

艾滋病、污名和社会歧视： 中国乡村社区中两类人群 的一个定量分析^{*}

刘 能

提要：艾滋病作为一种污名化的社会疾病，由于其高致死率、多途径传染和在目前不可治愈的特征，在世界各地引发了社会恐惧和相伴随的社会排斥与社会歧视。本文在两个中国乡村社区的两类人群——普通村民和艾滋病感染者——中所采集的实地数据的基础上，对村庄社区范围内艾滋病流行与社会歧视之间的经验关系进行了定量分析，不但给出了表征当地社会歧视形式和水平的描述性数据，还给出了用于解释当地社会歧视水平的两个回归模型。文章开始，作者还对艾滋病和全球社会科学的学科回应，以及中国艾滋病研究的现状进行了简要的文献综述。

关键词：艾滋病 污名 社会歧视 中国乡村社区 定量分析

一、引 言

1981年，美国的同性恋社群首次发现了艾滋病病毒感染者。次年，艾滋病在美国首次被列为一种独立的临床诊断病症（Huber & Schneider, 1992: xiii）。1985年，一个外国游客因患艾滋病在北京协和医院死亡，成为中国境内第一个因艾滋病而死亡的人。之后在浙江和广东的艾滋病监测工作中，分别发现4名使用过进口血液制品的血友病病人和一名刚果留学生感染艾滋病病毒。1987年2月，福建省又发现一个艾滋病传入病例。这一系列个别案例，成为艾滋病登陆中国国境

^{*} 本文采用的经验数据来自中国青少年发展基金会委托笔者承担的“河南、山西两省艾滋病重点地区红丝带关爱行动项目评估”课题。在此特别向中国青少年发展基金会的杨农、谷岚同志，以及河南、山西两省相关部门的同志和调查对象表示感谢。参加课题组实地调研的还有中央财经大学社会学系讲师樊欢欢博士、北京大学人口研究所硕士研究生柴馥蕾、北京大学社会学系硕士研究生章邵增和本科生辛盛通，在此一并表示感谢。

的第一波(王若涛、张有春, 2003: 32)。1989年, 中缅边境的云南省, 在静脉注射吸毒者群落中, 首次爆发了大规模的艾滋病感染(Ma, et al., 1990)。随着静脉注射吸毒这一感染途径逐渐由边境农村地区向都市地区蔓延, 以及其他传播方式的出现^①, 中国艾滋病病毒感染的传播速度开始明显加快: 1995—2000年间, 感染者的年度增长率稳定在30%以上; 2001年为58%; 到2003年则达到了122%(Wu et al., 2004: 8)。2004年11月30日, 中国国务院防治艾滋病工作委员会办公室和联合国中国艾滋病专题组联合发布了《2004年中国艾滋病防治联合评估报告》。该报告称, 中国艾滋病的流行仍然处于全国低流行和局部地区及特定人群高流行并存的态势。在云南、新疆、河南等省、自治区的部分地区的部分人群中, 艾滋病已出现较高的流行水平, 至少有一类高危人群的感染率超过了5%。评估报告公布, 全国艾滋病病毒感染者和病人人数为84万, 全人群的感染率为0.07%。^② 艾滋病已经成为威胁中国国家安全的重大战略性社会问题。

二、艾滋病和全球社会科学的回应

在全球化进程日益加剧的时代, 艾滋病问题作为一个全球化的社会问题, 得到国际社会科学界的积极回应, 突出表现为全球范围内艾滋病社会科学研究的整合(McElrath, 2002; Miller et al., 2004), 以及各社会—地理区域内艾滋病社会科学研究的激增(Russell, 1991; National Research Council, 1993; Karon et al., 2000; Pollak, 1995; Van Campenhout et al., 1997; Moatti et al., 2000; Lu & Essex, 2004; Micollier, 2004; Cleland & Ferry, 1995; Baylies & Burja, 2001)。

从全球社会科学(包括社会学在内)关于艾滋病研究的内容来看, 大致可以分为两大类, 即理论取向的研究和经验取向的研究。理论取向的研究主要关心以下几方面的问题: (1)关于艾滋病传播和感染的社会流行病学分析(Gould, 1991; Drucker, 1991); (2)探讨艾滋病风险行为

① 除了静脉注射吸毒之外, 在中国还存在其他4种主要的艾滋病感染途径, 分别是商业采血污染、母婴传染、异性恋传染和同性恋传染(参见Wu et al., 2004: 9—10)。

② www.people.com.cn/GB/14739/14740/21474/3023446.html

的社会情境——即同性恋者、静脉注射吸毒者和性工作者等主导感染群体的社会生活方式——与感染之间关系的经验研究(Kotaba & Lang, 1986; Aggleton, 1998; Connors, 2000); (3)关于艾滋病的态度、信仰和舆论研究(Warwick et al., 1988; Pollak, 1992); (4)艾滋病感染和结构性社会力量(如种族、性别和阶级)之间的关系(Schneider, 1992; Campbell, 1999); (5)对艾滋病感染这一事实作为集体性社会现象的理论分析,如感染者间的社会网络沟通行为及其社会后果(Ferrand & Snijders, 1997; Eisenstadt & Gatter, 1999)、艾滋病和社会互动过程的关系(Ingham & Zessen, 1997)、艾滋病与社会排斥/社会歧视的关系(Council of Europe, 1993; UNAIDS, 2000、2004),以及感染者群体中社会认同感的形塑(Siegel & Krauss, 2000)等; (6)艾滋病和其他社会制度,如大众媒体和文化表征体系的关系(Albert, 1986; Gilman, 1988; Kinsella, 1989; Miller et al., 1998),以及与社会伦理体系的关系(Overall & Zion, 1991; Murphy, 1995)。

经验取向的研究大致可以分为如下几个方面:(1)对艾滋病所造成的心理、社会和文化后效的分析与评估(Feldman, 1991; Fitzsimons et al., 1995; Catalan et al., 1997; Danziger, 2000); (2)对艾滋病在相关人群和相关社会—地理区域内的流行趋势的监测(Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Lau & Tsui, 2003); (3)与艾滋病的预防、治疗和控制相关的社会干预努力(Kelly, 1995; Rhodes & Hartnoll, 1996; Kalichman, 1998); (4)与艾滋病相关的社会政策问题(Slack, 1998; Stein, 1998)。

三、中国艾滋病的研究现状: 医学视角占主导地位

与国际社会科学界对艾滋病的研究所呈现出热情相比,中国社会科学界对艾滋病这一社会问题的研究还属于刚刚起步的阶段(邱仁宗主编, 2001; 夏国美, 2002; 潘绥铭主编, 2004; 李肇星, 2004)。^①但这并不是说,在中国国内,人们对艾滋病的研究关心不够;相反,在中国存在一个相当明确的关于艾滋病研究的医学视角。换句话说,在中国,我们可

^① 2003年11月1-2日,全国“社会科学与艾滋病——理论和实践研讨会”在上海召开,主办方是上海市社会科学院。这次研讨会可以说是国内社会科学界针对艾滋病问题做出的一个重要学科回应。会议讨论了与艾滋病相关的社会伦理问题、社会偏见和歧视问题、人权问题以及如何推进艾滋病防治行动等问题(参见刘潼福, 2004)。

以清楚地发现一个以公共卫生和疾病控制专家为主体的艾滋病研究群体的存在，其研究主题主要涵盖了：(1)对各类人群，尤其是各类学生对艾滋病相关知识了解程度的调查(范存欣、马绍斌，1996；何景琳等，1998；李爱兰等，1999；高祖新等，2000；党少农等，2000)；(2)对风险行为(包括静脉注射吸毒、性交易行为等)和艾滋病感染之间关系的探讨(Gil et al., 1996; Wu et al., 1996; Rogers et al., 2002)；(3)对某些特定人群，如城乡间的流动人口，与艾滋病感染及扩散之间关系的探讨(Anderson et al., 2003; Li et al., 2004; Yang, 2004)；(4)对特定高发地理区域(如云南省)内艾滋病流行和防治的集中探讨(Cheng et al., 1997; 张家鹏等，1999; 程何荷等，2000; 莫国芳等，2004)。从总体上来说，中国艾滋病研究的医学主导模式的形成，既和艾滋病本身作为一种高致死率传染性疾病的定位直接相关，也和中国社会科学界长期以来缺乏研究资源(如合法性、研究资金和文献资讯等)的窘境间接相关。^①

四、本文的核心问题：污名化疾病、社会反应和社会歧视

2004年9月，受中国青少年发展基金会的委托，笔者作为课题负责人承担了“河南、山西两省艾滋病重点地区红丝带关爱行动项目评估”的课题。在设计课题的调查工具(即问卷和访谈提纲)时，课题组明确了把“社会歧视”和“行为调适”作为两个主要的理论取向的研究专题，纳入到调查工具的设计之中。本文所依据的经验数据，就来自这次调查所采集的“社会歧视”这个研究专题的数据。

(一)作为一种污名化疾病的艾滋病

污名一词的英译是“stigma”，这个词的起源一直可以追溯到古希腊。当时的统治者在社会最底层的人们身上做上标记，以表明他们社会身份低下。在现代社会学中，对污名做出深刻分析的社会学家首推

^① 医学视角相对于社会科学视角的主导地位，还表现在以下两个方面：一方面，社会科学家要在自然科学或医学杂志上发表关于中国艾滋病的论文(如 Kaufman & Jing, 2002; Huang et al., 2004)；另一方面则是来自公共卫生和疾病控制领域的专家，发表了以社会科学分析，甚至社会学分析命名的论文(如刘伟等，2001；周涵，2002；孙江平，2004；王若涛、张有春，2003)。

戈夫曼(Erving Goffman)。从定义上看,污名被看作是一种社会性状,这种社会性状将使得其拥有者在其他人眼中丧失其社会信誉或社会价值。戈夫曼在对那些遭受污名化经历的人们——如精神病患者、残疾人以及其他各类社会越轨者——进行经验研究的基础上,提出了一个核心的概念“受损的身份”(spoiled identity),用于描述上述遭受污名化体验的人们,在社会上其他人眼中被贬低的社会地位。因此,污名化(stigmatization)就是目标对象由于其所拥有的“受损的身份”而在社会其他人眼中逐渐丧失其社会信誉和社会价值,并因此遭受到排斥性社会回应的过程(Goffman, 1963)。后来的研究者则把污名化过程进一步分解为由5个相互关联的社会要素所构成,分别是:贴标签、原型化处理、地位损失、社会隔离和社会歧视(Link & Phelan, 2001)。

艾滋病感染者就拥有这样一种“受损的身份”,因为艾滋病感染的事实,对于非感染者来说带来了两种主要的情绪体验:恐惧和羞耻^①,这两种情绪体验都足以驱使非感染者对感染者实施社会隔离和社会排斥的制裁。这种社会制裁的结果,却是使事情向更坏的方向发展:一方面,由于感染者害怕改变自己的行为将导致非感染者怀疑并最终知晓其感染的事实,他们将继续其不安全的行为(如无保护性交和静脉注射),从而导致感染的扩散;另一方面,由于高风险群体害怕自己有可能遭受到各种各样的社会制裁,因而不愿意进行检测,从而导致预防努力的失败(UNAIDS, 2004: 5)。因此,研究围绕艾滋病感染而导致的社会排斥的发生机制,对于我们缓解负面的社会制裁,推进和巩固艾滋病预防和治疗的成果,具有重大的理论和实践意义。

(二)作为排斥性社会回应的社会歧视

在因艾滋病而导致的排斥性社会回应中,最主要的一类就是社会歧视。从定义上来看,当有能力或有资格做出社会判断的人们,由于把

^① 所谓恐惧,就是因为艾滋病是一种致死率极高的疾病,且目前仍然是不可治愈的,其传染途径十分多样并能潜在地威胁到每一个非感染者,而且感染者可以相当容易地掩盖其感染的身份,增加非感染者被感染的潜在风险。而所谓羞耻,则包括两个方面的指向:首先,主要由于在艾滋病广为人知的传染途径中,以越轨性行为(如同性恋者、性工作者和非婚性行为)中的性接触感染和吸毒者的静脉注射感染最为突出,因此,非感染者认为感染者本身就是可耻的;其次,由于艾滋病感染作为感染者生命历程中具有本体论意义的最重大事件之一,摧毁了感染者的社会安全感,导致其陷入耻辱、自责和孤立的心理状态之中。

目标对象列入某个具有特定的“受损的身份”的群体——在本文的个案中，也就是艾滋病感染者的群体——之中，从而把他们和正常人区分开来，并使其受到不公正的待遇时，我们就说社会歧视发生了（UNAIDS, 2004: 9）。

在世界各国和各地区中，围绕艾滋病而产生的社会歧视具有相当的普遍性。之所以会产生如此普遍的社会歧视，除了上面所提到的两种核心情感——即恐惧和羞耻——之外，还包括了其他的客观因素：如公众对艾滋病感染途径分化了的认知能力、治疗资源的缺乏、缺乏责任心的媒体报道等。

围绕艾滋病产生的社会歧视所发生的社会空间也相当广泛。欧盟委员会的一份报告给出了有可能发生歧视艾滋病病人（包括感染发病者及病毒携带者）的 15 个领域，分别是：流行病学测量、患者身份保密、刑法、家庭法、社会保险、个人商业保险、外国人的合法地位、劳动法、公共服务、住房、教育、医疗健康、军队服役和社会生活（Council of Europe, 1993: 5）。而联合国也把工作、教育、医疗卫生和社区等四个社会空间，看作是因艾滋病而导致的社会歧视最有可能发生的社会场域；在最严重的情况下，社区很有可能把感染者驱赶出其所在的居住区，医院的员工很可能拒绝给感染者看病和治疗，而雇主则很可能解雇感染了艾滋病的员工（UNAIDS, 2000、2004）。本文所采集的数据，恰好可用于阐明中国乡村社区内部围绕艾滋病而产生的社会歧视的具体情形。

五、研究策略和理论模型

“河南、山西两省艾滋病重点地区红丝带关爱行动项目评估”课题组进行调研的地区，分别是河南省 S 县的 S 乡，以及山西省 X 县的 Y 镇、S 镇和 H 乡。上述地区艾滋病感染的主导途径，首先是村民们在 20 世纪 90 年代前期因参与商业性卖血行为而导致的感染；其次是后续的性伴侣间的交叉感染。有关“社会歧视”的研究专题，主要涉及上述地区的两类人群——当地的普通村民和当地的艾滋病感染者。这两类人群分别接受了一份专门设计的调查问卷，其中对艾滋病感染者采取了普查的方式；而普通村民则采取了随机抽样和偶遇抽样相结合的办法（具体的抽样方法参见刘能等，2004）。表 1 给出了河南、山西两省上述

两类被调查对象的人数和性别、年龄的分布数据,其中普通村民的有效样本为203人,艾滋病感染者的有效样本为80人。

表1 两类调查对象分省、分性别、按年龄分组的分布数据

普通村民(N=203)		年龄分组				合计
普通村民性别		20-29岁	30-39岁	40-49岁	50岁以上	
山西省	女性	10	27	23	4	64
	男性	12	22	24	18	76
	小计	22	49	47	22	140
河南省	女性	2	12	6	2	22
	男性	3	11	12	10	36
	小计	5	23	18	12	58
另有5个缺失值		—	—	—	—	203
艾滋病感染者(N=80)		年龄分组				合计
艾滋病感染者性别		20-29岁	30-39岁	40-49岁	50岁以上	
山西省	女性	0	0	4	0	4
	男性	0	2	5	3	10
	合计	0	2	9	3	14
河南省	女性	0	18	17	1	36
	男性	0	16	12	2	30
	小计	0	34	29	3	66

(一) 本文的研究策略

我们的研究策略主要在于回答以下两个问题:(1)在中国乡村社区中,尚未感染艾滋病的普通村民对本社区内现实存在的艾滋病感染者或潜在的艾滋病感染者,将采取何种形式的社会歧视;社区内的艾滋病感染者主要感受到何种形式的社会歧视?其水平如何?(2)影响普通村民做出不同水平的、针对艾滋病感染者的社会歧视的因素是什么?不同的艾滋病感染者,如果他们感受到不同水平的社会歧视,那么其影响因素为何?

以上第一个问题属于描述性问题,用于展示中国乡村社区内因特定途径而感染艾滋病的村民及其家庭成员所感受到的社会歧视的主导

形式，以及他们所感受到的社会歧视的具体水平；第二个问题则属于解释性问题，用于分离出有可能影响到中国乡村社区内因艾滋病而导致的社会歧视机制的主要自变量。

（二）中国乡村社区内因艾滋病而导致的社会歧视的主导形式

中国乡村社区内因艾滋病而导致的社会歧视的主导形式与中国乡村社区的社会特征密切相关。长期以来，研究中国乡村社区的学者们都强调指出，中国乡村社区具有强烈的地理边界意识，是一个内部团结和整合程度较高的集合体，其内部团结主要依赖于家族、宗族的联结（Freedman, 1971；王沪宁, 1991）、社会—文化仪式的联结（杜赞奇, 1994；褚建芳, 2003），以及来自经济互赖性的联结（Skinner, 1993；张思, 2003）。因此，中国乡村社区内的社会排斥和社会歧视的主导形式也主要和上述三类内部团结原则直接相关；作为被调查对象的两类人群所感受到的（或想象中感受到的）不同水平的社会歧视，也与他们中的每一个个体在上述三种团结体系中所处的不同社会位置直接相关。同时，由于艾滋病传播而导致的社会恐惧感和社会羞耻感，也是考察作为一个居住共同体的村庄社区内的社会歧视机制的重要理论要素。^① 下面，我们首先给出调查工具中有关社会歧视的具体表现形式。

我们在问卷中给出的关于社会歧视的问题，针对未感染的普通村民的是“如果您确切地知道村里有人得了艾滋病，您还会不会做以下所列的事情”；针对艾滋病感染者的则是“现在村里已经有人知道您/如果村里有人知道您感染了艾滋病，请问他们还做不做/还会不会做以下所列的事情”。在“以下所列的事情”中，我们给出了中国乡村社区内因艾滋病而导致的社会歧视的可能形式，即拥有受损身份的艾滋病感染者是否遭受到了未感染的普通村民在以下社会行动上的排斥性社会回应，这些社会行动包括：是否去艾滋病感染者家中串门；是否和感染者同席吃饭、喝酒；是否和感染者握手；是否购买感染者家庭生产的食品或副食品；是否让自己的孩子和感染者的孩子一起玩；是否在路上遇见

① 由于我们前面已经指出，在课题组所调查的乡村社区中，最初的和首要的感染方式是村民们为获取现金而参与的商业性采血活动，基本上不存在其他更具越轨性的感染方式（如同性异性传播或静脉注射吸毒传播）。因此，在本研究中，不同感染途径所暗示的分化的道德压力，并不是引发不同水平的社会歧视的主要自变量。因此，调查工具中没有直接针对“社会羞耻”这一理论要素进行自变量的设计。

时和感染者打招呼;是否和感染者一起打牌或进行其他娱乐活动;是否去感染者家帮忙料理红白喜事;是否愿意在感染者发病时协助送其去医院;是否会比较关注感染者的一举一动,以便随时保持和他们的距离。^①

(三)两类人群的两个解释模型

从上节所列的调查问题来看,我们至少可以得到如下两个描述性数据:(1)艾滋病感染者所感受到的真实的(对于身份已经暴露者)和潜在的(对于身份尚未完全暴露者)社会歧视的程度(操作化为他们自我报告的社会歧视水平得分)^②; (2)未感染的普通村民对待艾滋病感染者的真实的或想象的社会歧视程度(操作化为他们自我报告的、针对艾滋病感染者的社会歧视水平得分)。相应地,围绕这两个描述性数据(也即所谓的因变量取值),我们分别可以有以下两个解释模型来加以阐释。

模型 1: 哪些社会因素(或自变量)影响到了艾滋病感染者真实感受到或假想的不同程度的社会歧视?

除了艾滋病感染者的人口学变量——年龄、性别、受教育程度——之外,从理论出发,至少还有以下几类突生性的社会变量影响到了中国乡村社区中因参与商业性采血活动而感染艾滋病的感染者所感受到的社会歧视水平。首先,我们假定,艾滋病感染者在村庄社区内和其他未感染人群的家族或宗族关系越接近、他们的家族和亲戚关系圈子越庞大,那么他们遭受社会歧视水平相对就要低一些;其次,艾滋病感染者在村庄社区中的社会—文化地位越高,则他们遭受社会歧视的水平可能会低一些;第三,艾滋病感染者家庭感染前后在村庄社区中所处的经济地位越高,则他们遭受社会歧视的水平就相应地要低一些;第四,艾滋病感染者带给周围村民的威胁程度越高,则他们遭受社会歧视的水

① 根据前面所提到的关于社会歧视的定义(即由于目标对象属于某个拥有“受损的身份”的群体而对其做出了不公正的对待),以及我们对中国乡村社区内三类社会团结原则的阐述,我们认为上述社会行动内容的选取,能够在一定程度上反映出中国乡村社区内普通村民对艾滋病感染者所表现出来的排斥性社会回应的主导形式。当然,其他研究者还可以对这些内容进行修正和补充。

② 在全部 80 名接受调查的艾滋病感染者中,除 1 人未回答外,其余 79 人中身份已经公开的有 76 人(其中回答“其他村民全都知道”的 68 人,回答“一部分村民知道”的 6 人,回答“很少有人知道”的 2 人)。因此,对上述 76 位身份已经公开的艾滋病感染者来说,我们测量的是他们真实感受到的社会歧视水平,而对 3 位身份仍未公开的艾滋病感染者来说,我们测量的是他们假想感受到的社会歧视水平。

平也要略高一些(比如说,艾滋病感染者的身份公开程度将影响到他们自我感知到的社会歧视的水平);而社区内其他村民对艾滋病预防知识的掌握程度越高,则艾滋病感染者所遭受到的社会歧视水平也会相应地低一些。因此,我们在设计调查工具时,已经考虑到了如下自变量的影响作用,并对这些可能的自变量进行了测量。具体的自变量及其操作化处理方案参见表 2。

表 2 模型 1: 用于解释艾滋病感染者所遭受的/所想象的社会歧视水平的自变量

自变量类别	自变量	变量的操作化
1. 人口学变量	年龄	实际年龄
	性别	男= 1; 女= 0
	受教育程度	小学及以下= 1; 初中/技校= 2; 高中/职高/初中中专= 3; 高中/中专/大专= 4; 本科及以上= 5
2 家族/宗族/亲属关系强度	家庭人口规模	家庭总人口数
	家族大小姓	属于大姓= 1; 属于中姓= 2; 属于小姓= 3; 属于独姓/孤姓= 4
	亲戚数量	很多= 1; 较多= 2; 一般= 3; 较少= 4; 很少= 5
3. 本人社会—文化地位	本人社会地位	在本村两委会任职= 2 分; 有家人曾经或正在本村两委会任职= 1 分; 在乡镇及以上机构工作= 2 分; 有家人曾经或正在乡镇及以上机构任职= 1 分; 党员= 1 分; 团员= 1 分; 乡村企业家= 2 分; 乡村医生/教师/宗教界或文化界人士= 1 分; 经常参与族里的重大活动= 1 分; 经常参与村里的重大活动= 1 分; 在村里有一定的号召力和影响力= 2 分
	本人社交圈子广度	很大= 1; 较大= 2; 一般= 3; 较小= 4; 很小= 5
4. 家庭经济水平	感染前经济水平	很好= 1; 较好= 2; 一般= 3; 较差= 4; 很差= 5
	感染后经济水平	很好= 1; 较好= 2; 一般= 3; 较差= 4; 很差= 5
5. 社区内其他村民感受到的威胁程度	感染者身份公开程度	全都知道= 1; 一部分人知道= 2; 很少有人知道= 3; 全都不知道= 4
	本村感染情况	要轻一些= 1; 要重一些= 0
	感染者全家感染情况	感染者全家感染总人数
	对本村村民艾滋病预防知识水平的判断	大多数人都很了解= 1; 大多数人都有一些了解= 2; 有的人了解, 有的人不了解= 3; 大多数人都不是很了解= 4

模型 2: 哪些社会因素(或自变量)影响到了普通村民针对艾滋病感染者所表现出来的不同程度的社会歧视?

同样, 在讨论普通村民哪些社会特征影响到了他们对本村艾滋病感染者的社会歧视水平时, 除了他们的人口学变量(年龄、性别和受教育程度)之外, 其他重要的理论变量还包括: (1)普通村民掌握艾滋病预防知识的水平: 掌握得越好, 则歧视艾滋病感染者的水平越低。(2)普通村民看待艾滋病的意识形态立场和他们的心理特征: 意识形态立场越保守, 则歧视艾滋病感染者的可能性越大; 理性化程度越高, 则歧视艾滋病感染者的可能性越小。(3)普通村民感受到的威胁程度: 感受到的威胁越大, 则歧视艾滋病感染者的水平越高。(4)普通村民的社会—经济地位和社会经历的复杂度: 社会地位越高, 社会经历越复杂, 则针对艾滋病感染者的社会歧视的水平相应地应该越低; 家庭经济水平越高, 则针对艾滋病感染者的社会歧视水平也相对会低一些。(5)普通村民是否由于本地区为艾滋病高发区, 以及曾经和艾滋病感染者密切接触而遭受过来自外界的歧视压力: 如果遭受过类似的挫折, 则更有可能把挫折转化为社会排斥而宣泄出去, 从而表现出较高水平的社会歧视。表 3 给出了上述自变量类别中各自变量的说明及其操作化内容。

在模型 1 和模型 2 中, 模型 1 主要用于解释社会歧视承受方的何种社会特征将会影响到他们所遭受的社会歧视的不同水平; 模型 2 则用于解释社会歧视发动者的何种社会特征将会影响到他们针对被歧视者所发出的社会歧视的不同水平。

六、数据分析

接下来, 我们对问卷调查所获得的数据进行具体分析。首先, 我们给出以中国乡村社区内因艾滋病而导致的社会歧视的主导形式及其水平为核心的一组描述性数据; 其次, 针对上一节给出的两个模型进行回归模型的建构, 从而分离出有助于解释模型中因变量取值的相关自变量来。

(一)描述性数据: 中国乡村社区内因艾滋病而导致的社会歧视的主导形式和歧视水平

表 3 模型 2: 用于解释普通村民所表现出来的社会歧视水平的自变量

自变量类别	自变量	变量的操作化
1. 人口学变量	年龄	实际年龄
	性别	男= 1; 女= 0
	受教育程度	小学及以下= 1; 初中/技校= 2; 高中/职高/初中/中专= 3; 高中/中专/大专= 4; 本科及以上= 5
2 艾滋病预防知识水平	普通村民艾滋病预防知识得分	感染途径认知得分、艾滋病相关陈述认知得分、艾滋病正确预防措施得分的加总得分
3. 意识形态立场和心理状态	意识形态立场	保守/开放立场的得分: 得分越低, 则立场越保守
	理性化程度	理性化程度得分: 得分越高, 则理性化程度越高
4. 感受到的威胁程度	本人身体状况	很好= 1; 较好= 2; 一般= 3; 较差= 4; 很差= 5
	本村疫情: 是否发现有感染者	已经发现有= 1; 其他(包括“不清楚”和“尚未发现”)= 0
	自己感染的可能性	没有可能= 1; 可能性很小= 2; 有可能= 3; 很可能= 4
5. 本人社会—经济地位和社会经历的复杂程度	本人社会地位	在本村两委会任职= 2 分; 有家人曾经或正在本村两委会任职= 1 分; 在乡镇及以上机构工作= 2 分; 有家人曾经或正在乡镇及以上机构任职= 1 分; 党员= 1 分; 团员= 1 分; 乡村企业家= 2 分; 乡村医生/教师/宗教界或文化界人士= 1 分; 经常参与族里的重大活动= 1 分; 经常参与村里的重大活动= 1 分; 在村里有一定的号召力和影响力= 2 分
	本人社会经历复杂程度	除了种地忙农活之外, 我还从事其他工副业生产= 1 分; 我曾经参加过军= 1 分; 我曾经出去打过工= 1 分; 我曾经在本乡镇以外的学校上过学= 1 分; 我曾经去外省市旅游或探访过= 1 分
	家庭经济地位	很好= 1; 较好= 2; 一般= 3; 较差= 4; 很差= 5
6. 来自外界的挫折	挫折 A	我曾经由于本地艾滋病流行而遭到其他地区人看不起
	挫折 B	我曾经由于和感染者密切接触而受到其他人的歧视和排斥

与本文的论述直接相关的描述性数据,其目的主要在于揭示:中国乡村社区内因艾滋病而导致的歧视的主导形式有哪些?以及生活在中国乡村社区内的真实的或想象的艾滋病感染者所可能遭受的歧视水平究竟如何?具体来看,这些描述性数据又可依次表述为如下4个:作为一个群体的艾滋病感染者自我报告的;来自其他村民的歧视的主导形式;每一个艾滋病感染者分别感受到的歧视水平;作为一个群体的普通村民针对本村艾滋病感染者最有可能采取的歧视形式,以及每一个普通村民针对艾滋病感染者所表现出来的歧视水平。下面我们分别对以上4个数据做出说明。

1. 作为一个群体的艾滋病感染者所感受到的、来自其他村民的歧视的主导形式

表4显示,在全部78个调查对象自我报告的、其他村民针对他们采取的社会排斥行动中,按照得分从高到低(也即按照歧视严重程度从高到低)排列,前5项分别是:“其他村民们关注艾滋病感染者的一举一动,以便随时保持和他们的距离”(64分)、“其他村民们不再愿意购买艾滋病感染者家庭所生产的食品或副食品”(46分)、“其他村民们不再

表4 艾滋病感染者自我报告的主导社会歧视形式:
以社会歧视得分高低为标准

社会行动类别	会	要看情况	不会	得分*
1. 村民们是否还会来您家串门	54	15	9	33
2. 村民们是否还会和您一起同席吃饭、喝酒	54	9	15	39
3. 村民们是否还会和您握手	47	17	14	45
4. 村民们是否还会购买您家生产的食品或副食品	45	20	13	46
5. 村民们是否还会让他们家小孩和您家小孩一起玩	67	5	6	17
6. 路上遇见时村民们是否还会和您说话	71	5	2	9
7. 村民们是否还会和您一起打牌或进行其他娱乐活动	63	5	10	25
8. 村民们是否还会来您家帮忙料理红白喜事	62	7	9	25
9. 您发病时村民们是否还会协助送您去医院	61	10	7	24
10. 村民们是否会比较关注您的一举一动,保持和您的距离	27	10	41	64

* 赋值方案为,第1—9项:“会”=0分,“要看情况”=1分,“不会”=2分;第10项:“会”=2分,“要看情况”=1分,“不会”=0分。有效样本 N=78。

愿意和艾滋病感染者握手”(45分)、“其他村民们不再愿意和艾滋病感染者一起同席吃饭、喝酒”(39分)，以及“其他村民不再愿意去艾滋病感染者家串门”(33分)。而受到歧视严重程度最轻的前5项分别是：“其他村民路上遇见艾滋病感染者时是否还打招呼”(9分)、“其他村民是否还会让自己家的小孩与艾滋病感染者的小孩一起玩”(17分)、“在艾滋病感染者发病时是否会协助送医院”(24分)、“其他村民是否还会和艾滋病感染者一起打牌或进行其他娱乐活动”(25分)，以及“其他村民是否还会去艾滋病感染者家料理红白喜事”(25分)。

2. 个体艾滋病感染者所感受到的社会歧视水平

按照我们前面提到过的操作化方案，我们把个体艾滋病感染者所感受到的社会歧视水平操作化为他们各自在上述10项社会行动中所报告的社会歧视得分的总分(其赋值方案与表4注释所列方案相同)。因此，就个体艾滋病感染者而言，他们所感受到的社会歧视的总分，其取值范围为[0, 20]。表5给出了78位(针对“身份是否暴露”这一问题除1人未回答之外，其余79人中的有效调查为78人)有效调查对象自我报告的社会歧视总分的分布情况：其中30%的艾滋病感染者所报告的社会歧视总分为0，另有3位(占3.8%)艾滋病感染者则报告了高达17分的社会歧视水平。图1给出了上述数据的直方图，显示全部78位艾滋病感染者的社会歧视得分的平均值为4分，标准差为4.98分。

3. 作为一个群体的普通村民针对本村艾滋病感染者最有可能采取的社会歧视形式

按照社会歧视得分高低来看，普通村民(N=203)心目中自我报告的、针对艾滋病感染者最有可能采取的前5位的社会歧视形式分别是：“会比较关注艾滋病感染者的一举一动，保持和他/她的距离”(195分)、“不会购买艾滋病感染者家生产的食品或副食品”(171分)、“不会和艾滋病感染者一起同席吃饭、喝酒”(143分)、“不会让自己家小孩和艾滋病感染者的小孩一起玩”(134分)和“不会去艾滋病感染者家串门”(127分)。其他两项社会行动，包括“不会和艾滋病感染者握手”，以及“不会和艾滋病感染者一起打牌或进行其他娱乐活动”，也分别得到了110分的高分。只有“艾滋病感染者发病时是否会协助送他/她去医院”、“路上遇见艾滋病感染者时是否和他说话”和“是否会去艾滋病感染者家帮忙料理红白喜事”这3项获得了较低的社会歧视得分(参见表6)。这一结果和前面艾滋病感染者自我报告的主导社会歧视形式的排序大致

相同。

表 5 艾滋病感染者自我报告的社会歧视水平: 操作化为社会歧视总分

感染者感受到的社会歧视水平(得分)	频次	百分比	有效百分比	累积百分比
有效值				
0 分	23	28. 8	29. 5	29. 5
1 分	11	13. 8	14. 1	43. 6
2 分	10	12. 5	12. 8	56. 4
3 分	4	5. 0	5. 1	61. 5
4 分	2	2. 5	2. 6	64. 1
5 分	4	5. 0	5. 1	69. 2
6 分	3	3. 8	3. 8	73. 1
7 分	3	3. 8	3. 8	76. 9
8 分	2	2. 5	2. 6	79. 5
9 分	4	5. 0	5. 1	84. 6
10 分	1	1. 3	1. 3	85. 9
11 分	1	1. 3	1. 3	87. 2
12 分	2	2. 5	2. 6	89. 7
13 分	3	3. 8	3. 8	93. 6
15 分	1	1. 3	1. 3	94. 9
16 分	1	1. 3	1. 3	96. 2
17 分	3	3. 8	3. 8	100. 0
小 计	78	97. 5	100. 0	

。由于艾滋病感染者所感受到的社会歧视水平与他们所在村庄的整体氛围有直接的关系, 因此, 我们还可以分省分别计算两地艾滋病感染者所感受到的社会歧视得分的均值; 其中河南省 64 位感染者的平均社会歧视得分为 2.94 分, 而山西省 14 位感染者的平均社会歧视得分为 10.00 分, 显示出山西省感染者在自己社区中所感受到的平均社会歧视水平要远远大于河南省的感染者在自己社区中所感受到的平均社会歧视水平。对社会歧视得分和感染者所在省份这两个变量所做的相关分析也表明, 两者的皮尔逊相关系数达到了 -0.548(因为省份的赋值为山西省=1, 河南省=2), $P < 0.01$ (双尾)。

综合表 4 和表 6 的数据, 我们大致可以得出如下结论: 无论是从艾滋病感染者还是普通村民的自我报告结果来看, 在中国乡村社区中, 对于艾滋病感染者最典型的社会排斥和社会歧视行动, 便是在个体层次的社会互动中——如个体间空间距离的维持(高度注意艾滋病感染者

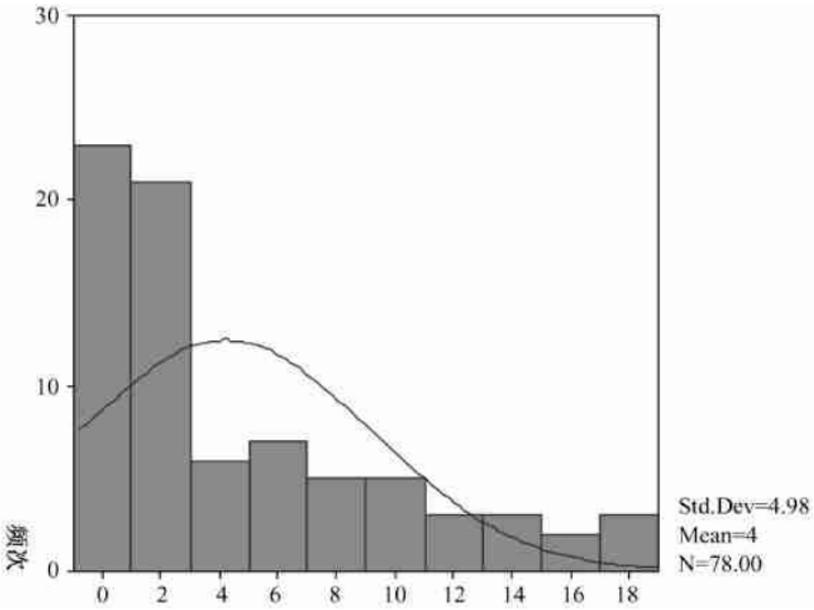


图 1 艾滋病感染者自我报告的社会歧视得分

表 6 普通村民自我报告的主导社会歧视形式：以社会歧视得分高低为标准

社会行动类别	会	要看情况	不会	得分*
1. 您是否会去感染者家串门	131	17	55	127
2. 您是否会和感染者一起同席吃饭、喝酒	123	17	63	143
3. 您是否会和感染者握手	144	8	51	110
4. 您是否会购买感染者家生产的食品或副食品	112	11	80	171
5. 您是否会让自己家小孩和感染者的小孩一起玩	131	10	62	134
6. 路上遇见时您是否会和感染者说话	173	7	23	53
7. 您是否会和感染者一起打牌或进行其他娱乐活动	144	8	51	110
8. 您是否会去感染者家帮忙料理红白喜事	158	11	34	79
9. 感染者发病时您是否会协助送他/她去医院	175	9	19	47
10. 您是否会比较关注感染者的一举一动, 保持和他/她的距离	91	13	99	195

* 赋值方案为, 第 1—9 项:“会”=0 分,“要看情况”=1 分,“不会”=2 分, 第 10 项:“会”=2 分,“要看情况”=1 分,“不会”=0 分。

的空间位置、减少串门次数)、个体间的直接身体接触(握手、打牌等社交和娱乐活动),以及与饮食相关的社会活动中(同席吃饭、购买食品和副食品),维持对拥有受损身份的艾滋病感染者的较高级别的歧视(也即区别对待)。与此相反,在承载着道德张力的社会—文化层次的社会互动中——如红白喜事和协助送医院,以及在非直接身体接触的社会互动中(如打招呼),则呈现出较低程度的歧视。

4. 个体普通村民针对艾滋病感染者的社会歧视水平

针对每一个普通村民,我们可以获得他们每一个人自我报告的、针对艾滋病感染者所发出的社会歧视行动的总得分(其赋值方案与表4注释所列相同,其理论上的取值范围也是[0, 20])。而事实上,据表7显示,普通村民的社会歧视得分的实际取值范围正是[0, 20]。具体来说,在全部203位普通村民中,有59位(占30%)普通村民的得分为0分,表明他们认为自己不会做出任何针对艾滋病感染者的社会歧视行动;另有5位(2.5%)普通村民的得分为20分,表明他们在全部10项社会行动中,都明确表明了对艾滋病感染者的社会排斥和社会歧视。同时,合计多达46位(约占20%)的普通村民,其自我报告的总得分在12分及以上,显示相当数量的普通村民将会维持针对艾滋病感染者的较高的社会排斥和社会歧视水平。

此外,就图2所示的直方图来看,普通村民自我报告的、针对艾滋病感染者的社会歧视总分的平均值为5.8分,高于艾滋病感染者本人所报告的、感受到的来自村民的社会歧视总分的平均值(4分),显示出普通村民心目中所设想的社会排斥和社会歧视行动的强度,要高于艾滋病感染者在实际社区生活中所感受到的社会排斥和社会歧视的强度。究其原因主要在于,艾滋病重点地区的普通村民,对社区内想象中存在的艾滋病感染者,给予了过度的社会歧视回应:因为对普通村民中的两个亚群的进一步分析表明,回答“本村已经发现有艾滋病感染者”的普通村民,其社会歧视水平的平均得分为3.42分,而回答“本村尚未发现有艾滋病感染者”的普通村民,其社会歧视水平的平均得分则高达7.02分,两者之间差异显著。这也许可以理解为,尚未真正接触到艾滋病感染者的普通村民,在自我保护意识的支撑下,对艾滋病感染者做出了超出一般水平的负面社会回应。这一点恰好证明了有关艾滋病的公共教育和知识宣传的重要性。

表 7 普通村民自我报告的、针对艾滋病感染者的社会歧视水平:

操作化为社会歧视总分

普通村民针对感染者的社会歧视水平(得分)	频次	百分比	有效百分比	累积百分比
有效值				
0 分	59	29.1	29.1	29.1
1 分	12	5.9	5.9	35.0
2 分	26	12.8	12.8	47.8
3 分	11	5.4	5.4	53.2
4 分	13	6.4	6.4	59.6
5 分	5	2.5	2.5	62.1
6 分	11	5.4	5.4	67.5
7 分	3	1.5	1.5	69.0
8 分	7	3.4	3.4	72.4
9 分	2	1.0	1.0	73.4
10 分	5	2.5	2.5	75.9
11 分	3	1.5	1.5	77.3
12 分	7	3.4	3.4	80.8
13 分	2	1.0	1.0	81.8
14 分	6	3.0	3.0	84.7
16 分	6	3.0	3.0	87.7
17 分	5	2.5	2.5	90.1
18 分	9	4.4	4.4	94.6
19 分	6	3.0	3.0	97.5
20 分	5	2.5	2.5	100.0
合 计	203	100.0	100.0	

* 与艾滋病感染者感受到的社会歧视水平一样, 普通村民针对艾滋病感染者的社会歧视水平, 同样也要受到社区环境的影响。使用 Explore 命令引入所在省份变量之后我们可以看到 河南省普通村民的人均社会歧视得分为 3.61 分, 低于山西省普通村民的人均社会歧视得分(6.68)。对所在省份变量和社会歧视得分做相关分析之后, 得到皮尔逊相关系数为 -0.216, $P < 0.01$ (双尾), 显示社区环境的确影响到了普通村民针对艾滋病感染者的社会歧视水平。

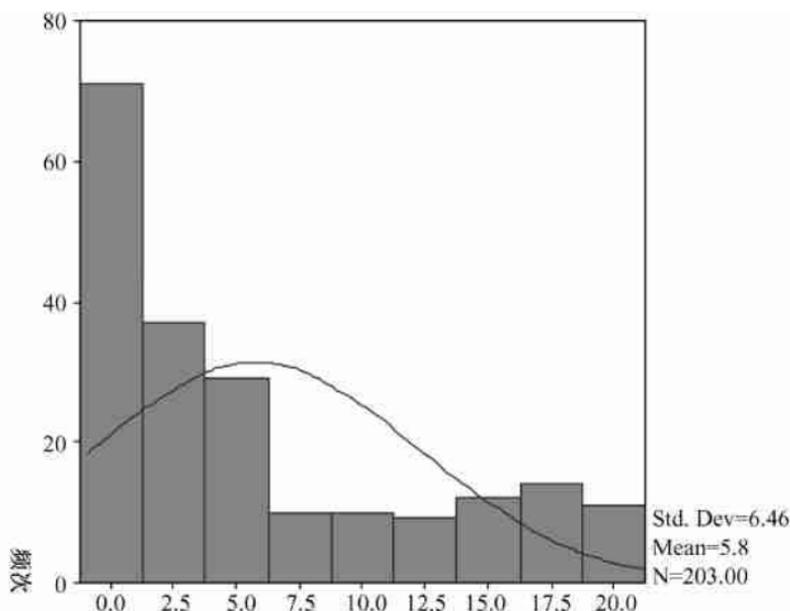


图2 普通村民针对艾滋病感染者的社会歧视水平

(二)解释性数据:回归模型及其比较

作为本文两个解释性回归模型的因变量,分别是:(1)艾滋病感染者自我报告的、在社区生活中真实感受到的社会歧视水平总分;(2)普通村民自我报告的、针对社区内艾滋病感染者的社会歧视水平总分。而这两个解释性模型的自变量组群,则分别是表2和表3所阐明的那些自变量。^①因此,本文使用多元线性回归模型来进行统计计算。由于图1和图2的直方图显示,因变量呈现出明显的左偏态分布(其Skewness值分别是1.200和0.947),不符合模型所要求的正态分布前提,因此,在正式运算前,必须先对因变量做转化处理,其转化函数为 $Y' = Y$ 的平方根。

1. 回归模型1:影响艾滋病感染者自我报告的社会歧视水平的主要因素

以经过数据转化的平方根 $Y'1$ (其中 $Y1$ 为艾滋病感染者自我报告

^① 表2所列的自变量,绝大多数是连续变量和虚拟变量,只有极少数几个(即家族大小姓、感染者身份公开程度,以及对本村村民艾滋病预防知识水平的判断)为只有4个取值的定序变量,此处把它们作为近似的连续变量来使用。表3所列的则全部为连续变量或虚拟变量。

的社会歧视总分)为因变量^①,以表 2 所列的 14 个变量为自变量(分别为年龄、性别、受教育程度、全家总人口数、家族大小姓、亲友数量、社会地位总分、社交圈子广度、以前家庭经济水平、目前家庭经济水平、本人身份公开程度、本村疫情、全家感染者总数、本村村民掌握艾滋病知识水平),使用 SPSS 统计软件,以 Backward 方式进行多元回归模型的运算,在筛除了 9 个其贡献在统计上不显著的变量之后,最终得到以下回归模型。

从表 8—1 至表 8—3 看,在我们假设的 14 个自变量中,只有 5 个自变量——即家族大小姓、本人交往圈子、目前家庭经济水平、本人身分公开程度和村民掌握艾滋病预防知识的水平,经检验证实对艾滋病感染者所感受到的社会歧视水平这个因变量的影响作用,具有统计上的显著性(表 8—3 中的显著性系数 Sig. 均为 $P < 0.1$)。这 5 个自变量从理论上来看,与我们假设的中国乡村社区内社会歧视的影响来源直接相关:其中“家族大小姓”、“本人交往圈子”对应的分别是个体在家族和社会—文化网络中的地位;“目前经济水平”对应的是个体在经济

表 8—1 Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
10	.593(j)	.351	.303	1.07286

j Predictors: (Constant), 目前经济水平, 本人交往圈子, 村民掌握知识, 家族大小姓, 本人身份公开。

表 8—2 ANOVA(k)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
10	Regression	41.776	5	8.355	7.259	.000(j)
	Residual	77.119	67	1.151		
	Total	118.895	72			

j Predictors: (Constant), 目前经济水平, 本人交往圈子, 村民掌握知识, 家族大小姓, 本人身份公开。

k Dependent Variable: 平方根 1。

① 经开平方转化后,新的因变量 $Y'1$ (在模型中取名为平方根 1)取值分布的 Skewness 为 0.322,符合近似正态假设的要求。

表 8-3 Coefficients(a)

Model	自变量/常数	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. error	Beta			Tolerance	VIF
10	(Constant)	-1.444	.727		-1.986	.051		
	家族大小姓	-.421	.161	-.273	-2.617	.011	.888	1.127
	本人交往圈子	.228	.110	.213	2.073	.042	.920	1.087
	目前经济水平	.288	.144	.206	2.003	.049	.916	1.091
	本人身份公开	.997	.224	.460	4.449	.000	.906	1.104
	村民掌握知识	.230	.123	.196	1.872	.066	.880	1.137

a. Dependent Variable: 平方根 1.

互赖体系中的地位;而“本人身份公开程度”和“村民掌握知识”则对应的是社会恐惧这个理论要素。

由表 8-1 所示的 Adjusted R^2 来看,这 5 个自变量结合在一起,共解释掉我们在因变量上所观察到的 30% 的差异。在表 8-2 中, $F(5, 67) = 7.259, P < .001$, 表明上述 5 个自变量的组合对因变量取值的预测作用在统计上显著。

此外,从表 8-3 中的 Beta 系数来看,艾滋病感染者本人身份是否公开,对因变量取值的影响最大(Beta 系数为 0.460),但其方向为正,却和我们假设的不一致:换句话说,我们假设艾滋病感染者的身份公开程度越高,则他们感受到的社会歧视水平越高;但是回归模型 1 却表明,艾滋病感染者的身份公开程度越高,他们感受到的社会歧视水平越低。^① 另一个表现出与理论假设方向不同的自变量为“家族大小姓”(Beta 系数为 -0.273),回归模型 1 显示,艾滋病感染者所属家族规模越大,则他们感受到的社会歧视水平越高。^② 而其余 3 个自变量的预测方向和我们前面的假设相一致。

2. 回归模型 2: 影响普通村民自我报告的社会歧视水平的主要因素

① 此处的操作化方案是:“全都 know=1; 一部分人 know=2; 很少有人 know=3; 全都不知道=4”。

② 家族规模在这里表现出的与理论预测方向相反的作用力,一个可能的解释就是,中国当代乡村社区内家庭核心化的趋势已经使家族和宗族成为一个受到挑战的社会团结源泉。

同样，以经过数据转化的平方根 $Y'2$ （其中 $Y2$ 为普通村民自我报告的社会歧视总分）为因变量^①，以表 3 所列的 14 个变量为自变量（分别为年龄、性别、受教育程度、本人预防知识得分、意识形态得分、理性化得分、本人身体状况、本村是否已有感染者、自己感染的可能性、本人社会地位、本人社会经历、家庭经济水平、挫折 A 和挫折 B），以 Backward 方式进行多元回归模型运算，在筛除了 8 个其贡献在统计上不显著的变量后，最终得到以下回归模型（见表 9—1 至表 9—3）。

对于普通村民针对本社区内真实存在的或假想存在的艾滋病感染者的社会歧视水平而言，回归模型 2 证实，普通村民本人的社会—心理特征（包括他们的理性化程度、他们感受到的挫折）、他们在经济互赖体系中的地位（操作化为他们家庭的经济水平）和社会恐惧（操作化为他们掌握艾滋病预防知识的总分和本村疫情等）这 3 个理论要素起着至关重要的作用。而普通村民所属家族规模和社交圈子广度等表征社会团结水平的变量，在预测普通村民针对艾滋病感染者所发出的社会歧视水平时并不起作用。^②

表 9—1 Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
9	.467(i)	.218	.190	1.35246

i Predictors: (Constant), 挫折 B, 知识总分, 经济水平, 挫折 A, 理性总分, 本村疫情。

表 9—2 ANOVA(j)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
9	Regression	85.647	6	14.274	7.804	.000(i)
	Residual	307.295	168	1.829		
	Total	392.942	174			

j Dependent Variable: 平方根 2。

① 经开平方转化后，新的因变量 $Y'2$ （在模型中取名为平方根 2）取值分布的 Skewness 为 0.213，同样符合近似正态假设的要求。

② 之所以如此，一个可能的解释，在于从问卷中的原始问题来看，要求普通村民做出针对性社会回应的感染者是一个抽象的感染者，本身并未透露出任何社会—文化特征，因此普通村民和他们之间的社会团结水平也是未知的，从而导致了家族规模和社交圈子广度这两个变量预测作用的失效。

表 9—3 Coefficients(a)

Model	自变量/常数	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
9	(Constant)	4.785	.941		5.085	.000		
	知识总分	-.166	.044	-.279	3.817	.000	.872	1.146
	理性总分	-.170	.094	-.127	1.805	.073	.936	1.068
	本村疫情	-.402	.238	-.126	1.686	.094	.830	1.204
	经济水平	.233	.132	.125	1.758	.081	.927	1.079
	挫折 A	.625	.348	.133	1.797	.074	.853	1.172
	挫折 B	-1.325	.534	-.185	2.483	.014	.841	1.189

a Dependent Variable: 平方根 2.

表 9—1 中的 Adjusted R^2 显示, 表 9—3 中筛选留下来的 6 个自变量结合在一起, 解释掉了我们在因变量取值上所观察到的 19% 的差异, 并且这一组合对因变量取值的预测作用在统计上也十分显著(表 9—2 中的 $F(6, 168) = 7.804, P < 0.001$)。从上述 6 个自变量表现在回归模型 2 中的预测方向来看, 除了“本村疫情”和“挫折 B”这两个变量的预测方向与我们理论上假设的不一致之外, 其余 4 个自变量的假设方向分别得到了验证: 即普通村民艾滋病预防知识掌握得越好, 他们针对感染者的社会歧视水平越低; 他们的理性化程度越高, 则他们针对感染者的社会歧视水平越低; 他们的家庭经济水平越高, 他们的社会歧视倾向也越低; 而他们因为艾滋病而遭受其他地区人看不起的经历, 也将导致他们对感染者发出较高水平的社会歧视。在“本村疫情”这个变量上的理论假设——即本村有艾滋病感染者存在这一事实所造成的威胁, 将导致村民们提升其社会歧视水平——的证伪, 以及挫折 B 这个变量的理论假设——即普通村民很可能由于自己因和艾滋病感染者接触而遭受他人歧视和排斥的事实, 进而提升其对本村艾滋病感染者的歧视水平——的证伪, 与回归模型 1 所揭示的“本人身份公开程度”这个变量实际上降低了艾滋病感染者所感受到的社会歧视水平一样, 表明艾滋病感染者在社区内的存在、艾滋病感染者身份的公开, 以及和艾滋病感染者的日常接触, 都有可能造成社区内社会歧视水平的下降。

七、结 论

以上数据分析部分的讨论，帮助我们初步了解到中国乡村社区内，因商业性采血而导致的艾滋病所引发的社会歧视的主导形式、具体水平及其作用机制。概括来说，我们大致可以得出 5 个结论。

首先，我们已经知道，中国乡村社区内围绕艾滋病感染而产生的社会歧视的典型形式，无论从艾滋病感染者还是普通村民的自我报告结果来看，主要表现为非感染者将在个体层次的社会互动（如个体间空间距离的刻意维持、个体间直接身体接触的刻意避免），以及与饮食相关的社会活动中，维持对拥有受损身份的艾滋病感染者的隔离和排斥。与此相反，在承载着道德张力的社会—文化层次的社会互动中，以及在非直接身体接触的社会互动中，则呈现出较低程度的歧视。

其次，就普通村民自我报告的、针对艾滋病感染者的社会歧视水平，和艾滋病感染者本人所报告的、亲身感受到的来自村民的社会歧视水平相比较来看，前者要高于后者。这充分表明，普通村民心目中所设想的社会排斥和社会歧视行动的强度，要高于艾滋病感染者在实际社区生活中所感受到的社会排斥和社会歧视的强度。换句话说，艾滋病重点地区的普通村民，对社区内想象中存在的艾滋病感染者，给予了过度的社会歧视回应。

第三，用于解释艾滋病感染者所感受到的社会歧视水平的回归模型 1 证实，具有统计上显著解释力的那一组自变量，与我们理论上假设的中国乡村社区内社会歧视的构成来源直接相关：其中“家族大小姓”、“本人交往圈子”对应的是个体在家族和社会—文化网络中的地位；“目前经济水平”对应的是个体在经济互赖体系中的地位；而“本人身分公开程度”和“村民掌握知识”对应的则是社会恐惧这个理论要素，表明上述 4 个理论要素被证实为解释中国乡村社区内艾滋病感染者所感受到的社会歧视水平的核心理论要素。

第四，用于解释普通村民针对艾滋病感染者的社会歧视倾向的回归模型 2 显示，普通村民本人的社会—心理特征、他们在经济互赖体系中的地位和社会恐惧这 3 个理论要素在决定他们的社会歧视水平上起着至关重要的作用。尤其值得指出的是，普通村民掌握艾滋病预防知识的水平越高，其社会歧视倾向就越低。这充分表明艾滋病预防知识

的宣传,有助于降低乡村社区内因艾滋病而导致的社会歧视水平(其在表9—3中的Beta系数-1.279,是所有6个有效自变量中最高的)。

第五,与我们的理论假设方向不一致的是,艾滋病感染者在社区内的存在、艾滋病感染者身份的公开,以及和艾滋病感染者的日常接触,都有可能造成社区内社会歧视水平的下降。这个结论具有重要的政策意义,因为艾滋病感染者身份的公开,有助于降低乡村社区内因艾滋病而导致的社会歧视水平。

参考文献:

- 程何荷等,2000,《云南省HIV感染流行趋势分析和预测》,《中国艾滋病性病》第5期。
- 褚建芳,2003,《人神之间:云南芒市一个傣族村寨的仪式生活与等级秩序》,北京大学社会学人类学研究所博士论文。
- 党少农、王学良、庄贵华、吴谦,2000,《医学院校学生艾滋病认知状况调查》,《西北医学教育》第8卷第1期。
- 杜赞奇,1994,《文化、权力与国家:1900—1942年的华北农村》,王福明译,南京:江苏人民出版社。
- 范存欣、马绍斌,1996,《广州市中学生艾滋病知识现状分析》,《中国学校卫生》第5期。
- 高祖新、李晓铭、尹勤,2000,《265名大学生艾滋病相关知识调研》,《南京人口管理干部学院学报》第16卷第4期。
- 何景琳、王洪源、宋精玲,1998,《云南省大学生艾滋病知识、态度和行为调查》,《中国性病艾滋病防治》第4卷第1期。
- 李爱兰、李立明、张于成、王爱珍,1999,《北京市大学生性病艾滋病知识、认知及性行为的调查分析》,《中国公共卫生》第15卷第6期。
- 李 燕,2004,《艾滋病在中国:法律评估与事实分析》,北京:社会科学文献出版社。
- 刘能、樊欢欢、柴馥蕾,2004,《中国青少年发展基金会河南、山西两省艾滋病重点地区红丝带关爱行动项目评估报告》,北京大学中国社会与发展研究中心研究报告。
- 刘潼福,2004,《“社会科学学与艾滋病——理论和实践研讨会”综述》,《社会学研究》第2期。
- 刘伟、戴庆 燕、梁绍伶、明中强、Loraine Yap、吴尊友,2004,《吸毒行为与艾滋病预防对策——对某吸毒人群相关行为的社会学分析》,《学术论坛》第4期。
- 莫国芳、吴瑛、元兮,2004,《云南流动人口与艾滋病扩散》,《人口与经济》第2期。
- 潘继铭主编,2004,《艾滋病时代的性生活》,广州:南方日报出版社。
- 邱仁宗主编,2001,《她们在黑暗中:中国大陆若干城市艾滋病与卖淫初步调查》,北京:中国社会科学出版社。
- 孙江平,2004,《艾滋病的社会属性及其在中国的映射》,《中国艾滋病性病》第10卷第6期。
- 王沪宁,1991,《当代中国村落家族文化:对中国社会现代化的一项探索》,上海:上海人民出版社。
- 王若涛、张有春,2003,《艾滋病引起的社会学问题》,《中国党政干部论坛》第3期。
- 夏国美,2002,《中国艾滋病问题报告》,南京:江苏人民出版社。

- 张家鹏、程何荷、贾曼红、张勇, 1999, 《云南省 1989—1998 年艾滋病流行与控制的研究》, 《中华流行病学》第 6 期。
- 张思, 2003, 《近代华北农村的农家生产条件·农耕结合·村落共同体》, 《中国农史》第 3 期。
- 周涵, 2002, 《社会宽容的应用: 浅谈伦理学原则在艾滋病预防过程中的体现》, 《南京医科大学学报(社会科学版)》第 2 期。
- Aggleton, Peter 1998, *Men Who Sell Sex: International Perspectives on Male Prostitution and HIV/AIDS*. Philadelphia: Temple University Press.
- Albert, Edward 1986 “Illness and Deviance: The Response of the Press to AIDS.” in Douglas A. Feldman & Thomas M. Johnson (eds.) *The Social Dimensions of AIDS: Method and Theory*. New York: Praeger.
- Anderson, A. F., Z. Qingsi, X. Hua, & B. Jianfeng 2003, “China’s Floating Population and the Potential for HIV Transmission: A Socio-Behavioral Perspective.” *AIDS Care* 15 (2).
- Baylies, Carolyn & Janet Burja 2001, *AIDS, Sexuality and Gender in Africa: Collective Strategies and Struggles in Tanzania and Zambia*. London: Taylor and Francis.
- Campbell, Carol A. 1999, *Women, Families and HIV/AIDS: A Sociological Perspective on the Epidemic in America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Catalan Jose Lorraine Sherr & Babara Hedge 1997, *The Impact of AIDS: Psychological and Social Aspects of HIV Infection*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2000, “HIV/AIDS Surveillance Report.” in Anthony J. Lemelle, Jr., Charlene Harrington & Allen J. LeBlanc eds. 2000, *Readings in the Sociology of AIDS*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Cheng, H. H., J. P. Zhang & J. D. Kou et al. 1997, “The Overgrowing Epidemic of HIV Infection in Yunnan Province.” *Chinese Journal of Prevention and Control of STD and AIDS* 2 (2).
- Cleland John & Benoit Fery (eds.) 1995, *Sexual Behavior and AIDS in the Developing World*. London: Taylor and Francis.
- Connors, Margaret M. 2000 “Risk Perception, Risk Taking, and Risk Management among Intravenous Drug Users: Implications for AIDS Prevention.” in Anthony J. Lemelle, Jr., Charlene Harrington & Allen J. LeBlanc (eds.) *Readings in the Sociology of AIDS*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Council of Europe 1993, *Comparative Study on Discrimination against Persons with HIV/AIDS*. Strasbourg: Council of Europe.
- Danziger, Renee 2000 “The Social Impact of HIV/AIDS in Developing Countries.” in Anthony J. Lemelle, Jr., Charlene Harrington & Allen J. LeBlanc (eds). *Readings in the Sociology of AIDS*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Drucker, Ernest 1991, “Communities at Risk: The Social Epidemiology of AIDS in New York City.” in Peter Aggleton, Graham Hart & Peter Davies (eds.) *Families and Communities Responding to AIDS*. London: UCL Press.
- Eisenstadt Kevin & Philip Gatter 1999, “Coming Together: Social Networks of Gay Men and HIV Prevention.” in Peter Aggleton, Graham Hart & Peter Davies (eds.) *Families and Communities*

Responding to AIDS. London: UCL Press.

- Feldman Douglas A. 1991, "The Socio-cultural Impacts of AIDS in Central and East Africa." in Richard Ulack & William F. Skinner (eds.) *AIDS and the Social Sciences; Common Threads*. Lexington: The University Press of Kentucky.
- Fernald Alexis & Tom A. B. Snijders 1997, "Social Networks and Normative Tensions." in Luc Van Campenhout, Mitchell Cohen, Gustavo Guizzardi & Dominique Hauser (eds.) *Sexual Interactions and HIV Risk: New Conceptual Perspectives in European Research*. London: Taylor and Francis.
- Fitzsimons David, Vanessa Hardy & Keith Tolley (eds.) 1995, *The Economic and Social Impact of AIDS in Europe*. London: Cassell.
- Freedman Maurice 1971, *Chinese Lineage and Society; Fukien and Kwantung*. London: Berg Publisher.
- Gil, Vincent E., Marco S. Wang, Allen F. Anderson, Guo Matthew Lin & Zongjian Oliver Wu 1996, "Prostitutes, Prostitution and STD/HIV Transmission in Mainland China." *Social Science and Medicine* 42 (1).
- Gilman S. 1988, *Disease and Representation; Images of Illness from Madness to AIDS*. New York: Cornell University Press.
- Goffman Erving 1963, *Stigma; Notes on the Management of the Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Gould Peter 1991, "Modeling the Geographic Spreading of AIDS for Educational Intervention." in Richard Ulack & William F. Skinner (eds.) *AIDS and the Social Sciences; Common Threads*. Lexington: The University Press of Kentucky.
- Huang Yingying, Gail G. Henderson, Suiming Pan & Myron S. Cohen 2004 "HIV/AIDS Risk among Brothel-Based Female Sex Workers in China: Assessing the Terms, Content, and Knowledge of Sex Workers." *Sexually Transmitted Diseases* 31 (11).
- Huber Joan & Beth E. Schneider (eds.) 1992, *The Social Context of AIDS*. Newbury Park: Sage Publications.
- Ingham, Roger & Gertjan Zessen 1997, "From Individual Properties to Interactional Processes." in Luc Van Campenhout, Mitchell Cohen, Gustavo Guizzardi & Dominique Hauser (eds.) *Sexual Interactions and HIV Risk: New Conceptual Perspectives in European Research*. London: Taylor and Francis.
- Kalichman, Seth C. 1998, *Preventing AIDS: A Sourcebook for Behavioral Interventions*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Karon, John M., Phillip S. Rosenberg, Geraldine McQuillan, Meena Khare, Marta Gwinn & Lyle R. Petersen 2000, "Prevalence of HIV Infection in the United States, 1984 to 1992". in Anthony J. Lemelle, Jr., Charlene Harrington & Allen J. LeBlanc (eds.) *Readings in the Sociology of AIDS*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Kaufman, Joan & Jun Jing 2002, "China and AIDS: The Time to Act is Now." *Nature* 296 (5577).
- Kelly, Jeffery A. 1995, "Advances in HIV/AIDS Education and Prevention." *Family Relations* 44 (4).
- Kinsella, James 1989, *Covering the Plague; AIDS and the American Media*. New Brunswick: Rutgers

University Press.

- Kotarba Joseph A. & Norris G. Lang 1986, "Gay Lifestyle Change and AIDS: Preventive Health Care." in Douglas A. Feldman & Thomas M. Johnson (eds.) *The Social Dimensions of AIDS: Method and Theory*. New York: Praeger.
- Lau, Joseph T. F. & H. Y. Tsui 2003 "HIV/AIDS Behavioral Surveillance Surveys of the Cross-Border Sex-Worker Population in Hong Kong from 1997 to 2001." *Sexually Transmitted Disease* 30 (11).
- Li, Xiaoming Xiaoyi Fang Danhua Lin, Rong Mao Jing Wang, Lesley Cottrell, Carole Harris & Bonita Stanton 2004, "HIV/STD Risk Behaviors and Perceptions among Rural-to-Urban Migrants in China." *AIDS Education and Prevention* 16 (6).
- Link, Bruce G. & Jo C. Phelan 2001, "Conceptualizing Stigma." *Annual Review of Sociology* 27.
- Lu, Yichen & Max Essex (eds.) 2004, *AIDS in Asia*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ma, Y., Z. Li & Zhang, K et al. 1990, "HIV was First Discovered Among IDUs in China." *Chinese Journal of Epidemiology* (11).
- McElrath, Karen (ed.) 2002, *HIV and AIDS: A Global View*. Westport, Conn.: Greenwood Press.
- Micollie, Evelyne (ed.) 2004, *Sexual Cultures in East Asia: The Social Construction of Sexuality and Sexual Risk in a Time of AIDS*. London: Routledge Curzon.
- Miller, David, Jenny Kitzinger & Peter Beharrell 1998, *The Circuit of Mass Communication: Media Strategies, Representation and Audience Reception in the AIDS Crisis*. Newbury Park: Sage Publications.
- Miller, Robin, Michael Carael & Greet Peersman 2004 *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. New York: John Wiley and Sons.
- Moatti Jean-Paul, Yves Souteyrand, Amick Prieur, Theo Sandfort & Peter Aggleton (eds.) 2000, *AIDS in Europe: New Challenges for the Social Sciences*. London: Routledge.
- Murphy, Julien S. 1995, *The Constructed Body: AIDS, Reproductive Technology, and Ethics*. New York: SUNY.
- National Research Council 1993, *The Social Impact of AIDS in the United States*. Washington D. C.: National Academy Press.
- Overall Christine & William P. Zion (eds.) 1991, *Perspectives on AIDS: Ethical and Social Issues*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollak, Michael 1992, "Attitudes, Beliefs, and Opinions." in Michael Pollak, with Genevieve Paicheler & Janine Piene, *AIDS: A Problem for Sociological Research*. Newbury Park: Sage Publications.
- 1995, *The Second Plague of Europe: AIDS Prevention and Sexual Transmission among Men in Western Europe*. London: Harvorth Press.
- Rhodes, Tim & Richard Hartnoll 1996, *AIDS, Drugs, and Prevention: Perspectives on Individual and Community Action*. London: Routledge.
- Rogers, Susan J., Liu Ying, Yantao Xin, Kee Fung & Joan Kaufman 2002 "Reaching and Identifying the STD/HIV Risk of Sex Workers in Beijing." *AIDS Education and Prevention* 14 (3).
- Russell, Charles H. 1991, *AIDS in America*. Berlin: Springer Verlag.

- Schneider, Beth E. 1992. "AIDS and Class, Gender, and Race Relations." in Joan Huber & Beth E. Schneider (eds.) *The Social Context of AIDS*. Newbury Park; Sage Publications.
- Siegel, Karolynn & Beatrice J. Krauss 2000. "Living with HIV Infection; Adaptive Tasks for Seropositive Gay Men." in Anthony J. Lemelle, Jr., Charlene Harrington & Allen J. LeBlanc (eds.) *Readings in the Sociology of AIDS*. Upper Saddle River, New Jersey; Prentice-Hall.
- Skinner, G. William 1993, *Marketing and Social Structure in Rural China*. ASSN for Asian Studies.
- Slack, James D. 1998, *HIV/AIDS and the Public Workplace; Local Government Preparedness in the 1990s*. Tuscaloosa, Alabama; The University of Alabama Press.
- Stein, Theodore J. 1998, *The Social Welfare of Women and Children with HIV and AIDS; Legal Protections, Policy, and Programs*. Oxford; Oxford University Press.
- UNAIDS 2000, *HIV/AIDS-Related Stigmatization, Discrimination, and Denial; Forms, Contexts, and Determinants; Research Studies from Uganda and India*. Geneva; UNAIDS.
- 2004, *A Conceptual Framework and Basis for Action; HIV/AIDS Stigma and Discrimination*. Geneva; UNAIDS.
- Van Campenhout, Luc Mitchell Cohen, Gustavo Guizzardi & Dominique Hauser (eds.) 1997, *Sexual Interactions and HIV Risk; New Conceptual Perspectives in European Research*. London; Taylor and Francis.
- Warwick, Ian, Peter Aggleton & Hilary Homans 1988. "Young People's Health Beliefs and AIDS." in Peter Aggleton & Hilary Homans (eds.) *Social Aspects of AIDS*. London; The Falmer Press.
- Wu, Zunyou, R. Detels & J. P. Zhang et al. 1996, "Risk Factors for Intravenous Drug Use and Sharing Equipment among Young Male Drug Users in Southwest China." *AIDS* 10.
- Wu, Zunyou, Keming Rou & Haixia Cui 2004, "The HIV/AIDS Epidemic in China: History, Current Strategies, and Future Challenges." *AIDS Education and Prevention* (16), Supplement A.
- Yang, Xiushi 2004, "Temporary Migration and the Spread of STDs/HIV in China: Is There a Link?" *International Migration Review* 38 (1).

作者单位: 北京大学社会学系
责任编辑: 张志敏

Abstract This paper is an experiential study of the state-society relationship in contemporary China. Through exploring actual state controls over manifold organizations, this paper proposes the system of differential controls. In this system, for the sake of itself, the state exerts various control strategies over different types of social organizations, according to the capacities that social organizations challenge the state power and the public goods that they provide. This system is a new system that the state realizes its comprehensive controls over society and provides public goods to the society, by non-governmental means under the new economic environment. Then, after comparing this system with other state-society relationship types, this paper concludes that the system of differential controls is an ideal type of a new state-society relationship.

‘White Collar’ and Its Function in Social Structure: A Case Study of Shanghai since 1990’s *Li Youmei* 90

Abstract: The emerging white-collar group has gradually occupied an important position in social occupational structure in Shanghai. The Characteristics of its social mind and social function have aroused some researchers’ interest. Analyzing the special historical phase in which the white-collar group is its cultural adaptation, value orientation and constructional separation from social system, this paper tries to provide a special research perspective on the white-collar group and discuss on some current suppositions on this group.

Internet Use and Urbanization in China: A spatial perspective of digital divide *Wang Mingfeng* 112

Abstract: The aim of this study is to examine the digital divide problem of in the Internet use from a spatial perspective, and explores the role of urbanization in explaining the variation of determining the growth and distribution of Internet users at the urban and regional level. In fact, the digital divide among geographical units is very serious and widening the existing regional economic gap in China. The empirical analyses show that the spatially diffusion of Internet in China fits the hierarchical pattern of big cities first and small cities later, and the status of a city and its change are a crucial factor influencing the growth of Internet users in the city. In China, the most serious issue of spatial digital divide now is the gap between metropolises and other areas within the urban hierarchy.

HIV/AIDS, Stigma, and Social Discrimination: A Quantitative Analysis of AIDS Patients and Ordinary Villagers in Two Chinese Rural Communities *Liu Neng* 136

Abstract: As a highly stigmatized social illness, AIDS has caused tremendous social fears and consequent practices of social exclusion and social discrimination all over the world, simply because it's three widely recognized qualities: that is, high mortality, multi-channel contagious, and very limited chance of being cured. Based on empirical survey data gathered from two specific groups — the AIDS patients and the ordinary villagers — in two Chinese rural communities, this article gives out a quantitative analysis of the relationship between local AIDS epidemiology and level of social discrimination against AIDS patients and their family members within local communities. The author not only presents descriptive data of the forms and levels of locally embedded social discrimination against AIDS victims, but also brings out two regression models to explain levels of social discrimination that reported by AIDS patients and the ordinary villagers respectively. In the first two parts of this article, the author has traced relevant literatures regarding two topics: first, the rise of AIDS as a social illness and the responses of global social sciences towards it; and then, the current status of Chinese academic efforts on AIDS.

Review on A Preference of Son *Wang Wenqing & Pan Suiming* 165

Abstract In this article we review the previous studies on preference of son in the mainland of China and find that there is a gap between macro- and micro-perspective or between structure and individual, for which the research methods employed by the researchers must take part of responsibilities. In order to understand the childbearing practice of Chinese people we draw much on P. Bourdieu, who tries hard to transcend the dichotomy of structure and individual, and conduct fieldwork in the concrete cultural context. We find that although in the last 100 years or so China, not only its urban areas but also its rural areas, has witnessed great changes in many aspects of life, in some villages the habitus of peasants, as far as childbearing practice is concerned, has changed little. It is because that the social trajectory of those people, which silently shapes and is shaped by the habitus, has been kept fairly intact even after going through so long a period of time.

REVIEW

Review on Chinese Village Community Centered on the Kainou-Hirano Debate *Li Guoqing* 194

Abstract In China's rural areas, the tension between village cadres and villagers has been increased, due to the intensified social stratification. However, the root of this social phenomenon runs deep into Chinese history that we can only sort it out by examining the basis on which the rural societal structure has so far been formed. Is a village of such type an association composed of only spontaneous activities purely for self-interests of the individuals, or a community ruled by commonly agreed social regulations? This question