

中国乡村慢性病的社会根源

——基于冀南沙村的田野考察

郇建立

(北京科技大学社会学系 北京 100083)

摘要:目前,慢性病已经成为中国乡村主要的公共健康问题。冀南沙村的田野调查资料表明,中国乡村慢性病的流行是社会转型的结果,它与生活条件的改善、人均寿命的延长、食品安全问题的凸显、医学技术的进步等结构性因素紧密相关。基于此,慢性病干预不能单靠卫生部门,它尤其需要卫生部门之外的农业、环境、食品、民政、人力资源与社会保障等部门的支持与配合。

关键词:慢性病;社会根源;病因观念;社会干预

中图分类号: C913.8 **文献标志码:** A **文章编号:** 1674-6627(2014)06-0080-06

2011年8月6日,英国《柳叶刀》杂志发表社论指出“控制慢性病是中国主要的卫生挑战”^[1],并着重回顾了世界银行一份政策报告的主要内容。这份报告的英文题目是“Toward a Healthy and Harmonious Life in China”,中文版标题《创建健康和谐生活——遏制慢性病》更加突出了报告的核心与主旨^[2]。在这份政策报告中,世界银行的三名专家预测了中国慢性病的流行趋势,指出了慢性病流行的前因后果,并呼吁中国政府启动多部门参与的防控战略。

目前,中国已有确诊慢性病人2.6亿人。根据世界银行的预测,在未来20年内,中国慢性病的流行将不断加剧,患者人数将增长为目前的两倍,甚至三倍^{[2][2]}。其实,在此两年之前,原卫生部副部长陈竺就在“糖尿病国际论坛”上指出,如果没有有效的干预措施,在未来30年内,中国慢性病可能出现“井喷”^①。全国性统计数据表明,慢性病已经成为威胁城乡居民健康和生命的主要因素。第四次国家卫生调查结果显示,2008年调查地区居民慢性病患者率(按病例数计算)为20.0%(其中,城市28.3%,农村17.1%),比2003年增加了4.9%,农村增加的比例5.0%略高于城市(4.3%)^{[3][27]}。第三次全国死因调查表明,慢性病是城乡居民的主要死因,超过80%的人死于慢性病,其中,近45%的人死于中风和癌症(二者分别是农村和城市的主要死因)^[4]。此外,全国疾病监测系统资料显示,从1991年到2000年,中国慢性病死亡人数占总死亡人数的比例呈持续上升趋势,已经由1991年的73.8%上升到2000年的80.9%,城市和农村慢性病死亡的比例分别是85.3%和79.5%^{[5][1]}。

收稿日期:2014-09-09

基金项目:国家社会科学基金项目“农村慢性病人的社会适应与生存策略研究”(11CSH072);中央高校基本科研业务费专项资金资助项目“慢性病干预的国际经验与中国实践”(FRF-BR-12-018)。

作者简介:郇建立(1973-),男,河北广宗人,北京科技大学社会学系教授,博士,主要从事健康社会学和医学人类学研究。

① 参见余易安的报道“陈竺:未来30年慢病将井喷”《健康时报》2009年11月5日第1版。

由此可见,尽管城乡居民的患病率和死因存在一定差别,但毫无疑问,慢性病已经取代传染病和急性病成为中国乡村的主要公共健康问题。众所周知,中国乡村还不算富贵,一些村庄还比较贫困。这意味着,中国乡村的慢性病并不是人们常说的“富裕病”。既然如此,大家可能会追问,究竟是什么因素导致了中国乡村慢性病的高发和流行。事实上,这也是笔者最近几年关注的问题。

一、田野概况与理论视角

(一) 冀南沙村:田野地点概况

从2007年春天到2013年秋天,笔者多次前往河北南部G县的沙村进行实地调查,以深入了解中国乡村慢性病的流行状况和社会根源。沙村兴起于明朝永乐年间,当时是人来人往的码头。正因为如此,沙村是当地有名的杂姓村。自20世纪90年代以来,沙村发生了很多变化:许多年轻人都外出打工或做生意,留在村里的开始从事养殖业(养鸡、养猪比较普遍);许多家庭不再种植粮食作物,有的种植棉花,有的种植大棚蔬菜,与此同时,村民开始大量使用农药、化肥和除草剂。沙村现有2000多人,分属7个生产队。尽管少数村民因生意兴隆而发家致富,但绝大多数村民还没有脱贫。这主要是因为,沙村所在的G县是国家级“扶贫开发工作重点县”。

调查资料表明,与全国的许多其他村庄类似,慢性病已经成为沙村主要的公共健康问题:一是不少村民都患有慢性病;二是慢性病已经成为村民的主要死因。

2010年8月,笔者利用沙村“第六次人口普查”的原始数据和自己的调查资料,计算出该村一、二队人口的老齡化程度和慢性病流行情况。在两个小队中,60岁及以上人口所占比例为14%(66/446),老年人的慢性病患者率为59%(39/66)。这表明,沙村已经是一个老齡化的村庄,并且超过半数的老人都患有至少一种慢性病,其中3/4的慢性病人都患有两种以上的疾病。在田野调查期间,笔者曾全面考察2005年至2010年间村民的死因。统计资料表明,在90位死亡村民中,超过一半的村民死于心脑血管病(其中,中风占37%,心脏病占17%);另外,癌症和呼吸系统疾病分别占总死亡人数的12%和10%。由此可见,中风、心脏病、癌症和呼吸系统疾病已经成为村民的主要死因,它们造成的死亡人数要超过死亡总数的75%。

笔者认为,慢性病的冲击是全方位的,它不仅会破坏病人的身体状况、自我认同和社会交往,还会加剧家庭的经济负担;同时,在人口老齡化和人口流动加速的社会背景下,慢性病直接影响了成年子女的家庭生活,并进一步凸显了乡村老人的赡养问题^{[6][7]}。面对慢性病的巨大冲击和深远影响,许多病人和家庭都开始思考,最近20年来,为什么越来越多的村民都会得慢性病。

(二) 理论视角:普通人的病因观念

在慢性病社会学中,普通人的病因观念一直是学者十分关心的问题。30年前,英国社会学家加雷斯·威廉姆斯(Gareth Williams)细致而老练地分析了三个关节炎病人——比尔(Bill)、吉尔(Gill)和贝蒂(Betty)——的病因解释^[8]。在进行深度访谈时,他的基本问题是“你认为,你为什么 would 得关节炎?”比尔把病因归结为有毒的工作场所,或者说邪恶的社会力量;吉尔把病因归结为她的生活方式和女性特质;贝蒂在归因时使用了先验的宗教解释。威廉姆斯指出,病人在解释病因时,不仅关注病因学的说法,还会联想到他们的人生经历,如恶劣的工作环境、不愉快的工作经历、家庭成员的死亡、生活事件的压力、自我的压抑^[9]。

受威廉姆斯的启发,笔者试图运用冀南沙村的田野资料来考察村民的病因观念。在田野调查中,笔者访谈数十名村民和病人,询问他们关于慢性病流行的看法。访谈的核心问题是“村里许多人都得了慢性病,你认为原因是什么?”同威廉姆斯一样,笔者也试图通过被访者的资料来揭示他们的病因观念。不过,威廉姆斯比较关注病人本身的病因解释,访谈对象也局限于病人;而笔者比较关注被访者如何看待慢性病在当地的流行,因此,访谈对象不仅包括慢性病人,还包括一般村民。进一步说,威廉姆斯的关注点是个体的病因观——“为什么是我”(why me),而笔者的关注点

是群体的病因观,即“为什么是我们”(why us)。

笔者发现,如同比尔·沙村村民看到了慢性病流行的社会根源。在他们看来,中国乡村慢性病的高发和流行与生活条件的改善、人均寿命的延长、食品安全问题的凸显、医学技术的进步等结构性因素紧密相关。在下文中,笔者将运用冀南沙村村民的访谈资料,重点考察慢性病与社会转型的内在联系,在此基础上讨论中国乡村慢病流行的社会根源,以便更有效地对中国乡村的慢性病进行社会干预。

二、主要发现:慢性病与社会转型的内在联系

几年前,笔者在翻阅《当代中国卫生事业》(1986)时发现,尽管该书详尽阐述了如何防治地方病(如克山病、大骨节病、大脖子病等)、寄生虫病(如血吸虫、疟疾、黑热病和丝虫病)、急性传染病(如鼠疫、天花、霍乱、小儿麻痹症、麻疹、流脑等)和慢性传染病(如结核病、性病、麻风病),但丝毫没有提及“慢性病”(慢性非传染性疾病)^[10]。也就是说,在20世纪90年代以前,慢性病并没有进入公共卫生专家的视线,它并不是“当代中国卫生事业”的组成部分。冀南沙村的访谈资料表明,如同专家学者、村民充分意识到的,中国乡村慢性病的流行是社会转型的结果。

(一) 生活条件的改善

毋庸置疑,自20世纪80年代以来,村民的生活水平日益提高,高营养的肉、蛋、奶成了“家常便饭”。许多村民回忆说:以前,他们一年也吃不了几次肉;而现在,他们随时可以吃到鸡鸭鱼肉,村里小卖部里的商品更是应有尽有。在笔者的记忆中,20世纪90年代,村民对奶制品的消费很少。2000年以后,牛奶成了不少老人和小孩的日常饮品。不少村民串亲戚或看望病人时,都要带一箱牛奶作为礼物。在村民营养状况改善的同时,机械化耕作正在取代繁重的体力劳动。村民说,“以前种地靠力气和牲口,而现在靠机器”。不难理解,村民体力劳动的减少会导致肥胖,而肥胖又是高血压、脑溢血和心脏病的重要原因。

在慢性病增加的原因上,村民和医生的看法存在分歧。医生普遍认为,慢性病的增加同“营养过剩”密切相关,而营养过剩的出现有两方面的原因,一是生活水平的相对提高,二是活动量的相对减少。G县中医院的一位医生颇为自信地指出:“这类病叫‘富贵病’,病因主要是营养过剩。”沙村骨科医院的一位医生以类似的口吻指出:“脑血栓增加的主要原因是村民生活条件的提高和活动量的减少。”然而,普通村民只强调生活水平的提高,他们并不使用“营养过剩”和“活动量减少”这样的准医学概念。在讨论慢性病增加的原因时,一位慢性病人说:“吃的好了,血压和血脂都会发生变化,怎么原先不得这病?”另一位慢性病人也注意到:“人生活好了,血压也升高了。”在上述表述中,“活动量减少”并没有自己的位置。村民之所以不从“活动量”的角度寻找病因,一个重要原因是,他们一年四季都在劳动,活动怎么会减少呢。

(二) 食品安全问题的凸显

随着饲料添加剂和农药化肥的普遍使用,一些食品不仅含有激素,还有农药残留。目前,不少村民还像过去那样食用棉籽油,而现在的棉花都是“抗虫棉”,棉籽里可能会有一定的农药残留。“许多蚂蚁爬到棉花上之后就死了”村卫生室的刘医生如此描述农药残留的影响。许多慢性病人认为,脑血栓的增加与食品安全有一定的关系。行医多年的王医生直截了当地说:“原先五六十岁的人得脑血栓,现在年轻人也得,食品上的农药残留可能是重要原因。”他向笔者转述了村里一位云南媳妇的话,她那里得这病的人少,也基本上不用农药。在村西南头的小卖部里,笔者问女店主,为什么会有这么多人得心脑血管病。在她看来,这同农药的普遍使用有很大关系:“现在一得病就是脑血栓、脑溢血、心脏病、癌症,都没有别的病了!我寻思,人吃打药的东西不好,现在是东西都打药。”

生活条件改善后,村里人经常吃猪肉和鸡蛋,而猪肉和鸡蛋里都含有激素,因为鸡和猪都是吃

饲料长大的。面对一些人抱怨鸡蛋和猪肉不如以前好吃,一位中年慢性病人反问道“柴鸡蛋和养鸡场的鸡蛋能一样吗?三个月的猪和一年的猪能一样吗?”“我觉得饲料喂养不沾光(没有好处),为啥小笨鸡下的鸡蛋贵?以后养鸡绝对不能用饲料!现在的小猪三个月就出栏了,都是激素催的。”许多村民都颇有同感,认为“饲料喂养”是慢性病流行的一个重要原因。

(三) 仪器的普遍使用

医生现在普遍运用仪器进行疾病诊断,而且随着医学技术的不断进步,先前无法检查出来的疾病也能检查出来。一些村民认为,像高血压、脑血栓、癌症这样的慢性病以前也有,只不过村民没有去检查,或者说医生查不出来。2007年春天,从村正骨医院回家的路上,笔者遇见海大娘和海大爷。海大爷患有脑血栓,且有严重的语言障碍。笔者问海大娘“以前是否有脑血栓?”她回答道:“有,不过不叫这名,当时叫半身不遂。”她随后补充说“现在仪器先进了,啥病都能查出来。”在这个问题上,高大爷的看法显得更为深刻“过去看病靠望闻问切,许多病都检查不出来,而现在靠仪器一下子就检查出来。”他继而评论说“过去的医生有思想,他们凭技术和经验看病;现在的医生基本上没有思想,他们靠仪器看病!”

许多村民都对医生过分依靠仪器抱有微词。一位中年村民甚至认为“现在就没有医生!”因为医生现在看病靠仪器,而不是靠医术。他随后列举了一些医生过度使用仪器看病的例子:病人说头疼,医生让他去检查头;病人说胃不舒服,病人让他去检查胃。病人看病时,医生一会儿说化验一下血和尿吧,一会儿又说拍个CT吧。正是由于仪器的“过度使用”,许多慢性病人在门诊看病时,各项检查费甚至要多于药费。

(四) 人均寿命的延长

新中国成立初期,人均期望寿命为35岁,到20世纪70年代末期,我国人均期望寿命将近70岁,2005年时提高到72.1岁,比世界平均预期寿命高6.7岁,接近发达国家水平^{[11][16]}。在2008年“两会”期间,高大爷告诉笔者“20世纪70年代人们的寿命是50多岁,90年代是60多岁,现在是73岁。”尽管高大爷的数据并不准确,但说出了人均寿命不断延长的社会事实。

笔者在整理沙村90位村民的死亡年龄时发现,2000年以后,村民的平均寿命是72.4岁,2/3村民的寿命在70岁以上。许多村民认为,人到了五六十岁之后,就像老化的机器,“需要时不时地膏点儿油,修理一下”。秦大爷在解释自己的脑血栓病因时指出,“人就像机器,用久了难免会坏个零件”。听到这句话时,笔者不由自主地想起了拉·梅特里的《人是机器》^[12]。受笛卡尔“机械论”的影响,在17世纪,许多人认为,人体就像是一部机器,而任何疾病都是机器故障的一种形式^{[13][58]}。笔者在调查中发现,这种朴素的唯物主义观点在沙村十分盛行。许多村民都用类似的逻辑去解释病因。高大爷在讲述气喘经历时提到,他经常脚麻,早晨刚起来时走不稳,他解释说“我的脚麻就像(棉)花柴老了,难免会有个黄叶”。

三、主要结论和政策建议

(一) 主要结论: 中国乡村慢性病的社会根源

综上所述,村民在回答慢性病流行的原因时,他们试图在更广阔的社会背景中寻找答案,极其关注社会转型带来的各种健康风险因素。他们的病因观念是特定社会情境的产物。例如,在讨论慢性病的社会起因时,许多人都会指出环境污染和破坏对健康的影响,但被访村民并没有这样的感受,因为沙村尚未受到工业污染;另一方面,被访村民多数是中老年村民,他们的教育水平并不是很高,并且也错过了外出打工的机会,因此,他们只是根据自身的经历和感悟来回答问题。

医学界普遍认为,慢性病与个人的生活方式紧密相关。一些极端者甚至认为,慢性病完全是由个人的不良生活方式导致的疾病。“病人自己创造了自己的病”格罗德克写道,“他就是该疾病的病因,我们用不着从别处寻找病因”^{[14][43]}。笔者去G县卫生局搜集资料时,一位工作人员就指出,

吸烟是导致癌症的重要原因,食盐过多和活动减少是心脑血管病的重要原因。但是,村民并不从这个角度看问题。在谈论慢性病增加的原因时,他们并没有提及“食盐过度”或“活动量减少”,也没有人指出“吸烟会导致癌症”。通常,慢性病人喜欢从社会环境的变化中寻找病因,包括前面提到的生活条件的改善、仪器的普遍使用、农药化肥和饲料添加剂的广泛使用。30多年前,美国社会学家安塞姆·施特劳斯(Anselm Strauss)在批评《科学》杂志的一篇社论时指出,慢性病经常困扰老人和穷人,恶劣的生活条件激化了他们的症状;难道社会对他们的命运全然没有责任^[15]?美国文学评论家苏珊·桑塔格(Susan Sontag)更是一针见血地指出,“把患病的责任归于患者本人”的观点是“荒谬而又危险的”,它“不仅削弱了患者对可能行之有效的医疗知识的理解力,而且暗中误导了患者,使其不去接受治疗”^{[14][43]}。事实上,人们关于慢性病的一个误解就是,慢性病源于不健康的生活方式^{[16][16]},因为孩子不能选择生活环境和饮食方式,同样,穷人在饮食方式、生活条件、卫生保健等方面的选择也十分有限。

现有文献表明,慢性病的流行原因是十分复杂的,其风险因素既有社会因素,又有个人因素。世界卫生组织在其政策报告《预防慢性病:一项至关重要的投资》中指出,影响慢性病流行的因素既有宏观的社会经济、文化、政治和环境因素,又有间接的风险因素,更有直接的风险因素^{[16][48]}。2012年,卫生部等15部委颁布的《中国慢性病防治工作规划(2012~2015年)》明确指出,中国慢性病的发生和流行与经济因素、生态环境、文化习俗和生活方式等因素密切相关,“我国慢性病发病人数”的“快速上升”是“工业化、城镇化、老龄化”进程加速的结果。

(二) 政策建议:中国乡村慢性病的社会干预

上述政策报告和工作规划清楚地指出,慢性病的发生和流行是因为健康风险因素的增加,但其“终极”原因则是社会转型。慢性病干预离不开卫生机构,但单靠卫生机构也不能解决问题。犹如世界卫生组织所指出的,“人群的健康绝不只是卫生部门单独行动的结果”,因为“健康在很大程度上取决于社会和经济因素”^{[17][71]}。哈佛大学人类学教授凯博文(Arthur Kleinman)在《苦痛与疾病的社会根源》的“中文版序言”中进一步指出,“疾病不仅具有社会性原因,而且也会产生社会性后果。如果不能有效地针对这些社会原因和社会后果开展工作,那么,疾病的治疗会受到破坏,康复也会被延迟或阻碍”^[18]。这意味着,我们需要从社会政策的角度去干预慢性病的流行、危害和后果。换言之,中国乡村慢性病问题的解决不仅需要更有效的卫生政策,还需要全方位的社会干预。

在慢性病干预问题上,我们首先需要更有效的卫生政策去应对慢性病的挑战。现有的新型农村合作医疗政策不仅没有从根本上解决农民“看病贵”问题,而且它在制度设计上也存在“嫌贫爱富”的缺陷。因此,我们需要采取更细致、更有效的措施去控制医疗费用的快速增长,保证卫生服务的公平性。同时,在进行慢性病干预时,我们急需更新观念,不仅要“预防和治疗并重”“治疗和康复并重”,从根本上改变“轻预防、重治疗、轻康复”的局面,还要像重视传染病防控那样重视慢性病干预,尽早制定专门的“中华人民共和国慢性病防治法”。

其次,我们需要更广泛的社会政策去干预慢性病的流行,因为卫生政策只能在有限的范围内对慢性病进行干预,它无法调控卫生领域以外的因素。冀南沙村的访谈资料表明,饲料喂养和农药使用是威胁村民健康的重要因素,因为二者都牵扯到了食品安全;人口老龄化也是不容忽视的因素,因为老年人比年轻人更容易患上各种慢性病。贫困也是影响健康的重要因素,因为穷人更容易放弃治疗。另外,环境污染和破坏也增加了村民的健康风险。然而,卫生部门对这些问题均无能为力。因此,我们需要有效的农业政策、人口政策、社会保障政策和环境政策去干预上述风险因素,以便从源头上预防和减少慢性病的发生。

总之,慢性病成因复杂,其防治不能单靠医疗手段,慢性病干预也不能仅靠卫生部门,它需要相关部门的支持与配合,需要建立多部门合作机制。进一步说,要想有效遏制慢性病,中国政府需要“把健康纳入所有政策”(Health in All Policies),通过卫生部门之外的其他部门(如农业、环境、食

品、民政、人力资源与社会保障等部门) 来改善居民健康,中国曾经用比其他国家更短的时间有效控制了传染病,今天,她同样有机会用较短的时间去遏制慢性病带来的严重的健康损失和经济损失。诚然,中国乡村的慢性病防治是一项艰巨的任务,慢性病干预也是一个长期的、连续的过程。即便如此,我们仍然希望看到,在可预见的若干年内,慢性病的发生越来越少,慢性病的流行得到控制,慢性病患者能够更好地生存。如果这样,中国将成为应对慢性病挑战的全球楷模。

参考文献:

- [1] Editorial. China's Major Health Challenge: Control of Chronic Diseases [J]. *The Lancet*, 2011 (9790).
- [2] 王世勇, Marquez M, Langenbrunner J. 创建健康和谐生活: 中国遏制慢性病流行 [R]. 华盛顿特区: 世界银行, 2011.
- [3] 卫生部统计信息中心. 2008 中国卫生服务调查研究 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 第三次全国死因调查主要情况 [J]. *中国肿瘤*, 2008(5).
- [5] 卫生部疾病预防控制局. 中国慢性病报告 [R]. 北京: 中国疾病预防控制中心, 2006.
- [6] 郇建立. 乡村慢性病人的生活世界——基于冀南沙村中风病人的田野考察 [J]. *广西民族大学学报(哲学社会科学版)*, 2012(2).
- [7] 郇建立. 病人照料与乡村孝道——基于冀南沙村的田野考察 [J]. *广西民族大学学报(哲学社会科学版)*, 2013(1).
- [8] Williams, G. The Genesis of Chronic Illness: Narrative Re-construction [J]. *Sociology of Health and Illness*, 1984(2).
- [9] 郇建立. 慢性病与人生进程的破坏——评迈克尔·伯里的一个核心概念 [J]. *社会学研究*, 2009(5).
- [10] 黄树则, 林士笑. 当代中国的卫生事业 [M]. 北京: 中国社会科学出版社, 1986.
- [11] 韩俊, 罗丹. 中国农村卫生调查 [M]. 上海: 上海远东出版社, 2007.
- [12] [法]拉·梅特里. 人是机器 [M]. 顾寿观, 译. 北京: 商务印书馆, 1999.
- [13] [英]罗伊·波特. 剑桥插图医学史 [C]. 张大庆, 译. 济南: 山东画报出版社, 2007.
- [14] [美]苏珊·桑塔格. 疾病的隐喻 [M]. 程巍, 译. 上海: 上海译文出版社, 2003.
- [15] Strauss, A. L, Sipe J. C. Knowles, J. H. Health: Whose Responsibility? [J]. *Science*, 1978(4329).
- [16] WHO. Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment [R]. Geneva: World Health Organization, 2005.
- [17] 世界卫生组织. 初级卫生保健: 过去重要, 现在更重要 [R]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [18] [美]凯博文. 苦痛和疾病的社会根源: 现代中国的抑郁、神经衰弱和病痛 [M]. 郭金华, 译. 上海: 上海三联书店, 2008.

【责任编辑 海晓红】

The Social Origins of Chronic Diseases in Rural China: An Ethnographic Case Study in a Northern Village

HUAN Jian-li

(School of Sociology, Beijing University of Science and Technology, Beijing 100083, China)

Abstract: Chronic Diseases have become the major public health in rural China. Field data from a north China village shows, like professional people, the villagers are clearly aware that the rise of chronic diseases in rural China is the result of social transformation, which is closely connected with the structural factors, such as the improvement of living conditions, the higher life expectancy of villagers, the emergency of food safety problem, and the progress of medical technology. Therefore, the intervention of chronic diseases could not resort only to health sectors, it should get supports from other sectors, such as agriculture, environment, food and drug administration, civil affairs, human resources and social security.

Key words: Chronic Diseases; Social Origins; Conception of Disease; Social Intervention