载量检测的感染者中，有 52% 的人认为，要花钱，也找不到免费检测的单位。还有 36% 的人说：没有服药的感染者就不给检测。这一比例，也刚好与从未进行病毒载量检测的感染者的比例相近。

足见，在病毒载量检测方面，医院和 CDC 还是有很大的改进余地。

在病毒载量检测结果的获知时间方面，有近七成的感染者说需要一个半月时间，一周之内能拿到结果的仅占不到 10%。可见，病毒载量检测的效率是可以进一步提高的。

#### （五）感染者对于 CDC 为什么越来越不满意？

通过分析可以发现，CDC 的发展在总体水平上是保持不变的，但在感染者的认知和认同方面，总体趋势却是下降的。这其中的原因，并不是因为 CDC 自身退步了，而是因为逆水行舟，不进则退，是因为其他的机构发展了，尤其是志愿者小组和医院的发展，必然使得感染者对于 CDC 的信任度和满意度都呈现下降趋势。

可是也不得不说，CDC 自身的发展出现了瓶颈。在针对感染者的帮助方面，CDC 的作用明显落后于志愿者小组；在针对感染者的诊治方面，CDC 的专业性相对于医生又受到质疑。所以，CDC 应该以一种什么样的角色出现在“三国演义”之中，更好地推进对感染者的帮扶与救治，值得进一步思考。

### 四、感染者对于医院工作的评价

一般来说，医院在感染者的诊治方面主要包括为感染者建立档案、进行检测、开药、机会性感染的治疗和其他疾病的诊治。

#### （一）感染者首次服药时，发生了什么？

并不是每一个确诊的感染者都需要服药。艾滋病病毒感染初期一般不用药物治疗（窗口期除外），只需要定期做 CD4+T 淋巴细胞计数测定。如果测定结果是每毫升血液低于 350 单位，则必须开始使用一线抗艾药物控制。

本次调查发现，最早确诊的感染者是在 1998 年，可是最早服药的感

染者却是在 2005 年，且人数很少。如果将取药时间以 2007 年和 2010 年为时间点，分为三个部分，那么 2007 年以前首次服药的占 3.1%，2007 年到 2010 年首次服药的占 50.8%，2010 年以后的占 46.2%。但是到目前为止，仍有 44.4% 的感染者并未使用抗艾药物。

在排除了那些确诊但无须服药的感染者以后，本次调查发现：2007 年以前确诊的而且在 2007 年以前首次取药的，占确诊人数的 22.2%；在 2007 年到 2010 年首次取药占 38.9%；在 2010 年以后首次取药的占 11.1%；未服药者占 27.8%。在 2007 年到 2010 年之间确诊的感染者，于 2007 年到 2010 年之间服药的占 59.6%；在 2010 年之后服药的占 10.1%；但是仍有 30.3% 的感染者未开始服药。在 2010 年之后确诊的感染者，于 2010 年之后开始服药的占 41.0%；到目前仍未服药的占 58.9%。

## （二）首次服药之时，哪一方告知的最多？

首次告知感染者需要服药的机构，CDC 占 69%，志愿者小组占 25%，医院占 6%。从首次服药的时间可以看出，2007 年之前开始服药的，都是由 CDC 告知的。2007 年到 2010 年之间开始服药的，78% 是由 CDC 告知，同时志愿者小组的告知有了长足的发展，增长到了 14%。到了 2010 年之后，CDC 的告知率继续下降到 53%，志愿者小组的告知率则增长到了 37%，医院告知率也增长到了 8%。

在由 CDC 告知要服药的感染者中，有 93% 的人在服药前是向 CDC 咨询或由 CDC 辅导的。在由医院告知要服药的感染者中，有 62.5% 的人在服药前是向医院咨询或由医院辅导的。

总体上，感染者对于首次服药时的咨询普遍感到满意。其中向 CDC 进行咨询的感染者感到非常满意的占 22.5%，比较满意的占 72.5%，不满意的仅仅占 5%。但是另一方面，在向医院咨询的感染者中，非常满意的为 0，比较满意的占 87.5%。这就是说，医院对感染者首次服药的咨询，还有可改进之处。

### （三）首次服药前的体检和后续服药，做得怎么样？

在首次服药前，有 97% 的感染者进行了相应的体检，即使个别没有体检的，医生也会询问感染者的自身状况。

但是首次服药的体检报告，还有 51% 没有给到感染者手中。具体来看，在 2010 年以前首次服药的，只有 25% 的人拿到了体检报告；到 2010 年以后，有 88% 的人拿到体检报告，仅有 12% 的人没有拿到，存在显著差异 ( $P=0.000$ )。这表明，医院在这方面的改进是巨大的。

从感染者后续的服药情况来看，一般拿到的免费药物为一线抗艾药品。目前在天津，感染者服用的药物以拉米夫定 (3TC)、齐多夫定 (AZT) 和替诺福韦 (TDF) 为主。

目前抗艾药物的服用多为组合药。总的来说，在服药的感染者中，出现药物部分重复的人和说不清的人所占比例均较高。

从服药后 CD4 的载量看，药物所起的作用还是比较明显的，有 67.7% 的感染者的 CD4 呈上升的变化趋势，25.4% 的感染者没有太大变化，只有 6.9% 的感染者的 CD4 有所下降。在服药的副作用方面，认为副作用大的占 18.5%，认为不算大的占 58.5%，认为副作用小的占 23.1%。这就是说，我国在药物治疗感染者的工作中，取得了很大的进步。

### （四）取药，不是小事一桩

从确诊开始，一周之内领到药的占 60.5%，一周后、半个月内存到药的占 19.4%，半个月后、一个月内领到药的占 14.7%。总计起来在一个月内领到药的占到 94.6%。

具体而言，在 2007 年之前，75% 的感染者可以在一周内拿到药品，在一周后、半个月内存到的为 25%；到 2007 年与 2010 年之间，仍有 72% 的人可以在一周内拿到药品，在一周后、半个月内存到药品的减少到 6%，半个月后、一个月内拿到的增长到 15%。到 2010 年之后，一周内存到药品的减少到 47%，一周后、半个月内存到的增加到 33%，半个月

后、一个月内拿到的为 15%，存在显著差异 ( $P=0.024$ )。这表明，自从 2011 年取药从 CDC 改到医院之后，取药的时间相应地被延长了。这其中的原因，大概少不了因为政策的规定，感染者首先要去 CDC 拿到确诊报告，之后再去看指定医院取药，从而拖延了第一次取药的时间。

到 2012 年，感染者是否能够按时取到药呢？按时取药（包括比较按时和非常按时）的比例大约为 98.5%，具体到各年，2007 年以前开始服药的感染者，尚有 25% 的人不能按时取药；2007 年到 2010 年开始服药的，有 98% 以上的感染者能够按时取到药了；到了 2011 年以后，按时取到药的比例变成了 100%，呈现为显著增加 ( $P=0.000$ )。这种良性运行的情况，一方面是由于这些年来政策的变化和各方面的关注，使得感染者药品的保障出现巨大的改进；另一方面，感染者自己也越来越意识到药物的重要性。

取药的时间，在医院规定的时间来取药的感染者占 52%，其次为随时取药，占 27%，自己预约和周末取药的各占 10% 左右。

更进一步来看，从 2011 年开始服药的感染者，取药的方式比较灵活，随时取药的占 45.8%；在 2007 年到 2010 年之间开始服药的感染者中，随时取药的占 12.1%。但是在 2007 年之前开始服药的感染者却根本不可能随时取药。这主要是因为他们长期以来习惯了医院规定的某个固定时间。因此，在 2007 年以前开始服药的感染者中，有 50% 的人是在医院规定的时间内取药，可是到 2010 年以后，就下降到 35.6%。在周末和自己预约取药的感染者，在 2007 年以前占 50%，2007 年到 2010 年不到 21%，2010 年以后不到 19%，差异显著 ( $P=0.000$ )。这表明：一方面医院增加了多种取药方式，为感染者提供方便；另一方面，仍然有一些感染者存在惯性，不利于自己及时取药，需要医院做更多的宣传和普及工作。

那么感染者对于取药的时间是否满意呢？认为方便（非常方便和比较方便）的人占 52%，不太方便或非常不方便的占 47%。具体到不同时间开始服药的感染者，2007 年以前开始取药的认为方便的占 75%；在 2007

年到 2010 年之间开始服药的人，认为方便的仅占 31.8%；到 2010 年之后开始服药的人，认为方便的又上升为 74.6%。

在取药地点方面，认为方便的人占 34%，认为不方便的占 64%。具体到 2007 年之前开始取药的，认为方便的占 50%；在 2007 年到 2010 年之间开始取药的，认为方便的占 13.6%；在 2010 年之后开始取药的，认为方便的占 54.2%。

总的来说，在取药时间上，认为方便的比例要明显高于取药地点，认为时间地点均方便的占 30%，认为时间地点均不方便的占 43%，差异显著 ( $P=0.000$ )。

在 2011 年以后开始服药者中，认为时间地点均方便的占 52%，均不方便的占 22% ( $P=0.000$ )；在 2007 年到 2010 年的感染者看来，认为时间地点均方便的占 11%，均不方便的占 67% ( $P=0.006$ )。

还有一个特殊的现象。对于现存的取药方法，2010 年以后确诊的感染者，认可度明显高于之前的，因为 2007 年到 2010 年之间开始取药的感染者，对取药的时间和地点的总体评价都是最低的。这一方面是因为 2010 年以前的感染者习惯了旧的取药就诊方式，另一方面则可能是与他们遇到过各种障碍或者政策的刻板效应有关。但是也有可能因为感染者对于国家的政策越来越了解，因此对于维权、对于 CDC 和医院的要求也就相应地提高了。

#### (五) CDC 与医院谁的服务态度更好一些？

从总体来看，认为 CDC 服务态度好的占 64%，认为医院好的占 19%，认为都好的占 8%，认为都不好的占 6%。其中，早于 2007 年确诊的感染者认为 CDC 好的占 72%，认为医院好的为 0；确诊时间在 2007 年到 2010 年的，认为 CDC 好的占 78%，认为医院好的占 7%；2010 年以后确诊的认为 CDC 好的占 50%，认为医院好的占 32% ( $P=0.000$ )。

以取药时间进行划分，早于 2007 年确诊的人，认为 CDC 好的占 75%，认为医院好的为 0；2007 年到 2010 确诊的认为 CDC 好的占 83%，

认为医院好的为 5%；2010 年之后确诊的，认为 CDC 好的占 47%，认为医院好的占 25% ( $P=0.001$ )。

上述对于感染者的两种划分虽然比例不同，但总体趋势是相近的，而且都存在显著差异。这表明，CDC 与医院相比，近些年在服务态度上虽然好于医院，但总体呈下降的趋势。感染者对于医院的满意度虽然较低，但在逐年上升。

#### （六）其他疾病，感染者如何应对？

感染者即使出现了其他疾病，往往也不愿意去医院，有 92.3% 的感染者说自己较少去医院，经常去的只占 2.6%。

其中去普通医院和社区医院的最多，去传染病医院的最少。这说明，对感染者而言，真正最能为感染者进行诊治服务的，恰恰不是所谓的传染病医院，而是普通医院。

感染者去医院看病，最担心的因素中，有超过 80% 的感染者选择了担心遇到熟人、被盘问得了什么病。其次担心的是被拒绝手术、被检测 HIV（排在第三位）。由此可见，感染者对于被歧视的焦虑，远超过他们对于疾病自身的担心。

去医院就诊的感染者，主动向医生承认自己是感染者的仅占 11.1%。另外的 88.9% 则选择了隐瞒。其中，分别有 89% 和 88% 的感染者是因为担心医院拒绝治疗和被暴露。

在去医院看其他病的感染者中，曾经被查出来是艾滋病感染者的占 7.6%。他们中 90% 的人说，自己承认这个身份之后发生了不好的情况。其中 80% 的人遭到拒绝治疗，70% 的感染者认为医护人员的态度因此而变坏了。

#### （七）医院为什么能够后来居上？

从表面上来看，医院一直不被感染者所认可。但是仔细分析起来却可以发现，感染者对医院和医生其实是“爱之愈深，责之愈切”。爱，是因



为他们更加专业，能够为感染者提供更好的救治；恨，也同样是因为他们既然更加专业，那么在感染者需要的时候，就不应该出现误诊、过度检查、歧视和拒绝治疗等现象。

不过，医院和医生正在不断地做出积极的改变，如果说不满和缺乏信赖还是对医院的主要评价的话，那么这种情况基本上是来自 2010 年之前确诊的感染者的刻板印象。反之，在 2010 年之后确诊的感染者中，对医院和医生信赖的比例却是最高的。

从统计分析中也发现，2010 年之后，感染者对医院和医生的好评呈直线上升趋势。这也表明，医院在“三国演义”中有着更大的发展空间。用某位感染者的话来说就是：只要医生一个肯定的眼神，他的爱就有意义啦。

## 五、 志愿者， 为人为己的贴身服务

本书所说的志愿者小组，主要是由感染者们自己主动发起的为受艾滋病影响的人提供服务的组织。其主要工作是为本地区感染者做好宣传教育、咨询检测、治疗关怀、心理支持、同伴教育、药物依从性教育等方面的工作，并积极致力于推动本地区医疗政策开发，努力为感染者创造良好的就医和生活环境，提高感染者的生存质量，最大限度地降低感染者的二代传播，并不断加强小组的自身能力建设，为建设和谐社会贡献力量。

本次调查样本中包括志愿者小组的工作人员 5 名 (2.1%)、骨干 9 名 (3.8%)、积极分子 23 名 (9.8%)、与志愿者小组接触较多的感染者 147 名 (62.8%，其中有 4 名女性)、很少接触者 50 名 (21.4%，其中有 4 名女性)。

在参加小组活动次数方面，从未参加过的占 9.4%，参加过 10 次以下的占 59.4%，参加过 10 次到 20 次的占 17.5%，参加过 20 次以上的占 13.7%。

### （一）对志愿者小组的帮助，感染者满意吗？

感染者们对志愿者小组帮助去获得检测、治疗等任何一方面的知识的满意度方面，得到过帮助而且非常满意的人占 64.5%，比较满意的占 33.8%，总体上满意的人占 98.3%，比例远高于 CDC 和医务工作者。

对志愿者小组在心理辅导方面的满意度方面，得到过帮助而且非常满意的占 62.8%，比较满意的占 35.5%，总体满意的合计占 98.3%。这一比例也远高于 CDC 和医务工作者。

在生活中的任何一件具体事情上（例如找医生、调节人际关系、解决经济困难等），感染者对于志愿者小组帮助的满意度也很高：得到过帮助而且非常满意的占 43.6%，比较满意的占 39.3%，总体满意的合计占 82.9%。可是 CDC 和医院在这方面基本上无所作为。

如果以确诊时间为 2007 年以后、2010 年以后进行划分则可以发现，对志愿者小组帮助去获得检测、治疗等任何一方面的知识的满意度方面，非常满意的变化的呈 U 字形，从 2007 年以前的 72.2% 降到 2007 年到 2010 年之间的 42.4%，再上升到 2010 年之后的 82.1%。比较满意的则刚好相反，呈先升后降趋势，从 2007 年到 2010 年之间的 27.8% 上升到 54.6%，再下降到 2010 年之后的 17.1%。对志愿者小组在心理辅导方面和在生活中的任何一件具体事情上的满意度的表现也呈现出相同的变化趋势。这表明，志愿者小组在历史发展过程中，也曾走过弯路。

### （二）感染者更相信哪一方？

本次调查问的是：“在治疗时，如果志愿者小组给您提供的知识或者信息，跟 CDC、医院提供的不一样，那么您会更相信谁？”回答结果是：首先是更相信志愿者小组的，占近 40%；其次是更相信医院的，占 26.1%；再次是更相信 CDC 的，占 19.2%；三者都相信的占 7.7%。

进一步分析发现，以确诊时间作为区分，在 2007 年以前确诊的感染者更相信志愿者小组的人占 50%，更相信医院和 CDC 的各占 11%，三者

都相信的占 22%。在 2007 年到 2010 年确诊的感染者中，情况类似：更相信志愿者小组的超过 50%，相信 CDC 的为 12.7%，相信医院的为 12.3%，三者都相信的则减少到 5.9%。在 2010 年以后确诊的感染者最突出的变化是：相信医院的占到第一位，相信志愿者小组的虽然占第二位但是比例明显下降，占第三位的则是 CDC ( $P=0.000$ )。这表明，接受志愿者小组服务时间越长的感染者，越不相信医院和 CDC，越相信志愿者小组。这一方面说明志愿者小组的工作日久见人心，另一方面则是因为越早被确诊的感染者，越可能经历过一些 CDC 和医院方面的障碍或者困难。

可是在新确诊的感染者（2010 年以后确诊的）中，更相信医院的人占 87.2%。这一方面可能是因为他们更加相信专业权威，也可能是因为整个医疗环境发生了改变，但是也可能由于他们接触志愿者小组的时间和参与的活动还比较少。

其中，参加过志愿者小组的活动在 20 次以内的，与其他参加过更多或更少活动的感染者相比，更加相信医院；未参加过志愿者小组活动的或参加活动的次数超过 20 次以上者，则更加相信志愿者小组 ( $P=0.007$ )。据此可以认为，适度参加志愿者小组的活动，有助于提高感染者对医院的信任，但如果这个次数过多，则会呈现对志愿者小组的信任一边倒的现象。

从变化趋势来看，参加志愿者小组活动的次数，对感染者更相信哪一方有着显著的影响。具体表现在，参加志愿者小组活动 10 次以内的，对志愿者小组的信任度最低，对医院和 CDC 的信任度则最高。可是随着参加次数的增加，对志愿者小组的信任度逐步攀升，对医院的信任度有小幅的下降，但是并不显著，可是对 CDC 的信任度则骤减至 0。

尤其重要的是，在三方给感染者的知识与信息出现不一致的时候，感染者更加相信谁呢？有 86% 的感染者更信任志愿者小组而不是医院。这就给整个防治艾滋病事业提出了一个重大的问题：这种情况是好还是不好？应该鼓励还是应该扭转？这其实就是一个认知方法论的基本问题：对于感染者来说，究竟是医学的客观测定更加有益，还是同为感染者的志愿者小组的自我经验之谈更为有益？本次调查尚无法解决这个问题，有待后

人的进一步研究。

### （三）感染者从志愿者小组收获了什么？

增强信心、促进心理健康排在第一位，占 42.7%；排在第二位的为获得知识与信息，占 25.6%；排在第三位的是争取自己的权益，占 22.7%。

按感染者的确诊时间进一步分析发现：2007 年以前确诊的感染者，认为最重要的收获是争取自己的权益（27.8%）和获得知识与信息（27.8%）；2007 年到 2010 年之间确诊的感染者，同样认为最重要的是争取自己的权益（39.4%）和获得知识与信息（32.3%）；确诊于 2010 年以后的感染者则认为，最重要的是增强信心、促进心理健康，占 65.8%，其次为获得知识与信息，占 19.7%。这三种感染者之间的差异是显著的（ $P=0.000$ ）。也就是说，志愿者小组的工作方向也必须随着感染者的代际更新而不断发展。

### （四）在感染者眼中，志愿者小组有哪些最重要的优点？

对志愿者小组优点的评价，总计起来位列前三的分别是：态度更好和更加方便及时（91%），更替我着想（89%），更容易长期保持联系（85%）。

按照优点的排序来看，认为最重要的优点是更加方便及时的占 41.0%，认为更替我着想的占 23.1%，认为态度更好的占 16.2%。

对在不同时间确诊的感染者而言，2007 年以前确诊的认为，更替我着想最为重要。2007 年到 2010 年之间确诊的认为，态度更好最为重要。2010 年以后确诊的则认为，更加方便及时最为重要（ $P=0.000$ ）。

这就提示志愿者小组，应该在坚持三大优点的同时，更加有针对性地提供不同侧重的服务。

### （五）志愿者推动有关政策的出台与感染者的参与，做得如何？

志愿者小组的活动可以从微观、中观和宏观三个方面进行阐释。从微

观方面讲，就是针对感染者个体的帮助，解决感染者的生存、生活问题。从中观方面来看，就是协调各方资源，比如医院、CDC 和其他社区组织等，为感染者提供更好的服务。从宏观上来讲，主要是推动政策的发展。当然，感染者群体的参与和支持则是必须渗透于三个层次之中的。

目前，天津市志愿者小组正在推动一些针对感染者的社会政策的出台，在推动“天津艾滋病感染者/病人的低保政策”方面，有 68% 的感染者愿意参加一些活动，有 17% 的感染者可以全力参加。

在推动“天津艾滋病病人常规检测费用的减免政策”出台方面，有 68% 的感染者愿意参加一些活动，有 19% 的感染者可以全力参加。

在推动“天津艾滋病感染者与病人的机会性感染治疗费用的减免政策”方面，67% 的感染者愿意参加一些活动，有 19% 的感染者可以全力参加。

可见，对于社会政策的推动，有近五分之一的感染者愿意全力参加，有三分之二左右的感染者愿意参加一些活动，不愿意参加或只能参加一点点活动的感染者仅占 5% 左右。他们不愿意参加的原因主要集中于：在宏观方面，觉得这些活动不可能成功；在微观方面，则是自己没有时间或身体不适等。所以志愿者小组在这些方面的工作，具有取得进展的广阔空间。

#### （六）志愿者小组可以大展宏图

志愿者小组是“三国演义”中的润滑剂，也应该是“三方共构”的顶梁柱。通过数据分析可以发现，在许多如同伴教育、咨询与服务方面，志愿者小组有着天然的优势，也普遍受到感染者的认同。可以说，志愿者小组在三者之间所扮演的角色，就是一手拉着 CDC，一手拉着医院和医生，面对感染者，全身心地投入对感染者帮助和服务之中。这种帮助与服务，又是全面的，所无不在的，如果说医院和 CDC 所做的更多的是生存性服务的话，用他们的专业知识和技能，来保障感染者能够健康地生存下去；那么，志愿者小组不仅仅要与医院和 CDC 一起关注其生存问题，也更加

关注他们的生活问题。志愿者小组所做的，不仅仅是一种输血式的救助，更是一种造血式的帮扶。志愿者小组应从微观、中观和宏观三个方面开展工作，在微观方面，针对感染者的生存问题，协助医院和 CDC 进行治疗，帮助感染者解决眼下的困难；在中观层面，志愿者小组能够协调各方资源，帮助感染者解决各种生活方面的困难；在宏观方面，志愿者小组能够带领志愿者，积极投入到政策的争取和权益的维护之中，从而实现更好的助人自助。

### 第三节 艾滋病防治：从“三国演义” 走向“三位一体”

#### 一、我们要讨论什么？

本篇此前的有关论述，还仅仅是“三国演义”的情况，使用的都是问卷调查的统计结果。它的优越之处是可以反映出更加广泛的情况，可以在一定程度上呈现出被调查者的总体状况。但是它也有短板，就是很难深入了解被调查者的感受、动机、愿望等难以量化的情况，尤其是容易把一个个活生生的个体肢解为七零八碎的数据。

为此，本次调查花了更多的时间与精力，进行了一对一的定性访谈。目的就是专门深入考察在推进实现“三位一体”的过程中，有关的三种组织化的力量究竟有什么样的需求，究竟已经进展到了什么样的地步，以及对于未来究竟有哪些愿景。

“三位一体”这个概念不是笔者提出来的，而是全国各地的许许多多感染者和志愿者从 21 世纪之初就开始不断提倡的一个理念和口号。它的主要意思就是：志愿者、CDC 和医院，这三者应该更加紧密地团结起来，形成为感染者服务的合力，才足以面对感染者的困境与需求，才能够更好地推动整个防治艾滋病的事业不断前进。

#### （一）感染者之间实际上也存在着很大的差异

从数据中可以发现，以 2007 年和 2010 年作为确诊和取药的分界点进行区分的话，那么确诊时间为 2007 年到 2010 年的感染者，主要是 30 岁到 39 岁的中年人，普遍是高中学历，以初婚和单身者居多，多数面临着上有老、下有小的局面。同时，在收入方面，他们的平均工资普遍显著更高；在花费方面，不论是服药首月还是 2012 年的服药和治疗，他们的花



费均显著更高。

除了人口学特征的显著差异以外，确诊于 2007 年到 2010 年的感染者，与 CDC 的关系最为密切，对 CDC 也极为认同。他们的确诊、辅导与咨询主要来自 CDC。他们对 CDC 有着极高的满意度。

可是他们对于医院的满意度最低；在取药方式上，不论时间还是地点，满意度也是最低的。在 CDC 和医院的服务态度比较方面，认为 CDC 好的超过四分之三，认为医院好的仅占 7%。在最相信哪个机构方面，医院也是排在最后的。

此外，在收获方面，确诊时间为 2007 年到 2010 年的感染者更加注重为自己争取权益。与此相对，2010 年之后确诊的感染者，更加相信医院和医生，2007 年之前确诊的感染者，则更加相信志愿者小组。可见，针对不同时间确诊的感染者，有必要采用不同的干预方法和干预手段，有针对性地进行帮助。

## （二）感染者与“三国演义”

从感染者对三者的满意度来看，总体满意度还是比较高的，但具体到不同的感染者身上，却存在着显著的差异。这种差异的规律性表现为，针对不同确诊时间的感染者，其满意或不满意的机构是鲜明的。虽然众口难调，但这一发现，却更好地印证了：统一的、一元的治疗干预模式是无法解决不同感染者的实际问题的。

面对各式各样的感染者，只有 CDC、医院和志愿者小组相互合作、多元发展，才能最大限度地实现对感染者的干预。从数据中可以发现，三者之间存在的许多的互补，正好为不同的感染者提供了相应的帮助与服务。也就是说，对感染者的救治，必须打破以往各自为政、独立办公的局面，而呼唤三者之间的一体化合作。因此，从“三国演义”走向“三位一体”的主客观条件已经成熟，需要进一步发展的，是如何进行协调发展，实现以感染者为中心的救治服务。

## 二、在志愿者眼中，“三位一体”进展如何？

### （一）对 CDC 的服务基本满意

• CDC 倒还好，定期给感染者打个电话，测个 CD4 什么的。因为它定期要考核。要是每年没给感染者做一年一次两次的 CD4 的话，绩效考核要扣分的。

• 和 CDC 的合作都挺好的，都磨合出来了。多少年了，从 2007 年就开始，如果还是今天打架明天打架的话，那不是我们有问题就是他们有问题。开始的时候还不行，现在就好了。

• 其实，在发现感染者这方面做得最好的是咱们×区的×主任。他们这些 CDC 的工作人员会主动去一些高发地。这些高危人群你知道吧？（调查员问：比如说同性恋？）是的。他们就会去公共浴室啊这些地方，去找到这些可能的感染者，让他们去做一些相关检查。一般感染者也愿意去做这些检查，因为都是免费的。

• 我给你举个实例吧。我带过一个人，确诊了。然后 CDC 的就问你的是怎么感染的。CDC 的女大夫特别坦然：你是 1 还是 0？<sup>①</sup> 当时弄得做确诊的这个朋友不好意思了。你想想：他本身是个男“同志”，被一个女性去问，觉得不太不好意思。就不像我们志愿者，我们本身就是男“同志”，就可以随便点。还有一次，我们去 L 酒吧做检测，当时是 CDC 带来两个医科大学的实习生。一男一女。小女孩是“90 后”，特别聪明、活泼。到那儿，做检测要做“流调”（流行病学调查）嘛。要问问你最近的情况。这

<sup>①</sup> 这是男男性行为的医学问诊专用符号。

个小孩特别坦然，可能跟她自己是腐女<sup>①</sup>有关，特别容易接受这个。她就问：“最近做爱带套了么？”（仿女声）这个大爷就不是特别好意思。然后这个小女孩就说：“咱一定得提高自我保护意识，甭管肛交还是口交。”（仿女声。笑）这大爷不好意思了。实际上这是一个挺好、挺积极的事情，因为这些 CDC 的工作人员能够接受。但是大爷觉得，哎呀，是一个女孩，比我年轻，比我还开放。其实这是一个一点一点适应的过程。

• 感染者的确诊，CDC 出报告才算确诊。真正的实验还是要他们做出来。我们志愿者只能筛检异常，但我们不能说你就是（感染者），我们是很负责的。只有 CDC 才有权说（确诊），并且 CDC 要做至少两种试验，结果都是阳性，才能告诉你是不是感染者。我们（CDC 和志愿者）在领药过程中，还是有很多交集的。但是作为 CDC 这边，他们是学流行病学的，学的不是怎么治病，而是怎么控制疾病蔓延。

## （二）但是也存在利益冲突

• CDC 今年承诺有 20% 的钱给我们志愿者。我们还要交 5%~8% 的税，还得雇个会计。做这种社会工作按理说应该是免税的。免税只有一种办法，就是注册一个非营利组织。非营利组织就有一个潜在条件，要有上级主管单位。你找 CDC，你就会和它争资源。CDC 担心这种非营利组织的发展！我们干这么多年，从 2012 年 1 月份拿工资，到现在我只拿了 13 个月工资。我们本来定每月 10 号发工资，现在说了 20 号才能拿工资。我觉得在这个过程中，我在逐渐地走近这个制度。要发展中国的社工。但是眼前没有考虑到这么多，因为艾滋病防治这个事儿还要有很

<sup>①</sup> 腐女，一般是指那些喜欢观看描写男同性恋的动漫等作品的女性。

多力量推动。我为什么愿意做？因为我是一个感染者，所以我觉得我就有一种责任感。我有危机感，我会努力去争取，不然就躺着等死。

我们志愿者不是力量不够，是根本没有发展的机会。比方说在2010年，我们发现，通过CDC招标，这种方式不对。在国家层面说，要用20%的经费去招标。但是我们发现，各地招标都不对劲。我们就调研，发现志愿者申请钱的，大概用了13%。如果我们再把交税这层皮扒了，就8%左右。

CDC招标啊，我要写项目投给它，然后就有蛋糕这个问题了。国家投的钱见不到，地方投的钱也见不到，就是这种状况。我们和CDC有合作或者有矛盾，或者存在问题，问题的症结就在这儿（就是CDC招标制度）。

在开始的时候，我也没管这么多，没管自己是不是志愿者。有人需要帮助嘛。后来呢，工作越来越多，CDC的人来了还要给他们发点补助，给点专家费，再到我这儿报个车钱。有时候就觉得不公平。我们这个钱不够。他们就说了：“你们当志愿者的，就得奉献。”哎！反倒是他们的工作他们不做，他们做不来还让我们帮他们做。完了他们晚上出来要有加班费，要是单位不出钱就在我们这儿领。领了一大堆，自己什么没干，让我们发扬奉献精神。他们就是这个意思：你们不该有补助，也不该吃饭，你们什么都不该。

我们现在有这种办公室，我们的钱都是从项目里挤出来的，而既往的项目都是什么？为一个同性恋检测给你62元钱，关怀一个感染者一年给你300元。今天干一天活儿最多可以拿50元钱补助。这个可以，在项目里面报。只让牛干活，不让牛吃草。所以我认为自己不是志愿者，我是一个社会工作者。虽然我没有社工的待遇，但我定位自己是社会工作者，这个社会需要这样的人。可是我们国家这方面发展得比较落后，没有一个机制。

参考一些国外的情况来说，CDC 就应该掌握一些数据，做一些政策建议，建议投入多少钱，对他们来讲这样更有作用。以前是交叉合作，必须得配合，我们要是配合得不好的话，感染者去查 CD4，今天机器坏了，明天再来吧（找借口），这怎么办？有一个感染者，要调档。他原来生活在重庆，现在在天津。转过来的话用药方便、查 CD4 方便。要是在重庆，三个月回去一次，多麻烦！

CDC 做的不是纯粹医学的事情。CDC 想的就是怎么让这些人的安全性行为的意识提升起来。他们就是要达到指标就行了。就是你抽血，给你做检测，就行了，你抽了驴血，他们也给你做检测。他们抽点血就算干预了。一方面他们不从感染者的需求去考虑，比如病人刚确诊，今天刚查出来 CD4 是 330。CD4 是 330 可能有危险。他们不管你这个 CD4 是什么时候开始下降的。你的 CD4 是 3 年前下降的还是 3 个月之内下降的？如果是 3 个月，那病人现在处于急性期，马上得用药。他们不管。

- 从长远发展来看，CDC 没有什么技术含量，他们起到的作用不是很大。医院完全可以做，而且医院的作用 CDC 没办法替代。

- CDC 的人都是政府人员，我们都是草根。跟你说白了吧，这就是一个心态的问题。他们就没有真正明白，我们草根 NGO 和 CDC 就是一个合作关系。我们组织动员，提供场所，CDC 只是提供技术支持，检测、抽血。我们就是合作关系，但是他们最初的心态不好。他们就觉着，我们是政府工作人员，就比你们草根高一等。一开始有些摩擦，后来就好了。他们逐渐就明白了：“他们（指志愿者）也挺辛苦的，也是为了大家。”

### (三) 赞扬好医院、好医生

• 最早的时候(即2007年),天津医疗水平很差。也是经人家介绍说北京佑安医院挺好的。赶上人家也有项目,“十一五”<sup>①</sup>项目。人家就问乐不乐意加入这个项目,免费地检查身体什么的。全都是免费的。我乐意,好事情谁不乐意做?就一直坚持下来。“十一五”接下来就是“十二五”,这个项目就跟下来了。(调查员问:这后续的还会再有吗?)最初“十一五”的时候,我去一趟北京还给我200元钱补助,现在“十二五”没有了。但最起码检查费省了。其实检查费花多花少对我来说无所谓,主要是从2007年以来关系一直在这儿建立着,仨月做一回体检,CD4啊,病毒载量,等等。有一个连贯性。这个连贯性对你吃药啊、防止副作用什么的都有好处。

• 至于医院那边,我们希望这些大夫在态度上……去年天津开过一个阳光医疗的会,就是说希望医生的态度可以越来越好,至少不要在表面上被看出来态度不好。我们到你这儿治疗,你给人脸色看。(调查员问:现在给脸色看的多么?)我们这边遇到的很少。

• 医院这块儿……天津有一些进展。现在医院改善挺多的。

• 因为是专科医院,花的就多,地坛医院挺好的。跟北京佑安医院传染病医院的那个工作组,跟那个护士长,我们的私交都特别好。我就跟护士长说,怎么谢谢您啊?护士长说:“你别谢我了,给我们写封感谢信吧。”我说这个成,这不是手到擒来的事儿吗?后来我就写了封感谢信,发到人家护士长的邮箱里。……就是挺好的。

• 后来过了一两天,医院的那个大主任还给打电话了,问:“那个病人怎么样啊?”平心说啊,就是私交好。人家大夫真的没

<sup>①</sup> 国家的第十一个五年计划。下面的“十二五”亦然。

有必要回来还给你打个电话，就是我们的关系处得好。

- 我（志愿者）是直接（把感染者介绍）给传染病医院的。人家真不含糊，一看是我的电话就接了。我就跟他说：“我们这儿有个病人，现在在住院部，他们让我们去北京。”“去什么北京啊？你先给他吃点药，然后测体温，再跟门诊商量打什么针。”这就是一个很简单的事情。一发烧往北京支，这够受吗？我们发现这种情况，就通知医院，通过个人去反映，得到了一个比较独立的门诊。

- 你挂专家号或者普通医生，不能像咱俩这样一谈谈这么久，就只能说你感冒了回去吃点感冒药，他要是在你身上花太多时间，后面的人又不干了。

- 你（医生）对病人只要真诚就可以，病人就满足。咱能理解临床医生，医生很累，就那一两个医生承担全市的工作。所以我也理解，他们可能态度不好，但是他们天天要坐在这看这么多病人。我就说，你换位思考一下，是吧？

#### （四）医院仍然有很多不足

- 问题现在主要是医院的这个歧视。歧视始终都有，或多或少，这是一方面。（另一方面）他们有的时候不把病人当一回事儿。哎，就是医院的服务态度不好。

- 他们有的时候不把病人当一回事儿。不当回事儿主要原因还是歧视。

- 在天津都是免费（药）。在国内应该也是都免费的。在使用药的时候呢，医生会尽量让你使用一线药，成本低。现在全都是免费的药了。但是有医保的要走医疗保险。医疗保险分三块，门诊、住院和大病医疗。像这种大病医疗我们都花不到。我就去



问，这部分钱走哪儿合适？走门诊显然不合适，走住院总共就那么两三万元，一下花完了。有点别的病住院，没钱了还得自己掏。我说这是羊毛出在羊身上。说了没有用，起不到任何作用，体现不到“四免一关怀”。这并不是他们有意克扣我们，而是他们没有这方面意识，就是这样一个状况。那么，在所谓的三位一体中，我觉得应该有更进一步的工作，比如说病毒载量和 CD4 检测，像我这种不需要服药的就不用去医院。

• 现在做个痔疮手术都要做 HIV 检测呢。你有 HIV 的话痔疮手术都不给你做。比如说去年吧，有个男同<sup>①</sup>，他是肛门脓肿和尖锐湿疣。去了 K 肛肠医院。住院手续费、检查费什么的，4 000 元钱都交好了。最后检查出 HIV 阳性，然后拒诊，把检查费收了，其他费用退了。（调查员问：您觉得医院那边有什么利益追求吗？）当然有啊。医院各个部门、各科室是承包的。各个科室都有挂钩的。反正就这么给你说吧，即使都没有承包，妇产科一月给医院创利 10 万元，骨科给医院创利 5 万元。医院给医生发的工资一样吗？可能大家工资都是一样的，但是奖金不一样啊。就算没有承包，但怎么给医院创收？钱哪儿来的？不都从病人身上来吗？本来 200 元能解决的，就变成 600 元了，反过来医院再把效益返回科室。说不说都心知肚明的事情。反正医院肯定有应该改革的地方。

• 在 2001 年的时候，我们酒吧的一个服务员，也是感染者，连续发烧三天，40 多度。最初我们帮他护理，吃消炎药打消炎针。后来连续高烧不退，晚上 12 点了，我们就开车把他送医院了。当时啊，艾滋病住院部那边的大铁门关着，屋里漆黑一片，就开个小灯。我们去的是专门接收艾滋病病人的那块儿，隔

<sup>①</sup> 男同性恋的简称。

离出来了，虽然也都在传染病医院（艾滋病住院部这边没有人）。然后我们就到了传染病医院的大厅。有病不能背着大夫啊，我们跟大夫说：“这是感染者，高烧好几天了，麻烦您给处理一下。”大夫说：“我们处理不了，你得去艾滋病住院部那边。”我们就说艾滋病住院部那边没有人，您给联系一下。后来住院部那边来电话了：“发高烧啊？去北京吧。”（你看）大半夜，（让我们）去北京。我就把电话接过来了，我说：“你怎么这么说话啊？头疼脑热发烧就去北京？你就不头疼脑热？他这发烧你处理一下就好了，你干吗支北京去啊？你什么态度啊？”那边说了：“啊，我们这儿没有人啊。”“咋”，我就把电话撂了，不跟他废话。

• 早期的时候是医院的医生歧视感染者。歧视和医生的冷漠结合在一起，医患矛盾就产生了。医院原来有个主任，他是看肝病的，没有专门的艾滋病诊疗室。诊疗的方式也特别，看病的时候有很多人围在这儿。很多人来看肝病，艾滋病感染者去看肝病，第一次要给他出示确诊报告。感染者都会担心周围人看到，都小心翼翼地递给医生。医生拿起来：“啊！艾滋病啊。你同性（恋）异性（恋）？”一屋子的人在看呢！

• 有一些感染者，不通过我们也不通过其他的志愿者，就去其他地方（非传染病医院），结果医生不是特别细心看。去年央视报道，有一个小孩，癌症。他去医院要动手术，结果查出来（HIV 阳性）以后，医院拒诊。医院如果具备这样的条件，有这样的技术，不要拒绝，因为你是大夫，你应该比我们更了解。你大夫都排斥我们，这是违背职业道德的。是，你开刀有风险，但是敢上手术台的，你没这种技术？你作为医生应该比我们更了解传染途径和方式，难道还需要我们去给你们做这个宣传？

### (五) 志愿者对于“三位一体”的看法

• (调查员问:我曾经听过一种理解,说是如果把 CDC、医院和志愿者小组合在一起通力合作的话,因为各方的利益都不一样,关注点也不一样,它们之间去合作,没有共同的利益,不如让它们互相制约,像三权分立一样,您怎么看?)

实际上我觉得,在中国,这其实是一个很好的理念,但以中国的现状,根本不可行。因为在中国大政府小社会的社会环境中,志愿者所能代表的本就是小社会,而且还是一部分群体的小社会。那两个是强权方,人家就是政府的职能部门,你志愿者怎么样去制约?

首先,要制约,你手里要有权,当然并不一定是实际的权力,而是说,你要有筹码。现在,志愿者的筹码只是社会,只是我有这些人。很多时候,医院和 CDC 觉得,你有没有人对我无所谓,你没那些人我也是科长,也是医院。

如果大家都能把视角放在人的身上,就是感染者的身上,那么问题就很容易解决了。但现在,各自都是把视线放到自身的利益上,包括有的志愿者小组也会存在这样一个问题。比如,有一天传染病医院让志愿者进驻,去设一个点,但是,人员工资和任何费用都不出,而志愿者就会说,我们多做了一份工作,就多了一份人力费开支,你不给我们承担,那可怎么办?

权力相互制约很难,至少对志愿者来讲,没有任何权力去制约别人,而且 CDC 和医院的考核,都是上级对下级的考核,志愿者没有办法去考核。如果真的是这三方合作,一起被一个什么利益捆绑起来,那可能会滋生一种腐败。例如,既然咱们都能相互制约、相互考核,那好,来吧,咱们一块儿玩吧。

• CDC 给我们提供的只是技术支持,比如每季度做个

CD4，提供 CD4 指标，每年做个病毒载量检测什么的。医院就是检查身体，该收费收费，该给你用什么药用什么药。志愿者小组就是做随访关怀、心理治疗、情感倾诉等。一些日常的小的事情，他们（感染者）不愿和 CDC 和医院说的，就来找我们。毕竟我们是同类人嘛，心里没什么隔阂。

- CDC 的支持，比如给我们一些办公用品的支持啊、打印纸啊，或者抽血的工具、手套啊。反正就是这些日常用品吧。资金什么的没有。我们自己也有项目支持，有些东西我们自己能弄就自己弄。他们的支持也有限，他们也要上面给批。最初的时候给过电脑啊，那都是 2007 年、2008 年的事了。

- 我们相当于一个纽带的作用。有些感染者可能面对大夫配合得不是很好，甚至有些人不愿意面对。我们最大的作用就是纽带的作用。（调查员问：咱跟 CDC 一般什么关系？）我们做全球基金项目，我们就要托管在 CDC，就是挂靠。（调查员问：就是挂靠在 CDC 下面，你们拿钱就可以做活动了？）对对对。再有就是我们做“中盖项目”<sup>①</sup>的时候，CDC 会提供大夫。我们起到纽带的作用。他们做不来的，我们做，我们做不来的，CDC 来做。

- CDC 在工作上是绝对地支持我们的，配合得还可以。要说给物资，物资也可以给。但是要说钱的话，给也是有限的。

- 三位一体的实现，难点在于歧视。

- 志愿者本身不够团结，主要是名利方面的原因。咱们这个小组是站在感染者的角度。其实还有同性恋类别的组织，但是相互不能合作。我给你举个例子。在 2010 年招标的时候，在天

<sup>①</sup> 中国政府与比尔·盖茨基金会在防治艾滋病领域的合作项目。

天津市招标，水非常深。CDC本来应该给我一块蛋糕，这么大一块，但他们只拿出来一角。我说，这么分是不对的，咱们志愿者应该争取更大的蛋糕，他们给的太少了。可是，这家（志愿者小组）有6%就堵住嘴了，那家给3%就堵住嘴了。最后这些志愿者小组就撤出了。

#### （六）目前的良好状况还缺乏制度的保障

•（调查员问：您刚才说到，咱们小组和医院的合作，这种沟通机制是比较好的，那这个机制是如何建立起来的？是依靠个人魅力，还是两家的一个共识或协定？）

靠个体，完全是个体。目前来讲，都是个体在做这样的一些事情，包括传染病医院，包括其他的医院。天津的治疗费用很高的问题，我们也是想办法去解决，但是我们找到的也只能是比较好的一些医生个人，比如AAA医院的×××大夫。在他上班的时候，有病人拿着我们的转介信去，就可以按照很便宜的价格接受治疗。但是同样是这个医院，同样是这个科室，换了另外一个大夫，可能就不行。

（调查员问：大夫是认您这个人，还是认咱们这个志愿者机构？）

大夫是认这个机构的，是对机构的。只是，这个关系是由志愿者个人与大夫建立起来的。有很多时候，这个关系是我们自己跑来的，我们通过我们机构的一些工作影响啊什么的，当然，也会有一些朋友介绍，比如他们会说，××大夫挺不错的，你们以后有病人就可以给他转。然后我们就会去找到这个医生，去和他建立这样一种关系。

• 我们志愿者的前途，就看政府有没有这个购买服务了。

政府倒是认可购买服务，但是具体什么时候，怎么个购买法，还罩着，看不见摸不着。政策在制定当中，但是我们的工作不能停啊。每天都要做检测和心理关怀，有来做检测的，有感染者来聊天的，我们不能停啊。

### (七) 机构设置的问题

• 现在中国的传染病医院，或者感染者的定点医院，很少是综合性医院。比如说，感染者仅仅是长痔疮了，传染病医院做不了手术，因为没有外科。天津的传染病医院，以前是大型的肝病医院，后来才开设了 this 传染病医院，所以最简单的痔疮手术也做不了，因为他们没有肛肠的外科，那就没办法。这个时候，你就只能去找其他的医院。

甚至有许多感染者是在医院里面被查出来的，他自己不知道自己感染了，是在外面的其他医院做手术，因为术前有体检，被查出来的。这个时候呢，这个医院就把事情甩给 CDC 了，让 CDC 去做确诊，就放到 CDC 了。

(调查者问：那 CDC 确诊以后呢？再来找综合性医院，他们会给治疗吗？)

这个就看情况了，比方说去年××老师做的那个感染者手术，就是因为在外面的真的很难做感染者的手术，真的是一个很难很难解决的问题。所以说，我希望这个三位一体的医院方，并不仅仅是指传染病医院。可是就目前来讲，中国很多的传染病医院不是综合性医院，要想把它们都改成综合性医院，那需要一笔很大的费用，很长的时间，也不现实。所以，既然有那些现成的综合性医院，为什么不能梳理出给感染者的一条通道呢？而且实际上，对医护人员来讲，为一个感染者做手术，没有额外的风险，只要按照他们的职业保护措施去做，那就没有问题。

(调查员问：但是现在的这些问题，就是综合性医院不愿接受感染者?)

他们会以各种理由来拒绝。例如说，如果感染者有什么意外，我们这里没有什么应对手段。其实就是想尽各种理由去拒绝。

#### (八) 建设性的意见：社区小组进驻医院

• 我觉得，至少我们可以先迈出第一步，就是志愿者小组可以进驻到医院。这样可能会及时发现更多的问题。很多时候，遇到了什么问题，病人只和我们志愿者说。同时，志愿者在医院里，可以直接去服务那些更为迫切需要服务的人。比如，很多在传染病医院里住院的病人，没有让家人知道，就自己一个人在医院里，可是医护人员会比较忙。这个时候，志愿者就可以很好地帮助他们，至少临床护理是可以做到的。还有，护士基本上是女的，有些男性感染者做完一些手术，或身体比较虚弱，他不方便起来上厕所。如果有一些志愿者同伴在的话，就可以很好地去处理。

我们志愿者跟那些医护人员，像现在天津市传染病医院新上来的那个大夫，还有他们的护士长，都沟通得非常好。他们有什么问题也会随时与我们沟通，来寻求我们的帮助。但是如果作为一个机构要进驻到另外一个机构，那就不行啦。

你知道，在中国，志愿者这个概念还是很敏感的，特别是天津这个城市又是一个比较保守的城市。所以，院方不敢让志愿者进去，或者对志愿者进去之后会有些顾虑。院方觉得，就算现在没让志愿者进来，但这个医院的状况不会变得更坏，因为院方不敢预料，志愿者来了会是什么样，好了当然是好，那要是坏了呢？



再比如说，进驻医院的志愿者如果从事什么事情的时候，会不会打着医院的旗号或是怎么样呢？同时医院可能也会考虑，需不需要我给志愿者钱呀，是不是需要给他们一个专门的场地呀。这些可能都是院方要考虑的事情。

### （九）加强沟通，渐行渐近

我觉得，三位一体可能也是相互进一步更多地了解吧。就像目前我们和 CDC 的合作，CDC 觉得，志愿者这帮人真好使。如果他们自己找感染者的话，比如有 10 个人，他们自己只能找到 2 个；但是我们帮他们一起找，就可能帮他们找到 9 个人。他们就看到了志愿者的工作成果。

但是，我们做了更多的工作，医院看不到。比如，很多感染者到了该服药的时候不敢服药，有可能会觉得，这一吃上药了，就会吃一辈子，因为他们每天都需要定时吃药，他们会想：会不会被别人发现什么的。他们会有更多的心理负担，也会担心去医院了，使用了医保，会不会被别人发现，会不会被亲戚发现。感染者都会有这些顾虑。我们帮他们打消这些顾虑的时候，医院看不到。医院看到的，只是一个一个的人死掉了。

说实话，医院也不需要我们志愿者的转介。医院开了门，你愿意来就来，不愿意来拉倒。当然感染者来得更多，医院的效益就会更好一些。但是你知道，医院的效益好了以后，医院的其他各种成本就上来了。比如医院必须强行给感染者做梅毒的检测，医院本来可以省这 80 元的，结果政策规定非要医院做一次。对医院来说这也是挺矛盾的事情。

北京地坛医院有个红丝带之家，也不能说是志愿者进驻到医院，而是医院自己成立了一个非营利社会组织，我觉得这种方式

也是挺好的。因为感染者都要经历去医院这一关，说实话，这是必然的。感染者必须经过 CDC 确诊，早晚有一天会跟医院打交道。特别是一旦感染以后，连一些正常的手术，要做都是非常困难的。

### 三、CDC 如何看待“三位一体”？

#### （一）与医院的成功合作

- 我们 CDC 跟医院合作挺多的，以前每个季度要做一次二级以上医院的督导，现在改为半年一次了。配合上主要是跟医院的疫情科，门诊的话主要是跟性病门诊联系，虽然说“性艾不分”，但是性病报疫情主要是在 CDC 这儿管理。

- 这些年合作挺好的，有需要的时候比如说要安排什么任务下去，督导的时候就会说。我们每年年底开一次性病艾滋病检测会，有什么需要安排下去的任务在会上就说了。但是我们辖区里有一些级别比较高的医院我们管理不了，这就要靠我们的私人关系了，我们跟这些医院私人关系都不错，挺客气地就把任务布置下去了。

- 咱天津市目前来讲是市 CDC 还有总医院，塘沽 2010 年批了一个用于确诊的实验室，其他的都需要送到确诊实验室进行确认才能给人定是或者不是。我们也是怕信息流失，所以每年都会培训医疗机构，发现病人初筛可疑的，进行第二次采血必须先电话进行确认。我们每天都要浏览初筛信息网，如果结果是阳性的话我们都要去医院开展“流调”（流行病学调查），然后报告疫情，后期的管理指导就是我们接手了。

- 医院从2005年开始每个月得上报数据，我们要进行审核。如果有阳性的，我们要电话报告，收集个人信息，采血送市里做确诊实验。

- 发药的权力给到医院，咱们CDC的工作比以前来说稍微轻松一点。其实从老百姓个人来说，到医院看病，为什么领药要到别的地方呢？传染病医院看病就诊有流程，CDC没有临床医生，病人的临床问题解决不了。

- CDC跟医院的合作，现在是术前检测。因为现在医院在手术前都会做一个HIV的初筛工作，他们的工作量是比较大的。他们也发现了很多感染者。每个医院每年都会发现好几例感染者，他们发现了之后我们就去做流行病学的调查。他们那边也有初筛实验室，一般是初筛完了之后再这份血送到市CDC去做确诊。我们也可以去采血，一般就看谁更快一点。

- 谁去做这项工作？理论上应该是医院，因为是谁发现了谁就做这个工作。但是我们CDC算是医院的指导机构吧，因为我们比医院更专业一点，所以我们可以去。如果时间上来不及的话，或者说有困难的话，我们也会过去帮助医院做流行病学的调查。这样的案例也不少。我和×大夫就经常去。因为只要是坐落在我们区的医院，我们就有权利和义务去帮助他们。

- 从2017年的6月份开始，领药已经不在我们CDC领了，改去医院那里领。以前是先是在传染病医院做完检查，然后医生开方子，开完方子再到我们这边来领药。但是这个流程对病人来说是非常不方便的。因为别的城市已经把药物给医院了，咱们天津市算是比较落后了。直到2017年才有所改善。其实我们还很感谢这个政策的。因为病人来领药的时间并不固定，我们的工作又比较繁忙。

## (二) 但是仍然存在困难

• 现在是这样，天津市指定就一家传染病医院。这几年我们 CDC 承担的任务确实太重。天津市 18 个区县这么多病人，出现一些临床病例性感染，都需要到传染病医院治疗。我们 2015 年 5 月 24 日—25 日把以前管理的服药病人信息都转到传染病医院了。通过前几年服药病人的反馈意见，确实传染病医院承担的任务很重，所有的病人上午半天集中在那里，医生确实不能一一解决。有些病人对传染病医院的意见很大，咱也能理解。现在还好一些。2015 年药物在我们这里，以前都是在这里取药。2015 年 5 月份以后才转交药物。不光发药，还要解决病人的投诉，咱也只能安抚病人。这确实也不是临床医生能处理的，病人来太多了，就两个医生，不可能挨着个都解决。

• 医院虽然是由卫生局管，但是具体工作还是 CDC 承担。我们每年会给卫生局提交工作计划，以卫生局文件的形式下发。当然我们 CDC 的工作计划也是结合市里的工作菜单和我们区的实际情况制定的。我觉得对传染病要考虑得全面一点，时间长了就能顺理成章地贯彻下去。如果一点点加，临床大夫就不习惯。如果一开始就想得全面点儿，贯穿下来，开始可能不好实现，时间长了就养成习惯了。

• 对病人的歧视问题还是普遍存在的。理论上医生对病人应该是一视同仁的，但是医生也是人，他们也会惧怕，也会尽量不要和感染者接触。其实我们 CDC 平时也会跟医生说艾滋病的传播途径啊这些方面的知识，但是他们就是会害怕，因为医生在做手术的过程中出现伤口的问题是经常会遇到的，比如说割伤，或者血溅出来。但是对艾滋病人，就手术来说也并没有特殊的要求，就是一般做手术怎么防护，对艾滋病人也怎么防护就可以

了。如果不割破手的话肯定是没有问题的，就算是血溅在手上，但如果你的手没割破也是没有问题的。其实防护的方式还是很多的。

- 现在我们区，包括整个天津市都是一个低流行地区，HIV 阳性病例的发现很有限，普通医院跟感染者接触的也不多。而且我们 CDC 下去宣传的时候，也要求医院营造不歧视的氛围，一直都跟医生们这样讲，但是讲完了以后他们能理解到什么程度，这个不好说。关怀随访主要都是 CDC 在做，医院在这方面做得很少，几乎没有。

### （三）CDC 与志愿者，不是管理，是朋友

- 前几年我们配合社区小组做干预工作，下场所。为了做好工作，我们本站也招募志愿者，我们有时候确实忙不过来。

- 像海河之星社区志愿者小组，还有深蓝社区小组，还有一个爱心社区小组，包括我们督导和管理工作组，还有最早的针对暗娼的社区小组，社区小组近几年承担国际项目也好，承担国家的项目也好，做干预和宣传工作，我们提供一些配合。如果需要提供技术指导，我们就会提供。比如周六日到一些场所做采血，就是我们提供的人，还有现场咨询和解答，都是我们去。我们就是相互合作和配合的关系。

- 社区志愿者小组做一些工作比我们方便。他们对“同志”（同性恋）人群相对来说比较熟，接触起来比较方便。CDC 的工作人员，如果到一些“同志”人群聚集的场所去，他们可能有一些戒备心理。志愿者的前期宣传工作如果有什么问题到我们这里来，我们给解答，或者提供采血服务什么的。到后期，“同志”人群慢慢了解我们 CDC，作为政府部门，强调信息保密。毕竟

对这种病在中国大众范围内会有一些歧视。他认可你了，陆续就来了。上回有的人来 CDC，一坐坐半天。你给他解答这方面的知识，但是他确实心理上的压力很大，可能还会有一些心理上的问题。

- 跟志愿者组织的关系还行，“中盖项目”要求必须有草根组织参与，最早是“全球基金第六轮”<sup>①</sup>的项目，我们 CDC 配合志愿者组织做采血化验，去他们那儿宣传艾滋病的相关知识，合作得不错。

- 我们 CDC 和志愿者，基本上没有什么冲突或者是配合得不太好的地方。我们合作还是很愉快的，只是有时候在工作时间上要协商一下。像对暗娼的干预，一般都是中午或者晚上，她们中午刚起床，或者晚上开业前我们去找她们，需要占用我们的业余时间。但是这也没什么，做艾滋病感染者的工作就得牺牲个人的时间，因为他们的作息时间和普通人的不一样。之前有药的时候就更好管理了，他们上我们这儿检查拿药，没什么冲突。

- 我们区 CDC 跟志愿者小组有合作，志愿者小组对应的跟哪个区合作就送往哪个区，一般很少送到市 CDC 去。市 CDC 一些咨询的人会去得更多一些。

- 我们（区 CDC 人员）和志愿者小组这几年的关系还是不错的，不管是“深蓝”也好，“海河之星”也好。尤其“海河之星”落脚在咱们区，从我个人来讲和他们的配合不错。比如说有些朋友是转介过来，检测是阳性。这些人流动性很大，有些人挂了电话就找不到他们，我就会找社区小组的人让他们留意看看。有时候社区小组会聚在一起聊天，找一下人就行，让他联系一下我。我们合作很不错的。

<sup>①</sup> 中国政府与“防治艾滋病全球基金”之间的合作项目。

#### (四) 支持“三位一体”的思想，但对现状不够满意

• 总在说“三位一体”，也是其他国家的先进经验。也就是把先进经验介绍给我们，将来卫生部门也有可能参考。我觉得挺有必要的，在艾滋病防治这方面，应该是政府倡导，各部门参与，全社会共同参与。其实我也想写一篇论文，我想了解“中盖项目”对我们区阳性发现有什么作用，但是我从来没写过社会学方面的论文，也没学过，觉得光用数字来说不太好。

• “三位一体”目前的状况是6分吧。我觉得联系应该更紧密一些，“三位一体”现在根本就还没一体呢。我觉得将来应该是有一个从阳性发现到“流调”随访到CD4检测到转介给感染者组织的流程。可能天津市是一个艾滋病低流行区，所以还没有形成规模，像广西那边相对成规模了，好像就比较成熟。

• 这方面的情况应该不是很好。这跟天津市是低流行地区有关，没有引起政府的高度重视。一些高发地区，像广西、四川、河南，那边的政府部门会非常重视，政府重视了就会带动工作开展。高发地区拒诊也肯定少，医生见多了，而且感染者很多，你不治他治谁呀。

#### (五) 需要政策支持

• 治疗都是医院在负责。社区志愿者主要是负责心理上的关怀。其实我们还是很需要社区小组的帮助，现在主要是看以后怎么配合了，主要就是看资金问题怎么解决。如果我们没有资金的话就很难。主要是看国家的配套投入。就算有政策出来了，政策的实施还是需要一定的时间的，而且从上到下这样一级一级地拨，就更不容易了。



- 在医院里成立志愿者小组的点，这个我觉得应该由政府协调。我也听有些病人说其他省市，像北京市的佑安医院旁边就设立了志愿者小组，省得病人来回跑。从医生那里，我得到的信息是，跟社区小组好沟通。我觉得这个模式挺好的。天津市好像目前还没有。有个爱心社区小组，好像是在传染病医院里头，我也不是很清楚。社区志愿者小组最好是由政府给协调一下，说白了，将来国家有经济支持会有好处。这是我个人意见。由政府牵头，由政府通过关怀资金啊什么的来操作一下，整合一下，把事情做得更好。

- 我觉得还是需要政府部门协调，一些比较大的医院，别说区 CDC 了，就连市 CDC 都管不了，应该由上面出台一些政策，会好一些。仅仅是上面建议我们来做，这是不够的。即使是卫生部门，更上层没有政策，他们也没办法。

#### (六) 需要客观条件

- 志愿者提到想在 CDC 或者医院有个办公室当作活动点，他们能帮忙维持秩序，每周有一两天能集中起来讲解一下知识。我觉得应该可以，但是这个得和传染病医院有个交流，还要去天津市卫生部门搭建平台。因为临床医生的任务量太重，我们老百姓去医院就诊都希望和医生多说几句，但是医生可能顾不上多解释。所以有这个平台，我认为是很好的，对感染者是有益处的。

但是目前来讲我们区 CDC 还没有这个条件，我们以后搬到新的办公楼，据说办公条件可能会更差，卫生部门、防疫站、监督所、妇幼产院几家全都在一起。我们有时候想想还是留在旧楼里得了，别去那里和各个科室一起办公。因为房子都满了，所以现在来讲没这条件。

但是这样合作还是不错的，互相借助优势，但也有一个前提，就是得征求人家同意。就我个人来讲，我们发现的感染者和病人，有些是社区小组宣传活动转介过来的，做检测什么的，有些是医疗机构或门诊或活动发现的，需要征求别人的同意。我们的工作称得上是半个心理医生。有的时候你要了解他的基本情况，做检测，还要关注他的心理变化。有的朋友经常没办法跟别人接触倾诉，他就来找你，但是以后长期怎么办呢？

滨海社区小组和深蓝社区小组，他们有感染者和病人的关怀小组，他们会像朋友一样帮你解决困难，听你倾诉，给你提供帮助，像朋友一样。我们这里有他们的转介卡。

#### （七）对于前景的估计，有喜有忧

- 三方自己来协调，不太可能，很困难。因为 CDC 跟医院是平级单位，就算我们要求医院做什么，也要通过上级来要求。如果上级没有政策，我们也不能要求医院配合我们。我们区还好，像和平区里的大医院特别多，根本就不归和平区 CDC 管，协调不了。那些大医院连市 CDC 都不一定搭理，病人都忙不过来，人家也没条件。但是跟草根组织合作会比较轻松。至少得有政策扶植，才有可能做。

- “三位一体”，我觉得 CDC 的力量大。阳性一般是在医院发现的，但是发现后的报疫、流调、随访关怀都是我们 CDC 在做，后面的各种转介服务也都是我们在做。近几年，感染者男性里面 80% 都是男同，暗娼的阳性一年只有一两例，男同中一年能发现四五十个。再加上男同组织有项目支持，而且男性感染者更愿意找组织，一是因为性取向的认同，二是因为需要组织的关怀，所以志愿者小组也做了不少工作。但是定期的检测还是要来

CDC，CDC的工作还是重头，我们也希望有更多的组织能帮我们分担一些工作。

• 相对于医院而言，我们CDC跟志愿者小组的接触会更多一点。社区小组会管理很多病人，自己也会建立档案，对感染者进行关怀。如果病人出现很多问题的话，小组是可以直接和医院联系的。现在市里也比较重视，也正在改善就医定点的问题，即感染者如果要做手术的话应该去哪个医院就诊。因为有的医院并不具备做高难度手术的能力，我不知道现在有没有确定让哪个医院来做，但是以后肯定会确定的。因为艾滋病并发症陆续会越来越多。很多时候感染者的很多需求都得不到满足。

• 我们CDC平时的工作量相当大！刚才跟你说的只是冰山一角，那些只是其中的一部分工作，还有很多别的工作。还要负责性病的管理，像梅毒之类的。每年都得向上报一次。我们CDC的每个科室的工作都处于比较饱和的状态，就是人员比较紧缺。很希望能有更多的新人加入进来。

我们也尝试过招募志愿者或者实习生。以前，因为我们是项目经费的，也就是“中盖项目”，志愿者小组是没有经费的，所以我们会跟他们合作。因为单靠我们几个人是无法完成这些工作的。

“三位一体”，首先考虑的是地域问题，因为毕竟近一点工作起来会更方便一些。然后就是看以前的合作，如果以前的合作是愉快的当然会优先考虑。我们这个区由于工作量比较大，以前和四个志愿者小组都是有合作的，男同的采血就有4500多人，达到了顶峰。这样或者由他们和我们一起去工作现场采血，如果忙不过来的话，就先由他们（志愿者）去采血，然后我们会再派一个大夫去现场把这些采好的血领回来，然后再做检测。

## 四、“三位一体” 在医院的眼中

### (一) 医院与 CDC 的合作

• 现在就让医院接手艾滋病人确实不太可能，这还得由市里和医疗机构来协商。我们区的情况我觉得还是不错的，如果医疗机构发现 HIV 阳性的人，除了性病门诊和 VCT<sup>①</sup> 门诊，大部分感染者都是临床住院。我们医院这点我觉得做得不错。我的要求就是将每个感染者都当做潜在病人做防护，就什么事儿都没有。

• 咱们医院是天津市唯一一家负责艾滋病治疗的医院。关于艾滋的防治也得到了我们领导的大力支持。医院对艾滋病这一块相当重视，投入也很大，最近咱们就派了一名医生去国外学习了。

• 其实我们医院在这个方面的投入是很大的，领导也非常重视，医疗设施、医护人员的配置上投入都非常大。我们也很注重培养年轻的新人，像我们科的高医生马上就要去北京学习。我们医院还是挺重视的，其实我们收一个（病人）就赔一个，根本不像有些人猜测的那样我们靠治疗艾滋病赢利，这个绝对没有。

（调查员问：所以说，医院治疗艾滋病人还是赔钱的？）

是的。国家没有给我们经费，医院自己还得拿钱补贴。我们这个科的医生护士奖金也是比较高的，都是我们自己补贴的，医院不拿治疗艾滋病赢利。其实好多东西我们都做了，像我那里就有所有病人的资料，每一份都是我亲自做的，我们做的事情其实

① 自愿检测的咨询。

很多，但是我们工作太忙了，没有时间及时地总结，把它上升到理论的高度，我们也想跟你们调查者合作一下，请你们帮我们总结总结。

- 有些病人有想法，比如害怕自己是假阳性，就问，我能不能也在医院确诊，就不用两头跑了？其实住院的病人不会去 CDC。跑去 CDC 的有些病人的病不严重，初筛结果还没回来他们就出院了。所以我们才要求医院首次初筛要采集个人信息。就怕病人流失了。第一次筛查的时候病人的电话都要要来，以防需要再筛查时却找不着。

- （调查员问：医院和 CDC 有没有什么重叠的工作呢？）没有什么重叠的工作，我们是两个系统。原来 CDC 管填表，现在已经转到医院了，相当于是一站式服务。但是检测病毒载量和 CD4、确诊还是在 CDC，医院没有这个项目的经费。以前药都是在 CDC 取的，现在改在医院取了。所以说以前病人提的交通费的问题现在已经不是个问题了。现在病人也就是每年要去 CDC 做 4 次检查，哦，第一年 4 次，后面每年 2 次，其实按说应该是要 4 次的，但是 CDC 现在只给做 2 次，剩下的 2 次你要做的话就得自费了。

## （二）医院与志愿者小组的合作

- 我们的关系都是很好的，你们刚才也看到了，我们跟志愿者小组的人都很熟，平时的相处就像朋友一样。他们有什么医疗上的问题就来找我们，我们都很热心地帮他们。我们遇到了不配合的患者，也通过志愿者小组来做工作。我们的关系很好。

- 有人知道自己感染了 HIV 病毒之后，会感觉到心理压力

特别大；或者他家里有孩子啊，爱人啊，会让他感觉到心理压力。我们会对他们做一些心理辅导，缓解心理压力。有的时候我们会把这些感染者介绍给志愿者小组，让感染者去参加一些有关活动，心情就会好起来了。

其实有的患者，从他们的检查指标上来看，都没什么太大问题，但是他们的心理压力特别大，比较严重的就出现焦虑、抑郁，觉得自己没几天能活了，这种情况可能会加剧病情。所以我们就得在告诉感染者情况之后，对他们进行一些心理辅导。我觉得重在沟通，什么事儿说开了就好了。有好些感染者不理解，也不清楚情况。我们就要把感染的一些具体事项告诉这些感染者。然后，我们就会把这些感染者介绍给小组，就比如咱们今天开会的这些社区小组，比如海河之星。小组有一些天然的优势，能够更深入这些感染者的生活，对他们的生活更了解，可以让这些感染者参加一些小组的活动，缓解他们的压力。这样对他们的情况（患病）也会有好处。

- 其实社区小组经常会带这些感染者参加一些社区活动，而且这些小组的领导也会经常带一些感染者来我们这里进行检查和治疗。因为有些感染者刚得知这个病，自己也抓瞎，不知道在医院里面应该怎么办。这些小组的领导也会带着他们，帮助他们。因为小组的领导对医院比较熟。

- （调查员问：其他两方对医院的工作有没有什么需求呢？）有需求。这个我们也不太好说，他们有什么要求都直接跟卫生部门提，卫生部门再通知给我们，我们不是一个系统的，所以他们有问题也不会直接跟我们提。

我们三方没有直接的沟通，但是志愿者小组提出的问题，只要合理，我们都会请示上级，然后给予解决。

## 五、“分久必合” = 利益协调

在定性访谈中，志愿者小组、医院和 CDC 都不断地反映：三者的根本利益虽然是高度一致的，都是为了预防和治疗艾滋病，但是在具体工作中，在涉及具体利益的时候，仍然难免出现一些不够协调的情况。

从志愿者小组的角度来说，他们直接在第一线做感染者的工作，经常是非常细致、琐碎、困难和不容易很快见效的，他们经常需要经费的支持。在这方面，虽然医院和 CDC 都给予了很大支持，但是更多的是临时工作的经费，缺乏对于组织建设和日常管理的支持。目前志愿者小组主要是依靠国际资金的支持，但是由于这些资助都是项目方式的，因此一旦项目完成，小组就失去了资金来源，非常不利于小组的可持续发展。因此，志愿者小组希望国家和地方政府能够把支持小组活动纳入正规的、日常的、长期的、固定的经费支出之中。在目前阶段，“政府购买服务”的方式已经是一个非常大的进步，但是离志愿者小组的实际需求仍然存在着一一定的差距。

### （一）在社区小组看来有以下的问题

- 这种合作，就意味着资源的分配。涉及资源分配的时候，很多社区小组就说，活给我干行，但是这钱怎么分？会有这样的问题。

- 医院和 CDC 也会有一些矛盾，比如说，医院觉得，我是医院，为什么确诊要让 CDC 来做，而不是我来做。就是说，CDC 和医院之间本身就有一些固有的矛盾存在。你知道，这样一个确诊的权力，那背后是代表资源、权力和利益的，对吧？比如在结核防治这个方面，有专门的结防所，还有一些医院，本身就会有产生矛盾的地方，或者说，就会产生一些交集，就会有一



些不好的影响，它们之间可能会有一些竞争，当然，它们也可能合作，它们毕竟不愿意有更多的这种不好的事情出现。但是，同样是强势部门，谁先抛出橄榄枝，谁就处于弱势了。你先来找我合作，那恰好证明，你的需求比我大，那么我就可以开条件了，去提更多的条件了。

## （二）更为深刻的疑虑

在一些志愿者小组看来，CDC的目标与自己存在着差异。

- 流行病要有一个国家检测，国家要有监控。你发现了这个人，你要跟踪他。这个人好了，还是病了，死了，都要追踪到底。死了要报死亡。数据库里面死亡人数增加。要想起到这样一个作用，就是要跟踪。但是他们起到的作用是要掌控。

- 比如说CDC惯用的一种招数，没有人做的时候鼓励你去做，恨不得帮你做。帮着你做了以后发现你做着做着认识了很多（其中的流程），你会跟我讲条件了。那我（CDC）就找一个不跟我讲条件的。这样的话，它（CDC）找的人（组织）会让第一个人（组织）感到不舒服，就激化了二者的矛盾。自己人掐得越严重，它（CDC）获得的利益就越大。我觉得社区形成一股合力是可以维护工作组的权利和权益的。但是在更基层的工作上，想达到合力非常难。

## （三）医院也有自己的特殊顾虑

对于医院来说，虽然目前已经获得了院领导的大力支持，足以保障经费所需，但是从长远来看，仍然存在一定的问题。按照医生的话来说就是：

- 医院毕竟是一个自负盈亏的经营单位，资金投入虽然不够，但是已经是尽到了最大的努力。实际上是医院在养着我们，还要对我们倾斜，根本就是赔钱的，例如工资与成本等。医院和我们自己基本上都是出于公心，出于责任感，出于良知，在努力地做这个工作。可是光靠激情和热情是很难持久的。我们医院的领导已经考虑到这个问题，对我们不进行直接的业绩考评。但是时间一长，恐怕很少有医生会愿意继续做这个工作。例如有些护士就不愿意来。此外，医院已经打了报告，申请给感染者一定的补助，但是已经半年了，仍然没有下文。

- 因为艾滋病这个东西，吃药也一定会有副作用，我们也必须防止会有一些法律纠纷，怕惹上官司。

#### (四) 感染者却不这样看

他们认为：

- 国家有规定，医院不得拒绝感染者就医，就是不论综合性医院，或是非定点医院，这个国家是有规定的。但是落实到基层就很难执行。我们很多时候就会考虑，是医生的问题吗？可能还是医院的问题，或是什么其他的问题。有的院方会说，如果我们医院真的给感染者做了手术，那么其他的病人就不敢来了。这可能就涉及社会的问题。但是我觉得，医院给感染者做了手术，也没有必要满大街嚷嚷，谁会知道啊？！而且医疗器械严格按照规定操作，HIV病毒也没那么强大，比那个结核病毒脆弱多了，做好一般的消毒防护就可以了。但是政策落实可能是个很大的问题。

- 感染者的管理和追踪工作是CDC的，医院是负责治疗的，

最开始没有任何关系。特别是在医院那里，虽然 CDC 对医院进行监督，可是医院没有相关的绩效考核。CDC 系统有绩效考核，感染者的流失率不能太高，太高了就会扣钱。但在医院，出了医疗事故那是个问题；没有医疗事故，只是病人少了，在医生看来，跟自己没有关系。当然院方和医生都希望病人来得更多，那样他们的收入可能会更好一些，但是病人不来的话，他们也没有错。但在 CDC 就不行，你没随访到这个人，就是你工作的失误。

• 也就是说，赋予医院的职责少了点，而且也没有解决如何考核医院的医疗服务的问题。在医疗上，必须有更多的人文关怀，才能更好地保证药物依从性。如果感染者不愿意吃药，就要给他讲，吃药为什么好，不吃为什么不好，而且必须按时按点地吃。可是大夫们都很忙，也许就顾不上说这些了。在我们感染者看来，很明显地是某个大夫好，某个大夫不好。不好的那个大夫，一个星期有四五个班儿，但是每个班可能只有四五个人、七八个人。因为感染者不愿意找他。那个好大夫，一个星期只有两个班，他每次去都爆满，都有四五十个感染者来找他看病。

• 医院管理者应该看到这种情况，应该想办法去解决。这可能就不只是医疗水平或者医疗技术的问题。这是一个最基本的问题，需要院方认真考虑，从机制上做出充分的保障。

### （五）在 CDC 方面

虽然已经对志愿者小组进行了大力支持，但是对于感染者最关心的治疗问题，却基本上无法插手，而且由于 CDC 仅仅是管理那些未开始服药的感染者，因此实际上把感染者给人为地分成了两部分。这不仅不利于 CDC 本身的工作，而且也不利于志愿者小组的工作，更不利于小组与

CDC 之间的合作。正如 CDC 人员反映的：

- 我们的经费管理非常严格，必须专款专用，不能超出范围。可是志愿者小组经常需要做一些其他方面的工作，我们也知道非常重要，却很难给予经费的支持。我们也多次向上级汇报过，但是财务制度就是财务制度，谁也没有有什么好的办法。

#### （六）三方的沟通愿望高度一致

在定性访谈中我们发现，志愿者小组、医院与 CDC 这三者之间，虽然总的大目标是一致的，就是预防和治疗艾滋病，但是在具体操作中，具体的目标与角色仍然存在着一定的差异。目前三者之间的不够协调，在较大程度上就是来自这种差异。

志愿者小组认为：

- 其实我认为，以后无论说是“三位一体”还是“两位一体”，现在都是概念，什么“三位一体”“八位一体”，其实就是你干你的、他干他的，怎么可能一体呢？最重要的还是要有一些协调沟通机制，或者一个平台。

医院也认为：

- 咱就事论事地说，咱们这三方其实都是为了病人负责，都是想更好地为病人服务。沟通是最重要的。

CDC 更是认为：

• 其实我们最想做的事情，恐怕就是这个“三位一体”了。可是怎么才能沟通好呢？我们现在也没什么办法。

### （七）目前天津的成功经验

志愿者小组说：

• 说实话，我们志愿者跟 CDC 的合作已经很深入很完美了，我们把可以省去的环节都省去了，比如说最简单的，很多的城市不承认 NGO 小组做的快检。也就是说，快检做完之后，在 CDC 还要再做一次初筛，然后再采血，再做一遍复检。但是在我们这里呢，这一管血采完了，快检出来了，就证明初筛是阳性了，不用采第二管血，就拿这个血去做确诊了。病人就少了一次痛苦，少了一次再采血。何况，第一次初筛是阳性的，再把他叫来就很难了。你再叫他过来，他可能自己会想很多事情，他就不敢来了。在这样的情况下，CDC 认可了我们的检测结果，后面的事就可以很顺利地开展了。当然各地的方式都不同，有好多地方，初筛、复检、确认，必须采两管血。在我们这里，我们都在尽量避免这些冗余的环节。

我们这个针对整个天津市的，但是我们的感染者全国各地都有，可能是因为各地的组织，包括 CDC 的服务质量不太一样。我们这里就有福建的感染者会定期坐飞机过来，在我们这里做 CD4 检测，然后再回去。我认识一个朋友，他从初筛确诊，到拿到确诊报告，前后经历了 4 个月，他赶得也特别巧，什么今天过节，明天 CDC 出去开会，还有什么 CDC 装修，这些事全让他给赶上了。我说，这个感染者主动上赶着你们。有太多的感染者是这样。要是我就跑了，你拉我还拉不住呢。

当然我们也是尝试，我们与××区 CDC 的合作，就是仿照

我们和××CDC 这种模式来做的，效果也非常好。我们跟他们在××浴池建立了一个办公室，在那里做一些随检的工作。这样的合作可以更广泛。比如说其他的区县 CDC，我们也希望开展这样的合作。因为，这些感染者有的是在××区，或是更远的区县，可能他们来一次市里很难。如果我们的合作都像和××CDC 这样，那些感染者也能更好地去接受这种服务。因为我们的目的是能够为这些感染者提供更多的便捷，我们也不想真的还会有人坐一次飞机，只是为了来我们这里做一次检测。这是特可悲的一件事。

• 我觉得，我们机构是希望能够很多元地发展。因为每个机构都会有自己的特长，像我们是做阴阳一体化服务的。有的感染者可能就喜欢找我们，有的只找感染者的组织，这个还是要看感染者的需求是什么样的。假如说复制我们的模式，可能有些感染者就不接受，他也许就是想找一个专门做阳性的组织。

我觉得，最基本的一个问题就是互信，而不是 CDC 和 NGO 合作的时候，总是防着对方一把，或是拿着对方一把。在天津做干预工作的一个组织，跟 CDC 合作的时候，是基于一个项目的合作，CDC 的答复是，想确诊可以，每周只有一天可以。8 点以前你把血送过来，过期不候，会有这种情况。（调查员问：那 CDC 为什么会这样考虑呢？）说实话，我们也不知道，但事实就是这样，就咱们自己分析来看，人家是事业编制，拿着工资了，管着几百个感染者，拿这么多钱；我就管两个感染者，我也拿这么多钱。

（调查员问：那咱们有没有试图比如和市 CDC 做更进一步的合作？）说实话，我们跟市 CDC 的合作也有一个比较艰辛的过程。我为什么一上来就说，某一个部门里的一个人的意识形态就决定一部分人的态度。之前天津市 CDC 的某个领导，真的是对民间社会组织的态度不是很认可，甚至公开说民间社会组织是反

社会的、反政府的。后来因为一些问题吧，下台了。然后上来一些比较好的 CDC 的领导，包括现在的，包括我们跟市 CDC 合作的一些科研项目，这些都是没有问题的。

• “三位一体”这个词儿，我觉得，我们这个所谓的“三位一体”，就是多边的合作，应该是非常深度的一个合作。不能只是他们利用我们，拉人来采血；而是把我们民间社会组织和 CDC 这两块工作做一个完美对接。我们可以给 CDC 做 HIV 的筛检，复检和确认的血也可以在我们这里采。只不过送走的环节由 CDC 来做。同时包括流调、复检等工作，也是在我们基地这里开展的。有很多地方是所谓的“CDC 利用民间社会组织”，可是在我们这里，从某种层面上讲，可能更多的是 CDC 来辅助我们工作。这种情况可能还是双边的，这种双边的合作，我们这里（开展得）挺早的。

与此同时，我们与医院合作并不是特别早，而且合作开始也不像与 CDC 合作得那么顺畅。但是，很多时候，一个人，这个某个位置上的某个人，他的态度，或者他的一些做法，就有可能影响很多事情。所以，初期我们跟传染病医院的合作并不是特别顺畅。但是后来通过我们的努力，还有天津其他的组织的努力，确实有了一些转变。可以说，现在与院方也是有了一些合作。

但是说实话，与院方的合作就不如与 CDC 的合作，就我们机构而言吧，与院方的合作，就不如与 CDC 合作更为深入。跟院方的合作，我们顶多就是跟医生保持长期的联系，然后定期由我们的志愿者陪着我们的病人去就诊，或是协调一些问题，还远远没有达到像我们和区 CDC 这种合作的深度。

#### （八）前途乐观

本课题组在天津进行本次调查之前，就从社会上听到过比较悲观的说



法：对 CDC 来说，上级的意见更重要；对医院来说，经济效益很重要；社区小组则更多考虑服务对象；完全是不同的模式。CDC 就是要管人，医院就是要治这些人，小组就是为了让这些人生活得更好，三方没有共同点。

但是实际上，本次调查中并没有收集到这样的反映，反而是一位 CDC 医生的看法更具有代表性：

• 三方其实有共同点。医院发现病人，CDC 进行后期关怀治疗，小组在圈子里取得信任，沟通起来比较方便。像咱俩说话可能还有些顾虑，但是他们圈子里都是朋友。如果政府把三方组建在一起，小组提供一些生活上的帮助，让病人享受家庭的温暖，医院针对肌体的疾病提供服务，CDC 这块儿是提供预防、家庭检测、长效机制的管理。必须有个牵头的，这是政府能做的。

我们发现的患者，有些不愿意和小组或第三者接触，说：×大夫，我电话就你知道，谁知道我都不愿意。我只能把我个人手机号码给他。每个人的接受能力不同，你得为别人考虑。所以我经常说做这份工作的前提是你得让人放心，让他觉得他受到尊重，他的信息得到了保密，你是真心给他提供服务。现在，药品 CDC 不管了，小组提供的话，我可以不理你啊。

现在的工作我觉得我们做得挺好，主要是他信任你。有时候转到外省，他做什么会给你打电话，说：我在家了，有个新的伴。我说你得注意一下安全措施。他就说我带安全套了。我说对，这样保护自己也保护他人。你只能给他提供这些服务，他信任你，不觉得你是政府人员。

医生和志愿者之间的矛盾和冲突会多些。比如志愿者会带着一批病人集中在某天找医生，和这个医生搭班的护士就会觉得很累。其他医生也有抱怨。在用药上，医生和志愿者给病人的信息

并不完全一样，还有一些具体的小事上的冲突。从 CDC 来看，你的工作目标，与小组的工作目标，以及医院的工作目标，有没有冲突的地方？

至于医院，还是应该由市里和医院协调，有的人觉得这个医生态度好，那个医生态度欠缺，就看这个态度好的医生，给人增加工作量。还是医生太少。如果医生能多一点，减少他的工作量，医生就能轻松一下喘口气，有点时间就能给你多说两句，不然后面一大堆病人，肯定不会说了。

笔者觉得，政府需要和医院协调，需要多培养这方面的临床大夫。医生太少，病人太多，有时候没办法。医患冲突，互相换位思考一些，都能理解。

有些人总是说客观条件不够，这个不对。既然卫生部门拍板了，那么卫生行政部门就得去办，哪怕要重建扩建门诊病房。

## 六、推进“三位一体”的政策保障

### （一）从机构的高度来提高认识

• 我觉得可能作为医生个体来讲，需要的更多的是人性或是人文关怀。但一个行政职能部门，它可能在考虑一些问题，或是做一些事情的时候，它想关注这个人，但它制定出来的东西，可能是约束，或者说是去治理、去规范。我要为你设定这个，就像项目办对我们的要求一样，要留多少的电话，这电话要保证有多少能打得通，才能证明我们把这个活给做了。基于这样一些现状，可能就很难去彻底解决一些问题。

• 还是说到刚才那个合作的问题上，你合作的不是个体，

而是民间社会组织这个群体。NGO至少在天津有的是，并不是只有这一家。要是真想合作，你可以来合作。但现在的重点是，这种合作只是为了让民间社会组织来干活，甚至是在前期只是基于这些项目。因为有项目就有钱了呀，不让这些民间社会组织来干活，CDC也拿不到钱呀。以后没有了项目，像今年，好多项目像“中盖”、全球基金都没了，那项目没了怎么办？你CDC工作还要做呀。还想不想做得像以前那么好？要想的话，就得拿出钱来，对吧？政府给你的专项支付，你就要下拨到民间社会组织这块。

• 我们跟××CDC的合作，我觉得没法再深入了，最多也就是在资源上能有更多的倾斜。但我们也特别理解我们区CDC，因为××CDC是天津市最穷的CDC，特别穷。我觉得，说到真正的“三位一体”的合作，并不是一个民间社会组织和一个CDC之间的合作，而应该是民间社会组织系统和CDC系统的合作。当然可能中国民间社会组织还没成为系统。我举个最简单的例子，我们服务的感染者，哪个区的都有，因为跟××CDC合作特别好，很多的感染者都把档案落在我们××区。但这样可能并不是一个好事，因为这是没办法推广的。我们希望能够有更多的CDC系统的人，或者说CDC系统能够去这样做，像我们和××CDC这样。我觉得，这个是CDC系统需要去做到的。不只是基于工作的交集，而是像商业合作那样，基于共同的利益。双边的合作都是为了这个利益，当然也会有冲突。CDC系统因为是事业编制，可能更多的是被动方，我们主动去找到他们。那么，他们能不能把这个橄榄枝也抛给我们呢？可能CDC整个系统和民间社会组织的合作形态是需要加强的。这就不能只是把它局限在某一个地方，这样的话，并不是一个具有广泛意义的事情。

• 医院主体的意愿是愿意独立在（“三位一体”）外的，可是至少我们接触到的医生和护士，人都非常好，他们也非常认可民间社会组织。可是从机制上很难找到一个契合点。社区小组跟 CDC，在机制上、在业务上就有必然的联系。我们帮 CDC 找到感染者了，我们帮 CDC 找到人来检测，这就是必然的联系。但是医院只是会考核医生的医术，可能也会有门诊量等要求，但那个就不是一个最高的要求了。因此我觉得，需要更多地唤起院方的关注，而不是某些医生。因为医生会更多地了解这个问题，可是院方需要能够更多地去发现自己对民间社会组织的需求。

## （二）国家购买社区小组的服务

• 就看政府有没有这个购买服务了。政府倒是认可购买服务，但是具体什么时候，怎么个购买法，还罩着，看不见摸不着。政策在制定当中，但是我们的工作不能停啊。每天都要做检测和心理关怀，有来做检测的，有感染者来聊天的，我们不能停啊。

• 这种合作，应该是政府购买服务那种合作，双方也应该是一种平等的关系。但是政府可能觉得我是雇主，当然这个我们也谅解，所以很多时候我们是会主动去寻求这种合作的。我们主动地向其他组织，或者向其他的 CDC 抛出橄榄枝。一些区 CDC 的领导的个人意识形态等问题，可能会导致一些问题、一些事情很难向理想方向发展。

## （三）政策落实的机制

• 其实我们是可以先从一些制度上实现一些突破，比如说

要有一个从上往下落实的机制，要求医院必须有这样一个东西。李克强跟民间防艾组织见面的时候，也肯定了民间防艾组织的作用。但是肯定的时候，能不能就配合的一些东西去落实下来？比如要求所有的传染病医院必须开展同伴服务，可不可以说，必须有民间防艾组织过去？这样，开展同伴服务就落实了。

这样，医院和医生就知道了，上面有这样的规定，至少民间防艾组织的人来了，要给他们提供办公室，给他们提供便利。这样医院就能完成上面的一个指标了。现在，这种硬性的要求还是少了点。但这种要求多了吧，是不是有人会说，中国政府对民间防艾组织的扶植力度太大了？这个确实需要综合地看待和考虑，但是我觉得一些尝试性的政策出台，还是没有问题的。比如说最简单的，非定点医院和医生给感染者做手术的奖惩机制。感染者到你那里了，你不给做，就罚你；谁来监督这个事？是找医政处，还是找卫生部门，还是找 CDC？如果没有一个问责的部门和问责机制，那这个机制、这个条款就跟空设一样。

#### （四）纳入 CDC 的绩效考核

• CDC 系统会有绩效考核。以前的项目里，好的不奖，坏的不罚。只是用活多活少来衡量，干多少活，就拿多少钱。那么我不想受那么多累，我也不想拿更多的钱，我就这样也挺好的，至少我有本来的那份工资。结果，做得更好了，没有奖励，做得不好了，也没有惩罚。我觉得这个是很重要的，虽然 CDC 系统里也实行了绩效考核，但可能这个触动还是不够大，更多的部分还是没有绩效的考核。

## （五）信息共享

• 首先第一点，我们的资源是共享的，那么这资源是怎么共享的呢？所有社区的人的联系方式。我们负责辅助咨询并做检测，由我们的社工来做，所有的信息全掌握在我们手里。来做初筛检测的时候，所有的人的真实信息全在我们手里，CDC是没有的。当然如果CDC要的话，我们会提供给他们。他们不会说你们把这个数据全给我吧。放在我们这里他们就放心。比如，假如谁“阳”了，我们可以帮CDC找，帮CDC做随访，帮CDC做“流调”等。当然，在国家疫情网里的任何信息，CDC也会跟我们一起分享。

• 我觉得一个是信息共享这一块，还有就是各自利用自身的优势来合作。最基本的，CDC有专业的检验资格；而我们的长处是有社区的基础，就是在这种各自的优势上做一个互补，我觉得这个也是非常重要的。我听过也遇到这样的案例，各地都有这样的CDC，初期我用你这些组织，来帮我找到这些人，然后我把他们的联系方式拿走，就让你这些组织靠边去了。可是说实话，后期开展工作，可能还是离不开这种同伴的教育，因为这种同伴的身份很难由CDC来取代。

各方都能认识到自己的长处，把自己的长处和别人的长处来做一个结合，我觉得这点也是非常重要的。也就是说，这些人文关怀方面的事情由我们来做，那些技术方面的，比如CD4检测、病毒载量的检测、药物这块，我们就更偏向于由CDC来提供这方面的服务，毕竟CDC更专业嘛。

• 我觉得，很多时候，基层CDC和医院在信息共享上就会存在一些问题。还是要通过市CDC来做这个事情，达到信息的共享。

- CDC 能够给我们做一些信息的共享，这一点也非常重要。很多的时候，CDC 可能会想：你这个 NGO 会不会泄露这些隐私？可能会有这方面的一些顾虑，会涉及他们的一些工作原则。但如果有一些信息能够共享的话，那么工作的开展会是更有意义的。

#### （六）快检

- 实际上，现在我们这里可以做快检，快检当时就可以出结果，这个结果就是初筛的结果，CDC 是认可的。CDC 采的血中，我们会分出来一点去做快检，CDC 认可，这是一个初筛的结果。这就不用再第二次采血了。如果初筛结果是阳性的话，就把那个血样送到市 CDC 去做进一步的确诊。

首先第一步，报告还是由市 CDC 送到区 CDC，因为他们是公对公的；然后会由我们协助区 CDC 把这个结果通知感染者（实际上结果出来得早，但那个报告出来得晚）；然后结果的告知就由我们和 CDC 一起来做。

#### （七）不应该只是志愿者小组的责任

- 实际上，我觉得“三位一体”的关键可能并不在于民间防艾组织……我觉得，“三位一体”，应该就是 CDC、医院和民间防艾组织作为一个整体，应该是这三方的一个互动。不管这三家是否合作，我们要把它们看成同一性质的一个团体。但很多时候，人们会把这个“三位一体”的事放在民间防艾组织上。其实所有人都意识到了，这个是政府更方便操作的。但大家都在看民间防艾组织怎么做。这，我觉得也没办法，你不能要求强势的一



方主动地跟你合作，就像我们跟市 CDC 的合作，肯定是我们要先做出成绩来，然后对方才有可能看到。你有成绩了，对方才愿意和你合作。

我觉得，作为三家机构而言，天津市这几家机构，每一家都有自己的特长，应该把这三家机构的特长凸显为民间防艾组织工作的特长，将其统一起来，概括为民间防艾组织工作的特长，然后才能够真正形成一种机制，让三方有一个很深的合作。现在在天津市，基本上都是 CDC 和民间防艾组织的合作，或民间防艾组织与医院的合作，并没有画成一个圈。

医院和 CDC 属平级的行政单位，平时它们除了行政领导调来调去，其他的交集好像都很少。从这里也可以看出来，这种桥梁的作用也突显在民间防艾组织身上。我们希望能够看到，CDC 和医院之间能够有很好的互动，这种互动，不是基于民间防艾组织的，而是从它们自身的角度开展的双方的合作。

#### （八）深化现有的合作

• 其实，CDC 和民间防艾组织的合作，能够更深入一些。在天津市……一些民间防艾组织都会去传染病医院，但是只是去，因为在那里他们也没有一个固定的场地。但是在北京的一些传染病医院，会有一个专门的办公室给民间防艾组织使用，这样也便于他们开展工作。

哪怕不是感染者，任何一个人到医院里也会心虚，或者说不摸门……跟医生说的话，有很多东西我们会考虑半天才说……这个时候，民间防艾组织作为一个桥梁，我觉得就很好，可以在医患之间起到作用。

我觉得这种具体的形式是很多元的。比如你到医院时先见到

的是一个同伴，而不是一个医生，你的心理舒适度就会不一样；然后，每一个环节都会有人告诉你应该怎么去做，并且在这个地方随时都可以找到这个同伴，随时都可以获得一种服务。你知道，在中国，医生对病人大都是不屑的。现在传染病医院的医护人员态度当然好很多了，但中国医生大都很强势，让人产生距离感。一些小的问题都可能给感染者带来很大的心理负担，可能就会让他们除了对 HIV 本身产生恐惧，还对其他的一些有心理负担，如他们会想到歧视呀，还可能有更加自卑等问题的出现。

#### (九) 应该加强 CDC 与医院的合作

- 跟我们有最直接合作关系的是区 CDC，而市级的 CDC 和医院是平级的行政单位，它们谁也管不了谁，所以这个文件只能由卫生方面的主管部门，比如卫生局等部门来下发。这个文即使下发了，它的落实又是个问题，所以奖惩制度也要跟上，这些问题可能都是要有一整套东西去解决的。市 CDC 是否会关注医院这一块，会不会从这方面去考虑与市级医院或者卫生局达成一种协议、一种机制，去更好地工作？咱们可以把自已的需求反映给区 CDC，通过区 CDC 反映给市 CDC，再通过市 CDC 去和医院进行沟通，就是要建立这么一种方式。

- 我认为，两者之间（医院和 CDC）尽量避免产生矛盾最好，和谐社会嘛。假如可能抛出一些问题来，就可能导致一些矛盾，所以就要避免产生这些矛盾。而且从某种意义上来讲，从现在的职责来讲，医院就是负责治疗，其他事人家管不了。

还有一点让人很难理解的就是医院和 CDC 出具的一些报告，当然不一定就是指 HIV，比如关于梅毒的报告，医院是不认 CDC 的。曾经出现过这样的状况，在天津，我们有一个病人需

要做服药前体检，明明在 CDC 他已经做过梅毒的检测，是没事的，到了传染病医院还要做一次，他说，CDC 那个结果医院不认可。

医院方会认可其他医院的，但整个 CDC 系统的，医院方就不认可。我们常接触的，就像关于梅毒的报告的就很有难度。偶尔可能会有一两次（认可的），这个也要看人，看是谁去。也许他（医生）会说，就不用再去做（检测）了。但更多情况下，真的没办法。其实 HIV 检测和梅毒检测是一起做的，就是采一管血，一次都检测出来了，但医院却只认可 HIV 的。其实医院认可 HIV 的检测报告，也是因为政府这样要求，要求由 CDC 出具检测报告，医院做不了，要是医院也可以做的话，估计再测一次也少不了。

- 说实话，这种医院和 CDC 的合作，真的没有什么深度。当然，这一两年来好很多了，我们和医院，特别是跟那些医护人员，比如，护士长、主治医师，至少和他们之间的沟通已比较好了。但是要想建立这种合作机制，可能更多的是需要从院方以及各方面的一些因素去考虑。

#### （十）政府牵头，把沟通作为“三位一体”的第一步

- 我觉得各种方式可以同时采取，不管是用平和的倡导方式，还是用自上而下、自下而上的方式，或是比较激烈的倡导方式，都是可以并行的。但是有很多时候，不管你民间组织怎么样做，人家就是不理你。可以举个最简单的例子，感染者手术那个问题，就是改病历那个事，没被炒作得那么大，也不会有人这么关注。所以说，对很多问题，它作为一个强势方，你很难去让它为你做出一些改变，真的是很难。但是我觉得，这么多年

的努力，还是有了一些改变。我们期望，这种改变能够来得更快一些。因为，你要知道，这个快慢直接关系到死多少人，改变得快些，就会少死些人。

• 开会的时候，永远都是一团和气，什么这个咱们可以谈，那个可以怎么样，但真正落实起来的话，真的要有更多的部门参与进来，比如说社保部门，而且还是要有一个主要牵头的。这个主要牵头的，也应该或者必须是政府部门，而不能只是哪个职能部门。因为，这些职能部门会看着政府主管部门的脸色去做事情，职能部门不敢做得太越轨。如果在地方，卫生的主管部门，比如卫生局把姿态先做出来了，或是说出了政策、办法，再去促使职能部门执行就顺理成章了。一定要有一套很完善的政策，现在很多时候是政策出来了，下面还不一定照着去做。所以，很多的时候就需要有一个主管的部门积极地去促进这件事情，这个是很重要的。

## 七、且议且行，愈进愈明

我们在访谈中发现，志愿者小组、医院和 CDC 的具体工作人员，虽然可以从自己工作的角度提出一些细致的改进意见，可是目前还无法对“三位一体”进行宏观的深入的思考与解答。

### （一）医生建议：常态管理

应该不再把 HIV 感染作为一种特殊的病，而是应该把它仅仅视为一种慢性病，进行常态管理。关于感染者的治疗费用问题，也应该一概纳入医疗保险的范围，而不应该继续目前的做法。因为常态管理才是平等，才是尊重。一旦把艾滋病“特殊化”，表面上看来对感染者有一些好处，但

是各种各样的歧视就很难避免，医院的各项工作之间也很难协调。这个建议已经向上级和国家的有关专家专门汇报过，但是目前还没有得到任何反馈。

## （二）志愿者建议：必须确立“以个体为中心的服务功能”

有志愿者这样说，CDC 和医院最大的交集是病人，而不是它们工作的职责。当然每个人都要恪守自己的工作职责，这个是工作的底线，而做这种对人的、对个体的服务或是开展工作的时候，要更关注个体，思考怎么能够更多地为个体提供便利和服务，这个应该才是值得更多思考的。比如说最基本的社会保障问题，可能需要感染者去“闹”，或者去努力争取，用好的或是不好的手段去争取。为什么不能是一个感染者出现了，有关部门都一起办公，需要怎么办，他就都知道了。但现在并不是这样的，如果没有志愿者小组存在的话，感染者只能是一个部门一个部门地去撞。

## （三）研究者的补充建议

（1）三方在私下里首先进行个人对个人的直接交流，商量一下，由哪一方牵头，向卫生局提出申请，组织三方人员共同进行座谈讨论，但是不要求卫生局直接协调。

（2）对座谈讨论的主题，三个方面都畅所欲言，直接表达自己在利益方面的困难与诉求，争取做到直言不讳，把所有的问题都摆在桌面上。

（3）座谈会不要求马上解决问题，而是让各方都知道和理解其他各方的真实处境与希望。

（4）会后进行长期的持续的私下交流，以便三方加强相互理解，共同协商解决问题的可能性。

（5）最终由三方共同形成一个情况汇报，既要呈交给卫生局，也要在各方的具体工作人员中传播。这样，即使卫生局一时无法解决问题，三方

的合作也会更上一层楼。

#### (四) 理论思考

我们所调查到和访谈到的林林总总，其实就是微观的、如何进行社会管理的问题。它来源于社会整体结构的现状，存在于当前社会的方方面面，制约着全社会的进步。对此，社会学的宏观理论也许可以加深我们的理解，却难以拿出切实可行的改进措施。

从中层理论的视角来看，交换论也许是最有应用前途的。既然目前各级政府正在越来越多地开展“政府购买服务”，那么，如果真的可以把CDC、专业医院和志愿者小组全都一视同仁地视为民间的服务提供者，鼓励三者进行公开、公平、公正的投标竞争，那么新的局面就可能更快来临。在这个愿景中，“三位一体”就很有可能不再是“三个和尚没水吃”，更不会“三国归晋”，而是“三足鼎立”，共同支撑起防治艾滋病事业的辉煌大厦。

## 第四节 电脑调查问卷、“三方”访谈提纲及定性访谈的总结框架

### 一、 电脑调查问卷

【开始之前，印发给每一个被调查者，请他们自己保留】

我们是中国人民大学（在北京）的性社会学研究所的老师和学生，受天津的志愿者小组（海河之星艾滋病感染者工作组）的委托进行这个调查。我们并不认识您，也不会询问您的姓名与联系方式。您输入的任何回答都被我们加密了，因此志愿者小组的人也看不到您的回答。您尽管放心地回答。

我们是独立的第三方，跟天津的任何单位、任何个人都没有利害关系。这个调查的一切数据，仅仅由我们来进行统计分析，不会交给任何别人进行。

这次调查的负责人是中国人民大学的潘绥铭教授、黄盈盈副教授（女），他们的电话是 010 8250 2956。如果您觉得调查中有什么问题，可以向他们反映。如果有任何损害您的权益的情况，也请向他们投诉。

K01 请问，您愿意回答我们的问题吗？

1. 我愿意
2. 不愿意【跳 E11】

K02 为了替您保密，您必须是自己一个人来回答所有的问题。现在，您身边没有任何其他人？可以开始回答吗？

1. 是的，可以开始【跳 A01】
2. 环境不好，我放弃回答【跳 E11】



## A 个人基本情况

A01 您的性别是

1. 男
2. 女
3. 其他情况

【2位数，控制： $>80$  或者  $<15$  则重复；再次错误则跳答 E11】

A02 请问，按照周岁计算，您的实际年龄是多少岁？

A03 您的文化程度是下列哪种？（没毕业也算）

1. 没上过学
2. 小学
3. 初中
4. 高中，职高，技校，中专
5. 大专
6. 本科及以上

A04 请问，您在天津已经居住多久了？住在郊区也算。

1. 不到一年
2. 不到三年
3. 三年到十年
4. 十年以上

A05 您的户口在哪里？

1. 天津的城市户口
2. 天津的农村户口
3. 外地城市户口
4. 外地农村户口

A06 您现在的婚姻状况是下列哪一种？

1. 未婚，而且单身
2. 未婚，但是已同居（与同性）
3. 未婚，已同居（与异性）

4. 首次结婚，有配偶
5. 再婚，有配偶
6. 离婚
7. 丧偶

A07 在最近的一个月里，您有工作吗？（任何一种能挣钱的事情，都算工作，只要做过一天就算有工作。）

1. 现在有工作（农村种地也算）
2. 正在上学，不工作
3. 以前工作过，但目前不工作
4. 已经下岗，退休，内退，而且没有任何工作
5. 一辈子也没有工作过

A08 在过去的 12 个月之内，您自己每个月的所有收入（无论什么样的收入都算），大概是多少钱？【6 位数】（请您连续输入数字。如果没有任何收入，请按 0。）

A09 您现在有几个孩子需要您花钱来养活？

1. 没有
2. 有一个
3. 有一个以上
4. 妻子（或自己）已怀孕

A10 您现在需要赡养老人吗？

1. 不需要
2. 需要赡养一位
3. 需要赡养两位老人
4. 还需要赡养更多老人

A11 您现在已经开始进行抗病毒的药物治疗了吗？

1. 还没有确诊
2. 确诊了，但是还没有开始吃药
3. 开始吃药了，但是还不到一年

4. 已经吃药一年到三年

5. 吃药超过三年了

【1, 跳 E01; 2, 跳 B00】

A12 您用过的药物都有哪些? (用过的都选择)

1. 齐多夫定 (AZT)

2. 拉米夫定 (3TC)

3. 司他夫定 (D4T)

4. 扎西他滨

5. 去羟肌苷 (DDI)

6. 奈韦拉平 (NVP)

7. 地拉韦定 (DLV)

8. 替诺福韦 (TDF)

9. 依非韦伦 (EFV)

10. 洛匹那韦 (克力芝)

11. 茚地那韦 (IDV)

12. 以上都不是, 吃其他药物

13. 我说不清

A13 在服药的第一个月里, 为了吃 HIV 的药, 您花费了大约多少钱?

【6 位数】

(请您连续输入阿拉伯数字。输完之后, 请认真检查一下, 然后再按回车键。)

A14 在 2012 年之内, 您为了吃 HIV 的药, 总共花费了大约多少钱? (不包括保健品、机会性感染治疗费用) 【8 位数】

(请您连续输入阿拉伯数字。输完之后, 请认真检查一下, 然后再按回车键。)

A15 除了吃药以外, 为了治疗 HIV, 在 2012 年之内, 您自己还在哪些方面花了钱? (可以选择多个答案)

1. 看病的路费、住宿费

2. 转诊、转院的费用
3. 多次去检测的费用
4. 排队等候所耽误的时间
5. 吃保健品
6. 治疗各种机会性感染
7. 还有其他费用
8. 以上都没有

A16 在治疗 HIV 方面，无论用来做什么，您自己在 2012 年之内，一共花了多少钱？【9 位数】（请您连续输入阿拉伯数字。输完之后，请认真检查一下，然后再按回车键。）

#### B 评价 CDC 的服务工作

B00 下面我们请您谈谈，您对于 CDC（疾病控制中心）的服务有什么看法。我们不知道您是谁，所以请您放心地回答。

（看完这段话之后，请您按下一回车键，就可以继续了。）

B01 您被确诊的那次阳性检测，是在哪一年做的？请您按下 4 位数，例如“1998”“2005”。【4 位数，如果 >2013 或者 <1982，则重复询问】

B02 被确诊的那次阳性检测，您是在天津做的吗？

1. 是，在天津
2. 不是，在外地【跳 B04】

B03 在天津，您第一次是在哪里做的 HIV 检测？

1. 疾控中心
2. 社区与疾控合作的动员检测（VCT）
3. 传染病医院
4. 普通公立医院
5. 献血、输血的时候
6. 私人医院（诊所）或私人医生
7. 自己用试纸测试的
8. 我忘记了

B04 在初筛检测的时候，对方有没有核实过您的身份？比如：要看身份证、问地址、问电话，等等。

1. 有
2. 没有

B05 初筛检测时，您是否告诉了对方您的真实身份信息？

1. 是，告诉了
2. 没有

B06 初筛检测的结果，是面对面地直接告诉您本人的吗？

1. 是的
2. 不是

B07 初筛的时候，第一次检测结果是怎么告诉您的？

1. 打我自己的手机
2. 网上通知（例如 QQ）
3. 打电话到家里
4. 通过居委会、单位
5. 通过志愿者小组
6. 直接去我家里找我
7. 我自己主动去询问的
8. 是通过其他途径

B08 初筛结果的这种告知方式，您觉得可能暴露您的感染者身份吗？

1. 完全不可能暴露
2. 不太可能
3. 比较可能暴露
4. 非常可能
5. 实际上，已经暴露了

B09 在初筛检测之后，过了多长时间您接到阳性报告通知的？

1. 一周
2. 半个月

3. 一个月
4. 三个月之内
5. 超过三个月

B10 在您被确诊之后，最早、最先给您进行辅导或咨询的是什么人？

1. 疾控（CDC）工作人员【跳 B12】
2. 医院工作人员
3. 志愿者小组的人
4. 其他方面的志愿者
5. 我自己看传媒（报刊、网上）

B11 无论什么时候，CDC（疾控中心）对您进行过心理辅导或者咨询吗？

1. 完全没有【跳 B14】
2. 是我问他们，他们才说的
3. 是他们主动跟我说的
4. 他们说了，我没有听

B12 您觉得，疾控中心在进行辅导或咨询的时候，服务态度怎么样？

1. 非常好
2. 比较好
3. 一般
4. 比较差
5. 非常差

B13 您觉得，疾控中心所进行的辅导、咨询，对您自己有用吗？

1. 非常有用
2. 比较有用
3. 用处不大
4. 毫无用处
5. 给我错误信息

B14 在确诊 HIV 之后，您检测过病毒载量吗？

1. 从来没有【选 1，跳 B16】
2. 偶尔检测过
3. 检测过多次，但不是定期的
4. 希望定期检测，但坚持不下来
5. 是定期检测，但间隔一年以上
6. 每一年左右就定期检测
7. 不到半年就定期检测

B15 总的来说，您在病毒载量检测之后，多久才能获知检测结果？

1. 一周
2. 半个月
3. 一个月
4. 两个月
5. 三个月及以上

B16 在确诊 HIV 之后，您为什么没有定期检测病毒载量呢？（可以选择多个答案）

1. 检测也没用，反正也治不好
2. 病毒载量并不重要
3. 需要检测，但不必定期
4. 身体不好了，才会去检测
5. 已经吃药了，就不需要再去检测
6. 要花钱，也找不到免费检测的单位
7. 检测的时间、地点不合适
8. 检测单位的态度、服务不好
9. 没有服药不给检测
10. 以上都不是，是其他原因

### C 评价医院的服务

C001 下面我们请您谈谈，您对于医院的服务有什么看法。我们不知道您是谁，所以请您放心地回答。



(看完这段话之后,请您随便按一个键,就可以继续了。)

C01 您是哪一年被告知需要吃药的?请您按下4位数,例如“1998”“2005”。

【2位数,控制: <2014&>1982】

【如果 A11=2,不进入,跳答 C17】

C02 第一次,是谁告诉您需要吃药的?

1. 疾控中心
2. 医院
3. 志愿者小组、志愿者
4. 病友
5. 家人
6. 我自己看来的(报刊、网上)
7. 其他情况

【>2 跳 C09】

C03 第一次被告知需要吃药的时候,是谁给您进行辅导或者咨询的?

1. 谁都没有辅导过【跳答 C09】
2. 是疾控中心
3. 是医院

C04 对于吃药前的第一次的辅导或咨询,您觉得满意吗?

1. 非常满意
2. 比较满意
3. 一般,无所谓
4. 不太满意
5. 非常不满意

【<4 跳到 C06】

C05 对于第一次辅导、咨询,您为什么觉得不满意呢?(可以选择多个答案)

1. 态度不好

2. 时间地点不合适
3. 要问我的隐私
4. 持续时间太短
5. 信息少、不准确、不可靠
6. 给我错误信息
7. 缺乏后续的服务
8. 以上都不是，是其他原因
9. 我也说不清

C06 在第一次使用 HIV 治疗药物之前，您有其他方面的疾病吗？

1. 有
2. 没有
3. 我说不清

C07 在第一次开 HIV 的药物之前，让您做过体检吗？

1. 是的，做过体检
2. 没有，但是询问过我的身体状况
3. 没有，直接就给我开了处方

C08 在第一次给您开 HIV 的药物的时候，给了您的身体检查报告吗？

1. 给我了
2. 没有

C09 据您所知，您目前所用的 HIV 药物组合，与您知道的其他人都一样吗？

1. 完全一样
2. 与超过 80% 的人一样
3. 与 50% 左右的人一样
4. 只有少部分人跟我的一样
5. 基本上没有人跟我的一样
6. 我说不清

C10 自从您使用目前的组合药之后，您的 CD4 出现了什么样的变化？

1. 有很大的上升
2. 只有小幅的上升
3. 没有大的变化
4. 小幅下降
5. 较大幅地下降

C11 现在，您组合用药的副作用有多大？

1. 非常大
2. 比较大
3. 不算大，还可以
4. 副作用比较小
5. 很小

C12 从确诊需要用药，到您真的领到了免费药物，中间过了多长时间？

1. 一周
2. 半个月
3. 一个月
4. 两个月
5. 三个月及以上

C13 在 2012 年之内，您能够按时领到自己的 HIV 药吗？

1. 非常按时，基本每次都可以领到
2. 比较按时，有时会早或晚
3. 不太按时，有时长期领不到药
4. 非常不按时，说不准什么时候

C14 现在，您在什么样的日子去医院取药？

1. 在医院规定的某个工作日
2. 自己预约的某个工作日
3. 周末
4. 自己随时都可以取药

C14a 在您去医院取药的时候，在隐私保护方面您遇到过以下情况吗？

(可以多选)

1. 一起去取药的人太多
2. 医院直接叫我的名字
3. 遇到了认识我的人
4. 取药单容易被别人看到
5. 还有其他情况，不能保护隐私
6. 以上都没有，可以保护隐私

C15 您觉得，现在您取药的时间方便吗？

1. 非常方便
2. 比较方便
3. 无所谓
4. 不太方便
5. 非常不方便

C16 您觉得，现在您取药的地点方便吗？

1. 非常方便
2. 比较方便
3. 一般，无所谓
4. 不太方便
5. 非常不方便

C17 为了治疗 HIV，您去定点的医院看病的时候担心遇到哪些情况？

(可选择多个答案)

1. 被暴露身份
2. 无法实施手术、治疗
3. 被强制检测、不必要的检测、重复检测
4. 治疗费用过高、被过度医疗
5. 医疗水平低
6. 医疗条件差

7. 护理服务差
8. 除了以上的还有其他的担心
9. 以上情况我都不担心

C18 总的来说，您觉得，从服务态度上来说，疾控中心跟医院谁的态度更好一些？

1. 疾控中心
2. 医院
3. 都好，差不多
4. 都不好，差不多
5. 我说不清

C002 下面要问的是：除了治疗 HIV 之外，您在去医院看别的病的时候，曾经遇到过什么样的困难。

（看完这段话之后，请您按一下回车键，就可以继续了。）

C19 除了 HIV 之外，您去医院看过其他的病吗？

1. 从来没有【跳答 D00】
2. 非常少
3. 比较少
4. 比较多
5. 很经常

C20 为了看别的病，您在 2012 年之内都去过什么样的医院呢？（可以选择多个答案）

1. 普通的社区医院
2. 定点的社区医院
3. 普通的医院
4. 有传染病科的医院
5. 可以治疗 HIV 的医院
6. 传染病医院
7. 以上医院都没去过

C21 您去医院看别的病的时候，最担心什么？（可以选择多个答案）

1. 遇到熟人，被盘问得了什么病
2. 被医生盘问 HIV
3. 被检测 HIV
4. 被医院泄密
5. 被转诊
6. 被拒绝实施手术、治疗
7. 被多要钱
8. 除了以上的，还有其他担心
9. 没什么可担心的

C22 去看别的病的时候，您自己主动说过自己是感染者吗？

1. 没有
2. 说过【跳 D00】

C23 您为什么不说是感染者呢？（可以选择多个答案）

1. 怕医院拒绝给我治疗
2. 怕医院额外收取费用
3. 怕自己被暴露
4. 怕医护人员的态度不好
5. 我觉得不会传染，所以没必要说
6. 我觉得他们没有权力问
7. 我说了也没用，反正他们谁都检查
8. 以上都不是，是其他原因
9. 我不愿意回答这个问题

C24 在医院看其他病的时候，您曾经被查出来是感染者吗？

1. 没有【跳答 D00】
2. 被查出来过，但是只有一次
3. 多次被查出来

C25 为了看别的病，您被查出来是感染者之后发生了不好的情况吗？

1. 是的，发生了不好的情况
2. 什么也没发生
3. 没有坏情况，反而发生了好的情况

【>1，跳答 D00】

C26 为了看别的病，您被查出来是感染者，随后发生了什么样的坏情况？（可以选择多个答案）

1. 拒绝给我继续看病
2. 让我转诊
3. 可以看病，但是拒绝治疗
4. 我应该住院，却被拒绝
5. 额外收取费用
6. 医护人员对我态度不好
7. 我自己走了，没看病
8. 我被暴露了
9. 还有其他的坏情况

#### D 对志愿者小组（志愿者）的评价

D00 下面我们要谈谈，志愿者小组（志愿者组织）的服务怎么样。您的一切回答都会被我们自动加密，调查您的人看不到，所以请您放心回答。

（看完之后，请您按回车键，就可以继续了。）

D01 您是感染者社区小组的工作人员或者骨干志愿者吗？无论属于哪一个组织，都算。

1. 不是，也很少接触小组
2. 不是，但是接触比较多
3. 不是，但属于积极分子
4. 我是小组的骨干志愿者
5. 我是小组的工作人员

D02 在 2012 年之内，您参加过感染者的集体活动，大约几次？【3 位数】



不论哪个小组举办的，也不论规模大小，只要参加过，就算。如果一次都没参加过，请回答“0”。

【>0，跳答 D04】

D03 请问，您为什么没有参加志愿者小组的活动？（可以选择多个答案）

1. 我不知道有这样的组织
2. 我不信任这个组织，或者其中的人
3. 我觉得没有用
4. 担心不保密
5. 我有具体的困难
6. 志愿者小组，不适合我的情况
7. 活动的时间或地点不合适
8. 以上都不是，是因为其他原因
9. 我也说不清

D04 志愿者小组（志愿者组织），帮助过您去获得检测、治疗等任何一方面的知识吗？您对此满意吗？

1. 帮助过我，我非常满意
2. 帮助过我，我比较满意
3. 帮助过我，但是我不太满意
4. 帮助过我，但是我很不满意
5. 没有帮助过我

D05 在进行心理辅导方面，志愿者小组（志愿者组织）帮助过您吗？您对此满意吗？

1. 帮助过我，我非常满意
2. 帮助过我，我比较满意
3. 帮助过我，但是我不太满意
4. 帮助过我，但是我很不满意
5. 没有帮助过我

D06 在您自己生活中的任何一件具体事情上（例如找医生、调节人际关系、解决经济困难等），志愿者小组帮助过您吗？您对此满意吗？

1. 帮助过我，我非常满意
2. 帮助过我，我比较满意
3. 帮助过我，但是我不太满意
4. 帮助过我，但是我很不满意
5. 没有帮助过我

D07 在治疗方面，如果志愿者小组给您提供的知识或者信息，跟疾控中心、医院提供的不一样，那么您会更相信谁呢？

1. 志愿者小组
2. 疾控中心
3. 医院、医生
4. 我都相信
5. 我都不相信
6. 我也说不清更相信谁

【如果选择 1、4、5、6，则跳答 D09】

D08 对于治疗 HIV，您为什么更加相信疾控中心或者医院，却不大相信志愿者小组提供的信息呢？（可以选择多个答案）

1. 小组成员不是专业医生
2. 小组的信息不够充分、深入
3. 信息的来源不可靠
4. 信息不适合我的情况
5. 我知道的比他们还多
6. 我不信任小组或其中的人
7. 我不需要更多的信息
8. 以上都不是，是因为其他原因
9. 我也说不清

D09 总的来说，您从志愿者小组那里都得到了下列哪些收获？（可以

选择多个答案)

1. 获得知识与信息
2. 增强信心, 促进心理健康
3. 结识同伴, 避免孤独
4. 得到很具体的生活帮助
5. 争取自己的权益
6. 有收获, 是其他的收获
7. 我没有任何收获
8. 我也说不清
9. 我不愿意回答这个问题

D10 还是刚才那道题, 总的来说, 请您从志愿者小组那里得到的那些收获中选出: 自己认为最重要的那个收获, 只准选一个。

1. 争取自己的权益
2. 得到很具体的生活帮助
3. 获得知识与信息
4. 增强信心, 促进心理健康
5. 结识同伴, 避免孤独
6. 有收获, 是其他的收获
7. 以上收获都有, 分不清哪一种最重要

D11 对于您自己来说, 跟疾控中心或者医院相比, 志愿者小组的最大优点有下列哪些? (可以选择多个答案)

1. 态度更好
2. 服务质量更高
3. 更加方便、及时
4. 更替我着想
5. 更容易长期保持联系
6. 更加保密
7. 还有其他优点

## 8. 我说不清

D12 还是刚才那道题，对于您自己来说，跟疾控中心或者医院相比，请您选出志愿者小组最大的那个优点，而且只准选一个。

1. 态度更好
2. 服务质量更高
3. 更加方便、及时
4. 更替我着想
5. 更容易长期保持联系
6. 更加保密
7. 以上优点都有，分不清哪一个最大

D13 现在，志愿者小组正在推动“天津艾滋病感染者/病人的低保政策”的出台，请问您在多大的程度上，可以参与这个活动？

1. 我完全不能参加
2. 我很少参加
3. 我可以参加一些活动
4. 我可以比较多地参加
5. 我可以全力参加

【>2，跳答 D15】

D14 您不能更多地参加这个活动，请问，主要的原因是什么？（可以选择多个答案）

1. 这个活动不可能成功
2. 我不需要这样的政策
3. 我觉得这个政策并不重要
4. 如果参加，应该给一些报酬或者补贴
5. 我没有时间
6. 我的身体不好
7. 我不信任这个活动的组织者
8. 我有其他的具体困难

9. 我不愿意回答这个问题

D15 此外，志愿者小组也在努力推动“天津艾滋病病人常规检测费用的减免政策”出台。请问您在多大的程度上可以参加这个活动？

1. 我一点儿也不能参加
2. 我可以参加一点点
3. 我可以参加一些活动
4. 我可以比较多地参加
5. 我可以全力参加

【如果选择>2，跳答 D17】

D16 您不积极参加推动“天津艾滋病病人常规检测费用的减免政策”出台的活动，请问主要的原因是什么？（可以选择多个答案）

1. 我没有时间
2. 我的身体不好
3. 我不信任这个活动的组织者
4. 这个活动不可能成功
5. 我不需要这样的政策
6. 我觉得这个政策并不重要
7. 如果参加，应该给一些报酬或者补贴
8. 我有其他的具体困难
9. 我不愿意回答这个问题

D17 同时，志愿者小组还在努力推动“天津艾滋病感染者与病人的机会性感染治疗费用的减免政策”的出台，那么您可以在多大程度上参加这个活动呢？

1. 我一点儿也不能参加
2. 我可以参加一点点
3. 我可以参加一些活动
4. 我可以比较多地参加
5. 我可以全力参加

【如果选择>2，跳答 E01】

D18 您不积极参加推动“天津艾滋病感染者与病人的机会性感染治疗费用的减免政策”出台的活动，请问，主要的原因是什么？（可以选择多个答案）

1. 我觉得这个政策并不重要
2. 如果参加，应该给一些报酬或者补贴
3. 这个活动不可能成功
4. 我不需要这样的政策
5. 我不信任这个活动的组织者
6. 我没有时间
7. 我的身体不好
8. 我有其他的具体困难
9. 我不愿意回答这个问题

#### E 歧视与污名

E00 下面，请您谈谈自己曾经受到歧视的问题。您如果不愿意回答一些问题，没有关系。我们仍然非常感谢您的积极参与和分享。

E01 请问，可以谈谈您的感染途径吗？

1. 可以【跳 E03】
2. 不可以

E02 您为什么觉得，不可或者说自己的感染途径呢？（可以选择多个答案）

1. 是什么途径被感染的，我也说不清
2. 即使回答了，也不能帮助我什么
3. 因为涉及“性”，不愿回答
4. 害怕因此受到歧视
5. 担心暴露对方的情况
6. 这是个人隐私，不应该问
7. 这个问题，本身就是歧视

8. 以上原因都不是，是其他原因

9. 我不愿意回答这个问题

【任何回答都跳 E05】

E03 您知道自己的感染途径吗？

1. 我很清楚

2. 我不确定，但是可以估计

3. 我不知道【跳 E05】

E04 您的感染途径是下列哪种？（如果分不清，可以选择那些最有可能的感染途径）

1. 医源的感染（打针、输血、动手术等）

2. 不安全的性行为

3. 卖血感染

4. 共用针具

5. 意外接触感染

6. 其他途径

7. 我说不清

8. 我不愿意回答

E05 您认为，在目前的中国，对于感染者存在歧视或污名吗？

1. 没有

2. 有一些

3. 比较多，但是不严重

4. 非常严重

5. 完全是歧视

6. 我说不清楚

E06 在生活中，您亲身遭遇过污名或歧视吗？

1. 没有

2. 遇到一些

3. 遇到比较多

4. 遇到非常多
5. 遇到的，都是歧视
6. 我说不清楚

【1、6，跳 E09】

E07 您亲身遭到的歧视来自哪里？（可以选择多个答案）

1. 政府机构
2. 医疗机构
3. 工作单位
4. 邻居、本地人
5. 家庭、亲友
6. 社会舆论
7. 感染者内部
8. 其他方面
9. 我说不清

E08 还是刚才那道题，您亲身遭到的歧视，请您挑出您自己遇到的、最严重的歧视来自哪里，而且只能选择一个。

1. 政府机构
2. 医疗机构
3. 工作单位
4. 邻居、本地人
5. 家庭、亲友
6. 社会舆论
7. 感染者内部
8. 其他方面
9. 我说不清

【女性进入，男性去 E11】

E09 我们来自中国人民大学，是专门研究“性”的研究所，因此很希望能够跟您谈谈，您在“性”方面的情况，而且会奉上感谢金。请问，您



有可能跟我们谈谈吗？

1. 我不想谈【跳 E11】
2. 我要考虑一下
3. 我可以谈

【女性进入】

E10 非常感谢您的好意，这是对我们的最大信任。请您看看调查之前发给您的那个纸条，上面有黄盈盈副教授（女）的电话：010 8250 2956。她可以来天津找您，谈话的时间和地点都由您来确定，而且会给您感谢金。

E11 非常感谢您的参与，这次调查已经结束了。

如果您还有什么希望谈谈的，或者要举报对您的损害，请直接联系潘绥铭教授、黄盈盈副教授（女）：010 8250 2956。如果没有什么了，请您把电脑交还给调查员。

## 二、“三方”访谈提纲

研究的题目：天津市疾控中心、医院和社区小组“三位一体”服务模式中的问题及对策研究

题解：在感染者的治疗过程中，疾控中心、医院、社区小组这三者之间，各自发挥了什么样的作用；如何促进三方更好地合作。

必需的说明：

- A. 我们只谈工作，不涉及您自己的任何个人情况。
  - B. 我们仅仅是帮助“海河之星”来完成这个研究。我们是独立的第三方，是学术研究机构，是学生，与任何一方都没有利害关系。
  - C. 在我们最后的总报告中，不会出现任何单位与任何个人的真实姓名。
  - D. 我是完全的外行，第一次接触这个课题，请您不要见笑，请多多指教。
-

- 对于 HIV 感染者的工作，您的部门以前和现在主要负责哪些？
- 如果您这里有分工的示意图、工作范围的规定、各部门或者各个工作人员的职责范围，是否可以让我拍照下来？

- 您自己在其中主要负责哪些工作？
- 您自己的工作主要取得了哪些成绩？
- 您的单位的主要成绩都有哪些？
- 在你们单位与您自己负责的工作中，有哪些方面实际上与疾控中心/医院/社区小组（可替换）的工作相互重复了？

- 哪些具体的工作，其实应该属于你们单位管，或者由你们来管更好？

- 反之，哪些工作应该让（疾控中心/医院/社区小组可替换）来管？
- 在您自己的工作经验中，哪些工作是最困难的？

（追问）您能不能举出一个具体的例子？

- 为了克服这些困难，从你们单位安排工作的角度来看，还有哪些需要改进的地方？

- 在您自己或者你们单位的工作中，有哪些困难与障碍是来自于疾控中心/医院/社区小组（可替换）方面的不协调？

（追问）您能不能举出一个具体的例子？

- 您觉得，有哪些困难或者障碍是你们单位无法解决的？应该由谁来处理？需要怎么样来处理？

- 对于你们单位（可替换：疾控中心、医院、社区小组）的工作很可能也有一些意见，甚至是抱怨。您都知道哪些呢？

（追问）您对于这些意见有什么评价？

（追问）您觉得，对于这些意见你们单位应该怎么办？

- 为了协调这三方面的工作，您自己或者你们单位已经做出了哪些努力？

（追问）您觉得还应该再做些什么？

- 您觉得这三方面应该怎么样相互沟通？

- “三位一体”的整体服务模式，这仅仅是一个设想，您自己对于它有哪些疑问、批评、建议、设想？

- 从更广泛的意义上说，您对于治疗感染者的整个工作有什么高见？
- 您在跟感染者打交道的过程中，除了好的方面以外，您觉得最不能接受的是他们的哪些事情、行为？

（追问）您觉得，对这样的问题应该如何来逐步解决呢？且不管是否能够做到，您的希望是什么？

### 三、 定性访谈的总结框架

#### A. 歧视与被歧视：

1. 制度层面；
2. 重预防、轻治疗；
3. 罚则不明、罚则过轻；
4. 对医务人员的保障；
5. 院方或医疗的管理；
6. 确实被歧视；
7. 担心被歧视；
8. 只注重职业工作，忽视关怀；
9. 社会误解或歧视

#### B. 隐私暴露与保护：

1. 确实被暴露；
2. 担心被暴露；
3. 被暴露的可能性；
4. 保护隐私的方法的建议；
5. 不尊重隐私的行为；
6. 保护隐私的行为；
7. 不担心被暴露

#### C. 服药方面：

1. 药物生产与储备；
2. 治疗经费分配；
3. 科研经费分配；
4. 药物试验；
5. 领药；
6. 发药

#### D. 检测：

1. 过度检查；
2. 结果告知；
3. 检测病毒载量；
4. 检测 CD4；
5. 服药前的检测；
6. 手术前的检测；
7. 重要健康指标的检测；
8. 重复检测；
9. 确诊；
10. 单据的留存；
11. 检测费用的收取；
12. 检测报告的“实名制”

#### E. 咨询与开处方：

1. 服药前咨询；
2. 机会感染咨询；
3. 咨询的质量；
4. 对症下药；

5. 更改处方；6. 安慰与心理支持；7. 开错药；8. 开贵的药；9. 不熟悉业务

F. 治疗条件：

1. 医疗资源；2. 医疗环境；3. 医疗水平；4. 就医限制；5. 医疗中的知情同意；6. 服务态度

G. 治疗过程：

1. 推诿；2. 变相推诿；3. 直接拒绝；4. 过度治疗；5. 职业操守与道德

H. 志愿者组织的生存：

1. 组织资金来源；2. 志愿者报酬；3. 志愿者管理；4. 小组需要资金支持；5. 小组需要物资支持；6. 外地感染者的流动性

“三位一体”的现状与建议

I. 国家政策：

1. 政策宣传；2. 补偿机制；3. 竞争机制；4. 经费支持；5. 评估体系；6. 政策的公开与透明度；7. 资源分配；8. 法律保障；9. 各项政策规章的管理和落实

J. 感染者方面：

1. 信任专业；2. 信任医务人员；3. 主动配合；4. 加强反馈

K. 社区小组方面：

1. 针对目标群体的宣传；2. 针对大众开展反对歧视的宣传；3. 社区小组更加主动地提出建议；4. 提供“同志”群体信息

L. 医务工作方面：

1. 工作的重叠；2. 人员配置；3. 对志愿者小组的支持力度；4. 工作的灵活性

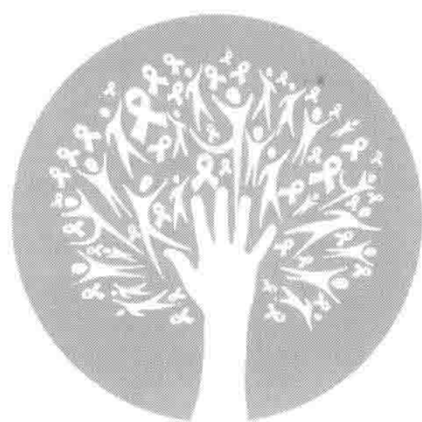
M. 三方的协调：

1. 各方之间的矛盾；2. 上级协调；3. 各方面的协调配合；4. 牵头方的有无；5. 沟通与理解；6. 各方面人员的积极性



## 第三章

# 艾滋病的性传播



进行艾滋病社会学的创建，不可能不讨论艾滋病的性传播。尤其是笔者自己，恰恰就是由于研究“性社会学”<sup>①</sup>才得以参与艾滋病的研究的，所以研究性传播更是责无旁贷。但是本章并不是纯粹的理论思辨，而是社会调查实践的经验总结。这可以分为两个部分来看。

### （一）问卷调查结果的定量分析

它所依据的是笔者在2000年、2006年、2010年和2015年分别亲自主持和实施的四次随机抽样的、全国总人口的“中国人的‘全性’调查”。为了便于读者阅读，笔者首先在这里把这四次调查的基本情况介绍清楚，在以下的内容中统一简称为“四次全国调查”<sup>②</sup>。

#### 1. 调查对象与随机抽样

四次调查的对象都是中国境内18岁到61岁的、能识汉字的总人口。2015年，全国人口总数为13亿6782万人，其中18~61岁的大约有9亿4000万人。<sup>③</sup>

随机抽样调查，就是保证在这9亿多人里，不论什么样的人，每个人都具有相等的可能性被调查到，而不是这种人多，那种人少。因此在理想的情况下，随机抽样调查具有95%的把握，足以代表这9亿多人的总体情况。

随机抽样调查，是一切社会调查的底线，如果做不到这一点，那么调查100个人和调查100万人是没有区别的，都不能够代表中国人的总体情况，都会出现非常严重的偏差。

① 潘绥铭、黄盈盈：《性社会学》，中国人民大学出版社，2011年。

② 这四次调查的成果，详见潘绥铭、（美）白威廉、王爱丽、（美）劳曼：《当代中国人的性行为与性关系》，社会科学文献出版社，2004年；潘绥铭、杨蕊：《性爱十年：全国大学生性行为的追踪调查》，社会科学文献出版社，2004年；潘绥铭等：《中国性革命成功的实证：全国成年人口随机抽样调查结果简报 2000年与2006年的对照研究》，万有出版社，2008年；潘绥铭、黄盈盈：《性之变：21世纪中国人的性生活》，中国人民大学出版社，2013年；潘绥铭：《2000—2015中国人的全性（sexuality）》，（香港）1908有限公司，2017年。本书以下的同样数据来源均不再一一注明。

③ 国家统计局：《中国统计年鉴2016》，中国统计出版社，2016年。

任何一种网上调查，都无法做到随机抽样，因此，调查的人数再多，也是非常片面的，会严重扭曲真实生活。我们专门做过网上调查与实地调查的对照，足以证明这一点<sup>①</sup>。

以城乡差异、人口规模、离婚率等国家统计数据为分层指标，进行多层等概率抽样。初级抽样单位（primary sampling unit, PSU）为县级地理区域，往下抽取第4名的街道和镇，再往下抽取第4名的居委会或者行政村，再按照居住者的总名单进行等距抽样，按照地理位置抽样法抽取流动人口。四次全国随机抽样调查情况如表3-1所示。

表 3-1 四次全国随机抽样调查简介<sup>②</sup>

数据 项目	年	2000年	2006年	2010年	2015年
调查对象的定义		能识汉字的人			
调查对象的年龄段		20~64岁	18~61岁		
抽样方法		多层等概率抽样			
抽样的分层标准		城乡、人口规模、 工业总产值	城乡、人口规模、离婚率		
初级抽样单位/个		60	120	103	103
分布在省、直辖市、 自治区		22	24	25	25
抽样到调查点		PPS方法抽取居委会、村			
终端调查点个数/个		60	195	159	103
其中城市居委会/个		50	150	123	67
其中农村行政村/个		10	45	36	36
调查点内抽样到人		居民与流动人口的名单等距抽样			
抽样人数总计/人		5 000	6 788	9 992	7 725
到场人数总计/人		3 962	5 688	7 786	5 601

① 潘绥铭、张娜、黄盈盈：《网站调查与实地调查的实证对比研究：样本偏差程度及其方法论意义》，《江淮论坛》，2009年第4期。

② 不含港澳台地区数据。



续表

数据 项目	2000年	2006年	2010年	2015年
有效完成调查人数/人	3 812	5 404	7 202	5 136
其中男性 <sup>①</sup> /人	1 899 (49.8%)	2 721 (50.4%)	3 433 (47.7%)	2 472 (48.1%)
现场有效应答率/(%)	96.2%	95.0%	92.5%	91.7%
抽样有效应答率/(%)	76.4%	71.5%	72.1%	66.5%
统计中复杂样本 的加权因素 <sup>②</sup>	城乡、性别、 年龄	城乡、性别、 年龄	城乡、性别、 年龄、婚姻	城乡、性别、 年龄、受 教育程度

168

艾滋病问题的  
社会建构

## 2. 调查方法

由于性调查的高度敏感性，笔者采用了如下实地调查方法。

派出调查员，直接到达全国各地的居委会和行政村，在当地调查3天以上。

不进行“入户抽样”，不在家中访谈，而是直接抽样到个人，邀请被访者到事先准备好的访谈室来，一般是居委会的房间或者学校教室。

在封闭空间中访谈：保证每个访谈室中只有调查员与被访者两个人。

同性别、一对一地访谈：禁止调查员访谈异性。

调查员与被访者素未谋面：组长上门动员、预邀而且不进行访谈；调查员不可能知道被访者的情况。

获得被访者的“知情同意”：在访谈开始之前就明确告知被

① 在实地调查中，被调查者往往是男性偏少、女性偏多。因此，接受调查的男性的比例越高，证明调查质量越高。

② 复杂样本就是在统计中，首先纳入分层抽样的因素：城乡、不同调查点之间的差异，然后再纳入一般的人口特征的因素。这是随机抽样调查结果统计的底线。

访者，笔者要询问性生活的问题，而且允许拒绝回答任何一个问题或者中途退出。

使用电脑问卷进行访谈：把调查问卷制成电脑程序，调查员携带笔记本电脑到当地，在调查员教导之后，由被访者通过按键盘来独立完成问卷。这是目前国际公认的最接近真实的方法。<sup>①</sup>

上述四次全国调查的操作方法的细节，笔者在 2004 年社会科学文献出版社出版的《当代中国人的性行为与性关系》中写下两万多字的详细叙述。随后在 2006 年与 2010 年进行的后续调查中，一直严格遵照同样的调查方法。读者可以查阅该书，这里就不再赘述。

### 3. 调查内容

自己的社会地位、健康状况、魅力与性感、社会交往、未婚者的恋爱与性、婚姻状况（含同居）、双方情感、性生活细节、非婚性关系、多伴侣性行为、“看黄”、上网活动、异性按摩、“一夜情”、找“小姐”、交换伴侣、多人性行为、同性性行为、性生活障碍、使用新型毒品、购买性用品、遭到性侵害或性骚扰。

如果调查对象没有某些情况，电脑就会自动跳答，因此，如果被调查者没有任何性行为，那么就会仅仅回答 86 个提问；如果什么情况都有，那么就会回答 280 个提问。在 2015 年，由于经费所限，调查内容缩减为至少 68 个提问，最多 192 个。

### 4. 统计手段

本章的所有统计分析，均使用 PASW Statistics 18.0 软件进行处理。在进行 Logistic 回归分析时，均设置了虚拟变量和控制变量。

---

<sup>①</sup> 1998 年，在美国“全国男性青少年调查”中，把这种方法与“自填问卷法”进行对照，发现各种敏感行为的报告率都比后者有所上升。参见 Turner, C. F, etc.: *Adolescent Sexual Behavior, Drug Use, and Violence: Increased Reporting with Computer Survey Technology*; Science, Volume 280 (5365), May 8, 1998, pp. 867~873.

## 第二部分：田野研究的质性调查<sup>①</sup>

在这个部分中，主要呈现出笔者使用的“社区考察”和“相处式调查”方法，对于“红灯区”、地下非法“性产业”以及“小姐”和“男客”的参与式观察和深入访谈的结果。但是由于本书并不是这方面的专著，因此笔者仅仅选出其中关于艾滋病的性传播这个方面的研究成果。如果读者有兴趣继续了解，请查阅笔者的有关专著。<sup>②</sup>

在这一部分中，笔者将不仅呈现出地下“性产业”中，艾滋病性传播的可能性在实际生活中方方面面的表现，还将探讨从社会学视角出发，应该如何看待这些现象与情况，应该如何更好地进行预防艾滋病的宣传教育与行为干预，以便把创建艾滋病社会学的努力，落实到可操作的具体工作方法中去。

---

① 质性调查的方法论，详见黄盈盈、潘绥铭：《性，研究ing》，万有出版社，2009年；潘绥铭、黄盈盈：《论方法：社会学调查的本土实践与升华》，中国人民大学出版社，2011年，其中的后半部分详尽深入地讨论了质性调查的方法问题。

② 潘绥铭：《存在与荒谬：中国地下“性产业”考察》，群言出版社，1999年，第304页；潘绥铭：《生存与体验——对一个“红灯区”的追踪考察》，中国社会科学出版社，2000年，第606页；潘绥铭：《小姐：劳动的权利——中国东南沿海与东北城市的对照考察》，大道出版社，2005年；潘绥铭、黄盈盈、刘振英：《情境与感悟——西南中国三个红灯区探索》，万有出版社，2005年；潘绥铭、黄盈盈、王洁等：《呈现与标定——中国“小姐”深研究》，万有出版社，2005年；潘绥铭、黄盈盈：《“男客”的艾滋病风险及干预》，万有出版社，2008年；黄盈盈、潘绥铭：《流动·性·艾滋病防治——项目报告》，万有出版社，2008年。

## 第一节 性传播风险：男人的“马太效应”

### 一、为什么要研究这个问题？

早在1948年，美国的金赛（Alfred Kinsey）教授就在其名著<sup>①</sup>中，坚持把男人的足以达到性高潮的任何一种性活动都网罗进来，加以整体考察。他说：“无论研究个体还是群体，必须考虑对象的多种性释放途径，尤其必须考虑它们各自对总体释放状况的贡献到底有多少。”

金赛提出的这个“性总量”研究框架，无疑是性研究的一个里程碑，但是它同时也是一个学术的潘多拉盒子，因为它很容易诱使后人得出“此消彼长论”，也就是某种或某些性释放途径的增加或减少，是由于其他种类的性释放途径的增减而造成的。

在中国，这种认识虽然尚缺乏专用术语和明晰的表述，但是实际上不但占据着主流地位，而且如水银泻地般渗透到几乎一切相关的领域，尤其是针对男性、针对各种各样的性活动时，更是甚上加甚。

例如在解释男人的性欲衰退或者性活动减少的原因时，民间普遍相信“少时欠债老来还”，就是年轻时性活动太多了，中老年时当然就少了。这是时间轴上的“此消彼长论”。

更常见的则是横断面上的“此消彼长论”。例如，在解释婚外性行为产生原因的时候，中国人（甚至许多研究者）普遍相信：主要是因为婚内性生活不能得到满足，人们才会到婚外去寻求其他的性活动。反之，在预防艾滋病的性传播的领域中，一直有些人鼓吹“洁身自好”，其推理前提

<sup>①</sup> 潘绥铭自从1989年编译此书，陆续出版。最新的版本是《金赛性学报告（男人篇 & 女人篇）》，中国青年出版社，2013年第3版。

其实也是“婚内多，婚外就少”。

尤其是对于男人嫖娼的种种评论，无论是大众传媒还是预防艾滋病的研究，其实都隐含着这样一种假设：男人是因为其他种类的多伴侣性行为太少（通常被表述为“性压抑”），才去找“小姐”的。

这尤其表现在“关注农民工，预防艾滋病”的假设之中：农民工离家在外，在城市里又不大可能发生其他种类的多伴侣性行为，因此就更容易去嫖娼。同样，对于大学生与青少年，也是因为假设他们不大可能出现婚外恋之类的其他种类的性活动，才更加担心他们会去找“小姐”。

总而言之，性活动的“此消彼长论”这个错误前提，不但很容易影响中国的艾滋病预防政策与具体工作，而且已经近乎成为中国人的生活常识了。这，非得用严谨的实证才能冲破之。这就是本章的立意。

我国社会科学界对于性关系（而不仅仅是婚姻或择偶）的研究尚如凤毛麟角，研究性关系的主要发起者与主宰者的男人之性活动的，就更是暂付阙如。<sup>①</sup>

相对而言，我国公共卫生界在预防艾滋病的研究中涉猎男性找“小姐”的论文日益增加。但是囿于其专业的限定，这些成果仍然倾向于把它视为一种单独存在的行为。

可是，艾滋病通过男性的性传播不仅仅来源于找“小姐”，也来源于男性的其他种类的、多种多样的性关系与性活动，而且后者的传播会越来越严重。那么，这两者之间有没有联系？是一种什么样的联系？这就是笔者研究的问题。

## 二、 如何进行假设与检验？

本章假设：中国男性的所有种类的多伴侣性活动，与性交易的人次之

---

<sup>①</sup> 笔者在“中国期刊全文数据库”及其派生的“世纪期刊”“中国博士学位论文全文数据库”“中国优秀硕士学位论文全文数据库”“万方数据·学术论文”中没有检索到任何社会科学在这方面的研究成果。

间，存在着一种倾向于“马太效应”<sup>①</sup>的显著相关关系。在社会实践中，这种相关更可能是：多伴侣性活动种类的增长，显著地促进了性交易数量的加大。

本章的检验手段采用多元线性回归（linear regression）分析，所有模型均已进行了F检验并且排除了共线性结果。为了节省篇幅，统计细节不再列出。

本章以下所称的“上年”指的是：调查之时的过去12个月之内，而不是日历年。本章所说的“人次”则是以被调查者为本的频数概念：A与B有3次，与C有2次，则A一共有过5人次。

特别需要指出的是：笔者在多元线性回归分析中，把被调查者当时的年龄、受教育年数、每月收入总计、调查地点的城乡之别这4个足以基本反映中国男性最基本社会分层的变量，作为控制变量引入每一个模型。因此本章的一切回归分析结果，都是在排除了这4个社会分层因素的作用之后，也就是处于同等的社会分层水平之上，自变量与因变量之间的“纯粹关系”。我国学术界对控制变量的设计与使用重视得还不够，因此特地指出。但是为了节省篇幅，控制变量的分析结果就不再列出。

### （一）性交易

本章所分析的男性的“性交易”包括两种活动，按照调查问卷中的表述如下。

找“小姐”：现在有一些“小姐”收了你的钱，就会给你提供性服务，不但包括性生活，还包括“打飞机”（手淫）、“吹箫”（口交、口活儿）。

“买性”：现在有些人，给对方一些钱财或者其他好处，换取与对方的性交，也就是“买性”。

---

<sup>①</sup> 马太效应（Matthew effect），是指多的愈多、少的愈少这类现象。来源于1968年科学史研究者罗伯特·默顿的《科学界的马太效应》。

用日常生活中的通俗语言来说，第一种行为就是嫖娼，第二种则是“给钱”（包括包养）。两者之间的区别并不在于行为上有什么性质的差异，而在于对方是不同的人。嫖娼通常被认为是找专职的“性工作者”，而“买性”则相反。

笔者之所以要把这两种情况合并在一起，是因为从性活动的性质来看，两者是相同的，都是以钱财或者实际利益来交换性生活，而且这是连接双方的唯一纽带。这就足以区别于男性可能拥有的任何其他种类的多伴侣性活动。

中国公安部的法规性文件，其实也是以这一原则来定义的：“不特定的异性之间或者同性之间以金钱、财物为媒介发生不正当性关系的行为，包括口淫、手淫、鸡奸等行为，都属于卖淫嫖娼行为。”<sup>①</sup> 也就是说，“以金钱、财物为媒介”是行为的性质，而嫖娼与“买性”的区别，仅仅在于是否发生在“不特定的异性之间或者同性之间”。

具体情况见图 3-1。

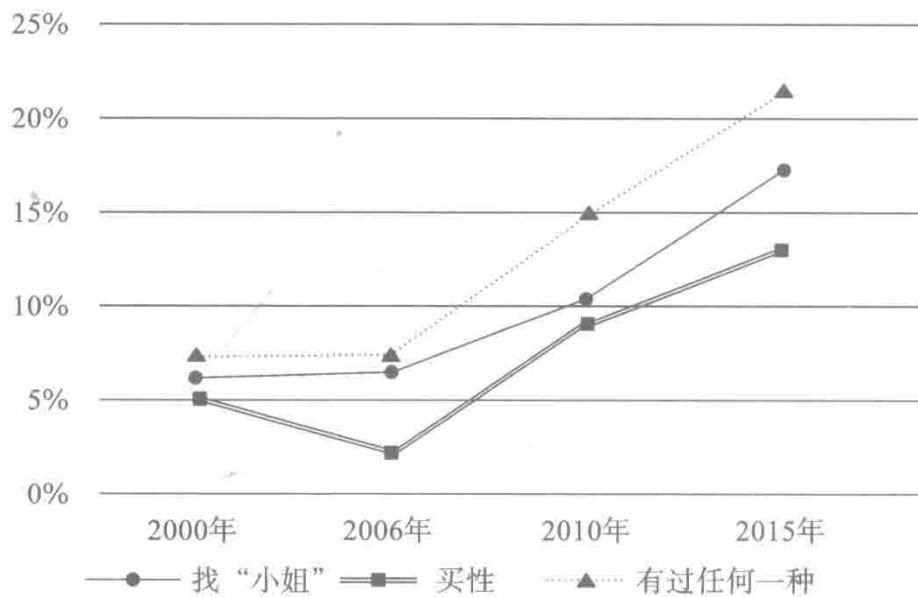


图 3-1 18~61 岁全国男性找“小姐”与“买性”的比例

<sup>①</sup> 2001 年《公安部关于对同性之间以钱财为媒介的性行为定性处理问题的批复》。

## （二）多伴侣性活动<sup>①</sup>

性活动的定义比性行为更加宽泛一些，包括那些身体并不直接接触但是仍然以达到性的刺激与满足的人类活动。

多伴侣性活动是指：在专一对偶之外的任何一种性活动，无论同时发生还是先后发生，也无论对方是什么人与结果如何，也无论是否结婚。

这个分类法与概念是随着“艾滋病时代”的到来而产生的。它以性行为对象的人数为标准，强调的是：无论婚姻状况如何，只要性行为的对象超过一人，就是多伴侣性活动。这是因为，从艾滋病的性传播的可能性来看，任何一种多伴侣与专一对偶都具有本质的区别。但是鉴于目前中国的配偶间的艾滋病传播尚未浮出水面，因此本书在分析一切多伴侣情况时，均已排除了再婚、多次结婚、离婚、丧偶的人的前夫妻。

在中国传统的学术研究与民间舆论中，只有非婚性关系、婚外性关系、婚前性关系这些术语。它们都是以是否结婚（领结婚证）为判断标准的。

可是从学理上来看，结婚其实只是一种社会的强迫设置，而专一对偶的同居才是“婚姻”的自然的生活实体。

从社会现实来看，中国目前的婚姻状况已经非常复杂，未婚而有性、不婚而同居、处于再婚或多次结婚之间、处于离婚或丧偶之后的性活动与日俱增。

按照传统定义，这些人目前的生活实体已经被判定为非婚性关系了。如果他们再有多伴侣，莫非称之为非非婚性活动？因此，传统定义其实只是教条主义的价值观与闭目塞听不求甚解的思维方式的产物而已。

具体情况见图 3-2。

---

<sup>①</sup> 此概念笔者首次使用于《社会对于个人行为的作用——以“多伴侣性行为”的调查分析为例》，《中国社会科学》，2002年第4期。国内艾滋病研究领域中也使用“多性伴”之称。



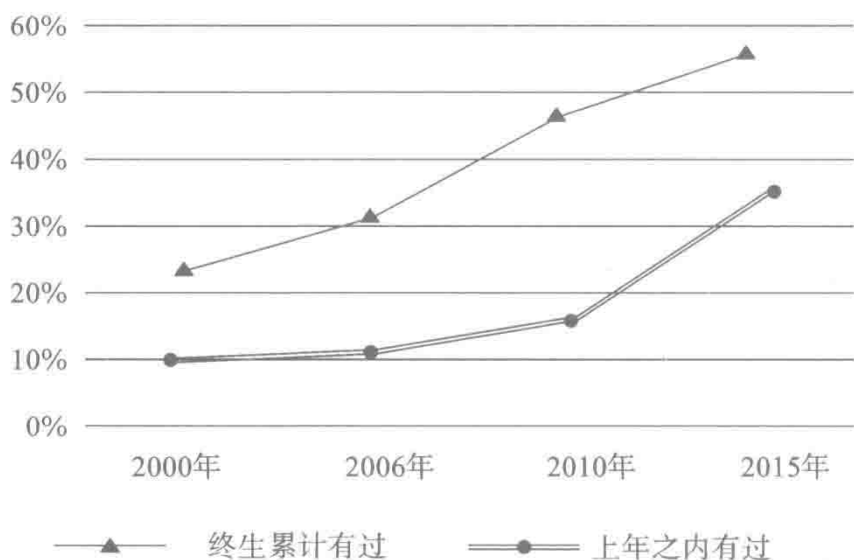


图 3-2 男性的多伴侣情况

### 三、四个视角分别检验，发现了什么？

#### (一) 视角 1 历史发展的比较

男性以往的多伴侣性活动的经历与上年中的性交易的人次呈现为显著相关。

在这个分析中，时间定义都是“在到目前为止的一生中”，也就是包括了上年之前的情况。其中有些男性中止了某些性关系而另外一些男性则没有，还有一些男性则是从上年开始才结成某些性关系的。因此这些历史变量与性交易即时变量之间的显著相关，足以说明笔者上述的论断。也就是说，男性的多伴侣行为不但倾向于是一种连续的发展，而且倾向于涨潮式越过雷池。<sup>①</sup>

#### (二) 视角 2 涉性程度的比较

在上年中，接受“涉性服务”与性交易之间存在显著的相关。

<sup>①</sup> 虽然相关关系是双向可解释的，但是此处检验的是历史存在与上年情况，因此必然是因果关系。

“涉性服务”主要是指消费式跳舞、观看性生活图像<sup>①</sup>、异性全身按摩，以及陪伴客人吃喝玩乐的所谓“三陪”<sup>②</sup>。它们的涉性程度是递增的，而性交易则无疑是程度最高的，这就是链式考察的视角。

多元线性回归分析的结果是，后三者都与性交易的上年次数的增加构成显著的因果关系<sup>③</sup>；再加上不显著相关的消费式跳舞<sup>④</sup>，恰好检验了涉性程度的链式发展的存在。

### （三）视角3 违法程度的比较

“网上性活动”与上年性交易的人次显著相关。

首先不得不解释“网上性活动”。在当今中国，尤其在年轻人中，很多性活动唯有依托着互联网铺天盖地般的迅猛发展，才能够从沧海一粟扩大为令人瞩目的社会现象。无以名之，笔者只好生造这样一个词汇，就是以互联网为媒介才能够更广泛更频繁地得以实现的那些性活动。

在当今中国，性交易违法，而“网上性活动”因其“虚拟性”而容易被忽视。因此从违法程度大小的视角来考察多伴侣性活动与性交易之间的关系，不失为一个好的分类。

多元线性回归分析结果是：除了“网上裸聊”之外，笔者所考察的所有“网上性活动”都对性交易的增加发挥了显著作用。反过来说则是：如果连可能被严惩的性交易都能做更多，那么这些基本处于道德管束层面的“网上性活动”也就更不在话下了。

这种显著的相关关系，来源于网上性活动与性交易的一个共同特点：

---

① 笔者在问卷中的定义是：录像带、VCD（影碟）、图片、照片、书刊、画报等，直接表现性生活的详细内容。

② 笔者在问卷中对“三陪”的定义是：不触摸生殖器，更不过性生活，只是陪伴客人唱歌、跳舞、吃饭、旅游、游泳、看电影等，以此来赚钱。中国法律虽然禁止“有偿侍陪服务”，但是又与“卖淫嫖娼”相区别。相应地，本文所说的性交易中不包括“三陪”。

③ 这里，相互作用的解释并不符合生活经验，因为大多数性交易是发生在“涉性服务”之中或者之后而不是之前，从而形成实践中的因果关系。

④ 这是因为现在的中国，所谓跳舞已经主要是年轻人的互不接触的“蹦迪”而不再是旧式的身体接触的交谊舞。是否跳舞与年龄的F检验结果（0.0000）可以佐证。

双方素不相识，仅仅通过极其短暂与简单的交往就结成一种即时的性活动。因此，结成这两种性活动所需要的人际交往的条件与技巧都如出一辙，很容易触类旁通。

#### （四）视角 4 共时态多类型的比较

在调查之前的上年之中，有过多伴侣性活动对于性交易人次的增加发挥着显著作用。也就是说，某些男性虽然在上年中拥有情人、“二奶”、“小蜜”或者任何一种普通人的性伴侣，但是这并没有阻止反而促进了他们更多地投入性交易。

反过来说则是，性交易人次的增加也会显著地作用于另外三种多伴侣性活动的发生。

#### （五）总结

在以上 4 个视角的多元线性回归中，男性不同时态下的各种多伴侣性活动与上年的性交易人次呈现为显著相关，而且倾向于呈现正向的发展趋势。

如果可以单向地进行拟因果的解释，那么男性的性活动种类的增加，对于他们的性交易人次的增加发挥着显著的正向作用。

这就是说，在年龄、受教育、收入、城乡差别都相同的条件下，如果中国男性的其他种类的多伴侣性活动增加，那么他们在上年之中从事过性交易的人次就会显著地增加。

这就是马太效应及其运行机制的检验结果。

### 四、性社会学对于马太效应的解释

第一，具象地来说，男性的多伴侣性活动与性交易之间不但有紧密的联系，而且不是“此消彼长”，反而是一种马太效应。

男性一旦在任何一个方面突破了婚姻制度，就会促进他们去更多地从

事性交易，而不是仅仅满足于某一种类的多伴侣性活动。也就是说，如果多伴侣性活动一如既往地风生水起，那么尽管目前中国的禁娼法律已经空前严酷，但是性交易的增长仍然会我行我素，而且马太效应很可能日甚一日。

这种马太效应的社会建构机制是：中国目前的严厉打击卖淫嫖娼的法律，实际上只不过是维护专一配偶的婚姻制度的一种极端运用。可是这种双管齐下的社会设置所带来的结果恰恰是：试图消灭的一荣俱荣，而全力保护的却一损俱损，而且都呈现马太效应。

第二，从对策性来看，艾滋病的性传播的主要途径早已被确定为卖淫嫖娼，可是，目前把农民工、青少年与大学生视为高危人群的假设与前提却很值得商榷。根据本书数据的另外分析，这些人群发生多伴侣性活动的可能性，远远低于那些先富起来的、中年已婚的、城市上层的男性。反之亦然，如果说禁娼之路是路漫漫兮，那么艾滋病在男性的其他种类的多伴侣性活动中的扩大传播也就兵临城下了，而且会首先肆虐于社会中坚层。

第三，抽象来看，对于男性的性活动的构成，生物因素仅仅提供了客观的可能性（必要条件），男性在社会中的客观存在状态却提供了世俗的现实性（充分条件）。但是这还远远不足以解释现实生活，因为男性的能动选择及其结果（多伴侣性活动与性交易的互增）提供了发展的可能性（马太效应），而这就构成了研究的第三维度——发展条件。

第四，这一认知结果的方法论意义在于：我们所能调查到的一切社会现象，不仅仅是在必要条件+充分条件之下必然出现的客观存在物，更是人们在自己的生活历程中主动创造出来的可变的价值结果。舍此视角，任何研究势必错将人与生活加以客体化与静态化。因此，本书其实就是笔者运用自己所提倡的“主体建构视角”<sup>①</sup>的学术产出。

<sup>①</sup> 潘绥铭、黄盈盈：《“主体建构”：性社会学研究视角的革命及本土发展空间》，《社会学研究》，2007年第3期。

## 第二节 性传播风险：女性的多伴侣

### 一、 社会网络中女性之性

1990年代以来，中国的“性革命”已经出现，其中女性在性关系方面的变化成为这一革命的主导方面。这是因为，如果中国仅仅是出现了男性单方面的“性解放”，那么充其量也只能推动“性交易”（性服务“小姐”与“卖性”行为）的增加，唯有普通女性的多伴侣性行为的增加，才有可能带来更为全面的变化。<sup>①</sup>因此，研究女性的多伴侣性关系就成为理解当前中国社会及其发展走向的一个重要侧面。可惜，我国学术界对于这一主题的研究暂付阙如。

另一方面，艾滋病在当今中国已经被建构为一个重要的社会问题。性传播已经被认定是主要的传播渠道。在女性的多伴侣性关系很少的情况下，她们实际上就是性传播的终端，成为最无辜的受害者，可是倘若女性的多伴侣性行为增加，则她们又会成为性传播的新起点，推动艾滋病的更广泛流行。

那些涉足性交易（最主要的艾滋病源头）的男性作为性传播的桥梁人群，把艾滋病带给了他们的女性伴侣。结果，中国女性的“贞操”就在客观上成为阻止艾滋病的堤坝，也就成为解释“中国的艾滋病为什么这么少”这个问题的钥匙。这究竟是中国女性的功劳还是悲哀，我们应该留待社会性别研究者去判断。笔者所主张的仅仅是：中国女性的多伴侣现象，无论从社会网络理论的高度，还是从预防艾滋病工作的角度，都十分值得

<sup>①</sup> 中国明清小说中已经有“男人偷情隔重山，女人偷情隔层纸”的说法，意思就是，如果女人不“放开”，那么男人的偷情也就很难成功。

加强研究。

从2000年到2015年，在短短的15年之内，中国成年女性自己承认发生过多伴侣性行为的比例和发生过外遇的比例都出现了巨大的增长，两者均已经构成统计学意义上的显著差异（见图3-3）。

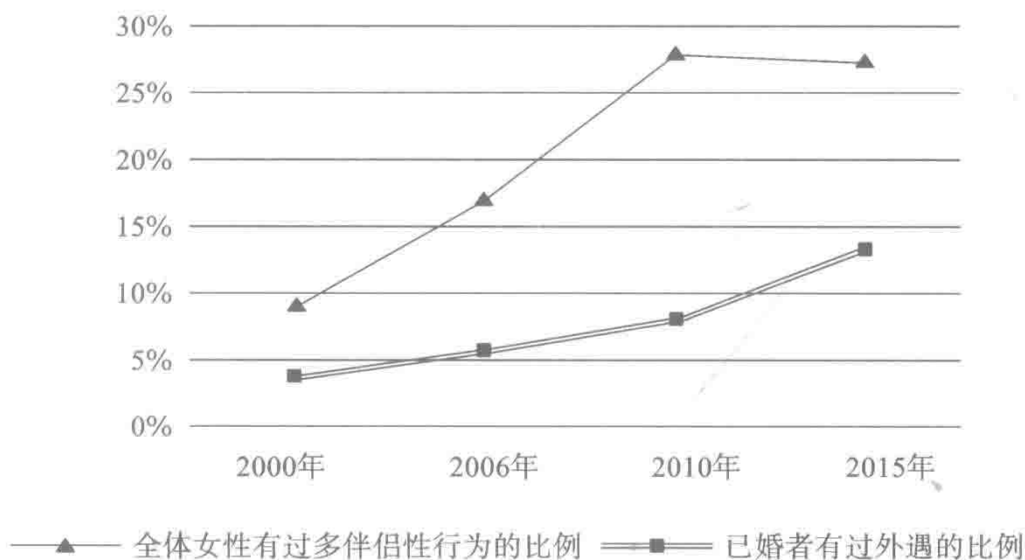


图3-3 18~61岁的全国女性的多伴侣性行为与外遇的比例

尤其是，在笔者所纳入统计分析的几乎所有的社会分层上，多伴侣性行为和外遇的发生率都非常显著地增加了。这说明这种变化并不是发生在某些特殊群体中而是全面性的。这也是笔者提出中国女性也发生了“性革命”的主要依据。

## 二、假设与检验：什么因素的作用更大？

对于女性的多伴侣性行为这样敏感的问题，人们关心的不仅仅是它的历史发展，更关心其发生原因。

### （一）假设

在一般社会舆论中，女性的多伴侣性行为往往被认为是个人的道德选择。如果在传统社会中此说尚无可厚非的话，那么21世纪以来这种情况快速增加而且已经达到相当规模以后，就不得不从多种视角来重新加以认

识了。

作为一种探索式的研究，本章假设，女性的多伴侣性行为是一种社会因素与个人选择共同作用下产生的结果，因此本章主要分析究竟是哪些因素与之呈现为显著的相关关系。

## （二）检验手段

以“是否有过多伴侣性行为”作为二分的因变量，进行 Logistic 回归分析。所有模型均已进行了 F 检验并且排除了共线性结果。为了节省篇幅，这些统计细节不再列出。

从回归分析的结果可以看出，在控制了两次调查的差异之后，作为一个时段，中国女性在 21 世纪以来的多伴侣性行为的自报发生率，与诸多的社会因素、身心因素与当事人的主体建构存在着显著的相关关系。其中最值得注意的是以下几个方面。

### 1. 从相关的显著程度来看

第一，在其他因素被控制之后，文化程度对于女性的多伴侣性行为自报发生率所发挥的作用是最突出的。与没有上过学的女性相比，文化程度每升高一个层次，发生多伴侣性行为的可能性都是极其显著地相关，而且无一例外。这既可以说明“女性之性”并不是天生如此而是被塑造成这样；也可以说明，尽管中国的任何一所学校里都不可能宣讲多伴侣性行为正确性，但是受教育越多的女性确实越是倾向于如此。

第二，有婚（处于婚姻中）的、离婚的与丧偶的女性的多伴侣性行为情况，极其显著地高于未婚的、同居的女性。这就等于说，人们通常寄予极大希望的作为社会强制手段的婚姻，实际上并没有充分地发挥其阻断多伴侣性行为的作用。

第三，女性是否从事“涉性娱乐”与“相关活动”都发挥了突出的极其显著的作用。也就是说，“做不做什么事”所起作用至少不比“是不是什么人”更少。女性通过自己的选择完成了她的主体构建过程，或者说是她的主体建构结果促进她去做什么样的事。

第四，多伴侣现象倾向于是都市的、较富裕的女性之所为，因为“居住地的级别”与“每月所有收入”这两个变量都呈现出极其显著的相关。

## 2. 从发生多伴侣性行为的可能性来看

第一，在所有纳入分析的因素中，“时代年龄”是最突出的。从第二代人以来，每代女性的多伴侣性行为可能性都出现了显著的增加。这说明，在其他条件相同的情况下，女性进入青春期的时候恰好处于什么样的时代之中、受到了什么样的社会历史熏陶，与她们日后发生多伴侣性行为的可能性，实在是密不可分。

第二，从事不同职业的女性之间的差异也是非常突出的。与那些不清楚是什么职业的极少数女性相比，几乎所有职业明确的女性发生多伴侣性行为的可能性都显著地增加，其中的女学生与商业服务业的女性劳动者更为显著。这可能主要是因为这样的女性拥有更多的社会交往的条件与机会。除此之外的女性企业家和各级女性领导干部这两种女性之所以没有出现显著的相关，可能主要因为她们的社会顾虑更多一些。至于城里 25 岁及以下在待业的女性，则很可能是缺乏必要的经济条件或者社会交往机会。

### （三）不显著相关的分析

在许多情况下，回归分析中的那些不显著相关的因素往往更具有社会学的意义。

首先，女性的整体健康状况与多伴侣性行为并不显著相关。几种心理状况虽然显著相关，但是却无法推测可能的因果关系，因为我们不可能知道女性究竟是有了多伴侣才心情不好还是相反。因此笔者可以推论：身心健康水平不足以解释女性发生多伴侣性行为的原因。

其次，我们可以看到，女性认为“自己对于年龄相仿的异性的吸引力大不大”“是不是很想减肥”（意味着“身材焦虑”），都没有对多伴侣性行为的发生率产生非常显著的作用。因此，民间所谓“乱搞的女人都是狐狸



精”的假设，很难得到证明。

再次，是不是中共党员与有没有过多伴侣性行为并不存在显著的相关。这揭示了对于女性党员的党纪要求仍有待加强。

### 三、 女性主体的多因素选择

21世纪以来中国成年女性中所出现的“性革命”是客观存在的，也是可以用社会学来进行解释的。如果笔者所列举的诸多社会的、身心的与主体选择的因素都发生了巨变而且现状确实如此，那么仅仅从个人道德的角度来评价显然是无的放矢，甚至可能成为火上浇油。

进一步说，如果上述的一切因素的变化与现状都是正面的或者不可阻挡的，那么研究者与全社会就不得不去寻找新的衡量尺度与价值判断标准。

### 第三节 性传播风险：多人的性行为

#### 一、交换性伴侣的现状与分析

在当今中国，这常常被叫作“换妻”或者“换偶”，但是在这种性活动中，相互交换的往往不一定是妻子或者配偶，也可能是偶遇者或者性工作者，因此笔者使用“交换性伴侣”这样一个相对严谨的称呼。

在2000年，由于这种情况还没有引起社会关注，笔者也就没有调查。随后，从2006年的调查开始，在问卷中是这样提问的：有些人互相交换配偶（或者性伴侣）来过性生活。您有过这种情况吗？（1. 有过；2. 没有这样做过；3. 我看不懂这个问题。）

调查的结果见图3-4。

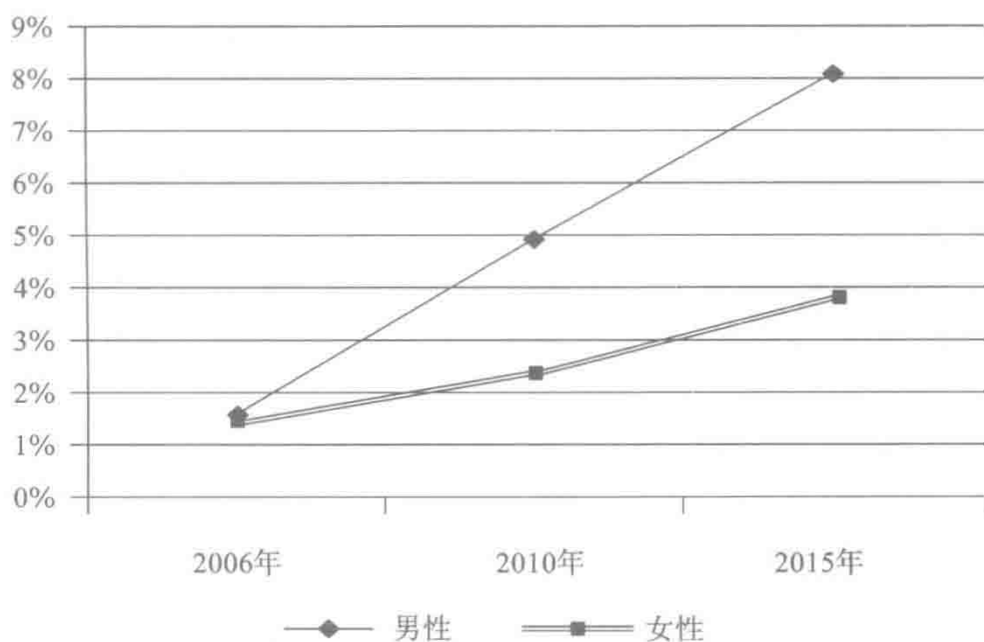


图 3-4 交换性伴侣的比例

其他因素的作用比较复杂，需要男女分开来分析。

### （一）男性分析

根据省略的 Logistic 回归分析，笔者发现：

第一，男性发生交换性伴侣行为的可能性，与任何商业化的性行为都没有出现显著的相关。这表明，交换性伴侣更多地发生在普通人中间，而不是在所谓“性产业”当中，但男性接受“三陪”例外。这很可能因为交换性伴侣的双方，往往是在娱乐场所中相会或者一起娱乐，因此才可能出现和接受“三陪”，甚至可能包括“三陪”者在内。

第二，对男性发挥作用最显著的社会因素是求学的年数，但是呈现为反比例变化的趋势。在上过大专或有更高学历的人里只有 0.6% 有过交换性伴侣的行为，在上过高中的人里是 1.0%，上过初中的是 2.2%，上过小学与未上过学的人里则是 3.3%。这主要是来源于“性的爱情控制”，也就是受教育越多的人越相信爱情的存在及其对于性行为的制约作用。

第三，“在婚或同居”发挥了显著的作用，表明男人们所交换的性伴侣，有更大的可能性就是他们自己的配偶或者同居者，而不是临时的性伴侣。虽然如此，那些不在自己家中居住的男人，发生交换性伴侣行为的可能性也显著地更大。这里面的自相矛盾之处，笔者目前还无法给出满意的解释。

### （二）女性分析

女性的交换性伴侣行为的发生机制与男性有很大不同。经省略的 Logistic 回归分析，发现发挥了显著影响的因素是下列这些。

第一，每天抽烟 20 支或更多的女人，发生交换性伴侣行为的可能性增加 2 倍。这与生理因素可能无关，而是因为女人抽烟多，很可能是我行我素而且交际广泛的重要表现之一。

第二，有过“一夜情”的女人，发生交换性伴侣的可能性增加 1.6 倍。表明这两种性活动的共同特征就是冲破“性的爱情控制”，而且尤其对女人有效，因此才会相互产生显著的关联。

第三，发生率最高的是30岁到39岁的女性；18岁到29岁的和40岁到49岁的女性都很少；50岁到61岁的更是少到几乎为零。这应该不奇怪，笔者就不再赘述。

第四，对于女性发挥了显著作用的社会因素，比男性要多一些：“每周社交一次以上”“不是收入最高的女性”“不是流动人口”这三个因素，都使女性的交换性伴侣发生的可能性出现显著的增加。这说明，与男性相比，女性交换性伴侣这种行为，受到的社会制约更多，而不是女性的率性而为或者胆大妄为。

## 二、群交，什么人在做？

在2000年的时候，这种现象还没有引起社会的注意，因此笔者也没有调查它。到了2006年，它已经浮出水面，因此笔者开始调查。

问卷中的提问是这样的：现在，社会上有一种性活动，就是三个人在一起过性生活，或者更多的人在一起。您有过这种情况吗？（1. 只跟性服务的“小姐”或者“先生”这样做过；2. 与其他类型的异性这样做过；3. 跟同性别的人这样做过；4. 没有这样做过。）

调查结果见图3-5。

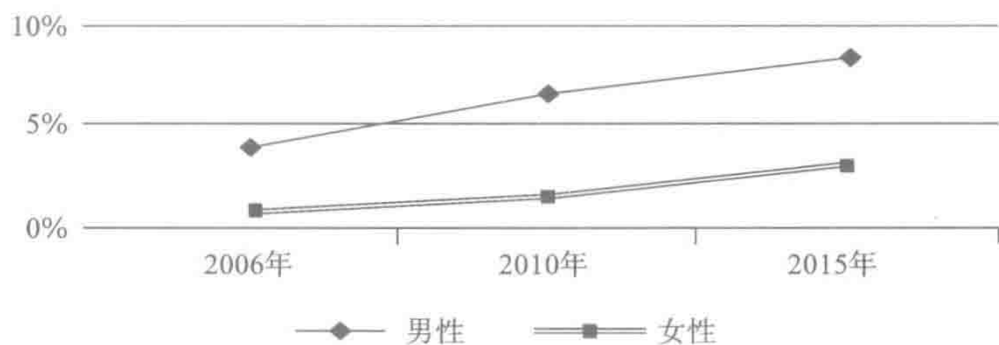


图3-5 群交的比例

图3-5表明，群交在中国总人口中是小概率现象，而且在10年间并没有显著增加。由于女性有过群交的比例过低，不足以进行深入分析，因此笔者下面只分析男性的情况。

在有过群交的男性中，只跟性服务的“小姐”这样做过的占大约一半，与其他类型的异性做过的也大约是一半。可是这种简单的百分比并不能发现更加深入的情况，因此笔者进行回归分析，结果发现：就社会阶层而言，其他因素都没有发挥显著的作用，只有男性的“上学年数”这个因素例外。

从个人特质来看，在众多的相关因素中，只有“从不外出过夜”这个变量会减少发生群交的可能性。也就是说，群交更可能发生在那些外出过夜的男性中间。

更加显著的作用来自商业化的性行为。无论是“找过职业小姐”“有过买性（以利换性）”还是“接受过三陪”，男性发生群交的可能性都显著地增加了。

此外，“有过交换性伴侣”的男性，发生群交的可能性更加显著地增加，在诸多因素中发挥了最显著的作用。这就是说，这两种行为相互促进，而且两者都发生过的可能性很高。或者说，在现在的中国社会中，多人的性交是一道坎，一旦跨过就很可能是放荡任性，不加检点。

### 三、性传播的可能性有多大？

在经典的或者普通的性行为中，人们之所以赞美一对一而谴责多人在一起，并不是简单的性嫉妒的问题，而是专偶制的历史文化的沉积使然。

可惜，使用问卷调查的方法，笔者不可能知道当事人为什么会投入交换性伴侣与群交，也不可能知道双方之间的权势关系与互动过程，更无法知道其结果与后续作用。同时，也是因为问卷调查本身就不太适用于分析任何一种小概率的现象。

可是，如果因为群交与交换性伴侣都是小概率现象就斥之为道德败坏，那也就不需要任何社会科学了。反之，尤其对于大众传媒来说，如果夸大其规模与社会影响力，那也与社会科学不沾边了。

我们需要的是首先承认现实，进行事实判断，然后再去讨论任何一种

实践或者主张。我们更需要反思，需要坚定地说出自己独特的意见，才能够推动社会不断走向“和而不同”的多元化存在。

至于“多人的性行为”与艾滋病传播之间的关系，可以说是不言自明、尽人皆知。笔者只不过使用随机抽样调查的结果来加以确认。

在18岁到61岁的全中国总人口里，在没有过“交换性伴侣”活动的人中间，自报感染过性病的只有2.3%，可是在那些有过这种性行为的人里，性病发生率却高达20.2%，几乎是前者的10倍。

同样的，在没有过“群交”的人里面，自报感染过性病的只有2.2%，可是在那些“跟性工作者群交过”的人里却高达34.1%，是前者的几乎17倍之多；在那些“跟其他类型异性群交过”的人里面则是17.5%；在那些“跟同性别的人群交过”的人里面是25.0%。

## 第四节 性传播的新风险：新型毒品

对新型毒品<sup>①</sup>的使用已经有一些研究，但都是局部的、小规模，没有针对总人口有代表性的研究。本书使用2010年中国18~49岁的总人口的随机抽样的调查结果，试图分析中国人使用新型毒品的总体情况，以及与风险性行为、自报性病（STI）之间的关系。

190

艾滋病问题的社会建构

### 一、新型毒品的现状

#### （一）多少人在用？

中国国家禁毒委员会办公室发布的数据，截至2009年底，全国现有登记在册吸毒人员1 335 920人，其中滥用冰毒、氯胺酮合成毒品人员36万。<sup>②</sup>

在我们的上述调查结果中，报告自己使用过新型毒品的人，加权统计之后占18~61岁总人口的1.91%（136人，标准差0.137）。但是其中最老的是50岁，因此使用者在18~50岁年龄组中就占到2.47%（136人，标准差0.155）。

到2008年12月31日，中国18~50岁的总人口是5亿2 389万人。如此计算下来，其中的新型毒品使用者就应该达到129.4万人。考虑到5%的抽样误差，最低人数也应该是122.9万人。这一数字是政府统计数

<sup>①</sup> 中国政府的数据是：在滥用新型毒品的人群中，冰毒和氯胺酮占主流，分别占滥用新型毒品人数的47%和36%。参见人民网，2009年5月31日。

<sup>②</sup> 根据国家禁毒委员会办公室发布的数据，截至2009年底，全国现有登记在册吸毒人员1 335 920人，比2008年底增加209 158人，其中男性占84.6%，女性占15.4%。参见《新京报》，2010年2月3日。

据的 3.41 倍。这主要是因为，政府所说的登记在册的数字其实就是警察抓获的新型毒品使用者的人数。

上述中国政府统计的数据中：女性吸毒人员占 15.4%。我们的调查数据是 16.9%（23 人，标准差 0.000），比政府数据略多一些。这也是因为警察更难以抓获女性新型毒品使用者。

中国政府公布的上述数据中，35 岁以下人员占 58.1%，但是在我们的调查数据中，新型毒品使用者的平均年龄是 29.6 岁（标准差 7.70；中位数 29），其中 18~34 岁的占 75.1%。这一比例远远高于政府公布的数据，也是因为客观上警察抓捕的能力受限制。

## （二）什么样的人在用？

由于我们的调查数据中，新型毒品使用者最老的是 50 岁，因此本书将只分析 18~50 岁人口的情况。

我们把社会学研究中最常用的 8 个社会分层变量与是否使用过新型毒品进行卡方检验，首先得到交叉表（加权统计），然后再进行 Logistic Regression 分析（因变量是二分变量），以便发现哪些社会因素发挥了显著的作用。由于女性中只有 0.8%（ $N=23$ ，不加权）使用过新型毒品，因此我们只分析 18~50 岁男性的情况（ $N=3012$ ，不加权），分析结果见表 3-2。

表 3-2 使用新型毒品与社会阶层的相互关系的回归分析

社会分层	类别	新型毒品/ (%)	Sig.	Odds Ratios
性别	女性	0.8		
	男性	4.2		
婚姻	初婚与再婚（对照）	1.7		
	未婚	4.3	0.001***	2.465
	同居	9.0	0.000***	3.957
	离婚与丧偶	2.1	0.000***	5.020
每月收入	最低 40%（对照）	1.8		
	中低 30%	2.3	0.021*	1.792
	中高 20%	3.4	0.091	1.559
	最高 10%	5.0	0.008**	2.217



续表

社会分层	类别	新型毒品/ (%)	Sig.	Odds Ratios
年龄	18—29 岁 (对照)	4.1		
	30—39 岁	2.6	0.948	1.017
	40—50 岁	0.8	0.087	0.585
职业	不工作/在上学 (对照)	0.7		
	农村的各种劳动	1.9	0.901	0.927
	工人, 直接参加生产	2.6	0.883	1.078
	商业服务业	3.5	0.527	1.357
	白领	1.3	0.712	1.203
	企业家、领导	5.6	0.660	1.318
文化	小学及以下 (对照)	1.8		
	初中	3.1	0.745	1.139
	高中	2.3	0.872	1.068
	大专	1.1	0.279	0.588
	本科及以上	2.3	0.651	0.788
居住地	村镇 (对照)	2.4		
	县城、县级市	2.6	0.522	1.197
	地级市	2.7	0.667	1.132
	省会	3.4	0.959	0.982
	直辖市	1.3	0.155	0.339
流动	固定居民 (对照)	2.4		
	流动人口	2.6	0.098	0.694
常量			0.000	0.018

通过表 3-2 的分析我们发现, 在 8 个常用的社会分层变量中, 只有婚姻状况与每月收入这两个社会因素是显著相关的。也就是说, 使用新型毒品的主要是非婚的、收入高的男性。

同时, 由于上述 8 个变量基本上都是分类变量, 所以也使用了决策树的分析方法 (target category), 发现了相同的结果: 非婚的、收入高于最低 40% 的男性的 Gain Percent 已经达到 58%, 再加上已婚者, Predicted Percent Correct 就可以达到 100%。(Risk=0.044; Std. Error=0.004)

## 二、新型毒品危害整体健康

新型毒品与健康的分析结果见表 3-3。

表 3-3 使用新型毒品与健康行为的交叉分析

情况	选项	没有用过 新型毒品 / (%)	用过新型毒品 / (%)	P-value	Sig.
喝酒	从来不喝酒	99.5	93.9	58.519	0.000
	喝酒,但从来没有喝多	0.3	3.8		
	虽然喝多过,但是很少	0.1	0.0		
	喝多过,而且不少次	0.1	2.3		
抽烟	不抽烟,或基本上不抽	43.2	22.9	22.306	0.000
	每天抽 10 支以下	25.1	30.5		
	每天抽 10 支到 19 支	19.1	27.5		
	每天抽一盒或者以上	12.6	19.1		
怕老	非常怕	8.6	14.5	17.354	0.001
	有一些怕	26.1	36.6		
	不太怕	28.0	26.0		
	不怕	37.3	22.9		
情绪低落	经常这样	6.9	16.0	18.682	0.000
	有时这样	65.8	66.4		
	从来没有	27.3	17.6		
无故疲劳	经常这样	8.9	16.8	11.701	0.003
	有时这样	64.6	64.9		
	从来没有	26.5	18.3		
容易生气	经常这样	6.6	13.7	10.398	0.006
	有时这样	58.4	57.3		
	从来没有	34.9	29.0		

表 3-3 显示出:新型毒品的使用不但与喝酒抽烟显著相关,而且给当事人带来了显著的心理不良状态。

### 三、 新型毒品严重加剧性传播

这包括：①多伴侣行为；②安全套使用情况；③STIs 的自报发生率。分析结果见表 3-4 至表 3-6。

表 3-4 使用新型毒品与各种多伴侣性行为的交叉分析

性关系	具体情况	没有用过 新型毒品	用过新型毒品	F Test	Sig.
交换性伴侣	上年有过	4.05%	28.2%	152.981	0.000
	上年次数	1.56 次	2.76 次	1.997	0.160
多人性交	历史有	6.2%	33.1%	137.706	0.000
	上年有	4.2%	26.0%	127.679	0.000
	上年次数	2.71 次	5.61 次	6.582	0.011
同性性交	历史有	2.1%	17.6%	114.500	0.000
“卖性”	上年有	4.1%	24.4%	112.321	0.000
	上年次数	1.64 次	7.15 次	7.861	0.006
多伴侣（上年）	有过	39.6%	71.0%	60.242	0.000
	人数	1.08 人	3.56 人	71.600	0.000
	有新伴侣	16.8%	45.8%	72.642	0.000
	新伴侣人数	1.97 人	3.45 人	12.497	0.000
多伴侣（上月）	有过	12.9%	36.6%	60.409	0.000
	人数	0.23 人	0.84 人	45.487	0.000
	有交叉伴侣	39.6%	58.3%	7.768	0.006
	有新伴侣	7.6%	25.2%	51.299	0.000
	新伴侣人数	0.96 人	1.29 人	1.970	0.161
多伴侣（历史上）	有过	58.5%	90.8%	55.509	0.000
	人数	3.30 人	14.52 人	65.678	0.000
找“小姐”	上年有	10.9%	34.4%	67.021	0.000
	上年次数	4.69 次	10.60 次	71.759	0.000
“买性”	上年有	9.4%	30.5%	61.181	0.000
	上年次数	3.30 次	4.87 次	2.165	0.142

性关系	具体情况	没有用过 新型毒品	用过新型毒品	F Test	Sig.
“一夜情”	历史有	14.4%	34.4%	39.291	0.000
	上年有	8.9%	25.2%	38.284	0.000
	上年人数	1.36人	3.69人	14.392	0.000
婚外性	有过	32.9%	61.9%	23.140	0.000
异性全身按摩	上年有过	22.6%	51.9%	60.272	0.000
“打飞机”	有过	11.6%	39.7%	91.130	0.000
	次数	2.18次	7.57次	30.826	0.000
接受“三陪”	上年有	19.0%	50.4%	77.917	0.000
	次数	1.39次	7.63次	64.971	0.000
跳舞消费 <sup>①</sup>	上年有	44.7%	73.3%	41.703	0.000
	超过10次的	6.4%	25.2%	74.641	0.000
触摸舞女阴部	有过	19.9%	40.6%	23.092	0.000

从表 3-4 中我们首先发现，新型毒品使用者的风险性行为不但比不吸毒的男性非常显著地多，而且在我们所考察的所有性关系中都是如此。这是非常令人震惊的情况。

上面的表格按照 F 检验的值，从高到低排列了新型毒品使用者的风险性行为。其中，新型毒品使用者最显著增加的那些风险性行为（交换性伴侣、多人性交、同性性交与“买性”）也恰恰是传播艾滋病的可能性最大的那些行为。也就是说，新型毒品的使用给艾滋病传播带来的新的风险的程度，比我们这里列出的各种数字还要大得多。

表 3-5 使用新型毒品与安全套的使用

		总是用	常常用	很少用	从来没用过	P-value	Sig.
		/ (%)	/ (%)	/ (%)	/ (%)		
与长期性伴侣	不吸毒	12.9	14.6	29.5	43.1	29.234	0.000
	吸毒	36.2	19.0	20.7	24.1		

① 到收费的娱乐场所去跳舞。

续表

		总是用 / (%)	常常用 / (%)	很少用 / (%)	从来没用过 / (%)	P-value	Sig.
“买性”	不吸毒	67.4	10.1	15.0	7.5	8.118	0.044
	吸毒	45.0	20.0	25.0	10.0		
找“小姐”	不吸毒	66.8	18.4	9.2	5.6	3.512	0.319
	吸毒	68.6	8.6	17.1	5.7		
“卖性”	不吸毒	46.2	17.3	21.2	15.4	1.166	0.761
	吸毒	59.1	13.6	18.2	9.1		

表 3-5 说明：新型毒品的使用者仅仅在长期性关系中才更多地使用安全套，在非婚性关系中并没有显著的差异。可是他们参与各种非婚性行为却比其他人显著地多，因此他们目前的安全套使用程度，一点也没有降低他们感染艾滋病的可能性。

表 3-6 自报的 STIs 情况

情况	选项	不吸毒/ (%)	吸毒/ (%)	P-value	Sig.
性病	有过	4.8	32.8	175.618	0.000
性病的时间	过去 12 个月之内	0.9	15.3	167.445	0.000

以上情况说明：新型毒品的使用极大地增加了性病与艾滋病的传播可能性。

可是目前中国的预防工作还主要集中于注射吸毒者，这非常不够。虽然使用新型毒品的人可能更加分散和隐蔽，但是创建中的艾滋病社会学运用自己特有的调查研究方法，更加有可能在这个领域做出新的贡献。

## 第五节 理论探讨：性传播，社会学的解决之道

性传播之所以会成为一个“问题”而不仅仅是一个生物学现象，就是因为它是人传给人的，是处于不同的社会情境中的不同的人，在不同的社会活动中，传播给另外一些很可能与前者非常不同的人。一句话，艾滋病是社会的人在特定的社会中传播的，因此才会成为性社会学研究的一个“问题”。

以下就来分析一下，艾滋病的性传播究竟是怎么在社会中存在的。

### 一、性传播是网络化的

性的社会网络这个概念和相应的理论，是由爱德华·劳曼（Edward Lauman）和约翰·盖格农（John Gagnon）等人在《性的社会组织》（Social Organization of Sexuality, 1994年10月出版）里，首先给予系统论述的。图3-6所示为性的社会网络示意图。

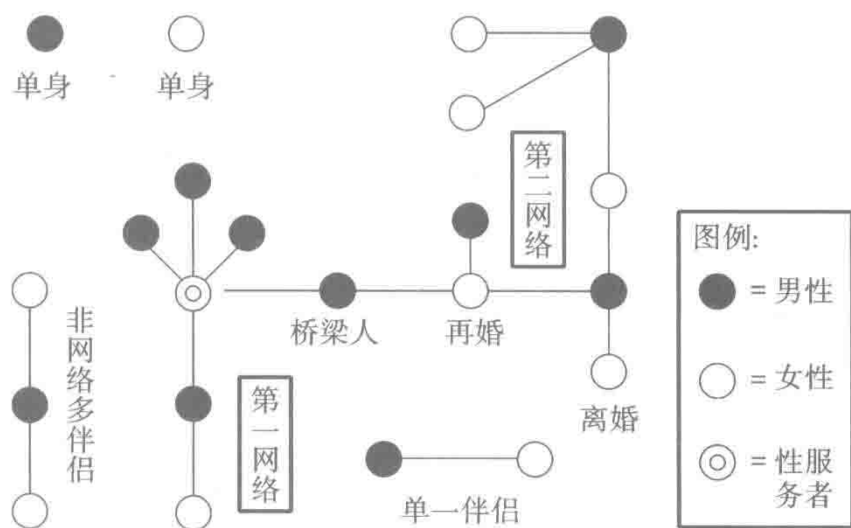


图 3-6 性的社会网络示意图

这个概念的基本意思是：人类的性关系并不完全是一个人对一个人的，有些人是同时与一个以上的人保持着性关系。例如，甲只跟乙保持性

关系，但是乙却同时跟丙和丁保持着性关系。这样一来，甲、丙、丁这3个人就通过乙这个人形成了一个4人的性的社会网络。如果其中的任何一个人还和别人保持着性关系，那么这个性的社会网络就会更加扩大。

在现实生活中，这种小的性的社会网络是经常可以看到的。而且，如果甲网络中的某人与乙网络中的某人发生了性关系，那么甲和乙这两个网络就被连接在一起。如果某个社区或者群体里的许多成员都与一个以上的人保持性关系，那么这个社区或者群体里的许许多多的成员就会被连接到同一个性的社会网络中去。

当然，还有许多人根本就没有任何性伴侣，那么他们在某个社区或者群体的性的社会网络的分布图上，就表现为孤零零的一个点，跟任何人都不连接。那些双方都只跟一个人保持性关系的人们，在社区或者群体的性网络分布图上，则表现为两点相连的、与其他人隔绝的单线式结构。

性的社会网络的理论来源于社会学里的路径理论和分析方法。它的重大意义在于，它提出了这样一个假设：同一个人在与不同的人发生性关系时，会有不同的性行为方式。例如：一个男人在与妻子性交时，可能是温文尔雅的；在与情人性交时却可能是热情奔放的；而在嫖妓时则可能是冷酷粗暴的。而且，对于不同的对象，他所采用的具体性交方式也可能是完全不同的。女人也是如此。

从这个假设出发，性的社会网络理论认为：以往的性学研究，往往把人的性行为仅仅看成是行为者自己一个人的事情，忽视了性行为对方对于行为者的影响和作用，因此无法探究人们在实际生活中的性行为实况。性的社会网络理论认为，在研究人类的任何性现象时，必须把研究对象放进他（她）所在的性的社会网络中去，探索行为者在不同的网络位置上所出现的不同行为方式，才能全面和深入地发现行为者的性行为实况。

由不同的性关系所组成的性的社会网络，仅仅是性的社会网络的一种表现形式。此外还有性观念和性道德方面的性的社会网络。例如，甲通过乙获知了某种性现象是好的，然后又告诉了丙和丁，那么在性观念学习和性道德传播这个方面，甲、乙、丙、丁4个人就构成了一个性的社会网

络。个人在某一个这样的性的社会网络中与多个人发生信息交往，通过向一个人的学习来学习社会准则，又通过适应某一个人来适应整个社会。

从性社会学的学科角度来看，性的社会网络理论无疑是非常前沿的成果。它不仅强调了个体的行为是对方反馈的生成物，是受社会环境制约的，而且强调了路径，即强调了社会的性道德和性规则等等，对人约束和影响究竟是通过什么路径才落实到每一个人身上的。因此，在性的社会网络理论提出之后，传统上所说的“性行为”，就不再仅仅指个人的独立行为，而是指一种网络化的性行为，一种处于个人与个人的交往之中的、处于个人与社会的相互关系之中的、由学习和反馈所制约的性行为。

性的社会网络理论，被称为“艾滋病时代的性学理论”。因为这个理论中的性关系网络理论，非常有利于研究艾滋病病毒的传播路径，有利于发现各种可能阻断这个路径的方法，有利于估计艾滋病的可能传播范围到底有多大。正是依据这个理论及其分析方法，劳曼等人骇世惊俗地指出：艾滋病实际上很难在异性恋人口中大规模传播开，预防艾滋病的工作应该把主要的精力和资源投入那些高风险人群。

性的社会网络理论的提出，使性社会学关于社会决定人的性行为的理论得到进一步的发展，有了更加真实更加具体的根据，标志着性社会学已经度过了初创期，开始走向成熟。在实际应用方面，除了预防艾滋病以外，这个理论对于性的社会管理和独特的性群体的自我认知也提供了合理的与可行的坚实理论基础。

## 二、 艾滋病传播的“桥梁人群”

这首先涉及我们对于“性”（sexuality）的认识。以往，艾滋病预防工作常常从纯粹的自然科学出发，总是把“性”视为个体的行为。其实：

第一，性不是个体的，大多数情况下是在两个人之间发生的，而且从性社会学角度来看，性是在社会网络中发生的。当你和某个人发生性关系时，你怎么知道对方有没有和别人发生过性关系呢？对方与另一个人的性



关系一定会影响到与你的性关系。这个道理不是很简单吗？

第二，性不仅仅是行为。公共卫生工作者总是强调预防艾滋病的关键是改变性行为。其实，不戴安全套最大的风险不是艾滋病，而是爱情！相爱的两个人大多是不会使用安全套的，是你不信任我呢，还是我不信任你呢？“小姐”们也一样。“小姐”们和嫖客之间可以百分之百地使用安全套，但她和她男朋友一定不会使用。安全套意味着相互不信任，意味着对对方有怀疑，意味着把性关系变成了讨价还价，变成一个气缸摩擦运动，爱情怎么能够承载？

说到艾滋病的传播，从社会学的视角来看，预防艾滋病必须主要针对“桥梁人群”，而不是单纯针对“小姐”。通常我们都假设“小姐”是传染源，可是，那些“刚出道”的妹子们，她们的艾滋病又是谁传染的呢？泰国的研究发现，嫖客的性病比例远高于“小姐”。这可不是靠推理得出的结论，是把妓院里用过的安全套都收集起来，一个一个地化验出来的。所以，谁是罪魁祸首？

即使某“小姐”是艾滋病病毒携带者，有3个男人嫖过她，那么她就将病毒传染给了这3个男人。这没有错。但如果这3个男人没有再与其他人发生过性关系，那总共就只有这4个人被感染，不会再多，也无法通过性的途径再传播。可是，如果其中一个男人有妻子，就可能出现第5个人被感染。这个男人就成了桥梁人群。如果此人还有多个性伴侣，就可能把艾滋病传染给更多的人。性的社会网络就是这样联系起来的。其中起最重要作用的不是“小姐”，而是这个桥梁人群。

倘若艾滋病仅局限于吸毒者、同性恋者以及非法“性产业”参与者，中国绝对不会有目前这么多艾滋病感染者。因为上述群体的人数是有限的，即便真有百分之百的传染率（事实上远没有这么高），艾滋病患者也绝对不会有这么大的数量，而且不会这么迅速地增长。艾滋病的加速传播，完全是由于“桥梁人群”把非法“性产业”参与者和普通民众这两个本不相干的人群给连接了起来。

那么谁是最重要的“桥梁人群”呢？我们的调查结果显示，厂长、经

理、老板等所谓“先富阶层”中的男性，嫖过娼的占到 26.7%，他们嫖娼的比例是城市男性工人的 10 倍，是各种农村男性劳动者的 22 倍。此外，他们的其他女性“性伴侣”也最多，是男性工人的 1.95~2.60 倍，是男性农民的 2.87~3.37 倍。

中国当前的整个艾滋病预防政策，基本上是盯着吸毒者、同性恋者以及非法“性产业”参与者，却从来没有任何只言片语提到过，应该对厂长、经理、老板等人进行百分之百安全套的教育。其实最简单的办法是：凡是公司、企业注册登记，法人和高层管理者必须先接受预防艾滋病培训。有些舆论总是在宣传：是性解放导致了艾滋病泛滥。其实真正的罪魁祸首是这种桥梁人群。他们不但嫖娼，而且具有多个性伴侣，还可以“包二奶”“养小蜜”，甚至强奸女工。正是他们，更大范围地传播了艾滋病。

推而广之，在艾滋病的传播网络之中，我们还能真的“独善其身”吗？在任何一种性关系中，我们还应该相信“忠贞假设”（假设对方没有其他的性伴侣）吗？

### 三、性传播，依托于社会结构

#### （一）社会政策之下的性传播

从预防艾滋病的角度而言，传播艾滋病可能性最大的是群交，其次是“性交合”（阴茎插入阴道）。也就是说，其他的性活动的风险都很小，而且是递减的。

就此而言，中国目前的警力、物力和精力仍然很有限，为什么不集中使用于预防艾滋病的最主要目标“性交合”呢？

#### （二）社会管理中的性传播

在不断掀起大规模“扫黄”运动的社会中，如果“小姐”被抓获，就要被罚钱。“小姐”没钱，不可能跟家里要，只能向“妈咪”、老板借，结

果，即使是在自由雇佣制的性服务场所中，“小姐”也会因此而成为债务奴隶。她为了尽早还债，只能更加卖力气地“做生意”。在这种境况中她还怎么可能预防艾滋病？怎么可能对嫖客说“不戴套就不做”？

尤其是，在非法“性产业”中没有秘密可言。那些常来的嫖客很快就会知道哪个小姐是“债奴”，就会更加肆无忌惮地不带套性交，急剧增加了性传播的风险。

### （三）习俗中的性传播

在一些地方的一些男性中，流传着一种“开处大吉”的迷信，认为如果与处女性交可以给自己带来好运气。这种情况笔者在田野调查中屡屡听到，但是无缘访谈到其中的任何一人。在坊间的口口相传中，似乎是做生意的男人更加容易相信这种说法。在这种情况下，预防艾滋病的问题肯定没有一丝地位。

在非法“性产业”的参与者中，尤其是嫖客中，流传着另外一种“阴阳互补”的说法，就是在性交中双方的分泌液必须实现交合与融通，才能“大补”。这显然会极大地减少安全套的使用率。

### （四）民间信仰中的性传播

中国男人中非常流行“插入崇拜”，就是认为性交就必定要插入，否则就不是“性”。因此嫖客不使用安全套的原因，并不简单地是“戴安全套会影响性快感”，最重要的是他们如何定义“性”与“性交”。

很多嫖客传统的认知是：①戴套，就不是真嫖了，只有“肉贴肉”才是性交；②戴套就是“亏了”，等于没有买到性交。

### （五）等级地位中的性传播

“小姐”对于“下贱”的恐惧，时时笼罩在她们的心头。由此，她们对于使用安全套也会产生两种截然相反的认知。

在一些“小姐”眼中，不用安全套的理由是：安全套是“小姐”身份

的标志；安全套会阻断阴阳交汇；会引发妇科炎症；会得罪老男人，因为老男人戴套之后很难勃起。

但是另外一些“小姐”认为，用安全套可以实现：我仅仅是“做生意”，不是“性”；“他没禽到我”；“挡住男人的脏”。

还有的“小姐”更是认为：戴套就是亮明我的“小姐”身份，预防嫖客对自己产生情感，也警告自己不要有非分之想。这种看法的基础就是：只有在“小姐”与嫖客之间才会使用安全套；在其他的任何性关系中，大家都是不会用的。

#### （六）“自学成才”中的性传播

笔者在调查低阶层嫖客的过程中，得知了他们应对性传播的策略：望（事先仔细看）、闻（嗅觉检查是否有异味）、摸（伸进阴道之内摸）、洗（事先就要求小姐清洗内外阴部）。在这样的知识指导下，笔者所调查到的嫖客没有一个使用安全套，而且嘲笑说戴套是傻。

#### （七）集合活动中的性传播

笔者在调查嫖客中发现：戴套是一种圈子里的互动行为。在特定的小圈子里，如果某个男人具有“领袖地位”而且使用安全套，那么圈子里的其他男人对他就会更加重视。如果是相反的情况，那么使用安全套的概率就会被大大降低。

#### （八）亲密关系中的性传播

中国现在的预防艾滋病工作，基本上是针对高风险人群的，但是在21世纪“性化”的时代，在普通人的多伴侣性行为日益猛增的社会中，夫妻之间使用安全套的问题已经被提上日程。可惜，这方面实在是前景暗淡。

在恋人或者夫妻之间，无论哪一方提出使用安全套，就意味着自己有过“不忠”行为，或者意味着自己怀疑对方“不忠”。这样一来，双方的

关系就很难维持下去。

### （九）多元的社会性别中的性传播

在当前的中国，男性的同性性服务（money boy）日益增加，“易装”的性工作者也在增加，比异性性交具有更大的艾滋病传播风险。

### （十）不同人际关系中的性传播

我们的预防艾滋病宣传教育，不能再假设人们都是一张白纸，啥也不懂。其实中国民众对于艾滋病风险有着清醒的认知，某种性关系的风险越高，那么人们在其中使用安全套的比例也就越高。这种情况在表 3-7 中充分表现出来了。

表 3-7 不同性关系中使用安全套的比例

性活动	总是用安全套的比例/ (%)
夫妻性生活	7.1
与其他性伴侣	10.7
“买性”	48.4
“卖性”	49.0
男人找“小姐”	64.2
其中：上次用过	80.2

这就是说，我们的宣传教育应该从居高临下的教训与恫吓，转为发掘、总结和推广普通人使用安全套的成功经验。

### （十一）差序格局中的性传播

虽然身为“小姐”，但是她们在非法性交易中、在恋爱的亲密关系中、在夫妻之间，都会采用不同的性生活方式，都会选择戴套还是不戴套。全世界的研究都已经发现，“小姐”们虽然可能在非法性交易中坚持使用安全套，但是极少在任何一种恋爱关系或者夫妻关系中使用，就是因为性关系的性质不一样，人与人的关系不一样。

同样，男性在不同性质的性关系中也会采取不同的性生活策略，包括是否使用安全套。这不但反映在笔者的研究成果中，而且是男性世界中的一种常识。

#### 四、 风险， 更来自非法 “性产业” 的组织形式

在笔者和笔者的团队所调查的 13 个“红灯区”中，非法“性产业”主要存在四种组织形式：“奴隶制”、人身依附制、自由雇佣制、自主经营制。

关于“奴隶制”。大家或许都在报刊电视上看到过“贞女跳楼”的报道，一个女孩子被骗至某地被逼卖淫，就跳楼，摔成重伤。

我们曾亲自到该地调查过，见到了当事人，是个女老板。真正的原因是，那里的地下“性产业”实行“奴隶制”，强迫、拘禁“小姐”，“小姐”完全没有人身自由，没有工资，没有固定提成，以赏代薪。组织者以防盗网、防盗门的形式，构成了实际的监狱。

另外一种组织形式是人身依附制，存在于大多数城市的发廊、按摩场所中。它的特征是“小姐”必须住在工作场所，一般情况下还管饭，但不像奴隶制那样完全没有人身自由。“小姐”在非工作时间可以自由外出，但是她们离不开这个特定的经营场所。因为她如果站到大街上去，就有警察要抓她。由此可见，在非法“性产业”中最重要的一环是场所。没有场所，性交易就无法发生。

“扫黄”行动也非常明白这一点。我们最近完成了一个研究项目，探讨自 1980 年代至今的“扫黄”政策的演变过程。它最开始是针对“小姐”，就和我们现在预防艾滋病总是只针对“小姐”一样，然后开始针对地下“性产业”的老板、“鸡头”，到 1999 年开始明白，必须针对场所，而这些场所都有黑恶势力作为保护伞，于是开始重点整顿治理“后台”。我估计他们终有一天会明白，这实际上归根结底是一个腐败问题，不解决腐败问题，地下“性产业”的问题就解决不了。

场所把嫖客和“小姐”联系了起来，没有它，大多数“性产业”无法

运转。我们大多数从事预防艾滋病的工作者，都是到“小姐”所在场所去进行宣传教育。这从逻辑上是极端荒谬的。政府是要“扫黄”的，虽然你保证你的调查仅出于学术研究目的，可是老板和“小姐”会相信你吗？你只要待在场内，你就可能看见性交易，而组织、容留、强迫他人卖淫，中国以前的最高刑罚是死刑，而且已经枪毙了一大批老板、“鸡头”。你直接威胁到了他的生命，他怎么可能配合你的工作？但是，你如果在“小姐”逛街时和她交谈，老板就不可能来干涉。在人身依附制下，老板只管“小姐”上班的活动，“小姐”出去逛街、和谁聊天都与老板无关。

自由雇佣制的特征是“小姐”不在经营场所内居住，和我们日常上下班类似。它实行“饥饿纪律”，没有人强迫“小姐”来卖淫，但不来就没有收入。

自主经营制的特征是个体经营、自愿“从业”、收入归己，以“陪聊”“女网友”“约炮”这种身份出现的“小姐”，就是自主经营下的“小姐”。在局部地区甚至出现了几个“小姐”合伙雇佣一个“妈咪”的情况，双方的权势关系完全颠倒过来了。

形象地说，“奴隶制”是公元前的，人身依附制是200年前的，自由雇佣制是20年前的，自主经营制是2个月前的。为什么每个年轻人一有机会都想自己当小老板，不愿意再当白领了？就是因为有人身自由。

中国当前的“扫黄”行动有个最大的副作用，就是客观效果上鼓励“奴隶制”。“扫黄”的力度越大，嫖客就越害怕，老板就得用各种方法吸引嫖客。第一是“开处”，标榜这里全是处女，结果就容易发生强迫卖淫；第二就是为了安全、隐蔽，只好24小时营业，“小姐”也就不能离开，失去人身自由。此外，“小姐”被抓被罚之后，只能求助于老板、“鸡头”、“妈咪”，结果从经济上和人身上都更加容易堕入“奴隶制”的深渊。尤其是，按照“禁娼法”，即使是被迫卖淫也同样是犯法，那么还会有几个被迫的“小姐”敢逃出虎口向警察求助？我们在四川调查发现：这是“奴隶主”们吓唬小姐时最有效的法宝。这些难道不是在客观效果上鼓励“奴隶制”吗？

在这种“奴隶制”的组织形式下，社会学者或医学工作者去向老板、



“小姐”们宣传艾滋病预防，笔者真觉得是天方夜谭。对于她们来说，艾滋病实在只是一件极其次要的小事。

不同的组织形式，必然导致其成员不同的个人行为。大家都知道，嫖客不喜欢用安全套，往往只是在“小姐”的催促之下他才会用。可是，陷于“奴隶制”或人身依附制之下的“小姐”，她们连自己起码的人身自由都没有，又怎么可能要求嫖客使用安全套？

现在的流行病学和预防医学的调查，总是询问“小姐”使用安全套的频率，为什么不问嫖客使用安全套的频率呢？这就是典型的社会性别问题。尽管参加这类调查的大多数是女性，但她们缺乏社会性别意识。你这样提问，言下之意就是，“小姐”如果不用安全套，就把艾滋病传染给了嫖客。你的前提假设是：“小姐”是害人者。反之，你如果是通过“小姐”来询问嫖客使用安全套的频率，前提假设立即发生了转变，即嫖客如果不使用安全套，就会把艾滋病传染给“小姐”。这才是性别平等意识。

现在“小姐”和嫖客之间有平等吗？嫖客都有钱有势，根本没有一点道德良知的顾虑。可是，在“奴隶制”或人身依附制之下的“小姐”，大多刚从农村第一次出门进城，读过三年小学，什么法律意识、平等意识都没有，他们之间有什么平等可言？艾滋病预防工作者开展了很多活动，教育“小姐”必须使用安全套，她们也全听懂了，可是真的遇到嫖客不愿意使用的时候，她们根本就连说这话的权利都没有！你向“小姐”宣传预防艾滋病有什么作用？

“奴隶制”下的性交易，“小姐”本来就是被逼被骗的，嫖客就更可能实施暴力强奸，结果在性行为中极容易出血，感染艾滋病的概率就大大提高。所有的嫖客都知道“奴隶制”下的“小姐”没有任何权利，他们根本不会有一丁点的顾忌。这样的卖淫就不是商业行为，而是完全的被强奸。

这样的“小姐”，获得预防艾滋病的知识与技能的可能性更小，她们都处于丧失人身自由的半封闭状态，从哪里获得这些知识呢？至于她们患了性病的求医率、治疗率就更不必提了，完全没有人身自由还怎么去看病？而患性病之后，将大大增加感染艾滋病的概率。尤其是，她们更加漠



视生命的价值，她们早就把自己的身体作为一个精确计量的经济单位，对她们谈预防艾滋病，实在是离她们太遥远了。

艾滋病另一个重要传播途径是吸毒。实行“奴隶制”的“红灯区”，往往也是吸毒行为高发区。当这两种行为交叉时，艾滋病的感染概率就更大。实行“奴隶制”的老板，通常有当地黑恶势力的庇护，可以对“小姐”吸毒视而不见。但是，非法“性产业”的其他三种组织形式，却有一些“规矩”可以为我们的预防艾滋病提供“帮助”。

第一，绝不允许“小姐”吸毒，从“妈咪”到“小姐”相互之间看得很严的，一旦发现，立即辞退。这是因为嫖客认为，吸毒的“小姐”会骗人、偷东西甚至杀人越货。嫖客都是本地有头有脸的人物，如果知道有“小姐”吸毒，非把这个店给砸了不可。可惜，我们艾滋病预防工作者却很少有人想到过利用这点来开展工作。

第二，一旦“小姐”得了性病，即使嫖客不知道，还能继续接客，但她在“小姐”“妈咪”中就立即被人看不起，弄得不好会被扫地出门，因为她太傻、太笨了。性病对于“小姐”而言，首先是一件非常丢人的事，是关涉在本群体中的地位的问题，其次才是健康的问题。我们艾滋病预防工作者，其实也可以利用这点来开展工作。

还有一点，“小姐”中间对艾滋病的恐慌，其实比我们一般人想象的要大得多。我们现在再去向她们宣传艾滋病的危害，早已经是画蛇添足。需要注意的反而是，她们中间的谬误知识太多了。例如，许多“小姐”认为，接吻会百分之百地传染艾滋病。那么这个谬误是从哪里来的呢？是她们的职业经验的总结。性交合，她们天天在做，她们就不觉得有危险，而接吻在性交易中极少出现，因为接吻是属于爱情的，不卖。根据我们的调查，将近90%的“小姐”在性交易中从来不和客人接吻，于是她们就会认为，很少出现的就是很危险的。这其实很容易理解。我们天天都喝水吧，却很少注意水的卫生。如果忽然给你个稀奇古怪的东西让你吃，你大概马上就要检查检查，这是什么东西？卫生吗？这是很常见的心理。

这就是说，我们的宣传教育首先必须知道，对方已经知道了什么，其

中有哪些是错误的，如何对症下药。

## 五、我们如何了解她们？

### （一）我与她们平等

我们不管是针对“小姐”做社会学调查，还是做艾滋病预防工作，必须具有“职业与角色不能统一”的意识，否则根本就没有可能去接近她们，调查或预防工作也就不会有任何效果。笔者在自己的几种书中一再强调，千万不要到地下性交易场所去调查“小姐”，但是到目前为止，笔者读到的几乎所有公共卫生、预防医学关于“性产业”的调查报告，都是在地下性交易场所进行的调查。

其实，只要稍具生活常识的人就可以明白：第一，一个女售货员在商店卖东西的时候，和她回家后是绝对不同的，你在她上班的时候调查得再全面深入，充其量也只能了解到少半个她，而且很可能是扭曲了的她；第二，“小姐”既然把性交易作为职业，她在交易场合就必须按照“职业”要求来做，你在她上班时去调查，她怎么可能说什么？我们不会去调查正在指挥交通的警察，那么就别在“小姐”上班的时候去“烦”她们。

不论是处于何种组织形式下的“小姐”，不管我们社会学工作者或医学工作者对她们多么平等，她们仍然把你视为上等社会的男人，是绝不可能彻底信任你的，总是存在隔膜的，包括对笔者也是这样。但是自由雇佣制和自主经营制下的“小姐”，这种隔膜就要小得多。她们比较自信，认为“我本来就和你平等”，所以这些人还可能正常接触，愿意配合我们的预防艾滋病工作。

这里牵扯到一个问题，就是地下“性产业”调查人员的性别问题。其实关键在于调查目的。如果仅仅是走马观花，或者是调查安全套使用率等肤浅问题，那么男女调查员都一样，没有显著区别。因为对“小姐”来说，这些情况根本不值得隐瞒。但是，如果涉及个人生活与情感方面的问

题，譬如她们有没有什么技巧来抵御嫖客的性侵犯等，她是绝不会告诉男性访谈员的，因为她不会相信任何一个男人。她们做“小姐”的时间越长就越不会；可是，你所希望获得的资料，恰恰就是在这样的长期“从业”的“小姐”的心中。

但是我们研究所的女学生出去做调查时，我发现更大的问题在于：女性之间的阶层鸿沟，比男女之间的性别鸿沟还要大。好女人对坏女人的歧视，远比一般男人对坏女人的歧视要大得多。尤其是，即使你真的不歧视她们，可是由于她们不认为自己是坏女人，所以你倘若露出好女人的东西来，就很难建立平等关系。

香港紫藤组织的负责人严月莲，是一位女性，她15岁就当女工，19岁开始就从事女工的社会工作，后来从事为“小姐”服务的社会工作。她总结自己多年来的经验，说：知识女性如果想深入到“小姐”中间，让她们彻底信任你，不论是从事艾滋病预防工作还是做社会调查，唯一的办法就是“自甘堕落”。不是要你真的去卖淫，而是要你把自己放在与她们一致的地位上。

这一点，说说容易，做起来却很难。曾经有一个中年女性调查员跟我去“红灯区”，到了“小姐”住处后，在屋里转了一圈，就站着和人家说话。我是男的我都感觉出来了：你嫌她的床脏，不想坐。那么你再和她说预防艾滋病还有什么意义呢？你以为她是从农村来的小女孩，没知识没文化，她就连这都看不出来？其实她们更加敏感！

此外还有一个性别加年龄的问题。笔者去“红灯区”做调查，和“小姐”做访谈，是以她们的父亲甚至是爷爷的形象出现的。她们也把我当成一个老人来看待，不再当作一个男人，性别色彩淡化了，对笔者的戒备心理就会小得多。反过来，如果你才20多岁30来岁，长得又挺有魅力的，一个劲要笔者带你去调查“红灯区”，保证自己“坐怀不乱”，可是你没想过，要是“小姐”爱上你，你准备怎么办？这是一个很现实的问题，一旦你平等地对待她们，不用更多，“小姐”是很容易爱上你的。可是所有自告奋勇要跟着笔者去做地下“性产业”调查的男性都从来没有考虑过这个可能性。如果“小姐”爱上你，你可能爱她吗？你可能娶她吗？你的调查

难道不是在欺骗她的感情吗？你告诉笔者，你准备怎么办？你从来没想到，笔者怎么可能带你去？

## （二）到她们的生活中去

调查“小姐”必须是：在她们的业余时间里（而不是上班时间）；走进她们的居住场所（而不是“交易”场所）；进行个别咨询（而不是课堂宣讲）；带着妇科医生；发给培训证明。

宣传教育必须牢记预防艾滋病的最重要的知识，并不是医学，而是：第一，本地的发病率；第二，圈子里的发病率。只有这两个知识，才可能直接影响到对方的具体行为。

此外，我们还必须重视地下“性产业”的最新发展变化。在很多中档以上的娱乐场所中，新潮男人的“性”已经出现很大的变化：调情多；服务方式多；愿意享受“非插入”的性；把插入作为整个性过程的最后一步；不太计较戴安全套，希望延迟射精。

由此，我们的宣传教育也应该随之而变：必须充分宣传戴套有助于增加性快乐，可以延长性交的时间，可以缓解“尿频”的问题，可以换取“小姐”的一些服务积极性。也就是说，我们不应该再用“不戴套就会死”这样的宣传去吓唬男人。

## （三）教育和研究，都必须实现互相交换

我们从事预防艾滋病的工作，绝对不能有“我是医生，我来给你治病”的思想，我们只是帮助她们预防，而非强制性灌输。根据社会学的交换理论，人际关系主要靠交换来维系，包括各种非物质的交换，也包括情感的交换。此外还有两个原则：一个是，交换必须是双方互相需求的，必须是双方平等和公平交易；另一个是，资源占有多的一方，如果过度地使用自己的“权势”（power），就会破坏双方的交换。我们想让她们配合预防艾滋病，那么我们就必须想一想，我们拿什么来和她们交换？怎样才能更加平等、不依仗职权？

公共卫生学界喜欢用“干预”这样的术语，这本身就是违反人身权利的。我们有什么资格、有什么权利来“干预”她们？我们不外乎强调我们的干预是为了她们的健康，为了她们的利益，我们是来解救你们的。这种“他人需要我来解救”的思想，不是建立在两个平等的人之间的。社会中的任何两个人之间都是平等的。在这一前提下，双方进行公平交换，这样才能够构成与维持人际关系。

所有的社会调查，在社会交换理论看来，都是不平等交换。你去调查对方的家庭人口、人均收入，可是你告诉对方你家的人口、你家的收入了吗？在日常生活中，谁能受得了这样的朋友？一来就问：“你兜里有多少钱？”如果你反问：“那你有多少钱？”他说：“我不告诉你。”这朋友能交得下去吗？所以，当你做调查时，你其实是在恳求对方的合作，绝对不能是一种居高临下的态度。笔者在“性社会学”课程里第一课就是讲这个：你做调查，其实是干什么去了？你是求人去了，是求爷爷告奶奶：你好歹跟我说点吧。一定得是这样的姿态，绝不能搞成“逼供信”。

如果你居高临下地调查，所有数据基本上都不真实。西方人比较独立，注重隐私权，所以社会调查的结果中，往往有20%以上的拒答率，剩下70%多的受访者确实愿意回答，他们回答真实情况的可能性一下子就提高了。但是，我们中国人的普遍个性大不一样。中国人是“他化”的，而不是自我化的。我们不善于拒绝，却善于伪装和隐瞒，甚至善于撒谎。现在有许多社会调查，往往有近乎百分之百的回答率，这怎么能信呢？例如，我本来不愿意回答每月的收入状况，但你非要问，我又不好意思拒绝，就只好随便说一个数字来应付你。中国人几千年来都不是生活在一个可以充分表达自我的社会里，而现在一切社会调查都是要调查个人的具体情况，这两者本身就是矛盾的。所以现在这样简单粗暴的社会调查方法，必然是在强迫他人，而且必然是“假数真算”。

尤其对于“小姐”这样的弱势群体，不管访谈人员是通过何种途径进入的，对方仍然认为你是来自于上流社会、是与她们不一样的人。她们即使愿意接受访谈，也经常会上顺着你的思路说，你就很难鉴别她说的真实

性。其实我们完全可以反过来设计问卷，让受访者对某件事发表评论，效果就会好得多。

## 六、她们才是主体，我们仅仅是帮助

### （一）第一要务：别碍事

那么，我们的干预工作到底能对预防艾滋病起到多大的作用？笔者从来都是一个悲观主义者：人的力量并没有那么大。即使你去访谈了1 000个“小姐”，按照项目要求完成了“干预”工作，但实际上真正起作用的，仅仅是其中一小部分人，就是那些自己已经有了需求的人。她已经怀疑自己染病了，或者已经听说过什么性病的故事。总而言之，她是比较有觉悟的人。

反过来，那些由于你的干预受到直接利益损害的人，怎么可能接受你的宣传？譬如，你在娱乐场所门口放了一块预防艾滋病的宣传板，客人见了都不来了，老板怎么会不恨你？一个“小姐”，听了你的宣传，身上带了安全套，结果被警察抓后，安全套成了她卖淫的证据，以后她还会接受你的干预吗？尤其是那些对自己生命都不在乎的人，她怎么会听你那套宣传？她会说；艾滋病不是好几年才死吗？我现在就活不下去了，你管吗？

请大家注意，那些自主经营的“小姐”，最反感的就是外来者的干预。她们的觉悟比我们高得多。她讲的道理能把你冲一个跟斗，我们千万不要低估。她们早就认为自己是正常的工作者，她对艾滋病的了解可能比你还多。你还来“干预”她们，能生效吗？

### （二）设身处地，想入所想

笔者看到的大多数干预方案，其实就是印发小册子。这个其实没用。1998年笔者第一次去“红灯区”做调查时，就特地带上这样的小册子，散发给小姐，却发现从来没有一个“小姐”看过一眼。后来笔者终于明白



了，对于这些文化程度低的女性，又生活在地下“性产业”之中，根本就没有阅读的习惯，不像我们读书人，带字的东西都想扫上一眼。后来，有一位笔者很敬佩的、真心想为“小姐”做点事情的医生，专门编印了给“小姐”看的预防艾滋病的画册。可是笔者一见就傻眼了。16开的开本，再打开就是8开。把这种书发给“小姐”，你让她往哪儿搁？她在卡拉OK里坐台，她上班时只带这么小一个坤包（32开），这么大的画册，你让她往哪儿放？一定是扔到厕所去啊。再说了，嫖客挑“小姐”的时候，离她不到一米远，她却打开这么一个东西在那儿看，那她还挣不挣钱了？这是怎么设计出来的？一下子印了几千本发下去，就是没有设身处地为对方着想。

我们在做“小姐”的工作时，必须与她们进行交换，因此必须首先知道：她们的需求第一是收入；第二是安全，不被公安抓，不被老板打，不被嫖客强奸；第三是保密，不被与自己有关的任何人知道。往往最后的需求才是预防艾滋病，因为她们往往视之为“必要的代价”或者已经知之甚多。

可惜，我们现在的艾滋病预防教育，根本不考虑这些，简直就是要求“小姐”做活雷锋，为人民预防艾滋病，为了不传染给别人才戴安全套，或者要求人家改邪归正。这可行不通。

### （三）帮助她们什么？

“小姐”首要考虑的，当然是挣钱。在欧洲，艾滋病预防工作者首先就是教“小姐”如何多赚钱，有钱了，预防的积极性才会更高。当然这在中国不大可能，但是，连百分之一的可能都没有吗？我们见过很多“小姐”，不懂如何留住嫖客，不懂如何让嫖客多掏钱。这样的“小姐”，必定也不懂得如何迫使嫖客使用安全套。你要教那些涉世未深、文化低下的女孩如何保护自己，如何与嫖客周旋。你可以告诉她一些男性的心理特征，他们眼中看“小姐”是什么样子的，女性应该如何应对，等等。这样，她就能和嫖客讨价还价了，才可能让嫖客用安全套。这样做，我们并没有直

接鼓励她用安全套，也没有教她什么具体的技巧，更没有支持她做“生意”，什么法律道德规范也不违反，但是实际效果却出来了。

我们教“小姐”如何“应对”嫖客，表面上与预防艾滋病无关，实际上是在提高她与嫖客对抗的能力，这样一来嫖客才可能使用安全套。在客观上，这等于帮“小姐”增加了收入，她们就能理解和支持预防工作。笔者在广东做调查时，就是坐在发廊的店堂里观察。很多嫖客的心理，就像大家都愿意到人多的饭馆里吃饭一样，如果一看这个店堂里冷清清的，就不愿意进来了。笔者往那一坐，有的人一看，哦，这么老的都来了，他就进来了。笔者没有触犯任何法律，也没有违反任何道德，只是坐在店堂里，却实实在在地帮助了“小姐”。她们当然懂，当然也就愿意跟笔者说实情。

总而言之，我们首先必须帮助她们树立自信心，才能保证她们的基本需求，包括积极地预防艾滋病。香港的紫藤组织在做“小姐”工作时，首先就会和对方探讨一个问题：你是否真的愿意从事性工作？如果对方尚有改行的意愿，他们就帮助她进行职业培训，寻找另外的工作。如果对方觉得她就是适合从事性工作，对此没有任何心理障碍，他们就教她如何让客人多掏钱。

有些从事性工作的女孩子年纪还很小，对自己的人生之路还懵懵懂懂，我们问她是否真的愿意从事性工作，她自己往往也不清楚。那就应该告诉她各方面的利弊，让她有一个清醒认识。等她自己做出决定后，我们再根据她的决定帮助她，让她获得收入、安全、保密等基本需求，最后才是预防艾滋病。

#### （四）通过谁去帮助？

全世界对“性产业”的研究都发现，“小姐”之间的阶层鸿沟也非常深。一旦上升到上一层之后，她就会鄙视她原属的阶层。以前，我们很多艾滋病预防工作者曾想利用较高层次的“小姐”来教育那些较低层次的“小姐”，看来是行不通的。



在这种情况下，预防艾滋病只能“依靠”“妈咪”“鸡头”和老板。“妈咪”和“鸡头”属于同一类人，直接管理“小姐”，“妈咪”通常是女性，“鸡头”则是男性，老板则男女都有。他们愿意配合我们艾滋病预防工作的前提是，不影响做生意、不探查内幕、不透露艾滋病发生率、不问“小姐”年龄。我们刚到四川某镇调查的时候，第一天调查的所有的“小姐”一律都是18岁，这怎么可能呢？后来才知道，这是老板的规定，不管谁来问，一律必须回答18岁。原来老板怕雇用18岁以下的“小姐”属于雇用童工。不过，越有背景的老板越不怕，自己感染过性病的老板更容易配合。

中国当前的艾滋病预防工作，重点应该转向“组织和发动”老板、“妈咪”、“鸡头”的参与。他们才是地下“性产业”中的关键人物。“小姐”对他们又敬又畏又恨又爱，又没有办法脱离，所以他们往往是兄长父亲的角色，父权制那个意义上的，可以勒令“小姐”如何如何做。他们的一句话，比我们说一千句效果都好。这才是地下“性产业”的最重要的特征。笔者在西方的研究文献中尚未检索到类似的特征，也许是因为西方“性产业”的发展与我们完全不同。早在1995年，中国的廖苏苏教授、吴尊友教授就发表了这方面的论文，但在国际上却没有引起应有的重视，因为西方人不可能明白这一主张的价值何在。

## 七、 艾滋病社会学的理念与模式

### （一） 艾滋病预防的理念：以病为本，还是以人为本？

艾滋病会夺去生命，但是“干预失误”则会夺去生命的意义。

目前许多对艾滋病的干预，都是采用“以病为本”的模式，基本上如图3-7所表达的。

这样一种干预模式显然是以生物学为基础的、集中于性行为的、仅仅针对个体本身的。它虽然已经取得了很大的成效，但是仍然不足以应对

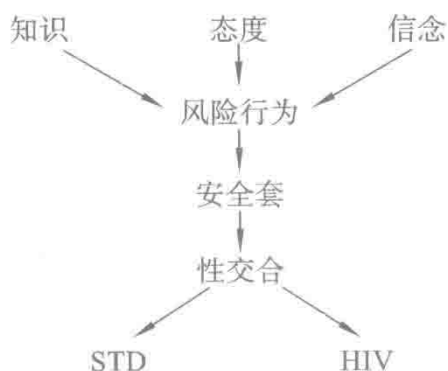


图 3-7 艾滋病现有干预模式

21 世纪以来中国的“性化社会”。

创建中的艾滋病社会学则提倡“以人为本”的模式。它包括至少两个视角，图 3-8 是第一个视角“生活的视角”。

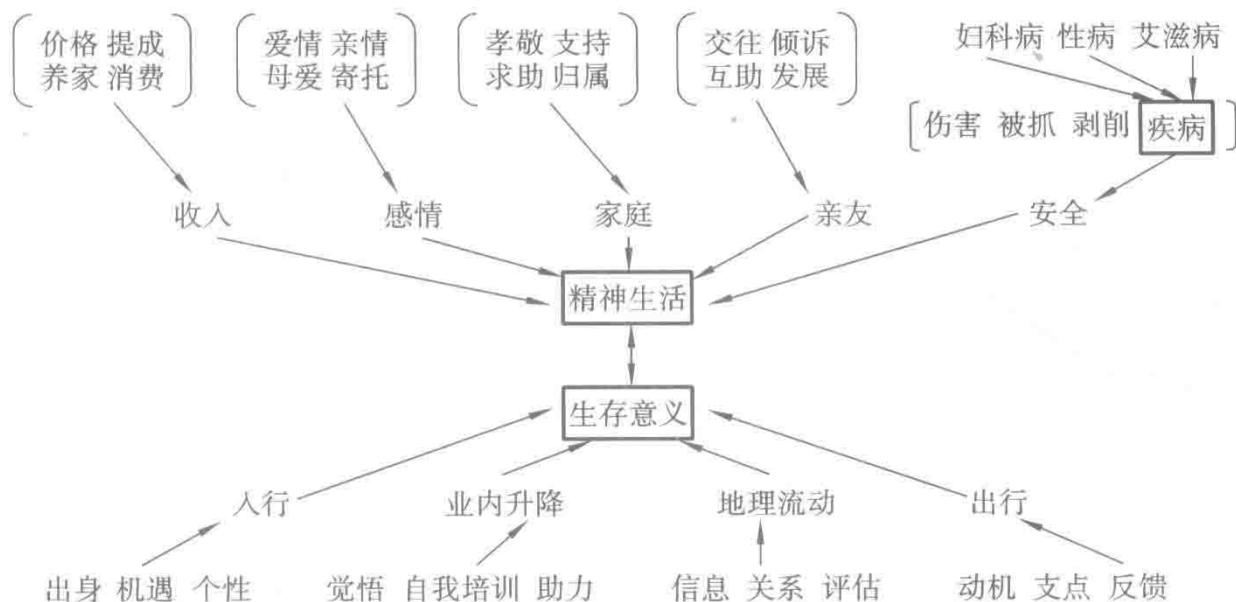


图 3-8 “生活的视角”下的艾滋病社会学模式

在这个艾滋病社会学的模式中，有风险的个人，不再仅仅是一个生物体，而是囊括了个人生活的方方面面，其中的任何一个因素都可能影响到预防艾滋病的具体选择与行为。也就是说，如果我们不从这样的生活整体的视角来看问题，那么预防工作也就会事倍功半，其成效也会大打折扣。

艾滋病社会学的以人为本的模式还有另外一个“交往的视角”，如图 3-9 所示。

这个艾滋病社会学的模式强调的是：个人不可能孤零零地生存于社会之中，一切人类行为都是由于自己身处各种不同的人际关系之中，才会呈

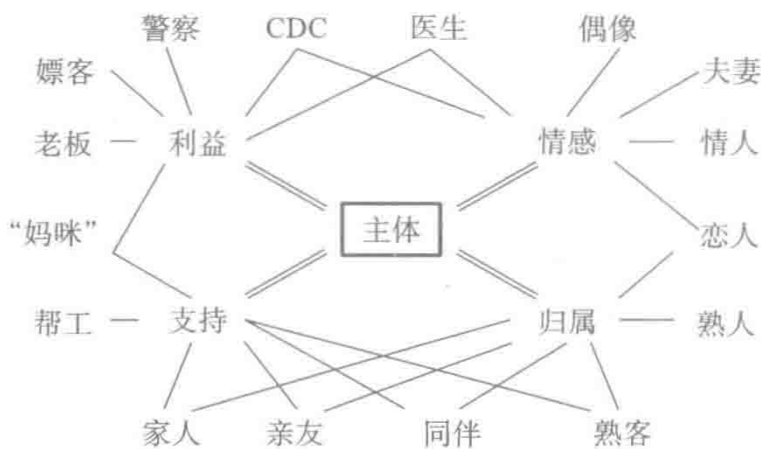


图 3-9 “交往的视角”下的艾滋病社会学模式

现为目前的这个样子。艾滋病的各种风险行为也概莫如此。因此，我们的预防与干预工作，不能再仅仅针对一个单独的个体，而是需要把该人的“人际交往圈”也尽力地包括进来。

## （二）艾滋病社会学理念与传统理念的冲突

创建中的艾滋病社会学的理念与传统理念之间的冲突，可以集中于以下4个焦点。

### 1. 风险行为者：仅仅是生物人，还是社会人？

艾滋病社会学提倡用这样一句话来看待“小姐”并且教育她们珍惜健康与生命：对于这个世界来说，你只是一个“小姐”；可是对于亲人来说，你就是整个世界。

如果贯彻这样的理念，那么我们的干预工作就应该而且可以出现转型。

从泛泛地宣传“人人预防艾滋病”，逐步走向“重视‘性产业’的组织形式的巨大作用”。

从纯医学的“阻断母婴传播”，走向“关注‘妈咪小姐’的生活世界”。  
从单纯的“防止二次传播”，走向“帮助改行‘小姐’的后续人生”。  
从调查“小姐”的“首次‘商业’性行为年龄”，转为“研究女性成长的烦恼”。

从确定“小姐”的“户籍所在地”，转向“了解家乡的烙印”。

从考察“小姐”的“调查样本来源（场所分类）”，走向“体验她的小世界”。

如此等等，不一而足，全看我们的指导思想是否符合干预对象的生活实际。

## 2. 风险行为：依赖客观检测，还是探究其主体建构？

以调查性工作者为例，艾滋病社会学主张：我们必须从“调查者”转变为“代言人”，从客观裁判的“法官”转变为她们的“传记作者”。也就是说，我们首先要传达她们的主体认知，然后才能据此修订我们的干预策略与具体工作方式。例如：

从教育她们“安全套的正确使用方法”，走向了解她们“是怎样给嫖客戴上套子的”；

从强制要求她们“不戴套就不做”，走向教会她们如何“使下一个嫖客更听话”；

从单纯的“预防教育”，走向了解“我为什么相信不会被传染”；

从调查“小姐”的“流动次数”，走向“总结”她们“玩转男人的经验积累”；

从关注她们的“接客频率”，转向推广她们在工作中的“心理和行为的调整技巧”。

如此这般，我们才可能实现真正的“同伴教育”，也就是“发动她们共享自己的经验教训”。这样做，我们的预防干预工作才可能有的放矢，事半功倍。

## 3. 风险人群：仅仅是干预对象，还是权利主体？

创建中的艾滋病社会学主张：我们必须把所谓的“干预对象”转为“拥有健康权的权利主体”，才可能更大程度地充分发挥他们参与预防工作的积极性和主观能动性，才能把预防工作不再看作“要我做”，而是“我要做”。例如：

从把她们视为艾滋病的“主要传播源”，转为当作“第一受害者”；

从调查“多少性工作者不用安全套”，改为调查“多少嫖客不用”；

从关注“小姐”的“安全套使用率”，走向了解有多少“小姐”能够做到“套戴上，钱不少”；

从调查她们“流动过多少地方”，转为了解她们“人际交往能力是如何锻炼出来的”；

从单纯强调“高危的性行为”，走向宣传“给他带上套，才是真正的性技巧，才是真本事”。

笔者和笔者的团队从1998年到2010年总共调查过13个“红灯区”中的“小姐”。我们惊讶地发现，很多“小姐”所拥有的各方面的健康知识与健康能力，远远高于普通妇女，也包括预防艾滋病的觉悟、知识和能力。这其实一点也不奇怪。“小姐”不傻，她们在性工作的实践中，当然会总结出外人无法企及的丰富经验与认知。

但是，这样的“小姐”还不够多。因此，我们的预防干预工作，再也不要单方面灌输医学知识了，而是应该努力地去寻找这样的“小姐”，真诚地帮助她们提升自己的经验，再把这样的活生生的预防知识全面推广。

#### 4. 风险，来自“小姐”，还是来自嫖客？

我们不能仅仅看到“小姐”不使用安全套，更要看到：很多情况下，不是“小姐”不想用，而是嫖客强迫“小姐”不许用。例如2017年昆明“利玛窦社会服务”所做的对303位“小姐”的调查发现：有56.7%的“小姐”确实遇到过这种情况。其具体分布如表3-8所示。

表 3-8 “利玛窦社会服务”“小姐”调查情况

工作场所	站街	公园	按摩店	舞厅	KTV
百分比	62.1%	47.6%	56.1%	69.2%	45.0%
“小姐”的年龄	14~20岁	21~29岁	30~39岁	40~49岁	50~68岁
百分比	42.1%	47.4%	62.5%	63.2%	76.3%
“小姐”从业的时间	不到3月	3月到1年	1~2年	2年以上	
百分比	25.6%	46.8%	54.3%	73.2%	

看了以上表格，我们艾滋病社会学的主张也就不言而喻：作为研究者，我们第一位的任务就是发出“抢救”主体的声音。唯有如此，我们才

可能做出我们本土的、原创的贡献。

### （三）从目标出发

“干预”“小姐”，为了什么目标？以什么样的心态去做？用什么样的方法？这些都不仅是医学问题，更是社会学的问题。

我们社会学的研究视角与调查方法，可以总结为“生计本位”的思路。因为中国底层人群对于疾病的意义，从来也没有遵循医学标准，而是根据以下4个方面来加以判断：根据阻碍生计的程度来判断；根据解决问题的难度来判断；根据中医潜意识来判断；根据“命”来判断。如果任何“疾病”还没有达到上述这些程度，那么人们就不会认为这是“病”，当然也就不可能去预防它。

预防艾滋病工作所面对的，恰恰都是这样的底层人群。因此，无论医生们怎样努力地宣传教育，被教育者往往仍然把艾滋病传播的风险看作“听天由命”或者是“必要的代价”。

正是因此，创建中的艾滋病社会学主张（以“小姐”为例）两个层次的干预目标。

最高目标是：强化“小姐”的社会地位和权势（empower），具体化为争取“非处罚化”（non-illegalization）、强化“社会性别敏感性”（gender sensitivity）、帮助“小姐”组织起来（organization）。这才是非营利的民间防艾组织的真正含义。

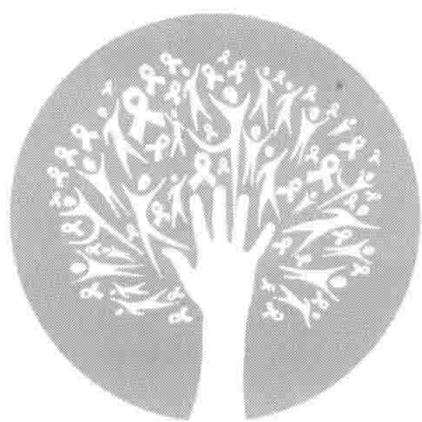
最低纲领则是：以“社会交换理论”进行干预工作，也就是首先理解与适应对方的需求。小姐的基本需求，第一是保证收入（不是“改邪归正”，更不是“做活雷锋”），第二是保证安全（不被公安抓、不被老板/接客对象强奸与残害），第三是保密（不被与自己有关的任何人知道）。往往最后的需求才是预防艾滋病。

最高目标与最低纲领的划分与确定，对于预防艾滋病的事业十分重要。



## 第四章

# 艾滋病社会学的 方法论





写完以上的前三章之后，痛感言犹未尽，因为社会学与其他学科的区别，不仅仅在于自有一套理论和一些独特的研究对象，更在于它是一个依赖于实证研究的学科，拥有一整套关于社会调查的方法论与操作方法。

这当然包括笔者在第三章里运用的质性研究的方法，但是在预防艾滋病的实际工作中，定量的问卷调查，由于其“短平快”的特征，被运用得更加广泛。尤其是，公共卫生工作者实际上一直在高频率地运用问卷调查。例如，几乎每个县的疾病控制中心都调查过艾滋病“高危人群”的情况，几乎全部都是采用问卷调查；在与艾滋病有关的公共卫生期刊上，经常发表这方面的统计结果。这足以显示，问卷调查已经成为预防艾滋病事业中最主要的研究方法。

但是很遗憾，从社会学专业的视角来看，这些调查不尽如人意，很可能误导有关的决策，更可能削弱实际的预防工作的效果。这种情况里面，当然存在着具体操作过程中的缺失，但更为重要的是，由于社会学的参与尚不够深入与普及，所以这些问卷调查存在着设计上的先天缺陷，也就是方法论意义上的不足。因此，作为社会学家，有责任来专门讨论一下社会调查的方法论，以便为推动预防艾滋病事业的发展尽微薄之力。

可惜，在本书中笔者无法面面俱到地讨论一切问卷调查的设计问题和操作问题<sup>①</sup>，只能集中推出一些在国内文献中缺失或者罕见的论述，权作抛砖引玉，并希望能够有所裨益。

与此同时，由于笔者是社会学家，因而相信互动论，主张主体建构的视角。因此在本章的最后，笔者会超越具体操作方法的层次，展开论述一下：通常被认为是医学问题的防治艾滋病事业，在哪些更高层次上促进了社会学乃至整个社会科学的认知与发展。

---

<sup>①</sup> 如果读者有需要，可以参见：潘绥铭、黄盈盈的《论方法：社会学调查的本土实践与升华》，中国人民大学出版社，2011年。该书的前半部分专门论述了问卷调查的各种操作问题。

## 第一节 艾滋病调查的“过程控制”

社会科学中的问卷调查属于方法论意义上的实证主义范畴内的科学主义流派，来源于对于自然科学基本研究方法之一的“在受控条件下可重复的试验”的模仿，并以此实现其科学性。其中，调查的实施过程就是模仿“试验”，随机抽样就是模仿“可重复”。我国社科界对于这两点（随机抽样的调查）的认识已经比较充分，但是对于“在受控条件下”这一自然科学研究方法的要素，不仅仍然局限于统一问卷内容、统一询问方式这类底线条件，而且在方法论的层次上也尚未引起足够的注意。

自然科学所要求的“在受控条件下”，最通俗的解释就是：“水在100摄氏度沸腾”这一试验结果，必须始终被控制在“一个大气压之下”进行才能得出。如果在青藏高原试验，结果就会不同。所以本章所说的“过程控制”并不是要设计问卷中用于相关分析的那种“控制变量”，而是要设计出对于调查实施过程进行贯彻始终的全方位控制的一系列方法。

从笔者提倡的“主体构建”视角出发，问卷调查的实施其实是一种人际互动的过程，所调查到的数据其实是“主体的呈现”而不是所谓“客观事实”。因此，本章所说的“过程控制”无外乎有两大要素：一是研究者更加注意收集那些有利于说明或者解释主体呈现的资料；二是研究者主动地引导被调查者在人际互动中更加充分地呈现自己。

### 一、 生活环境的控制： 添加调查点的全面考察

生活环境对于人的意识与行为发挥着巨大的影响，这是社会科学的基础共识。在不同的生活环境之中，被调查者可能给出不同的回答，这也并不是什么标新立异之见。因此，研究者必须注重考察被调查者的生活环境，才能最低限度地实现“在受控条件下”这一科学的前提。可惜，我国

社会学界在设计调查问卷的时候却基本上没有考虑这一点。

正是由于缺乏这样一种意识（而不是缺乏具体的操作方法），在我国的社会调查实践中，几乎所有的问卷都是直接针对个人而且仅仅询问个人的情况。这样，即使研究者使用折射法，恐怕也很难准确了解到被调查者所处的生活环境。结果，大量的社会调查所调查到的其实是那种任何一个社会科学学科都不会承认其存在的“孤立的个人”。基于这样的调查数据所描绘出来的其实是一种“叠罗汉式”的社会与世界，而不是我们的相互关联浑然一体的实际生活。

为了弥补这种不足，笔者在实践中另辟蹊径，采用了下面两种方法。

第一种方法是，在个人问卷之外专门设计出一套量化的“调查点的生活指标”。也就是在每个最终调查点（在笔者的实践中是“居住区”）都安排一位调查员（往往是调查组长），在针对个人的调查之外，专门去收集本地那些与个人活动有关的各种日常生活方面的数据而且多多益善。<sup>①</sup>这样笔者就同时获得了个人情况与其生活环境这样两套数据。

所谓“调查点”，因不同的调查目标而异，关键在于研究者对于足以影响个人活动的生活环境的不同层次做出了什么样的假设。所谓“生活指标”，也是因调查目标而异，其实就是研究者所假设的、与个人活动最相关的、足以全面反映其生活环境的那些指标。

这两方面的设计其实也是遵循问卷调查设计的一般原则：如果缺乏积累的（例如“性”研究），就需要把“生活指标”多设计一些（例如在“四次全国调查”中设置21~52个）；如果预计文化影响（例如民俗）更大，就需要把“调查点”的范围设计得更加宏观一些（例如城区）。

但是仅仅使用第一种方法还远远不够，第二种方法更加重要，就是要实地考察该调查点的全面情况，通过体验与感悟来获得综合的定性认识。在这一过程中，研究者（至少也是其委托的调查组长）可以把该地的生活

---

<sup>①</sup> 国家统计局发布的相当多的社会数据，都可以用作生活环境的控制。但是一则很多基层统计部门不提供这些数据，甚至根本没有；二则这些指标的设计往往不符合研究者的要求；三则其中基本没有定性资料。因此笔者还是强烈主张研究者自己去设计与收集。

环境理解得清清楚楚、明明白白、真真切切。这恰恰是经典的问卷调查中所缺乏的稀世珍宝。

例如在“性”调查的实践中，所谓与“性”有关的生活环境基本上只可意会不可言传，因此笔者假设的那些“调查点生活指标”的量化数据中只有很少变量真的与个人的性活动相关。可是笔者（或调查组长）所获得的定性认识（在转化为属性数据之后）却揭示出一些令人惊讶的相关关系。例如调查点的地理位置（是否闹市区域）、房屋类型（是否成排平房）、附近“红灯区”的公开程度（居住者中的关键人是否知晓）等，都显著地影响了该调查点居住者个人的性关系状况。这些定性认识不仅在任何官方数据中不会有，仅仅在该地收集定量数据也无法获得，非得亲自收集才行。

退一步讲，即使无法进行定性考察，仅仅是收集量化的数据，最重要、最宝贵的不是那些统计数据，而是在收集数据的具体过程中的感性收获。这样就可以获得一种以统计数据为基础的定性的感悟与认知，也可以成为目前问卷调查的稀缺资源。例如笔者制定的一些定性考察的目标并非闭门造车，而是来自收集量化数据过程中的灵感触发。

上述两种操作方法都并不新鲜而且简便易行，最重要的是研究者必须在方法论的高度上从“个体主义”逐步走向“整体主义”，从“仿统计学”走向“社会理解学”，从“个体的算术相加”走向“总体大于部分之和”。具有了这样的视角与思路，本章所提出的“添加调查点的全面考察”就不仅是应运而生，而且简直就是不可或缺了。

由此，“生活环境的控制”足以更加充分地实现数据获得过程中“在受控条件下”这一前提条件。非如此，把生活于不同环境中因而可比性实际上很差的众多个体勉强地放在一起来进行统计分析，其科学性恐怕只能是等而下之。

## 二、 调查情境的控制： 激发主体充分呈现

在我国已有的教程中，如何努力增强被调查者回答的可能性都是一个必备内容。但是学者们基本上是从问卷设计的角度来论述的，主要是讨论如何设计出更容易被准确回答的提问与备选答案。也有一些论述则是从严格要求调查员的角度出发，例如耐心细致、不加评判，等等。调查情境及其控制这样的概念甚至意识，尚未出现于我国的社科文献之中。

但是从主体构建视角来看，任何一次具体的问卷调查都是发生在一定的情境之中，被调查者这个主体在这样的情境之中究竟会怎样呈现自己，这才是更重要的，因为“到什么山头唱什么歌”既不是欺骗，也不是隐瞒，而是人类生活的常态。所以，尽管问卷内容的适应性与调查员素养都可以在调查开始之前不断加强，但是如果对调查过程中的整个情境不加控制，那么“在受控条件下”这个科学的前提就无法实现，调查结果的确定性就会受到很大的影响。

所谓“调查情境”，其基础是调查员与被调查者在调查实施过程中所必然发生的人际交往，其内涵就是这种交往所处的具体环境，不仅包括时空方面的各种安排，也包括人际关系方面的氛围、互动方式，等等。

所谓“过程控制”，就是研究者自觉主动地在时空与人际关系两个方面进行设置。其性质绝不是如何使调查员工作得更顺利、更方便，而是全心全意地替被调查者着想，千方百计地让他们更加自在，能够更加充分地呈现自我。

调查情境的控制的具体内容因调查目标而异。一般来说研究者首先要非常清楚：最可能阻挡被调查者充分参与自己这个调查的情境因素究竟有哪些。

笔者愿意简略地分享自己的实践经验，因为笔者所进行的四次“中国成年人的性调查”高度敏感，因此它对调查情境控制的要求可能最多、最严格。择其要地把它充分呈现出来，有益于本章的论述，也有益于读者的

触类旁通、继往开来。

### （一）时空设置

第一，笔者坚决拒绝在如此敏感的调查中进行经典的入户调查，<sup>①</sup> 因为即使没有旁人在场，中国人恐怕也很难在自己的家里对一个陌生人（调查员）说出任何一种不规矩的或者非主流的性关系，更不大可能说出自己的哪怕是正规性的性行为，因为“我是在自己家里”这个情境彻头彻尾地笼罩着被调查者，与“谈性”格格不入。

作为情境控制的对策，笔者在调查过程中专门设置了“邀约”这一环节，也就是派专人打电话或者派送邀请信，把被调查者邀请到“访谈室”中来完成调查，以达到“鸟出樊笼”那样的心理效果。

第二，笔者设置了专门的“访谈室”，一切调查都在其中进行。也就是在调查开始之前就确定独立的、封闭的空间作为面访调查的场所，确保没有任何第三者在场。在“四次全国调查”中，主要选择居住区之内或者附近的旅馆、学校教室、社区活动室等。<sup>②</sup> 结果，这样的“专门时空”促使被调查者“更专门地”呈现了自己。

第三，笔者四次都采用了笔记本电脑辅助调查，就是编制电子问卷，调查员随身携带笔记本电脑，被调查者在电脑屏幕上阅读问卷，通过按键来回答问题。这一措施最大的好处就是把经典问卷调查中的“人际谈话”变成了“人机交流”，避开了中国人在“性的表述”上普遍存在的非礼勿听（无法接受调查员“说性”）与难以启齿（被调查者认为不可言传）的文化障碍，实现了很好的情境控制。

---

① 笔者对于入户调查的批评不拟展开。有些学者虽然也意识到了其中的问题，也设计了许多方法来解决，但是都没有从根本上质疑“入户调查”这种方法的可行性。

② 从应答率与调查结果的分析来看，附近的旅馆、学校教室或者社区活动室在总体上没有出现显著的差异，但是在一些小城市中，前者的效果稍好一些。这主要是因为小城市的居民对于旅馆、招待所的陌生感更加强烈一些。

## （二）人际关系设置

首先，笔者规定，“邀约者”与调查员决不允许是同一个人。这是因为有时候“邀约者”不得不亲自去动员被调查者接受调查，就很可能获知被调查者的一些个人信息（至少见过面）。如果还是这个“邀约者”来调查这个被调查者，那么匿名调查的原则就多少遭到了破坏，无论调查员做出多少保密的承诺，被调查者也难以安之若素地呈现自己。因此，笔者的这个设置就是要保证每个被调查者都是面对素不相识的人来表述。这不仅仅是为对方保密，更是为了给对方创造出一个“陌路相逢，哪说哪了”的情境，以便减少对方的心理压力。

其次，笔者设置了“增加亲和”的情境，规定调查员必须给被调查者端茶倒水、嘘寒问暖、并排而坐、以闲聊开始等，以期达到一见如故、谈天说地那样的自然气氛。

最后，笔者坚持必须是同性别的调查员进行调查。<sup>①</sup>其原因并无奥妙，都是来自生活体验：有多少女性会面对陌生男人“谈性”？又有多少“异性谈性”不被认为是刺激或者有风险或者干脆就是一种骚扰？<sup>②</sup>

## （三）电脑技术设置

其一，笔者把每位调查员的性别、年龄、文化程度都另外录入，以推测调查员可能的作用。

其二，笔者给笔记本电脑设置了这样的功能：自动记录被调查者回答每5道题的时间，以推测被调查者回答的认真程度。

我把上述两种数据加以比较，就可以在很大程度上考察调查员对于调

---

① 国际上对于调查员的性别一直有热烈的讨论，而国内虽有著作论及，却尚未检索到专门的论文。有些国外研究者发现，调查员的性别对调查结果没有影响。笔者却持相反看法，因为从调查结果来分析这个问题是误入歧途。此处不再展开。

② 作为变通措施，笔者只允许在个别情况下由年轻女性来调查老年男性，却绝对禁止男性调查任何女性。



查过程（而不是调查结果）的影响，从中推测“时空设置”与“人际关系设置”的被综合贯彻的程度。由于笔记本电脑调查非常便利，因此笔者可以在每次调查完一地之后立即进行这样的分析，可以随时调整调查时空与调查员人选。

综上所述，调查情境控制的实证效果就是：主要由于被调查者更加放松（而不仅仅是由于问卷设计得更好或调查员更加高明），因此在被标定为“谈性色变”和“许做不许说”的中国，笔者获得了比美国同类的性调查更高的应答率。<sup>①</sup>

### 三、 数据质性的控制： 收集 “主体的构建表现”

在我国现有文献中，问卷调查基本上被刻板地武断地归入定量研究的范畴，而且似乎不可越雷池一步，结果造成了操作教程中莫名其妙但又是心腹大患的“潜规则”：除了提问本身，什么都不要问，什么都不要记，什么都不要管。如果这是为了节省时间精力尚情有可原，但是更大的可能是缺乏对于定性调查的指导思想的借鉴。

从主体建构的视角来看，被调查者的任何回答都是他/她在人际互动之中，在进行了建构之后呈现给调查员的。研究者与调查员虽然不大可能当场追究他/她的建构过程，但是调查并不是发生在火星上，因此在问卷之外，必定存在着各式各样的蛛丝马迹可以透露出一些被调查者进行建构的情况，就看我们有没有意识到、去不去收集。再者，被调查者也不是千人一面，每个人进行构建的程度必定不同，因此收集问卷以外的“对方的表现”的信息可以帮助研究者加以判定。

这就是研究者对于调查数据性质的全面判定，是“过程控制”的重要组成部分，应该是问卷调查的安身立命之本。这是因为人非草木，不仅随时随

---

<sup>①</sup> 虽然不能排除时间差与其他因素的影响，但是毕竟美国 1992 年进行的全国成年人随机抽样调查的应答率仅为 56%，而“四次全国调查”则在 66.5%到 76.4%之间。



地可以心动情变，而且同样的事实对不同的人会有不同的价值与意义。若非如此，自然科学就无法应用于对人的研究。

可惜，这是我国问卷调查的理论与实践的软肋之一。

其实，判断数据的质性对于问卷调查来说，往往比定性调查更为紧要。如果我们不能起码从质性上判断一下被调查者所做出的主述究竟是在调查员面前的装模作样还是原形毕露，我们怎么敢把这些数据拿来统计呢？

在笔者有限的实践经验中，至少有如下几个办法可以控制数据的质性，下面仅择其要述之。<sup>①</sup>

其一，在“邀约”的时候就单独记录邀请的被调查者的性别与年龄，然后交给调查员以便验证前来者的真实性。<sup>②</sup>也可以在录入之后形成另外一份数据，然后与调查数据对照以便发现可能存在的冒名顶替之人。这就是确定调查样本的抽样属性。

其二，在问卷末尾增加调查员对于具体的调查场景的记录，在被调查者离开之后由调查员填写，例如调查在什么样的地方进行、是否有人在房间外面围观或者等候、是否有10岁以下的或者10岁以上的孩子在场、调查是否受到外界干扰、调查如果中断是否因为外界干扰，等等。

其三，要求调查员事后在问卷末尾记录一些对于对方的基本判断，例如对方是否喝了酒及其程度、是否紧张、是否有害羞的表现、是否在调查内容之外说了别的话、回答中是否有困难、是否需要调查员提供帮助以及帮助什么、总的来说对方的穿着打扮在当地属于什么档次，等等。笔者曾经设置达12项之多。

其四，鼓励所有被调查者进行充分的主诉并且记录下来，或者要求调查员追问那些做出特殊回答或者有特殊应答表现的被调查者的进一步

<sup>①</sup> 数据质性的控制不是也不可能是测谎，因为若不知真，焉能知谎？本章不拟展开。

<sup>②</sup> 在笔者的实践中，一地的冒名顶替现象就曾经高达6%，但均已被调查员发现与剔除。

情况。<sup>①</sup>

其五，在“笔记本电脑辅助”的问卷调查中，设置某些可以反映回答的质性的功能，例如被调查者回答每5个提问的时间、是否播放为文盲准备的录音、是否打开“帮助窗口”，等等。随着笔记本电脑的功能不断增加与强化，笔者相信可以做得更好一些，例如直接记录对方的移动鼠标或者按键回答的具体状况。

这里的基本原理其实是：问卷调查所收集到的一切数据都不可能是原汁原味的被调查者呈现，只能是在他/她接受调查的时候，在“访谈室”这样一个空间之中，在与陌生的调查员的互动之中，在进行交流这样一种人际关系之中，不自觉地“构建”（动词）出来的。具有“主体构建”这样的方法论意识的调查员就会明白：所谓“质性控制”其实就是要在被调查者的主诉之外，努力去收集那些可能反映出对方的“构建”过程与机制的资料。例如，研究者虽然不可能知道一个被调查者喝了酒是不是就一定会撒谎，但是可以通过记录下“该人喝了酒”这一情况来标识其所有信息的性质，以便必要时使用这个标识来进行相关分析。如果我们把各个质性控制的变量加以统计学处理，就很容易得出该数据的“质性程度”变量。把它加入整个统计分析，就会取得更加“人性化”的数学结果。

总之，在笔记本电脑调查中，设置与录入这些变量轻而易举，但是对调查的性质却意义非凡。这其实就是在问卷调查中承认与尽量落实了“调查是人际互动”的思想与主体进行了构建的视角，最终贴近了对于人的科学研究的受控条件。

#### 四、走向整合：过程控制的方法论意义

上述的具体设计，不仅仅是简单的质量控制或者防止“假数真算”，

---

<sup>①</sup> 在笔者2000年进行的第一次全国调查中，曾经收集到这样的定性资料65万字之多，但是尚未进行分析。

而是希望在定量调查的领域中大力推广以主体构建的研究视角为代表的定性研究的基本思想。

这主要表现为以下五个方面。

第一，笔者不把问卷调查视为研究者单方面去了解那些既存的客观事实，而是看作研究者、调查员与被调查者这三方<sup>①</sup>互动的共同过程，特别强调调查员与被调查者之间的人际互动对于整个研究的巨大意义。这是笔者提出的“过程控制”的基本出发点。

第二，笔者不把问卷调查的结果仅仅看作是个人的情况，而是视为个体在其生活环境之中的具体呈现。因此笔者主张必须在问卷调查中增加对于生活环境的控制——社区考察。

第三，笔者不把问卷调查仅仅看作是单纯由调查员来操作，而是视为被调查者这个主体在调查员面前进行呈现的过程。因此笔者格外地突出了对于调查情境的控制。

第四，笔者认为，调查员所获得的“主体呈现”也不是一个确定的既成事实，而是一个主体自己不断进行构建的过程。因此笔者才会主张必须对数据的质性加以控制。

第五，笔者不把问卷调查视为国民经济统计那样的客观测量，而是看作研究者在生活世界中去了解生活，在人际交往中去了解人，在主观能动的控制中去避免主观臆断的一种研究方法。

行文至此，明眼人都可以看出，上述这些视角其实都是定性调查方法与定性研究方法论的关键要求和操作起点。如果说本章还有一些意思的话，那么就在于它指出：这些，在问卷调查中恰恰都是可以做到的，而且并不需要千辛万苦！

---

<sup>①</sup> 在经典的问卷调查中，研究者与调查员往往是同一人。但是近年来有些研究者开始脱离实地调查。这可能是必然的或者不得已的，但是笔者坚持主张并且实践着：研究者必须至少在一时一地担当调查员，否则问卷调查中的“过程控制”这种意识就根本不会出现。

## 五、对于社会学方法的光谱式理解

笔者的主张具有方法论层次上的根据。

### (一) 不同的调查方法其实是对于被调查者的呈现完整性的分类

首先需要确定这一“光谱式存在”的两极：一极是单一侧面的个体，就是研究者仅仅要求被调查者把自己的某个侧面呈现给调查员；另外一极就是要求被调查者把完整的全部的自己呈现给研究者。在这两个极端之间，不同的调查方法其实就是截取了不同的域。这样笔者就可以建构出如下的示意图（见图 4-1）：

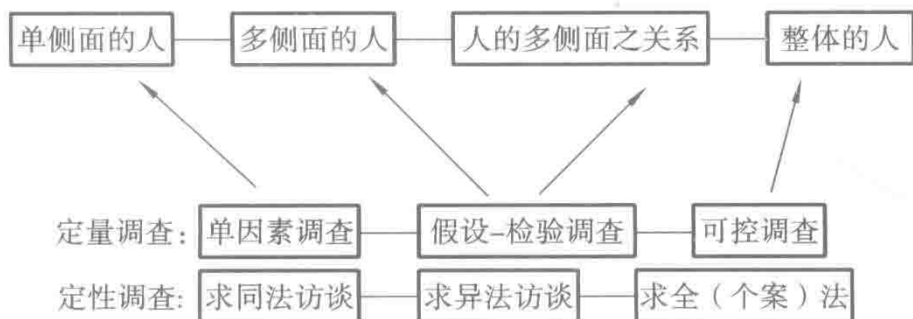


图 4-1 调查方法的光谱式理解

在这样的光谱式的理解之下，所谓的“定量与定性之争”其实只不过是针对不同的调查目标所采取的不同操作方法。使用求全的个案法来调查完整的全面的人固然好，但是许多情况下，研究者并不需要这样的资料，而是仅仅关心被调查者们的一个或者多个共同的侧面。这时候，无论使用单因素问卷调查还是求同法的定性访谈，都是适合于研究者的调查目标的。

可是反过来说，恰恰是由于不同的调查方法实际上是预设与界定了光谱中不同的域，因此它们之间的区分又是十分重要的。如果我们不调查完整的人就无法实现我们的调查目标，那么任何问卷调查方法就都是南辕北辙。如果我们调查的是人的多侧面之关系，那么无论是单因素问卷调查还

是求同法的定性访谈也就都无能为力。

这样看来，所谓“定量与定性之争”其实就转化为这样一个问题：研究者究竟要在多大的程度上调查“整体的人”？

对于问卷调查来说，首要的问题就是：研究者所要调查的人的单侧面也好，多侧面也好，多侧面之关系也好，是否真的能够从“人”这个整体中剥离出来？即使可以做到，那么这种剥离的标准与偏差究竟是什么？例如在生活现实中，“建筑工”这一职业往往仅仅是“农民工”这个“人的整体存在”的细分层，如果研究者非要把两者互相“剥离”，不考虑“农民工”而去单独统计分析“建筑工”或者相反，就很可能失之千里。

人的各个侧面能不能剥离，这只是一个思维游戏，研究者需要的是首先论证任何一种剥离的合理性与可行性。缺乏这种意识才是目前中国社会调查理论与实践中的主要问题，因为许多论文虽然都会定义自己的调查侧面，却很少见到进一步阐述这个侧面为什么能够脱离人的整体而孤立存在。

目前我国社科界常见的定性调查成果也存在同样的问题。它们大多数采用求同法，就是访谈多人的同一侧面，作为例子来证明自己的分析与认识。可是，这个“同一侧面”真的能够剥离出来吗？这些论证者却很少讨论。其实，恰恰由于定性调查是开放与弥散的，因此在他们列出的用来证明“确属同一侧面”的那些资料里，每每可以发现多个侧面的界限其实是云山雾罩，甚至是山叠水汇。如果论证者没有对这些做出进一步的解释，那么我们就有理由质疑：这样的定性调查与开放式问卷调查还有多大的区别呢？

不过，在目前中国的方法论讨论中，似乎只有定性调查在讲究应该去调查“整体的人”，而问卷调查似乎破罐破摔，对此不加理会。本章的主旨就是希望登高一呼：应该运用过程控制，向这一任何社会调查都应该到达的理想境界尽量靠近。

## （二）调查中双方的关系才是各种调查的性质

这方面笔者也可以列出一种光谱式的存在，如图 4-2 所示。



图 4-2 调查中双方关系的光谱

这个光谱的意义在于：我们如果仅仅在具体调查方法选择的层次上来参与“定量与定性之争”是远远不够的，必须从“调查是一种人际交往”的角度来分析各种调查方法的性质。

作为上述光谱的一个极端，经典的问卷调查往往严格要求调查者不得诱导或者影响被调查者，以便保持调查结果的客观性。可是作为光谱的另一极端的定性调查却承认：我们所记录下来的一切调查结果（包括影视资料）其实都是在调查的过程中双方互相影响、共同建构出来的。在这两端之间，我们可以截取出一些域，分别命名为主位研究、参与研究或者其他称谓。

这里与前面论述过的一样，最关键的并不是孰优孰劣，而是我们是不是建立起了这样的一种光谱式的理解，有没有去论证哪一种调查方法最符合我们的调查目标，有没有把我们的研究放在这样的光谱中去努力改善。

正是从这个意义上来说，所谓“定量与定性之争”并不是聚焦于是否深入、细致、开放、可发展这样的技术问题，而是在讨论一个根本的问题：在任何一种社会调查的实施过程中究竟存不存在人际互动？为什么我们一定要“避免”甚至“无视”它，却不去努力“控制”它呢？

在这方面，经典的问卷调查显得墨守成规。本章希望以“过程控制”来破题。

### （三）整合的愿景

恰恰是由于不同的调查方法其实仅仅是同一个光谱的不同截取域，因此“定量与定性之争”绝不是你死我活、非此即彼的。它们不仅可以互相靠近，还可以整合。这方面的发展余地比通常想象的要大得多。在笔者看来，“定量与定性之争”中的双方恐怕都不自觉地把对方给“妖魔化”了，

结果造成了批判越来越多，借鉴越来越少，双方一起故步自封。

质疑者往往给问卷调查扣上“唯科学主义”的帽子，被质疑者则往往以坚持“科学性”为自豪。其实，在研究“人”这个对象的时候，坚持贯彻“在受控条件下可重复的试验”这一自然科学的理想境界，一点也不错。研究者所需要的仅仅是兼收并蓄，仅仅需要增加一些主体构建视角就可以获得更加符合“人”的现实的研究成果，并不需要做出脱胎换骨的改变，更谈不上向定性调查卑躬屈膝。本章就是希望给出这样的例证。

在本章中，“过程控制”绝不意味着只能使用统计数据来实现之，反而更加强调在操作中获得定性的体验、感悟与认知。至于这两种方法所获得的资料如何合并使用，笔者相信这只是锦上添花的需求而不是逢山开路的问题。

进一步说，这种整合也并不仅仅是具体调查方法层次上的，而首先应该是指导思想、研究视角与整体设计上的灵魂的融合。

就理想状态而言，在这样的“整合调查”中，问卷调查与定性调查应该取长补短，双方的目标应该是比翼齐飞，双方的关系应该是相濡以沫，从根本上化解以前的无谓之争。

笔者曾经提出了“定量调查与定性调查的整合”这一命题。如果说这还仅仅是提倡整合的话，那么本章就是论述其操作化的一个尝试。正如本章所呈现的，在融入了互动思想与主体构建的研究视角之后，在进行了过程控制之后，笔者所进行的定量研究已经从经典的问卷调查向着定性与定量整合的方向前进了一小步，而且足以拿出来就教于同仁。



## 第二节 艾滋病调查的整体真实度——检验 问卷调查质量的新方法

前一章论述的是艾滋病调查的具体操作方法，未免有些“见木不见林”的味道。因为人们最关心的，还不是问卷调查做得多么精致，而是调查的结果真实不真实。

早在笔者1984年准备进入社会学的殿堂之时，曾经有一位其他学科的学者说：“你去搞社会学干吗？他们都是假数真算！”这话刺痛了笔者，也激励了笔者。但是在笔者浸淫社会学的整整30年里却发现，社会学的老师们和学生，几乎没有一个人知道别人对我们的这个评价。

如果我们要创建艾滋病社会学，那么这可是要命的问题啊。如果我们调查出一些虚假的或者不准确的数据，那岂不是罪莫大焉？那还不如别来参与！所以，套用别人的名言：我哪怕只剩下最后一颗牙齿，也要咬死“假数真算”！

### 一、 现有的检验手段， 难以 “验真”

问卷调查结果的真实性是社会调查的生命，对于敏感问题的调查尤其如此。如果对于其真实性缺乏充分的检验与论证，就难以为人所接受。对此，目前国内主要采用下列两种检验方法。

第一种检验方法是进行信度与效度的检验。但是这种方法常常会在两个方面难以满足其前提条件。

首先，信度与效度检验只能针对连续变量来进行，可是大多数社会调查的主要指标都是定类变量，也难以转化为连续变量，因此无法进行量化的信度与效度检验。

其次，信度与效度检验的前提是被检验的所有变量都必须是正态分布的。可是非常多的社会调查变量并不符合这一前提，例如性别、职业这样



最重要的变量，根本就不可能出现正态分布的情况，因此也无法以量化的方法进行信度与效度检验。

尤其是，信度与效度检验只能针对最主要的变量进行（往往只是一两个变量），无法反映出整个问卷回答的真实度。

第二种检验方法是在问卷中设置测谎功能，主要是使用逻辑检验与重复检验这两种手段。但是这也存在这样一个同样的问题。

测谎绝不可能很多，一旦出现谎答，我们就只能删除该样本，也就是删除该答卷人的全部回答。但是在实际生活中，该答卷人的其他回答非常可能并不是撒谎，结果我们的删除就很可能以偏概全，严重损失了信息量。反之，即使在最主要的一两个变量上通过了测谎，也并不能证明该答卷人的所有回答都没有撒谎。

总之，目前所采用的上述两种方法都存在着“见木不见林”的缺陷。可是对于针对敏感问题的社会调查来说，我们最关心的实际上是整个问卷的结果的真实程度。如果整体真实程度受到质疑，那么所有的调查结果都无法成立。可惜，信度与效度检验和测谎都无法给我们提供这样的信息。

针对上述问题，笔者根据自己的调查经验提出三种新的检验方法，以就教于读者。由于主要是方法的介绍，因此统计过程就不再列出。

笔者所依据的是笔者亲自进行的前三次全国总人口的分层等概率抽样调查。

## 二、被调查者的自答设计

笔者的第一个假设是：由于文化程度低、时间紧迫等原因，越是不明白问卷中的提问的被调查者，就越可能出现非故意的谎答或者错答。据此，笔者设计了这样的提问而且放在问卷的最后，括号里的百分比是复杂样本的统计分析结果。

调查马上就要结束了。前面，我们问了您很多问题，您全都明白问的是什么呢？明白问题的具体意思吗？（ $N=17988$ ）

1. 大部分不明白（4.2%）
2. 有一半不太明白（8.3%）
3. 大部分明白（48.9%）
4. 全都明白（38.6%）

笔者的第二个假设是：越是认为问卷中的提问敏感的被调查者，出现谎答的可能性也就越大。据此，笔者设计了这样的提问（ $N=17908$ ）：

前面的问题，您觉得对您自己来说敏感吗？

1. 非常敏感（17.3%）
2. 比较敏感（49.3%）
3. 不太敏感（23.8%）
4. 不敏感（9.6%）

上述两个提问是准备从被调查者自述的角度来考察问卷的整体真实度。

### 三、调查员现场监测的设计

被调查者总是面对调查员来回答问题的，因此调查员的现场观察就成为一种难能可贵的客观监测。为此，笔者设计了下列的提问，都由调查员在对方离开之后填答。括弧中的数字都是复杂样本的统计结果，供读者参考。

笔者假设：其他人的在场会减少回答的真实度。因此设计了关于调查情境的两个提问：

访谈时有孩子在场吗? (N=18006)

1. 有 (1.1%)
2. 没有 (98.9%)

有其他人在场吗? (N=17968)

1. 有 (1.7%)
2. 没有 (98.3%)

笔者假设：需要再次动员的、需要很多帮助的、喝了酒的被调查者，其真实度会下降。因此设计了调查员观察结果的4个提问：

调查过程当中对方是否需要再次动员? (N=17989)

1. 需要多次动员 (1.4%)
2. 很少需要 (54.7%)
3. 不需要 (43.9%)

被访者在回答问卷过程中需要帮助的程度如何? (N=17949)

1. 经常需要 (11.6%)
2. 有时需要 (15.3%)
3. 很少需要 (17.7%)
4. 不需要 (55.4%)

被访者前来的时候，是不是喝了酒? (N=17953)

1. 喝得很多 (0.6%)
2. 喝了一些 (5.5%)
3. 没有喝 (93.9%)

据你观察，被访者的回答诚实吗? (N=17550)

1. 很不诚实 (0.5%)
2. 不太诚实 (7.2%)
3. 比较诚实 (57.7%)
4. 非常诚实 (34.6%)

上述总计 6 个提问都可以作为推算被调查者的整体回答真实度的依据。

#### 四、使用回答时间进行检验的设计

笔者使用笔记本电脑进行调查，就是让每一个提问都依次出现在电脑屏幕上，请被调查者使用数字按键来选择回答。这种方法是国际上最新采用的针对敏感调查的最佳实践，本身就有助于提高真实回答的比例。

此外它还有一个好处，就是可以暗中记录下每位被调查者回答的时间，再根据所回答的提问的个数，就可以推算出回答每一个提问的平均时间。如果需要，还可以专门测量回答关键问题的时间。

笔者假设：在回答时间平均值的某个区间之外，回答问题的平均时间越短，意味着被调查者越不认真，反之回答时间越长，表明被调查者或者犹豫不决或者难以理解。这两种情况都会增加谎答或者错答的可能性。因此笔者把平均答题时间作为检验整份问卷的真实度的手段之一。

在“四次全国调查”中，按照回答提问的个数来计算，每个提问平均用时 1.81 分钟（标准差=1.07；均值标准误=0.012）。有了这样一个新变量，我们就可以使用各种统计方法来处理，以便从回答时间来估算该样本回答的认真程度。

#### 五、整体真实度的确定与意义

如上所述，我们使用这个方法就可以获得三个方面（自述理解度与敏感度、现场监测的 6 个变量、平均答题时间）、总计 9 个新的变量。我们就可以使用各种统计方法来得出一个综合的整体真实度的变量。笔者的具体做法是：首先把各个变量进行“是”与“否”（0 与 1）处理，然后使用因子分析方法，得到累计解释率为 55.88% 的因子值。这也就是对于每个

样本的整体真实度的测量结果。

无论使用什么样的统计方法，按照笔者的上述思路，我们总归可以得到一个量化的变量来标志整体真实度。在随后的进一步统计分析中，只要我们把这个真实度变量纳入分析，或者作为加权数，或者作为控制变量，都可以对分析结果进行真实度的修正，以便最大限度地接近真实情况。

这种方法对于信度效度检验方法的改善是：它可以适用于社会调查中最常见的定类调查结果，而且非常直观，易于进行解释。它对于测谎检验方法的改善则是既不需要删除某些样本，又可以控制其非真实的程度。

最重要的是，信度效度检验方法与测谎检验方法都只能针对问卷中的最主要变量来进行，而笔者的新方法则可以反映出该调查的整体真实度，而且不仅仅是“是否真实”的性质的判断，更是可以加以统计运算的量化的“程度”。

笔者真诚地希望，上述的一切能够为社会调查方法的推进贡献微薄之力。

### 第三节 社会学与公共卫生相结合： 艾滋病发生率的讨论

全球范围内的、长期的、反复的调查研究都发现：艾滋病的感染率与性传播疾病的发生率存在着正向的显著相关。因此在很多国家或地区，由于艾滋病病毒的检测很难普及，所以可以用性病发生率来做出相应的判断。

因此笔者要在本章中讨论性病发生率的问题。但是并不是纯粹统计学的切磋，而是试图提供一个实例，以便展示社会学研究是如何与公共卫生工作相互结合的。

目前在我国，一切关于性传播疾病的总人口发生率，无论是被感染的比例还是发病的比例，都是使用检测的方法得来的，也就是在全国不同的监测点汇总医学检测的数据。这种方法在国际上已经通用了上百年，其精准度似乎无可挑剔。但是社会学对于一切现象（包括得病）的“发生率”都是通过严格随机抽样的社会调查来获得的。这样一来，性传播疾病的发生率就出现了两种数据。虽然在我国，卫生机构及其最高当局，从来都是仅仅相信它们部门的监测数据，但是随着社会学的巨大发展和社会调查的普及，这样的两种数据迟早会引发社会的争议。对此，我们应该未雨绸缪，所以必须在本书中加以讨论。

#### 一、为什么需要“自报发生率”

在本节中，笔者使用“四次全国调查”的数据进行社会学的分析，以便加深和拓展我们对于性病发生率的产生机制的理解。

在我们的问卷中是这样来提问的：“目前在中国，得过性病的人已经很多了。请问，到现在为止，您曾经被确诊过患有性病吗？例如，淋病、梅毒、尖锐湿疣、生殖器疱疹、非淋菌性尿道炎等。”

其中的第一句话很可能会被认为是诱导，但是在目前的中国，性病仍然背负着强烈的道德歧视，因此非常有必要用这句话来打消被访者的顾虑。同样，正是由于道德歧视的存在，笔者假设人们不会夸大性病的发生。

其中之所以使用“性病”一词而不是用标准的“性传播疾病”(STD)，是因为这是总人口调查，必须使用低文化人口也能够看懂的名词。

其中“被确诊过患有性病”的说法，在“四次全国调查”的问卷中曾经表述为“是不是有正规医院里的医生告诉您得了性病”。但是我在其后的定性调查中发现，至少在性服务“小姐”与男客（嫖客）中，非常多的人根本不去正规医院而是去私人门诊。因此这种表述就会遗漏性病的发生。

综上所述，自报的性病发生率显然不能作为流行率来使用。笔者之所以调查与分析这一指标，主要是由于以下三大原因。

第一，它可以用于总人口调查从而具有全国代表性，尤其是可以涵盖那些根本不去任何医疗单位而是自己吃药的性病患者。它应该与真实的流行情况存在某种函数关系。

第二，由于笔者的问卷基本涵盖了中国人的社会分层与性关系和性行为的所有方面，因此才可以把自报性病这一现象放在更加宽泛的框架中，使用更多的视角来进行分析。

第三，自己报告自己得过性病，这本身就是一种对于性病的认知程度与应对策略的体现。最可能发生的情况就是：如果自己不知道自己得了性病，那么人们主动去检测性病的可能性就会大大减少，更不大可能去主动获知预防性病的相关知识。因此，调查自报的性病发生率，有助于我们更加切实地开展性病预防工作。

在目前中国的依赖于门诊报告与哨点监测而得到的性传播疾病流行情况的调查中，上述的三项学术意义都没有条件去实现。因此本节的讨论意在拾遗补阙而不是替代流行率。

## 二、各个历史时段的共性考察

我们现有的以公共卫生学为理论指导的性病统计存在着两个重大的缺憾。

第一个，仅仅重视性病发生率的发展趋势，而且是把各个年份的发生率作为一个个单独的数字来使用。可是我们在日常生活中都知道，感染性病其实是在一个较长时间内，当事人的多伴侣性行为的连贯式累积的结果，偶然感染性病的情况其实很少。结果，公共卫生的分年度统计就无法从一个历史时段的视角来考察性病的发生与发展。

第二个，性病的独特性在于它的发生率与特定历史时段内的社会文化变迁紧密相关，而不是一个生物学意义上的简单疾病。可是目前公共卫生学的统计方法尚无法揭示这方面的内容，更无法解释其意义。

为此，笔者愿意展示一下，通过社会学的严格随机抽样的调查结果，可以发现哪些长期存在的、经济文化方面的因素，在显著地影响着中国的性病发生率。

### （一）男性性病的社会阶层分析：不合“常理”之处及其意义

“四次全国调查”使用的是基本相同的问卷，可以分为 10 个不同的领域，笔者将首先考察在各个不同的领域中与性病发生显著相关的因素，然后再对所有领域进行回归分析。为了节省篇幅，复杂的统计过程就不再列出了。

#### 1. 性病发生率不是越年轻的人越高，风险最大的是 30 多岁的男性

30~34 岁的男性得性病的可能性是最大的，比国家公布的数字多出 200 多倍；35~44 岁的男性则是第二大可能人群，而 20~24 岁最年轻的男性恰恰是可能性最小的。

这是因为，性病最有可能是通过多伴侣性行为传播的，可是 25 岁以



下的男性由于社会经验的相对缺乏，尚不足以做到大比例地、频繁地投入多伴侣活动；而45岁以上的男性则相对缺乏竞争优势与内驱力，所以中间年龄段的男性就凸显出来。尤其是，这个年龄段的男性大多数是新婚未久、子女尚小，因此性病就不是一个简单的疾病问题，而是对于婚姻家庭具有强烈的社会意义的问题。

这种情况还提示我们，目前预防性病、艾滋病的宣传教育具有日益“低龄化”的趋势，越来越朝着青少年使劲儿，却倾向于忽视那些为人夫者与为人父者。这不仅是一种无的放矢，而且非常不利于预防性病的夫妻间二次传播。

## 2. 性病也不是“流动人口”里最多，而是相反

这是因为，流动人口在流入地的生活往往具有以下三大特征。

其一，他们人生地不熟、两眼一抹黑，相对缺乏从事多伴侣性行为所必需的“寻找性伴侣的能力”；就连去嫖娼，恐怕也需要很长时间才可能知道应该去哪里。

其二，他们极度缺乏“本地社交自由度”。除了工作繁忙缺少业余时间以外，他们或者因为与城市格格不入而不愿意外出，或者是被工作给封闭起来了。

其三，他们也往往缺乏“现金支付能力”，因为非常多的流动打工者是到了年底回家的时候，才能一次性地拿到自己的工资。也就是说，他们即使平时想去嫖娼，也不可能拿着“欠薪白条”去吧。

尤其是，在流动人口内部也有很大的差异。能够很快就获得免除上述三种限制能力的流动人口，绝对不是那些在工厂里或者建筑工地上全封闭或半封闭的农民工，而是那些在各式各样进城人口聚集的小商场、菜市场、汽配城、家装店里面工作的人。

相比之下，本地男性即使百无一失，免除上述三种限制能力也往往是与生俱来，或者更加容易获得的。

这就提示我们，与其专门针对流动打工者预防性病、艾滋病，还不如深入本地社区直接教育本地男性。

### 3. 最高与最低文化程度的人得性病的都少

这可能是由于，受教育程度处于中等的男性，例如初中文化和高中文化，足以增强投入各种多伴侣性行为的自信、能力和机会，可是同时又缺乏远大目标约束，因此感染性病的连续积累比例是最大的。

反之，文化程度大专以上的男性，虽然各方面的条件可能更好，但是他们也往往受到更多的约束。首先是“爱情崇拜”会减少他们嫖娼的可能性；其次是“情投意合”的要求会使得他们随意嫖娼或者“一夜情”的可能性降低；再次则是因为他们往往胸怀大志，更加不愿意被多伴侣性行为拖累自己的前程。结果，他们的性病发生率就较低。

文化程度最低的那些男性，很可能非常清楚地意识到自己在方方面面都处在最不利的社会地位，要么不做非分之想，要么无能为力，所以任何一种多伴侣性行为都会少得多，感染性病的自然也就很少。

### 4. 性病是“富贵病”

性病的发生正如民间所说，是“男人有钱就变坏”造成的。从“四次全国调查”来看，在收入最低的那40%的男性中，性病发生率是最低的；在中等收入的那30%的男性里稍微多一些；在较高收入的那20%的男性里，性病发生率基本持平；可是在收入最高的那10%的男性里，性病比例却是最高，是国家公布的总人口平均数字的百倍以上。

那么，在上述的几个社会阶层因素中，究竟哪一个因素所发挥的作用最大呢？或者说，在预防性病的时候，我们应该最主要地针对哪些男性呢？这就需要以性病的自报发生率作为目标变量进行回归分析，2010年调查的分析结果见表4-1。

表4-1 男性的性病自报发生率与其社会阶层的 Logistic 回归分析结果

变量名称	B	S. E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)
每月平均收入	0.660	0.195	11.454	1	0.001	1.935
受教育年头	0.137	0.050	7.580	1	0.006	1.146
户口是否本地	0.239	0.093	6.660	1	0.010	1.271
住在县城	-0.604	0.301	4.036	1	0.045	0.547

变量名称	B	S. E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)
住在地级市	-0.531	0.333	2.541	1	0.111	0.588
住在省会城市、直辖市	-0.499	0.381	1.710	1	0.191	0.607
职业与社会地位等级	-0.055	0.054	1.022	1	0.312	0.947
是否党员	0.170	0.288	0.349	1	0.554	1.186
控制变量：调查年头	-0.213	0.227	0.883	1	0.347	0.808
控制变量：年龄	-0.008	0.011	0.471	1	0.492	0.992
(常量)	-5.738	1.015	31.939	1	0.000	0.003

表 4-1 清楚地说明：收入高低是唯一一个与性病的发生显著相关的因素。也就是说，如果我们真的想预防性病，那么就应该首先和主要通过税务局开展宣传教育——针对那些年收入超过 12 万元必须单独缴纳个人所得税的男性，而不是针对那些低收入、低年龄、低文化、非本地户口的男性。

正是从这个意义上来说，性病、艾滋病的社会意义绝对不仅仅是它给社会带来了什么影响，更重要的是预防性病、艾滋病的工作影响了什么人。

除了卖淫嫖娼者之外，目前中国的预防工作恰恰是指向社会弱势群体的。例如到 2010 年为止，在 Google 中文搜索中，如果输入“预防性病艾滋病+×××”，那么针对青少年的有 81 900 条信息，针对大学生的信息有 59 800 条，针对农民工的有 19 900 条信息，即使是针对长途货车司机的信息也有 12 400 条之多。可见这些问题在中国多么地被重视。与此相反，预防性病、艾滋病针对高收入者的却只有 12 300 条，针对高收入人群的信息是 7 960 条，针对收入差异的只有区区 2 900 条。

总而言之，目前中国在一般人口中的性病、艾滋病预防工作不仅是选错了靶子，而且从精神上给相对弱势的社会群体增加了压力，甚至是某种程度的污名化。这不仅来源于传统中根深蒂固的“草民”与“贱民”意识，也来源于近年来日益加剧的社会阶层分化所带来的利益导向。

## (二) 女性的性病：婚内弱势地位的体现

首先，经过针对女性的社会分层所属的 Logistic 回归分析，笔者惊讶地发现，女性的自报性病发生率居然仅仅与她的总体健康情况显著相关，与她自己的其他任何主要个人指标却都不相关，哪怕是与她自己的多伴侣性行为也不相关。具体情况见表 4-2。

表 4-2 女性自报性病发生率与主要个人指标的 Logistic 回归分析结果

变量名称	B	S. E.	Wald	Sig.	Exp (B)
总体健康状况	0.564	0.185	9.269	0.002	1.758
一个月以上性伴侣人数	0.734	0.341	4.622	0.032	2.083
抽烟频率	0.706	0.347	4.141	0.042	2.027
住在地级市	0.778	0.450	2.991	0.084	2.177
上年度性伴侣总人数	0.439	0.330	1.770	0.183	1.551
户口是否本地	0.166	0.141	1.384	0.239	1.181
住在县城	-0.569	0.568	1.002	0.317	0.566
减肥倾向	-0.354	0.375	0.891	0.345	0.702
是否党员	0.589	0.630	0.876	0.349	1.802
肥胖程度	0.284	0.356	0.637	0.425	1.328
受教育年限	0.051	0.065	0.613	0.434	1.052
性伴侣累计总人数	-0.259	0.434	0.357	0.550	0.772
住在省会城市、直辖市	-0.347	0.689	0.253	0.615	0.707
每月平均收入	0.131	0.338	0.151	0.698	1.140
自身魅力程度	0.073	0.263	0.077	0.782	1.075
职业与社会地位等级	-0.027	0.103	0.068	0.794	0.973
喝酒频率	-0.008	0.355	0.001	0.981	0.992
控制变量：调查年限	1.565	0.749	4.365	0.037	4.784
控制变量：年龄	0.002	0.020	0.007	0.933	1.002
(常量)	-12.345	2.458	25.225	0.000	0.000

那么，中国女性的性病难道是从天上掉下来的？通过全部数据的回归分析，笔者发现：与女性的性病显著相关的几乎所有因素，都来自她们的婚姻，都与她们的丈夫的情况有关。

由于我们的调查并不是询问夫妻双方，所以我们不可能知道，女性的

性病究竟是不是被丈夫传染上的。但是我们却可以分析一下，已经被感染过性病的女性们的丈夫是什么情况。

省略的交叉表表明：如果妻子家的家境比丈夫家更好，那么妻子有性病的仅仅是 0.7%，可是如果丈夫家的条件比妻子家好，那么妻子有性病的就是 2.5%。

与此类似，如果夫妻发生矛盾而且丈夫家不会前来撑腰，那么妻子有过性病的仅仅是 0.7%，但是如果丈夫家肯定会来撑腰，那么妻子有过性病的就高达 4.1%。

在夫妻生活中也是如此。如果丈夫对妻子的体贴不够，那么妻子的性病发生率就会从 0.8% 增加到 2.1%。

如果妻子对丈夫吃醋，那么妻子的性病发生率就会从 0.5% 增加到 2.3%。

当然，如果丈夫跟别人有性行为，那么妻子的性病发生率就会从 0.7% 上升到 3.4%。

总而言之，那种自己的家庭条件比妻子家好、一旦发生矛盾自己家人会来撑腰、对妻子的体贴不够、惹得妻子吃醋、有婚外性行为的丈夫们，无疑占据了权势关系中的优势。在这样的婚姻中，妻子不仅是社会学意义上的弱者，而且是社会性别意义上的“二等性别”，也正是这种屈从地位，成为女人的性病的相关因素。

那么，在上述的各种因素中，哪些是更加相关的呢？请看表 4-3。

表 4-3 妻子的性病自报发生率与其婚内情况的 Logistic 回归分析结果

变量名称	B	S. E.	Wald	Sig.	Exp (B)
对丈夫是否吃醋	1.366	0.438	9.719	0.002	3.920
丈夫是否有婚外性行为	0.959	0.334	8.246	0.004	2.608
丈夫家是否会来撑腰	-0.561	0.199	7.969	0.005	0.570
妻子是否有婚外性行为	-1.066	0.401	7.084	0.008	0.344
丈夫是否对妻子吃醋	-0.831	0.383	4.706	0.030	0.436
双方做家务的对比	-0.193	0.130	2.192	0.139	0.825
丈夫的体贴是否足够	-0.516	0.354	2.118	0.146	0.597

变量名称	B	S. E.	Wald	Sig.	Exp (B)
丈夫家的条件是否更好	-0.266	0.196	1.838	0.175	0.766
双方之间的感情程度	0.158	0.255	0.384	0.535	1.171
控制变量：调查年限	1.271	0.541	5.521	0.019	3.563
控制变量：丈夫的年龄	0.021	0.017	1.590	0.207	1.021
(常量)	-3.589	1.720	4.356	0.037	0.028

这清楚地表明：丈夫的强势地位与妻子的二等地位是影响妻子性病发生率高低的显著因素。尤其是，就连妻子自己的婚外性行为也退居其后，不能成为显著的影响因素。这充分证明了笔者的论断的正确。

当然，上述所有情况其实都不值得惊讶，因为妻子的性病感染率高，往往就是因为丈夫的多伴侣性行为多，尤其是找“小姐”多。可问题是：在我们这样一个宪法里写着男女平等的社会主义国家中，这方面的问题为什么直到性病、艾滋病猛增的今天，仍然没有得到足够的重视呢？

如果妻子被丈夫传染了性病，那么她无疑是婚内二次传播的100%的受害者。她可以据此提出离婚、索赔吗？为什么在我国刑法中早就有了“传播性病罪”，可是在《妇女儿童权益保障法》中，却没有任何规定来对受害妻子进行保护呢？

这虽然并不属于公共卫生工作者关心的范围，但是如果由我们社会学家主动提供给最高决策部门，那么客观上将非常有利于推动预防艾滋病事业的发展。这样可以算是双方相互结合、相互促进的一条最佳渠道。

### 三、历史发展与社会阶层的相互关系

公共卫生的研究当然从来也没有忽视这方面的分析，但是与社会学的调查相比仍然不具备优势。所以笔者下面进行的分析，意在运用实例来推动两个学科的结合，共同创造和完善“艾滋病社会学”这个新学科。

从“四次全国调查”的数据分析中，可以发现以下一些重要信息。

(1) 性取向（是否绝对异性恋者）这个社会分层，在日常生活中或者门诊接待中都很难直接观察到，更难以确定。但它不仅是最显著相关的变量，而且在非绝对异性恋者中自报性病的人已经达到三分之一，其可能性则是绝对异性恋者的 22.6 倍。

(2) 女性的自报性病比例虽然与男性差不多，但是在排除了其他因素的影响之后，其可能性仅仅是男性的 64%。这至少部分地是因为男性中的非异性恋者的比例更高。

(3) 在 30 岁以下年龄组里，自报性病比例为 7.7%。从 18 岁开始，年龄每增加 1 岁，自报性病的比例就减少 2.6%。这显然与性行为的活跃程度随年龄增长而降低有关。

(4) 与有配偶者相比，离婚与丧偶的人的自报性病比例是有配偶者的 5 倍。

(5) 与具有较高文化程度者相比，较低的初中文化程度者的自报性病的比例是前者的 2.9 倍。文化程度的作用在整体上倾向于文化低的自报性病的比例更大。

(6) 城市中的任何一种职业者自报性病的比例都非常显著地高于农村劳动者的。其中，商业服务业普通劳动者与各种企业家、各级领导干部都非常显著地高，其比例比其他职业高出 1.8~2.6 倍。

(7) 收入的多少、是否流动人口，与其自报性病的可能性不存在显著的相关关系。

以上这些研究的发现，通常被视为纯粹社会学的成果。可是如果我们从与公共卫生工作相结合这个新视角来看，就可以充分意识到其重要意义。笔者仅列举一些可能的发展方向。

虽然预防艾滋病的研究与具体工作已经高度重视 MSM（男男性接触者）人群中感染率飙升的现状，但是所谓“男男性行为者”这个最重要的概念，其实仍然没有涵盖所有的潜在的风险者。也就是说，笔者所调查到的“非绝对异性恋者”不一定都曾经发生过“男男性行为”，但是这种指向却几乎是必然的。所以，如果公共卫生研究能够采纳我们社会学的这个



新概念，那么对于艾滋病传播的可能性的研究，就会更加具有前瞻性。

虽然预防艾滋病工作目前还没有能力去直接干预中国所有夫妻的风险性行为，但是根据笔者的研究结果，完全可以首先针对那些离婚与丧偶的人群开展工作。这不会增加太多的工作量，却足以更加彻底落实“预防”这两个字。

其他的就不再列举了。读者可以举一反三。

#### 四、 哪些性行为的感染风险更高？

在预防艾滋病工作中，越来越多的人开始重视“性传播”的现象，但往往把它在感染途径内部的构成比，错误地当作总人口中的发生率。其结果就是，所谓“性传播的可能性越来越大”的误解被越来越广泛地扩散，不仅误导了公众，也很可能催生预防决策和主攻方向的偏差。

其实，所谓的“性传播”包括多种多样的渠道，涉及多种多样的性行为与人群，根本就不应该一概而论，更不应该定于一尊。因此笔者运用社会学的方法来分析一下，希望能够为预防工作的深入细致和有的放矢添砖加瓦。

对“四次全国调查”数据的 Logistic 回归分析，发现如表 4-4 所示的结果。

表 4-4 在不同的性关系中，自报性病的发生率也不同

情况	没有者	有过者	Sig.	Exp (B)	OR up	OR low
群交（上年）	3.0	44.8	0.000	6.253	4.133	9.460
使用新型毒品	4.8	36.3	0.000	3.070	1.927	4.891
交换性伴侣	3.5	25.6	0.000	2.229	1.456	3.413
有过外遇（累计）	2.6	8.7	0.000	2.245	1.655	3.046
“一夜情”（上年）	3.5	12.6	0.000	1.897	1.356	2.654
找过性服务者	3.4	20.2	0.006	1.793	1.186	2.711
“买性”	3.4	21.9	0.071	1.489	0.966	2.294
有过外遇（上月）	3.8	11.2	0.179	0.584	0.266	1.280
交叉性伴侣（上年）	5.0	17.2	0.251	0.738	0.439	1.240
触摸舞女阴部	3.8	16.2	0.287	1.281	0.812	2.019



续表

情况	没有者	有过者	Sig.	Exp (B)	OR up	OR low
异性对外阴按摩 (上年)	3.5	16.6	0.360	1.214	0.801	1.838
“卖性”	3.6	22.3	0.476	1.186	0.743	1.893
新的性伴侣 (上年)	3.6	11.2	0.563	1.199	0.648	2.218
新的性伴侣 (上月)	3.9	13.2	0.934	1.030	0.517	2.051
(常量)			0.000	0.043		

\* 控制变量：性别、年龄、文化程度、是否绝对异性恋者。统计量不再列出。

这给了我们以下重要的启示。

(1) 风险最高的性行为其实并不是人们通常所认为的男人找“小姐”的嫖娼（它仅仅排列在第6位），而主要是非交易化的普通人之间的多伴侣性行为。这些行为在总人口中的发生率已经远远高于男人嫖娼和女人卖淫的比例，对于自报性病的比例名列榜首发挥了非常显著的作用。

(2) 笔者在调查问卷中假设：交叉的性伴侣与新的性伴侣会增加性病感染的机会。但是这一假设没有得到确认。这两种行为与自报性病的比例都没有出现显著的相关关系。

这也至少可以提醒人们在预防艾滋病工作中要注意以下情况。

对于普通人之间的、非交易化的、多个性伴侣的性行为，公共卫生工作至少在目前是无能为力的。某些高层领导在私下里也坦承：现在的预防工作已经压力山大，我们可不想再增加这个。但是，可以不纳入工作，却不能不纳入思考。例如，为了预防“性传播”，在干预地下性服务者的工作过程中，就应该不仅调查他们与嫖客戴套不戴套，更要调查他们与自己的配偶、同居者、普通性伴侣之间，做爱的时候戴不戴套。这就属于非商业的性行为，忽视它就可能使我们的预防工作事倍功半。

## 五、 启示： 客观测定与主体建构视角并行不悖

对于性传播疾病的发生率，以生物医学为基础的预防医学与公共卫生学一直以来都坚持用客观测定的手段来加以判定。这当然是自然科学数百

年来发展的结晶，为人类带来了无限的福祉。

可是，在进入 21 世纪之后，越来越多的人并不是偶然地、被动地、“非性地”感染性病，而是由于他们主动选择去从事某些高风险的性行为。结果，这就带来了一些学术上必须搞清楚的问题。

第一问题是，如果自报已经感染性病的人并没有去做过正规的医学检测，那么他们究竟是怎么判定自己感染了性病呢？是因为已经出现了某些症状，还是因为他们实际上很清楚，自己从事的那些性行为有很大风险，因此异常敏感？或者是由于他们对自己的风险性行为产生悔意或负罪感，才夸大了自己感染性病的可能性？

这里讨论的并不是他们“误报”的问题，而是反映出这样一种可能性：人们自己的性行为，对于该行为的价值评价与结果预测，都是他们自己进行了“主体建构”之后才可能表现出来的。“自报性病”就是一个极好的例证。

这个新视角对于预防性病、艾滋病的具体工作非常重要。因为对于那些已经被医学检测确认的性病患者，问题仅仅在于如何治疗与防止二次传播；可是我们的预防工作所面对的，恰恰并不是这样的人，而是那些从事过风险性行为的人，无论他们是否确诊为感染性病。因此，我们的研究必须更加深入一步，不仅需要按照医学的思路去发现他们究竟出现了什么样的症状才认为自己感染了性病，更要从主体建构的社会学视角出发深入了解：他们给什么样的性行为赋予了什么样的意义与价值？又是怎样预计这些性行为会带来什么样的结果？尤其是，他们在风险性行为与感染性病可能性之间不断地进行了哪些和什么样的衡量与选择？这个过程又是如何实现或者中断的？

从上述新视角出发的研究，其实就是在卓有成效的医学检测之外，为我们的预防工作提供一条新的路径，最终达到“两条腿走路”和“双轨并行”的更佳境界。

## 第四节 艾滋病给社会学带来的新视角

在本书的此前部分，笔者突出了社会学对于公共卫生视角下的预防工作的参与与促进。但是反过来，预防艾滋病的研究和具体工作，也给社会学界带来巨大的冲击。

它不仅仅是“搭艾滋病的便车”<sup>①</sup>的机遇，更是对许多既存的社会学研究成果的挑战。这迫使我们不得不建立一些新的视角，首先和主要的还不是为了参与防病工作，而是为了发展我们的学科。可惜，社会学界的许多学者尚未认识到这一点，仍然可能把喷薄欲出的艾滋病社会学视为“细微末节”。因此，本章主要是写给笔者的社会学同行看的。

### 一、个体究竟是怎样被组织起来而存在于社会和参与社会的？

国际上在研究艾滋病问题的过程中，最初把具有感染艾滋病的高风险行为者的计量单位称为“个人”（person）或者“人群”（people），后来又称为“群体”（group），再后来又称为“人口”（population）。现在则是怎样称呼的都有。这里面当然有对于人数增长的考虑，有避免歧视的考虑，有对传播途径构成的变化的考虑，但是也反映出，研究者们对于这些人是不是形成了社会组织，怎样被组织起来的，一直认识不清或者莫衷一是。

其结果是，多年来防病工作的具体方针也总是摇摆不定或者各行其是。相信“高危行为者”并不存在社会组织的人，往往强调“人人预防，一个都不能少”（其中又更加强调青少年），可是认为社会组织已经形成的

---

<sup>①</sup> 国际上对预防艾滋病的资金投入，奇大无比。因此许多其他学科的、原来“事不关己，高高挂起”的人都认为：只要与艾滋病挂钩，就可以获得空前数额的资助，故而戏称为“搭艾滋病的便车”。

人，却更愿意针对吸毒者和多性伴侣者（其中又集中指向“性产业”的参与者和同性性行为者）。

可惜，既存的关于社会分层和社会组织的大多数社会学研究成果，并不能完全给预防艾滋病工作解惑，甚至很难发现上述两种防病方针是不是有遗漏或者偏颇。直到1994年，“性的社会网络理论”<sup>①</sup>才出现。它认为：具有多个性伴侣关系的个体们，实际上是被他们的人际性行为给网络化地组织起来了。也就是说，我和我的性伴侣（们）的性伴侣（们），虽然素昧平生而且老死不相往来，但是我们所有人客观上都是存在于一个呈几何级数增大的“性的社会网络”之中。如果在任意两个性的社会网络之间，有某个人与双方都有性关系，那么这两个“网络”就被连接起来，形成更大的“网络”。这样的连接者也就被称为“桥梁人群”（bridge population）。如果没有他们，艾滋病不会自己跑到其他人群里面去。因此，他们才是防病工作的重点对象。

性的社会网络理论实际上给我们带来了以下3个新视角。

首先，各种社会因素与个体行为之间的相互作用，也许并不是均衡地在社会与每个个体之间直接地和直线地往复运动，并不是像通常所形容的那种大海与每一滴海水之间的相互作用关系。更加可能的情况是：相互作用首先发生在某些社会因素与某些个体之间，然后再通过这些个体与其他个体之间所结成的关系，逐次地作用于其他个体，乃至可能最终弥散到整个社会网络之中。反过来也一样。某些个体的行为可能并不是直接地和首先地去影响社会，而是由于不断地作用于与之结成关系的其他个体，直至影响了社会网络的相当大的面积，才能最终作用于社会因素。

艾滋病问题中就有一个典型的例子：在西方，尽管社会对于使用安全套的宣传如同水银泻地，似乎均衡地作用于每个个体，但是只有当“高危人群”中的某些个体首先开始使用，而且劝说其性伴侣也使用之后，才提高了整个人群的使用率，而且花费了5年左右的时间。这时，也只有到这

<sup>①</sup> 社会网络的示意图，在前文已经出现过，这里不再重复。

时，“高危人群”对于社会的反作用（例如反对恐慌式歧视等）才能够得以实现。

其次，在性的社会网络理论里，社会性别的视角得以鲜明地突出。从前文的叙述里不难看出：由于女性的性伴侣人数普遍少于男性，因此她们更多地处于性的网络的边缘，而不是中心，也更少成为“桥梁人”。也就是说，如果艾滋病在某个性的网络中传播开来，或者从另外一个网络传播进来，那么女性就会更多地成为被动的“终端受害者”。如果再把母婴传播考虑进来，那么女性所受到的伤害就是双重的。

从这个视角去看待“性服务小姐”就会发现：虽然表面上她们的性伴侣如此之多，似乎是传播艾滋病的罪魁祸首，但实际上她们也同其他女性差不多，也是处于性的网络的终端上，也更少能够成为“桥梁人群”。这才是她们真正的“社会属性”。通俗地说，如果每个嫖客都对她们专一，那么艾滋病就不可能跑出“性产业”参与者这个圈子。

这种现实，不能仅仅用“男人更花心”来解释。它表明：以男性为中心的社会体系不仅仅是反映在性方面，更可能根本就是从性领域中建立与发展起来的。在性的社会网络中，一个男人控制了多个女人的性生活，也就控制了她们的生育，控制了她们一生中最多的活动和最大的价值。这样的男人多到一定程度，整个网络就变成以男性为中心了。这样的网络多起来而且连接起来以后，各种为之服务的社会设置也就应运而生、疏而不漏、根深蒂固了。

再次，在解释个体行为方面，性的社会网络理论有三段通俗的表达：①跟不同的人做爱，会有不同的方式；②当你跟第二个人做爱的时候，你已经不是原来的你了；③“性”不是你自己的，也不是你们两人的，反而是一做爱，你们就“联网”了。

这些似乎是纯粹性学的认识，其实原本就是来源于一般社会学的，只不过使用了更极端的例证，因此这里不再赘述。

总而言之，上述这些新视角都在提示我们：在人类的其他社会活动中，是不是也可能存在类似的情况？如果仅仅由于诸多个体之间的某种相

互行为，而不是由于所谓的“社会决定”，这些个体就组成了上述“性网络”，并且以这样的“网络”存在于社会和参与社会，那么这种“网络”与我们所习惯使用的阶层、群体等概念之间，究竟有哪些异同、互动与结构？也许，以往我们所重视的、据以划分阶层或者群体的、个体所拥有的各种社会特征，其实只不过是这些个体在互相“联网”时的识别标签。一旦“联网”成功，他们其实就开始以“网络”为单位而存在并发生意义，那原来的标签（社会特征）反而被弱化或者变化了。果真如此的话，那么各个“网络”之间的“桥梁人群”又是什么样的人？他们为什么能够成功地“搭桥铺路”？……

总之一句话：除了“物以类聚，人以群分”之外，人们能不能“联网而生”？或者说：社会网络究竟是一个人的工具，还是诸多个体的共同载体？

在我们这样一个“出门靠朋友”的、“关系网”已经成为致富的首要资本的、公领域“窝案”层出不穷的社会里，艾滋病给我们带来的这个新视角，相信是很有用的。也许，它能够帮助我们更加深入地认识整个中国社会。

## 二、对于婚姻的划分标准和概念体系，需要增加“性”的视角

以往，即使我们并不专门研究婚姻问题，可是一旦涉及，我们仍然普遍地和习惯地使用着两个方面的最基本的划分标准及其概念体系。

第一个方面是对于婚姻状况的分类。我们习惯于使用独身、未婚同居、初婚、再婚、多次婚、离婚、丧偶这样一系列似乎是基于个体生命历程实况的划分标准。第二个方面是用来判定性关系的道德性质的划分标准：婚内性关系、婚前性关系和婚外性关系，或者更加简化为婚姻性关系和非婚性关系。

我国社会学大体上一直沿用这种“以婚姻为基础、以道德为准绳”的概念体系，很少研究它是否具有足够的社会真实性与学术合理性。我们常

常是先依据概念去标定社会现象，然后再去调查和解释，结果研究出了许多与政府统计数字保持一致的成果。这，既是一种“法条盲从”，也是一种“假数真算”，还是一种“精神自杀”。同时，由于这些概念往往被其他人大面积地引用，结果很多中国人仍然以为艾滋病的传播也是“以婚为界”。<sup>①</sup>

其实就性传播而言，艾滋病是十足的“文盲加法盲”。它既不承认我们的这些概念划分，也不尊重婚姻。它只看一个事实：你是与单个人有过性关系，还是与多个人有过？与单人就不会通过性传播；如果与多人，那么人数越多通过性传播的可能性越大。也就是说，哪怕是合情合理又合法的再婚，通过性传播的可能性也仍然大于虽然“越轨”但是只与单个人的未婚同居。同样，虽然“越轨”但是只与单个人的婚外性关系，通过性传播的可能性也仍然小于合情合理又合法的多次结婚。

艾滋病还有一个可能相当漫长的潜伏期。因此，与单个人还是与多个人这个问题，就不仅仅是“婚姻状况”所指的、现在进行时意义上的“有没有”的问题，而是“婚史”所指的、现在完成时意义上的“有过没有过”的问题。也就是说，如果曾经与多人有过性关系，那么现在的离婚和丧偶也并不能百分之百地成为对付艾滋病的挡箭牌。

因此，社会学对于婚姻相关问题的认识，应该在艾滋病时代里增加新的“性”的视角了。

首先，我们应该按照实体存在的性关系（而不是社会设定的合法婚姻）的概念和逻辑发展路线，建立“性伴侣”这个基础的与核心的概念——无论是否处于婚姻之中，无论是否合法，只要有过性生活，双方就互为“性伴侣”。这并非是要另起炉灶，而是要扩展我们的视角。例如，针对长期以来道德争论多而学术研究少的“婚外恋”现象，我们如果去研究一下社会是如何把“性伴侣”与“配偶”加以角色化和对立化的，当事人又是如

---

<sup>①</sup> 例如，某份在北京各大学里广为散发的宣传材料，就堂而皇之地把“婚前同居”列为艾滋病的传播途径之一；而一些婚姻社会学的专家却从来没有想到过：再婚也可能传播艾滋病。



何内化或者叛逆的，相信会有所裨益。进而，如果把这两个角色排列组合一下，也许我们就可以更宽广更深入地认识从“性交易”到“包二奶”“傍大款”到“无性夫妻”这样一种系列现象，探讨其中的社会意义、功能与运行机制。再往前，如果我们充分强调了蕴含在“性伴侣”这个概念中的社会性别因子，就可以在涉及同性恋等处于少数地位的性关系时，绕过使用“婚姻”这个概念所产生的尴尬，得出新的认识。

其次，我们应该建立“单一性伴侣关系”与“多个性伴侣关系”这样的划分标准，而不是以往的“唯婚划界”。如是，我们才能发现非常多的非婚同居实际上与婚姻并无区别；才能使用关于婚姻的一般理论去解释它们，而不至于另外发明出一些奇谈怪论。如是，我们才能明白“一夫一妻制”这个惯用词语在社会现实中的荒谬<sup>①</sup>；才能解释“性—爱情—婚姻”这个实体存在系统的社会化、社会运行与历史命运。

### 三、应该用个体的细小社会行为对理论进行证伪

按照经济学的“理性选择”理论，人总是在权衡了投入与产出之后才行动的。社会学则认为，原因远比这复杂和广阔得多。我们拥有文化脚本、社会结构、交换、互动、戏剧等一大批成熟的理论。可是预防艾滋病的工作却总是遇到一些“小”问题。例如，国际上在推广“百分之百使用安全套（避孕套）”时，总是有些人没有达到百分之百，而且确实可以归结为种种小概率的、离散的、细微的主客观原因，诸如安全套的包装打不开、时间来不及，等等。那么，社会学认为这些“小事”是不是社会行为，应该不应该、能不能运用社会学理论进行分析呢？尽管社会学不想也不能解释个体的100%的细小的社会行为，但是这并不能成为我们不去提高“解释率”的托词。

<sup>①</sup> 夫或妻，必法定者方可称之。若某人有多个性伴侣，但其中法定的夫或妻却只有一个；另一人有性伴侣无数，却连一个法定的夫或妻也没有。他们违背“一夫一妻制”乎？



反过来看，更重要的是艾滋病传播给我们带来了这样一个新视角：尽管社会学不一定非要深化和细化到行为学的地步，但是我们的一切宏大理论，都应该在个体的细小行为中进行证伪，否则就可能成为空中楼阁。例如：某个防病意识极强的人，如果仅仅由于打不开包装而不使用安全套，那么文化脚本理论就必须补充或者修改；至少也应该把文化对人的行为的作用加上诸多的甚至是烦琐的前提条件。再如，无论我们运用哪种理论来解释性伴侣的行为，如果他们仅仅由于时间来不及而不使用安全套，那么我们所运用的那种理论就必须在解释这种“例外”的过程中修正自己，而不应该马上换用另外一种理论来回避挑战。

总之，理论虽然常常在阐述着行为是什么，但是许许多多细小的社会行为却可以说明理论不是什么，至少也是不适用于什么。这对发展我们的理论实在是大好事。

#### 四、在实证方法上，艾滋病推了我们一把

众所周知，艾滋病的性传播和吸毒传播都极度隐秘。尽管任何一本社会学教科书里都列举了齐全的社会调查方法，但是防病工作仍然觉得不解渴，仍然在向我们呼唤着：方法，具体的、可操作的方法！

对社会学来说，这恐怕还是一个视角的问题。一方面，我们常常只是把各种调查方法并列，至多提倡“相结合”；另一方面，我们又常常陷于定性研究与定量研究之争的思路里。

其实，要想实证地了解人的社会行为，恐怕只有3种方法：第一是“监测”，就是几乎一切自然科学所采用的那种方法论原则，即通过实地的查验和计量来发现和确认行为；第二种方法是“证实”，就是司法界所采用的那种方法，就是使用证据来证明行为，哪怕没有现场监测也可以；第三种方法是“询问”，就是我们社会学最经常使用的方法，就是依据被调查者的主诉来确定行为。

无疑，这3种方法绝不是并列的，它们本身的真实程度就在递减，而

不在于收集到的资料是定性的还是定量的。也就是说，即便使用了最好的量化问卷，只要采取的是第二种方法（证实）或者第三种方法（询问），那么所获得的资料的真实程度，肯定仍然低于采取第一种方法（监测）所获得的、哪怕是定性的资料。

因此，仅就社会行为的确定而言，我国社会学实证研究的发展方向，既不是继续定性定量之争，也不是仅仅平面地拼接多种方法，而是应该设法从询问走向证实，再走向监测。好在艾滋病传播迫使一些研究者发明了高招，可以供我们借鉴。例如：“性交易”参与双方使用安全套的频率，是防病工作中至关重要的数据。在“询问”了多年却依然莫名其妙之后，有的研究者终于开始向“性服务小姐”收购使用过的安全套，于是“询问”就走向了“证实”。再如，“小姐”平均每天的接客人次，也是至关重要的数据。有的研究者开始时是把“小姐”的主诉情况与“妈咪”（老鸨）进行核对，从“询问”走向“证实”；然后又观测和记录所有嫖客的进出情况，于是又走向“监测”。

当然，仅仅研究行为远远不够，而大多数非行为的现象往往又无法监测，甚至无法像司法界那样加以证实。那么，就请在“询问”中高度地强调测谎，因为虽然一切测谎手段都不能使我们知道“真实”究竟是什么，但是至少可以让我们把虚假信息剔除出去。我们也就走在从“询问”到“证实”的半路上了。

## 第五节 艾滋病研究对于跨学科主张的启示

此前，笔者论述了预防艾滋病工作与社会学之间相互促进、相辅相成的方方面面。于是，艾滋病社会学也就呼之欲出。

但是，习惯于反思的笔者，却不由得满腹狐疑：两个不同的学科，真的有可能结合起来，形成一个新的学科吗？其产生条件究竟有哪些呢？一路思考下来，就写出了本节。它不是为了颠覆，而是为了深入；是为了使我们在更加清晰的学理基础上，更加有的放矢，更加可能一举成功。

### 一、跨学科，何以可能？

自从20世纪60年代以来，跨学科作为一个专门的研究对象在欧美得到发展<sup>①</sup>，形成了跨学科学（interdisciplinology），并在80年代初被介绍到中国，在90年代开始成为学术热议。其近义词有超学科（transdisciplinary）、多学科（multidisciplinary）、交叉学科（crossdisciplinary）等。还有一些提法也包括这个意思，例如学科整合、后学科、去学科化等。最近几年，跨学科在中国得到越来越多的提倡，在各个具体领域中的应用也日渐增多，逐步成为一个优势的学术话语<sup>②</sup>。

#### （一）问题及其新意

笔者站在前人的肩膀上去深化这样的讨论：跨学科何以可能？在反思

<sup>①</sup> 本节着重讨论已有（尤其是中文）文献所呈现出来的各类“跨学科”主张，并不展开分析学科本身的发展历史与相互关联。有关后者的讨论，可参考（美）华勒斯坦：《开放社会科学》，三联书店，1997年。

<sup>②</sup> 笔者在《中文期刊全文数据库》的SCI、EI、CSSCI和核心期刊里以“主题”检索论文，发现从1990年到2012年底，“跨学科”的有4 216篇，“多学科”的有7 233篇，“交叉学科”的有2 786篇，“学科整合”的有310篇，还有“去学科”或“后学科”的31篇。它们来自几乎一切学科与研究领域。

的基础上警惕“跨学科主张”成为陷阱；提出“跨学科主张”实现的条件与前景。

本节与现有文献的主要区别在于以下两点。

首先，本节所要分析的并不是跨学科研究本身，而是“跨学科的主张”，是这种被作为学术发展方向提出来的口号，暂不论及该主张内部的细致差异。

其次，目前中国的跨学科研究，究竟是一种实然（现存的）、必然（来临的）、或然（可能的），还仅仅是一种应然（必要的）？综观文献，实际完成的跨学科研究的成果很少，尚不足以作为一种客观存在来进行分析和总结；大多数文献都是对于跨学科的提倡以及对其必要性的论证，几乎都是从“必然性”的假设出发。不多的文献虽然也论述了跨学科的可能性，但是基本上也都是从“有可能”这个假设出发的。只有一位论者质疑了这个假设，可惜篇幅太短，意犹未尽。

本节首先分析跨学科主张为什么很可能成为一个陷阱，然后再探讨如何才能使之成为可能。

## （二）文献简析

许多文献都是基于两个未经检验的假设：一是现实的需求或者学科的发展必然产生跨学科研究；二是跨学科研究必然产生更大效益。它们在逻辑上有缺陷，带有“因必然而必然”的色彩。本节不拟讨论之。

跨学科这个主张是中国人自觉引入中国的，因此笔者不试图去研究它在国际上的原生态，也不涉及国内外的差异，而是努力分析这个主张在中国的现实状态。因此暂不引述国际文献。

## （三）跨学科的界定

文献中的通常定义是：跨学科是一种新的研究形式，旨在将不同的知识整合成一个比较全面的知识形式，其特征是较强的公共观点导向和较强的解决问题的能力。

有学者区分了两类跨学科研究。其一是在现存的学科群内部进行的跨学科研究，即近缘的；其二是在自然科学与社会科学两大知识板块之间进行的跨学科研究，即远缘的。交叉学科则往往是所有跨学科的统一称。

有的文献则从产生的效果来进行界定：一是同时运用两门学科或多门学科已经成熟的知识来进行一个特殊问题的跨学科研究；二是导致新理论知识的跨学科研究。

但是，有关跨学科之定义的大量论文并没有出现什么分歧。因此与其说是讨论，不如说是引介。

#### （四）跨学科的分类

第一类讨论集中于“问题导向”，综述了跨学科的外在条件与内在条件。前者主要指所要解决的问题的特点、报偿、资源和机构背景；后者主要指参与者的特点、领导、技能、项目组织和小组内交流等。

另一类讨论则强调“理论导向”的重要性，指出在跨学科合作之初，学科间的理论联系是前提，课题的设计要顾及不同学科的理论认识。

还有一类文献集中讨论近邻跨学科研究而且强调三点。第一，提倡各个学科应该认识到自己学科的局限性与弱势，从而建立一种“消极平等”，即“普遍弱势”意义上的平等。第二，参照现实社会反思各个学科自身的内在逻辑的封闭式弱点，以便在各个学科之间建立一种“弱者间的相互尊重和相互宽容”。第三，诚如冯钢教授所言，必须充分认识到理论的变化性质。

#### （五）研究方法、培训、应用

在以“跨学科方法”为主题词的文献中，直接地、全面地论述跨学科研究方法的高质量论文尚不多见。

关于跨学科的建设、管理与人才培养的论文不少。还有文献专门论及人文社会科学在某个具体的学科中的作用。但是它们其实都是本节所讨论的问题的逻辑结果，因此本节暂且从略。

## （六）文献的小结

在取得巨大成就的同时，现有的文献中也存在着两种倾向：一种是单纯的提倡与号召；另一种则是囿于技术层次。少数论文涉及较深的学理，但是分析的深度仍显不足。

## （七）学理讨论的实践基础

近年来，跨学科最为热点与前沿的话题之一是社会科学与公共卫生的结合，尤其是在艾滋病的研究与防治领域之中最为典型。在中国，这种结合于 2000 年前后初见端倪。艾滋病作为社会问题的性质比其他疾病更加突出，加上国际项目的推动与民间团体的兴起，使得艾滋病可以被作为一个很好的例子，来讨论社会科学和公共卫生的结合，借此延伸开来分析、反思在中国现时情境下的跨学科问题。

笔者对于“跨学科”的兴趣，更直观地来源于自己的实践与感悟。笔者自 20 世纪 90 年代开始就作为社会学研究者积极参与国内外关于艾滋病的研究与讨论，并实际参与公共卫生部门开展的疾病防治工作，以直接参与者的身份见证了中国艾滋病领域中的跨学科实践。笔者为其进展而欢欣，但也深感其局限性、困难与挑战。

为了解疑与探索，笔者从 2007 年开始与美国北卡罗来纳州立大学社会医学系合作，专门探讨如何“促进社会科学在中国艾滋病领域的研究”，以 7 个小型研究项目推动社会科学家与公共卫生学者就具体问题开展具体的合作研究。

成功的经验主要在四个方面：多学科的世界观与方法论开始撞出了火花；“人”的概念得以拓展；得以推进“人的主体性”的意识；出现了发展数据收集方法的可能性。

但是主要的教训也同样具有普遍意义。首先，研究成果基本上仅仅是其中一方所研究的问题，“跨”到了另一方的传统领域之中，但是世界观和方法论却依然是原来学科的。其次，“先有人的合作，再有学科的合作”

的实施路径的结果，基本上仍然属于不同学科的成果的罗列，理想中的那种整合与超越仍然不可预见。

基于这样的实践，我们不得不从根本上来反思跨学科这一主张，因此才有了本节。但是由于篇幅所限，具体情况一律割爱。

## 二、 跨学科主张何以可能成为陷阱？

### （一）各学科的世界观的冲突

任何一个相对成熟的学科之所以得以存在，首先在于研究者们对于本学科的世界观取得了高度的认同，形成“学科的规范化”，并且持续地以此来训练入门者，最终形成本学科的可确定性与可传承性。这不仅被视为整个学科的基础，而且往往被作为无须检验的“公理”来加以贯彻，只不过该学科中的很多应用者并不一定能够清晰地认识到这一点。

现有文献中提及的各学科之间的“理论联系”，已经初步触及这个根本点，但是仍然不够清晰与深入。笔者认为，一个学科的世界观主要由5个“元命题”构成：研究对象的界定、其同一性、其差异性、研究中的思维逻辑、价值观。

生物医学学科群的元命题是：其研究对象是有机体的世界，人类只不过是其中的一个物种。研究对象具有“生物同一性”，因此任何一种治疗方法的动物实验结果才能够应用于人类。研究对象同时也具有“局部差异性”，因此才会有基础医学、临床医学与预防医学这样的划分。在面对艾滋病的时候，生物医学的思维逻辑倾向于“生物问题只能用生物手段来解决”；价值观是倾向于“治病才是真的救人”。在这样5个元命题的指导下，中国的生物医学侧重于艾滋病的治疗与疫苗的研制，基本上不直接参与预防工作。

中国的公共卫生学基本派生于和隶属于生物医学，因此其研究对象就是生物病变在人类中的相对广泛的存在。其元命题是“病变的同一性”，



因此该学科中存在着“我们是在开大药方”的说法，就是志在使用同一性的方法来处理相当规模的人类疾病。在“病变载体的差异性”方面，它最倾向于关注如何确定人际行为的艾滋病传播可能性。它的思维逻辑倾向于“阻断传播才能预防”；价值观倾向于“防病才是最好的救人”；在实践中则主要是确定和干预各种“高危人群”。

早期经典的“社会科学”其实是一种模仿自然科学的不懈努力，但是自从20世纪80年代以来，“人文社会研究”的世界观日益兴起。它的元命题把人类视为一切社会现象的主体，而且其能动性<sup>①</sup>与历史和社会形成互动与互构。它的基础首先是“人与社会之关系的同一性”，然后是“人之存在的社会差异性”。对于预防艾滋病而言，它的思维逻辑倾向于“解决相关的社会问题才能更好地防病”；价值观则是倾向于“人与社会的协调才是救人之本”；在实践中则主要是关注那些作用于防病的社会因素。

上述的三大学科都是研究“人类”这个对象的，这就是它们有可能进行跨学科研究的必要条件。但是就充分条件而言，三大学科不仅元命题大相径庭，而且思维逻辑与价值观也截然不同。

虽然“学科分割是一种历史的错误……我们同是错误的产物”（冯钢，2007），但是任何学科的划分都来源于最近数百年来自然科学的迅猛发展，其世界观都没有对错之分，只有不同之处。尤其是，历史已经证明了学科划分确实给人类带来了空前的福祉。结果，跨学科的主张就进退维谷：如果外在地要求任何一个学科脱胎换骨，那么不仅不现实，而且等于否定现有的所有学科；可是如果不能在元命题的层次上实现各学科的相通或者提不出路线图，那么跨学科或者“去学科化”就只能是美好的理想。

## （二）方法论的瓶颈

各个学科的研究方法的差异不仅有操作层面的区别，而且有方法论的冲突。

生物医学和预防医学都遵循着广义自然科学的基本方法论，即“客观地测定对象之真实”，但在操作中都仅仅承认“受控条件下的可重复的实



验之结果”。因此在预防艾滋病的实践中，公共卫生工作只能依据现有的感染率来确定什么人“是高危人群”，也只能把“传播”以生物学的定义来采取各种预防措施；还只能沿用18世纪末出现的医学模式，用一种科学、生物、自然的视角来看待人的身体与健康，而且只能以“病”为中心和判定标准，而“病人”只不过是病的生物载体而已。

经典的社会科学，由于根本不可能贯彻上述的自然科学的方法论，因此只能以各种调查方法来获知研究对象的“行为及其结果”，并且把它假设为“客观的真实”，然后开展研究。但是模仿毕竟仅仅是模仿，自然科学很有理由认为这样的研究“不科学”；往往会损害双方之间的跨学科研究的可能性。

新兴的“人文社会研究”并不试图模仿自然科学，而是把社会现象视为“人”这个主体与社会、历史、文化之间的相互作用的产物。因此它的研究资料已经不仅仅是“调查结果”，而是“人的主体建构”，尤其是人对于自己的“行为及其结果”的意义所做出的标定。在自然科学的方法论看来，这简直就是背道而驰，已然失去了进行跨学科研究的必要条件。

对此，目前的文献主要提倡三个努力方向：克服“跨学科的悖论”；实现方法论层次上的结合；创造新的方法。但是对于“何以可能”的讨论尚未深入到足以推动进展的地步。

### （三）陷阱之由来

以上分析并不是要否定跨学科的主张，而是试图从“不可能”的假设出发，论证这个主张很可能还没有搞清楚自己的靶标究竟何在——许多研究者其实并没有了解和理解各个学科的世界观与方法论，更没有认清其间的差异及其意义，仅仅停留在“是好事就应该去做”的认知层次上，甚至表现出“呼吁多了自然就会有人去做”的倾向。

这就很可能成为陷阱。

在操作层次上，如果研究者仅仅因为“有用”就贸然地投入某种跨学

科的研究，对于所涉及的各个学科的世界观却缺乏深刻的理解，那么只能是徒劳无功，甚至可能为了得到“产出”而东拼西凑，制造出“搭积木”式简单罗列的、不具有内在联系和行为逻辑的，甚至是拉大旗做虎皮的成果，于人于己都有害无益。

由此，在合作层次上才会出现“强势学科吃掉弱势学科”的实践或者对此的担忧。尤其是，如果跨学科主张仍然囿于调整学科关系，甚至仅仅是人际关系，那么最好的结果也只是包办婚姻中的同床异梦。

在理论的层次上，如果上述失误成为常态甚至主流，那么其产出不仅难以成为学术成果，而且会作茧自缚，阻断各学科的前赴后继。

在社会效应的层次上，盲目的跨学科主张，如果真的成为一种学术的甚至社会的话语，那么它就会挟带相当大的权势（power）去影响甚至支配现有的各个学科原本的研究路线，很可能造成不可预计的损害。尤其是，如果这种思潮不幸而成为一种市场需求甚至行政需求，那么就可能诱导更多的研究者盲目投入其中，甚至可能扭曲学术的整体发展方向。在人心浮躁的当前中国，这绝非杞人忧天。

#### （四）现有的策略主张很难跃出陷阱

上文讨论的其实就是“怎样才叫跨学科”，但是问题远不止于此。

##### 1. 跨什么样的学科？

跨学科主张倾向于建立在既有的学科的划分之上。其元命题是：现存的学科划分还是可以的，只不过需要“跨”而已。可是在中国的现实中，存在着一级学科、二级学科、分支学科、研究方向这样一整套相当行政化的概念体系和操作机制。我们究竟提倡在哪一个层级上去“跨”呢？甚至，这还需要我们来提倡吗？例如在《国家标准学科代码》中，并没有心理学这个一级学科。带有心理学字样的36个二级学科被分别隶属于18个不同的一级学科；标明社会学的二级学科则分布于8个一级学科之中；生理学也分散在5个一级学科之中。按照这样的规定，心理学和社会学天生就已经是跨学科了，而且跨的是最基本分类的一级学科。

当然，笔者相信，跨学科的主张主要是指按照学理来划分的应然的学科。但是在现实生活中，许多研究者发表文章或者评聘职称之时，经常受到上述学科划分的桎梏甚至损害。因此仅仅主张纯学术的跨学科，固然可能促进国家学科划分的改善，但那已经是另外一个问题了，却无助于其主张的实现。

## 2. 谁和谁“跨”？

跨学科的主张，基本上还是按照研究对象的类似性来论述的。这很容易被理解为：只要两个学科都在研究同一个问题，它们就具有了跨学科的可能性甚至是必然性。其假设就是：对同样的对象可以做出同一的研究，只不过被现存的学科划分给割裂了。

但是两个问题随之而来：首先，这个假设可以被检验吗？其次，无论哪一个学科，现在还是大一统的吗？

仅就社会学而言，某些不同学派的争论早已深入到世界观与方法论的层次，呈现出“道不同，不相为谋”甚至是“不共戴天”的局面。这种情况在其他学科中也比比皆是。那么，究竟应该是社会学与另外一个学科“跨”呢，还是社会学自己的各个学派应该“跨”？还是干脆两个学者“跨”？若缺乏讨论，跨学科的口号就难免有空洞之嫌。

## 3. 同一个人如何才能“跨”？

上述疑问的最佳答案就是：应该从一开始就培养全面发展的跨学科人才。这虽然用心良苦，但是在逻辑上却是这样的：如果学好任何一个学科都必须遵循该学科的世界观与方法论，那么同时学好两个学科就不可能自然而然地实现跨学科，而是恰恰相反。因此这个人必须打破上述逻辑的前提，去做一个在两个学科中都离经叛道的人。

因此真问题其实应该是：任何一个学科，能不能宽容甚至鼓励“不务正业”和“不符合学术规范”的后来人？

### 三、实现跨学科的三个层次的条件

#### (一) 必要条件

首先我们需要澄清一个历史事实：现存的、具有跨学科可能性的研究方向或研究成果，往往都不是不同学科的人有意为之，更不是其他学科入侵或改造的结果；而是某个学科自己内部的人，首先通过反思甚至颠覆，才得以提出和发展起来的。

最典型的例子就是：在医学模式从单纯生物学模式转向生物-心理-社会的模式的漫长过程中，不但没有任何其他学科的参与，就连较大的影响都谈不到。因为在学科隔绝的历史状况下，双方都根本不会去关注对方在说什么，更谈不到容许对方“插足”。

医学模式的转变来自医学界内部的那些“异端思想”的主流化。1977年美国的精神病学教授恩格尔首次提出这个“大逆不道”的问题。当时整个精神病学的的主流是试图向生物医学回归，因为后者具有清晰确定的还原论的学科基础，强烈地吸引着一直被认为“不够科学”的精神病学。恩格尔为了反对这种倾向，干脆把生物医学整体颠覆了，没想到却振聋发聩，迅速地得以主流化，给医学界带来了春天。

这段历史告诉我们：跨学科需要条件。

必要条件：“异端思想”得以在学科之内生存。

充分条件：必须有一批“异端分子”作为载体，他们必须自甘边缘、乐在其中。

发展条件：“异端思想”必须得以主流化。

由此，这个学科本身也就出现了质变，才会出现吸收其他学科世界观与方法论的可能性。

但是，这仍然并不必然带来跨学科的诉求。

“异端分子”最初仅仅是要坚持“异端思想”，往往别无他求，只有在

发现自己的“异端思想”恰好与另外一个学科具有相通之处以后，才有可能发展为跨学科的行动。尤其是，这种情况的发生概率其实并不大，许多“异端分子”，终其一生也仍然是在本学科之内艰苦奋斗，并没有企图窥视其他学科。这就是说，跨学科依据的充分条件是：任何一个学科之内的“异端分子”，自己也必须具备学科的开放性。

如是，当任意两个学科都产生交叉融合的需求的时候，两者之间就很难产生“以大压小”或“大学科霸权”。这不是不应该，而是不可能。因为双方都是“异端”出身，都具备学科的开放性，已经无所谓大小。如果出现相反的情况，那么最根本的原因还是仗势欺人的那一方其实并不是真正的“异端分子”，或者并不具有真正的“异端思想”。目前中国的预防艾滋病的实践中，跨学科研究的不尽如人意之处，也莫不来源于此。

归根结底，跨学科研究之所以可能，并不仅仅来源于每个学科都对外开放，而是来源于自己学科对内的多元平等。我们所需要的不仅仅是消除学科之间的隔绝，更需要学科之内的自由发展的权利。跨学科研究其实就是开放的“异端们”在突围中意外相逢与一见钟情。

舍此，跨学科主张就会具有提出伪问题的可能性。真问题是：每一家都允许自己拆自己的墙，允许“私奔”和“野婚”，而不是鼓吹去挑战别人的边界。

学者们常说：任何一个学科，研究到最后都是哲学。这表明人们心中实际上一直都在假设：所有的学科其实可能有一个足以相通的“元”点，只不过我们很少去探讨这样的元问题，没有意识到它不仅是跨学科的理论支点，而且就是研究的起点。

## （二）充分条件

在跨学科研究的创建过程中，各学科的“异端们”实际上有其内在的行为逻辑，就是创建至少三个方面的新的元命题。下面以预防艾滋病领域中的呈现为例加以说明。

第一，创建不同于原学科的世界观。

在研究对象及其同一性和差异性的元命题上，生物医学在坚持“生物同一性”（艾滋病阳性检测方法适用于任何人）的同时，也必须接受人类的“社会差异性”（不同人群受到感染的可能性不一样）。反之，人文社会研究无论怎么强调社会与文化的巨大作用，也不会去否认艾滋病的流行状况。因此，双方才会在“高风险人群”这一行之有效的概念的基础之上达成一个新的元命题：疾病及其传播不源于却存在于社会之中。这就既避免了“社会因素无关论”，也避免了“生物因素取消论”，至少已经开始构成各个学科进行对话的平台。

在工作实践中，正是由于有了这样一个新的元命题，所以公共卫生人员才会深入各种不同的高风险人群，了解与理解他们的知识、态度、信念与行为，而不仅仅是“看病治病”。同样地，人文社会研究者也是基于新的元命题，开始积极参与对艾滋病病毒感染者进行治疗的实践，而不是“不在其位，不谋其政”。

第二，在思维逻辑上，双方也找到了具有相通之处的元命题：生理状况与行为特征是互相建构的。正是由于双方都接受了这个命题，公共卫生人员才会努力去探讨感染者与高风险人群的求医行为，而人文社会研究者也才会不断主张把预防和治疗妇科病纳入“小姐”预防艾滋病的工作。

第三，在价值取向的层次上，双方已经超越了“关爱生命”这一原生的共同点，深入到新的元命题：生命在于存在，也在于质量。因此很多公共卫生人员已经“越界”去帮助感染者解决医保或低保问题，而人文社会研究者则深入到感染者用药情况的探讨。

由此笔者可以认为，在预防艾滋病领域中，公共卫生与人文社会研究相结合的一个新学科正在形成之中。虽然它只是喷薄欲出，但是其方向已经毋庸置疑。

### （三）发展条件：新的方法论

历史地看，自然科学中几乎每一个学科的出现，都基于某种新的研究方法的成功。因此跨学科研究需要探索出一种可相通的方法论，这就是它

的发展条件。实例：某人被生物医学确诊为感染了艾滋病，但是从心理学来看他却毫无感觉而且自己并不认同，又生活在一个对于艾滋病没有任何压力的社会环境之中。那么他究竟算不算一个感染者呢？如果仅仅按照三个既有学科的世界观来判定，那么不仅必定吵得一塌糊涂，而且谁都无法回答：这种状态具有可确定性吗？这能算是一种“整体化”的表达吗？这是不是一种“新的知识”？

进一步从方法论的层次来看，对于这个人的医学化验是“客观测定”；其感受与认同是依据他的“主诉”；对于他所处的社会环境的描述则是源于别人的社会调查。那么，这样三种不同的研究方法的成果，是否具有可比性、可归类性与可归纳性？归根结底，客观测定的方法论与归纳总结的方法论，当初既然分离乃至隔绝，又因此给人类带来了空前的福祉，那么我们现在究竟有什么充足理由要求这两种方法论去“跨”呢？如果“跨”的结果是两败俱伤的可能性更大，我们情何以堪？

为了化解这一逻辑困境，我们就不得不从认识论的根基上来讨论问题。笔者不才，目前还只能提出下列问题来就教于读者。

第一，对于确定性的不懈追求，究竟是人类认知的客观规律，还是某些学科为了自证与自保而生产的霸王条款？抑或学科霸权所灌输的崇拜？学术研究的对象为什么就不可以是“雾状存在”（弥散地、动态地、被主体感知地）呢？

第二，对于人类，我们所“客观测定”的，究竟真的是客观世界，还是因为忽视了“对方的世界”与“我的世界”之间的差异？

第三，我们的研究对象究竟有没有不可分类、不宜分类、不该分类的情况呢？为什么我们对于“不分类状况”缺乏起码的敏感性？

当然，笔者坚决反对不可知论。症结在于，我们对于任何一种“非客观测定”的研究方法，都缺乏认识工具和表述手段，不仅缺乏概念体系，也缺乏论证逻辑，还缺乏与客观测定方法论的对比与界定。因此，尽管各个学科的研究者已经做出了很多努力，但这种匮乏仍然主要来自余力未尽，不能全怪“话语霸权”。



#### （四）小结

笔者以为：原学科之内存在着“异端”，跨学科研究才具有产生的可能性；各方面的“异端”突围而出并且汇聚成河，跨学科研究才能够实现；而参与者们主动挑战原学科的方法论，跨学科研究才可能继续发展。

### 四、跨学科的可行性究竟是什么？

#### （一）推进“元研究”

各个学科的研究者，首先都需要透彻地了解自己学科的哲学是什么。

世界历史上，这个“元研究”常常由学科史专家来进行，催生了一系列辉煌成果，而且是自然科学遥遥领先于社会科学。可是在目前的中国学术界，足以总结自己学科的世界观与方法论的学者仍然不够多，他们所创造的知识，即使在本学科内也仍然不够普及。

尤其是，许多对于本学科的哲学概括，仍然基于学科划分的思路，倾向于着重论述自己的内涵与外延、独立性、自己的社会价值，等等，却往往缺乏对于自己与其他学科的相通之处的探讨。在中国的学科分割体制中，这具有“求生存、谋发展”的可以理解的必要性，但是客观上却难免形成阻断跨学科研究的森严壁垒。

笔者的理想状态是：在学生阶段，就足以认清本学科的哲学，而且至少同等程度地认清至少一个其他学科的哲学。如果能够烂熟于心、脱口而出，则至为上善。

#### （二）寻求相通之处

学科群之内的各学科的世界观与方法论可能具有更多的可相通之处。但是这并不必然，也不是常态，既不会从天上掉下来，也不会因为“包办婚姻”就和和美。最典型的例子莫过于：西医与中医无论在学科归属上



有多少相似之处，也仍然由于根本哲学的差异而泾渭分明甚至针锋相对。

尤其值得思考的是：在跨学科主张方兴未艾之时，创立新学科或者学科新分化的热潮同时也在风起云涌，遍及几乎所有研究领域<sup>①</sup>。那么这两者之间是否也具有某种相通之处呢？这就需要去探索而且没有成功的保票。由此，它才成为跨学科研究的第二个操作步骤。

### （三）硬性规定的完全呈现

其一，“亮出软肋”，呈现本学科的弱点。这是因为，既有的各个学科之所以能够确立，主要依赖于更多地提供那些足以逻辑自洽的研究，而各种各样的失败、舍弃、忽略、排斥、归谬与遗失则往往被作为“学术隐私”秘而不宣或者掷于脑后。跨学科研究就是要反其道而行之，通过“完全呈现”这个新的硬性规定，迫使每个学科都进行反思。由此，任何交叉、渗透与融合才足以成为可能。

其二，“剖析他者”，就是不能仅仅罗列不同学科对于某个问题的不同研究结果，而是必须介绍和分析其他学科的世界观。如果能够发现其间的差异以及差异带来的结果，则为至佳。

其三，“呈现方法论”，就是不仅需要反思原学科的方法论，而且必须能够从其他学科中发现哪怕一点点可取之处，并且要大书特书。例如在考察艾滋病流行情况的研究中，公共卫生人员在使用问卷调查的同时，已经开始肯定和寻求定性访谈方法，以便获知调查对象的差异性与丰富性，极大地促进了研究与具体工作的进展。这表明，跨学科首先就是为了使新的方法论的探索得以开始。从这个视角来看，现有文献普遍关心的那种跨学科的理论导向与问题导向之间的差异，不仅失去了讨论的意义，也失去了分类的依据。只有方法论的导向才是唯有运用跨学科研究才足以更好解决的真问题。

完全呈现的价值在于：跨学科研究其实首先就是提供这样一种讨论的

<sup>①</sup> 以“主题”检索学术论文，发现“新学科”有1979篇，“学科分化”有113篇。

语境和新的思维方式。这不仅是新起点，而且本身就是新的知识。它不仅会影响研究者，也会影响读者，从而培训出自己的接班人。

尤其是，这种完全呈现应该成为一种硬性的学术规范。这样，完全呈现的结果已经不是单个学科所能做到的，也不属于任何一个原有学科，而是学科间的平等对话。

#### （四）评价的唯一标准：反思原学科

如果我们认同跨学科研究的性质是以“第二种方式”来产生新知识（蒋逸民，2009），那么它就不应该是从一而终的“长江后浪推前浪”，而应该是另辟蹊径的“柳暗花明又一村”，或者兼容并蓄的“海上明月共潮生”，最好是横空出世的“黄河之水天上来”。

笔者的主张显而易见，没有对于原学科的反思，就没有跨学科的存在。尤其是，这种反思虽然并不必然带来跨学科的结果，却一定会促进各个学科的开放性、多样性与可持续发展。

#### （五）跨学科不适合作为主观努力的目标

反思本学科会带来四种可能性而绝不会只有一种。第一种可能性是，如果能够寻求到原学科与其他学科之间的相通之处，那么就成为跨学科研究。第二种可能性是如果求之而不可得，那么研究者就不得不另辟蹊径去创建一个新的学科。第三种可能性是对于本学科的质疑仅仅是促进了它的发展，却并没有实现跨学科，也没有创建新学科。第四种可能性则是促成本学科的死亡，就像一切形同街头算命的学科一样。

在可预见的未来，我们没有任何证据足以判断哪一种可能性的发生概率更大一些。因此，从建构过程来看，现有的跨学科实践其实更多地是一个意外的结果，而不是当初自觉奋斗的目标。

如果首先就把“跨学科”作为一个主观努力的目标，那么客观上就等于仅仅推崇学术发展的第一种可能性，却不由自主地压制了其他三种发展可能性。其结果是：这个新主张实际上非常可能损害学术的多元与多样，

或者干扰原学科的发展。

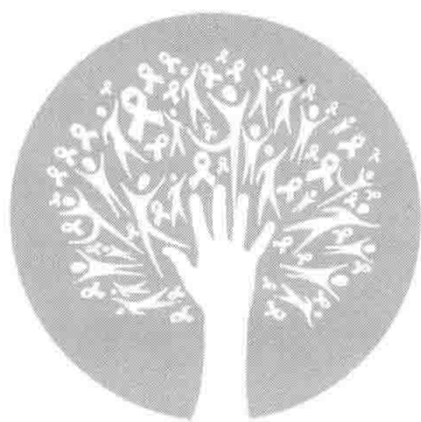
全面地推动各学科的四发展可能性，而不仅仅是急功近利地单纯鼓吹跨学科，这不是一个操作的问题，而是认知水平的新高度。它会引导参与者们剥离所有一切表象（如前所述的社会需求、权势关系、组织管理等浅层次问题），直指问题的核心：世界观与方法论的差异与协调。这可以极大地增强参与者对于跨学科可能性的预见性，避免那种“还没有开始就已经失败”的惨剧。

综上所述，跨学科的价值目标应该是：为各个学科内的“异端”提供一个整体化的平等竞争的情境，而不能把跨学科的目标建构为一种排他的宗教信仰，更不能在整合的旗帜下再次构建出一个消解多元的一统天下。

对于本书所论述的主题来说，创建中的“艾滋病社会学”，首先要清醒地和深刻地认识到并且坦然承认这两个学科的元命题、元假设和元哲学之间的冲突，然后才有可能共同建设我们的新学科。对此，笔者已经有些思考，但是还是含苞待放，所以就放到《跋》里面去说吧。

跋

走向生命社会学



防治艾滋病的工作，在传统上是预防医学与公共卫生的一个部分。但是从创建“艾滋病社会学”的视角来看，它其实是整个健康事业的组成部分之一。它的最终目标就是要为全体民众的整体健康做出应有的贡献。目前中国已经出现了“健康社会学”的提法，很多学者正在努力地推进这个新兴学科的发展。因此，把艾滋病社会学纳入健康社会学的范畴，看起来很美。

可是这样一来就引出一个基本的学理问题：究竟什么叫作健康呢？如果不搞清楚这个问题，那么艾滋病社会学的发展方向也就会迷迷糊糊，难以为继，甚至还可能剑走偏锋。

对于健康的定义，国际上有两派截然不同的主张。

一派是传统的学者们，他们坚持认为，所谓的健康（health），必须是从生物学和医学的视角、使用生物学和医学的手段、依据生物学和医学的检测结果，外入地和客观地加以判定。就连中国最近方兴未艾的“亚健康”这个概念，也同样是严格遵循着上述的定义。

另外一派学者们则主张：健康并不是 health，而是 well-being，是“安好”。世界卫生组织 1998 年的定义是：“健康，不仅是身体无疾病或体弱，而且是身心快乐和社会幸福的安好状态（complete well-being）”。

到 2000 年前后，这一派学者再次提出“个人权利视角下的健康”的概念，包括如下内容：“安好”不是一种医学可以客观测量的事物。它是一种个人的价值观，不可以用任何一种“价值中立”的统一标准来衡量。个人具有康乐的权利，是获得健康的先决条件。

在英语中，well-being 泛指一种好的状态、好的感觉，是一个高级的抽象词，在英语世界中很通用。但是它在中文里缺乏最贴切的对应词，既可以翻译为“安康”，也可以是“幸福”甚至可以翻译为“福利”。我之所以翻译为“安好”，就是为了躲开“康”这个字，为了突出“好”这样一种状态。其实，“安乐”这个翻译可能更好，但是由于“安乐死”这个词在中国已经很流行了，所以不得不避开它。

用“安好”这个概念来取代“健康”，具有极大的学术意义和历史意义。

首先，健康仅仅指生理上的良好状态，安好则包括了心灵的幸福。尤其是在中文里，安全、安宁、安康这些词汇里面，“安”都非常重要，都表达了在生理健康之外的一种主观感受到的和生活体验到的“好”。

其次，安好与健康之间并不存在必然的因果关系，不是谁产生或决定谁的问题，而是人类同时都需要的良好状态。通俗地说，生理健康的人，生活可能并不安好；反之，生活安好也并不一定就生理健康。

再次，健康是医学来评价你，而安好则是你自己的体验、感受、评价与认同。

这就提出了一个具有本体哲学意义的问题：我自己的生存状态，究竟应该由谁来评定呢？除了医学（包括广义的科学）之外，我这个人类主体的感受为什么就不算数呢？如果两种评定出现了矛盾甚至冲突，那么我究竟如何是好呢？

在中文里，“自我感觉良好”这个表述，一直被当作否定语和讽刺话来使用，是主观唯心主义的表现，不顾客观事实。可是，这就对吗？就该一成不变吗？尤其是，在我所提倡和推进的“主体建构视角”<sup>①</sup>看来，这恰恰是中国社会久远的迷思。

下面，我以我最为专业的“性研究”来举例说明，所列举的统计图表，均来自我所主持的四次全国随机抽样的调查结果（见图1-图8）。

我所提出的问题就是：中国人在性生活中遇到的下列这些情况<sup>②</sup>，都是生理病变或者障碍吗？都是医学判定的“不健康”吗？可是，它们都确实实在削弱中国人的“安好”与“性福”。

<sup>①</sup> 潘绥铭、黄盈盈：《“主体建构”：性社会学研究视角的革命及本土发展空间》，《社会学研究》，2007年第3期。

<sup>②</sup> 这些统计图都是为了说明“健康”与“安好”的区别，因此对它们所反映出来的具体问题，不做分析与论述。

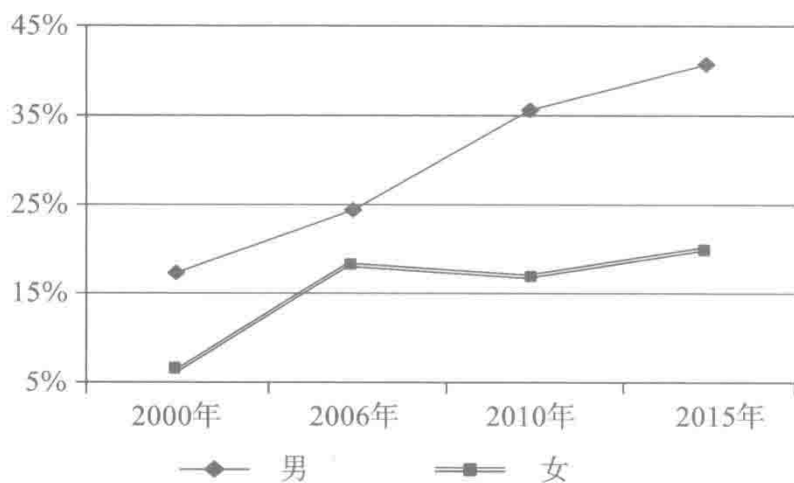


图1 做爱中的性幻想在增加

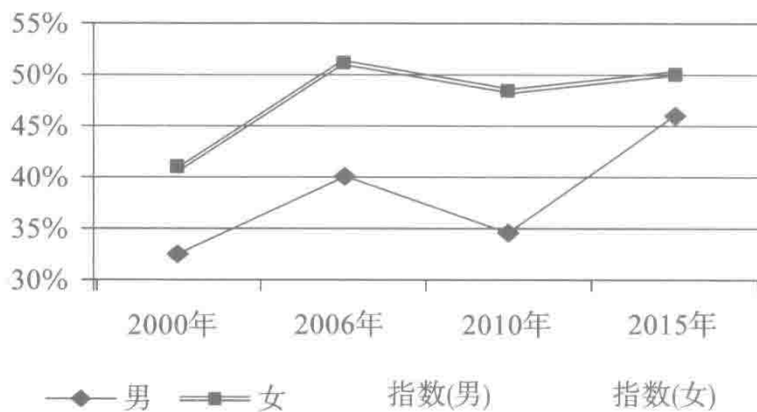


图2 自己假装达到性高潮

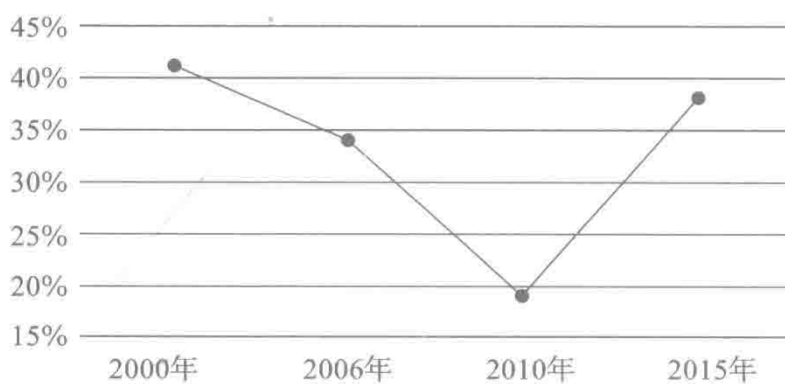


图3 很少有日常亲昵

与此相类似的情况还有很多，例如女性缺乏性高潮、性生活单调贫乏、不懂爱抚中的情感交流、不知道尊重对方的意愿、不愿意为对方的性快乐付出努力……没有任何一本生理医学书籍把它们判定为“不健康”，也没有任何一位传统医生去“治疗”它们。可是人们在日常生活中却毫无疑问地把这些情况视为“不好”。



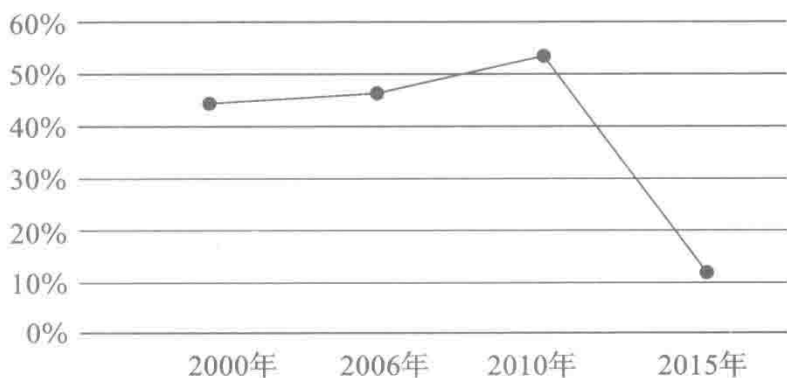


图4 从来不爱抚

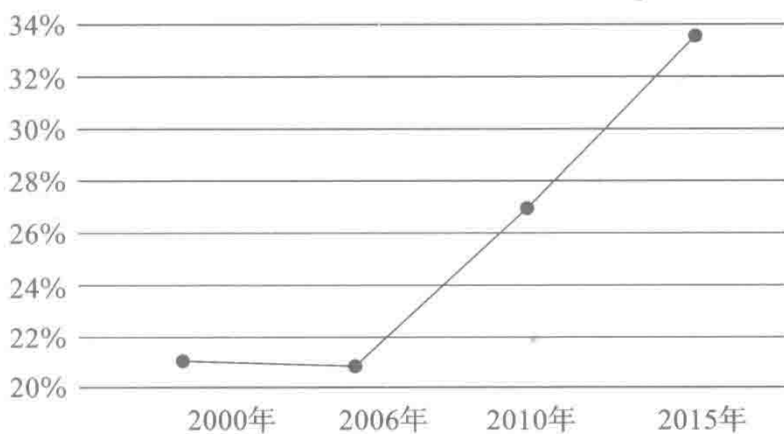


图5 性生活中感到耻辱

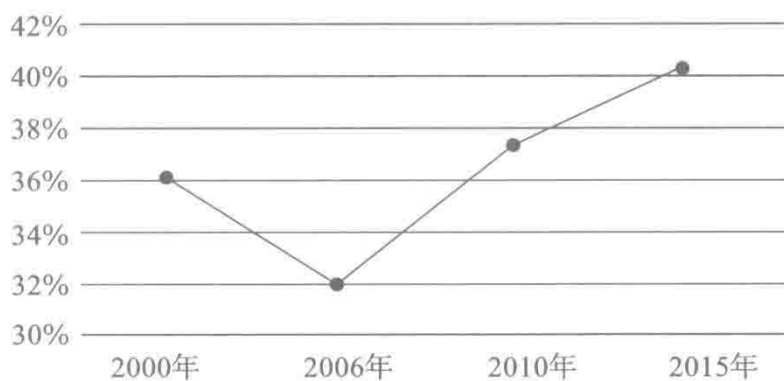


图6 觉得性生活脏

因此，结论显而易见：健康仅仅是一种医学的判定，“安好”才是我们生活于其中的这个社会的判定。两者不可或缺，不可相互否定，也不可互相取代。

可是，为什么健康的概念会一家独大甚至成为一种话语霸权呢？它是不是实际上已经成为一种社会规训的最后思想武器呢？这就需要反思：谁在判定谁的性健康状况？为什么必须由这样的人来判定别人？判定者的价



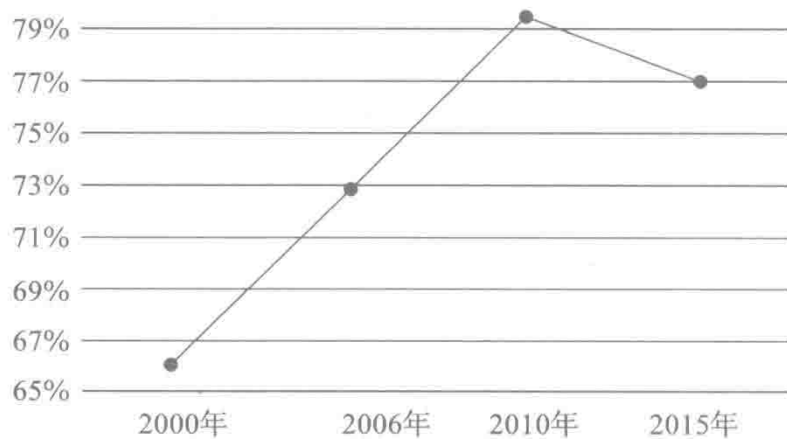


图7 自己被勉强地过性生活

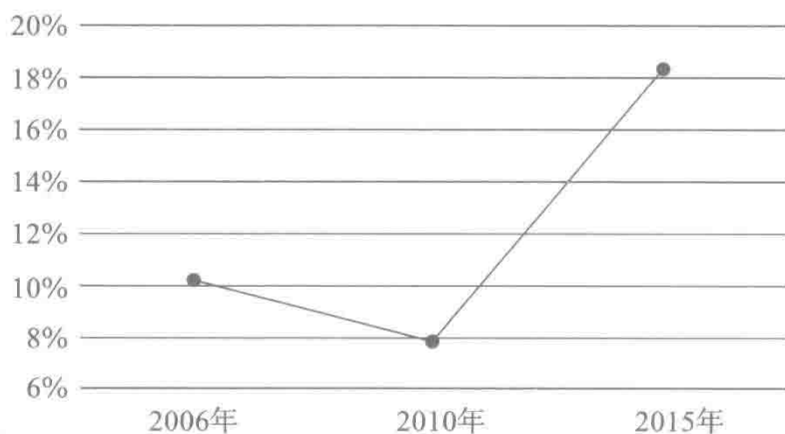


图8 从来不交流性生活的体验

值目标是什么？为什么会走到这一步？这些都是本体的讨论，本书就不再展开了。

再回到艾滋病问题上来，那么创建之中的艾滋病社会学，究竟应该把健康作为自己的学术基点呢，还是应该把安好作为自己的奋斗目标？

这首先就具有重大的现实意义。长期以来，在防治艾滋病的具体工作中，艾滋病感染者一直是相对缺席的。他们的世界、他们的生活、他们的心灵，都没有得到足够的重视与研究。他们诉求的，我们所能够帮助他们实现的，究竟是健康还是安好呢？即使现在的药物已经可以抑制艾滋病的发作，但是他们还能奢望自己重新健康吗？我们能够帮助他们获得健康吗？在现实生活中，他们更需要的是安好，是减少那些由于被感染而带来的歧视、困难与烦恼。这也是我们最可能做到和做好的。

其次，从学理上来说，无论艾滋病社会学如何努力与预防医学相结

合，它毕竟是以社会学为基础的，无法解决医学定义之下的健康问题。但是，它更有可能促进社会定义之下的安好。这方面，我们拥有足够的历史成功经验。

1970年代，美国的妇女非政府组织“波士顿妇女健康写作集体”自主地建构女性自己对于身体、疾病、健康等概念的认知，写作了《我们的身体，我们自己》这本书，促进了几代美国妇女的安好。

这是更为生活化与普遍性的集体写作经验，包括照顾我们自己、亲密关系与性、生育三大部分内容。涉及女性对于自己的身体形象、情绪、心理等议题，也包括女性对于性关系的叙述，以及鼓励我们把自己身体的状况和看病的经历说出来：怎么生孩子，怎么避孕、堕胎……。它记录了许多女性自我保健、治疗、护理的经验，也讲述了许多女性对生命、身体深刻认识的故事。

这本书是集体写作，由最初的30多名妇女扩展到波士顿500多名妇女，最后发展到几千名女性参与，在美国兴起了“我们的身体，我们自己”的妇女健康运动。此书受到各国女性的欢迎和重视，被誉为“妇女运动中诞生的最重要的著作”。其特点与写作风格也可以以一段关于这本书的介绍来说明：

“……读者似乎置身于一个拥挤而舒适的桌旁，手拿一杯咖啡，加入了一场热烈的讨论：这是医生的意见，这是助产士考虑的问题，这是一名普通妇女的亲身经历。渐渐地，读者似乎听到自己的声音也加入了讨论：我的情况是这样的。以平等的身份，即把自己的经历视为一种知识供他人学习借鉴，这不仅是一个接受教育的过程，也是一个自我赋权的过程。”

该书不但在美国修订了至少6版，发行了30多年，被制成盲文版、音像版，进入“健康之门”的电脑数据网络，而且至今已被翻译或改编成至少15种文字，在全世界发行400多万册，在全世界范围内影响深远。这本书最早在20世纪80年代由中国的女权主义者引介到中国，并在1989年出版正式的中文翻译本。

借鉴这样的成功经验，艾滋病社会学应该也可以发动艾滋病感染者们

自己来撰写一本这样的书，呈现自己的生活，交流自己的感受与体验，提炼自己努力争取安好的经验与教训，传播自己“向死而生”的生命理念。这样，不仅其他感染者可以受益和振奋，而且也可以向全社会宣讲生命的价值与意义，改善目前中国仍然盛行的那种“怕死却不懂死，必死却不善于死”的不良局面。

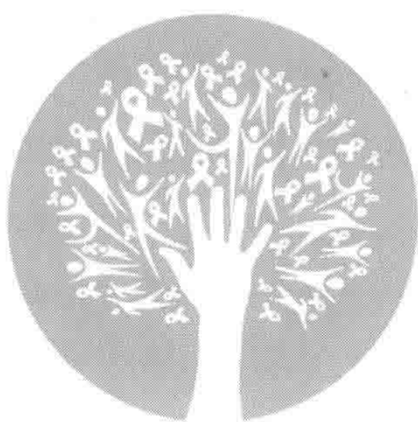
行文至此，我的《跋》的主旨也就顺理成章了：防治艾滋病的社会学研究需要并可以逐步走向艾滋病社会学，艾滋病社会学则应该也可能终有一天达到“生命社会学”的更高境界。

我斗胆猜测：生命社会学就是把人类的生命放在历史进程中和具体情境中，纳入尽可能多的社会因素，以社会学特有的研究方法，去分析生命的生物机制这个必要条件，在什么样的社会实践这个控制条件下，经过人类的哪些主体建构与主动选择才成为充分条件，最终形成现有的价值与意义，然后在什么样的信息与反馈这个发展条件之下，不断地发生动态的变化。

若得如此，此生足矣。

附录

性传播的田野调查与感悟



以下所出现的“地下性产业”“红灯区”“小姐”“男客”“妈咪”“鸡头”等名词，都仅仅是出于学术研究的需要，为了反映现实情况而不得不使用。它们都不是正规用词，也不代表作者与出版者的价值取向。

## 一、 我在现场：“相处式体验”

我最早是“三陪男”，陪着“资本家”到处跑。因为在1995年前后，我有一个朋友是小暴发户，有钱了就揪着我到处去吃喝玩乐，拿我当花瓶。他是我在“文革”当工人时认识的工友，发了小财带我到处走，跑了有十几个地方吧，南方北方哪都去过。无意中我就接触到“小姐”了，到处都能看见。谁都有这好奇心，想了解她们到底是怎么回事。我也试过当场跟人家聊一聊谈一谈，发现根本就不行，隔着一座山一样，什么都了解不到。

我就寻思这个我怎么弄，后来就想到必须通过老板和“妈咪”。通过他们我才能跟“小姐”有点接触。可是我上哪找去呢？谁认识这个“妈咪”啊？1998年另外一个哥们，也算“发小”，他自己跑到东莞当医院院长去了。医院院长人脉就广了，什么人都认识，尤其他的患者好多都是做生意的。他跟一个卡拉OK厅的“妈咪”和老板非常熟。他主动说，你上我那去，我有关系啊，我帮你介绍进去。就这么去的。我们学术上管这个叫引路人。

去了以后只能在卡拉OK厅里面，我还能到哪去啊？所以就在卡拉OK厅里面一种相处了。我天天去，又是老板的朋友，又是“妈咪”的朋友，人家也知道我不是嫖客，就这么待下来了。一共待了47天，时间比较长。这才能够了解到一些东西。因为我是在人家的非工作时间、非工作场合、非工作关系中接触这个人，这样才能看到她真实的一面。

来之前我就明白一个道理，我假装嫖客来，根本就一点意义都没有，从根上就错了。我充其量了解到价钱问题。可这还需要我了解么？问谁谁都知道。我如果假装去嫖她，那我看到的都是职业表演，跟模特、电影演员一样。我看到的根本就不是她。

我是想了解人。最开始跟大家想法一样，她为什么会做这一行？人看

起来都挺好的嘛。一年以后就发现了，这根本就是個愚蠢的问题，就好比问你问一个士兵打仗为什么要冲锋，士兵告诉你“我爱祖国”，根本一点意义没有。但是最开始确实是这个动机，跟人家相处以后才明白这些的。

“为什么要研究这个？这有什么好研究的呢？”——她们才不这么问，这是学者的问题。人家的第一个问题——是不是卧底，是不是警察？第一个问题人家能给我作证了，说不是警察。第二问是不是记者？要是记者就掐死他。记者是她们第二恨的。然后就问我来干吗。她们不会想到有什么研究，“研究”这词儿都听不太懂。男老板向另外的老板介绍我的时候说：第一，人家是从北京来的；第二，人家现在是教授，马上就要当“研究生”了。我回来跟老师们一说都乐得哈哈的。对他们来说，教授还能听得懂点儿，研究生他们根本就听不懂，所以研究生就比教授高。

那我来这地方干吗？这个问题第三天就解决了，她们用她们的世界给你解释。我说，我只是来看看。她们就抓住了这一点，说“你只看不干”。这她们就都通顺了，接受我了。

其实大多数底层人，生活很简单，世界很狭小。她们主要判断的是我会不会害她。警察和记者都是会害她的，而我就是一个“来看的人”，她才不管我是不是有什么嗜好啊，是不是变态啊，她们没这些概念。

第一个“妈咪”是高中毕业了的，自己还念了函授，她比较担心我把她写到书里去。但她手下的姑娘们都没想到过这个问题，她们都说：“啊，太好了，把我写到书里头去，写我真名儿啊。”把名字都告诉我了，但我很快就忘了。（这是我们的研究道德，不是给人家保密，而是根本就不要记住人家的真名。）

她们是真这么想的。她们太缺乏关注了，一辈子没有受到过关注，可能自个的爸妈都不看她一眼，所以听说能写到书里高兴死了。年纪大的顾虑就多点，她们里头一半是有孩子的。而文化低的，她无法做评价，被写到书里是什么意思，她不懂，既不反对也不支持，无所谓。

怎么打消顾虑？这太简单了。一年以后我再去，把书给她送了一本。她高兴了，翻着看了半天，“啊，看不出来是我。”还转给台湾老板看。



还有一点，她们的生活太狭窄，我待了几天马上就觉出来了。“小姐”最大的苦恼，当然是被压迫、被欺负，可是还有一个，就是太无聊，真的太无聊了。电视剧看腻了，打麻将又输不起，一元钱的都输不起。所以麻将也不打，扑克也不打，没事干，客人随时可能来，又得在那坐着，无聊，真的无聊。时间一长，那“小姐”是呆呆的，呆若木鸡这词真是太形象了，就那么呆呆地待着。所以她们也很希望有个人聊聊天说说话，又不是嫖客，嫖客的话你得表演啊。尤其是比较年轻的，越是年轻越高兴能来个人跟她聊。而中年人大多数有孩子，孩子不能带，心理负担特别重。我就在那跟她们聊聊天、玩玩牌啊，给她们算命、看手相。

从1998年到2010年。我们一共深入到13个地方，前前后后一共接触到1000多个“小姐”吧。原样记不住了，但大概的事儿还记得。我要是拿出我书里的哪个故事来，我就能大概记得她是哪儿的，至少记得在什么地方。

只有头两回是我独自去，后来都是带学生去的。最多时带着7个女生，最少的时候也带着4个学生。带女生有什么好处呢，她们能谈感情方面的事。我跟她们为什么也容易说呢，因为有个代沟，年龄差距在那，我在那住上两天以后，恨不得叫我爸爸的叫我爷爷的都有。她们一看你这么老啊，有安全感。这个年龄差距挺有用的，她们不会把我想象成嫖客。老嫖客倒是有啊，但是我否定了是嫖客，就拿我当长辈来看待了。她们会主动跟我聊生活经验什么的。

把“小姐”当人看，我一直这么强调。但开始也没这么自觉拿出来讲，这个认识比较晚。我一共写过6本关于“小姐”的书。大概是在写第三或者第四本书的时候，才悟出来的。

## 二、性传播的存在基础

“红灯区”是非法的，也是有定义的。第一地理上得相对集中，第二没有杂七杂八，就是纯粹一个平台，第三得相对公开。符合这三条的也并不

不多，当然每个县城都会有，只是大小的问题，我们觉得3家以上集中在一起就可以。3家就是比较小的，30家就比较大，300家不可能，那也太无法无天了。

至少我们在四川考察，一共考察了11个县的开发区，全部都有“红灯区”。全国最大的农业县，只有一个造纸厂，在那搞一个开发区，政府只投钱修路，就是修好一条马路，然后号召农民、市民自己掏钱在旁边盖房子，房子都是私有的，盖起来准备办开发区。

活见鬼啊，我们这些经济上外行的人都看出来，这个地方离成都还有一个小时车程，既没有原料也没有技术，疯了才会来投资。那地方人口密集，两个“大队”，上万人口啊，全都没地可种了，全都开店摆摊了。结果3个月就发现了，卖东西的人比买东西的人还多。最后农民没办法，办“红灯区”，只有“小姐”能吸引人过来。

当地一开始也管，后来发现，税务干部亲口跟我们说的，我们欠了农民的债。镇长干脆说，我们吃的饭里面有一顿是“小姐”给的。靠“小姐”才有税收啊，农民才能活下去啊，卖吃的卖衣服的才能兴旺起来。我后来写过《红灯区在中国为什么能存在》一文。现在就是因为这种GDP主义，盲目建开发区。

后来我发现老板的思想工作做得特别好。他们怎么教育“小姐”？他们跟“小姐”说：你看看进进出出的这些男人这些嫖客，哪个不是人模狗样，回到家哪个不是好丈夫，见了孩子哪个不是好父亲？你们将来的前途是什么？你们就嫁这样的男人？人家还不要你呢！你最高理想也不过就是嫁个城里人，好丈夫好父亲是吧？回过头他来干这个了。他老婆不知道，别人不知道，谁都装不知道，你们可是天天看见的。

女孩子的信仰一下就全部被打垮了。文化低的女孩子，她说不出这词儿来，可是她唯一的生活信念就是爱情、婚姻。越是底层的女孩子，就越没有本钱没有关系也没有机会，就越会相信这个。你把这个给打垮，不用你教也不用你催，她什么都能做得出来。

老板还有另外一招。你想跑？好啊，你身上有多少钱？30元，你能



跑多远？告诉你乘汽车的价格，到不了家。你吃什么？你不还得回来找我吗？你回家，我给你们村长打电话，你一家都活不下去！你想告，好啊，出门左转弯派出所，先把你当卖淫的给办了！先把这些道儿都堵住了之后，你不干你还等什么？所以她们现在不用强迫，不像咱们想的那样。

这些都是我看到和亲耳听到的。

四川的这帮“妈咪”、老板，到成都九眼桥劳务市场去招人。招女服务员，告诉你我们这是卡拉OK，放歌碟，端盘子，就这么点儿事。小女孩也不懂，就来。路上这么一聊，就已经知道你干没干过，要做过那当然好说了，要是没做过，他路上请你吃饭啊。还说你穿得太土了，我们那是高档地方，我给你买件衣服。小女孩哪懂啊，就来了。来了以后，第一天也就是让你端盘子，然后教育你：你看看你旁边的姐妹，人家穿的什么吃的什么，你看看人家挣多少钱，你再看看你，一个月100元，为什么呢？你白吃白住啊，不要钱吗？工资一个月100元，干不干？

啊，我死也不干。好啊你走，你还钱，路上吃饭钱，两顿饭20元不多吧，我给你买了套衣服，100元不多吧，你还我120元你走。老板都算准了，四川女孩子出门身上顶多有50元钱，她还不起。好啊你就干呗，你也别干别的，你就端盘子，管吃管住加100元。5天都用不了，三四天她就自己主动要求出台。然后你告诉她，“开处”啊，我都弄明白了你是处女，“开处”5000元。这些“小姐”一个月才挣2000元，你一下就挣了两个半月的。到四川我才见到这种所谓“开处”。

我在给社会上讲课的时候也说，这也是给我们民众的宣传啊。你别以为这是道德问题，别以为它是性问题，一点关系都没有。很简单，这个农村小孩该谁管？她是国家公民，她有就业权，你没给她提供就业机会，她自己跑到人才就业市场想养活自己，造成这个局面。换了你，十几岁农村孩子，连城市都没进过，普通话不会说，别说了，连听都听不太懂的孩子，你说你怎么办？

这就应该向大众做教育。当然现在越来越不用教育大众了，因为现在网上，大多数网民已经开始同情这些“小姐”了。

### 三、性传播的客观条件

#### (一) 拐卖和强迫的越来越少

我在东莞，一例也没碰见。所以别人老跟我说，拐卖妇女啊强迫卖淫啊，我说我当时转了下，至少见过200个“小姐”，我怎么一个也没听说过？后来到四川看见了，但也仍然少。

人家东莞人讲，最开始老板都傻乎乎的，也想把“小姐”关起来看住，像电影里演的那样。后来发现根本就不可能。那地方城乡一体化，高度发达，你24小时看着她？你总得让她撒泡尿吧？转眼就没了。她掉头就能去对面商店里做售货员，收入低不了多少，20%吧。所以她有的是其他就业机会，你关不住她；所以越是经济发达的地方，越不可能有强迫。就算是你把她关起来，别的老板把她救出去，同业竞争。

所以后来我才明白了，所谓的这些个拐卖，都是边远地方，比如四川。第一，经济太不发达，女孩子没工作，做了“小姐”也没处跑，跑了第二份工作没有，饭都没得吃。第二，当地的“性产业”太不发达，你没办法换一个不强迫的场所，也不可能上升到高档地方去，周围也没有别的老板来挖你。而且价格极低，老板真的挣不到钱，才会把“小姐”关起来。

还得多说几句。拐卖啦，强迫啦，别的甚至是正规行业不是也有吗？还有把智障者拐去挖煤的呢，白领还有强迫加班的呢。所以不是“性产业”的特征，不能只盯着“小姐”看，也不能只靠打击，还是得发展市场经济，从源头上减少拐卖和强迫的动力。

#### (二) “小姐”受到什么危害？

还有人一直说“小姐”受害的事情，说是“性产业”的罪恶。总是把做“小姐”说得多么多么凄惨，多么多么危险。然后就义愤填膺：合法

化？你愿意让自己的妻子女儿去过这样的生活吗？

我一开始也是光看见这一面，后来在深圳，我的女研究生跟三个“小姐”住门对门，她们三个合伙雇了一个“妈咪”拉客。“妈咪”那个累呀，还得给她们站岗放哨，还得管筛选客人，客人挑不对就挨骂。女研究生就写了硕士论文，我看了就想，她们三个小姑娘凭什么呀？就凭一个自由身啊。你让她合法了，自由了，她有的是办法来保护自己。

你说，挖煤砸死人不？那采煤业怎么就不非法？就是因为工人合法、自由，迫使老板去改进安全措施，迫使科学家去发明更安全的方法，也迫使国家来保护工人的权益。结果，虽然还是会砸死人，可是没有人说挖煤不合法。

### （三）“小姐”挣钱，没那么多

能到东莞去的“小姐”，一般不是第一次出门，她要是做“小姐”也不是第一次做。我1998年去的第一个卡拉OK算中档，“小姐”工资不少，大概包夜六七百元的样子，至少是500元到1000元。所以她们穿得漂亮，化妆也好，一看就是中档。只不过那地方小，保持六七个“小姐”，多数能有10个，规模不算大，不是金碧辉煌那种。但已经是很不错了，“小姐”一个月大概收入5000元没问题了。那个时候（1998年）啊，在东莞，工薪层里面也算上层了。

所以我写第一本书就专门给她们算了一笔账，“小姐”的账、老板的账，结论就是挣不了多少钱，比普通工薪阶层也就稍微高一点。这是一个一个算账算出来的。

中国人的数学水平已经是全世界第一了，但是底层群众他们不算账。就连大多数“红灯区”的老板，实际上也是比较糊涂的。一个漂亮“小姐”是你的头牌，她一个人给你拉来多少客人，你给她涨钱啊。结果她跑了。老板跟我说又跑了一个。你说你跟他怎么说，他没有成本核算的概念啊。

我们老是假设人是理性的，都是被经济学害的。在中国至少一半的人不是经济人，也不是理性人。放到这事上，百分之八十都不是的。对她们

来说这就跟赌博一样，当“小姐”、办发廊，都是赌博。中国人别的不敢，就是敢赌。别的不会，赌还不会吗，这还算成本啊？

“小姐”也是赌。她来以前知道什么？我们亲眼见到刚来的“小姐”什么都不知道。就算她以前做过，可这边嫖客有多少她真不知道。但她敢来，就因为别人一句话，什么什么人说了，那边好像生意好点儿，根本没有任何根据，她自个儿就敢去。你说她胆小？一个女孩子，孤身一人就敢去。像我们还会想去了住哪儿啊，她根本就不考虑这些。大多数第一次来的人是自愿干的，就是因为这里挣钱多，就因为这条。来了才知道，其实挣的没那么多。那为什么敢赌呢？还是因为没别的路可走啊。

多数“小姐”家里都知道。现在全家出来的越来越多了。夫妻的呀，母女的呀，什么三姐妹四大姑的越来越多。因为它有家族效应啊，生意会好收入会高，安全也有保障。你想啊，这农村来的，怎么能保得住密？“小姐”们都想各种鬼招，给家里面寄钱少寄点儿，有时候一个月寄600元，有时候一个月寄1000元。家里要问，就说是超市收银员。家里也搞不清楚收入到底是多少，说你省得太厉害，自己吃点好的吧。得，下回就不敢多寄，变成800元了。

可是农村出来的人太多啦，没那么高收入寄不回去那么多钱，能寄这么多的只有这个工作。首先她不用愁吃住，一般的老板都是管吃住的，当然很差。所以她的工资相对比工薪阶层高一些，相当于她们自个儿省出来的。

#### （四）“小姐”为什么会做这一行？

待一阵之后，“小姐”已经干不了别的了。少数能待到半年以上，自己脑子灵活点儿的，她能做小买卖，自己没本钱啊，帮人看个摊儿啊进个货。多数人，尤其文化低的、年龄小的，都干不成。30岁以上的不在这问题，因为她们以前还做过别的，她从“小姐”“行业”出去，干回别的就行了。尤其有孩子的妇女，根本不是问题，她就是来来去去。这几个月跑这干，那几个月跑那干，跟她做的小时工一样，在她看来就没区别。

但是，农村小学三年级的，都说是初中毕业，其实什么也没学着的那种，这些女孩子就有问题了。如果她第一个“就业”的就是这个，当然这很少，她误以为挣钱多，进来这行以后，就麻烦了。她毕竟比其他行当打工的人多挣10%到20%啊，你真让她回去，回去几个月之后她又回来了。她能觉出这差别。

“小姐”们入行的最大原因是老乡；出去的最大原因也是老乡。所以现在的“收容教育”，就是把抓到的“小姐”关起来，说是教育，其实就是惩罚，根本就是瞎扯。只有老乡、亲戚才能把她拉出去。跟着老乡，跟着亲戚，哪怕挣钱更少了，她也愿意。第一，可靠安全，第二，有希望。她会觉得这个老乡比我强，她带着我能走出去。只有这条路。这都是生活常识，人之常情。

比如在东莞，客人再少，两天一个的话，起码能保证一个月3000元的收入，不算低啊。在北京的话也是，能到5000元左右，也不算低呀，可要出去了，就只挣3000元了，那这感觉可就强烈了。但是有老乡亲戚，就能让她坚持下来。包括什么“蚁族”啊“北漂”啊，都是瞎扯瞎研究，就是因为没老乡没亲戚。如果有老乡有亲戚，至于会那么惨吗？你看看菜市场卖菜的，不比你收入差啊，人家5年百万富翁，靠什么？亲戚，老乡。咱是中国人啊。可是咱们学者老是自己当做西方人那样来研究、来看待问题，老把自己假设为自由人，经济学老假设理性人，别闹了。

#### （五）也不都是因为穷

嫖客一般上来问三句话：哪人啊？她就说一个地级市或者地区的名儿；多大啦？她说18——所有人都说自己18；今天干几次啦？第一次。就这三句话，全都是这个。

再往下，就有嫖客问，怎么做这个呀？早年时候说什么的都有，现在都是说因为穷啊，都是被社会舆论引导，因为穷是最容易被接受的理由。

可是相处之后了解多了，也会聊到家里的情况。我才发现也有不是因为穷的。县里面一个局长，那可以了吧，在当地也算是上流阶层，局长的

女儿，也在做“小姐”。还有一个大学在册的二年级学生，学习好好的，什么事儿都没有，暑假来干了，就在低发廊里面。这是亲眼见，不亲眼见我也不大会相信。所以所谓穷就是一个公共借口，舆论都这么说。

究竟怎么个穷法呢？我知道的很多“小姐”，都有弟弟哥哥。她们一开始都不会说，但是聊着聊着就说漏了，因为我是大学教授嘛，她说我弟弟也在上大学呢。那老父亲老母亲都是农民，怎么供得起？这弟弟的钱谁供呢？弟弟的学费多少钱，你怎么都知道呢？住宿费都知道，伙食费都知道。结果说出来了，都是姐姐掏的钱，至少贴补一大半。我说话不客气，有时候跟学生就说，我们在座的人，有的姐姐，就是做这行的，支持你来上大学。

农村社会啊，男孩儿宝贝，女孩子糟心，牺牲姐姐培养弟弟，太常见了。这是穷吗？是男女不平等啊。

再一个就是家里有病人，尤其是父母，甭管什么病，只要有一个，得，干这行吧，来钱快，孝顺啊。广西的一个“小姐”，原来好好的非要去染发，爸妈劝也不听，结果把头皮都烧了，花掉爸妈一大笔钱。怎么办？来做“小姐”，非要还上爸妈的钱，也是孝顺啊。

后来越来越发现，所谓原因啊，都是我们局外人猜出来的，我们觉得好像是有一个悬崖，一失足成千古恨。我们到东北专门验证这事儿，问：你干这之前到底干过什么？就发现，几乎没有第一次就来当“小姐”的，她们以前都干过一些活儿，都是缓慢下降，我们叫平移过来的。一开始就没干过什么好活儿啊，帮人家买菜端盘子，发廊里打小工，连技工都干不上。无外乎就这些，然后干现在这个。

咱们女生跟“小姐”聊，这一条街啊，这边的发廊是正规的，连按摩都没有，真的是做头发的。那边就是不但按摩一直到卖淫都有的。就问她，你原来不就在那一家正规发廊吗？她说是啊，那老板到现在还认识我呢，我有时候还上他们家蹭饭吃。问那你哪天从那边到这边来，你记不记得？“小姐”说我记得啊，就那天老板想“开”我，说我这生意不好，你自己找地方吧，然后我就跑到这边来找这家了。她原话就这么说的。在她

看来就是过了一条街啊，她根本不觉得这边卖淫，那边是做头发，这有什么大区别。因为都是打小工，在那边她也不是技师，也是灌水扫地打小工，到这边可能她还稍微好点呢。

问你将来想干吗？说想回家开个小店，所有人都这么说，想回家开个小店是她们永恒的梦想。可是，我一个女学生跟两个改行的“小姐”保持电话联系两年多，没一个真开了店，还是在打零工，一会做这一会儿做那，时不时地回来打打“小姐工”。

这是因为穷吗？这是社会固化，万恶的阶级传承啊。底层群众尤其女性，没有文化的，只能在最底层下九流里来回晃。唯一的改变是结婚、嫁人，嫁一个上等人。所谓上等人，其实就是有一个小买卖，哪怕跑推销什么的，骑着摩托车天天外面跑的人，她们觉得这就很不错，能当靠山，就嫁给他了。她的命运早就注定了。所以反过来说，我们把那些底层服务行业的普通女服务员都调查一遍，她们不做“小姐”，你看看她们的前景是什么，不也就是这个吗？所以说，“小姐”和女服务员，这个差距没有人们想象的那么大，尤其没有多少道德原因。

## 四、性传播的生活意义

### （一）“小姐”的自尊

我有一次离开“红灯区”的时候，有一个“小姐”，三十多岁了，跟我说，你娶我吧。后来好几个记者和学生都问我，怎么回答的？还有人转述成：有一个“小姐”要嫁给我。每次遇到这种情况我都说：“小姐”这话让我很感动，可是你这样问，我却很痛心。

第一个，你真的不懂这话是什么意思吗？这位“小姐”，她也拿我当人看，不把我当嫖客啦，也不再把我当坏人啦，所以才这么说。这还需要回答吗？

再一个，人家想嫁给我吗？天啊，人家说的是，你这个人还不错，有



资格娶我了。你以为人家是“小姐”就想攀高枝啊？才不是呢，这是表扬。

我在“红灯区”那个时候，到处热播《常回家看看》。有个年纪特小的“小姐”说这歌写得特别好。我说不是写得好，是你感触特别深。在她们那个圈子里，每天无聊地呆若木鸡地在那等着嫖客，听到这歌，你说多刺激啊。这种歌，唱给白领中产阶级可以，对底层劳动妇女，完全是在伤人家的心。

## （二）“小姐”的面子

不嫖，对“小姐”来说是个很过分的事。首先人家挣钱挣不着，其次你这叫“踢台”啊。踢台就是把人家点了，又给退了。这事干不得。在圈子里，在这个场所里，被踢一次台，就彻底没面子了，就混不下去了，就完了，她就只能走了。本来她可能在这里干得好好的，挣钱也不见得少，结果不但工作丢了，自信心也垮了。所以“小姐”们最恨的是踢台。

有的时候，“小姐”并不需要小费给得多。因为客人给多少小费别的“小姐”不知道。要是客人给的“台费”（交老板的）多，别的小姐都知道，就显得她比较有身价，在姐妹中就有面子。咱们可能觉得这太不划算，可是在那么小的女孩子们，朝夕相处的，这一点点面子就让她很高兴，生活太单调太狭窄嘛。其实你想这也是人之常情。像那些售楼小姐，私下里你给她1 000元，当然她也挺高兴了，但还是不如你买她一套房子。这不是经济学，是社会学。

## （三）“小姐”的自立

咱们局外人都以为“小姐”就是得过且过混日子，要不就是可怜兮兮。可是还有另一面没看到，也没跟大家好好普及一下。

有一回我犯傻，问一个“小姐”，结婚了老公知道了怎么办。你猜人家怎么说？“嫁鸡养鸡，嫁狗养狗”！我挣下钱了，他不要我，我还不要他呢！哈，我这辈子尽碰见高人了。



山东有一个“小姐”的小团体，有一个“小姐”的留言板上有留言，我记不太清楚啦，就是说：老婆是白开水，我是可乐；我做了老婆，还会是可乐。

你想，从1980年广东就开始“扫黄”，那时候做“小姐”的到现在都50岁了，都不结婚？都离婚？都没有好下场？

“小姐”刚来，一挣钱就买衣服，叫“小姐装”，那个奇怪呀，那个土呀，三个月都不用，全穿成淑女啦。这叫什么？快速适应城市生活嘛。然后关系也有了，也会挑工作了，也知道人情世故了，她才能变成一个城市人。太好的日子不见得多，可是起码自立了。

我在大学教书，眼看着一个个农村孩子转眼就高端大气上档次，这不也是一样嘛。关键是你给不给她这样的机会，甭管是什么机会，总比窝在农村强。要不，咱“知青”怎么都“返城”呢？

#### （四）“小姐”的新生代

2010年夏天，全国“大扫黄”，我们就出去调查，原本要看“扫黄”有没有用，结果发现新情况，被吓了一跳。

进一个高档卡拉OK厅的“小姐”休息室，看见墙上贴着一张大红纸，写着“纪律”：不许不理客人，不许抢客人的歌唱，不许抢客人的酒喝；最绝的是，不许打骂客人！我当时就晕过去了。再一问才知道，这地方都是“90后”的小姑娘，说是来做“小姐”，结果全是她们自己玩儿，你只点一个人都不行，她们非要几个一起来，不给钱也要来，来了就胡闹、撒酒疯。客人就投诉，搞得经理都求她们了，也不灵。她们年轻漂亮风情万种啊，你还“开”了我？有的是地方要我呢！经理给我们诉了半天苦：这些“90后”，根本不是来赚钱的，就是来玩儿的。我还给她们吃给她们住，还发钱，活该啊我。

这叫什么？这就是动态的生活。我十几年前的老皇历已经不够用了，真该退休了。台湾地区的何春蕤教授早就看到啦，书都写了好几本了，叫作“豪放女”。所以现在光说“贫困论”不行，还要看到女性的自主选择。

有些新词也该推广推广了，例如女性的身体自主和情欲自主。

当然这是一个个案。可是如果我非要总结出来一个原因，那是我错了。我不可能面面俱到，总结到100种或者200种，而且也不能保证不遗漏啊。就算我总结出来了，所有人都会问我：哪种最重要，我能说得出来吗？所以说到原因，就不能简单地都归于贫穷，或者简单地都归于道德败坏。它是多元的，而且远比我们想象的丰富，多到我难以想象。

#### （五）中国有多少“小姐”？

现在，人们总是把“小姐”的人数往高了说，什么1 000万、2 000万的，这事咱们得说清楚。不管谁说出一个数字，或者你来问我要这个数字，那我就要反问你三条。

头一条，你说的“小姐”究竟是什么定义？国际女权主义把艳舞（就是脱衣舞）也算进去，你算不算？“二奶”算不算？她也是“以性谋利”啊。现在有的人实际上是把娱乐场所里所有的女人都给算进去了，把美容美发的也给算进去了。尤其是他根本就没调查过，就那么扫一眼就敢说。

再一条，做了点什么事就算“小姐”呢？没上床只是“三陪”算不算？没性交就是给男人“打飞机”算不算？根本没碰三角区就是普通按摩算不算？你什么都说不清楚就在那儿瞎说2 000万，有意思吗？

最后，咱们得说点儿小学算术啦。如果每个“小姐”每天都接很多客人，那全国的“小姐”人数就减少了啊，是反比的关系啊。如果一个“小姐”一天接客20个，那全北京有1 000个就够了，多了就没生意没饭吃了。你一方面说“小姐”接客多，一方面又说小姐人数多，你敢跟你小学老师说吗？

普通人把她们的收入估计过高，是因为把她们接客次数给估计过高了。你就忘了，有人卖还得有人买啊。第一次去东莞，我就盯着六个发廊看，从下午3点到晚上12点，里边坐了多少个“小姐”，都是大敞亮的能看见；第二，到底有多少个男的进去了；第三，到底有多少个男的出来了，有多少个带着“小姐”，再加上有多少摩托车停在那拉客。就连没进

去停下来看的男人，我都数了，一一记下来。数下来算下来，结论是平均两天一个客人。

廖××、吴××，他们都是“顶级教授”，他们自己调查来调查去也是1.5~2天之间有一个嫖客。没人们想的那么多！老是有那种传说，“小姐”发财啦，盖房啦买车啦。有，但是小概率，1%左右，那可以忽略不计。

什么时候嫖客增加，那“小姐”才会增加。可是最近几年里，反而是“小姐”在增加，结果实际上每个“小姐”的“经营额”在下降，抢生意，造成相对贫穷，就这么简单。现在全国的行情都往下掉。你一聊就聊出来了。发廊里做的这个，过去是卡拉OK的；桑拿里做的这个，过去是金碧辉煌会所里的。没办法啊，没生意啊，往下走。你看看现在站街的，有的就跟模特似的。在这种情况下，“小姐”的人数已经没什么意义了，因为性交易的总数并没有变，有意义的是“小姐”的相对贫困。

所以说，保守计算，中国的“小姐”真正提供性交的，主要是做这个的，也就是100多万，多说也就是300万。注意啊，这是算出来，不是估计，因为我们调查过全国总人口，知道有多少男人找过“小姐”，也知道一个“小姐”一天有几个客人，一除就出来了。你要是不信，那就找出一种更好的计算公式来。

其实啊，大家说“小姐”多，一般都是拿这个说事。有的是骂贫富差距：“小姐”都挣那么多，老子才挣几个钱。有的是骂贪污腐败，还有的干脆就是骂改革开放。所以说，你骂“小姐”的时候可要小心。你说没人愿意干这个，那怎么还有这么多？是谁迫使她们去做的？你让我们联想到什么？你说“小姐”都发财了，那你不就等于说这才是致富之路？

这方面有一个怪圈。抓了“小姐”要罚款，好啊，她没钱，都寄回家了，给男朋友了，那她只能找老板借。得，她从此就变成奴隶了，得玩命挣钱还债，结果什么被打被迫的就都出来了，整个一个“奴隶制”。就算她自己有钱，被罚了以后就不干了？她只能加倍努力，捞回损失。

现在“小姐”最怕的还不是这个，是通知家属。这本来是好意，一个

人被抓了，总得告诉家属这人在哪儿，不能就这么丢了。可是一到“小姐”身上就变成最可怕的惩罚了。农村社会保不住密的，你这一通知，她全家50年里都抬不起头。

## 五、性传播的可能性

### （一）艾滋病在她们生活中的位置

参加预防艾滋病工作以后，发现有些做预防艾滋病工作的人，很积极很努力，但他们永远漂在水面上。他们看到的永远是正在上班的“小姐”。全中国人谁没见过啊？大多数地方都有这么一条街，或者都有几个发廊。你永远看见的是身为妓女的她。你不由自主地忽视了她是一个人，她有她的感情，她会有老公或者男朋友或者情人。她需要一种精神寄托，一个生活依靠。可是艾滋病怎么来的？“小姐”从农村来13岁，艾滋病哪来的？天上掉下来的吗？是男人先传给她的，你现在冲着她使劲，这属于不懂人之常情，没良心，就这两条。

他们老觉着中国艾滋病就是“小姐”传出去的，使劲告诉“小姐”，戴套！但“小姐”说了，这种宣传从一开始就是很莫名其妙的。所以我跟他们说，你们专业知识都比我们强，但一是缺乏生活常识，二是缺良心。你看着她们觉得是病人。你要真的把她们当一个人，怎么从来不问她孩子？你知道她有三个老公吗？你什么都不知道你也不去问，根本不关心。你知道她挣多少钱，你知道她钱到哪去了？你什么都没管啊。

所以我跟他们说的就是，在“小姐”的生活中，第一位是挣钱，第二位是安全。安全不是你说的艾滋病，是被打被杀被抢被偷被烧伤，等等，是受嫖客欺负。第三怕怀孕，怕妇女病。我说你们身为女人，怎么让大老爷们跟你们讲这种道理。她天天过性生活，难道不怕怀孕吗？性病是能看出来的，那就没法工作挣不到钱了。而且所有人都瞧不起你，老板把你打出去。艾滋病又看不出来，怕什么？

还有，凡是结了婚有孩子的，都得考虑孩子怎么上学、怎么带，老公跑了怎么办，等等。到最后，才是艾滋病问题。小姐们问这艾滋病得了就死吗？我说倒也不是，有潜伏期。她们问多长，我说大概两三年吧。她们说，那你跟我说什么劲儿啊，两三年你跟我说什么，我下个月可能就死了啊。所以我说，这么预防艾滋病，纯粹是站着说话不腰疼，对你们来说预防艾滋病是第一位的目标，但在人家那，排在第四位第五位。

其实啊，“小姐”们尤其是未婚的，最怕的就是“人流”。天下女孩子都怕这个，尤其中国这儿，给你弄得半死不活的，连喊带叫的。一个“小姐”去“人流”，三个“小姐”陪着，回来这场所就垮了。老板都知道，“你们赶紧走，我换人”。干不下去，没心情了。女人的人生啊，就血糊糊摆在你面前。你挣多少钱，你嫁多好的老公，你当多大的官，你不还碰见生育这个事吗？她躲不过去啊。有几个中国女的敢说自己不生孩子，那都是高文化不婚女，底层群众都明白这个。打垮了生活的自信啊，人家老板都比咱们懂。

现在40岁左右的这些知识分子，张口就这理论那理论的。学者们每天说人均收入，那钱对人的意义能一样吗？对比尔·盖茨来说，100万屁也不是的事儿，对底层民众来说呢？我们在多个“红灯区”里头看见“小姐”不用安全套，没别的原因，贵！学者们说，才两块钱都贵？我说连五毛都贵！她才挣多少啊，她吃饭才吃多少啊。

有的学者还问，每次我们去发免费的安全套吧，“小姐”们怎么都抢，自己又不用呢？我说你们又不知道了吧，她能用多少个啊？她卖！1元钱再卖给别的“小姐”。有的地方一个月在一个小“红灯区”里能发10万个安全套，那方圆20公里就全卖遍了。当然反过来说，这样的人都是医学专业出身，不怨他们。

可是说到这儿就来气。戴不戴套，“小姐”能决定吗？就是老婆，有几个能决定？你们不想办法教育嫖客，就折腾“小姐”，这不是欺负人吗？阿姆斯特丹就有“安全套警察”，“小姐”们雇的，哪个男人不戴套，一帮人围着你教育，你走了还跟着你，看你还敢不戴！

## （二）性传播，首先在“小姐”与男友之间

女人在中国，第一希望什么？精神寄托啊，养家糊口是第二位的。这男的得是我的精神寄托。所以你就能理解她们跟男“妈咪”，或者跟“鸡头”，或者跟老板，到底是什么关系了。一个17岁的“小姐”跟她男朋友打电话说，哎呀你就骗我，假装说你爱我还不行吗？在那耍赖撒娇。过一会儿又说，我知道你拿我钱去找“小姐”去了，我又不反对你，没关系，你爱我就行。我知道你吃粉吸毒，我的钱不从来是都给你吗？她就要一个爱，只要你说一个爱我。所以她们心甘情愿把自己那点儿血汗钱全部供给“鸡头”，她们叫男朋友。

这帮小男孩很坏，他们故意在“小姐”里找，然后吃她的喝她的。而且绝不是找一个，会找两三个、三四个，一块儿供着他。

所以老板，岁数大点儿的，四十多岁了，我去了大概也就几天，他就看出苗头来了，就教训我。他看我有点儿太同情“小姐”了，我想给人钱。他就说，这些人不值得可怜。他说，你给她们多少钱也没有用，她们都拿去给“鸡头”了。从经济学意义来说，“鸡头”就是控制她、剥削她的那个人。可是“鸡头”同时也是她男朋友，这两者是合一的。经济上只能管理她们，不能控制，人家要走你不能拦着。而“鸡头”对她们是人身控制，用什么？爱情，其实就是一点点甜言蜜语。所以你就能理解，为什么有些农民工就能把大学生骗走了，有的骗走好几年的，就这么简单。

在内蒙古，我的男学生访到一个“鸡头”，可不是小“鸡头”，带了7个小姐。问他怎么这么大本事，他开始不说，东扯西扯，然后他带的一个“小姐”来了，学生就叫我看看。我一看，那眼神啊，堕入爱河啊。就靠这，感情控制。

后来我一想，这奇怪吗？普通女性中这种情况多了。这可不仅仅是“小姐”的问题，是整个文化的问题。

可是后来见得多了，我又发现不对了。2010年再去“红灯区”，夫妻

店什么的越来越多。也不都是真夫妻，就是搭帮过日子，搭帮做生意，感情还挺深。在天津在山东在广西都见过好几对，跟我们谈得也很好。黄盈盈就批评我了：你非说人家是“鸡头”，那是因为你只能看见“鸡头”。这就像我以前，死活也不相信网恋能成功，结果我一个外甥女就这么结婚的，害得我老是觉得对不住人家。

### （三）预防教育的瓶颈，不是“无知”，而是“盲流”

艾滋病传播的常识告诉我们，高危人群的流动性越小就越有利于阻止传播，但是“小姐”的流动频率却极高。在同一场所工作超过3个月的“小姐”非常少，她们绝大多数一个月挪一个地方，而且一挪往往就会是上千公里，会从黑龙江跑到海南，从海南跑到四川。不仅是住在大宾馆里的高级“小姐”是这样，就连底层的发廊妹也是如此。这些底层“小姐”年纪很小、文化低，又缺乏人生阅历，生活环境中信息很闭塞，因此听到一则半真半假的信息，就会一个人跑到数千公里之外去。她在那里有一个八竿子打不着的认识的人，她就敢去。不是她胆子大，是她没有别的信息，没有别的办法。这里生意如果不好，她能到哪儿去？她怎么知道哪儿是“红灯区”？她怎么知道哪儿生意好？完全是盲目瞎撞。有一个别的“小姐”打了个电话，甚至有的家里来个电话，偶然地说了句什么，她一听，嗯，好像那儿生意好，她就到那里去。她们的生存状态就是这样，她们没有别的选择。

一个“小姐”在同一场所内待了一个月，就基本上不会有客人了，因为客人都喜欢挑选新来的“小姐”。有些嫖客哪怕是第一次来，也能看得出来谁是新来的，谁是后来的。我们如果到她们的工作场所做一些蜻蜓点水式的调查，就会发现几乎每一个“小姐”都会告诉你说，我今天刚来。“小姐”绝不敢说我在这里超过一个月，否则嫖客绝不会点她的。所以说，她们只能频繁地流动，而这对于艾滋病预防是非常不利的。我到“红灯区”调查，经常听到某个“小姐”提及以前这里的另一个“小姐”得过性病而且吸毒，但问她那人何时离开的，离开后去了哪里，她都不知道。这



还怎么宣传教育呢？现在的“扫黄”方式迫使“小姐”们不断频繁流动，在这种情况下，她们怎么可能主动参与预防艾滋病呢？

#### （四）“小姐”才是防病专家

现在中国有很多做预防艾滋病工作的人，也接触“小姐”，也干了不少活儿。可是他们最大的缺陷就是：老认为“小姐”们是一张白纸，假设她们什么都不懂。那人家怎么干了两三年呢？人家累计起来接了两三百个嫖客呢。她就真的不怕死？你们不去了解，人家有人家的一大堆办法呢。人家才是专家。

第一次在东莞，“小姐”教我的，说她们这卡拉OK旁边的小屋，卖淫的地方，有录像啊（当然它条件好啊，是中档的）。她就每次放录像，挑过的，都是老外，都戴套。嫖客一进来就给看这个，客人看几眼，高兴了，然后不想戴套。她就说你看人家老外都戴。嫖客一看，还真是啊，就戴上套了。

我没听到以前，我想不出来，编也编不出来，做梦都梦不出来。

你看，她要是不告诉我们，我们打死也想不到这个吧。

怎么预防艾滋病？现在是找到避孕套就是卖淫的证据，你反过来呀，找到避孕套就从轻处理呀，为预防艾滋病做出贡献了嘛。只要有这么一条，还用得着费那么大劲去搞什么“干预”（教育）吗？这话2000年我在全国预防艾滋病大会上讲，当时大家全点头，可到现在了，我这话还是没有传播开。

## 六、性传播的另一半：男客

我把嫖客叫作“男客”。

### （一）男客来买什么？

“小姐”我接触不少，可嫖客我很难接触到，因为男人没法跟他“相



处”，人家完事就走了。我也接触过几个，不多。有的上点儿年纪的，他不愿意走，完事他坐着，他也喜欢聊天。或者他不进去，先聊上俩钟头再进去。遇见这种人还行。后来只能就是比较正规地坐下来访谈这种。

在昆明，也是蹲在场所里面，一个卡拉OK厅，先去跟人家借个火，然后喝上一杯酒，聊上两句，他会请我喝点的，男人嘛，都显大方。两三句了人家肯定问我：来玩啊？我就开始接上了，往往到这一步就可以了，我们是中国人民大学来的啊，来做一个研究。可是基本上四分之三的情况，就进行不下去了，说“我们不参加”，“跟我没关系”，等等，找各种理由。

最后还是找引路人，有“妈咪”啊。她能过目不忘，要不然她干不长，别说你来过一次，你来问过价她都能记住。她最了解男人，善解人意，体贴入微，所以她很容易跟这些客人熟，通过她来介绍，这就成功了。成功了一共9次，一次五六个人或三四个人，都是成群儿的，都是“妈咪”介绍成的。

后来的“单聊”是到雅安、泸州，三轮车司机协会，那里嫖客稍多，而且是底层男性，这些人不在乎，说是嫖客他也承认，他也不怕。但是他也不会跟我说很深的事儿。也是一个道理，这么一正规地坐下来调查，再底层也不行，他就不由自主地不跟你说了。唯一的办法就是喝酒，可是喝酒我们团队从男到女都不行。别人老是笑我，说老潘你不喝酒你还调查，我说这是没办法呀。

后来我写了一些小文章说嫖客的事情，算不上研究，就是一些发现和感悟。譬如说，有老婆，老婆就在身边，甚至都满足不了老婆，为什么还去找“小姐”呢？在社会上给女性课堂讲课，我老是说：弄不明白这一点，那你这个婚就白结了。

男客找什么去啦？一种是找“风情万种”。有个女学员还问：什么叫风情万种啊？我只好说：就是“骚”。因为在一般情况下、一般场合，你看不到一个骚的女人，就得花钱去找。另一种是去找“被伺候”，男人可以“点活儿”，要求“小姐”做什么什么；可以撒野，胡来，根本用不着

去顾忌她的感受。跟老婆跟女朋友行吗你？非闹翻了不可。还有一种是去找“亲密”。“三陪”为什么能挣钱？就是有人陪着你，“小姐”最会说话，嗲一点儿，你就肯给钱啦。想上床另说，另外给钱。

还有一种就是找性技巧。不过这个咱们得说清楚，可不是每个“小姐”都会的。东莞号称什么“ISO标准”，那可没准啊。网上有好多描写都是“鸡头”自己写的，其实就是广告，信不信由你。可是这东西传开了，结果我给社会上讲课，女性精英班，也要求讲性技巧。我就纳闷了，问你们是想着自己快乐呢，还是想拴住老公的心？后一种可没戏，老婆永远竞争不过“小姐”。身份不同啊，你是平等的，你不想被当作动物，你相信爱是互相的，那还说什么啊。女人能当老婆，可老婆不一定能当女人。

所以说啊，男人如果去找“小姐”，别扯什么别的，就是一条：他们认为性、爱情、婚姻可以分开，哪怕是一时的，分不开就没法儿嫖。男人里有一种“公共厕所理论”，说我又不爱她（“小姐”）又不想跟她结婚，就是在大街上尿急了，去解决一下，你（老婆）跟我急什么急。老婆当然不干啦，可是说不过他。有的女生会说啊：你嫖我也嫖。可是你真能做到吗？所以根子还是一个：女性的情欲能不能自主，能不能自己选择怎么用。

“小姐”就是这样啊，把男客当成钱包就OK，把性爱婚分开才能去卖。结果她们反倒自主了。兰州一个“小姐”被杀了，在她床底下找到1100封情书，都是写给自己老公的，合法老公；都是在短短一年里写的。你能说她没有爱情没有婚姻？只不过她把性和爱给分开了，为了挣钱养孩子。再说了，卖淫是她自己的性吗？她有反应吗？那是嫖客的性，她只是出租性器官而已。

对男人研究得少，我自己也说不清楚。反正男人一说性，一上床，那可就承载了好多好多其他的东西。我和学生访谈男客，就盯住问他：到底什么才叫嫖？到底跟俺老婆有什么不一样？结果说什么的都有，什么也说不出来的也有。作家把这个叫作“用下半身思考”，我没那么清高，我觉

得是因为我们性社会学没做好工作。人家得学来一些词儿、一些概念，才能回答你啊。我们自己没研究出来，不能怪人家。

老百姓最大的误会以为是以为只抓“小姐”不抓嫖客，其实这得看什么时候什么地方。“创收”都知道吧，谁能多交罚款？“小姐”就那么点钱，打死也拿不出多少。嫖客呢，你没钱？我通知你单位！没单位？告诉你老婆！没老婆，告诉你妈！反正你总有一个怕的人，乖乖交钱！你不信去查查公安局的报告，看看前些年是抓“小姐”多还是抓嫖客多。

## （二）男客与“小姐”是什么关系？

话又说回来了，我以前的书里，不由自主地把男客和“小姐”想象成敌对的。可是见得多了就发现了，其实要复杂得多、丰富得多。在四川亲眼看见亲耳听到一个复员兵来接一个“小姐”一起回家结婚。旁边的“小姐”哭得一塌糊涂，她倒没事儿，人家恋爱至少一年啦。

可是后来我又想了：那这还叫嫖娼吗？她还是“小姐”吗？所以啊，后来我就写小文章了：谁是“小姐”？只不过此时此刻此情此景而已，上街买东西她就是顾客，回家她就是老婆女儿，孩子面前她就是妈。“小姐”只是一个角色，人扮演的一个角色，各种角色多了，怎么能都当成身份呢？怎么就成了标签给人家戴上呢？现在更是这样，有多少“小姐”其实是兼职的啊，业余的、临时的、一次性的、外出偶然做的，甚至旅游中捎带做的，都一辈子是“小姐”啊？扯什么扯？

所以我反对“失足妇女”的说法，是比以前好了一点儿，可是一时一刻，做许多事情里的一种，就“一失足成千古恨”啦？那随地吐痰也不道德，我叫你失足男人你同意吗？我一辈子都叫你失足男人，你不跟我玩命？

找“小姐”也是一种人际关系，就是加上钱了呗。男人找“小姐”，其实和他处理其他男女关系差不多，有打架的，也有恋爱的，还有单相思的。就是因为咱们老骂，学术上叫作“污名化”，就把男的女的都想象成坏蛋了。其实至少我们在四川，很多“小姐”是嫖客给救出来的。胆大的

给派出所打个电话，说有被拐卖的，警察就来了，往那一站，什么也不说，老板就回来骂：谁不想做啦，快走！胆小的就打电话给“小姐”家里，说你们女儿病了，在哪哪哪。老板一接电话也就放人。老板的原话是：我是做生意，又不是杀人犯，不想惹麻烦。

### （三）是“小姐”，也是情人

我访谈男客的时候，都是连老婆带情人一起问，做对照。一个三轮车司机，聊情人，热热闹闹说了半个钟头，到最后来了一句叹息：可是不给她钱，她还是不高兴。我就安慰他：给点钱也应该嘛。他又来了一句：减价也不减的。这下我可晕菜了，揪住问才明白，他那个情人是现任“小姐”，他不但在发廊认识的她，找她做爱也是在发廊里。我来劲儿了，说这怎么能算情人呢？是“小姐”啊。他一句话就把我打倒了：她给我做饭吃。

你看看你看看，我就这么傻。“小姐”连自己都不做饭吃，还给嫖客做饭？这就是情人，没错儿。人家没骗我，是我忘了人之常情。我当然可以说这人档次太低，可是爱情就都是花前月下？我也可以说是“小姐”骗他，可我要了解的是他这个人，他就这么觉得，这就是事实，怎么分析那是后来的事。

所以才发觉，我以前不但把“小姐”看得太简单，也把男客看得太简单，反正是自己太简单啦。

### （四）男客的态度转变

这也就是最近10年发生的。10年前我们去“红灯区”的时候，那还是一面倒地骂。包括东莞的男人他们自个儿天天嫖娼他们还骂：“做‘小姐’没别的原因，就是好吃懒做。”好多男人都跟我讲过：在工厂不是一样干吗？在那挣一千，当小姐不过就挣两千。

我就说，那你怎么不说那叫增加一倍呢？你自个儿收入少一半你干不干？

一开始他们都不理，就说“小姐”干活多轻松啊，不用付出体力。我说你天天去嫖你还不知道？那轻松吗？它不是体力活儿的问题，她们每天百无聊赖坐在那，家里面有一大堆事儿，一会儿弟弟病了，一会儿老爸打电话来了要钱。这种精神压力，你们这些当大老板的应该体会比我们深啊。你们开个厂子，一会儿交税，一会儿欠债，一会儿出废品了。这种烦恼，“小姐”一样啊，你们怎么能不理解这个？

被我说得不好意思了，他们就说，你这么一说，我知道的比你多。我说，你当然知道的比我多了，但是你不去想，你压根没把她们当个人。

我那个医院院长朋友，他的哥们都是我国台湾、香港地区来的，还有日本的技术人员，本地人就是小老板，就是上流社会头面人物。我跟他们这么一聊，他们就说：我想通了一点，这些孩子要钱，我这钱也富余，我给。

大概最近5年吧，网上舆论变了，你再发一个骂“小姐”的帖子，跟帖全是骂你的。为什么？不是都去嫖了，而是越来越理解什么叫作“为生活所迫”了。民工、白领，各色人等全都感受到生活压力大，叫做“生容易，活不容易，生活更不容易”。小姐不也一样吗？有什么难理解的呢？反过来，你自己高高在上，还要装模作样骂“小姐”，大家不骂你才怪。

#### （五）男客的艾滋病预防

我必须再强调一次：先有嫖娼，后有卖淫，所以艾滋病最大的危险人群就是嫖客。可是现在设计的干预项目，极少有针对嫖客的内容。当然，这在客观上确实有困难，嫖客完事后就走了，我们又不能去跟踪，而“小姐”上班时间都在场所内待着。但是，如果不针对嫖客进行艾滋病预防教育，我们对“小姐”的一切教育，基本上都会前功尽弃。阿姆斯特丹的“红灯区”有一个很好的办法，应该借鉴。该“红灯区”内虽然没有抓嫖娼卖淫的警察，但是有另外一种安全套警察（condom police）。如果嫖客不使用安全套，就有人来管。

在中国，仍然可以对嫖客进行调查或干预。在较为公开的“红灯区”

内，有相当一部分嫖客会待上一段时间，我们可以利用这段时间进行调查或干预工作。我曾经带了6个女研究生去“红灯区”做调查。她们总共访谈了70多个嫖客，大约50%的拒答率，结果成功了38人。可是我本人调查嫖客的失败率近乎80%。看来对于嫖客的调查或干预，应该是女性更为合适。

男性调查男性的主要问题是，如何测谎呢？你怎么知道他不是在吹牛呢？在不到20%愿意接受我的访谈的嫖客里，要么是一天能干多少次的，要么就是“小姐”不但不要他的钱反而倒贴钱的。他们都太英雄了，我怎么老见不到狗熊呢？怎么从来没有一个男人跟我说说嫖娼被抓、被骗、被敲诈、被“小姐”耻笑的故事呢？我在“红灯区”里可是亲眼见过的啊。所以我根本没有办法判断真伪。其实《聊斋志异》写的就是这种男性心目中的性神话，是典型的男性性别偏见。在这个问题上，我到现在也没有什么好办法。

## 七、我了解到你的人生，你丰富了我的心灵

我跟学生讲课，每一次我都提这个问题：到她们那里去做宣传教育工作，最大的风险是什么？回答都是被敲诈啦，被行骗啦，被她们引诱下水啦。包括老师，说老潘你带我去吧，保证坐怀不乱。

我说你这一说就露了，不合格。什么叫坐怀不乱？你以为“小姐”是妖魔鬼怪非要把你给拉下水啊！你就把她想象成狐狸精了，你怎么不说她是个可怜的小姑娘呢？你怎么不说她是个平等的人呢？

只有一次，有一个看起来三十多岁的男的，是学医的，他说对了。最大的危险是：“小姐”会爱上你的。为什么？你这么一个人、年龄、身份，平等地对待她了，别说很平等，你能跟她坐下来聊就够了。男人从来是这么跟她们说话的呀（站起来俯视）。你能跟她平等坐下来，关注她，她就会掉眼泪。在她那个世界，连她爸爸她哥哥都没这么对待过她。

她爱上你了，你可以感谢她，却没办法回报，根本无以回报，搞不好



就伤了人家的心。这才是最大的风险。

还有一次，一位女老师非要找“小姐”谈谈，就是好奇，不是调查，问我应该先问什么。我说先问她的孩子啊。她不信，说那么年轻怎么会有孩子？我说你一问，她的眼泪就下来了。她更不信了。结果呢，她跟那个小姐抱头痛哭。

这些都不是做学问的问题，是为人处世。有一个做预防艾滋病工作的男医生说，潘老师，我看你写的书我不信，见你这个人我就信了。我说你骂我长得像嫖客？他说不是，你没架子。

不光是这个啦。人跟人讲的是以心换心，我去了，不能有那么多隐私。我在东莞的时候，帮我调查的“妈咪”打电话跟我夫人聊天，那时候打长途多贵呀，她打了三次，每次都是半个多小时。我夫人直劝她，我给你打吧。不行，还是要她打。后来我走了，她也走了，还记得打电话告诉我。

我第一次去“红灯区”回来写了一本书《存在与荒谬：中国地下“性产业”考察》，书名是一个学生想出来的。后来反过头来看，价值观上传统色彩很浓。一个是只看到“小姐”的悲情，忽略了她们的自主选择；没有想到，对于她们来说，这虽然不是唯一选择，可还是不错的选择。再一个是建构出一个嫖客和“小姐”的对立；在“小姐”和老板之间又建构出一个对立。我不会明确这么想，但是我从小受到阶级斗争那一套教育，这二元对立的東西很容易就露出来了，完全是不自觉的。

后来我觉得还是重点研究“红灯区”，它怎么运行的，这才是社会学。可是一路做下来，我发现其实跟一般的商业区没什么大区别。我们把当地跟“小姐”有联系的人全都调查了，学术上叫作“关联旁人”，什么开报亭的、送外卖的、卖药的、看门的，就连一般居民也调查了，就是想搞清楚“红灯区”跟他们是什么样的关系。结果呢，除了四川的开发区，别的地方其实就是普通的商业区，一“扫黄”就是失败的商业区，真没什么大的差别。

我老跟学生说，十几年做下来，到现在越来越觉得没什么做头了。我

越来越发现，都是共性，越来越发现她们都很普通，越来越发现她们跟别的人越来越没有区别了。不是真的没有区别，是差距没有我们原来想的那么大。

在贵州的那次，16 公里的山路，我一个人走就累得要命了，一些女孩子挑着些食品、矿泉水、方便面等，把自己遮得严严实实，怕晒黑啊，一头大汗挑着。挑那么一挑子约 50 公斤过来，才挣两元钱。旁边就坐着“小姐”，一次 30 元。我就想，这个区别到底在哪儿？为什么这个挑担子的女孩子她就不来干这个？不知道。所以当时我就感到很好奇啊，我就开始研究。

我估计所有研究“小姐”的人，一开始都是这个想法，她们特殊！可慢慢我觉得我的研究就变成：有这么一类“劳动者”，跟其他类别相比，区别其实没有那么大。仅仅是因为她们沾了一个“性”，就被特殊对待，就被说成“坏女人”。那么，究竟是因为“性”本来就坏，还是为了别的什么才把它说得那么坏？如果性不那么坏，钱也不那么坏，那为什么两个东西连在一起就变坏了呢？别跟我说什么道德，您那个道德怎么就能强迫别人遵守呢？

说来说去，钱的问题中国人讨论很多了，可是性的问题还是没讨论。性为什么这么敏感、这么隐私、这么珍贵，承载这么多的意义，这么不可借用？每个人都有自己的感受，也都可以发表自己的看法，但是性社会学非得回答这些问题不可。我呢，继续努力吧。



# 致谢

## Acknowledgement

320

艾滋病问题的社会建构

非常感谢景军教授，是他 2003 年在中国首次召集了“社会科学与中国艾滋病防治工作”研讨会，而且一直奋斗在这一领域的最前沿，硕果累累，令人瞩目。他特邀我去参加。至此，我才真正开始参与这个伟大事业，先后做过几次在“性产业”中预防艾滋病的社会调查和理论研究<sup>①</sup>，包括对于“男客”（嫖客）的研究<sup>②</sup>。

还要非常感谢李楯教授。他从“法社会学”的视角，率先提出防治艾滋病是“人民的健康权得以实现的重大社会问题”的论述；不仅为防治艾滋病事业做出巨大贡献，而且对我的研究给予极大的帮助与启发，还参与了本书第一章的写作。

同样非常感谢黄盈盈博导，鼎力合作共同完成了我们的各项社会调查和理论研究，还参与了本书的部分写作。

还有，侯荣庭博士也对本书的部分章节的调查做出很大贡献。

当然，最应该感谢的是那些接受过我调查的人们。他们不仅仅是被调查的对象，同时也是所有研究成果的共构者，共同实现了“我了解到你的人生，你丰富了我的心灵”的境界。

---

<sup>①</sup> 《小姐：劳动的权利——中国东南沿海与东北城市的对照考察》，大道出版社，2005 年。《情境与感悟——西南中国三个红灯区探索》，万有出版社，2005 年。《呈现与标定——中国“小姐”深研究》，万有出版社，2005 年。

<sup>②</sup> 《“男客”的艾滋病风险及干预》，万有出版社，2008 年。

Images have been losslessly embedded. Information about the original file can be found in PDF attachments. Some stats (more in the PDF attachments):

```
{
  "filename": "6Im+5ruL55eF6Zeu6aKY55qE56S+5Lya5bu65p6EXzE0NjQ1Nzl0LnppcA==",
  "filename_decoded": "\u827e\u6ecb\u75c5\u95ee\u9898\u7684\u793e\u4f1a\u5efa\u6784_14645724.zip",
  "filesize": 33124204,
  "md5": "3031912f26b54077bbee1870d2249c0",
  "header_md5": "662303a022ee6731dc22ff8585dee1e3",
  "sha1": "88dabf136b86d86b3109a4c82e169be82f5f24cf",
  "sha256": "888e657702415b7d82a75fbef083aa5c5edaea553f8cb6097a8142c539065cd6",
  "crc32": 1712158285,
  "zip_password": "",
  "uncompressed_size": 45192550,
  "pdg_dir_name": "\u2591\u00bc\u256b\u2560\u2593\u00ed\u256c\u2569\u2560\u0393\u2561\u2500\u2554\u03c4\u2557\u00df\u255c\u00bf\u2563\u2563_14645724",
  "pdg_main_pages_found": 320,
  "pdg_main_pages_max": 320,
  "total_pages": 338,
  "total_pixels": 1699898368
}
```