

# 中國艾滋病的防治

## ——人類學整體論原則的實踐

● 莊孔韶

在中國，傳統上的疾病防治工作總是醫生和公共衛生專家參與，然而二十世紀末葉開始的關於性病艾滋病的防治工作中，已經有社會學、人類學和心理學的專家參加進來。的確，多學科知識的捲入，大大有利於認識疾病本身及其相關的社會文化成因與聯繫。人類學擅長於研究區域社會文化特徵及其基底上的人性問題，為此，人的先天的生物性和後天的文化特性之交互影響，總是處在我們的觀察之中。這也就為人類學實踐其相關理論並轉而應用於大社會的疾病防治工作打下了基礎。

### 一 關於戒毒禁毒的研究： 人類學思路的啟示

我們可以以戒毒禁毒為例來說明人類學思路的特徵。毒品對現代人類的危害已經相當嚴重。就當今世界上應對人類毒品成癮性的治療實踐，業已存在的常見辦法，如以特定的藥物

之替代(如針對海洛因毒品依賴者的美砂酮[Methadone]替代法)或直接考慮用醫療手術(儘管飽含爭議)，其基本的思路和方法論均是針對人類生物性的科學主義。然而，單純科學主義的出發點和效果，不斷受到來自忽視人性與文化方面的多種質疑<sup>①</sup>。而同樣，特別是染毒的人們在大陸常見的強制戒毒機構的效果也不明顯，主要表現為復吸率仍很高。這多是因為懲治性戒毒常常以好人／壞人二元對立的出發點看待他們收編的戒毒者，歧視現象嚴重，尤為忽視人的尊嚴，其簡單生硬的訓斥和懲治做法，成為日後出現高比率復吸行為的思想與體驗的基礎。應該說，上述醫療和懲戒辦法的缺陷表明，如要找尋人類成功戒毒的途徑，還有另外的思路，即也可以來自人性與文化之尋覓。

人類學擅長於認識人類群體存在的生物性基礎和其所在族群文化的整體性(bio-cultural holism)關聯。為此，我們就必須把生物和文化兩個半偶族維持成一體。這樣我們才能既看

二十世紀末葉開始的關於性病艾滋病的防治工作中，已經有社會學、人類學和心理學的專家參加。人類學擅長研究區域社會文化特徵及相關的人性問題，人的先天的生物性和後天的文化特性之交互影響，總是處在我們的觀察中。這就為人類學實踐其相關理論並轉而應用於社會的疾病防治工作打下基礎。

1994年雲南寧蒗縣跑馬坪鄉首次發現海洛因毒品，1999年已有22人染毒。這一嚴峻時刻，彝族頭人們動用了緊急磋商的家支自救機制，召開了由二十多頭人和「德古」參加的禁毒籌備會。根據彝族的曆法和習慣法，儀式選擇在「虎日」盟誓：戰爭儀式對象被頭人們認定為毒品本身，儀式上的喝血酒和起誓的話語不可反悔。結果表明，「虎日」民間戒毒模式相當有效。

到人們行為中的生物學動機，又看到其文化動機<sup>②</sup>，人類的生物屬性和文化屬性需要同時加以考察，已經成了人類學思考人類問題的原則出發點之一。

以筆者從1999年開始的一項田野戒毒研究為例，在我們的田野調查點，中國雲南省寧蒗縣跑馬坪鄉（人口千餘）首次發現海洛因毒品是在1994年，到1997-98年毒品傳播擴散加快，1999年已有二十二入染毒，並在很大程度上影響了彝族的家庭生計和地方社會治安。面對毒品的危害，小涼山的彝族人如何應對呢？這是一個嚴峻的時刻，我們發現這裏彝族的頭人們動用了緊急磋商的家支<sup>③</sup>自救機制。

1999年初，嘉日家族舉行了由二十多頭人和「德古」<sup>④</sup>參加的禁毒籌備會。會上完成了對該家支吸毒人員的調查；對該地區販毒人員調查並舉證；宣布舉行嘉日家族禁毒盟誓動員會議。根據彝族的曆法和習慣法，如果是和外界的力量宣戰的盟誓儀式一定要選在「虎日」。這次「虎日」的戰爭儀式對象被頭人們認定為毒品本身，儀式上的喝血酒和起誓的話語不可反悔。

1999年11月30日，嘉日家族召開禁毒動員會議。第二天全體族眾集合在祖先的神山面前，舉行嘉日家族禁毒盟誓儀式。主要程序是：講解毒品的邪惡，並由「德古」宣布向毒品宣戰；由畢摩<sup>⑤</sup>念經以求先祖的保佑；被戒毒者二十二入當眾輪喝「決心酒」，並對祖先發誓不再吸食；集體儀式完成後，分別到每一個宣誓戒毒者家中完成小型家庭戒毒儀式。如今，1999年禁毒儀式的二十二名吸毒者中有十四人戒毒成功，佔64%。他們不再吸毒的時間已經超過六年；而且那裏的家

支和家族建立了戒毒協會，其儀式涵蓋的地理範圍同時成為無毒社區，毒品販子難以入內。這樣的結果表明小涼山彝人的家支、信仰和習慣法在聚集力量上的有效性。

2002年，彝族頭人們決定開始一次新的「虎日」行動，以便進一步把1999年的虎日儀式的範圍擴大到整個家支範圍。在我們多年的人類學追蹤調查基礎上，終於容易獲得了直接捲入民間習慣法與盟誓儀式的全過程細部（並拍攝電影《虎日》<sup>⑥</sup>）的機會。這次新的虎日儀式至今（已滿四年）記錄到新的十六位戒毒盟誓者中有87%（十四人戒毒成功）的高戒毒成功率。

對上述小涼山彝族戒毒禁毒行動成功的原因，我們已有詳細的論文加以總結<sup>⑦</sup>。在當地的條件下，他們動用古老的文化資本——信仰與盟誓儀式、習慣法、家支組織、尊嚴與誠信、族群認同、教化與道德約束等方法戒毒，將人類學的人類研究的整體性原則之應用展現在我們的面前。筆者特別強調的是，在解決戒毒、艾滋病防治問題上，一般都是醫生和公共衛生專家在做工作。「虎日」民間戒毒模式的重要發現是，我們在解決人類的社會問題時，科學的思路和方法論不是唯一的。我們還有第二個思路和方法論，即人類學家採納的不是科學的方法，而是從區域文化底色上的人性為出發點，尋找另一種綜合的、難於量化的文化的諸種動力，讓它提升為人的堅強的毅力，在一定條件下，戰勝因毒品引發的人類生物性的成癮性。儘管這是在特定的族群文化社區的特定的辦法，然而，人類學給出的這一文化的詮釋及其成功實踐的意義在於，在科學以外還有一種可以如願以償的成功的文化動力可以運用。

我們在戒毒禁毒的工作中運用人類學的整體性原則，所抽繹出的諸種文化的動力之有效性，證明了禁欲與戒欲所呈現的人類提升毅力的可能性，那麼，挖掘區域文化力量的潛力就是可能的和可行的。這是人類文化多樣性的事實使然，只不過世界各地區域文化的智慧需要人們去挖掘和發現。

## 二 搶救人類的自律特性

既然以文化的力量提升人類的毅力去戒毒是可能的，那麼，提升毅力去禁欲和戒欲應該也是可能的。現在讓我們討論一下國際艾滋病防治工作的所謂「ABC預防原則」，即戒欲／禁欲 (Abstain)，忠誠 (Be faithful) 或在A和B不行的話使用安全套 (or use condom if you cannot follow A or B)。該原則在大多情況下已經成為官方原則。這是說它存在的合理性的一面；然而似乎還有在艾滋病防治項目實施過程中不甚合理的另一面，需要再加以評估。

關於A、B、C的內涵，根據筆者的進一步分類，世界各地人類的戒欲／禁欲和忠誠的思想與行為頗受各種不同文化理念的支持，然而這些表現 (A和B) 基本上屬於人類文化和區域文化支持的自律的可能性和可行性。比如說，不步入色情場所、不實行多性伴、年輕人推遲性行為年齡和婚內忠誠等就屬於自律的行為範疇；同樣，上一節提及的克服毒品成癮性的盟誓戒毒行為也屬此列。而針對那些做不到戒欲／禁欲和忠誠 (非A和非B) 的、被認為是不可救藥的人群 (C) 所設定的防治方法，即根據安全套的物

理阻隔功效割斷通過性傳播艾滋病的可能性。當然，這是可能的。但筆者的見解是，A、B原則的設定重視人類自律的可能性的文化與人性關注，而C原則的基本出發點則屬於針對那些「不能自律的人群」，或很難把握和控制的另一種常見表述的「高危人群」(如商業性服務者、長途卡車司機等)，而引出的「萬全」防治對策，應該是人類自救方式的下策，以及表現出失卻人類自信的防治策略的底線判斷。

在第三世界，很多國家的社會文化結構是不同的。烏干達實行多妻制，因此和多數一夫一妻制地區不同，堅持一個妻子或一個性伴是有困難的。1986至1991年，烏干達起初的艾滋病防治工作是以促進減少性伴、推遲年輕人性行為的年齡和禁欲為主要內容。而多妻制下的相應口號是對妻子們忠誠和「在家花心」<sup>⑥</sup>。然而，那時烏干達的安全套使用率僅僅為5%或者更低，說明當時安全套並沒有起到重要作用，而安全套以外的那些促成基本行為改變的多種教育干預活動，的確有降低艾滋病流行率的功效。

不僅如此，烏干達和其他一些國家的宗教團體和學校有興趣，而且有精神的動力和主動性參與防治艾滋病的宣教工作，它們不用很多資金就可以在宗教團體和校園裏獲得很多信眾和聽眾，例如禁止婚前性行為和婚內忠誠的教育就是這樣進行的。他們喜歡以面對面的溝通獲取艾滋病防治知識，從而認識到人的行為應該改變和能夠改變。

在烏干達防治艾滋病早期，他們在沒有安全套市場營銷、自願諮詢檢測和廣泛的性病治療之情況下，HIV流行率最低<sup>⑦</sup>。事實上，由於第三世

國際艾滋病防治工作的A、B原則的設定，重視人類自律及文化與人性關注，而C原則的基本出發點則屬於針對那些「不能自律的人群」。但是，很多國家的文化結構不同，烏干達實行多妻制，要堅持一個妻子是有困難的。因而烏干達早期艾滋病防治工作是以促進減少性伴和禁欲為主要內容。多妻制下的相應口號，是對妻子們忠誠和「在家花心」。

使用安全套預防艾滋病，這一所謂「萬全」的人類自救下策，其實質是試圖以科學主義方法的「絕對性」掃除人類自信的文化基礎。單純推廣安全套的做法忽視人類及區域人民的自律精神，隱含無視小國或小民族文化生存的尊嚴的霸權主義，還包含着全球特定商業壟斷。

界資源匱乏，以及某些特定的生存條件下也限制了安全套的普遍使用。在疾病流行的早期，烏干達總理穆薩維尼 (Yoweri K. Museveni) 在與國際社會、資助者和健康專家討論相關問題時，一直反對單純強調安全套的作用。在1991年「中部和東部非洲艾滋病防治大會」發言摘錄中，他明確表示：

正如1940年早期提供的「魔術子彈」，我們現在被提供的是為了所謂「安全的性」的安全套。我們被告知僅僅一層薄薄的橡膠橫亙在我們與死亡大陸之間。我認為安全套可以起到重要的保護作用，特別是在顯示艾滋病陽性的夫婦之間，但它不是阻斷AID病毒的主要方法……像我們這樣的國家裏，一位母親經常不得不走二十里路去為她生病的孩子拿到一片阿司匹林，或者走五里路去取水，這樣持續供應安全套的問題恐怕永遠無法解決。

這表明，安全套全球推廣的「一刀切」做法，不僅不分高危人群和一般大眾，也常常忽視區域、國別與族群文化的特點；這一所謂「萬全」的人類自救下策，換一個角度也可以說，其實質是試圖以科學主義方法的「絕對性」掃除人類自信的文化基礎。今日民航機場「人人過關」式的安檢已經反映了人類自覺、自信和自律的悲情，然而艾滋病防治的自律教育是不能同日而語的，這一自律教育是方興未艾的良策，需要大張旗鼓地去做，而不是一開始就採納旅客登機暫短時間內判定「炸藥」攜帶者的安檢方式，在自律的教育方式仍有巨大空間的情形下，一味突出安全套的使用百分率是不妥當的。

然而，最近聯合國大會特別分會 (UNGASS, United Nations General Assembly Special Session) 還是決定把推薦唯一與行為相關的安全套使用做為官方指標，這勢必會影響全球的艾滋病防治工作的主導方向。而且，非常不幸的是，UNGASS關於青年的艾滋病控制項目中並沒有禁欲、推遲性行為和減少性伴方面的指標。這意味着安全套使用是他們的唯一關注<sup>⑩</sup>。

因此，我們可以說，單純推廣安全套的做法以科學主義、絕對性和簡單化 (所謂國際性的「一刀切」) 忽視人類及區域人民的自律精神，其中隱含無視小國或小民族文化生存的尊嚴的霸權主義，不僅如此，還包含着全球特定商業壟斷 (公共衛生與醫療用品) 與項目援助的有條件性相關。例如在1991年以前，烏干達的本土做法是對全民的A、B宣傳，以及那裏民族自己的策略和應對方法，根據自身民族結構的特點，強調對多妻婚姻的忠誠，以及推崇面對面的溝通。他們還利用宗教組織和學校教育，在那個資源匱乏的國度使防治艾滋病干預活動效果卓著。然而，只是到了1992年起，烏干達才不情願地答應國際社會開始推廣安全套，而正是從那時起，其疫情下降，表明前期工作的有效性<sup>⑪</sup>。令人遺憾的是，1998年，日內瓦召開的世界艾滋病大會 (第七屆) 上，一位烏干達專家發現A、B策略的實施對遏制艾滋病很有效，但他卻在那屆大會論文中，只提到安全套的有效性。問及原因，他很不好意思地說：「我們接受美國的資助，當然他們更有興趣聽到安全套」<sup>⑫</sup>。

對於這一國際性的安全套政策，格林 (Edward C. Green) 認為有其歷史原因，那是由於當初在非洲或資源貧

乏國家設計干預方法時，唯一現成的干預模型是在美國同性戀人群中開發出來的，進而推行全世界。然而，多年來的國際經驗表明，針對高危人群的政策不能等同於一般人群，應該區分降低風險和避免風險之不同。大面積推廣安全套的思想只是降低風險，而戒欲、禁欲和忠誠等教育原則則是避免風險，而避免風險說明人的行為可以改變，即人類的自律是可能的；而安全套「一刀切」政策則定位於人類行為難改。

我們說在所謂高危人群中實施安全套教育是有益的，但倘若沒有對一個地方文化的深入理解，不分辨對象就開列全球通用的靈丹妙藥是難於奏效的。何況某些地方的人民一旦對某個安全套防治項目中可能的形式主義有了無奈的體驗，反過來很容易出現問卷和統計中的不實之詞，到頭來魚目混珠還得再行驗證，豈不是自找麻煩？顯然，這樣說，也就順便指出了世界各地艾滋病防治工作中因單純科學方法防治導致項目形式主義的問題。

根據烏干達的實例和在中國多年防治艾滋病工作的對比研究，可知在不同國家和地區，特別在第三世界，A、B教育等工作至今具有很大的潛力。利用文化資源調動地方人民的自律精神和尋找地方自律的不同的做法，不僅不麻煩，反而很容易喚起眾多志願者（如中國雲南瑞麗緬甸的和尚、新疆伊寧的阿訇、基督教的牧師和彝族的畢摩等講經和作法等）。在中國，利用現成的婦聯組織、學校和寺廟等對各界人士進行自律的教育，不僅涵蓋人口面積大，而且可以節約大量經費。這樣挖掘本土資源的做法，事半功倍，何樂而不為！

即使是對那些所謂的高危人群，也要根據不同的文化特徵、群體組織情況，以及不同場景尋找相應的方法。尤其需要注意的是，推廣安全套工作的不同時期，需要根據同時並舉的自律性教育效果，不失時機地挖掘該高危群體成員尚未泯滅的自律精神，不斷燃起他（她）們脫離色情業（場所）、不再實行多性伴和扶植返回婚姻等的自律行動中去<sup>③</sup>。這就是說，安全套阻隔的科學辦法不是唯一的，在更廣大的民眾中間提升自律的教育，仍然是目前國際國內防治艾滋病項目的首要的工作（然而是非常薄弱的環節）；尤其在各地尋找那些不同文化特色的、大面積成功的自律教育方法，是恢復高危人群自信力的重要出路。

科學和文化之間不是矛盾對立的，而是可以相輔相成的，而以自律為先導的艾滋病防治工作是唯一保持人類尊嚴的生命實踐，科學的精神需要和世界各地人民的文化整合才能更好地解決人類特定疾病的困擾，贏得健康美好的生活。

### 三 臨終關懷時刻病人「失蹤」的解釋

由於艾滋病這種疾病尚屬不治之症，死亡率高，在那些特定的吸毒共用針管群體、採供血感染艾滋病特定地區、以及經性行為感染HIV病毒的多發群體可以看到類同的瀕死現象，因此對上述人群臨終關懷的工作實屬重要。不過我們在一些地區的醫院發現，當對生命垂危的艾滋病病人實施臨終救治與關懷的時候，常見有病人「失蹤」的現象，或者病人根本不到醫院去。

烏干達根據自身民族特點，強調對多妻婚姻的忠誠，到1992年才不情願地開始推廣安全套。令人遺憾的是，1998年一位烏干達專家雖然發現自律對遏制艾滋病很有效，但他卻只提到安全套的有效性。他說：「我們接受美國的資助，當然他們更有興趣聽到安全套」。

彝族人死在外面，被認為難於被祖先認同，因而病危者常被家屬悄悄運回家中。就是說，醫學科學的臨終關懷原則常常落空，而區域文化中關於生死的哲學、一套涉及民俗的信仰儀式總是由地方民眾率先實行。了解不同文化的臨終關懷思想與習俗，並與醫學原則有效整合，才能建立符合區域民俗倫理的、可操作的臨終關懷本土模式。

譬如，中國西南部大小涼山的彝族人看病治病，並非首選醫院，而是請「畢摩」（地方宗教師）做儀式；彝族人死在外面，被認為難於被祖先認同。為此住院的彝族病危者常常還沒有履行醫療上的臨終關懷科學程序，病危者早已被家屬悄悄運回家中。就是說，相當多的地方調查經驗顯示醫學科學的臨終關懷原則常常落空，而區域文化中關於生死的哲學、一套涉及民俗的信仰儀式總是得到地方民眾率先實行。所以，了解不同文化的臨終關懷思想，從不同文化的臨終關懷行為與習俗中汲取文化資源，將臨終關懷的文化原則與醫學原則有效整合，才能建立符合區域民俗倫理實際的、可操作的臨終關懷本土模式。

進一步說，彝族人的生死觀來源於祖靈信仰和畢摩文化。根據彝族頭人嘉日姆幾（楊洪林）的研究，在這個信仰體系中，人們認為個體在死亡之後，通過必要的送靈儀式他們就能同自己逝去的祖先們生活在一起，死亡只是另一個生命的開始。因此彝族人能極為豁達地看待自己的生命和死亡。魂歸祖界是所有彝族人的精神歸宿，死亡只是進入另外一個世界的物質準備。當然，他們的臨終關懷自然也成為了回家的另外一種儀式。

彝族人臨終關懷最大的特點就是它的儀式性，一般採取這樣的步驟：生病→占卜→儀式→醫院→占卜→儀式→死亡→儀式。自從生病的那一刻起，人們就選擇用占卜來尋找自己的病因和補救措施，補救措施的實現靠宗教儀式的實踐。畢摩和蘇尼<sup>④</sup>掌控所有的儀式，他們將病因解釋為來自鬼神祖三界的非人格性力量對人間平衡的擾亂，因此要用儀式來恢復平

衡。占卜之後的儀式如果沒有效果，人們會將病人送到醫院，那裏可以說是拯救病人的最後的物質希望。如果醫院不幸宣布病人的臨終，剩下的儀式基本上都是直接針對死亡而舉行的。在彝人瞑目之時，有一特殊的宰羊儀式——「斷氣夥伴羊」。這隻羊必須是綿羊，牠的用意是陪伴逝者前往祖地，並為主人蕃衍成千上萬的羊群；而送靈儀式是彝族社會中逝者向活人社會延伸的必須享受的特利，彝族人將到達祖地視為人生的最終目的，而且，選擇最有威望的畢摩為自己送靈不僅僅只是臨終者的意願，也同樣是活着人們的義務。這樣的權利關聯着死者向生者的權利，生者對死者的義務，基本上可以理解為彝族人臨終關懷實踐的主題<sup>⑤</sup>。

以下我們擴大討論臨終關懷的另一面，即科學治療和人性的關係問題。以中國為例，大中城市中的多數人並不是宗教信仰者。所謂無神論者一旦遇到不可知現象的時候，也會以各不相同的辦法尋求寄託；但其人生頗容易受到儒家入世和出人頭地的生命追求，加之現代商業市場經濟之左右，在競爭激烈的人生過程中，死亡往往被認為是失敗的表現。因此，垂危者在心理上採納不接受瀕死的態度，臨終與死亡成了社會忌諱的話題，對死亡充滿恐懼和痛苦。現代生活水準提升和醫療體系改善，死亡也愈來愈多地發生在醫院，醫生、家屬和病人都不惜一切代價抗擊死神，常常出現人為延長死亡過程的情形，致使患者臨終時的急救帶有極大的痛苦，甚至在有的時候不當地採納如切割氣管使用呼吸機延長生命狀態的做法，實際上大大侵犯了病人的尊嚴和人格。人們認為死亡是孤獨的，因為

大陸城市醫院的危重病人最終死在不許探視(或被規定的、數天間隔的、很短的探視時間)的監控室的陌生環境和陌生人中間，難以得到親人的安撫，帶着「治療」的痛苦遺憾地死去。在某種意義上說，所謂「安樂死」等多種善終之見解的出發點之一就包含着探討和解決人類死亡過程的品質問題。

到目前為止，中國並未將臨終關懷醫院與一般綜合性醫院在政策上予以區分，而是同樣遵守國家、省市、地區對於綜合性醫院的一般規定，到目前為止還沒有專門的有關臨終關懷機構的政策和管理法規，只是有一些臨終關懷機構自行總結出關於臨終關懷的規範和管理制度，尤其缺乏對艾滋病患者的臨終關懷政策扶持。雖然國家頒布法律、政策，嚴禁歧視HIV感染者和艾滋病病人，但部分法規缺乏可操作性，一些地區並無檢測出HIV病毒後應如何處理的明文規定，為艾滋病患者帶來無可預料的困難。唯有在學科設置上，中國現在已經將臨終關懷作為一獨立學科，在《醫療機構診療科目名錄》(2001年11月)中出現(列位24)，並將臨終關懷的內容正式列入衛生部制訂的社區護理教學和全科醫生培訓大綱<sup>⑥</sup>。

說到有關臨終關懷的醫學書籍，較前已愈來愈多地涉及醫學救治和仁愛精神之結合的具體辦法，然而在醫院臨終的事實表明，醫學救治和多元文化倫理之間的關係尚未得到充分理解與整合。醫學院畢業生的知識雖說已經注意到人類普遍倫理的重要性，但更多關注的和使其受益的是那些大中城市的人們。在多民族的發展中國家的縣鎮基層，尚未能注意區域特性(如穆斯林地區、小乘佛教地區等)與

特定族群(如彝族、傣族、哈薩克族等)的文化與民俗倫理，以致多樣性文化族群的臨終關懷工作難以僅憑醫學科學程序落到為不同族群認同的實處。

「臨終關懷」一詞譯自英文Hospice，原是歐洲中世紀設立在修道院附近為朝聖者和旅行者提供休息和治療照顧的地方。也有的國外專家將臨終關懷表述為：「end-of-life-care」。實際上臨終關懷的本質是對無望救治的病人的臨終照護，它不以延長臨終病人的生存時間為目的，而是以提高病人的臨終生命質量為宗旨；對臨終病人採取生活照顧、心理疏導、姑息治療，着重於控制病人的疼痛，緩解病人的痛苦，消除病人及家屬對死亡的焦慮和恐懼，使臨終病人活得尊嚴，死時安逸。此外，還應為家屬提供包括居喪期在內的心理、生理關懷，諮詢及其他項目服務<sup>⑦</sup>。儘管上述意見已經涉及到人類心理與靈性，但區域文化與族群風習仍沒有被強調，以致全國各地醫院的醫生(醫學院就少有區域文化課程)難得理解他們所在醫院所服務的地區的文化哲學與習俗。

就中國的不同地域、族群、信仰的文化中，都有其固有的臨終哲學與儀式習俗。例如從信仰上大略而言，我國西北的伊斯蘭教，東北的薩滿教，西南的小乘佛教和多神崇拜，南部的民間信仰，中原社會的佛教、道教等都有不同的臨終關懷理念、儀式和程序。隨之，問題在於當臨終關懷的事實開始呈現的時候，急需考慮的問題是如何將地方文化的信仰、儀式、習慣與醫院的醫療救治相結合，這是需要加以跨學科和跨行業整合解決的問題。我們注意到在中國廣大的版圖，儒家重生安死、道家生死達

臨終關懷的本質是對無望救治的病人的臨終照護，以提高病人的臨終生命質量為宗旨。在中國不同地域、族群、信仰的文化中，都有其固有的臨終哲學與儀式習俗。這樣，急需考慮的問題是如何將地方文化的信仰、儀式、習慣與醫院的醫療救治相結合，這就需要跨學科和跨行業的整合。

在海峽兩岸的醫院，有許多僧尼默默地從事臨終關懷工作。當代佛教界強調通過助念，盡量使臨終者正念分明，得以往生淨土，又能使亡者家屬受到溫馨關懷、解除悲痛、種下菩提善根。北京朝陽門醫院臨終關懷病區一位信仰佛教的病人臨終前，要求按照佛教的規矩二十四小時不能動，得到醫院支持，這樣病人走得安詳，家屬心理也得到安慰。

觀、佛家往生極樂，諸種思想之文化邏輯如何從其意義層面轉述為臨終關懷的實踐程序，仍須做頗多努力。我們注意到佛教界的一些努力就屬於這種轉換。佛教認為死亡既然是「往生」，乃「捨此投彼」之意。生命乃是由色身及靈魂(神識)構成。物質性之色身必隨因緣而變化、死亡，精神性之靈魂(佛教謂之神)則是由原有的生命形態，轉化為另一生命形態，而並未死亡。

在海峽兩岸的醫院，有許多僧尼在默默地從事臨終關懷工作。當代佛教界一般強調通過助念，盡量使臨終者正念分明，得以往生淨土，反對使用插氣管內管、做心臟按壓、電擊等方法作無用的急救，甚至不主張注射強心劑、嗎啡等藥物延長死亡過程、減輕臨終痛苦，這會擾亂臨終者的正念，障礙其往生。臨終助念既能幫助亡者往生極樂世界，又能使亡者家屬受到溫馨關懷，幫助其解除悲痛、安定身心、種下菩提善根，還能廣結人緣、積累功德，幫助助念者自己往生極樂世界。在具體的操作上，應根據病人不同的心理需求採取相應的措施。對已經能夠接受死亡的病人，醫護人員應協助病人家屬盡量滿足病人臨終前的需要。據調查，北京朝陽門醫院臨終關懷病區一位信仰佛教的病人臨終前，要求按照佛教的規矩，二十四小時不能動，這將關係到是「上天」還是「下地」的問題。病人家屬希望醫院能夠配合他們，醫院十分支持他們，這樣病人走得安詳，家屬心理也得到安慰<sup>⑩</sup>。

基督教的生死觀基於原罪的觀點，基督徒相信耶穌是救世主基督，獲得上帝的寬恕，就能「永生」，死後

在天國，親人會再見面的。而且未來的世界是上帝的世界，比當下這個世界更美麗、更光明、更幸福，因此死亡是不可怕的，死亡是永生的開始。當然，中國目前最多的臨終關懷還只限於教會信徒內部，這又分為教牧人員的引導和關懷，以及普通信徒對患者及其家屬的關懷。以基督教的哲理建立起來的臨終關懷，信守以下原則：對臨終患者進行「全人」、「全家」、「全程」、「全隊」的照顧，透過團隊的關懷，讓臨終病人及其家屬得到身、心、靈完整的醫療和照顧<sup>⑪</sup>。基督教神職人員在臨終關懷的團隊中，特別在其「靈性及宗教信仰關懷」上有着獨特的地位和功能，而且基督教和醫學的長久的歷史性聯繫使得臨終關懷的醫療程序和儀式活動之結合早已形成傳統。

因此，醫療與公共衛生意義上的臨終關懷研究應和哲學社會諸學科相結合，共同從哲學、醫學、法律、生命倫理學和宗教的角度認識臨終關懷的觀點，以及各年齡段對臨終與死亡的態度，臨終病人的心理狀態，對不同年齡臨終病人及家屬的輔導技巧，喪葬禮儀及習俗等。在HIV/AIDS病人生活的社區，要加強艾滋病的健康教育，提高社區人群的認知水平，減少和消除歧視，改善感染者和病人的生存環境。

從2002年起，筆者參與的中英性病艾滋病防治項目關於臨終關懷手冊的編纂項目，就是以人類學家(帶領其研究生)和醫生、公共衛生專家攜手調研。課題組在研究報告的基礎上，嘗試寫出臨終關懷推廣手冊，旨在提供臨終關懷過程中可操作的原則與方法，以幫助基層醫護工作者、艾滋病

和癌症以及其他臨終病人及其家屬、社會工作者和其他普通人，使其處變不驚，積極協作，為沒有治愈希望的臨終病人及其家屬提供舒緩療護和心理關懷。尤其需要強調的是，參與和捲入臨終關懷事項過程的人員須不斷了解和理解不同民族、不同文化、不同信仰的人們的生命哲學、風習、儀式、情感與心態特徵，使每個臨終病人都能舒適平靜地度過人生這一重要階段。通過這一研究工作，各界人士都進一步認識到，只有把普遍的醫學科學與區域的多樣性文化聯成一體來看待人類的臨終時刻，人本的和仁愛的精神才能落到實處，從而實現世界各地的人民都能步入人生平安幸福的旅程。

### 註釋

① Richard Parker, "Sexuality, Culture, and Power in HIV/AIDS Research", *Annual Review of Anthropology*, vol. 30 (2001): 163-79.

② 高斯密 (Walter Goldschmidt) 著，張海洋譯：〈論人類學諸學科的整體性〉，《中央民族大學學報》，2000年第6期，頁1-7。

③ 家支是中國大小涼山地區彝族的著名的親屬組織，英語可大體借用lineage一詞。一個家支有共同的祖先，由若干家族組成，有各自的棲息地域，是政治、經濟和軍事的基本單位。家支內行父子連名制，家支利益優先，對內成員互助和對外一致性是維護家支認同的不可推卸的責任與義務。家支行外婚制，存在集會制度和畢摩信仰體系。

④ 德古是彝族社會中有能力、有權威的執法者。他們以理服人，表現公平、準確和力量。他們是公認的、而非正式任命的撥亂反正的大智大勇者。

⑤ 畢摩是彝族社會中具有主導性的神職人員，一般來說為父子相承，他們掌握經書知識，擅長籲請保護神借儀式助法。畢摩不僅是彝族民間祭祀的神職人員，而且是彝族家支社會一套完備的信仰體系中的重要角色。

⑥ 《虎日》人類學紀錄片已經出版，請見莊孔韶主編：《人類學概論》(附壓縮光盤七部電影之一)(北京：中國人民大學出版社，2006)。

⑦ 見莊孔韶、楊洪林、富曉星：〈小涼山彝族「虎日」民間戒毒行動和人類學的應用實踐〉，《廣西民族學院學報》，2005年第2期，頁38-47；莊孔韶：〈「虎日」的人類學發現與實踐——兼論「虎日」影視人類學的應用新方向〉，《廣西民族研究》，2005年第2期，頁51-65。

⑧⑨⑩⑪⑫ Edward C. Green, *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries* (Westport, CT: Praeger, 2003), 1: 17; 11-15; 11-15、153; 217-18。

⑬ 劉謙涉及四川瀘州色情業的博士論文將進一步對A、B和C的關係與設定做中外比較文化述評。

⑭ 彝族社會的蘇尼被認為其出現早於畢摩，亦是溝通人鬼的角色，但身份不會世襲，威信亦遜於畢摩。蘇尼做儀式時籲請特定的神，而且不使用經書。

⑮ 嘉日姆幾：〈試析涼山彝族傳統臨終關懷行為實踐〉(2002)，又見「彝族人網」(www.yizuren.com)。

⑯⑰⑱ 中英項目辦：〈臨終關懷需求調查報告〉(2002)，頁11; 17; 19。

⑲ 李義庭、李偉、劉芳、付麗、李芳：《臨終關懷學·前言》(北京：中國科學技術出版社，2000)，頁1。

醫療與公共衛生意義上的臨終關懷研究，應和人文與社會科學中的諸學科相結合，共同從哲學、醫學、法律、生命倫理學和宗教的角度認識臨終關懷的觀點。只有把普遍的醫學科學與區域的多樣性文化聯成一體來看待人類的臨終時刻，人本的和仁愛的精神才能落到實處。