

B 超的隱喻^①

一、

2009年初夏，作為某國際組織“傳統文化與現代婦幼保健服務”課題小組成員，我來到雲南省德宏州進行田野調查。兩個目標村寨——風雨寨和升平村——都是前一階段定量調查所甄別出的問題較為嚴重的社區。作為委託方的國際組織認為當地殘存的傳統文化與實踐構成了人們使用現代化醫療服務的潛在障礙，而我們的任務就是對這些現象做出準確和快速的評估。

調查開展得並不如預想中的那般順利。我們發現，當地人在訪談中表述的意見大多是對西方醫學服務表示認可，雖然他們並不避諱自己有時並不樂於主動接受那些服務，但卻明確表示自己和家人對外來的醫學服務表示歡迎。通過不同的研究方法，我們反復比照獲取的資料，同時也調閱了政府部門的統計資料，但仍舊無法斷定人們的傳統文化與現代化的醫學服務之間存在著根本的對立。

一天，我們原本打算在風雨寨所在的鄉政府組織一個小型的座談會，但是當天早晨接到聯繫人的電話，說由於相關幹部要去縣裏開會，座談被取消了。為了充分利用這個空餘出來的下午，我們臨時決定去鄉里的計劃生育服務站看一下。

計劃生育服務站是一棟西式的兩層小樓，看上去剛剛建成，粉白的外牆在熱帶紅壤和深色樹木的包圍下格格不入。服務站裏面只有一名女性工作人員，據她說，整個服務站實際上也只有三名工作人員。剩下兩個人今天有進村宣傳的任務，只留她一個人值班。我們並未準備專門的訪談綱要，因此談話進行得很隨意。這位女士很健談，她從事這一工作已有十多年，知道不少奇古怪的故事。下面這個故事就來自於她的敘述：

2008年春天，風雨寨的村醫阿敢在從集市回來的路上見到了村民艾勇。艾勇的妻子已經懷胎一個月，作為寨子裏唯一的醫生，阿敢平時會負責在村子裏宣傳一些婦幼保健方面的知識。他提醒艾勇，妻子懷孕時間已經不短了，應該去醫院接受定期檢查，政府規定這樣的檢查在產前應當進行多達六次。艾勇是個老實的景頗山民，他只是憨厚的對醫生的“教訓”報之以微笑。已經在村寨裏行醫數年的阿敢知道，和絕大多數的村民一樣，艾勇對孕期檢查的重要性幾乎是一無所知。因此，在即將分開的時候，阿敢再次強調了檢查的必要性。最後他也不忘寬慰艾勇幾句：“檢查嘛，沒那麼麻煩，就是照B超”。

艾勇雖然仍舊搞不明白阿敢醫生所說的檢查究竟是什麼意思，但他很明確的知道“照B超”是怎麼一回事。村裏很多人都去鄉里面“照”過，據說隔著肚皮就可以知道孩子是男還是女。既然政府這樣要求，而且檢查又有這樣奇特的力量，那麼抽出空來去“照”一次也未嘗不可。

兩周後，艾勇和妻子趁著“趕街”^②來到了鄉里。湊巧的是，負責村裏計劃生育宣傳工作的鄉計生宣傳員黃鳳敏也在街上閒逛。黃負責風雨寨的計生宣傳工作已經有五年多，艾勇的妻子小寒與她相熟，而黃也對艾勇家的情況比較瞭解。雙方見面後黃馬上打聽小寒的身體狀況，當得知他們是來鄉里“照B超”時，黃馬上提出請他們去自己工作的計生服務站，那裏有彩色的B超，並且完全免費，也不用排隊。艾勇夫婦聽到黃的建議非常高興，事實上他們並不喜歡醫院，那裏的醫生態度不好，“會罵人”。而計生服務站的工作人員常年累月的下鄉，和他們關係很融洽。艾勇當即決定，帶小寒去計生服務站接受檢查。

來到計生服務站後，小寒順利的接受了檢查，她向黃醫生反映說最近幾天下體有輕微流血，黃安慰她說沒有什麼大問題，注意休息就沒什麼關係。最後，黃取出檢查表格，在最下面的意見欄裏填寫了“正常”，並簽上了自己的名字。

艾勇夫婦返回寨子之後繼續平靜的生活，但三個月後的一天傍晚，小寒突然出現嚴重的出血不止。艾勇從鄰居傢裏借來摩托車，將妻子和自己攔腰捆綁在一起便發動油門向鄉衛生院猛衝。風雨寨距離衛生院

^① 本文的寫作得益於聯合國人口基金（UNFPA）的專案支持，基於田野調查寫成的專項報告曾提交中央民族大學2009年研究生學術論壇。感謝中央民族大學關凱教授在調查期間的批評與討論，本文的許多觀點都始於我與關博士的交流。此外本文還曾在2010-11學年北京大學朱曉陽教授的“文化與發展”課程上與同學們進行過討論並得到了朱老師的建議和矯正，感謝以上組織與個人。

^② 雲南鄉村每隔固定時間、在固定地點舉行的集市。

有將近二十公里，除了一小段彈石路外，基本都是山間泥濘小路。路上小寒已經出現了休克症狀，感到衛生院時基本已是奄奄一息。夜間衛生院的急救能力及其有限，小寒的生命沒能挽回。

鄉衛生院的醫生檢查後表明小寒是典型的宮外孕，由於發現不及時而導致突然大出血死亡。在瞭解到艾勇在計生服務站做過檢查但並未發現問題後，衛生院將這一情況向上一級通報，黃鳳敏被開除並追究刑事責任。同時，縣裏要求各鄉進行專項整改，規範孕產婦檢查服務，並命令規定此後禁止由計生服務部門越俎代庖實施衛生部門負責的檢查專案。

那位女士以惋惜的口吻向我們講述了小寒之死的故事。在她看來，這反映出了計生工作的辛苦以及變幻無常。黃鳳敏最後難逃囹圄之災，但計生服務站的工作卻不因此而得以從麻煩中解脫出來。臨近某鄉，上半年剛剛發生一起計生服務人員實施分娩手術失敗的事故，處理結果至今尚未公佈。在訪談結束之後送我們出門時，那位女士還不忘叮囑我們能將他們的困難向上級反映一下。

對我而言，小寒之死帶來的震動不言而喻。它使得統計表格中的資料有了更為深刻的含義，同時促使我重新思考現代化的“婦幼保健”與當地語境之間若隱若現的緊張關係。坦率地說，一方面我仍舊無法以小寒之死的案例來證明橫亙於傳統與現代之間的“文化障礙”，另一方面這個悲劇故事背後所隱藏的衝突又帶有極強的象徵色彩。我必須要慎重處理這樣一個問題：究竟我們應當以一種怎樣的視角，去理解當地圍繞婦幼保健服務所產生的矛盾背後，那個難以準確言說的“文化”？

造成“小寒之死”的關鍵問題在於沒有判斷 B 超檢查能力的黃鳳敏越權行事。但在那位計生站的女士看來，黃鳳敏的遭遇卻值得同情：

你看我們的工作壓力那麼大，只能想辦法和老百姓搞好關係，否則沒辦法做。黃姐在附近幾個村子裏都很有威信，她出事之後很多老百姓還覺得挺可惜的。現在我們也不允許做 B 超了，也不能接生，但是我們仍然發放一些藥品和營養品，比如葉酸。老百姓也比較認可我們。

“照 B 超”可能是中國基層社區老百姓最為熟悉的醫學檢查之一。在計劃生育和婦幼保健中，這一技術被廣泛應用。對死去的小寒而言，她所認可的無非是這種技術，但從她日常生活中的表現而言，她對技術背後所蘊含的意義知之甚少。在接受黃的檢查時，她對其技術盲點毫無察覺。接受“熟人”的服務，完成來自“政府”的要求，在她看來順理成章。而計劃生育服務站裏的人們將自己能夠提供超越自己職權外的服務看作是在地方語境中提升作品質的必要策略。對 B 超技術的複雜性，尤其是作為一種病理檢查的嚴肅性，人們並無意識。

小寒之死促使我重新思考當地居民與婦幼保健之間的距離究竟因何產生。在接下來的調查中我發現，人們對外部現代化美好生活的想像中包含著對現代醫學知識的強烈認可，他們樂於接受更好的醫療服務，與幾年前相比，現在的人們甚至會有意識的在不同的現代化醫療服務機構之間做出明確的比較和選擇；但另一方面，傳統文化和地方環境中的一些因素仍然在影響著人們的行為選擇。我試圖以“生兒育女”中所牽涉到的外部醫學干預為核心，去考察人們如何闡釋自己對新生活的想像與實踐。

在當地複雜的文化環境和權力結構的影響下，一種圍繞“技術”與“指標”的自上而下式的服務干預與人們的生活實踐之間產生了根本上的偏離。在局外人看來，當地少數民族對傳統觀念與實踐的堅持代表了外部文化與本土知識之間的衝突，但我認為，事實恰恰相反。這種有意識或無意識的對抗，並不是因為兩種文化之間勢同冰炭，而是因為圍繞著對“醫學”與“生活”二者關係的理解存在差異。

由此出發，還可以做進一步的延伸思考：作為中國現代化“發展”的重要內容，政府及其他組織在進入少數民族社區時所遭到的抵抗與拒絕背後蘊藏著怎樣的文化邏輯？如果在今天我們的確無法拒絕或置換“發展”，我們該如何展開一種更為積極的反思？

二、

在官方的解釋體系中，少數民族社區的婦幼保健水準之所以水準堪憂，主要是因為“資金短缺”、“人才匱乏”、“當地老百姓意識還比較落後”。事實上，這個由“人力”、“物力”和“落後意識”所組成的解釋模型，在中國絕大多數基層政府那裏具有一定普適性。儘管過去的幾十年中，基層社區發生了革命

性的變化，市場經濟動員起來的全民現代化實踐早已摧毀了田園牧歌式的美好想像。但在基層政府看來，改革帶來的效益並未能從根本上解決他們的問題。

官員們的抱怨並非空穴來風，舉一組資料即可說明。以升平村所在的 L 市為例，全市衛生系統共空缺七十五人，十一個鄉鎮衛生院裏面總共只有六個本科生。儘管人員奇缺，但醫學院校的畢業生基本不會選擇來到這樣偏遠地區，因此填補人才漏洞的前景依然渺茫。

近年來逐步推廣的“農村新型合作醫療”（以下簡稱“新農合”），使得人們看病的成本大大降低。就婦幼保健方面而言，孕婦住院分娩已經不收取任何費用。但走出醫院就會發現，資金仍舊是各方爭搶的主要資源。就在我們調查之時，還聽衛生院的醫生們說鄉政府截留了項目給醫院配發的用於購買救護車的資金，轉而為鄉衛生辦公室添置了一台車。

在當地調查期間，政府部門經常會告訴我們，“所謂婦幼保健問題，其實就是婆婆問題”。在風雨寨所在的 C 鄉，主管衛生工作的官員這樣向我們介紹他的工作經驗：

我主管婦幼這一塊已經有很多年了，從學校裏面畢業之後就一直做。總體上來說取得了一些成績，但是我認為還有一些很關鍵的問題沒有解決。簡單說就是思想認識問題。我們景頗族是山地民族，原來都居住在山上，現在也還有三分之一的居民沒有搬遷到壩區。從文化上說這些村民的認識還跟不上時代的發展，環境閉塞麼，資訊業不發達。比如說，很多孕產婦的觀念主要是受婆婆影響，我們再做工作，只要這一關不突破沒有好的效果。我在衛生院那幾年，為了解決這個問題，專門進村宣傳過，也找過中老年婦女開會。雖然說沒有形成固定的工作模式，但是每一次做的效果還是不錯。

那些對當地人的意識落後頗有微詞的官員們大多是本鄉或是周邊地區的少數民族，不能說他們對自己的文化沒有認同，但在官方的場域中他們都贊同以新的文化來改變人們的思想，甚至不少人堅持認為少數民族文化總有一天是會消亡的，因此應當抓住機遇，主動地吸收外來的新思想。他們希望人們能夠主動認識到現代醫學的優點並主動的採用這些服務，但他們也並不避諱的一點是：由於資金有限，他們沒有能力去做宣傳工作。

風雨寨和升平村所在的這片區域是典型的山地-平原結合地區，每個行政村都有部分居民仍舊居住在山上。即使是在平原地區，道路也依舊是個大問題。以風雨寨為例，距離最近的鄉衛生院大約有三十華里的路程，這其中只有三分之一是政府修築的彈石路，三分之一是狀況不堪只能通行農用車輛和摩托車的土路，還剩約三分之一的路程則完全無法通車。如遇雨季，則只有將孕產婦用人力背到山路上才能勉強靠摩托車送往醫院。這裏的老百姓通常只有在孕婦感覺到疼痛時才趕往醫院，因此稍有閃失便會出現意外情況。

相反，在靠近州府且依傍公路的升平村，人們對於就醫的選擇便更為多樣化。很多人並不信任旁邊的鄉衛生院，而要盡可能的去州府的大醫院，儘管那些醫院往往會以別的名義額外徵收許多費用。當地的婦幼保健服務資源完全由政府部門掌握，即使是非政府組織的援助也要依靠政府部門的網路得以配置。行政網路所遵循的原則是嚴格的“中心-邊緣”模式，無論何種資源，都以行政中心為起點向四周輻射，而行政中心往往位於地形最為有利的地區，因此現代化的服務始終缺乏“爬上山”的動力與管道。

因此我們必須面對這樣一個令人沮喪的事實：依照現有網路，那些服務設施最為薄弱的山區卻永遠在資源分配體系中處於邊緣地位，中心地帶的發展已經讓這裏的居民有更多的選擇，而邊緣地帶的人們只能花費更多的精力去尋求極其有限的資源。政府部門嚴格規定不允許任何非官方認可的人員開展婦幼保健服務，在我調查的兩個村寨裏，存續了千百年的接生婆終於在最近一個十年裏銷聲匿跡。即使是最親密的母女或姐妹也不可以在家裏幫助孕婦生育。老百姓們總有自己的理由拒絕過早進入醫院分娩：家務活、醫院的服務態度或者是不放心。於是，更多的孕婦們被各種各樣的交通工具在臨盆之際從各個村落送往醫院，這其中隱藏的風險轉化成為節節攀升的住院分娩率，反而顯示出某種“進步”。

三、

官方對於當地婦幼保健問題的識別主要依賴於對某些關鍵指標的監測，例如住院分娩率、新生兒死亡率、新生兒破傷風、孕產婦死亡率以及母親與孩子的營養水準、是否貧血等。通過定期的資料匯總，這一地區的婦幼保健水準得以呈現，並以此說明政府部門工作開展的力度。

但並非所有的資料都可以明確地揭示出問題的所在。在我們進入社區之前，相關部門組織的基線調查發現了這樣一組奇怪的資料：

表格 1 基線調查部分數據

村寨	總體孕檢率	接受 4 項以上檢查	輕度貧血	中重度貧血
風雨寨（景頗族）	93.48%	69.01%	28%	20%
升平村（傣族）	95.95%	47.9%	25.64%	30.77%

由圖表可見，傣族村寨裏對公共婦幼保健服務的使用情況比較樂觀，但婦幼保健水準卻低於景頗族村寨。而景頗族村寨儘管孕前檢查的數字較低，但婦女兒童的健康水準反而優於同類地區。這說明資料背後的聯繫並未遵循現代醫學的理想邏輯，相反，它再一次證明當地社區與婦幼保健服務之間的微妙關係。在本節，我希望通過最基層的醫務人員的視角，來揭示問題的另一側面。

首先是生平村的村醫李勒。李勒是土生土長的本地人，傣族，今年二十九歲，但是他在升平村從事村醫工作已經有十一年歷史。李勒的診所就設在家中，政府給他蓋起兩間瓦房充當門診，他和家人自己的房子分於左右，幾年前李勒又私自招收了一個學生，因此他額外增蓋了一所房子給學員居住並存儲藥品和雜物。我們找到他的時候，他正在給病人輸液。診室裏滿滿當當有六個病號，李勒說整個行政村共有四個村醫，每人每天的接診量都在三十人左右。

李勒給我們介紹的情況大致與政府部門的統計數字相吻合，但對於目前局面他卻有不同看法。他認為婦幼保健的水準無法提升，主要是現有的工作機制問題，並不是老百姓有意識的排斥外部醫學服務。“否則你無法解釋為什麼大家目前都願意在醫院裏生孩子，這個村子裏最後一個在家裏出生的孩子已經是 2006 年的事情了，現在去醫院費用已經很低，計畫免疫也是免費的，老百姓都知道。”

李勒認為他們目前的工作方式非常被動。以計畫免疫為例，通常，村子裏有新生兒時，李勒都要到家裏走訪，並依照規定建立母嬰保健卡，從此由他負責跟蹤孩子的健康狀況並實施計畫免疫。由於平時的工作量很重，李勒每月只有固定的幾天可以到村子裏入戶服務，但如果碰巧那天孩子出現某些不宜打針的狀況（比如生病），就要拖延很久的時間才能完成。村民們知道打針是政府要求，但他們對可能出現的副作用又心懷顧慮。因此，即使不會公然抗拒，也多少有些消極。經常是李勒在村委會使用大喇叭進行長時間廣播，人們才姍姍來遲。山區的情況要更為複雜，有時他辛苦地趕到山上，人家卻已經下山勞作了，而等到晚上李勒已經離開時人們才重新回到家裏。村寨分散，人手不夠，李勒承認即使他希望開展一些宣傳活動，與村民們建立良好的關係，也有心無力。李勒告訴我們他最大的願望是接受一些系統的培訓，而通常這樣的機會只會到達縣一級衛生院。對社區婦幼保健服務的未來，李勒認為現有的資源分配制度以及被動的工作方式於事無補。

在風雨寨，村醫蒙甲回饋的資訊與李勒幾乎完全一致。在蒙甲看來，目前的工作方式同樣只能用“被動”來形容。風雨寨山地面積比例更大，交通更為不便，婦幼保健的知識普及更為艱難。他甚至自編了四句順口溜來嘲諷自己的工作：“我們上山，人家下壩，我們下壩，人家回家。”

蒙甲感觸最深的是有關產婦孕期保健的問題，他認為人們有很多傳統知識和禁忌是錯誤的，而他一直在試圖打破這個僵局。但是效果如何，很大一部分要取決於是否能見到孕婦的婆婆。而即便是見到了婆婆，別人也很難全盤接受他的看法。人們有自己的知識傳承體系，他無力開展更為有效的宣傳工作，也不知道採取何種手段能讓人們更加主動的接受自己的服務。人們有時寧願費盡周折到距離村子很遠的一個鄉衛生院去檢查，也不願意讓他幫忙采血然後拿到醫院化驗。“基本工作還是能夠完成的，但是這樣做實在是太被動了，效率太低了。”

與只能反復以“被動”形容自己的工作卻無更深見解的村醫們不同，升平村旁邊的 G 鄉衛生院院長柳勇是一個人類學意義上的草根卡裏斯瑪領袖。他本人有著高超的醫術和經營能力，但是卻因為屢次觸犯領導而不斷被貶黜到基層醫院。我們調查的時候，他已經在 G 鄉衛生院工作了三年。在三年之中他以非凡的眼光和專業素養使這所鄉鎮衛生院重新煥發了活力。柳勇院長帶我們參觀他按照衛生標準重新翻修的消毒室和待產室，在訪談過程中他不斷表達著對於現有體制的不滿，同時他暗示希望通過我們的調查向上級部門索取更大的自主權。

柳勇院長的觀點與現代醫學人類學的看法有異曲同工之處。這很可能由於他善於反思的品質和多年以來在基層工作中積累的經驗。比如，他堅定地認為老百姓的民間醫藥知識意義重大，為此他專門花費數年時間整理了周邊地區有關各種疾病和日常保健的草藥配方，其中包括產婦分娩之後擦洗生殖器的藥浴配方。柳勇對衛生部門的官僚主義作風非常反感，他堅持認為正是官員們對於社區生活缺乏理解和同情而且僵化地以行政手段處理醫學問題，使得地方婦幼保健難以得到本質提升。在兩個小時的深入訪談中，柳勇從更為本土化的視角向我們解釋了他對目前問題的看法以及理想中的解決之道。

首先，柳勇否認了婦幼保健資源有限的說法，他認為儘管與發達地區相比德巨集地區的服務水準和硬體設施確有差距，但這一差距並未如官方渲染得那般懸殊。即使在現有條件下，資源的浪費與使用的低效也已超出了可接受的範圍。按照他的觀點，目前醫院是最好賺錢的地方，但是醫院卻毫無財政上的自主權，無法按照自己的意願和醫學本身的規律去開展服務。他無法更換設備，也無法制定更為靈活的收費方式，卻必須按照政府部門的要求將錢花在他看來收效甚微的那些表面宣傳工作上。他堅信“新農合”的配套政策與國家專項資金已經消除了人們走進醫院的最大障礙，如果能進一步跟進，那麼整個地區的服務水準將會有本質提升。當他看到州裏和市里的醫院仍舊想盡辦法徵收額外費用，卻毫無體察病人的考慮。他為此不惜將一輛救護車改裝成宣傳車，在村寨裏宣傳住院分娩完全免費的政策。

其次，柳勇對於問題的判斷與政府部門所遵循的“問題意識”並不認可。下面這段話或可使他的看法更為明確：

他們認為有了“新農合”，解決了就醫成本問題，老百姓就應該主動來醫院。但是我從十幾年前就堅持這個觀點：我們除了降低醫療成本，還應該照顧人家的生活成本。我們傣族的婦女在家裏都是重要勞動力，他來醫院了，家裏的豬和牛怎麼辦？家裏的老人怎麼辦？家務活誰來幹？她住在醫院，伙食都沒辦法解決，我來到這兒之後還專門蓋了個廚房讓病人家屬可以做飯。我認為應該給住院分娩的孕婦和陪護人員發放補助，只有把生活成本考慮進來才能解決問題。

事實上，在中國的其他民族地區已經實施的某些措施部分證明了柳院長的先見之明，^③他的解決方案雖然並不需要對現有體制做根本性調整，但卻代表了一種截然不同的世界觀。在談話中，柳勇再次提到了本文一開始引用的小寒之死的案例，其敘述的核心仍舊是“B超”：

B超檢查是孕前檢查的一個重要內容，說一千道一萬它是病理檢查。需要檢查人員有很過硬的醫學技術知識，否則就形同虛設。現在政府配置資源，首先保證計劃生育，你看計生站的B超，是彩色的不說，還有兩台！我們醫院的黑白機已經用了十幾年了，我多次申請把計生站的彩超調過來，但是沒有人理睬。小寒那個事情說明老百姓不理解在醫院做檢查的必要性，他認為做了就完了，沒有必要來醫院。但是你說計生站從來就是寫個“正常”，根本沒有能力提供有效資訊。

柳院長認為人們對現代醫學的不認可，是因為主事者沒有意識去調動“鄉規民約”。他列舉了人們對計畫免疫的態度，指出如果能與當地有影響的傳統權威合作，全面地闡述現代醫學的理念並爭取這些人在日常生活中協助開展宣傳，那麼人們就會改變對待醫院的態度，從而更主動，更自覺地採用現代醫學服務。

行文至此，已無須再羅列柳院長的種種強硬觀點，不妨稍作總結，以基層執行者的視角重新梳理一下我們的研究主題。

首先，處於服務網路最底端的村醫們意識到了一種不健全的互動關係，使得本來就匱乏的資源更無法得到充分利用。他們的直觀感覺，暴露了婦幼保健服務與當地人生活之間的隔閡。現代醫學對人們生活的影響不僅僅停留在醫學機構內的直接干預，更依賴於人們在日常生活中按照相應的準則和要求改變自己的生活方式。但是目前這一地區的婦幼保健提供者與目標人群之間存在一種令人沮喪的互動關係。人們對“為什麼要使用婦幼保健服務”並沒有清晰的認識。

其次，作為典型的地方精英，柳勇院長對問題的理解以及對不平衡的權力結構的揭示，使官方文本中“資源-人才-觀念”的解釋體系顯得值得懷疑。他承認了多年發展之後地方資源的積累已經足可以支撐一

^③ 以西藏林芝地區的政策為例，住院分娩所需費用全免，接送車輛免費，孕婦住院享受補助，看護人員也享受補助。

種更為靈活的服務方式，但這些想法卻無法在現有體制內得到認可。柳勇的觀念和實踐代表了真正處於基層的衛生工作者們的生存策略，那就是盡一切可能爭取更多的資源，無論是傳統草藥、鄉規民約還是宗教儀式。^④他們對目前問題的判斷更為實際，也更帶有現代醫學的反思色彩。

最後，讓我們回到小寒之死這一事件。柳勇的分析說明，在目前與行政體系相重合的醫療資源體系內，“B超”的使用、配置以及服務物件對它的理解具有一定的代表性。它揭示出外部醫學服務在進入當地生活的過程中所產生的意義缺失，以及這一缺失如何在日常生活中被人們以另外的生活經驗所填補，從而創造出所謂“另類的現代性”。換言之，我所追問的本地文化與婦幼保健服務之間的關係問題確有其獨特的表現形式，但並非是一種傳統意義上的典型的二元對立。在接下來的討論中，我將簡要的以當地人的視角，去探討這一問題的真正根源。

四、

風雨寨和升平村都是典型的滇西南少數民族村寨，它們都位於山壩結合地區，由若干自然村組成，人口都在三千人左右。在過去的三十年中，兩個村落的生計方式和文化特徵都發生了巨大變化。與其他千萬個中國鄉村一樣，在現代化的浪潮裹挾下，他們自願或不自願的必須面對外來文化的影響。

風雨寨曾經的山地狩獵與稻作農業相結合的生計方式已經完全讓位於經濟作物種植，而這其中又主要是甘蔗種植。幾年前外地某制糖企業將加工廠建在了鄰近某鄉，解決了甘蔗的銷售問題。由於市場需求的不斷加大，近年來甘蔗的收購價已經逐步攀升至人民幣 300-320 元/噸，而管理得當的甘蔗田畝產量可達 5-6 噸。在人均收入不足三千元的德巨集地區，這算是最為實效的增收手段。當然，與中國的其他地方一樣，風雨寨的年輕人們絕大多數都離開家鄉，奔赴全國各地打工，以至於我們在鄉間調查時，經常會發現無法湊夠足夠的人數開展一場 FGD 訪談。

升平村的情況與風雨寨略有不同，由於緊鄰州府且交通便利，這裏的情況要更為樂觀。雖然他們也仍舊種植稻米和甘蔗，但是大多數人都已經掌握了香料或菌類種植技術。來自福建或廣東的客商將技術引入這一地區，並提供技術支援，所以很多曾經在外地工作的村民近年來又重新返鄉。對於普通家庭而言，經濟作物加少量的務工收入完全可以支撐小康水準的生活，因此人們的生活態度與文化選擇也更為多樣。

無論是景頗族還是傣族，婦女都是經濟生活中的重要勞動力，她們不但要負責所有的日常家務，而且還要承擔相當一部分農業勞動。她們是家庭生活得以運轉的關鍵力量，雖然男人們在社交生活和鄉村政治當中更多的出頭露面，但生活的維持還需仰仗女人們的勞作。

儘管經濟水準的改善早已不再依賴單純的人口增加，但生育仍舊是一個家庭，乃至一個社區的重要事件。年輕的父母們比自己的父輩掌握了更多的避孕技術，因此他們對生養孩子的時機以及數量有更為謹慎的考慮。這一地區流行早婚的風俗，十八九歲的青年男女會在家庭的要求下結合成新的家庭，即使不被政府法律所允許，但他們仍然堅持這樣做，目的是為了使年輕人儘快體會到家庭的責任從而穩定下來。這就不難理解為什麼人們會將生育，尤其是家中第一個孩子的生育當作是極其重要的抉擇，因為孩子是家庭完整和鞏固年輕夫妻關係的核心元素。

對一個家庭而言，下面這幅圖可以說明和謂“生育”：



图 1 "生育事件"的时间链条

^④ 在風雨寨，醫生在面對緊急事件或處理難以救治的危重病人時，往往會默許甚至建議病人家屬將傳統巫師“董薩”請到家中或醫院舉辦驅鬼法事，在我們調查期間經常會聽到類似的神奇的故事，結局大致是病人起死回生。

這是一個在時間上先後連貫的事件所組成的“鏈條”，如同“懷孕”、“生育”等關鍵事件之間是由無數日常生活的實踐相互聯繫在一起的，如果我們將上面這個“鏈條”與下面這幅圖相比較，就可以理解為什麼小寒和她的鄰居們會對婦幼保健服務感到陌生。



图 2 当前妇幼保健服务主要项目

與生育事件的“鏈條”相比，現代化的服務總是現身於某些片斷，例如固定時間間隔後的身體檢查、住院分娩、定時計畫免疫等。這些“點”之間並沒有持續的事件使之相互聯繫，也缺乏必要的解釋一邊使人們能夠將現代醫學的要求與原則貫徹到日常生活中。換言之，社區婦幼保健服務並未生產出一套相應的“意義系統”，使人們能夠自覺自願的改變自己的生活方式，而只能以“檢查”的方式間歇性的干預人們的生活。它始終將服務人群看作是需糾正和改良的“對象”，而非能夠妥善安排自身生活的“主體”。它拒絕服務物件參與，更沒有適宜的途徑與地方知識之間展開對話，以至於在自我封閉的軌道上與當地生活始終保持著距離。

通過梳理調查材料，我認為下面幾點對理解傳統社區中的“生”與“育”是至關重要的：

首先，“生兒育女”在傳統社區中首先是一個“正常”事件，這裏強調所謂“正常”，主要是與現代醫學所代表的“異常”相對。現代醫學進入社區，首先呈現的是其“疾病治療”的功能。更進一步講，傳統社區更多地將“醫院”與“疾病”之類的反常狀況相聯繫，因此無法理解現代醫學中的所謂“保健”。

生養後代，是傳統文化中人生的重要內容，“嵌合”(embedded)在整個人生中。它與身體病變之間差異明顯。在風雨寨和升平村，人們認為疾病或是由於身體的機能出現某些問題，或是由於鬼魂作祟。後者需要求助於超自然力量，如僧侶或“貢薩”；前者就需要去尋求傳統或現代醫學的幫助。舉例說明，我們在當地調查期間採訪了景頗族的傳統巫師“貢薩”和傣族巫婆“嫫”，但他們都堅持認為自己所能解決的問題只是那些由超自然力引起的異常現象，而身體出現的某些病變則無法處理。他們自己遇到感冒發燒等疾病時也會主動去醫院就醫。很多孕婦和家人之所以不願意住院分娩，主要是無法認同醫院那具有象徵意味的環境。我們的嚮導和訪談物件阿貝就這樣描述陪同姐姐住院分娩時的感受：

醫院裏面到處都煞白，醫生護士戴口罩，也不會說笑。我們去了就不敢出聲，醫生會罵人。那些護士的態度也不好，經常批評我們，打針也很疼。我姐姐住著不習慣，想回家，可是醫院說出了問題就要自己負責，我們還是有些害怕，只能留下。不過孩子生下來之後兩天我們就趕快回來了，在那兒不舒服。

阿貝的看法在中青年女性中具有代表性，表面上她們批評的是醫生和護士的服務品質，實際上她們仍舊無法理解現代醫學所論證的生育過程中可能產生的風險，而這正是婦幼保健服務之所以存在的基本理由。在基點上尚且無法達成一致，那麼在日常生活中奮起就更加明顯。例如，現代婦幼保健的一個重要內容是嬰幼兒的輔食添加和孕產婦的營養。這些要求基本無法在醫院中完成，而是要求人們在日常生活中加以實踐。但在這兩個村寨中，人們仍舊按照自己的傳統在餵養嬰兒以及安排產婦的飲食。在調查過程中，醫生們不斷抱怨當地少數民族不重視對嬰幼兒的餵養，其表現就是新生兒一個月之後就食用以糯米粉與水混合而成的，當地稱為“米補”食品。這種餵養方式容易造成嬰兒維生素 B 缺乏。但在當地人看來，糯米是他們最重要的主食，很難想像以這種食物餵養孩子會造成問題。此外，以成人的食物餵養孩子，意味著孩子已經成為家庭的正式成員。因此人們堅持這樣的餵養方式不是由於思想上的抵觸，而是現代育兒方法無法提供這樣豐富的含義。

其次，現有婦幼保健服務雖然以可能出現的“問題”作為基本出發點，但是由於宣傳乏力，且始終圍繞“技術”和“指標”，所以與目標人群在這一問題上存在分歧。實際情況是人們從確認懷孕的那一刻起就以自己的方式來避免或減輕潛在的風險。

在缺少宣傳且正規教育中從不涉及與生育相關的內容的情況下，風雨寨和升平村的老百姓主要依靠代

際傳遞和社區網路來分享婦幼保健的知識。這其中包括孕產期的保養，飲食的安排以及諸多禁忌。需要說明的是，這其中並不都是傳統知識，而是融入了許多現代觀念。人們從電視和外出打工的經歷中可以捕捉到想像中“更美好的生活”的一些片斷。例如現在男人都知道妻子懷孕期間需要加強營養，減少體力勞動。下面我將以一個故事來說明風雨寨裏的人們對生育風險的認知：

風雨寨的芷蘭懷孕的時候只有二十一歲，婆婆和母親都有些緊張，向她傳授了許多景頗族婦女在生育期間的飲食禁忌。其中有一條是不允許吃芭蕉，因為老人們認為芭蕉那種色澤暗淡的粘液會影響孩子的皮膚，還會使孕婦的消化出現問題。芷蘭並不相信這些，她認為這些說法都是因為老人們缺乏科學知識。她從小就喜歡吃芭蕉，而且看過電視上說水果是有營養的，因此三個多月的時候她便慫恿丈夫岩龍去外面買給她吃。丈夫拗不過妻子，只好偷著滿足了芷蘭的心願。三天後，芷蘭忽然腹痛不止，大汗淋漓，並且出現輕微嘔吐症狀。家人把芷蘭送到醫院，靠輸液才把病情控制住。醫生認為可能是食物中毒，婆婆知道後盤問年輕的夫婦是否瞞著她吃了不該吃的東西。芷蘭最終承認自己吃了芭蕉，婆婆為此大為光火。此後芷蘭再也不敢亂吃東西，直到生育之後都非常聽從婆婆在飲食方面的建議。

我們採訪芷蘭的時候她已經懷上了第二個孩子，她說從那件事情之後她和丈夫就特別聽話，再也不敢再孕期間亂吃東西。按照她的話說，“那實在是太邪乎了，以前吃過那麼多芭蕉都沒事情，為什麼那一次就生病了？醫生也說奇怪呢，所以我覺得還是聽老人的話比較好。”

拋開上述這個故事究竟是否符合科學依據不談，我認為理解芷蘭思想轉變的角度，在於重視本地語境中“生育”所可能具有的風險。村寨裏的居民們之所以重視生育這一事件，不單是因為它是人口的繁衍，也因為它畢竟影響身體並可能造成事故。下面的圖可以說明，人們針對未知的風險，建立了怎樣的知識系統。



图 3 目标村寨妇幼保健知识资源示意

由此可見，人們對於生育過程中的風險認知是出於實踐經驗的積累，相應的，人們也會針對這其中的每一種問題儲備、學習相應的知識。與其說是人們堅守傳統，不如說現有的服務存在資訊上的盲點。人們所堅持的那些觀念和實踐，都是為了填補現代醫學服務中的意義空白。因此我們不應該對人們一方面接受現代醫學服務，另一方面又不肯放棄傳統信仰與實踐感到奇怪，正是現有的服務模式造就了這一文化現象。

最後，我仍然要強調社區文化與現代婦幼保健之間不存在所謂“文化障礙”，人們對西方醫學的認可以及希望改善就醫品質的願望被低估了，但這種接受並不代表人們認可或理解現有醫學服務背後的邏輯，他們有自己的選擇標準和評價體系。去醫院和到州府的商店裏買東西一樣，是生活品質提升的一種表現，人們明白現代醫學可以解決許多從前無法解決的問題。但經常可以聽到的對醫院、計畫免疫和醫生技術的抱怨，以及那些極端的醫患衝突的個案，則提醒我們社區居民生活中的決策 (decision making) 仍舊是以社區傳統和實踐經驗作為最基本的出發點。

由是觀之，如何認識社區傳統與現代醫學之間的關係需要更為謹慎的討論。我們不能認為在強有力的權力結構中，外部文化已然主宰了當地人的選擇與判斷。相反，我相信無論少數民族社區經歷多麼深刻的社會變革，人們依然不會輕易的將闡釋生活的權力完全交付他人。堅持這一視角就不難發現，即使在官方

文本中現代醫學的合法性絕對無法質疑，但對社區居民而言，那也僅僅是可供選擇的一種資源。人們依照自身的理解去重新思考“人”-“生活”-“就醫”等多要素之間的關係。小寒之所以信任黃鳳敏，其背後的原因之複雜遠非人們的“愚昧”或體制如何“官僚”所能解釋。每一個具體抉擇的背後，都是個體或家庭以自己為起點，去確認外部世界的具體實踐。

但另一方面，我又拒絕以薩林斯式的“並接結構”^⑤去解釋人們對外部醫學的複雜認知。我認為強調人們文化結構的延續必須要正視不均衡的地方權力結構。以風雨寨和升平村為例，若不存在計生系統與衛生系統之間的資源分配差異，沒有計生工作向社區生活的全面滲透，則人們對圍繞“生育”展開的外部服務的理解將會呈現另外一種狀態。官方文本對地方知識的拒絕和實際操作中醫務人員對多種知識的認可之間存在的矛盾有助於我們理解真正意義上的社區醫學現代化是如何展開的。分析醫學問題的象徵意義與考察地方政治經濟結構之間必須建立強有力的聯繫。

五、

在本文的最後一部分，我回到小寒之死的故事，解釋一下為何要以“B 超的隱喻”為題，概括我對當下社區婦幼保健服務的基本判斷。

所謂“隱喻”，簡言之就是亞里斯多德所謂“以它物之名名此物”，^⑥其特點在於指出事物本身的內涵並不在場。在蘇珊·桑塔格對愛滋病和癌症的論述中，“隱喻”一詞意在說明人們是如何在原本簡單的事物之上附著道德含義，從而扭曲原本簡單的邏輯，使疾病變成某種象徵話題。^⑦在本文中我試圖以“隱喻”來解釋社區婦幼保健服務中的象徵含義。

在小寒之死這個故事中，從村醫的提醒，到小寒夫婦與黃鳳敏合作完成檢查，到黃鳳敏失職導致小寒殞命，再到鄉衛生院柳勇針對該事件的強烈批評，串聯這些事件的關鍵要素是“B 超檢查”。原本單純的醫學技術，因利益相關者的立場、實踐之不同而意義不同。但這其中的困境是，除了醫務人員可以明確其初衷，社區居民與服務資源掌握者都在以各自的邏輯賦予其新的解釋。不同的人們建立的不同意義，在現實生活中相互衝突、妥協，形成目前社區婦幼保健服務看似混亂的局面。

“B 超的隱喻”說明一種強勢干預的背後所引發的社會變化往往因意義的錯位而與其最初設想背道而馳。在將來很長一段時期內，類似的邏輯仍舊具備不可撼動的主導地位，當地居民們還需要繼續在意義的夾縫中築就自己的“新生活”。

勿庸諱言，在已逾百年的中國現代化進程中，衛生服務向來是其中的重要內容。無論執政當局的立場或政治主張如何，發展現代醫學，以改造國民體質，增強民族素質乃是一以貫之的實踐。一方面，現代醫學的引進與“西學東漸”的歷史節奏相吻合；另一方面，人們對“衛生”或“保健”的追求包含著對外來文化衝擊的警覺還改變積貧積弱局面的迫切需求。因之，衛生服務現代化在中國決不僅僅是一項公共事務，它所代表的乃是一種複雜的意識形態與文化價值上的自我否定。^⑧

觀察風雨寨與升平村的婦幼保健服務可知，在服務提供者的藍圖中，通過外部醫學干預，可以使人們的生育活動進入“科學管理”的視野，從而有助於政府預知其中風險並採取對應措施。這一設計的核心在於以市場經濟中的“經濟人”假設，塑造具有能動性、新型價值判斷、可以獨立為自己的利益選擇行動策略的“新人”。而實現這一設想的手段有兩條，一是通過先進的技術直接干預人們的生活，二是通過一系列指標體系設定理想狀況，從而使一切干預具有了明確的目標和測量標準。

諸如此類重塑新人的努力，隱含著對傳統文化的某種否定。它的潛臺詞不僅是引入某些新的文化要素，而是要求人們逐步放棄舊有的生活方式。這雖是由複雜的歷史文化與政治體制所決定，但其基本原則已經帶有新自由主義的要求。在理想狀態下，資源分配者應當能以技術干預為基礎，將全新的價值理念和世界觀植入社區，從而完成對“發展”過程中的身體支配。^⑨

^⑤ 薩林斯：《何謂“人類學啟蒙”？20 世紀的若干教誨》，趙旭東譯，載《中國農業大學學報（社會科學版）》，2008 年第 2 期

^⑥ 亞里斯多德：《詩學》，陳中梅譯，北京：商務印書館，1996，p149

^⑦ 蘇珊·桑塔格：《疾病的隱喻》，程巍譯，上海：上海譯文出版社，2003

^⑧ 羅芙芸：《衛生的現代性》，向磊譯，南京：江蘇人民出版社，2007

^⑨ 這一實踐並非僅僅起源於改革後的特殊語境中，而是中國現代化一直堅持不懈的努力，在醫學史研究中，學者們曾經論述過諸如北京這樣較為大型的城市中，生育是怎樣被納入國家監控範圍內的。見楊念群《再造“病人”》，北京，人民大學出

但是，當這一改造求諸於行政系統主導，將服務物件當作“客體”，排斥對人們主題性承認的時候，其目標是否能夠達成便值得懷疑。推而廣之，以“發展”之名，中國近代以來複雜的現代化改造運動，既包括市場規則的引入，也包括空間、身體、文化的改造，使得社會文化呈現出前所未有的混亂與模糊，在傳統和現代之間所存在的張力也積聚著更難以把握的能量。我認為以“B 超的隱喻”為代表，以人類學經驗研究為起點，可將這種複雜局面概括為一種“雙重剝離”帶來的困境。

所謂“雙重剝離”，以我所討論的個案為例，包括兩層含義。一是指將根源於資本主義世界歷史與文化的“醫療保健”從它所賴以存在的文化土壤中剝離出來，當作改造人民身體與提升民族地位的手段引入少數民族社區。它的確包含著醫學含義，但同時其象徵意義與隨之產生的合法性又與前者存在背離。二是將原本嵌合在生命歷程與社區關係中的“生育”事件當作以“個人”為載體的改造物件，從而將其從社區生活中剝離出來，卻無法為其提供完整的意義表述，以致醫學干預與實際生活脫鉤。

“雙重剝離”造就了目前傳統社區中的文化困境，一方面人們在努力的尋求適應社會變遷的途徑，被迫繼承或者放棄某些文化要素，在複雜的地方權力格局中，這樣的適應必然存在顯著的不平等以致無法實現社會改造之理想。另一方面，在主體性不被承認，生命境遇不被關照的前提下，人們生活的延續是以無數的斷裂為代價的。再一次，我認為目前中國人類學研究當中處理“少數民族問題”^⑩的兩種主流範式：薩林斯式的強調文化邏輯不斷並接與政治經濟學發展視野中的系列批判，都需要做出修正。

從“發展人類學”（developing anthropology）到“發展的人類學”（anthropology of development），越來越多的人類學家對“發展”本身展開了批判。在後現代和後結構主義的影響下，人類學家通過深入的民族志書寫，揭示“發展”是如何遭到不同人群的抵抗和重組。¹¹這一領域中最為激進的人類學家阿圖羅·埃斯科巴相信，“發展”已經是一個被超越的問題，我們將以一種更簡單的態度開闢新的討論。¹²

我認為“發展的人類學”給我們提供了更為深刻的批判視角，但同時也隱含著某種危險性，我稱之為“積極的東方學”（positive Orientalism）。在那些宣稱告別發展，尋求一種其他替代路徑的主張中，非西方的“他者”再次充當了批判資本主義的注腳。這其中當然包含了對邊緣群體命運的關注，卻也隱含著不同語境之間的錯位。如某位哲人所言，人類歷史是已然出海的航船，在旅途中所發現的問題甚至漏洞，都不能寄希望於返回起點，而只能利用現有的資源進行及時修補。即使是對“發展”持最為激烈態度的學者，也無法否認大多數傳統社區在生存狀況尚存在的實際問題。此外更為重要的是，我認為“發展”已不僅僅是一個外部概念，經過數十年的實踐，它也已經為人們所改造，這其中必然蘊含著對主流意識的不滿與修正。置換甚至徹底推翻“發展”，以弱勢群體的遭遇對抗資本主義文化並不一定優於對“發展”做出某些修正，其主要原因就是那種嘗試在否定外部力量干涉的同時也使本地人的生活實踐化作虛無。人類學必須堅持這樣的立場：在發展和人類學同時遭遇挑戰的時候，既不放棄對“發展”內涵做出不斷的批判和質疑，又不能放棄對現實世界貢獻具有政治經濟學意義的參與。¹³

因此，真正的問題不是今天以何種方式取代“發展”，而是基於地方情景怎樣重新賦予這個概念以新的含義。中國人類學者朱曉陽認為，當下中國實踐的所謂“發展”是以新自由主義對個人的想像為起點，割裂傳統情境下“身”-“家”-“國”統一關係，將發展目標極端簡化的惡性循環。在關於昆明滇池小村改造的個案中，朱曉陽認為應當賦予人們的日常生活以優先考慮的地位，在社會政治理論中，充分關注人們對自身生活以及個人與他人、與文化自然生態的聯繫。¹⁴

朱曉陽教授的研究對我梳理少數民族村寨中婦幼保健服務資料有兩點啟發：第一，即使在外部醫學服務地位依然強勢的條件下，“生育”在傳統社區中都不僅是一個醫學事件，它的內涵超越了現代醫學的解釋範圍，必須在人們生活實踐的背景中才可以得到充分理解；第二，在承認“發展”的積極含義之前提下，必須以人類學的視角去充實“發展”的願景，調整“發展”的路徑，更新“發展”的內涵。我將此概括成

版社，2006，p127

^⑩ 我本人不願意使用這樣的一個概念，但在目前中國人類學的研究中，“少數民族”仍舊是國家政治邊界內部一種理想化的他者。在大量的以少數民族社區為物件的研究中，人們往往會認定“他者”是相對孤立或保存了更多“小傳統”。

¹¹ 其中的代表有 Nash, J. 1970. *In the Eyes of the Ancestors*. New Haven: Yale University Press; Ribeiro, G. L. 1994. *Transnational Capitalism and Hydropolitics in Argentina*. Gainesville: University of Florida Press; Pigg S. 1995. *The Social Symbolism of Healing in Nepal*. *Ethnology* 34(1), pp. 1-20.等

¹² 阿圖羅·埃斯科巴：《人類學與發展》，載《國際社會科學雜誌》，1998年第4期

¹³ 凱蒂·加德納，大衛·路易士：《人類學、發展與後現代挑戰》，北京：中國人民大學出版社，2008，p153

¹⁴ 朱曉陽：《“家園”與社會政治理論》（未刊稿）

為：Life Oriented Development。

Life 一詞在英文中既有“生命”之義，又可指“生活”。這一雙關義恰巧能說明本文反思的兩重含義：第一，對“生命”狀態的理解應包括更為複雜的地方文化解釋，任何試圖改良人們身體狀態的嘗試都必須與地方知識之間實現某種對接；第二，所謂“發展”，其起點與終點都只能是人們的日常生活，脫離這一基本軌道而懸置於社區之上的種種實踐既無法實現其目標，還將不斷地干擾社區自發文化再生產的過程，從而將“發展”的代價轉嫁給當地居民。

發展人類學的研究說明，寄希望於社會總體發展的邊際效應帶動邊緣社區做出改變的所謂“滴漏效應”（trickle-down effect）僅僅是空中樓閣。遠離與日常生活的對話，忽視人們對“意義”的再次闡釋，帶來的是資源與成本的無效投入、當地生活的文化斷裂以及社區主體性的萎縮。諸多失敗的案例說明，當下主導發展中國家外部干預的主流意識形態，正因其對話管道的自我封閉而日益退化。一方面是人們不斷地接受外部文化刺激，試圖在新的世界文化秩序中尋求自身的尊嚴與道路，一方面是大而無當的干預計畫失去細節的思考而僅憑宏大目標而變得搖搖欲墜。現代化的主事者們以“浮士德式的”（Faustian）勇氣向緩慢、低效、模糊的傳統生活宣戰，但看似摧枯拉朽的勝利背後留下了太多沉默與失語。

我們必須要重建一種“面向真實生活”的發展圖景，需要在資料指標和技術實施背後建設“意義”的平臺。在以“改善人的境遇”為基本前提時，需要放棄將原本複雜的世界文化加以通約（commensurate）¹⁵的妄想。我們需要建設的乃是一個多樣、豐富的未來，不再有“隱喻式”的遮蔽，人人都有權決定自己的道路。

¹⁵ Elizabeth Povinelli, *Radical Worlds: The Anthropology of Incommensurability and Inconceivability*, *Annual Review of Anthropology*, Vol. 30 (2001), pp. 319-334