

# 目 錄

第一章 問題意識與文獻回顧 .....	2
第二章 研究方法及研究目的 .....	11
第三章 永寧摩梭山區社會型態的歷史考察 .....	17
第一節 人口與地理環境 .....	18
第二節 生產結構 .....	21
一 農業 .....	21
二 畜牧業、手工工業、採集、漁獵與服務業 .....	22
三 商業 .....	24
四 分析 .....	27
第三節 政治制度與生產關係的沿革 .....	29
第四節 文化變遷 .....	33
一 家庭與婚姻 .....	33
二 宗教 .....	36
三 風俗習慣 .....	38
第五節 社會型態變遷對摩梭人的影響 .....	40
第四章 商品化醫療體系在永寧 .....	46
第一節 永寧摩梭人的醫療體系概述 .....	46
一 已納入商品經濟的醫療體系 .....	46
(一) 民族融合帶來的中醫 .....	46
(二) 以官方為主導的西醫 .....	47
(三) 藏文化影響下的藏醫 .....	49
二 未納入商品經濟的醫療體系 .....	49
(一) 根植於超自然力的民俗醫 .....	49
(二) 瀰漫於生活周遭的草醫 .....	51
第二節 中國大陸醫療發展狀況 .....	53

第三節 永寧摩梭山區醫療發展狀況.....	56
第五章 摩梭婦女不就醫因素探討 .....	63
第一節 礙於「性的社會行為禁忌」不便就醫.....	65
第二節 村落間缺醫少藥致使就醫無門 .....	68
第三節 家屋中缺乏貨幣提供患者就醫 .....	70
第四節 不就醫因素的結構性分析 .....	72
第六章 認識與實踐的統一 —— 實踐式研究的進程與侷限.....	79
參考文獻 .....	91

## 第一章 問題意識與文獻回顧

2000年六月，藉著「世新大學社會發展研究所」的實習機會，筆者隻身前往「中華滋根協會」<sup>1</sup>在「雲南省麗江地區寧蒗縣永寧鄉」的項目點，與當地婦女共同籌畫中華滋根協會所資助的「婦女醫療衛生培訓計畫」。啓程之前，爲了豐富自己對婦女醫療問題的瞭解，特意考察了近年來相關婦女醫療研究的著作，卻意外地發現眾多文獻有著側重「性別」因素著墨的共通點。

例如，Meera Chatterjee (1990) 於〈印度婦女：她們的健康和經濟生產力〉一文中闡述：「已有證據顯示，女性比男性更容易在罹病後死亡。……理由是婦女對醫療照護的取得受到限制，所以婦女的疾病通常較晚和較少受到治療。」

此外，張曉玲 (1998) 的《婦女與人權》專書，在論及婦女健康權利問題的篇章中，開宗明義的說道：「許多國家和地區，女孩在享有食物和衛生保健方面都比男孩少」，接著又說「據世界衛生組織 1986 年的統計，在印度、巴基斯坦、孟加拉，佔總數 1/6 的女嬰死於歧視。40% 育齡婦女患貧血症。由於對婦女生育健康缺乏足夠的重視，世界上每年至少有 50 萬婦女由於孕期併發症而死亡……。」(頁 168)

再如，聯合國組織架構下的「聯合國人口基金會」(United Nation Population Fund's) 在其〈2000 年世界人口狀況報告〉關於婦女醫療照護的分析中指出：

90 年代<sup>2</sup>，許多國家對基層醫療的公共預算比率縮水，醫療成本於是轉移到病人身上。但是許多貧窮者，尤其是婦女，無法負擔費用而必須依賴公共服務。

……在印尼，90 年代末期的經濟危機後，人們對醫療照護的利用減少，健康指數變差，其中大部分是婦女，尤其是貧窮婦女。

……從全球來看，貧窮人家比非貧窮人家的男童有 4.3 倍的死亡機會，女童則是 4.8 倍。女童的脆弱性可能反映她們獲得醫療照護的機會較低。

---

<sup>1</sup> 「中華滋根協會」(Zigen Fund) 成立於 1991 年，是支持偏遠艱困地區基層組織發展的草根組織。1989 年由台港留美學生首先在美國創立。其宗旨是發動各界人士參與中國最貧窮地區的發展工作，直接資助一些貧困鄉村的民眾發展基礎教育、醫療衛生及不傷害環境的適當技術推廣，並開展與此有關的調查研究，支持這些地區的民眾藉自己的力量擺脫貧困，提高生活品質。(羅加鈴等 1999：29)

<sup>2</sup> 本論文所使用的日期，皆爲「西元」年，而非「民國」年。

如上論述，顯見婦女（尤第三世界婦女）的醫療窘境和兩性地位的懸殊極其相關。然而這種指涉婦女缺醫少藥的原因乃根植於「性別歧視」的論述模式，與晚近屢遭批判的帶有濃厚殖民主義色彩的婦女發展史觀不謀而合。

據考察，由西方為首的「發展工作」（development work，或稱「發展援助」development aid），是奠基於進步史觀的現代化理論下的產物，其中心思想是認為歐美發展的道路普遍適用於全球社會，因此只要學習西方經驗，便可以在各方面取得「現代化」的發展。「於是，所謂發展，便等於將『落後』的被殖民者帶進現代（即已發展的世界），涉及的只是程序安排事宜，即如何進行、要多快才達到等方面的問題，卻沒有質疑現代化這個目標本身。」（Parpart 1999：227）此種帶有延續殖民階層關係的發展模式，實踐在婦女發展工作上值得非議之處在於，它透過將第三世界婦女描繪為邊緣、軟弱、受傳統禁錮、無法逃出父權魔掌的方式，一方面合理化第三世界婦女亟待西方世界拯救的形象，藉以偷渡包藏在人道主義情懷之下的殖民主義思維；另一方面，則是讓多數參與婦女發展計畫的西方白人中產階級女性，盲目地將西方女性經驗普遍化，僅僅以掙脫父權體制的壓迫來帶動全世界婦女的發展，完全忽略女性之間可能存在的差異。

M. Du Bois（1991）曾嚴厲的批判該種發展史觀，認為：「這樣再現（representation）第三世界現實，為發展專家所信奉的現代化和優越的北半球價值和建制提供理據，並且把『導致無法無天的破壞，或者鄙視及抑制本土技術、知識、實踐、生活方式等等』的過程合理化。」（引自 Parpart 1999：224）而某些進步的女性主義則指責：「不少西方女性主義者認為男女不平等及婦女受壓迫受歧視的根源是父權制……」，完全忽略了「社會性別作為一種不平等的分化人群的權力結構，是與其它的社會權利分配結構如階級、民族、種族、年齡等相互聯繫、渾然一體的。」（蘇紅軍 1995：368）

然而不幸的是，這種以西方經驗為準繩的發展史觀充斥在 70 年代由聯合國所支持的「發展中婦女」（women in development，WID）和「婦女與發展」（women and development，WAD）主張之中，使得第三世界婦女的發展歷程無論就理論、策略和行動方面，皆雷同於西方世界的模式。（几乃華 1995；Parpart 1999；Chowdhry 2000）

不置可否的，「性別」作為鬥爭的前提目標一旦確立，則「性別歧視」便成為全球婦女公認的絆腳石，女性主義者們紛紛投入尋求男女平權的陣營，企盼兩性平等社會的到來可以改善諸如醫療、教育等因歧視所致的不平等待遇。諷刺的是，在歷盡幾十個年頭後的今日，多數第三世界婦女的生活（甚至包括第一世界受種族等社會關係壓迫的女性）並無因各類發展計畫的推展而好轉。更諷刺的是，側重性別因素探討婦女發展的理念一直延宕至今，也因此，當我們翻開晚近

相關婦女醫療研究的著作時，類似的論述仍頻繁地出現，例如：

...聯合國世界衛生組織與聯合國兒童基金會(UNICEF)的顧問Ravindran 博士曾特別撰文提出世界上因重男輕女而造成女性健康上的損害現象，例如在餵養上男性得到較多食物及營養，在健康照顧上男童有病送醫比例也高於女童.....，是否我們的社會仍只著重男性的發展，不論在工作機會，教育機會，薪資取得，家務分工上，女性都處於不利地位.....。(引自張珏 1993:2)

又如，CE. Okojie (1994) 於〈健康的平等在第三世界國家〉一文中曾言：

在傳統社會裡，從對健康的定義和傳統醫療行為中可以見到，健康上的性別不平等源自婦女次等的社會地位。.....因此要掃除健康上的性別不平等就必需有改善婦女地位的策略。

證據顯示，相關婦女醫療問題的探討，「性別」往往像是孫悟空的緊箍圈一般，與婦女就醫不足、缺醫少藥的分析密不可分。若我們進一步地把當前相關婦女醫療的論述再加以整理，得到的也總會是不脫以「性別」為主要批判的如下幾類觀點：

第一類是直接說明女性受到的醫療照顧始終不如男性，導致婦女缺醫少藥、就醫不足。例如向來專注於婦女醫療研究的劉仲冬教授，在 1990 年台灣大學婦女研究室所召開的「婦女與健康學術研討會」中發言表示，多年來一直覺得婦女被排拒於健康照顧系統之外，並舉了如下的例子佐證：

有一次有一個個案得了子宮頸癌。學生至個案家中對此夫婦做衛教。先生問及動手術需要花多少錢呢？學生回答說：「大約是 xxx」。先生說：「要花那麼多錢，都夠再娶一個了！」(引自台灣大學人口研究中心婦女研究室 1990：170-171)

我的鄰居，有一家水果店。一個禮拜以前，我的外甥女在耕莘醫院碰到水果店的老闆與他太太。我外甥女問他們：「哪裡不舒服？」老闆說他感冒了來看病。大約一個禮拜以後，我走過他們家門口，發現這家在辦喪事，

我很意外，以為這老闆大概感冒，變成什麼不好的病。結果一看，照片竟然掛的是太太。我想是不是出了車禍，結果不是，是乳癌。也就是說她得了乳癌到最後的時候，先生的感冒還是比她的乳癌重要。（引自台灣大學人口研究中心婦女研究室 1990：171）

第二類主要在於批評男性中心的醫療資源分配，致使女性在醫療上受到不平等的待遇。譬如醫療保險給付歧視女性、大量的醫療研究經費多運用在男性好犯的疾病上等。Jan Ziegler（1998）就指出，美國保險業者曾將男性使用的「威而剛」（Viagra）納入給付範圍內，但卻將女性所使用的避孕藥排除於給付範圍外，因而招致婦女抗議。此外，撰寫《乳房的歷史》一書的 Marilyn Yalom（2000）也在書中批評醫療研究多側重男性疾病，女性醫療研究的經費始終不如男性。

至於第三類，其焦點更是卯足全力批判醫療體系充斥著父權意識，說明其威脅婦女健康的情況。這類批判始於 70 年代的歐美婦運，主要是從認識自我保健與疾病需要出發，在檢視醫療體系後卻赫然發現「與女性健康有關的醫療保健資訊不僅非常貧乏，而且被控制在男性主導的主流醫療體系中……。」（張苙雲 1998：65）這類觀點的論述又可分為幾個不同的面向：（一）女性在醫療領域中缺乏自主權。例如生活於父權社會下的女性，不易有生育的發言權或決定權，像避孕方法的設計就偏重女性，避孕責任承擔者亦多屬女性；又如「羊膜穿刺術」（amniocentesis）被用來判定未出生的胚胎性別，但是檢測結果若不符合期望中的性別，女性常被迫墮胎。（Weber 1994；Abbott and Wallace 1995；張開寧 1998；劉伯紅 1998；林怡欣 2000；Magezis 2000）（二）醫療科技的發展是科學、利潤考量，而非性別、使用者考量。例如超音波（ultrasound）胎檢，雖可檢測懷孕過程是否異常，但超音波卻可能導致孕婦健康受損；又如不符合人性的產台設備與副作用頗大的避孕措施，常令女性心生畏怯。（Abbott and Wallace 1995；Magezis 2000）（三）自然生理過程醫療化（medicalization）或視女性健康問題為情緒化。例如男性主宰的西方醫療體系過份仰賴醫療科技，過渡介入女性生產（尤其是順產），容易把懷孕當成疾病來處理；或如女性的憂鬱症被認為是源於與生俱來的軟弱。（Abbott and Wallace 1995；張苙雲 1998；Magezis 2000）（四）女性多為健康醫療體系中的從屬者或照顧者；而非主導者或決策者。例如醫生、醫療法規制訂者多為男性，而護士、看護、照顧病患者卻以女性為主，形成男性主導醫療體系的局面。（Abbott and Wallace 1995；李淑真 2000；Magezis 2000）

再者，第四類則是把「性別」當作變項之一進行量化研究，從中證明女性被邊緣化的事實。這類研究通常著重於醫療資源分配、求醫行為等方面，在研究過程中，性別多只是眾多區辨變項之一，通常與年齡、婚姻狀況、職業、教育水平等變項同排並列，進行比較。例如陳依琪（2001）就《全民健康保險醫療資源分配：非醫療需要變數之影響》所進行的研究，結果就顯示，台灣健保醫療資源的

分配，確實存有非醫療需要的因素干擾，其中影響因素便包含了性別，而研究報告中更點出女性是資源取得較少的一方。

顯而易見地，如上各類探討婦女醫療的論述，字裡行間透露出的訊息都是性別歧視造成婦女健康的損害。這種側重性別因素探討女性在社會生活層面遭受壓迫的分析角度，被歷來許多女權主義者當作解放婦女的依據，並據此不斷喊出「兩性必須平權」的口號。此等追隨西方思潮的見解，極易令人誤以為兩性平權的降臨，女性所受的種種壓迫就得以解除，完全忽略了「女性受壓迫既是從歷史中產生的，它自然也是隨著歷史的發展而變化。」(廖化 1995) 這個漫長而辯證的歷史過程，不應只是簡單化為「女人與男人」的問題；或說只是「性別不平等」的問題而已。

過去，我們或許沒有機會以一個性別平等的社會來反思與檢驗婦女運動的實踐方式及策略是否有誤，從而說服唯性別論者，性別因素雖有其獨立性，但我們卻不能將婦女所受壓迫偏離於歷史範疇，作去結構性的分析，如此才不至於將政治經濟、文化、階級、種族等因素掩蓋於所聚焦的性別不平等之下，又或是因而略過性別面向之外的可能作為根本性（支配性）的影響因素。而地處中國雲南省麗江地區寧蒗縣永寧鄉的「母系摩梭」社會，則是開啓了我們有重新認識婦女問題的契機。

永寧鄉目前多數人口為摩梭民族，而摩梭人至今仍保存母系傳統，外界因此稱其為「女兒國」。關於摩梭的「母系制」(matrilineal)，考察先前的文獻，可以發現早先從事摩梭研究的學者，因為摩梭民族的母系血緣繼承制與從母居家庭形式，而將摩梭社會定性為母系社會（如詹承緒、王承權、李近春、劉龍初 1980；嚴汝嫻、宋兆麟 1983）。另有如宋兆麟（1964）、宋恩常（1976）、楊學政（1985）等學者的看法，更因為摩梭社會存在母系制的形式，便將之等同於「母權制」(matriarchy)。不同的是，晚近從事摩梭研究的 Elisabeth Hsu(1998)、何撒娜(1999)等，針對摩梭社會型式的考察，認為自引進土司制度與中共民主改革後，摩梭的母系制只存在於家屋範圍內，並據此對摩梭社會當前是否為母系社會或是否存有母權制提出質疑。我們姑且不論爭議結果為何，可以確認的是，上述從事摩梭研究的學者們都不否認摩梭家屋內確實普遍存在母系制，而摩梭社會的女性也確實較一般的父系社會享有更多的尊崇。誠然，筆者針對摩梭社會的考察也證實，永寧摩梭社會至今還是以母系傳承為主，在血緣遞承、子女歸屬、財產遞授等方面，仍然以母方為依歸或優先考量。但有別於以男耕女織性別分工為基礎的其它自然經濟模型，摩梭婦女才是農業生產的主要勞動力來源。因此，在女性操持主要生產部門的情況下，相較於父系社會女性的性別位置，既非邊緣，也不低落，更不受男性壓迫。

但令人詫異的是，不受性別歧視的摩梭婦女，卻仍有著缺醫少藥、就醫不足的難題。猶記得初次進入摩梭社會，永寧鄉婦女主任便熱切的告訴我當前鄉內婦

女的醫療現況，她說：「前幾個月，縣裡頭曾派醫生下鄉來作免費檢查，發現幾乎每一個受檢婦女都患有陰道炎或附件<sup>3</sup>炎等不同的疾病，但是這些得病的婦女卻大多沒法看病，其中不乏摩梭婦女。」

母系摩梭婦女的醫療窘境，無疑地給那些將全球婦女困境普同化的女性主義者帶來挑戰。首先，我們可以理解處於成熟資本主義時期的西方先進工業化國家，婦女面臨的醫療問題在於結構性的性別差異導致的醫療差別待遇。而處於前資本主義與資本主義接軌時期的第三世界國家，因受新殖民主義的國際分工影響，慘遭西方世界的超強經濟剝削，所以長期處於貧困狀態，婦女因而面臨就醫不足的窘境，只是貧窮使得性別差異擴大，讓女性愈加嚴重地缺醫少藥。但是一旦把同樣生活於第三世界的摩梭婦女加入對照，問題隨即產生，那就是為何在「男女不平等」問題不存在的情況下，婦女仍舊有著缺醫少藥、就醫不足的問題？

所以說，婦女研究與運動如果只是侷限在性別的視野中，可能會不具說服力，影響力自然稀微，若要因此而讓婦女獲得全面的解放更會遙遙無期。因此我們不能將婦女所面臨的醫療問題，只聚焦在性別的討論上，而流於性別中心的泛論中，當然，我們亦不能如量化研究者一般，毫無歷史性的將性別納入變項之一，直接進行統計學的數字分析。因為這些作法都如同西方白種資產階級的女權主義者，忽視自身階級和國族利益，認為所有問題都來自於性別的唯性別思考方式一般，完全沒有反省與意識到政治、經濟型態、文化、種族...諸多因素的內在聯繫，以及其間的相互作用，也都是造成女性受壓迫的因素。

雖然近年來，婦女醫療論述，大多不再只以性別批判為基調，而會思及階級、種族...差異，但多半只是片面而簡化的提出討論；或僅止於宣示性的問題檢討，鮮少做出具體而全面的結構性分析，例如美國波士頓婦女健康集體於 1998 年所著的《美國婦女自我保健經典：我們的身體我們自己》一書便是。這種缺乏整體分析各種社會生產關係底下的社會位置，以及缺乏具體討論各種社會位置下的權力分配結構的論述，看似有一定的反省能力，卻極易流於泛談，自然也無法具體勾勒出摩梭婦女所面對的醫療困境。

本論文之所以選擇母系摩梭做為田野調查的地點，主要目的就是為了駁斥那些從西方「原裝進口」的唯性別觀點，單純而天真的性別中心考量。因為筆者所面對的摩梭婦女，她們所面臨的醫療困境，就無法在此邏輯下成立，如果硬要將其照搬照套，恐怕永遠都不能理解摩梭婦女不就醫的原因。

永寧母系摩梭社會位於中國雲貴一帶，此處一直是中國少數民族聚集的區域，然而因為各種條件的限制，長久以來一直是中國大陸發展較緩，且較為貧困

---

<sup>3</sup> 即附著於子宮體的內生殖器官，如輸卵管、卵巢等



的地區<sup>4</sup>，因此一般農民可供支出的醫療費用自然相形見絀<sup>5</sup>。2000年六月，筆者第一次進入摩梭社會，進行關於婦女醫療現況的調查，發現當地婦女對自身所患疾病多力不從心，就醫率偏低，經考察後得知原因與貨幣缺乏極其相關。此種狀況，亦可從永寧鄉政府的相關統計資料中看出端倪，以2000年為例，該年摩梭社會人均純收入為497元<sup>6</sup>，交叉換算後（參本文第三章），更意外得出該年人均可使用貨幣餘額竟只有103元。而中國大陸衛生部新出爐的統計資料卻顯示，當前民眾每看一次病平均需要花費79元，住院一次平均更需花費2891元<sup>7</sup>之多，可見就醫對於一年平均只有百來元可靈活運用的摩梭婦女來說，是極大的負擔。

在更深入推敲摩梭婦女所面對的醫療困境前，必須事先說明的是，摩梭社會目前的醫療體系，大致可分為兩大類，第一大類為「已納入商品經濟」的醫療體系，當中包含官方認可的中醫、西醫，以及官方尚未完全承認的藏醫；第二大類是「未納入商品經濟」的醫療體系，其中包括草醫與民俗醫（參本文第四章）。而由於晚近討論婦女醫療議題的眾多文獻中，其所指涉的「醫」皆為商品化醫療；加諸中國大陸在文革期間依循政策導向推展於農村的以中、西醫為主的合作化醫療深植民心，因此即便文革時期看病僅需些微掛號費的合作化醫療制度已被改革開放後的商品化醫療體制取代，但制度的轉變並無更改農民們習慣的（主要為中西醫）尋醫管道，所以本論文所探討的摩梭婦女不就「醫」因素，這個「醫」所指涉的是前者，而非後者。此外，對於「病」這檔事，醫療社會學與醫療人類學領域又將之區分為「疾病」（disease）與「生病」（illness）兩種概念。（Foster 1992：59；張荳雲 1998：117；張珣 2000：10）首先要說的是，「疾病是一個病理概念，生病是一個文化概念。疾病是體質上未能正常運作；生病則不只指體質上未能正常運作，還包括威脅到個人或社會生存的層面。」（張珣 2000：10）訪調期間，筆者發現摩梭婦女只要還可以進行勞動，便不認為自身有病，這點頗類似「威廉斯（Williams, 1983）發現，在亞伯丁，疲勞或身體虛弱不算是『生病』，而『健康』則表示可以工作」（引自 Abbott and Wallace 1995：142）一般。由此可知，雖是患病，但卻會因族群與文化等差異而有了不同的詮釋。因此，在「文化的觀點下生病是『社會認可一個人無法適當地履行其日常生活角色，並企圖改善此一情況的一連串過程』之謂。亦即除非經過文化之內的一套生病觀念的許可，否則一個人即使生病也毫不具社會意義。」（張珣 2000：10）正因如此，筆者雖然有時為了貫穿語意，難免在用字遣詞上仍沿用「疾病」二字行文，但實際上還是傾向

---

<sup>4</sup> 1998年全國農村居民家庭人均純收入為2161.98元，而雲貴地區遠低於全國平均值，其家庭人均純收入只介於1334~1388元之間（國家統計局 1999）

<sup>5</sup> 1998年全國各地區農村居民家庭平均每人醫療保健支出為68.13元，而雲貴地區遠低於全國平均值，其中雲南及貴州地區分別為53.07元及26.67元。（國家統計局 1999）

<sup>6</sup> 本論文所指貨幣種類皆為「人民幣」。

<sup>7</sup> 中華週末報（2000/06/16）。

以「生病」的概念，來作為論文中所提及的「病」。

界定完幾個可能引起混淆的概念後，筆者要進一步說明的是，摩梭社會至今為止仍然處於自然經濟狀態底下，而處於此種經濟狀態下的人民，「生產的糧食、牲畜、陶器、麻布等不是為了交換而生產，生產是為了滿足自己的生活 and 生存需要而生產，即自給自足的生產；這種生產的本身在很大程度上是受著自然條件限制的，他們還沒有能力超越自然界的限制而創造出更多財富，……總之，人們主要仰靠大自然『恩賜』，而尚無力量改變這種狀況，這就是自然經濟的基本特徵」（楊毓才 1989：94、95），此外，自然經濟還與生產力水平低下和社會分工不發達相適應。生活在自然經濟狀態下的永寧摩梭人進行農業生產，通常是以家戶為單位來進行，他們主要種植糧食作物，經濟作物甚少，而其產品的交換方式，多是結合「買」與「賣」同時發生的「以物易物」方式，所謂以物易物指的是物物交換，「它是交換的原始形式，即不是以貨幣作為交換媒介，而是以產品作為交換的一種方式。……因此，在物物交換的社會經濟條件下，交換價值和使用價值是結合在一起的，因而也就不需要中間媒介的貨幣」（同上：94），因此貨幣流通在摩梭村落間並不發達；再者，摩梭社會因著種種條件限制，生產力極為低落，所以家戶內的糧食生產在一般狀況下僅夠自足，多半無法有剩餘進行交換或輸出，也因此摩梭人能夠持有的貨幣相對稀少。此等光景，面對改革開放大潮的市場經濟體制，勞動產品主要是作為商品進入市場，以貨幣作為流通手段的交換方式，在在挑戰了摩梭社會的再生產。首當其衝的挑戰，當是各種維持勞動力再生產的民生用品，這些日常用品在現今商品經濟規律下全部必須以貨幣來進行支付，醫療作為維持「健康的」（可工作的）勞動力再生產的一個環節，伴隨合作醫療瓦解而來的商品化醫療，更使得貨幣短缺的摩梭婦女望而卻步。

從表面觀之，我們可以看到摩梭婦女無法就醫的因素體現在貨幣的缺乏上，然而，當筆者更具體探究摩梭社會後，卻發現其貨幣缺乏只是摩梭婦女醫療問題的表現形式而已，真正造成摩梭婦女無法就醫的根本性因素則是來自「兩種生產方式的矛盾。」也就是說，是處於自然經濟體制<sup>8</sup>下的摩梭社會；與在市場經濟體制<sup>9</sup>的商品化醫療之間的矛盾。（詳見本文第三、五章）

本文的論旨，就在於從母系摩梭社會的婦女醫療的個案研究中，對摩梭社會進行政治經濟考察，探究摩梭社會婦女缺醫少藥的根本性（支配性）因素，從而找出有效改變現狀的實踐途徑。並在實踐過程中體悟，解放婦女所要改造的原就不是男人和女人的關係所決定的人跟人的權力關係；而是改造人和人在不同的生

---

<sup>8</sup> 在此種經濟體制下，生產主要是為了滿足生產者個人或經濟單位需要而進行的「產品」生產，生產不是為了交換，所以生產的目的在於物的「使用價值」而不是「價值」。

<sup>9</sup> 在此種經濟體制下，生產主要是為了讓勞動產品可以在流通領域變成「商品」進行交換，而不是為了生產者個人或經濟單位的消費，因此生產的目的不僅僅在於物的「使用價值」，也包含物的「價值」。

產關係底下，所建構出來的女性與男性的權力關係。

## 第二章 研究方法及研究目的

在進行研究成果分享前，筆者必須清楚的交代這個研究的方法及目的，以便讓大家明瞭筆者選擇如下研究方法的立意，以及著重社會改造與實踐取向的立場。

在進入社會發展研究所就讀以前，我原本學的是醫護科學，因此領受了醫護專校師長的實證主義 (positivism) 精神，以及對待事物凡是「客觀中立」的態度，這些深植於心的知識，在我的研究生涯中不斷地被挑戰，每被挑戰一次，我的意識型態就被顛覆一次，在一次又一次的顛覆過程後，我終於從量化的迷失中清醒過來，明白在數字的背後，有更複雜的社會歷史脈絡，也終於清楚，沒有可以將人的因素抽離的所謂「客觀中立」的存在，如同 Peshkin (1985) 所言：「藉著主觀性，我說我所感動的故事。祛除主觀性，我並不是變成一個價值中立的參與者，而是一個腦袋空空的人。」(引自畢恆達 1996：45) 正因如此，我相信「參與者的價值、信念與感情對於理解社會是絕對必要的；個人的介入不必然會干擾研究品質，甚至，相反地，它有助於提昇研究品質。」(夏曉鵬 2002) 爲此，我選擇運用在社發所習得的質性研究方法，三入<sup>10</sup>永寧摩梭社會，在爲時近半年的婦女醫療調查與婦女組織工作中，進行投身參與的「實踐式研究」<sup>11</sup> (Praxis-oriented Research)。

### 文獻蒐集分析

爲了作更科學的認識，在未進入摩梭社會以前，我一路從台北、北京、昆明等地的圖書館與書店蒐集相關資料；並在三赴永寧期間，盡可能的蒐集相關文獻，仔細閱讀，以期自己可以持續而深入的瞭解摩梭社會，浸入摩梭社會肌理，

---

<sup>10</sup> 田野時間分別爲：2000年6月5日至2000年7月8日；2000年11月8日至2000年11月30日；2001年5月20日至2001年9月12日。

<sup>11</sup> 「實踐式研究」不僅僅是讓被研究者參與研究之中，更重要的是研究必須能指向物質世界，分析出社會的根本矛盾，並指出改變的可能。(夏曉鵬 2002)

融入母系摩梭的生活。

過往許多關於永寧摩梭人的研究，正好可以提供我們從不同的面向瞭解摩梭民族，其中包括專著、期刊、論文、史料、報章，甚至影片等。這些資料除了給予後進研究者莫大的參考價值外，也對後生晚輩的研究影響甚巨，筆者傾向採取批判性繼承的態度，引用過往研究者的經驗與成果。此外，在資料蒐集期間，有一點必須特別說明的是，論文中來自永寧鄉政府的部分統計資料，礙於某些行政程序的限制，並非筆者親身查詢的第一手資料，而是透過鄉內領導或其工作人員提供，因此在數據轉抄（傳）的過程中，難免出現些微誤差。但是為了這可能出現的誤差，筆者在深度訪談與參與觀察的過程中，已做了時時存疑並加以檢驗的彌補。

## 深度訪談

在摩梭社會進行田野調查工作期間，我透過深度訪談分享彼此的生活經驗。我深知「訪談是說故事（意義建構）、瞭解他人狀況（human condition）的認知、詮釋、感覺、經驗與文化意義追尋的過程，而非簡單的驗證假說、尋找答案」（楊長苓 2000:2）；亦清楚日常談話與訪談是截然不同的，「因為訪談總是攜帶權力。」（同前：2）但我從不否認研究者與被研究者之間一開始所存有的權力關係，因為重要的是如何從這種相對不平等的權力關係出發，去瞭解摩梭婦女的醫療困境，進而揭露問題的根本，然後讓我們，也讓當地婦女，去認識自身真實的社會處境，因為唯有在瞭解自身的真實處境之後，才會有批判的思考、有行動的力量、有組織的企圖，從而對現狀進行改革。

然而，訪談的過程中，我發現語言差異是身處另一個文化時很難克服的問題之一，加諸摩梭文化中的「害羞文化」<sup>12</sup>（詳見第三、五章）使然，學習語言或訪談的過程曾出現過如下的問題：詢問某些生殖器疾患的相關字詞時，大家紛紛走避或笑成一團；因筆者摩梭語發音不準，易把一些詞彙說成令人尷尬的髒話；

---

<sup>12</sup> 摩梭「害羞文化」的提出，始自《無父無夫的國度嗎？：重女不輕男的母系摩梭》一書的作者周華山教授。

訪問老人或異性朋友時，若問及相關「性」的問題，恐有不敬之疑；跨文化語意翻譯的問題致使溝通障礙，如病和痛在摩梭語中是同一發音，必須深入文化才可區辨，另外如走婚、老公、老婆、堂（表）兄（妹）、外婆（公）等其實是父系思維建構下的名詞，摩梭語中根本沒有這些詞彙<sup>13</sup>等。

我盡量克服語言問題，尋找可以為我翻譯的人，並且在過程中不斷與之討論研究需求與目的，減少因彼此思維差異（距）而流失重要訊息。我的訪談通常是從讓受訪者講述「生平醫療史或當地醫療演變史」開始，然後再從其敘述當中進一步問及相關摩梭婦女不就醫因素的資料，例如土司時期、合作化時期、改革開放後時期摩梭婦女在就醫行為上的差異。值得一提的是，我也運用自身曾是醫護人員的優勢，訪談時盡量從討論日常生活保健入手，訪談過程中更盡可能地以當地的條件給予受訪者一些保健上的建議，如此除了拉近彼此的距離外，更可緩和一些會涉及「性」問題的尷尬場面。當然這些保健上的建議都必須以適合當地的模式出發，因為唯有這樣才具有自主性持續發展的可能。我的作法通常是承認現實，在現實的根基上針對當地實際情況，折衷進行衛教工作，例如面對這窮鄉僻壤的區域，我們不能建議生病的人必須吃營養一點，或多吃魚、肉、蛋、奶等高蛋白質的食物來增加抵抗力，因為這對他們來說顯然是不可能的任務，所以通常我會要他們先說出平日所食用的食物，再從中挑選生病期間可以多補充的種類。

## 參與觀察

在摩梭社會近半年的生活，雖然為時不久，但我深知參與的重要性，因為參與不僅可以提供研究者與被研究者建立互信關係，對於具有實踐取向的研究來說更是一種有目的的介入，因此開始時我便選擇讓自己生活在母系摩梭家庭中，而非另覓一般的小旅店居住。加諸婦女疾病的詢問常會涉及與「性」有關的問題，所以熟識與信任變成溝通必備的橋樑。

我試著在研究期間穿梭于永寧的個個摩梭村落，從走路、騎自行車轉而搭當地人便車；從只活動於收留我的摩梭家庭到四處串門閒聊；從客套式的拜訪到受

---

<sup>13</sup> 為方便讀者理解，本論文仍以漢人所使用的稱謂行文。

邀參與各種儀式慶典；從正式而寒暄的接觸鄉領導幹部到與之下鄉考察及相互討論問題；從觀察訪談當地醫護人員到知心地交換彼此從事醫療工作的經驗；從排拒當地醫療到生病前去求救...，一切的嘗試，後來都成為我在當地生活作息的一部份。然後我將這些在生活中所感受與觀察到的點滴，例如摩梭人生產狀況、就醫行為、文化現象等等，詳實記錄作成筆記。

對我而言，摩梭生活的總體經驗固然令人愉悅，但是並不像過往某些人類學家對田野描述的種種故事一般浪漫，我的田野生涯帶有許多苦澀，躲過夏日的跳蚤侵襲後，還必須忍受想念台灣家人所延伸的孤寂，以及必須時時警惕自己勇於承認（擔）種種現實環境所帶來的挑戰，所幸摩梭人給了我許多的溫情，其中最深刻的記憶是，當我啓身離開每一個摩梭家庭時，總是會聽到家中的老 a-mi<sup>14</sup>親切的說：「知道家在哪裡了，記得要轉回來呦！」這種摩梭式的提醒，讓身處異鄉的我，時時都有在家的感覺。我最常居住的摩梭家庭甚至因為彼此相處融洽，而認了我當乾女兒，在剛開始成為摩梭家的女兒時，我過了一段非常擔心與焦慮的日子，也因此我總是小心翼翼的擔負著這個「不是摩梭人，卻是摩梭家女兒」的身份。我承認研究過程存有所謂的主客體辯證關係，而且當地人對我來說本就非實驗室中的白老鼠，所以彼此的人際關係與情感聯繫便不能放在客觀中立的脈絡中來評析，因此我倒不是擔心抱持研究必須一貫價值中立者的抨擊；我的擔心是來自於是否會因為自己過度投入摩梭社會改造的使命，而成為專為摩梭社會與外界溝通的代言人。

例如常有外來遊客因為我的摩梭研究者身份，總問我到哪裡可以走婚？哪裡才有原始的摩梭文化？問我為什麼他們不再穿著傳統服飾？為什麼...；甚至在我居住的其中一個摩梭家庭裡，當我與家人在火塘<sup>15</sup>進餐時，曾遇見肆無忌憚闖入參觀摩梭家屋重心——火塘——並指指點點的遊客，完全不知尊重為何物。此等稀鬆平常的戲碼，常令我大為光火，甚至惡言相向；相反的，摩梭人因為客氣，雖有不悅，也多勉為其難地接受如此的無禮。明眼人皆可看出，由於長期以來的反抗並無改善遊客的態度，沈默便成了摩梭人面對強勢遊客的自我保護策略，而那些來自都市、中產、知識份子...的遊客，則因摩梭人的隱忍而更加藉機揮灑優越，強化階級差異。然而在幾次捍衛的過程中，某些遊客會反問我：「摩梭人都沒說話了，妳憑什麼生氣？」這確實是個問題，也許在這過程中只有摩梭人才有

---

<sup>14</sup> 摩梭語稱母親與年長婦女為 a-mi。

<sup>15</sup> 火塘是摩梭家屋的重心，摩梭人祭祀祖先、商討大事、炊爨取暖都於此處進行等。

發言的正當性，但是我卻覺得我們更應反省，作為農村、貧困、偏遠山區...等社會邊緣的摩梭民族，在面對如信息、傳輸、科技、教育、文化生活、醫療衛生等獲取不利的不平等分配下，其各種能力和自主性並不會自然而然產生，屈於劣勢似乎成了必然；再加上長期被主流社會消音（例如爭取將摩梭獨立為一族群，而非隸屬於納西族，每每被駁回），雖說摩梭人有反抗的正當性，但是反應不受重視的狀況，使解決問題的動機成了枉然，最後便是結構因素的惡性循環。

因此要讓其面對種種不平等的壓迫進而反抗，絕非一時一刻可以達成，而是需要漫長的過程。我絕對相信其有潛力可以具有反抗的能力，但這並不表示他們已經擁有這樣的能力，正因如此，研究過程的「賦權，亦可譯為『培力』」<sup>16</sup>（empowerment）工作才具有意義。當我意識到自己有這樣的反省後，我才終於從先前的擔心與焦慮中跳脫出來，因為我終於明白，不採取行動本身就是一種行動，而這種行動便是替你所不滿的現狀服務。

## 實踐式研究

基於上述的反省，我開始會試著在那些事件後，藉機與摩梭人討論，為什麼我會生氣？為什麼我覺得應該拒絕？等問題。譬如我會和大家分享我的不悅來自於為何當遊客們在自己生活的世界都已經使用瓦斯爐、電暖氣時，卻還帶著獵奇的心態，要來尋找鑽木取火的原始社會，殊不知文化保存與科學進步應該分開談論、分別對待；另外又為什麼這些在自己生活的世界並不會擅自闖入民宅的所謂「文明人」，到了摩梭社會卻犯了這般野蠻的行為，完全忘卻尊重人是放諸四海皆準的道理。每次透過如上的分享後，總會有一些不同的激盪出現，我樂見於此，最起碼，我的摩梭朋友們，漸漸知道原來自己也有說「不」的權利。當然，這樣的變革方式，是我目前所能考量與付諸實行的，如同菲律賓組織工作手冊《Training for Transformation: A Handbook for Community Workers》中提及：

---

<sup>16</sup> 「賦權」並不是權力的給予或下放，也不是啓蒙當地人；「賦權」是相對的過程。在過程中，一方面改造「被研究者」的世界觀，一方面也改造「研究者」自身對社會實存的認識。



要建造一個正義、平等的社會主義社會是非常複雜的，沒有任何人確實知道該如何做，也沒有人有答案。每個人根據他們自身的經驗對社會都有不同的認識基礎；從我們訓練被支配階級的情況來說，所謂「被教育」是要從人們身上多學習、去發現有效的解決方法。每個人都必須是學習者與教師，教育必須是一個相互學習的過程。(Hope & Timmel, 引自羅加鈴、何玫娟、卞中佩、陳福裕 2000: 24)

因此賦權絕不是一蹴可及的，相互「對話」<sup>17</sup> (dialogue) 及實踐過程所需要的時間是漫長的，當然它也是有待歷史檢驗的。

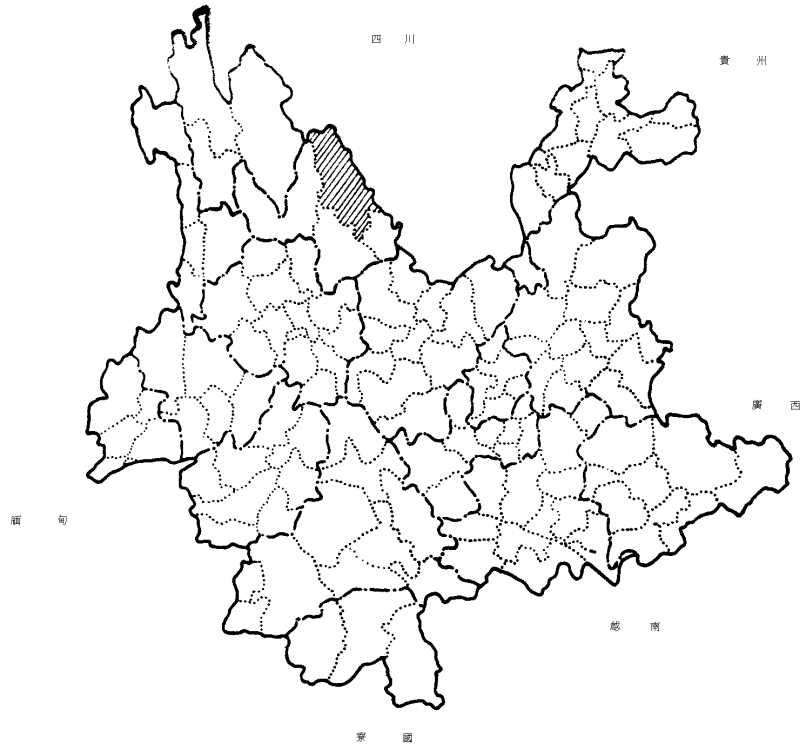
爲了避免讓自己的研究淪爲「about women」而不是「for women」的道路，整個研究有非常強烈的實踐取向。研究者的介入，講求的不是強者（研究者）對弱者（被研究者）的施捨關係，也不是要複製既有的權力關係；而是透過主客體辯證關係進行組織與賦權的工作，使摩梭婦女從自在(being in itself)的狀態轉型成爲自爲(being for themselves)的社會存在，由他們自身來改造他們集體的命運。稟持如上的理念，筆者希望透過對摩梭社會調查及階級分析的總結，來輪廓實踐式研究的基本取向，將研究工作視爲是研究者在其特定的社會位置上，企圖對抗矛盾，朝向發展自主組織，藉以改造既存社會結構的研究活動。

一開始筆者是透過中華滋根協會提供的機會，以其在永寧鄉的「婦女醫療衛生培訓計畫」來作爲起步，然後運用在社發所修習的知識，進行這一蘊含實踐取向的研究活動。「『實踐』是一個具有歷史意義的概念：『指有目的的行動，包括政治行動，其目的在於改造物質世界和社會，也包括改造人類本身。』『實踐』是馬克思主義的一個重要的普遍概念，引導人們注意經濟與社會制度的社會構成性質，並且讓人們看到改造這些制度的可能性，即人們獲得自由的能力，這種能力在個人層次上是無法完全實現的。」(Jary and Jary 1998, 引自夏曉鵬 2002)也因此組織工作在改造既存社會結構的研究活動中變得相當重要，因爲結構所引致的個人痛苦，絕非個人的抵抗可以消失。(關於實踐式研究的行動進程請參考本文第六章)

---

<sup>17</sup> 「對話」決不是一般的談話，對研究者來說，對話的目的在於讓摩梭民族可以逐漸具有追根究底的知能。誠如 Paulo Freire 所言：「不能以口號說服或影響人民，而是要與人民進行對話，以至於人民受到領導者所灌輸的批判性知識，逐漸變爲具追根究底的知能。」(1982: 129)

### 第三章 永寧摩梭山區社會型態的歷史考察



【圖一】中國雲南省麗江地區寧蒗彝族自治縣(虛線處)位置圖(何撒娜 1999: 22)



## 【圖二】寧蒗彝族自治縣轄下的永寧鄉位置圖

「醫療」是勞動力再生產的必需，因為人一旦生病就無法從事生產，所以我們可以說醫療與社會生產具有緊密相聯的關係。為此，在探究永寧摩梭婦女的醫療問題前，筆者先就永寧摩梭社會的經濟、政治與社會文化等面向作一個初步的分析，然後再由此切入，如此方能進一步探討摩梭婦女醫療問題背後的結構性因素與根本性問題；同時也藉此將田野調查的地點作一介紹，讓讀者得以明瞭母系摩梭社會的特色何在。此外，這一章節的說明也恰是實踐式研究進程概念圖的初步階段（請參考本文第六章圖四），此階段旨在分析摩梭婦女所處社會之經濟與社會制度的構成性質。

### 第一節 人口與地理環境

「永寧鄉」是一個多民族的地區，地處川、滇交界，位於青藏高原東南邊緣的外沿地區，劃歸「雲南省麗江地區寧蒗彝族自治縣」（以下簡稱寧蒗縣）轄內，全鄉住民多達十個以上民族，但本論文主要論述的是居於永寧鄉人口數最多的「摩梭人」。

查閱過往研究摩梭民族的資料，不難發現摩梭人被中國大陸官方納入「納西族」，據此資料更可獲知原因在於摩梭先民與納西祖先都是古羌人。「公元前四世紀時，古羌的一部份遷到今四川大渡河以南和金沙江以北一帶，在漢代稱為旄牛羌和越雋羌。漢末時，後者中的一支稱摩沙，即今納日人（筆者按：摩梭人）的先民。前者中的一支白狼人主要居住在今甘孜州境內，即今納西族的直系先民，在唐朝稱麼些。」（李紹民 1984：48）唐之後各朝代的史籍皆有摩沙、麼些、摩娑、摩梭等記載，但卻鮮見納西二字，而前者幾個譯音相近的稱謂，其實都包含現今的摩梭與納西兩民族。經過一番溯本追源後，我們可以確知這兩個民族是出自同一根源，但事實上摩梭人與納西人在分處兩地千年來，不論在經濟、社會文化、生活型態等方面都已大相逕庭，即便血緣上是同源同種，實質上卻近似兩個不同民族。然而問題在於，50 年代中國大陸開展民族識別、統一族稱的過程中，當各民族如火如荼的進行著民族辨識與爭取族稱時，摩梭人卻全然不知有此事件，竟就被劃歸為納西族<sup>18</sup>，無怪乎始終以「摩梭族」自居的摩梭人抗議

---

<sup>18</sup> 把摩梭人劃歸為納西族的事，並沒有諮詢摩梭人民，絕大部分摩梭人身處偏遠山區、不懂漢字，並且在 50、60 年代政治運動中喘不過氣，根本不知道「摩梭族」已經消失。到 1978 年三中全會落實中央的民族政策時，有摩梭人在身份證表格填上「摩梭」，公安廳表示只有納西族沒有摩梭，

聲頻頻（例如任何必須填寫族別的表格皆拒填「納西」二字），只是不論摩梭民族提出的理由再具體充分，中共中央礙於諸多因素，始終沒能讓其取得單一族稱，惟讓步性的在 1990 年時由雲南省人大批准給予「摩梭人」的稱謂。

摩梭民族沒有文字，但有語言，居于永寧鄉的摩梭人用摩梭語自稱「納」（na），所以有些研究者用「納人」稱摩梭人（如何撒娜 1999），若以尊重主體的角度考量，本應稱其為納或納人較為適切；但另有研究者在與摩梭民族相處的過程中，發現永寧摩梭人已習慣將漢語「摩梭」作為自稱，加諸大陸官方及外族也都稱其為摩梭人，因此採取現今摩梭民族用漢語自稱的「摩梭」來作為該民族的稱謂（如周華山 2001）。筆者的經驗近似後者，所以比較傾向使用後者的作法，並依此行文。

永寧鄉總面積共達 642 平方公里，平均海拔 2664 公尺，屬高寒區，年平均氣溫攝氏九度，冬季寒冷、夏無酷熱、春秋較涼，全年乾、濕兩季分明，六月至十月為雨季，十一月至次年五月為旱季，年平均降雨量 960 毫米，霜降期約 120 天。由於地處高寒區，以及夏秋高溫不足，因此只適宜種植耐寒的粳稻<sup>19</sup>、玉米、洋芋、小麥等作物。加諸境內因為起伏連綿的山谷、海拔高差與複雜的地質構造，時有冰雹、連陰雨、地震等天然災害，農民在一定程度上必須靠天吃飯。

全鄉共轄永寧、溫泉、落水、拖支、泥鰍溝、木底菁六個行政村<sup>20</sup>、72 個自然村<sup>21</sup>，含摩梭、漢、彝、納西、藏、普米、白、壯、苗等民族，2000 年末總人口數為 18202 人，其中農業人口 17264 人，佔 95%；非農人口 938 人，佔 5%。摩梭人於永寧鄉共有 6765 人，近總人口數的 37%，雖未過半，但人數居各族之冠，基於民族自治原則，鄉內一級領導（書記、鄉長）皆由摩梭人出任。（永寧鄉政府 2001）

永寧鄉境內，按地勢高低又可分為海拔 2640~2660 公尺的「盆地區」（也稱壩區）、海拔 2660~2700 公尺的「二半山區」及海拔 2700 公尺以上的「涼山區」。「盆地區」農地以水田、水澆地<sup>22</sup>為主，實施引水灌溉，主產稻米、玉米等，主食為稻米。「二半山區」田地約一半水澆地、一半旱地，主產玉米、洋芋等，主食雖有 60%是稻米，但因自然條件不足，無法產稻，所以需以自種糧食同盆地區交換取得；其餘 40%口糧才是自種的玉米、洋芋等。「涼山區」農田以旱地為主，需靠天下雨才可大面積下種，主產洋芋、蕎麥、燕麥等，主食

---

這時，摩梭人才知摩梭人已「變成」納西族。（周華山 2001：269）

<sup>19</sup> 晚熟而不黏的稻。

<sup>20</sup> 「行政村」村長原為官派，2000 年八月改由民主選舉產生，並將「行政村」更名為「村民委員會」。

<sup>21</sup> 「自然村」村長原為官派，2000 年八月改由民主選舉產生，並將「自然村」更名為「村民小組」。

<sup>22</sup> 以水淹沒土壤灌溉的土地稱「水田」；以水澆於土壤而不淹沒灌溉的土地則稱「水澆地」。

有 25% 為稻米，主要也是以自種糧食和唯一產稻的盆地區進行交換，另 75% 口糧為自種的其它農產。鄉內的摩梭人都居於盆地區與二半山區，而鄉的政治經濟中心<sup>23</sup>則位於一鄉之內最富饒的盆地區，永寧人或鄰近地區（如四川邊境）居民之貿易及民生用品採買多於此處的固定集市進行。

目前永寧鄉人口的行業、職業結構單一，有九成以上是農業人口，進行農業生產，但由於自然條件差，農業技術又落後，所以多半村落還處於僅夠自給自足或半自給自足的自然經濟狀態，以種植糧食作物為主，經濟作物極少（如瓜子、蘋果等副業都還依附於糧食生產），生產範圍侷限於滿足個體家庭的需求，較無剩餘作為買賣，因此生產通常不與社會發生廣泛聯繫。一般來說，摩梭鮮少有以多種經營<sup>24</sup>方式為生的人家出現，且幾乎無專門從事商品交換活動的生產單位。摩梭人平日若要有多餘的貨幣收入，則需進行特定時節的自然採集；或農閒時的外出打工等非農勞動。

至於摩梭人的對外交流，長期以來同其它雲南少數民族區域的生活環境一般，「伴隨山高谷深、自然條件差的是交通極不便利，人們的活動範圍狹窄，社會處於封閉狀態。...長期存在運輸成本高、運輸循環週期過長、運輸难度大、信息不靈的客觀障礙...」（楊士杰 1998：4）使得技術推廣難度加大。而較為落後的耕作方式與較低的糧食生產量便與之互為因果，惡性循環。永寧鄉唯一的對外公路雖於 1970 年竣工通車，這條通往寧蒗縣共 93 公里的「永寧公路」早已取代了以往的人馬驛道，加速了對外聯繫，也進一步促使旅遊業的發展，使得境內聞名遐邇的「瀘沽湖」聲名大噪。但是許多遊客往往到達兩百多公里外的旅遊城市——麗江——後，便害怕顛簸之勞，而放棄深入永寧摩梭山區的機會。再者，蜿蜒的山路加上遙遠的路途，以及每逢大風雪（雨）便就斷運的情況，鄉民若需緊急送醫至縣級或縣級以上的醫院治療，幾十甚至幾百公里<sup>25</sup>的路程，再怎麼快馬加鞭，都極易延誤醫療，若果再遇天公不作媒，急症病者一命嗚呼更是不無可能。

---

<sup>23</sup> 永寧鄉所有相關政治機關與經濟單位全設置於此，如鄉政府、信用合作社、郵局、供銷社與固定集市（農貿市場）等，另外還有販賣民生用品的店舖近百家。整個區域所佔面積並不大，最熱鬧的範圍為全長約 400 公尺的一條街，俗稱永寧街（當地人稱街子）。

<sup>24</sup> 多種經營的主要特徵是「在經營種類上，開始由單一的種植農作物轉向間種一部份經濟作物、經營一些簡單的畜牧業和興辦一些鄉鎮企業，以及從事一些商業活動。」（陳鐵軍、張惠君、俞文嵐 1996：122）

<sup>25</sup> 從永寧鄉至寧蒗縣共 93 公里，車程約 3 小時。從寧蒗縣至麗江地區共 226 公里，車程近 7 小時（2000 年末有另一新開通的路，車程可減半）。

## 第二節 生產結構

### 一 農業

從麗江地區一路坐車經過至今仍為中國貧困縣之一的寧蒗縣，最後抵達永寧鄉，沿途山脈逶迤。進入永寧鄉後更不難發現其土地的寬廣，處處令人心曠神怡。然而雖然永寧鄉腹地不小，但因地形起伏，以及大小不等的耕作面傾斜狀況致使水土保持不易，所以適宜耕作的土地極為貧乏，全鄉可耕地面積 40064 畝，僅佔總面積的 4% 左右，其中水田佔 9809 畝，旱地佔 30255 畝，農業人口人均耕地面積僅 2.3 畝。（永寧鄉政府 2001）由於從游牧生活轉入固定的農牧生活後，農業就一直是摩梭人的主要生產部門，耕作方式從早期的「二牛抬扛」、「刀耕火種」轉變為至今的一牛犁地與少量的機械化耕作，普遍還是使用人力及獸力，因此生產力仍相當低落。改革開放之後，依照中央政策採行承包到戶制度<sup>26</sup>，摩梭人以家戶為單位進行生產，家庭成為最基礎的核算單位，為傳統摩梭社會所殘餘下來的以家戶為單位的原始共產制度，取得了重新發展的契機，因而一家之內同耕共食、同居共財、集體分享的親屬關係，迄今為止仍然保存於摩梭社會中。

一般說來，永寧鄉偏低的農產量僅能維持最低的生活水平，2000 年該地農民人均糧食收入為 394 公斤，比起 1999 年全國農民人均糧食收入已達 750.91 公斤（國家統計局農村社會經濟調查總隊 2000）少了許多，甚至還不達 1999 年全國民族自治地方人均糧食收入的 409.55 公斤（中國民族統計年鑑 2000）。為此對於出產相對優渥的盆地地區的摩梭人來說，尚可自給自足；但二半山區的摩梭人就得忍受每年平均缺糧近一個月的痛苦。為了克服生產力低落所帶來的挑戰，摩梭人從 1956 年民族解放<sup>27</sup>之前的土司時期<sup>28</sup>，便有依自願原則所組成的協作組織，從農務到放牧都是互助合作，這種包含人力和農具的協作形式保留迄今，例如以村

---

<sup>26</sup> 承包責任制是指集體所有的資產，由農民承包經營，農民僅需向資產所有者繳交承包費，而承包費外的剩餘則完全由農民所得。

<sup>27</sup> 中國大陸於 1949 年解放，成立「新中國」，但部分少數民族地區的人民則因長期處於地方統治階級的壓迫中，淪為奴隸、農奴等（如摩梭人在土司時代為農奴，受封建土司的剝削），未隨漢族地區的人民同步解放。中共中央於 1949 年後，在新民主主義的規定性下，為免民族地方生產力及社會財富遭破壞，以及為了加強民族團結，並無強行征服，而是逐步採取「和平協商」的方式進行改革，透過對上層人士在不降低政治地位與生活水平的原則下，廢除各種型態的剝削佔有制度，實施土地贖買政策，讓民族地區的人民成為小農，並從各種不同的剝削中解放出來，完成全國性的統一。

<sup>28</sup> 土司又稱土官，受中央朝廷任命統治地方，官位世襲。土司時期就是實行封建土司制度的年代，而土司制度則是中國封建王朝在少數民族地區所設立的政治統治形式，摩梭社會從元代至中國解放都受土司管轄，土司皆為摩梭人。

落或家戶為單位輪流放牧、農忙換工、耕牛共用、互助喪家等現象都還十分普及。

摩梭人主要種植作物有稻米、玉米、洋芋、大麥、小麥、青稞、稗子<sup>29</sup>、蕎麥、燕麥、大豆、碗豆、綠豆、四季豆等。耕地種類分水田、水澆地、旱地及園圃四種，水田、水澆地、優質旱地一般實行計畫性的輪作，至於劣質旱地則實行輪休，休耕的土地則作為牧場進行家畜的放牧。土司時代統治階級因害怕漢人大量湧進永寧影響其政權，採取封閉自守政策，禁止一般人種稻，直至民族解放後試種水稻成功，才開始大面積推廣，全鄉以盆地為產稻區，皆以溝渠引水進行灌溉，主要用以灌溉的河流有開基河、扎實河、泥鰍溝河、溫泉河等，但因氣候與地勢關係，水稻一年只能一收。

## 二 畜牧業、手工工業、採集、漁獵與服務業

畜牧業曾是摩梭祖先的首要生產部門，現已退居為家庭副業。傳統摩梭人家都畜有豬、牛、雞、馬、騾等牲畜與家禽，豬至今為止都是摩梭人主要肉食來源，每年入冬必須宰殺豬隻做成豬膘肉<sup>30</sup>或臘肉存放，以供一整年食用。豬膘亦曾是摩梭人財富的象徵，過往不少人家用豬膘兌換現金、交換糧食，甚至作為抵押，成為交換中不可獲缺的交換品，因而豬膘一度還起過等價物的作用。截至今日，豬膘對摩梭人家都還具有重要的意義，各種儀式慶典必不可少。

手工工業方面，以往摩梭人會紡麻編織以縫製衣服，會榨油、釀酒、編制竹器等，但多數是自用，並不作為商品在市場上流通。在 40 年代末，某些村落中雖曾出現過少數為了交換而進行商品生產的手工作坊（例如釀酒），但幾乎是未完全脫離農業的手工業者，因此也不足以取代農業生產的主導地位。反而在中國大陸實施改革開放，進入市場經濟體制後，這些手工業逐步被傳入的機械大工廠的商品所取代，導致傳統手工業的日漸衰微，轉而依賴商品化的工業產品來滿足日常性消費的需求。這恰恰又顯示摩梭人以物易物的主要交換方式，逐漸被以貨幣作媒介的交換方式所侵蝕。例如現在摩梭人所穿的衣服、竹編背籃等都是外來商品，每年殺豬所留的豬油雖仍食用，但外來菜籽油也漸漸取代豬油，成為摩梭家庭的食用油；而酒類飲品方面，至今家家戶戶依然會自製蘇里瑪酒<sup>31</sup>，但宴客

---

<sup>29</sup> 「稗子」乃禾本科草本植物。是常見的稻旁雜草。穗狀花序，外形和稻米相似，果實比稻米小，可以煮稀飯。（在摩梭山區因土地貧瘠、自然條件差，仍有大面積種植稗子的情形）

<sup>30</sup> 豬膘亦即醃製的整豬，「豬膘醃製過程：選用膘狀肥豬，用尖物從腋下刺入心臟將豬殺死，以保存豬體完整。然後剖腹除去內臟、脊骨和瘦肉，砍去四肢，肚內灑上鹽，再用麻線或牛皮線縫合，壓扁後曬乾儲藏，可以保存數年或十多年。因形似琵琶，故又稱琵琶豬。」（詹承緒、王承權、李近春、劉龍初 1980：19、20）

<sup>31</sup> 摩梭家用於祭典、待客...的一種酒，製作方式是將玉米、青稞、蕎麥、大麥等煮熟發酵，曬涼後加入酒曲調配，然後裝入密封的竹籃等其發酵，根據竹籃溫度及散發的氣味適度開封，最後重新放入罈甕並加入清水封好，等上半個月左右即可飲用。

待人也飲外來的酒品。再者，雖然鐵製農具已大量普遍運用於摩梭社會，但由於冶煉人才稀少，技術不高，不足以囊括市場進行發展，所以農用工具仍靠外地輸入。

文革時期鄉內雖有縫衣廠、皮革廠、打鐵廠各一，但早在文革結束後不久就關閉了。加諸，當初打鐵廠的原物料皆引自外地，所謂打鐵只是進行簡單農具加工而已，因此此地並不似許多大陸漢族農村般，有文革時期遺留的五小工業<sup>32</sup>基礎令其得以延續經營，所以工業化程度不似那些漢族農村高，鄉內多數民生工業用品在一定程度上仍須仰賴外地輸入，而這一部份的消費自當以貨幣支付，無形中也加重了摩梭人的負擔，並不斷地侵蝕摩梭社會的自然經濟形式。

越來越多的民生所需強迫摩梭人以貨幣購買，「找錢」順理成章的成為生活要事。處於偏遠山區的永寧鄉盛產藥材（如冬蟲夏草、當歸）、菌類（如香菇、蘑菇）等野生植物，以及各種山杉林木。雖然廣大的植被曾為永寧帶來不少財源，但因響應中央天然林保護政策，1998年起已全面禁止砍伐。至於野生菌類的採集，則有季節性，一般於七至九月間進行，由於此時也正好是農家青黃不及的時候，所以通常季節一到，便屢見背起竹籃上山拾菌的摩梭婦女，野生菌類因而成為其貨幣主要來源之一，對於農產品僅夠自足的摩梭人來說不無小補。但此商品屬自然採集，產量並不規律，受自然條件限制也大，具有一定的偶然性，加上採集者零星至收購處販賣，極易受商人資本剝削，所以收入並不穩定。此外，採集野菜（草）作為牲口飼料；又或將其曬乾儲存作為冬季糧草；以及上山撿材以生火取暖、燒水煮飯；撿拾路間牲口糞便以作肥料等，至今都還是摩梭家庭內部平日例行的工作。

至於捕魚則是居於瀘沽湖畔摩梭家庭的另一副業，在 1989 年觀光業尚未開發前，所幸有此副業，因為居於湖濱的摩梭人，其所處環境的地質屬於較盆地地區貧瘠的二半山區，加上瀘沽湖所佔去的空間<sup>33</sup>，以及湖泊高於耕地得不到灌溉之利的情況，讓此處摩梭人不得不在魚汛期時調配家中勞動力投入捕魚，以免於每年固定缺糧之苦。雖然目前靠湖人家已不似過往般貧困，但魚穫還是有貼補家用之效。另外，近年來因開發旅遊業，瀘沽湖的風光成為極大的賣點之一，緊鄰瀘沽湖畔的少數幾個摩梭村落因而致富。與許多觀光景點不同的是，摩梭人以家戶為單位將勞動力投入旅遊業中，再形成以村落為主的集體組織，然後組織成員輪流給遊客划船、牽馬與表演跳舞等，而所有過程中所需的馬匹及船隻等生產工具，完全來自個別母系家庭以家戶為單位共同分攤，所賺取的金額也以家戶為單位平均分配。至於那些挨家挨戶所提供的生產工具則還是分屬個別母系家庭內的成員共有，因此即便跟隨市場潮流進行觀光發展，母系摩梭社會傳統以家屋（戶）為主的生產單位並無更易。

---

<sup>32</sup> 指鋼鐵、農業機械、水泥、化肥和水力發電。

<sup>33</sup> 瀘沽湖湖面面積共 51.8 平方公里。



### 三 商業

值得注意的是，舊的生產方式，以及與之相適應的上層建築諸領域，為新的生產方式所取代之後，仍然會作為歷史的殘餘在發揮作用，例如平均主義的分配原則是原始共產經濟結構的表現形式，但在舉國全面走向社會主義市場經濟的今天，它仍然作為殘餘的形式，普遍存在於摩梭社會之中。可見一個社會內部的經濟型態，並不存在一個單一的生產方式，而是多種生產關係的總合，除了主要經濟型態的運作外，與此同時，還交雜共存著不同經濟型態的運轉，惟後者不起支配作用而已。誠如，Samir Amin（1998）在《不平等的發展》一書中所言：「社會形構是具體的、有組織的結構，其標誌是一個占統治地位的生產方式，其周圍連結著從屬於它的錯綜複雜的一組生產方式。」（頁 6）有了這樣的理解，我們進而明白摩梭社會雖從封建主義經濟型態解放出來多時，但並無因目前中國大陸主要運行社會主義市場經濟體制而全面的由商品經濟取代自然經濟，讓摩梭社會脫離自然經濟狀態；而是摩梭社會雖作為中國大陸的一部份，在各種主客觀條件的限制下，還是以自然經濟的型態存在於中國大陸之中。摩梭社會內部也是如此，亦即以摩梭目前的社會型態，主要起主導作用的還是自給自足的自然經濟，但是摩梭社會卻仍存在著不發達的小商品生產，以及由外部所引入的商品經濟形式共存互動。而有了如述的觀念後，我們也才不至混淆摩梭社會的經濟型構。

從多方史料及摩梭老人口中我們可以獲悉，清末以後至 1956 年間，隨著商品經濟的逐漸發展，以及趕馬運輸業（馬幫）的興起，帶來的貨幣及商品大幅增加。某些人更在集中財富後，開始透過抵押來集中土地，更有甚者透過名目繁多的高利貸來進行剝削，利率驚人。民族解放前，集中土地的狀況發展到極致，加速等級內部的階級分化，也反映等級內部的貧富差異。抵押分為活押及死押，初期以活押較普遍，後期則以死押為多。「活押」由雙方協議或請仲介者代議簽署文字憑證，但押出後依附於土地的負擔由押出者負責，押出者可隨時贖回土地；「死押」則是押出後依附於土地的負擔由押進者負責，押出者不可贖回土地，實際上已近似買賣。土地抵押價沒有一定標準，通常視雙方所需而定，押進者對押進的土地有耕作、出租或轉押的權利。另外，森嚴的等級制與排外意識，造成土地佔有多寡相差太大<sup>34</sup>，人民為了生活，土地租佃也因此遍行於摩梭社會中。地租分為活租與定租，「活租」通行於本民族內，租金依當年收成多寡決定；「定租」一般是外族向摩梭人租種土地，俗稱佃客制，租金經雙方協定後以實物償付。如

---

<sup>34</sup> 封建領主制下的人民按政治地位及土地佔有形式分為三個等級。第一等級的「司沛」，佔總戶數的 3.3%，卻擁有 32.5%的耕地；第二等級的「責卡」，人身依附於封建領主，佔總戶數的 67.4%，反而只有 59.5%的耕地；「俄」為最低等級，由罪犯、外來民族等組成，隸屬土司等封建貴族，屬於半農奴、半奴隸性質，佔總戶數的 29.3%，耕地更是只達 1.5%。可以想見，這種封建統治的階級社會裡，土地佔有的多寡與等級高低成正比，與賦役輕重成反比。

述的這些抵押和租佃關係，也逐漸驅使摩梭社會由封建領主經濟步入地主經濟的時代，土司及貴族的權力和財富似乎漸趨衰退。只是地主經濟尚未入主，而後隨著改朝換代，中國共產黨進駐領導，1956年之後所有的抵押和租佃關係便在民族解放下跟隨土地改革而消亡，代之而起的是農民土地所有制，使摩梭社會朝向小農經濟發展。只是這樣的發展形式尚未站穩腳步，便隨即在1958年所展開的「人民公社化運動」<sup>35</sup>中，土地再次脫離農民的家戶所有，轉為以公社為單位的集體所有制形式。這個形式一直到80年代初，改革開放確立了包產到戶的承包制度，使土地所有權與經營權分離，小農經濟才又一次取得發展的契機。「通過分田到戶，儘管土地名義上仍為集體所有，但土地使用權卻屬於每個農民私人所有，農戶成為基本的生產單位。過去生產資料集體所有、生產計劃統一安排、由生產隊統一調配的集體勞動以及由生產隊統一分配收入的集體經濟運行模式，已由一家一戶的分散勞動所取代，經營管理權絕大部份分散到農戶...。」（鄭怡雯 2001）此辦法於1996年又重新將土地經過測量，重新分配，時限至2016年止。只是，我們必須認清，解放生產力不等於發展生產力。

永寧摩梭社會早期商人資本的形成，以及同外族間的經濟聯繫始於馬幫，馬幫對商品經濟的產生和存在，起了巨大的作用。1911年以前只有藏族馬幫往返運輸民生用品，之後便有來自其他民族的馬幫將鹽、茶、糖、布、針線等馱運到永寧，換取當地豬油、豬膘肉、麻布、魚乾等，摩梭人亦會將農副產品運至四川鹽源、麗江等地，換回生活所需。以馬幫為主的商品經濟帶動了其它各行業，1922年永寧土司總管阿雲山打破長久以來的封閉經營，終於對外開放，促使20年代在永寧盆地區形成一因初期以六戶皮匠聚居而得名的固定集市——「皮匠街」（今已成為一般村落，緊鄰現在的集市——「永寧街」）。皮匠街最盛時有百貨、雜貨、製革、飲食、理髮、縫紉、銅鐵銀匠等百餘家店鋪。可想而知，商人和馬幫所帶來的貨幣，在一定的意義上促進了摩梭人的交換關係與商品經濟的發展。惟須留意的是，雖然隨著產品的增加和交換的頻繁，永寧漸漸形成一個固定的交易場所，不過即便皮匠街最興旺的時期，所有商販和手工業者中也沒有一家摩梭人，集市上的商品也鮮少是摩梭人生產的產品。

30、40年代是摩梭人趕馬經商最興盛的時期，為數不少的人把趕馬運輸當成重要的收入之一，甚而押出土地購買騾、馬。當時的騾、馬除了是生產工具，更是商品，同時也是財富的象徵，因此也就形成了可以進行騾、馬交換的市場。據已卸任的永寧鄉書記阿那窩·阿納表示：

永寧於1954年開始每年定時舉行「騾馬物資交流大會」<sup>36</sup>，後因風起

<sup>35</sup> 從1958年中國大陸黨中央八大二次會議通過「社會主義建設總路線」發動「大躍進」開始，至改革開放前的1978年止。

<sup>36</sup> 每年11月份左右，會以永寧的集市為中心，擴大舉行各地商旅匯集的物資買賣活動，如牲口、民生用品等，現今集會更有醫療人員設攤（主要是草醫及牙醫）行醫。

雲湧的人民公社化運動認定這種作法是「走資本主義道路」，故在強調生產資料應集體化的政策下全面禁止，進而在稟持統一管理、統一分配的原則下，將私有馬幫納為社隊所有，負責本地與外地間的物資交流；同時，商品交易頻繁的集市——皮匠街，亦在消除個體私有的風潮中消失殆盡。兩者直至文革結束後，約末 1984、1985 年，才再次形成目前的固定集市——永寧街，並且恢復一年一度的騾馬物資交流大會<sup>37</sup>至今。

但是這種初步發達的交易形式並沒有改變摩梭社會的經濟型態和價值觀點，大部分的摩梭人仍有濃厚依靠母系家庭血緣紐帶的觀念，以及恪守平均主義的分享原則，致使親屬間群性強、依賴性高，不把自己的價值同他人相比，互助思維在其生活上處處展現。加諸自給自足的小農生產，其目的在於家戶經濟的簡單再生產，競爭關係難以引發，因而認為作買賣這種私有觀濃厚的行為，是存有狡詐思想的人所為，遂將商業活動視為害羞之事，也因而不習慣商品交易的經濟行為。上述因素造就了摩梭人雖居永寧鄉人口的多數，但永寧街上的商家一直以來並非以摩梭人為主，例如「1996 年 6 月重發營業執照的個體工商戶統計，永寧街上 75 戶餐飲業者中，有 16 戶為摩梭人，43 戶為漢人。」(和鍾華 2000:138)

另外值得一提的是，民族間的交流（如馬幫）具有將各民族社會生產方式在普遍化、一般化的前提下，使之自然趨同的貢獻，也就是說，「民族間相互融合的同時，其經濟意識也相互融合，……首先表現在經濟基礎——如生產工具、生產方式、生產技術的交流方面」（張磊 1992:109），透過這種彼此經驗的互換，大家在社會生活與生產方面截長補短。例如漢人於清嘉慶、道光年間進入永寧前，摩梭人的編織技術粗糙，但透過學習漢人技術進行加工後，摩梭人漸漸不需用昂貴的原物料去換取簡單的生活用品。又如早期摩梭人在面對外來遊客時都會依其風俗熱情款待，不收分毫，然而在與外族頻繁接觸，以及依循漢民族的中央領導下，觀光發展開始按旅遊區的規矩行事，使用者付費。此外，田野調查期間，筆者在永寧集市中發現許多磚瓦建築，其修建房屋的木匠皆來自於四川漢族，在詢問永寧摩梭人後發現，摩梭木匠只會修建傳統摩梭木式建築（俗稱木楞房），不會修造磚瓦建築，所以一旦需要構建磚瓦房時，便需延請附近地區的漢族師傅前來，這種建房上的技術交流，可以預見假以時日必會一定程度的反映在摩梭建築上。

摩梭馬幫的發展主要集中在 30 年代末至 50 年代初，馬幫的足跡還曾遠至西藏、印度、尼泊爾等地，這對某些持著摩梭是「原始共產社會」、「沒有私有觀念」、「商品意識」及「貨幣交換」等見解的著作（如楊二車娜姆、李威海 1997），無疑是打了重重的一巴掌。因為摩梭馬幫早在土司時代，便是服務於商品流通的商

---

<sup>37</sup> 雖然馬幫文化已消逝，但交流大會中的騾、馬仍作為永寧摩梭山區的勞動力，例如人們上山撿柴，騾、馬便負責運材，因此摩梭家戶仍會畜養。

人資本了，其活動範圍甚至還越過中國邊界。只是執行趕馬運輸的勞動力來源，主要是在家戶經濟的範圍內進行性別分工，由母系摩梭社會的男性勞動力來執行。家戶經濟的主要收入來源，還是以女性所操持的農業勞動為主，男性所從事的趕馬運輸工作，只是作為家戶經濟的補充。這種同生共財，以家戶為單位的個體經營方式，實屬封建主義的家戶私有制，只不過是在一家一戶的內部保留了原始共產社會的遺跡，此種原始共產的殘餘形式，即使是在現代資本主義社會，也在核心家庭內部產生作用。而至於馬幫的交換形式，就更非是處於原始共產部落間的偶然、簡單的交換關係，它是在跨越各種不同生產方式的社會經濟體之間進行經常性的遠距離貿易，已具有初步發達的商人資本性質，因此將摩梭社會定性為毫無私有觀念的原始共產社會，應屬於觀念上的謬誤。

#### 四 分析

馬幫所帶來的商業活動，似乎早已搞活永寧地區的商品經濟，甚而民主改革<sup>38</sup>前夕，已至少有三分之一以上的摩梭家庭直接參與這項活動。然而令人費解的是，為何現今摩梭社會仍然處於與封建土司統治時代一般的自然經濟狀態？為何摩梭人仍然只能自給自足；甚或自給不足？又為何多數人仍然專事農業生產？這些問題似乎在在與曾經以馬幫的遠距離貿易作為表現形式的商人資本的發展相互矛盾。其實這些疑惑並不難理解，筆者認為，第一，馬幫運輸一直以來都是以家戶為基礎的性別分工，趕馬經商固然盛極一時，但從來都只從屬於作為主要經濟形式的農業生產，其商品交換基礎建立在以農業產品加工為實際內容的不發達的手工工業之上，展現出對農業生產的高度從屬性。第二，馬幫所帶出交換的東西大多是剩餘產品，而非生產時就決定作為交換的商品，或說非以追求利潤為目標而專門為市場生產的產品。輸入的產品亦以糖、鹽、茶等因受自然限制，而本地無法進行生產的民生必需品為主。因此馬幫運輸雖屬經常性的遠距離貿易，但察究其性質，仍然是以互通有無的以物易物為主要形式，具有一定的偶然性，限制了商人資本的積累與發達。第三，誠如馬克思所指出的：「商人資本和商業，『對各種已有的、以不同形式主要生產使用價值的生產組織，都或多或少地起著解體的作用。但是它對舊生產方式究竟在多大程度上起著解體作用，這首先取決於這些生產方式的堅固性和內部結構』。」（引自滕顯間 1983：59）同時一般對永寧地區的商人資本的考察也指出：「永寧地區雖然是當地較繁華的集鎮，但僅是相對而言，而且歷史上的商販只是小農經濟意識，所經營的商品也大多是日常生活用品，對改變一個民族的傳統觀念構不成衝擊。」（張磊 1992：110）加

---

<sup>38</sup> 在民族解放前通常會進行各種形式的和平協商，並在不降低政治地位與生活水平的原則下，與少數民族地區上層人士透過反覆協商過程進行民主改革，而「少數民族地區的民主改革，即土地改革，是以勞動者的個體所有制代替前資本主義的各種型態的剝削階級佔有制度...」（李竹青、那日 1998：97）摩梭社會的民主改革於1956年完成，民主改革期間亦稱為和平協商時期。

上，文革期間的急進政策，將原屬基礎薄弱的商品經濟摧毀殆盡，在在迫使商人資本唯有退回自然經濟模式一途。

回顧歷史，我們不難發現，商人資本的因素早已活絡於母系摩梭社會中了，只是摩梭民族長期以來礙於氣候條件不佳、地理環境嚴峻、生產技術低落、信息流通閉塞等各種客觀條件的限制，以及難以提供給商人資本進行剝削的手工工業生產或手工作坊在根本上就限制了商人資本的積累。加諸文革時期過左政策的衝擊，便造就了今日生產力水平有限，收成僅夠自足，不易有剩餘可以輸出，只能被動地適應市場變化的狀況。也就是說，一個地區「低下的收入水平和購買力反過來抑制市場的發育，許多農民的溫飽問題尚未解決，不可能使他們產生交換的慾望和發展商品經濟的要求。經濟發展水平低，市場規模狹小，市場發育受到抑制，加大了少數民族地區建立社會主義市場經濟的難度。沿海地區在轟轟烈烈地搞建設，少數民族地區還在扶貧攻堅，解決溫飽工程；沿海地區在考慮如何大步進入市場經濟，少數民族地區還在考慮如何擺脫自然經濟的束縛。」（陳鐵軍、張蕙君、余文嵐 1996：11）況且摩梭社會在繼承舊社會有限的資源下，其基礎並不堅實豐厚，如想改變落後封閉的格局，將非一朝一夕，而是需要一個漫長而持續的過程。

這也說明了摩梭人為何至今為止還處於自然經濟狀態，並以以物易物作為主要交換形式。例如摩梭社會二半山區的摩梭人缺乏稻米，長年來需以市場價格為核估標準，定時與盆地居民換取稻米；而主產稻米的盆地居民也會至二半山區或涼山區同當地人換取其他糧產。即便經營酒廠的商家至摩梭村落收購釀酒的原物料，如青稞、玉米等，也多還是以稻米、酒作為交換物（當然也有部分以貨幣作為交換的，只是非主要形式）。但雖然主要的交換形式不以貨幣作媒介，卻不表示摩梭人不使用貨幣，當他們購買鹽、茶、糖、農具、耐久性消費材（如腳踏車）等生產、生活用品時就需以貨幣支付。一旦摩梭家有急需，如缺糧時無人願意換糧、缺錢時無法周轉，他們只能以拾撿木材、採集野生藥材，或將農副產品、農作等拿到鄉中心的集市去販賣，取得貨幣用以購買上述生產資料或消費材。

據統計，永寧鄉 2000 年人均純收入為 497 元，人均糧食收入為 394 公斤。（永寧鄉政府 2001）然而必須注意的是，官方人均純收入的計算方式<sup>39</sup>為人均糧食收入、人均打工收入與人均其他綜合收入（如販賣農副產品、捕魚）三項的加總。也就是說，按 2000 年國家統一規定的糧食平均收購價格 1 元／公斤來計算的話，394 公斤糧食賣得的 394 元要從 497 元中扣除，剩餘的 103 元才是打工及其他綜合收入兩項之和。（詳細計算方式如下）

---

<sup>39</sup> 純收入既包括從事生產性和非生產性的經營收入，又包括取自在外人口寄回帶回和國家財政救濟、各種補貼等非經營收入；既包括貨幣收入，又包括自產自用的實物收入。但不包括向銀行、信用社和向親友借款等屬於借貸性的收入。（國家統計局 1997：325）

全國糧食平均收購價格：1 元／公斤

人均純收入：497 元

人均糧食收入換算為貨幣收入：394 公斤 \* 1 元／公斤 = 394 元

人均打工與人均其他綜合收入：497 元 - 394 元 = 103 元

(人均純收入 = 人均糧食收入 + 人均打工收入 + 人均其他綜合收入)

此外，要進行再生產，還得先扣掉牲口一年飼料及來年耕作所需的預留子種，才是農民吃飯的口糧。據 2001 年永寧鄉政府統計，394 公斤的人均糧食收入在扣除飼料及預留子種後，永寧鄉農民人均食（口）糧為 243 公斤／人／年。可憐的是，這 243 公斤口糧，還達不到當地農民自估一個勞動力一年需食用的 300 ~ 350 公斤糧食，明顯表示當地農民糧食的不足。雖說農村人口並非每一個人都是勞動人口，但可以得知的是，在人均糧食收入都匱乏的狀況下，把糧食轉換成貨幣的可能性非常之低，所以貨幣來源只能依靠打工或其他綜合收入。只是總估計後，我們可以發現其打工與其他綜合收入的加總，也只有稀少的 103 元，意味著每年每人平均可支配的貨幣額僅百來元，若此時再扣掉每年固定要花用的生活消費（如民生用品），因應現代商品化醫療，治病就變成是一件非常困難的事情。難怪摩梭婦女在與筆者相處的過程中，老對著筆者疾呼：「我們最大的醫療問題就是沒錢看病！」

### 第三節 政治制度與生產關係的沿革

考察歷史文獻，因摩梭本身沒有自己的文字，又限於筆者無法閱讀與摩梭相鄰的各少數民族文字，如藏族的藏文、納西族的東巴文等，因此只能從有限的漢族文字記載中進行解讀。但在為數甚少的歷史記載中，並無針對摩梭社會的政治經濟體制與社會生產關係的描述，比較可以確定的是，在元代全國一統的建制下，首度在摩梭人所處的永寧，強制地設置了世襲的土司封建制度，而元代以前已無史蹟可考，一般學者的論述都將元以前的摩梭社會規定為原始母系氏族社會，筆者基本上亦沿用如此看法。

元代土司制度允許各地土司在歸附中央朝廷下因俗而治、因地制宜，直至明

代，永寧才開始實行以封建領主制為形式的土司制度。這個制度並未受到清代改土歸流政策的衝擊，土司制度一直延用至 1956 年民主改革完成後才被廢除。因此，筆者以下的行文為了方便論述，便將摩梭社會發展的歷史階段概括為土司時期、民主改革時期、合作化時期，以及改革開放以後的社會主義市場經濟體制時期。但因 1956 年民主改革完成不久後，在 1958 年便伴隨全國範圍的大躍進迅速地進入合作化階段，其時間甚短，對摩梭醫療體系的影響也非常有限，所以筆者在此不進行個別探討，基本上將之納入合作化時期一併討論。

土司時代政權統治機構是「土知（司）府」。按傳統法規，土司是世襲制，土司家的長子承襲土司職務，下設執行行政與經濟事務的「總管」，以及掌理宗教事務的「肯布」，此兩種職位一般由土司兄弟或近親擔任，往下推之是「把事」，專門協助總管處理各項事務，再者是由識字的漢人擔任文牘之類工作的「師爺」，以及掌管土司府衙內部事物的「管人」。基層行政組織則採伙頭制，分別是管轄數個毗連自然村的「總伙頭」，及其下設管轄一個至幾個自然村的「伙頭」（摩梭語稱拉梅），還有管轄一個大自然村或幾個小村的「排首」。基層頭人需負責向各村寨人戶催收錢糧、勞役、雜派等，貫徹土司的指令。（統治系統說明亦可見表一）

**【表一】永寧土司制度由上而下的統治系統**

土司：世襲制 （最高統治者）	
總管：土司兄弟或近親擔任 （執行行政與經濟事務）	肯布：土司兄弟或近親擔任 （掌理宗教事務）
把事 （協助總管處理各項事務）	
師爺 （負責文牘之類工作）	
管人 （掌管土司府衙內部事物）	
總伙頭 （基層行政組織首領，管轄數個毗連自然村）	
伙頭 （管轄一個至幾個自然村）	
排首 （管轄一個大自然村或幾個小村）	

土司統治期間，除了如上等級分明的政治組織外，還將人民分為司沛、責卡、俄三個等級。第一等級為「司沛」，即官家，是從土司家族分裂出來的貴族集團，身份世襲，受土司分封土地，對佔有的土地世襲，可轉贈、出租或於同等級內進行買賣，但土地所有權始終屬於土知府。此外這些貴族集團可以擔任各種官職、

享有許多權利、不需服任何勞役、不需繳交錢糧、雜派與各種捐稅。第二等級為「責卡」，即百姓，等級只會降不會升。責卡又分內、外兩種，『內責卡』住地近於土知府，以服勞役為主，『外責卡』住地遠於土知府，以繳納實物貢賦為主。責卡等級的多數佔有一定數量的封建份地，對份地有使用權，但無所有權，份地可以世襲、抵押、轉贈或出租，但不能買賣。責卡亦可以擔任土司政權的官職，有獨立的家庭經濟及財產權，婚戀自由，於土司轄區內可自由遷徙，並在保證服役與繳納貢賦的前提下，有權支配自己的勞動時間從事趕馬經商和其他副業。第三等級為「俄」，即奴婢，等級終身不變，終生是主子（泛指司沛等級）財產的一部份，人身依附於主子，主子有權將其轉讓、陪嫁、交換和買賣，但不能任意殺戮。俄等級一般無封建份地，只佔有少量主子給予的耕食地，僅夠餬口。少數獲得主子信任者可擔任基層頭人。俄通常有少量的財產和一定的人身自由，可以自由婚戀自組家庭，在按期服役的條件下亦可從事趕馬經商。此外，必須說明的是，無論責卡或俄，除非絕嗣或犯重罪等特殊狀況，否則土司或其主子不可任意侵佔他們的財產（等級關係說明亦可見表二）。從如斯的等級制度與生產關係可以知悉「...低等級人的剩餘勞動，絕大部分是不可能自由地拿去交換的，即便有點剩餘產品，要麼被統治階級掠奪了，要麼只剩下很少量的，勉強給生產者一點使用價值享用。」（姚順增 1997：21）

**【表二】永寧摩梭人於封建土司制度下的等級關係**

等級		義務	受剝削方式
司沛（官家） 身份世襲		1. 可擔任各種官職、享有許多權利。 2. 受分封佔有土地。土地世襲，可轉贈、出租，或於同等級內進行買賣，但所有權皆屬於土知府。	無
責卡（百姓） 等級只降不升	內責卡： 住地近於 土知府	1. 佔有封建份地，對份地有使用權，無所有權，份地可以世襲、抵押、轉贈或出租，但不能買賣。 2. 可擔任土司政權的官職。 3. 有獨立的家庭經濟及財產權。	以服勞役為主
	外責卡： 住地遠於 土知府	4. 婚戀自由。 5. 土司轄區內可自由遷徙。 6. 在保證服役與繳納貢賦的前提下，有權支配自己的勞動時間從事趕馬經商和其他副業。	以繳納實物為主
俄（奴婢）		1. 無封建份地，只佔有少量主子給予的耕食地，僅夠餬口。 2. 少數獲得主子信任者可擔任基層頭人。	服各種勞役。人身依附於主子，主子有權將其轉讓、陪嫁、

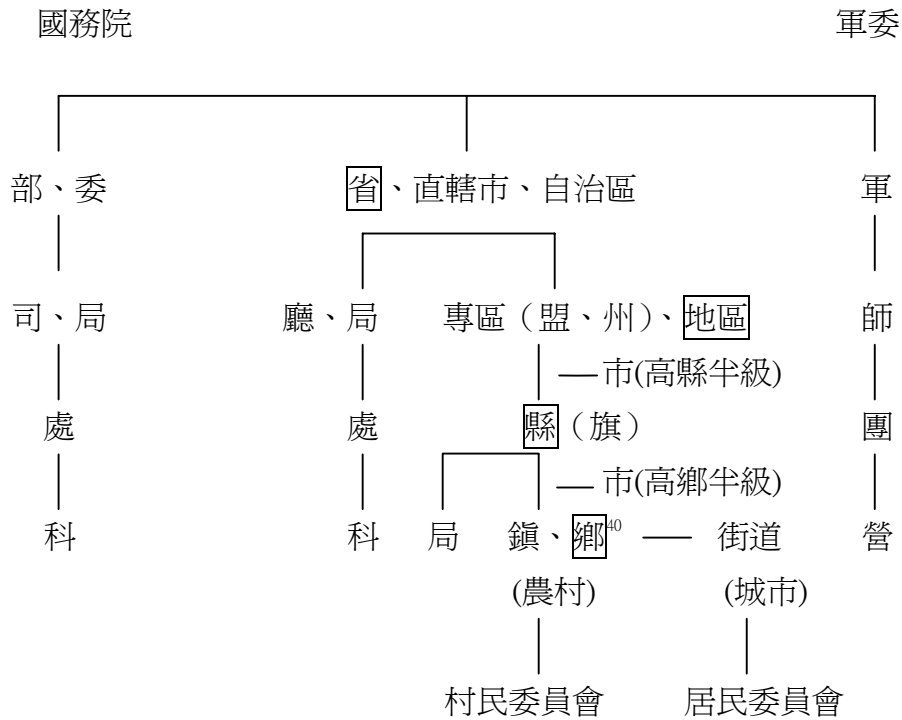


等級終身不變	3. 有少量的財產和一定的人身自由。 4. 可自由婚戀自組家庭。 5. 在按期服役的條件下可從事趕馬經商。	交換和買賣，但不能殺戮。
--------	---	--------------

正因為依附於封建領主的摩梭人的剩餘勞動，絕大部分不可能自由地去進行交換，有點剩餘產品還得被統治階級掠奪，所以生產力本就低落的摩梭社會，必須學家協作，共同生產，才能提高生產力，承擔嚴苛的稅賦，並勉強在這當中求得三餐溫飽。此一情況，一方面確保了封建土司的剝削制度得以延續的物質基礎；另一方面也同時在家戶內部鞏固了摩梭社會原有的同耕共食、同居共財的共同體形式，從而也保存了既有的母系血緣紐帶。也就是說，以同耕共食、同居共財為基礎的母系摩梭社會，非但沒有在由父系社會所強加而來的土司剝削制度的支配下逐漸瓦解，反過頭來，恰恰是因為要因應這個嚴苛的剝削制度被保存下來，但是這種家庭形式又非原始氏族公社的公有共耕，而是在家戶私有制下，家戶成員的內部分配關係保有原始公社的殘餘形式。

而今，永寧最高行政機構已不再是土知（司）府，而是「人民政府」，其行政系統改為中央領導的分層而治（永寧現行行政體制請見圖三），並奉守民族地區的自治原則，採行自治條例。摩梭人民現今都依法享有行使憲法及民族自治法規的權利。1956年民主改革（土地改革）的施行，以及合作化運動的洗禮，也徹底的改造土司制度下的分配關係。現今土地山川並非如封建土司時代為個人所有，而是全村人民共有，在土地集體所有的情況下，人民政府轄下的「村民委員會」成為行政與財產單位的共同體。與文革時期有所區別的是，人民對土地有了使用權（經營權），但所有權仍與文革時期一般，歸村民集體共有。至於土司時期的等級關係也早隨著1956年民主改革的完成而廢棄。但是摩梭人雖然從封建的等級制度中解放出來，並不表示經濟基礎必然隨著整個中國社會主義建設的進程而取得同步的發展，不管是在社會主義計畫經濟時期，或是社會主義市場經濟階段，摩梭人的生產力發展仍然緩慢。其根本的原因在於，土司時期，摩梭社會的剩餘產品為封建領主所剝奪；在民主解放與跑步進入社會主義的年代，透過農產統購統收，在工農產品剪刀差的機制底下，農業剩餘又為工業部門所吸收轉換為社會主義建設基金；即便在社會主義市場經濟甚囂塵上的今日，剩餘產品的佔有者依舊不是摩梭人，而是透過市場機制轉移到各種型式的資本部門。這就決定了摩梭社會雖然歷經了歷史更迭，其政治體制與社會生產關係也經過了數次的變化，但其社會生產力並沒有隨著生產關係的解放而解放，反而在缺乏社會剩餘產品的情況下，一直凝固在低水平的自然經濟狀態。

【圖三】中國現行行政體制



\*\* (永寧行政劃歸：雲南省麗江地區寧蒗彝族自治縣永寧鄉)

#### 第四節 文化變遷

在考察完摩梭社會的政治經濟制度後，筆者將進一步說明母系摩梭社會的主要文化型態，藉以突顯摩梭社會與其它父系社會的文化差異，從而提供理解摩梭婦女醫療問題的另一個線索。

##### 一 家庭與婚姻

<sup>40</sup> 設有「永寧鄉人民政府」。

所謂母系制指的是「世系按母親方面來確認和計算、成員死亡後財產歸母方血緣親族繼承的一種制度。」（許滌新 1987：161）傳統摩梭母系文化內，家中成員由母系血緣親屬構成，財產繼承及子女扶養也都以母系為依歸，家庭內部通常由年長有能力的婦女勝任當家人（摩梭語稱 dabu），母親是家庭和社會的中心，社會中普遍重視母舅、不強調父親（並非沒有父親）。作為母系家庭的女性，尤其是當家人，既要負責家計，又要打理一家大小承擔家務勞動，勞動量遠較於摩梭男性多出許多，為此女性的角色備受尊敬。田野調查期間就有摩梭婦女告訴筆者：「摩梭男人的祖先真是聰明，給女人一個這麼崇高的地位，所以女人為此每日忙進忙出，從家中事務到田間耕作，總是做比男人更多的事情，然後還要擺出一副不得不心甘情願吃苦的樣子」，這便是摩梭婦女最鮮明的寫照。

母系摩梭社會中女性的權力來自土地和家庭，婦女一直是摩梭社會中謀取生產和生活資料的主力軍。摩梭村落社會分工並不明顯，勞動多按性別與年齡採自然分工。民族解放前女人主事家務勞動與農耕，男人則專事趕馬經商（使用的騾、馬是母系家庭的共有財產）或出家為僧（截至目前為止皈依都要家內成員集體決定，若要往西藏學法也是舉家共同資助）；而今女人雖依然操持家務勞動及農事，但是曾佔摩梭成年男子總數一半的喇嘛僧侶與趕馬商販，已因民族解放、經濟發展、公路開通等因素而衰微趨散，當喇嘛的人已漸少，馬幫也沒了市場。反倒是政府機關的公職人員，比起 50、60 年代永寧鄉生產隊隊長約有 40% 由婦女出任的情形來說，男性成員算是大幅攀升，因為現今鄉內各級公部門的摩梭女性人數不達 10%。只不過公領域所能提供的職缺畢竟稀少，吸收不了數量太多的勞動力，加上永寧並無來自文革的社隊企業所轉型成的鄉鎮企業得以吸納這些產業後備軍，許多摩梭男性便作為過剩勞動力賦閒於農村。溫泉瓦拉片村、落水里格村等摩梭村落的婦女，都曾抱怨摩梭男人「閒」、沒事幹，更有摩梭婦女以開玩笑的口吻告訴筆者：「家中從田活到家事都是女性一手包辦，男人很少做事，一天到晚的打麻將、閒逛和聊天，對家庭依賴性又強，真的很想租一輛大卡車把這些不做事的男人都裝上，然後載到外面丟了。」的確，沒能在經濟上佔領主導角色，又碰上母系血緣結構的緊密，剩餘勞動力理所當然地被貼上了依賴性強的標籤，而這些「內外負敵」的人，就是你走在摩梭村落中不乏見的那些坐在路邊曬太陽的悠閒男性。

中國大陸改革開放後，雖說逐漸有摩梭人離開農村至都市工作，致使不分家的家庭結構不再完整，但是女性對土地的支配權似乎沒有減弱，筆者以為原因有二：其一，母系血緣的傳承，為女性在家的中心地位創造社會基礎；而其主要生產部門（農業），女性仍作為生產的主力軍，以及從歷史角度觀之，女性一直以來所操持的農業生產相較於漁獵活動的偶然性、趕馬經商的不穩定性，是具有相對穩定的特質，都成為鞏固女性中心地位的自然基礎。其二，近年來，中國大陸發展大西北，少數民族地區大肆開發觀光業，造成女性就業機會多於男性的情況，如民族村、餐館、旅館、美容美髮、百貨專櫃等工種都以女性為吸納對象，

因而從永寧流出去工作的女性始終超越男性。據筆者口述訪問鄉內各級領導與村民的結果發現，2001年六月以前，永寧鄉外出打工人數共886人，其中男性只佔323人。若以個別摩梭村落來說<sup>41</sup>，溫泉瓦拉片村外出工作的摩梭婦女有22人、男性3人；落水里格村摩梭婦女有8人、男性5人；永寧海衣角村摩梭婦女有12人、男性2人。由此可見，摩梭女性除了在其主要經濟部門起主導作用外，在市場經濟大潮的過程中，其支配地位也尚未受到根本性的挑戰。

再者，在筆者進入永寧摩梭山區進行田野調查後發現，引起各方關注的走婚（走婚是外族學者建構的詞彙）習俗實際上並非如同傳聞般的「性開放」，因為摩梭人的走婚形式有一套嚴格的文化規範。傳統摩梭人從出生到死亡都居於母系家庭中，年幼時與長輩同寢，十三歲進行成年禮後，一般會讓女孩擁有自己的房間，直至走婚年齡便開始透過社交認識異性，進行男子夜宿女家、晨歸母家的走婚。和一般社會的婚姻制度相同，摩梭人在走婚前，男女雙方必須有一定的社會過程，有些人甚至在走婚前會先徵求雙方家長認同，雙方禮尚往來後，男子才得到自由進出女方家的權利；不同的是，男女雙方並非誰入住誰家，或自此共居一室、共同生活，同時也沒有法權化的契約行為，而是男子晚上至女子家共處，白天便離開女方家回母系家庭進行勞動，只有在偶然下（如農忙）才會至對方家中幫忙。總的來說，走婚雙方雖有一定的社會關係，但並不產生經濟聯繫。摩梭走婚文化的另一特色，在於走婚的伴侶關係可由一方提出分手後終止，更因為走婚形式並不涉入經濟關係，因此亦不會有財產權分配的爭議。在這種特殊的婚姻制度中，摩梭家庭並沒有丈夫、父親的角色；也沒有夫妻、妯娌等關係。父親一般會於平時的往來互動中或重要節日（如春節）中出現，即便父母終止伴侶關係，仍可從母舅與親友口中、各種婚喪喜慶儀式中得知誰是父親。一般人類學研究稱摩梭人「只知其母，不知其父」的謬誤，其實是片面強調其與一夫一妻制的父系社會的差異性所帶來的誤解。

另外，「...任何社會的物質或精神文明都不是從空而降，都具有以往社會的基礎，是歷代文明的繼承和發揚。」（曉根 1992：34）永寧摩梭人的婚姻形式也是跟隨著歷史脈動而前進，隨物質生產的發展而發展。以血緣確認與財產繼承為例，比較永寧母系摩梭社會與其他父系制民族間的差異，我們發現在以私有制為前提的情況下，母系並不像父系般嚴格規定女性必須恪守「貞操」觀念，以防家產落入外人之手；反倒是，母系價值觀認為只要子女出自「同一子宮」，便可確保其財產不外流的安定性，也因此不必以獨佔男子的性作為前提，用固定兩性婚姻關係來確保血緣繼承。所以，雖然我們不能反過來推論母系摩梭社會必然產生走婚形式，但或可大膽揣測，摩梭社會特殊的走婚形式，必然建立在母系血緣繼承制的基礎上。

---

<sup>41</sup> 以下列舉的三個村落，除永寧海衣角村居有一名漢人女子外，其餘清一色都是摩梭人。

誠如恩格斯所言：

根據唯物主義觀點，歷史中的決定性因素，歸根結柢是直接生活的生產和再生產。但是生產本身又有兩種。一方面是生活資料，即食物、衣服、住房以及為此所必須的工具的生產；另一方面是人類自身的生產，即種的繁衍。一定歷史時代和一定地區內的人們生活於其下的社會制度，受著兩種生產的制約：一方面受勞動的發展階段的制約，另一方面受家庭的發展階段的制約。勞動越不發展，勞動產品的數量、從而社會的財富越受限制，社會制度就越在較大程度上受血緣關係的支配。（引自程德祺 1985：216）

例如永寧大部分的摩梭村落，迄今為止以農為本，並在生產力低落的狀況下，必須靠全家集體勞動才能維持一定的自給自足，為此生活及生產資料全是家戶成員集體佔有、平均分配。只不過當完成再生產的消費後，卻極少有剩餘可以轉嫁到個人手中，因而在這種個人私有尚不完備的情況下，遵循歷史條件所沿襲的母系、不分家的家庭形式、走婚等，便越在較大程度上受血緣關係的支配而繼續存在。

## 二 宗教

摩梭人的傳統宗教為達巴教<sup>42</sup>，其宗教人員稱達巴（摩梭語稱 Ddaba），藏傳佛教傳入永寧以後，達巴教與喇嘛教就一直並行於摩梭人的生活當中，某些儀式祭典中還可同時看到兩路人馬，只是隨著歷史演進，達巴教在外來喇嘛教的衝擊下已漸式微。「據不完全統計，到目前為止，能唸誦並能解釋口誦經的達巴，只剩下三人，並且他們年歲已高，隨時都有可能給達巴文化打上句號。」（拉木·嘎吐薩 1999：3）

達巴教是結合自然崇拜、鬼魂崇拜及祖先崇拜的泛靈信仰。摩梭人的傳統宗教——達巴教——沒有經文教義，完全靠口傳心記，只傳男不傳女，傳承方式一般為母系家屋內的世襲，亦即舅傳甥（少數是父傳子），恰恰符合摩梭人

---

<sup>42</sup> 與納西族的東巴教有所區別。納西族的宗教人員稱東巴（Dto-mba），以象形文字寫成的經書相傳；而摩梭人的宗教人員稱達巴（Ddaba），承襲則靠心記口傳。

所言：「舅掌禮儀、母掌財」的性別分工。達巴教亦不似喇嘛教有寺廟或固定組織，也沒有屬於宗教內的特別節日，除了儀式祭典以外，平日達巴並不脫離生產勞動，與一般摩梭男性無異。

另一盛行於摩梭山區的宗教為喇嘛教，約於 700 多年前從西藏傳入，爾後就一直影響著摩梭人的生活，永寧喇嘛與西藏僧侶不同，他們多居於家中，有祭典儀式才回寺院，日常居家只幹輕活。永寧有兩座喇嘛寺，分屬黃教（格魯派）的「扎美寺」，與白教（薩家派）的「大迦靈寺」，白教今已沒落，摩梭人現以信奉黃教為主。喇嘛教在幾百年來牽動著永寧的政治、經濟與文化。政治上，土司時期統治階級運用宗教鞏固政權，許多男子並在政策規定下出家當喇嘛。經濟上，許多遠赴藏區經商的摩梭人為更清楚藏族文化從而與藏人交流，信佛成爲一種生存策略；再者，眾多男子出家爲僧，更導致女性從事農業生產遠高於男性的現象。文化上，格魯派黃教戒律森嚴，按規定本不犯色戒，但永寧喇嘛卻可走婚。

藏傳佛教的進入，與元代始建立的土司制度緊密結合，也意味著摩梭社會新舊生產關係的變革。因爲元代以前摩梭人所崇信的達巴教，畢竟還是處於人與自然、人與天鬥爭的關係中（例如長期與大自然搏鬥的摩梭人，形成靠天吃飯的意象，對超自然的力量產生崇拜與敬畏），許多祭儀祈求的財富還都充分表現出平均分配的思想，不似喇嘛教與封建政權掛勾後，封建統治階級將宗教幻化爲撫慰各種階級不平等的工具。此外，達巴教中的達巴雖然是人與神靈間的媒介，但卻不似喇嘛教與封建政權有一體共生的聯繫。

無論如何，土司統治下的封建社會，使得「一些人終身勞累，卻難以養家活口；另一些人終日無所事事，卻能享盡榮華富貴。這種現象的產生，無論其有多少合理性或必然性，都是一種不安全的社會因素。在這種情況下再要讓人民虔敬的祈禱神靈賜予更多的財富，似乎難以繼續。」（姚順增 1997：106）而這個難解的問題卻是信仰自然、鬼魂與祖先的原始宗教——達巴教——「...沒有涉及或無法解釋階級社會中的最突出的社會問題——財富分配不公，因此當人類進入階級社會後，原始宗教將不可避免的趨於沒落。代之而起的是，以階級社會為背景，以私有制為基礎，承認社會上存在著財富分配不公的現象，並對這種現象加以『合理』的解釋，從而既使現行的社會制度和分配原則不受威脅，又使那些在這一分配原則下受害的人得到心靈上的安慰的新宗教」（同上：106、107），在永寧摩梭社會中指的便是喇嘛教。也就是說達巴教反映的是人與財富的自然關係；而藏傳佛教則是反映人與財富的社會關係。所以跟隨封建統治而起的藏傳佛教，其帶來的關係是人與人之間的鬥爭，是階級與階級的更加分化，是豎立封建統治階級合法存在的產物，因爲統治階級總藉生死輪迴的觀念來教育群眾「今生的苦、是前世的孽」，所以只要今生修行、來世便會和封建貴族一樣享福，用此企圖掩蓋統治剝削的殘酷事實，使封建王權得以鞏固，牢不可破。這正如恩格斯曾經說過：

一切宗教都不過是支配著人們日常生活的外部力量在人們頭腦中的幻想的反映，在這種反映中，人間的力量採取了超人間力量的形式。在歷史的初期，首先是自然力量獲得了這樣的反映，而在進一步發展中，在不同的民族那裡又經歷了極為不同和極為複雜的人格化。（饒琨 1992：40）

值得一提的是，摩梭人的信仰觀念就如同恩格斯所言一般，是起始於自然力的崇信，並與其社會生活息息相關。摩梭人往往認為自然界存在神靈主宰其生活，因此只要是對生活具有意義的神秘力量，如山林、水火等，便將其當作神聖的東西進行祭拜。好比摩梭人視永寧鄉內的獅子山為聖山，並祭祀女山神「格姆」，或如祭祀火塘邊的火神「冉巴拉」等。除了神以外，摩梭人也崇信鬼魂，並認為與自己無親屬關係的鬼會作祟害人，因而具有「特殊能力」的達巴及喇嘛便被賦予同鬼魂溝通的任務。加上，摩梭人認定鬼和人的疾病、死亡有所關連，因此在疾病和死亡的種類、原因多樣化下，鬼也就五花八門。譬如某種鬼會專門給人帶來某種或某幾種疾病，所以驅鬼所誦經文多所差異。

各式各樣的疾病，因著未知的戒慎恐懼而多了神秘的色彩，但是如果因此判準摩梭人迷信，似乎對於醫療資源、醫療訊息不發達，許多村落根本沒有醫師，以及中國解放前不具任何醫療條件的永寧摩梭山區的摩梭人來說，有失公道。因為摩梭民族在沒有文字的狀況下，宗教祭儀者不僅被賦予人與神鬼的溝通者，更是此一社會比較掌握文化、知識較為豐富的人，所以在惡劣的醫療環境下，達巴與喇嘛自然成為人們在毫無選擇下唯一可以依賴的對象。也正因此，即便曾有數位喇嘛告訴筆者他們能治的其實只有「心病」，宗教卻仍是摩梭人的「希望」，許多摩梭人一旦生病，還是會延請達巴或喇嘛念經驅鬼。凡此種種，也道出了宗教與物質生產與生活的聯繫。再者，摩梭山區貧困，達巴與喇嘛在結束治療活動後，只要依經濟狀況給予報酬（可以是貨幣、禮物或一頓飯），並不必然要以貨幣做為酬謝，可能也是摩梭人選擇民俗醫療的原因之一。

### 三 風俗習慣

自然經濟的結構，以及地處偏遠、海拔高等因素，永寧摩梭人的生產和生活條件比較艱苦，因而一個家庭要想便於安排生產和生活就寄望於勞動力多，使共生的母系家庭生活可以維持下去，所以摩梭人並不似漢族般的分家。但是摩梭社會一切從需要出發，家中若缺乏勞動力，可以彈性的將走婚伴侶接回同住；若無子嗣承繼亦可從血緣親屬間過繼；如果人口已經過多，子女共有的觀念也會令其他姊妹不走婚或不生孩子以調節；即使人口多到不得不分家或其他因素必須分家，分家以後也多一起從事生產。總之摩梭人的種族繁衍與支系的擴大並不是靠分家。

摩梭家屋中的當家人——dabu——雖不見得是女性，但實際上還是以女性出任居多。要從摩梭文化解析婦女於其社會中的地位，其實只要多留意其語言結構，便可看出端倪。

摩梭的語言結構與習慣，充分呈現對母親與女性的尊重與重視。a mi 是母親，mi 在日常生活中極之常用，有「大」、「正」的意思，也常引申為婦女。譬如 zi mi 是母房但又可解作正房；如大官員是 o mi，o 亦即頭，o mi 引申為大官員；大碗為 khua mi，瀘沽湖是 zhi na mi（大海），大山是 na mi，統統以 mi 為大、為尊等等。男人在摩梭語是 zo，同樣可解作「小」。（周華山 2001：101）

此外，摩梭社會中還有非常特殊的性別結構，充分展現在摩梭人的生活當中，許多事物都作了具體的性別分野與分工，例如火塘邊的座席一定是男左女右；滿月酒的禮儀參加者以女性為主；葬禮過程的勞動參與，有特殊的性別規範等，皆有一定的文化意涵，只是這些事項因非本文重點，所以在此不贅述，待有機會再行討論。此處則先撿與本論文較為相關的文化內容予以說明，那便是摩梭人的「害羞文化」。

所謂害羞文化指的是，在摩梭社會中只要會涉及「性」意涵的人、事、物通常會避免談論，特別是有異性血緣親屬在旁時更是禁忌。而此處指稱的有性意涵的人、事、物，並非一般人所認知的「性」觀念，而是有更加嚴格的規範，例如只要有異性血緣親屬在場，不能談及走婚、生孩子等詞彙，因為婚姻包含有「性」關係，而生育則是「性」關係的延伸。再者，一般於摩梭村落中，幾乎看不到走婚伴侶在公開場合並肩齊行或比鄰而坐，因為他們即便沒有牽手的漫步於路上，都會引起村內摩梭人的側目或耳語，招致關注的原因在於其間的關係所隱含的「性」聯想。

害羞文化雖已成為摩梭文化的一部份，生活其中的摩梭人仍不免無意誤觸，外來的人就更不必說了。筆者剛入田野初期，就經常犯錯而不自覺，以下就一則筆者的經驗與一則摩梭人的事例，或可更進一步說明何謂害羞文化：

筆者在田野調查期間的某日與一摩梭家庭的成員聊天，當天在場的包括家中母親（摩梭語稱 a-mi）、母親的弟弟（舅舅，摩梭語稱 a-vu）、女兒、與其女兒走婚的伴侶等，聊天中筆者開玩笑說：「男朋友可以很多很多，因為這樣可以經常



約會，然後...」，話未說完便一陣嘩然，然後是舅舅與女兒的伴侶離席，其餘留下的人則一臉尷尬。

此外，有一摩梭婦女告訴筆者：「我十五、六歲以前根本不知道什麼是雞睪丸，有次全家一起吃飯，我夾了一粒雞睪丸，吃了一口後發現不好吃，馬上夾給旁邊的哥哥，並且詢問那是什麼東西，弄得全家人不知所措，當場還被我母親訓罵，說我不知羞恥，然後叫我停止發問，繼續吃飯。」

總之，關於觸犯害羞文化的事例多的不勝枚舉，有時在摩梭村落跟某些外地遊客解釋，還得花上大把時間，只是要瞭解害羞文化的精髓，真的必須長期投入摩梭社會，才能清楚箇中蹊蹺，懂得拿捏。另外要說的是，害羞文化也表現在醫療行為中，筆者在摩梭山區進行研究期間，就發現害羞文化與「性病」及「生殖道感染」息息相關（詳見第五章）。

不過，摩梭式的害羞，雖然有其特有的文化意涵，但這個文化表現，卻正好可以破解那些總是質疑摩梭人走婚會有亂倫的看法，因為「害羞文化是摩梭避免亂倫關係的文化機制。害羞文化嚴禁血緣親屬走婚，連語言上也禁止任何『性』話題。這種強烈的防禦機制，令小孩自幼產生強烈的道德感，只要在血緣親屬面前聽到任何跟性相關的詞彙，會強烈不安而馬上離開，良久害羞不能平服，從而令血緣親屬之性關係難以發生。」（周華山 2001：162）

## 第五節 社會型態變遷對摩梭人的影響

社會發展的不平衡，與自然條件、地理環境的制約密切相關，如永寧摩梭山區亙古至今受到自然因素的束縛，致使摩梭人生活在霜降期長達四個月的高寒區，能夠種植的作物種類因此受到限制。而連綿的山谷、海拔高差與複雜的地質構造，更造成時有冰雹、連陰雨等災害，形成農民必須面朝黃土背朝天地仰靠老天爺賞飯吃。但正所謂一方水土養一方人，長期以來摩梭人已漸漸學會征服大自然所釋出的難題，在日新月異地生產與生活中，創造出隨時代進步的發展，唯一令人遺憾的是其腳步移動稍顯緩慢。

1956年民族解放以前的永寧摩梭社會，處於封建統治，農業為其主要的經濟

部門，普遍使用二牛抬扛犁地進行耕作，廣種薄收，生產力極為低下。加諸封建剝削，農民生活非常困苦，所以摩梭人不得不以家戶為單位進行生產，實施耕地輪作制及自成協作組織以補生產力低落的不足。民族解放後，不變的自然條件、封閉的山區地形，使摩梭人仍然無法脫離以務農為主的命運。改革開放後，分田到戶時，更因著山區地形起伏，以及大小不等的耕作面傾斜狀況，在適宜耕作的土地極其貧乏下，人均可分得的土地約兩畝左右，每年農作產量僅夠維持自我消費。凡此種種，致使摩梭人為適應生存，必須在古往今來的農業生產中，以糧為綱，種植以糧食作物為主，經濟作物甚少，生產範圍侷限於滿足個體家庭的需求，多半沒有剩餘可從事買賣，因此生產通常不與社會發生廣泛聯繫，形成自給自足的自然經濟狀態。以 2000 年為例，永寧人均糧食收入為 394 公斤，在扣除飼料及預留子種等再生產所需後，每年人均口糧只剩 243 公斤，遠不達當地農民自估一個勞動力一年所需食用的 300~350 公斤。雖說摩梭人多居於相對富饒的盆地區與二半山區，而且永寧鄉人口也並非全是勞動力人口，但我們仍可從這些統計數字中明瞭當地農民糧食的匱乏程度，與理解摩梭人為何迄今都保持家戶共耕、同居共財、農地輪耕與自成協作組織來從事生產活動。

話說回來，在土司統治的封建社會中，所有服膺於封建剝削的摩梭人，大多只能在一定程度上維持自足生活，缺乏商品意識。馬幫興起後，摩梭社會起了變化，摩梭人開始透過馬幫運輸的物物交換形式，用部分剩餘產品換回其他所需的生活用品，只是這種勞動產品作為商品彼此進行交換的流通形式，至今在摩梭社會中不起支配作用。趕馬經商的馬幫引入貨幣後，隨著對外交換關係的頻繁，商品意識的侵入，貨幣在某些方面開始起著資本的職能，此間通過抵押手段集中土地及財富的情況日益普遍，形成等級內的階級分化，民族解放前，土地抵押與租佃制度更是甚囂塵上，只是初萌芽的封建地主經濟尚待發展，卻因政權更迭，而讓摩梭社會再次跳躍發展<sup>43</sup>，進入共產黨領導的社會主義時代。

民族解放後，幾百年的等級制度與封建剝削關係，隨著 1956 年的土地改革而廢除，勞動力獲得解放。1958 年永寧建立人民公社，土地隨著合作化進程的發展，轉為社隊所有，不同於封建統治時期的由土司一人所佔有，生產工具從家庭共有轉為社隊共有，連馬幫也以社隊集體共有的形式出現，農民勞動採工分制，按勞分配。但礙於永寧山區的氣候、地理環境、生產技術與循環運輸等條件的低落，加上文革期間國家為進行社會主義的原始積累，將農業剩餘轉移至發展重工業的政策導向，摩梭農民雖然從土司制度解放出來，飲食狀況做了調整<sup>44</sup>，物質條件有了提升，但還是只能在一定程度上維持自給自足。不同的是，文革時期所有人民同吃共苦的生產方式，取代了母系家庭的共生角色。

---

<sup>43</sup> 第一次跳躍發展是從原始氏族公社直接進入元代始設的封建主義社會。

<sup>44</sup> 土司時期為防止漢族大量進入永寧而禁止種植水稻，只能以稗子、玉米為生的摩梭人，在民族解放後引進水稻種植後，逐漸以稻米為主食。

文革結束後，很快進入改革開放，摩梭農戶進行承包責任制，加上統購統收政策的執行，不僅誘發農民的增產意願，也使得農業剩餘又可以留在農村。但是永寧地處高海拔的偏遠山區，許多客觀因素影響農業生產，加諸文革期間除一小型——拖支電廠——的水力發電廠，僅能供近三分之一的永寧村落有電可用外，永寧摩梭山區並不似大陸其他農村大興水利建設與農村工業，所以許多農村在經改後賴以為生的社隊企業（鄉鎮企業），並無生根於永寧，為此可提供剩餘勞動就業機會的第二、第三產業部門自然相對缺乏，帶動不了永寧鄉的非農經濟發展，致使該地區第二、第三產業部門比重偏低。以 2001 年六月永寧工商所「個體工商業基本情況統計」資料顯示，其個體經營共 180 戶（含 281 人）的情況，即說明農業仍是摩梭人賴以維生的生產部門。而永寧高達九成以上的農業人口，更寓意著本地工業產品多須倚靠外地輸入，而農業剩餘稀微（不足）的摩梭人如何有能力支付貨幣取得這些工業用品呢？答案自當是從事農閒打工等非農收入了。此外，目前承包責任制雖已貫徹於摩梭山區，但現實狀況告訴我們每年人均糧食收入僅夠自足（或半自足），為此官方曾傷透腦筋，遂在 1998 年計畫性的發展經濟作物，試種菸葉，全鄉搞了幾處試點，蓋了一百多個煙樓，終因氣候不適而告敗。

回首來時路，處於自然經濟狀態的摩梭社會並非沒有商品經濟的因子，因為早在清末時期便有來自藏區的馬幫了。但所謂趕馬經商，只不過是以物易物的商品交換，而非以貨幣當媒介進行交易。至於彼此間所交換的東西也從未脫離農業發展，主要多是依附於農業的手工業產品，如釀酒、織布等。雖然後來有更多人進入馬幫的行業，加速馬幫蓬勃發展，但主要形式總是停留於剩餘產品的物物交換，貨幣流通並不發達，時至今日，貨幣流通也多半集中在永寧街集市和瀘沽湖畔的觀光村落等極小範圍內，摩梭農村內（間）仍多受自然經濟的束縛。加上摩梭山區聚落小、村落分散的地緣性，以及歷來平均主義作風堅固的母系血緣關係，兩相阻礙下，更加無法帶動摩梭社會之經濟功能（如商業、金融）與社會功能（如醫療、教育）的發展，農民間主要的以物易物交換形式也就因著低靡的生產力保留迄今。

至於過往的皮匠街，與現存的永寧街等集市，其經營的商品多是日常生活用品，據筆者於 2000 年 11 月沿街估算，當中不外乎是五金店、雜貨舖、碾米店、藥品（材）店、理髮店、飯館、旅店、鞋店、服飾店（含民族服飾）、飼料店、床具用品店、汽機車配件與維修店、私人公共林浴室、家具店、電器用品店、電器維修店、錄相室（私人電影放映室）、卡拉 ok 廳、銀飾店...等。其中又以雜貨舖、飯館、民族服飾店居多（依 2001 年永寧工商所統計結果共有 134 家），其餘商家多屬個位數。由此可知，所謂商品意識較為濃厚的區域，仍是小商品經濟意識掛帥，不足以打破歷來的自然經濟體。而 90 年代開始所發展出的以瀘沽湖為主的觀光業，雖然為永寧摩梭山區帶來一定的財源，成為永寧鄉最富的區域，但只限於靠近瀘沽湖觀光區的個位數村落，在交通與地形的限制下，根本不

足以帶動其他摩梭村落同步發展，因此大部分的摩梭農村仍以農業生產為生。順帶一提的是，商品經濟的發達程度勢必影響工農業的發展，但是摩梭山區的交通狀況卻滯緩了商品的流通，間接造成商品經濟難以發展，社會分工的可能度亦因而降低，社會資金就必然會流向投資效益較高的非永寧地區。

摩梭社會在這種飲食上自給自足，但貨幣經濟入侵而貨幣餘額缺乏的狀況下，使許多人連就醫、就學都有困難。據當地農民說，永寧鄉現行農民每年上繳的「農村稅費」<sup>45</sup>，將被改革後的「新農村稅費制度」<sup>46</sup>取代，預計 2002 年實施，屆時所有應繳之稅費都要以貨幣繳交，不再收糧，而且據說費用相對提高。以筆者估算，現今永寧人需繳的稅費包含：「承包費」平均 3.6 元／人／年；「屠宰稅」10 元／戶／年（摩梭人家平均一戶約 7 人，故平均 1.4 元／人／年）；以及盆地區才需繳的「公糧」平均 3 公斤／人／年（以 2000 年國家統一規定的糧食平均收購價格 1 元／公斤來計算的話，換算後可得出平均公糧繳交費用為 3 元／人／年）；和各村額度不一的「提留款」，此以較富饒的盆地區海衣角村為例則是平均 4 元／人／年。（永寧鄉政府 2001）但若改為新農村稅費制度，因未公佈實施，以 2001 年永寧鄉政府、永寧溫泉村民委員會所提供的資料為：正稅與附加稅加總，正稅＝耕地面積＊平均每畝地可產糧食公斤數＊全國糧食平均收購價格＊5%；附加稅＝正稅＊20%。此處先以永寧鄉每畝地平均年產約 170 公斤糧食為例（永寧農業人口人均 2.3 畝地、2001 年全國糧食平均收購價格 1 元／公斤）進行計算，即正稅需繳 19.55 元／人／年（ $2.3 * 170 * 1 * 5\% = 19.55$ ）；而附加稅需交 3.91 元／人／年（ $19.55 * 20\% = 3.91$ ），故正稅與附加稅加總共為 23.46 元／人／年（ $19.55 + 3.91 = 23.46$ ）。若再以現任溫泉村民委員會村書記所說該村平均每畝地年產 120 斤，乃永寧鄉最低的平均產量來計算，則正稅需繳 13.8 元／人／年（ $2.3 * 120 * 1 * 5\% = 13.8$ ）；而附加稅需交 2.8 元／人／年（ $13.8 * 20\% = 2.8$ ），故正稅加上附加稅兩項加總共為 16.6 元／人／年（ $13.8 + 2.8 = 16.6$ ）。（詳細計算方式如下）

---

<sup>45</sup> 農村稅費是相當廣泛的概念。它包括農村的各種稅收，如農業稅、農業特產稅等，也包括各種提留、統籌和集資、攤派。（中國社會科學院農村發展研究所 2000）永寧現行的農村稅費制是以「人」為負擔主體；但未來將行的稅費制則是以「土地」為負擔主體。

<sup>46</sup> 制度名稱未定，筆者以「新農村稅費制度」暫稱。

## 現行稅費制度

全國糧食平均收購價格：1 元／公斤

承包費：平均 3.6 元／人／年

屠宰稅：平均 1.4 元／人／年

公糧：平均 3 公斤／人／年\*1 元／公斤=3 元／人／年（盆地區才繳）

提留款：平均 4 元／人／年（各村不一，此以較富饒的盆地區海衣角村為例）

總共應繳金額：3.6+1.4+3+4=12 元／人／年

（辦法：承包費+屠宰稅+公糧+提留款）

## 預行稅費制度

### **平均應繳稅費**

永寧鄉農民人均耕地面積：2.3 畝

永寧鄉平均每畝地可產糧食公斤數：170 公斤

全國糧食平均收購價格：1 元／公斤

正稅應繳金額： $2.3 * 170 * 1 * 5\% = 19.55$  元／人／年

附加稅應繳金額： $19.55 * 20\% = 3.91$  元／人／年

總共應繳金額： $19.55 + 3.91 = 23.46$  元／人／年

（辦法：正稅+附加稅

正稅=面積\*平均每畝地可產糧食公斤數\*全國糧食平均收購價格\*5%

附加稅=正稅\*20%)

### **最低應繳稅費**

永寧鄉農民人均耕地面積：2.3 畝

永寧鄉最低平均每畝地可產糧食公斤數：120 公斤

全國糧食平均收購價格：1 元／公斤

正稅應繳金額： $2.3 * 120 * 1 * 5\% = 13.8$  元／人／年

附加稅應繳金額： $13.8 * 20\% = 2.8$  元／人／年

總共應繳金額： $13.8 + 2.8 = 16.6$  元／人／年

（辦法：正稅+附加稅

正稅=面積\*平均每畝地可產糧食公斤數\*全國糧食平均收購價格\*5%

附加稅=正稅\*20%)

值得注意的是，筆者估算方式，在現行交納費用上，皆以最高額計算；而未來預實施的交納款則以平均需交與最低需交額度分別計算。所以現今摩梭人每年每人需繳稅費「最多」為 12 元；但新的稅費制度實行後，每年每人「最少」需交 16.6 元，而「平均」則需交 23.46 元。也就是說，未來繳交款項如同農民所言，是相對提高的。這對於先前曾經算過每年每人可動用的貨幣餘額僅 103 元的摩梭人來說，無疑是個壞消息，因為費用的提升，便是生活負擔的加重，為此摩梭人除了降低日常消費外，勞動力商品化（外出打工）、文化商品化（走婚成為性行業）、自然商品化（旅遊發展）等將可能越益急速地成為發展趨勢，而這個現象必然會一定程度地威脅幾百年來傳統的母系摩梭家庭不分家的家庭結構與相應的走婚制。此外，稅費的日益繁重，更會令原就困乏的摩梭人在面對商品化醫療時，望而卻步。總的來說，這就是筆者先前提過的兩種生產方式的矛盾，亦即自然經濟體制下的生產方式，與市場經濟體制下的生產方式一經交手，所衍生的人民困頓與不適，然後表現在摩梭社會的醫療衛生上，便是摩梭人民無法看病的事實。

## 第四章 商品化醫療體系在永寧

永寧摩梭人所遇到的醫療問題，與經濟改革，政權更迭、政策轉變...息息相關，如要清楚整個醫療問題的脈絡發展，必須將問題放置在一個較大的框架下進行抽絲剝繭，由大環境到小區域、由中央到地方、由高層至基層地細細探究，然後從中發現他們所呈現的醫療問題的個殊與一般。因此本章從永寧摩梭人醫療體系現狀破題，將永寧醫療體系的現狀放在中國醫療體系變遷的大架構中進行理解，從而掌握住永寧婦女醫療缺醫少藥現象背後的本質，發掘矛盾的根本形式，以作為實踐活動的指導。

### 第一節 永寧摩梭人的醫療體系概述

處於自然經濟狀態的永寧摩梭社會，一直存在中醫、西醫、草醫、民俗醫等醫療方式（種類），只是隨著經濟基礎的變遷，上層建築的結構改變，每一時期起主導作用的醫療方式也隨之而變。此外，每一種醫療方式也在不同階級（如貴族與農奴）與不同地區（如盆地及二半山區）起著不等的作用，從而促使摩梭醫療文化的多元一體。

以下就筆者瞭解，大致將摩梭社會目前的醫療體系，分為兩大類，第一大類為「已納入商品經濟」的醫療體系，其基本的特徵在於商品化、集中化、機構化，當中包含官方認可（以持有證照為基準）的中醫、西醫，以及官方尚未完全承認的藏醫；第二大類是「未納入商品經濟」的醫療體系，其中包括草醫與民俗醫，兩者皆是非官方承認的醫療形式。試分述如下：

#### 一 已納入商品經濟的醫療體系

##### （一）民族融合帶來的中醫

永寧是鄰近區域的重要樞紐，1949年以前更是寧蒗縣最大的集市，頻繁的商旅進出與名貴的藥材流通，民族間相互融合的過程中自然讓中醫文化滲入於無形。可惜的是永寧山區雖蘊含大量中醫藥材，但此間駐診的中醫生卻屈指可數，

反倒是文化交流過程中，摩梭人逐漸知道有些藥材非常珍貴，例如「冬蟲夏草」是可以拿來養肺補腎的名貴藥材。

永寧中醫診療始於民國年間，當時整個寧蒗縣僅有幾家私人業餘的中醫診所分佈於現今寧蒗縣的永寧鄉、紅旗鄉、紅橋鄉，且三個鄉加起來的醫生只有寥寥四名。新中國解放後，永寧（1951年）最早建立的醫療院所因草創期間經費短缺，無能力購進西藥，遂就地取材，實行中西醫結合的治療方式。而後於文化大革命的氣候中，為配合毛主席「團結中西醫」的宗旨，在中國各農村醫療站與赤腳醫生<sup>47</sup>集結群眾上山採藥的同時，永寧亦不例外。

但是中醫在永寧地區的開展並未如西醫般深入與快速，現今摩梭人看中醫的頻率並不如西醫、草醫、民俗醫的機率多，筆者認為原因有四，其一，因為傳統觀念上緩慢調養的中醫對於急性期病患療效沒有西醫快，不易取得認同；其二，比鄰於己的草醫及民俗醫按心意酬謝的方式，較易贏得摩梭人心；其三，中醫納入官方醫療體制以來，便是貨幣支付的形式，自然令貨幣餘額稀少的摩梭人深感負擔與退卻；其四，永寧中醫醫療院所原本就不多，推廣消極，中醫遂逐步消彌於摩梭社會中，其消彌的狀況不難覺察，例如 2001 年八月，筆者拜訪永寧鄉中心衛生院（當地人也稱永寧鄉醫院）時，衛生院院長就告訴筆者：「院內中醫師皆被調至縣醫院去服務了，現在院內已無中醫科，院內所有的中醫藥材都已存封，不再使用，短時間內中醫科將不會再為人民服務，...。」

永寧鄉中心衛生院在 60 年代中期成立的中醫科，於日前劃下休止符，中醫診療只剩寥散於村落間的其中幾個衛生室存有，但是這幾個衛生室的鄉村醫生並非單純以中醫行醫，而是運用中西醫結合，並且以西醫為重的方式為病人治療。由此可見，中醫並不時興於摩梭社會之中。

## （二）以官方為主導的西醫

相較於中醫，西醫就帶來了較大的衝擊。西醫傳入永寧的時間已不可考，永寧最早的西方醫療記載始於 1949 年前後有個別醫護人員受省政府指派深入永寧從事預防保健工作，以及 1951 年「寧蒗縣人民醫院」（建立時稱「寧蒗縣衛生院」）的設立，當時因為縣人民政府位居永寧，所以將縣一級的醫院也辦在永寧。

在國家衛生醫療政策支持的情況下，永寧西方醫療的進入造成摩梭社會醫療文化的急速更迭，人們除了可以選擇民俗醫、草醫、中醫外，還可以就診於西醫。

---

<sup>47</sup> 在廣大農村普遍缺醫少藥的情況下，具有初中、高中水平的知識青年經過當地醫院或解放軍醫療隊的短期培訓，於不脫離生產勞動的前提下從事簡單的醫療衛生工作，對當時貫徹以「預防為主」的衛生政策影響甚鉅。



永寧鄉現有 26 個醫療院所，其中就有 25 個以西醫為主（其中個別幾家輔以中醫診療），唯獨一家是藏醫形式，但其藏醫院內亦設有西醫診療部門。可見發跡甚晚的西醫深入摩梭人心，取代了其他醫療形式而成爲主導的角色。

由於摩梭人在文革期間受到合作化醫療影響（以中、西醫爲主），迅速的接受西醫診療方式，漸漸的在生病時選擇看西醫，因此即便文革時期的合作化醫療已隨改革開放逐步消亡，但改革開放後必須支付貨幣的西醫並無更改摩梭人選擇西醫診療的習慣。許多貧困的摩梭人在無錢看醫生時，仍會自己前往永寧集市上的西藥店購買所需藥品，更有摩梭人將抗生素針劑藥品買回家，然後照著醫生之前所施打部位讓親友給予注射。由上述情況可知，貧困的摩梭山區並非每一個人都有足夠的錢應付每一次的疾病診治，摩梭人很多時候生病是不去找醫生，而是自行解決的。

摩梭山區的村落間有許多婦女患有風濕性關節炎、生殖器官疾患等不同病症，但多數的摩梭婦女都是拖了再拖才去就診，曾有患風濕性關節炎的摩梭婦女告訴筆者：「這個病一下子又治不好，所以醫生給的藥不會馬上治好我的病，因此每次看完醫生後，醫生都叫我要再去，就是要不斷的去見醫生，可是家裡又沒有那麼多錢，所以痛的時候，如果家裡還有一點小錢，就先到街上自己買買藥，一旦吃了還一直痛才去找醫生；而如果沒錢時發病，我就是只能忍著，沒辦法的！」筆者在田調期間，常常聽到摩梭婦女抱怨「醫院治不好病人的病」、「給的藥吃了又沒效」等話語，殊不知許多藥物沒有在一定療程內，持續維持血液中濃度，是沒有效力的，但是對於總是缺乏貨幣的摩梭人來說，筆者認爲這個道理說了等於白說。

然而在現行的醫療體制下，反應於摩梭人身上的是沒錢就醫，但反應於偏遠山區的醫院身上的又是什麼呢？永寧鄉中心衛生院因應每一科層的花費，每月皆有固定費用需撥支，在自負盈虧的政策下，當然得自己找錢處理，問題在於，永寧鄉人民根本缺乏現金，醫院收入自然受到影響。以永寧鄉中心衛生院 2000 年的收入爲例，該年收入共 202291 元，其中藥品成本佔去 154000 多元，所得盈餘約 50000 元，再將 50000 元除以 12 個月，平均每個月獲取 4000 多元。但這 4000 多元的盈餘必須再扣除衛生院先前因營運需要，而跟銀行借貸 20 萬元的貸款利息：每月 7000 餘元（筆者以長期貸款約 3.5% 的利息估算）；以及每月水電支出等費用，總結後是根本入不敷出。（永寧鄉政府 2001）面臨此種情形，院內工作人員連薪資都還需財政補貼，衛生院自然無法增添醫療設備，在器材、人才、藥材等醫療資源缺乏下，醫療品質當然無法得到一定提升，患者自然怨聲載道，病人就診率也就每況愈下，形成惡性循環。從此處我們也可反觀市場經濟體制下的醫療問題，亦即醫療走向商品化的同時，將所有科層集中於一個機構中，其實需要更多的經費來支付固定負擔，倘若在自負盈虧的情形下，就診患者又寥寥無幾，廣大農村內的醫療院所於此生態下生存，醫療品質自然有待商榷。

### (三) 藏文化影響下的藏醫

最後，值得一提的是，受藏傳佛教與藏族馬幫等藏族文化的影響，摩梭人早已耳聞藏醫的療效，但藏醫療始終未於永寧成一氣候，直至 90 年代，伴隨改革開放，以及受到商品經濟的影響，永寧才開始了較為具體的藏醫行醫方式，從此藏醫在永寧才紮實生根發展。永寧目前唯一藏醫院於 1997 年在永寧街設立診療處，由同時勝任喇嘛的藏醫開設，2001 年搬遷至擴大興建的永寧街另一端的現址，院內除老喇嘛這名藏醫師外，還設有一名西醫師駐診。此外，醫院種類（名稱）雖說是藏醫院，但其形式已非傳統藏醫形式，而是比較接近商品經濟觀念下，以機構化、集中化、商品化為集結的醫療單位，像極了市場經濟體制下的產物。

據筆者觀察，雖然摩梭人受藏傳文化影響甚深，不會似永寧之外的大部分農村的農民一般，視藏醫為歪斜怪誕之事，但永寧藏醫院內藏醫診療部門的患者，仍不敵西醫部門的人滿為患，就像許多摩梭人所言，藏醫雖然有效，但西醫則會讓人好的快一些，可見西醫深化摩梭社會的程度非同凡響。

## 二 未納入商品經濟的醫療體系

### (一) 根植於超自然力的民俗醫

醫藥人類學家 Marjorie Topley 將中國醫療系統分為「學者的」(scholarly) 和「民俗的」(folk)，學者的即傳統有文字經典訓練的中醫，認為疾病是體內冷熱陰陽不平衡，不協調而產生，他們治病是用醫藥而不是用儀式，這套醫學思想自周朝以降自唐而成形，師徒間有一定傳承。而民俗的醫療則參有神、鬼，不可見的靈魂，有宗教色彩而又染有一點中醫哲學色彩，有的口授，有的書傳，在治病的診治與治療過程中均以神靈為主力，民俗醫療來源是多元的，道士、神媒、老婦人、草藥師都會。(張珣 2000：28)

以往各摩梭農村內無醫無藥，一般人小傷小病大家會先自服偏方，或找草醫等，但如果是重病不治、久病不好或染患莫名疾病的患者，在比鄰無醫無藥下，不作他想便是直接求助於非商品經濟體制下的另一類治療者，筆者鑑於醫藥人類學家 Marjorie Topley 的論點，將這一類在診斷或治療過程中以神靈等超自然力為醫療手段的人稱作「民俗醫療者」，在摩梭山區泛指打（卜）卦者、達巴與喇嘛等等。

在醫療尚不發達於摩梭村落前，傳統摩梭民間認為生病是被「鬼」纏住，既

然病因起源於超自然的因素，解除疾病就得用超自然的方法。患病者通常一開始會先求助於打卦者，要求卜上一卦，透過卜卦得知己身是被何種鬼所纏住，然後再延請達巴或喇嘛進行專驅這一種鬼的儀式，以求其身體康復。達巴與喇嘛進行儀式時會用麵偶<sup>48</sup>作為患者的替身，表示達巴或喇嘛唸經驅鬼時，這個麵偶已代替患者受災，因此儀式後患者便能祛除疾病。也就是說，儀式的祭祀過程往往就是治療。

一般打卦者都是業餘性質，通常居於村落間，因此容易求助。在摩梭社會並非只有打卦者從事卜卦，許多喇嘛及達巴亦會打卦。必須說明的是，雖然民俗醫療者在治療前會先打卦，但民間卜卦結果並不會將所有疾病都歸因於被鬼纏住，例如勞動過程中跌倒等勞傷患者，民俗醫療者多半只會給些自製草藥而已。此外，若是民俗醫療者在病患求治的過程中發現病人已病入膏肓，仍然會建議患者趕緊求治於醫生。而摩梭人也並非所有疾病都來求治於民俗醫療者，一般清楚知悉所患何病的人多半不再去求助於他們，例如筆者在訪調期間就遇過一位摩梭婦女說：「我約在 1944 年到 1946 年間感染性病，知道自己得病是因為自己的腳已經開始出現潰爛，然後我下身又癢、又難受，加上和我走婚的伴侶也坦承早已得病，所以我才確定自己真的得了性病。...但是當時我並沒有去找達巴或喇嘛，也不打卦，因為我認為我得病是因為男性的那種東西（精液）已經跑到我的身體，成為我身體的一部份，就算找他們也沒有用。」

目前永寧鄉共有 72 個村落，但只有 26 個醫療點，且多集中於鄉的中心區域，因此在缺乏醫療資源的情況下，生病求助於民俗醫療者的機率仍顯頻繁，更重要的是求助於民俗醫療者，至今都只要按其經濟狀況給予不等的報酬（錢或禮品皆可），若經濟狀況不允許，給不出東西，請吃頓飯也行，所以民俗醫療者在貧困的摩梭山區有一定存在的理由。筆者田調期間就有摩梭人說：「土司時代窮，也沒醫生，所以只能靠打卦。現在是知道有醫生了，不過醫生不在村子裡，在街上（永寧街），如果生病要找他們很麻煩，而且也要看經濟狀況，如果有錢就會去看醫生，沒錢還是會去找打卦的人。」

在考察摩梭社會後我們可以發現，在面對醫療問題時，摩梭社會的村落間存在兩種難處，第一沒錢，第二沒醫，因為無醫無錢的情況充斥，唯一可依賴的便是民俗醫療者。也就是說，當摩梭人在生活中必須面對疾病問題時，而他們又沒有能力有選擇權的情況下，求助於民俗醫療者這種最容易取得的資源，儼然已經成為摩梭社會的生存手則，而非「迷信」就可以一言以蔽之的。所以許多人在探討民俗醫療時，常會認為尋求超自然力的醫療行為「必然」是迷信使然，以摩梭山區來說，筆者並不認同。

---

<sup>48</sup> 以糧食磨粉做成狀似人形的一種祭祀物。

## (二) 瀰漫於生活周遭的草醫

另一種瀰漫於摩梭生活的醫療形式就是草醫草藥。草醫即俗稱的草藥醫，一般以當地的物產為藥方，且多以單種藥方替人治病，許多草藥醫生在各種經驗積累下自成一種秘方，而此秘方通常令人慕名求醫。因為草醫依據的是土方土法，永寧摩梭人也據此稱草醫生為土醫生。

要特別說明的是，草醫存在摩梭社會由來已久，但是時常被摩梭人混淆於中醫之中，筆者在永寧摩梭山區調查期間，就常遇到摩梭人只要吃的是天然藥材，就將其歸屬中醫範圍。其實中醫與草醫有著許多的不同，兩者相異處可從以下幾點說明之：其一，中醫較多是複方，整體訓練後專攻某科；而草醫多半是單方治病，精通一方一藥。其二，中醫一般受過系統且正規的訓練；相對於草醫則是以經驗法則為主，以親友或自身體驗為依據，自學成材。其三，中醫習得的藥理是大一統的醫學法則；草醫用藥則有一定的地方性與民族性。其四，中醫需經過公部門檢定得以開業；草醫不需經過批准便在口碑相傳下行醫。最後是，中醫一般是生計職業；草醫則通常不以此謀生，酬勞隨意。

草醫根植於摩梭人的心中，可從其生活上看出端倪。例如平時吃飯時你會在摩梭人的餐桌上發現摘採於山上的植物，然後聽到他們說這盤菜是涼藥，那碗湯可以祛火等話語；又如「菖蒲」泡酒，是端午節時摩梭人舉家都喝的飲品，筆者估計目的在於預防入夏後可能帶來的腸胃病；還有許多摩梭婦女也知道「秦歸」可以治貧血；以及當你參與摩梭婦女勞動時，她們會將田埂間處處是藥草的發現與你分享經驗，有時家中有人病了，他們可能就會摘採回家熬煮。另外，集市上也常會發現路邊設攤，並帶有各式釀泡藥酒的草醫，每年騾馬物資交流大會更會發現鄰近省鄉（如四川）的外地草醫至永寧趕集。凡此種種，都反映出摩梭人的生活與草藥息息相關。

摩梭人傳統的「蠱」文化，更脫離不了草醫的範疇，暫且撇開蠱對摩梭人特有的文化意涵。許多蠱病考究其症狀，其實近似腸胃病或肝膽疾病，例如中蠱者會四肢無力、肚子一天一天大起來，看似患了鉤蟲病；又如中蠱者上腹隱痛、全身無力、黃膽，則可能是肝炎纏身。但是在醫學不昌明的摩梭山區，這些迷似的症狀常被無限放大，然後再賦予特有的文化意涵，便成了中蠱者的症狀。摩梭人得蠱常會尋訪打卦等民俗醫療者，但摩梭社會中有專治蠱的草藥醫生存在，只是為數不多。

總括來說，摩梭社會中各種醫療體系的存在，有著互補的功能。土司時期雖有少數的西醫進駐皮匠街，但摩梭人在封建剝削的統治年代，或不知有醫生，或沒錢找醫生，所以紛紛選擇了民俗醫與草醫。過渡到文革時期，在集體為主的生活中，大家響應毛主席「團結中西醫」的指示，各合作醫療站紛紛以中西醫合璧

的方式行醫，並在文革氣候中禁止所謂「迷信」、講求「科學」的方針下，讓摩梭人只敢找赤腳醫生診治，唯剩天高皇帝遠的偏遠（僻）區域仍有人偷偷求助於民俗醫療者。而後進入改革開放時代，在實際持西醫為主的醫療衛生政策下，摩梭人對西醫的認同更被「科學化」深化，認為西醫可以藉由許多科技儀器診斷出病情，為此激起了摩梭人對西醫的認同感，也強化了西醫在永寧摩梭山區的主導地位，讓多數摩梭人認為看醫生就是看西醫。

雖然西醫快速的進入，但是因為缺乏貨幣支付的情況迄今普遍存在，所以共存互補的摩梭醫療文化便於此時展現其多重性、多元性。從摩梭人現今對醫療的選擇、利用與其面對的態度上來看，摩梭人傾向有錢時看西醫、中醫、藏醫，沒錢時看民俗醫或草醫；病重或已知所患何病者先看西醫、中醫、藏醫，等到醫不好再找民俗醫或草醫；村子內有醫生就去找醫生就診，村子內無醫生就先打了卦再說...。總之一切現實考量，視經濟狀況、病情輕重、醫療資源等等，作彈性變通。

但是我們不難發現，過去的草醫、民俗醫，在醫療商品化後仍呈現不以貨幣支付為主的狀況，相較於西醫、中醫，甚至現存于永寧的藏醫，其每一個使用者必須支付貨幣才能獲取的醫療方式，後者確實在一定程度上阻止了平均年貨幣餘額只有 103 元的摩梭人前去求治。而沒有受到醫療商品化衝擊的草醫、民俗醫，當然也就容易生存於貨幣匱乏的摩梭社會。因此摩梭多元的醫療形式，在摩梭人的生活中，實際上起著互補共存的作用。

最後必須說明的是，以上分門別類的敘述，可能未必足以囊括摩梭多元的醫療文化，因為這些說明一定意義上只是筆者基於調查的一些理解，但是筆者希望透過這些說明之後，可以讓讀者對摩梭的醫療面向有基本的認識，並將其放在整個中國醫療體系變遷的歷史框架中進行解讀。

## 第二節 中國大陸醫療發展狀況

當前衛生事業的發展與經濟建設和社會進步的要求還不相適應，地區間衛生發展不平衡，農村衛生、預防保健工作薄弱，醫療保障制度不健全，衛生投入不足，資源配置不夠合理，存在醫藥費用過快上漲的現象……。（中共中央國務院關於衛生改革與發展的決定 1997）

這一段話深刻地道出了中國大陸醫療衛生的現況，醫藥費用過快上漲<sup>49</sup>的現象更說明改革開放後，往日穩定且收費低廉的公費醫療制度已趨衰微，取而代之的是自籌資金進行擴大再生產的商品化醫療體系。

回顧解放後，新中國建立之初，中共倡導「面向工農兵、預防為主<sup>50</sup>、團結中西醫、衛生工作與群眾運動相結合」的方針，醫療衛生工作在社會主義建設中積極變革，使長期處於殖民侵略及戰亂的人民健康有了一定的改善。50 年代，隨著農村生產合作化運動的發展，以及農業基礎組織的建立，各地逐漸設有農村醫療衛生單位。60、70 年代，毛澤東進一步強調把醫療衛生工作的重點放到農村去，並期望做到「哪裡有人，哪裡就有醫有藥」，以及「小病不出村、大病不出鄉」的目標，其於 1965 年 6 月 26 日對衛生工作的指示（俗稱 626 指示）中便有如下的談話：

告訴衛生部，衛生部的工作只給全國人口的百分之十五服務，而且這百分之十五中主要還是老爺。廣大的農民得不到醫療，一無醫，二無藥。衛生部不是人民的衛生部，改成城市衛生部或老爺衛生部或城市老爺衛生部好了。……現在醫院那套檢查治療方法，根本不適合農村。培養醫生的方法也只是為了城市。可是中國有五億多人是農民。脫離群眾。工作中把大量的人力物力放在研究高難深的疾病上，所謂尖端。對於一些常見病多

---

<sup>49</sup> 調查資料顯示，近 20 年來人們收入增加不過 10~20 倍，而醫藥價格卻上漲了 100~200 倍。（中華週末報，2000 年 6 月 16 日）

<sup>50</sup> 1951 年八月衛生部部長李德全在第一次全國衛生會議的報告中如是闡述：「過去，衛生工作與群眾是隔絕的，因而只有單純治療觀點，現在，以服務人民大眾為前提，不是等人民有了病來找我們，而是我們主動地發動群眾與疾病作鬥爭。這種主動的鬥爭必然是以預防為主。」（引自韓嘉玲 1997：90-91）

發病普遍存在的病，怎樣預防，怎樣改進治療，不管，或放的力量很小。尖端的問題不是不要。只是應該放少量的人力物力。大量的人力物力應該放在群眾最需要解決的問題上去。……把醫療衛生的重點放到農村去嘛。（衛生部井岡山聯合聯合戰鬥兵團、紅代會北醫聯合總部 1967）

在生產資料集體所有，集體分配收入的文革風潮中，大批醫療專業人員下放至農村，與此同時，依循政策導向所培訓的赤腳醫生也積極貫徹以「預防為主」的方針，除了改善農村缺醫少藥的問題，更降低了傳染病的流行，減少了疾病的發生率及死亡率<sup>51</sup>，使原本醫療資源「重城市輕鄉鎮」<sup>52</sup>的情形也因政策導向出現了轉變。例如「1949 年全國醫療衛生機構有病床 8 萬張，其中市級床位數佔 5.99 萬張（佔 74.9%），縣級佔 2.01 萬張（佔 25.1%）；到了 1975 年全國醫療衛生機構有病床 159.82 萬張，其中市級床位數佔 63.74 萬張（佔 39.9%），縣級佔 96.08 萬張（佔 60.1%）。」（中國衛生統計年鑑 1997）這種轉變，對中國的醫療衛生工作起過積極性的作用。

可惜的是中國 70 年代末，隨著市場力度的加深及農業生產條件的變化，改革開放政策從農村著手，「承包責任制」的施行，挑戰了「集體所有制」的存在，集體所有制時期勞動參與及報酬分配都是集體，承包責任制的出現改變了集體運作模式，分田後雖然土地的所有權仍屬集體，但使用權卻為各農戶所有，在「包幹到戶」<sup>53</sup>的政策下，便大大促使了合作醫療的瓦解。「1979 年起合作醫療紛紛解體。有合作醫療的大隊，從佔大隊總數的 68.8% 逐年下降，1983 年達到 11%，以後數年維持在 5~10% 之間。」（彭瑞聰、蔡仁華、周采銘 1992：19）農村集資合辦的合作醫療體系逐步伴隨經濟體制的改變成為歷史。

80 年代開始，衛生部門也受到承包責任制的影響，衛生醫療機構的運作出現了經營權和財產權分開的「經營承包責任制」，強調自主經營、自負盈虧、多勞多得的按勞分配原則，致使許多醫院在財政脫離國家補貼的情況下，一昧的以經濟利益為指標，強調衛生事業的商品性，忽略了醫療服務的公益性。「80 年代以來衛生總費用所佔比例出現巨大變化，政府衛生支出比重下降（1980 年為 36.4%；1990 年為 25.0%；1996 年為 16.1%），居民個人衛生支出比重上升（1980 年

---

<sup>51</sup> 1965 年死亡率為 9.50‰；1975 年死亡率為 7.32‰。（中國統計年鑑 1997）

<sup>52</sup> 「鎮」是以非農業居民為主並具有一定非農設施的居民聚落區，正因鎮在經濟上同市一樣具有非農活動聚落區的性質，因此人們往往將市鎮合為一體，視作與農村相應的概念，指涉社會經濟功能互不相同的兩大區域。但在中國是把「市」作為與農村對應的城市，把縣及縣轄鎮和集鎮作為農村地區。（鄭怡雯 2001）

<sup>53</sup> 包幹到戶的基本特點是土地分配到戶後，農戶承包的是國家農產品徵購指標和集體開支所需的農產品，超過承包定額的部分全歸農戶自行分配。農民把這樣的分配方式概括為三句話「交夠國家的，留給集體的，剩下都是自己的」。（鄭怡雯 2001）

為 23.2%；1990 年為 37.1%；1996 年為 54.4%），而農村人均醫療費用又為城市居民的三分之一。」（衛生部衛生統計信息中心 1998）廣大的農民面臨如斯的轉變，常因貨幣剩餘不足而無法換取醫療，只能以「大病小醫、小病不醫」的態度來應對疾病，造成延誤醫療的狀況時有所聞。

90 年代以來，醫院病人醫療費用以高於物價指數的水平上漲，在一定程度上加重了病人的經濟負擔。（衛生部衛生統計信息中心 1998）而隨著市場經濟創造利潤的概念，和集體經濟時代不同的是，許多醫療資源又紛紛集中於城市，根據 1997 年中國衛生統計年鑑的數據推算，1975 年全國醫療衛生機構所含病床數市級比縣級（市：縣）為 1：1.5，到了 70 年代末改革開放政策公佈實施及 80 年代初承包責任制的全面實施，此數據在 1985 年轉為 1：1.3，1990 年城鄉醫療資源隨著市場經濟的運行更出現了逆轉，比值變為 1：0.9，而於 1992 年鄧小平南巡後，加速市場經濟建設的步伐，僅佔中國 20% 以上的城市居民，醫療資源遠高於佔 80% 的農民，數據大幅拉開成為 1：0.6。這使得許多農民看病必須遠赴大都市，然而交通費用的昂貴往往降低貧困農民的就醫意願，加上許多醫療院所龐大的科層體制，以及精細分工的複雜就醫程序，許多疾病必須不斷轉診，昂貴的醫療費用更非一般農民所能負擔。更嚴重的是，改革開放後外資的引進，形成了市場競爭的機制，導致藥品價格上揚，大陸的中華週末報與北京青年報等報刊，都曾分別刊登真實事例，加以撻伐：

福建一位人大代表在暗訪中發現，CT 增強針劑國產價一支 17 元，進口的一支 300~400 元。進口藥品對國內市場的衝擊，也使一些國內藥品價格翻倍增長，有的廠家為了迎合某些人崇洋媚外的心理，採用「餅乾」換成「克力價」的方法，改頭換面取洋名。促使醫生開大方、開貴藥還有一個重要的原因：藥廠深知藥品銷售過程中，醫生和藥劑師地位的舉足輕重，不惜以高回扣拉攏腐蝕他們，利益的驅動膨脹著醫師和藥劑師多開藥賺取提成的心。這種「一條龍」式的推銷方式像連環套一樣，一環扣一環，最後一環也是最緊的一環，套在患者的身上。（中華週末報 2000 年 6 月 16 日）

在北京藥品銷售中，醫院渠道佔總銷售額的 90%。正因為這樣，藥廠都把目光盯住醫院，請吃請喝請旅遊，送車送錢送設備。醫院則越來越「獅子大開口」。據介紹，北京的大醫院普遍要求批發商提前支付兩到三年的藥品折扣。有的醫院的辦公大樓、賓館，就是由藥品的折扣堆積而成的。（北京青年報 2000 年 6 月 12 日）



然而儘管中共官方近一兩年不斷有藥品價格管理辦法的相關政策公佈實施，但仍有許多不肖醫生與藥商勾結，將藥品虛高定價或大開處方籤，再從中賺取高額回扣，致使醫療費用相對增加。「看病難、治病貴」著實成了中國大陸廣大農民的夢魘。

目前中國官方正在推行醫療改革，以「低水平、廣覆蓋」為宗旨的基本醫療保險制度將在全國實施，預計達到 70% 以上的城市可以受基本醫療保險的保障，涵蓋的面向從以往公費、勞保醫療制度下的 1.4 億就業職工提升為 2.1 億，鄉鎮企業的就業職工也可參加，這個政策的公佈實施無疑替許多人帶來福祉，但是對於沒有離開土地的農民來說，此項措施根本不起作用。農村在醫療改革進程中，雖然政策上輔以建立城市衛生機構對口支援農村的制度；舉辦城市醫療隊下鄉巡診及培訓人員的措施；期望衛生技術人員在晉升副主任醫師和主治醫師前，分別至縣及鄉衛生機構工作半年至一年；並力爭在農村多數地區建立各種形式的合作醫療制度，讓有條件的地方逐步向社會醫療保險過度；更希望加強衛生組織建設，完善縣、鄉、村三級衛生服務網絡等。但是基於各種因素，這些計畫大部分都還停留於只是「目標」的階段，未見落實，根本不足以解決廣大農村的醫療問題，加諸現行醫療制度過於混亂，以往「哪裡有人，哪裡就有醫有藥」的情況已不復見。

### 第三節 永寧摩梭山區醫療發展狀況

永寧鄉作為中國的一部份，其醫療事業的變革自當隨著中國醫療衛生的發展而變遷，所遭遇的困境當然具有同一性，例如，改革開放後，合作醫療體制的瓦解，也同樣衝擊永寧摩梭山區的農民；但是永寧作為偏遠山區與少數民族自治區域，其所呈現的醫療問題又具有相對的特殊性，例如，永寧摩梭人仍然處於自給自足的自然經濟狀態，在面臨中國市場經濟格局所帶來的商品化時，必然導引出不同經濟型態間的相互矛盾，而摩梭人拿不出錢來看病只是矛盾所衍生的問題之一，然後透過醫療面向表現出來而已。因此針對各種差異，我們有必要就永寧醫療發展作一個概括性的分析。以下先以兩則對話作為開場：

### 對話一

某次永寧鄉婦女主任去市場買菜，見到一名婦女極為痛苦的蹲在路邊

婦女主任：「你怎麼了？」

蹲在路旁的婦女：「我肚子好痛」

婦女主任：「肚子痛怎麼不去看醫生啊？」

蹲在路旁的婦女：「我沒有錢可以看醫生」

……

### 對話二

某次筆者和一名摩梭婦女準備去鄰村找人，路上婦女遇見他的朋友

婦女：「你跑哪去了？怎麼這麼久沒來街子上？」

朋友：「我盲腸炎住院開刀」

婦女：「那現在怎樣了！？」

朋友：「昨天出院」

婦女：「看起來還不太舒服的樣子？」

朋友：「差不多好了」

婦女：「花了多少錢？」

朋友：「500多元」

婦女：「啊！不不不，這麼多」

朋友：「嗯！錢都是這借、那借湊來的，現在還要想辦法還錢」

……

如上二則從田野資料節錄的對話，都發生於永寧鄉相對富庶的盆地區村落，

但是更多沒錢就醫的摩梭人則出現在其他相對貧困的村落中，例如每年平均缺糧一個月的二半山區就是其一。

據寧《瀘彝族自治縣衛生志》（1993）資料顯示，民國建立（1911年）到新中國成立（1949年）期間，整個寧瀘縣僅有幾家業餘的私人中醫診所分佈於今永寧鄉、紅旗鄉、紅橋鄉等鄉，共計四名醫生，其餘地區可以說無醫無藥，遇有疾病發生，患者只有束手斃命。可想而知，新中國建立初期的永寧摩梭山區承襲如上的醫療資源，醫療條件一定極其低下。

雖然部分永寧摩梭人回憶解放（1949年）前後，不約而同地說過永寧曾出現過高天齊、樊燕賓、林宮等零星幾位醫生（僅樊燕賓列入縣衛生志記載），但大部分摩梭人仍表示並不知道解放前後有醫生存在，永寧達坡村一位88歲的摩梭婦女就告訴筆者：「解放前後，有什麼醫生啊！哪裡有醫生？那個時候如果病了，就找人打卦，或是請喇嘛來唸一下經攆鬼，如果還是不好，就病著，病著病著就死了。」當時這種延請喇嘛等宗教人員進行驅病儀式的情形，不只發生於貧寒人家，亦同樣發生於富貴家庭。

雖然筆者經過查訪，證實1949年前後，高、樊、林姓等幾位醫生確實曾於永寧行醫，但由於他們都居於較為富饒的皮匠街，鮮少進入其他村落，所以廣大摩梭村落中，知道這幾位醫生存在的人並不多，知道者也多是近於皮匠街的住民。可能也是因為如此，所以筆者遍訪摩梭人的過程中，許多摩梭婦女還是會說：「唉呀！什麼醫生啊！我都不知道有！」；或說：「就算真的有醫生，我們也看不起」；甚至說：「土司時期只有土司家有醫生，我們這些沒錢的一般人，哪裡會有醫生」等話。由此可知，1949年解放初期，永寧鄉醫療極度缺乏，各村落更是缺醫少藥，人民在生病時多只能仰靠超自然的力量解決疾病問題。

從歷史資料便可獲悉，永寧最早的醫療院所建立於1951年，即現今的「寧瀘縣人民醫院」<sup>54</sup>（建立時稱「寧瀘縣衛生院」），當時配備醫生兩名，醫療水平只能治療一些小的傷病，對於需要手術的，或較為嚴重的病患根本束手無策，加上院方經費短缺，無能力購進各種中西藥材，礙於限制便就地取材，使用永寧山區的天然藥材（如菖蒲），而這些摘自當地的藥草，一般未經炮製就給病患服用，看起來像是結合中西醫的治療方式，實則是現實挑戰下無可奈何的選擇。

1956年，今寧瀘縣人民醫院從永寧遷至寧瀘縣大村街，同年「永寧鄉中心衛生院」的前身「永寧區衛生所」成立。所有的醫療事業都在草創時期，因此醫療事業並不發達；再者，知道政府設有醫療單位的人民並不普遍，為了推廣，1951

---

<sup>54</sup> 1949年解放後成立新中國，1950年寧瀘縣人民政府成立於永寧，1953年寧瀘縣人民政府遷至現今的寧瀘縣城大村街，1956年永寧成為縣的一區，1958年成立永寧公社，1962年改為永寧區，1987年改稱為永寧鄉至今。由於50年代初期縣人民政府在永寧，所以當時「寧瀘縣人民醫院」（建立時稱「寧瀘縣衛生院」）亦創立於永寧境內。

年到 1958 年寧蒗縣全縣抽調多位醫療人員走村串寨的巡診，給轄下各鄉各村送醫送藥，實行農村「全免費醫療制度」。但由於永寧地處偏遠，從寧蒗至永寧近百公里路途，加諸現今通車的「永寧公路」當時尚未修築，許多村落地勢險惡或路況奇差，醫療人員能夠走訪的村落實在有限，所以筆者所訪問過的 60 歲以上摩梭人，在文革前見過醫生的實在為數不多。一位溫泉瓦拉片村 76 歲的摩梭婦女就回憶說：「我到文革時才第一次見到醫生，土司時期哪有什麼醫生，見都沒見過，再說，大家當時都窮死嘍！生病就只能打卦，哪裡有條件可以找醫生。」所述，不僅道出永寧醫療資源的缺乏，也說出了當時生活的貧瘠。

1958 年以後，寧蒗縣實施「免、減、收制度」，其轄下的永寧亦依法照辦。所謂「免」是指貧困者給予免費醫療；其他人民則根據經濟狀況給予「減」收或全「收」。步入 60 年代，為響應毛主席「必須將衛生工作迅速轉向農村，為廣大農民群眾服務」的精神，許多省級醫生與縣醫院醫生被下放到農村去從事醫療工作，現今的永寧鄉中心衛生院當時便增添數個外地來的醫生，據當時也是隨隊下鄉，爾後落戶於永寧的彭醫生說：「我是 1965 年被調到永寧的，在 60、70 年代的時候，永寧醫療技術比現在好的多，當時永寧鄉醫院有好幾個從外地來的專科醫生駐診，人民就算得了大病也不用出永寧去治療，許多外地人甚至跑來永寧求醫，但是現在不行了...。」確實，永寧鄉中心衛生院在 60 年代做了技術的提升，開展了外科、眼科、骨科等手術，並增設了中醫科及中醫門診，爾後更在 1972 年擴大興建。

60 年代至 70 年代，進入文化大革命，永寧成立合作醫療制度，實行集資辦醫，生產大隊內人民群眾看病，只需繳交五分錢的掛號費，其餘醫藥全部免費。此期醫療水平被永寧人稱為空前絕後，也成了現今摩梭老人唯一褒揚的醫療時代，因為老人們說，當時除了醫療費用低廉外，技術水平更不在話下。然而當時的醫療體系並非零缺點。文革時永寧公社有 6 個生產大隊，17 個生產小隊，每個大隊有 2 至 3 個赤腳醫生。只是永寧礙於區域寬廣與地勢高低差異太大，文革期間即便建立了農村三級<sup>55</sup>醫療保健網的制度，但是少數地形顛險或偏遠的區域，仍無法貫徹每村落都有醫有藥的情況，為此形成文革時期雖嚴禁所謂「封建迷信」，停止一切宗教相關活動，但還是有部分摩梭人偷偷延請打卦者卜卦，或尋求達巴與喇嘛唸經以解決疾病問題的現象。

因著農村經濟體制的改革，農村合作醫療制度失去集體經濟的支持，所以進入 80 年代以後，永寧合作醫療也進行變革。群眾集資辦醫，組織群眾採挖中草藥，吃藥打針不開錢（只交 0.05 元掛號費）的時代一去不復返。鄉村衛生院、所、室用藥主要依賴西藥，個別衛生院雖有中醫門診，但徒有虛名。（寧蒗彝族自治縣衛生志 2000）1982 年後，隨著中國經濟改革，農村合作醫療體制瓦解，

---

<sup>55</sup> 指縣-醫院、公社-衛生院、大隊-衛生室三級

改弦更張地進入使用者付費的自費醫療時代。期間，許多赤腳醫生經過國家進一步培訓取得執照，成為體制內認可的「鄉村醫生」，辦起個體戶醫療（私人診所）。永寧目前就有 20 名個體戶鄉村醫生，分佈於個個村民委員會的衛生醫療點，每月接受財政單位 50 元補助，承擔預防保健工作。雖說政府體恤人心，除了給予留鄉服務的醫生津貼外，也對貧寒民眾就醫施以補助。例如縣財政單位每年撥給農村特困戶人均 0.2~0.3 元補助就醫，但是人均不足一元的些微補助款，猶如牛毛之於大象，起不了一丁點作用。

合作醫療解體，加諸隨後的改革開放，醫療進入市場化的進程，別說永寧摩梭山區的農民就醫更增困難，就連享有公費醫療的北京公務員都有話要說，北京社科院社會所副所長戴教授在與筆者討論中國醫療變革時，就作了如下的批評：

不要說農村得了大病是死，城裡人現在真得了大病也是死。譬如說文革期間傷風感冒拿一些藥，我記得大概是七毛錢，現在是一百多元，但是這二三十年來我們的工資只增加約十倍到二十倍，藥費卻大概增加一百倍以上。現在計畫體制沒有了，整個醫藥工業，藥品工業的飛速增長，把整個中國的公費醫療拖垮了，現在不僅僅是農村，就連工廠、企業這些有公費醫療的單位，都因為藥費的增長，基本上處於一種垮台狀況，所以你到工廠去看，大概十個工廠有五個工廠，甚至還不只五個工廠，拖欠工人的醫藥費，所以不要說農村現在沒有集體經濟提供資金，就是城市的公費醫療也被醫藥業的迅速增長而拖垮了…。

沒錯，計畫經濟體制的時代已經過去了，取而代之的是市場經濟體制，醫藥工業亦進入市場化時代。邁入 21 世紀的今天，需以貨幣支付的醫療，加重了許多貨幣餘額不足的農民的負擔，有些貧困地區為講求醫藥費用低廉，甚至出現賣假藥的行當。據服務於永寧鄉的醫療人員表示：「永寧街上的某家藥店，在 2001 年縣級單位查緝假藥的行動中，就被查獲有販賣假藥的行為。」姑且不論店家是否知道所賣的藥品是偽藥，但是中國農村確實假藥事件層出不窮。此外，2000 年五月間，筆者居於北京時，閒逛於北京著名的電子一條街（北京海淀區），更在路邊發現有「收購藥物」的廣告招牌，詢問在地北京人後才知道，原來這些組織所從事的是收購民眾（主要是公費醫療病患）生病後所服剩的藥品，然後再透過不法管道，便宜地將收購來的、品質參差不齊的藥品轉賣到農村去的黑市生意。

永寧摩梭山區除了面臨偽藥流入的問題外，也面臨了一鄉之內醫療資源分配不均的問題。永寧鄉目前共有 26 個醫療院所（含公、私立；含中、西、藏醫），共約 50 個醫護人員（含醫生、護士等），但其中的 10 個醫療院所集中於永寧鄉中心的集市周圍，且這 10 個醫療院所就佔近 40 個醫護人員，形成其餘廣大村落

醫療不普及的現狀。為此摩梭人在就近無醫的情形下，也比較容易在生病時找散落於各村的達巴、喇嘛或打卦者解決醫療問題。加諸這些民俗醫療者並不隨商品經濟大潮前進，相對於各醫療院所都需支付貨幣才可取得醫治的情況，則更添摩梭人求治的意願。

此外，目前全國醫療商品化、機構化、集中化的情況，致使許多醫療院所朝向大型化、都市化構建。此舉往往令農村人口染患急症時就得舟車勞頓的前往大城市就醫，導致「小病要出村，大病要出鄉」，完全不同於文革時期的「小病不出村、大病不出鄉」的情形。誠如現任中國衛生部副部長殷大達先生所說：

面向市場經濟，中國城鄉衛生資源分配不合理的現象不僅未得到改善，反而更加惡化。1991年約佔人口20%的城市人口佔有全國衛生資源的一半左右。而1999年的數據顯示，約佔總人口71%的農村人口享有的衛生資源已不足全國總量的20%！考慮到中國城鄉發展的不平衡性，東、中、西部發展的不平衡性以及各地人群的貧富差異，如何為貧困人群提供更加公正、公平的基本醫療衛生服務，顯然已成為21世紀中國醫療衛生服務必須解決的一個重大現實問題。（李軍2001）

然而，筆者以為亟待解決的問題當中，還必須細緻的考量各種經濟型態的差異問題，也就是說，除了醫療資源分配的問題外，農村人口沒有能力償付昂貴的醫療費用還隱含了不同的差異性。以永寧摩梭山區為例，目前仍處於自給自足的自然經濟狀態的摩梭人，就算政府真在各村落增設無數醫療院所與添置大量醫療人員，對於每年每人平均只有103元可支配貨幣餘額的摩梭人來說，定當毫無助益，因為在現實世界的醫療衛生上，摩梭人所面臨的根本性問題，並不在於醫療資源的不平衡發展，而是其根本付不出錢來就醫。所以，回到問題的原點就是，其自然經濟體制下的生產方式，在面臨中國市場經濟格局所帶來的商品化時，必然導引出兩種經濟型態間的相互矛盾，而摩梭人拿不出錢來看病只是矛盾所衍生的問題之一，透過醫療面向表現出來而已。故大陸官方如真要提供貧困人群公正、公平的基本醫療衛生服務，其著眼處就不能偏離此癥結，如此方可直搗黃龍地發現問題，然後連根拔起地解決問題。



## 第五章 摩梭婦女不就醫因素探討

筆者雖然以為「經濟型態的差異」是致使摩梭婦女不就醫的癥結所在，但這個見解本身絕非主觀認定，而是透過一段時間的文獻蒐集與政治經濟考察，進而根據蒐羅的資料提出各種可能的影響因素，再予以分析、比較、歸納後總結得出的結果。職是之故，筆者將藉此篇章，說明摩梭婦女不就醫的核心問題是如何導引而出。

永寧鄉計有 6765 名摩梭人，其中摩梭女性共佔 3439 人，約為永寧鄉摩梭人口總數的 51%。然而摩梭婦女作為母系摩梭社會的主體與主要勞動力人口，卻仍然遭受各種限制而不就醫，構成健康上極大的威脅，從而影響社會生活與生產勞動。筆者在摩梭山區生活僅近半年，親身遇過摩梭婦女對生病就醫力不從心的案例便不下十次，更遑論非親眼所及的部分。

以筆者所遇事件為例，婦女們多半因腹痛、胃疼、感冒發燒、關節炎、肝膽病、生殖器官病症等疾患，導致生產活動怠慢。然而令人不解的是，她們處理疾病的方式卻是如出一轍地或忍著、或自己找藥吃，甚或因為筆者「曾是醫療人員」的身份而求治於筆者。印象最深刻的一次是，筆者居住的其中一個摩梭家庭裡，某日一個十來歲的小女孩直喊腹痛，經筆者初步問、觸診，懷疑可能是罹患闌尾炎，遂建議送醫治療，然而全家上下雖表同意，但最後還是決定先自行給她找藥吃，再予觀察。一天下來，女孩因為疼痛毫無緩解，所以難掩折騰地不斷哽咽哭訴，其母才警覺事態嚴重，將其帶往臨村的村衛生室就診（因其村內無醫師），經過鄉村醫師檢查，證實女孩果真患有闌尾炎，可是女孩在臨村衛生室打過點滴後，母親竟將女孩又帶回家中休息，筆者看女孩病情不穩定，正預勸說延誤醫療可能遭致危險時，卻發現家中幾位大人面色凝重地在商討「如何解決錢的問題」，直至清晨時分，女孩已經疼痛難耐，滿臉淚水與病容，才火速將女孩送至 93 公里外的寧蒗縣醫院，緊急進行闌尾切除術。所幸女孩的闌尾沒有破裂，否則破裂後可能引來的感染或腹膜炎，還將危及性命，真是替這家人捏了把冷汗！女孩出院後，筆者又一次前往這個村子，再次下榻這戶人家，出自關心地詢問住院花費，女孩的母親則用無奈的語氣告訴筆者：「所有醫療費用多達 1200 元。」當下沈重的氣氛令人歛噓不已！

除了筆者碰觸的經驗外，摩梭婦女不就醫的例子俯拾即是，以 2001 年永寧鄉「計畫生育服務站」<sup>56</sup>針對婦科疾病至永寧達坡村、永寧開基村、永寧忠實村等村落進行巡迴診療為例，受檢的 207 名摩梭婦女中，共有 75 名婦女的生殖器

---

<sup>56</sup> 永寧鄉「計畫生育服務站」，成立於 2000 年，內設之醫務人員除貫徹中央計畫生育的各項措施外，也從事一般性的診療工作。



官呈現不同的病症（如陰道炎、子宮頸炎、子宮內膜增生、子宮肌瘤等），4 名婦女患有其它疾病（如尿路感染、腎炎、肝疾病等），罹病率高達 38%。令人詫異的是，多數患病婦女並不積極就醫，據「計畫生育服務站」的負責人（女醫師）表示：

許多患病婦女在免費義診當天都就診了，但是她們再到服務站來複診的機率卻是出奇的低，治癒的可能只是個位數。……像之前至其它村落巡診的過程，也發現過數位「子宮頸糜爛」的婦女，雖然當時經過嚴重性的解說，全部有來複診，但多半因為沒錢，所以來看一、兩次就不再來了，後經追蹤，發現治癒率很低。這對我們推動婦女醫療保健工作的人來說，真的很挫折！因為一旦搞到發炎的疾病，吃一次、兩次藥是沒效的，而是需要一個療程才能解決問題，但是她們又不來看，怎麼辦呢？……其實我也知道她們實在可憐，一個是農村確實缺醫少藥，許多婦女居住的村子裡頭不一定有醫生，有的人必須老遠到街上來看病，而且有時又因為是婦女病，說害羞，不好意思來。再一個是，我經常遇到上這兒看病的婦女說沒錢，問我能不能少拿一點？可是妳說像子宮頸糜爛吧！必須照射『紅外線』治療，又要吃藥，第一次照紅外線要 10 元，口服藥減到最少也要 5 到 10 元，第二次、第三次...照完紅外線，病人若沒錢，我也會盡量壓低費用。只是都已經不收診療費，只收 5 元、10 元的藥費或器材費了，她們還是沒錢來，弄得我也沒辦法啦！因為服務站除了醫療人員的工資外，完全自負盈虧，我很想幫她們，但是心有餘、力不足…。

帶著事出必有因的疑慮，筆者走訪個個摩梭村落，深入調查摩梭婦女不就醫的因素，最後根據調查資料分析，共歸納出「具有病識感的不就醫因素」與「缺乏病識感的不就醫因素」兩大類。分類方式以「患者是否有體認自我的生病狀態？」；及「在此狀態下是否有想就醫的動機？」為基準。若兩因素兼具則稱之為「具有病識感的不就醫因素」，當中可再細分為：一、礙於「性的社會行為禁忌」不便就醫；二、村落間缺醫少藥致使就醫無門；三、家屋中缺乏貨幣提供患者就醫。再者，若缺一因素或兩者俱缺的稱之為「缺乏病識感的不就醫因素」，例如醫療觀念不足，無法覺察生病的事實（不知道或不認為生病）；或是確知生病，但不知疾病嚴重性而不願就醫（不重視生病）等等。（摩梭婦女不就醫因素的分類方式亦可參見表三）

必須特別說明的是，第二大類「缺乏病識感的不就醫因素」，雖然也是影響摩梭婦女不就醫的因素之一，但因本文主要論旨是摩梭婦女在體認患病後欲就醫而受阻的範圍，所以在此暫時排除關於缺乏病識感的不就醫因素的具體分析，待

將來有機會時再行說明。除此之外，必須再次提醒讀者，由於晚近討論婦女醫療議題的眾多文獻中，其所指涉的「醫」皆為商品化醫療；加諸中國大陸在文革期間依循政策導向推展於農村的以中、西醫為主的合作化醫療深植民心，因此即便文革時期看病僅需些微掛號費的合作化醫療制度已被改革開放後的商品化醫療體制取代，但改革開放後納入商品經濟的中、西醫卻已是農民們習慣的（主要的）尋醫管道。因此筆者貫穿全文所探討的就「醫」，其所指稱的乃是「已納入商品經濟」的醫療體系的「醫」，在摩梭社會裡泛指中醫、西醫及藏醫。

**【表三】摩梭婦女不就醫因素的分類方式**

分類 分類基準	具有病識感的不就醫因素	缺乏病識感的不就醫因素
患者是否有體認自我的生病狀態？	一、礙於「性的社會行為禁忌」不便就醫。	例如：
在此狀態下是否有想就醫的動機？	二、村落間缺醫少藥致使就醫無門。 三、家屋中缺乏貨幣提供患者就醫。	一、醫療觀念不足，無法覺察生病的事實（不知道或不認為生病）。 二、或是確知生病，但不知疾病嚴重性而不願就醫（不重視生病）。

註：此處所指的「就醫」是指就診於「已納入商品經濟」醫療體系的醫生，在摩梭社會裡泛指中醫、西醫及藏醫。

## 第一節 礙於「性的社會行為禁忌」不便就醫

人類在長期的實踐活動中，逐漸認識到性行為對群體的影響，所以不能為所欲為，必須加以干預和規範，因此在總結經驗下塑造出「性禁忌」，並隨著各種不同的社會生活，派生出形式各異的「性的社會行為禁忌」。

例如人類學大師 Ruth Benedict 在文化模式一書中就提到，在我們生活的社會

當中多半依照直系、旁系及親等遠近的標準來區分父親、叔伯、兄弟和堂表親，以劃分禁婚範圍；但是某些社會卻是使用「一個稱謂」來辨別親疏遠近。好比說與自己在地緣上同屬一群體，且輩份相同的人皆以兄弟或姊妹相稱，而這些關係裡頭也包含許多毫無血緣關係的人，但他們全部屬於禁婚範圍。例如澳洲東部的某些部族，便使用這種所謂類分型親屬體系（classificatory kinship system）的規則來劃分親屬關係。「他們對凡是能夠辨認關係而且輩份相同的人，一概以兄弟或姊妹稱謂之；在他們的親屬稱謂體系裡，並無堂表或與之相當的親類，每一個與自己同輩的親屬都是兄弟或姊妹。……譬如以庫爾耐族（kurnai）為例，他們的親屬稱謂屬於極端的類分型；一個男人絕不敢想像與他的任何『姊妹』發生性關係。這可說是澳洲土著對內婚之恐懼感的典型表現。」（Benedict 1976：44）筆者以為，庫爾耐族對親屬關係的劃分其實就是性禁忌的社會生活表現，是一種性的社會行為禁忌，主要目的可能在於完成各種社會再生產的運作。

至於先前筆者提及的「害羞文化」——任何會涉及「性」意涵的人、事、物都避免在異性血緣親屬在場時談論——其實也是一種性的社會行為禁忌，只是其背後隱含的意旨為性禁忌中的亂倫禁忌。誠如周華山在他的摩梭專著中寫道：

即使年輕新生代，也嚴格遵守害羞規條。筆者（此段引文的筆者為該書作者）某天在里格村與拉克扎西（29歲）及其「表妹」在火塘前聊天，雖然里格是永寧地區第二大旅遊點，扎西更與筆者相當友好，但當筆者在火塘前用普通話說「我今天碰到一個真正走婚的大王」時，一向健談開朗的扎西，卻馬上滿臉通紅，把頭垂下兩分鐘，然後悄悄走出火塘。至於一身時髦裝扮，在北京工作兩年剛回來的表妹車拉措（22歲），也瞬間「翻臉」，從愉快輕鬆變成極度尷尬、難堪靦腆。（周華山 2001：159）

現象表明，舉凡包含走婚、生孩子等摩梭語，絕不能在摩梭社會中任意提及，因為這些字詞都存有「性」關係的意涵。這種摩梭人早已沁入於心的文化，導致某些場合大家聞「性」色變，尤其把具有性意涵的人、事、物肆無忌憚地公諸於世，更是觸犯社會規範，因為生活周遭處處是親戚，戶戶或多或少都有血緣關係。

有鑑於此，先前筆者曾提及摩梭走婚伴侶並肩而行於公開場合，也會因「夫妻＝具性行為」的聯想引來摩梭人耳語的事例，似乎也就不那麼難以理解了。只是此處必須特別說明的是，「摩梭式的害羞」並非「性事」本身，而是透過害羞文化的機制，去禁止一切親屬間的亂倫關係。

在這樣的文化機制下，許多患有生殖器疾患的婦女，在面對醫療時便容易猶豫不絕、躊躇不前。令筆者印象深刻的是，某次筆者與幾名摩梭婦女聊天，問她們知不知道村子裡有誰得過性病？她們不約而同地瞪大眼睛、激動直呼：「喔！不不不...，誰會知道啊！一般情況下，是不會知道的，因為得性病對摩梭人來說，

是極度害羞的，得病的人根本不會說。再說，村子裡頭男男女女的，許多人和自己有親戚關係，說了以後大家怎麼見面。」筆者再問，那為何大家都知道馬幫時期性病氾濫<sup>57</sup>？她們接著說：「唉唷！除非病得厲害，身體開始爛了鼻子，爛了腳...，有人見著會慢慢傳開，但一般是不會說的。如果事情真弄得傳了開來，病人自己也會躲躲藏藏的不好意思見人，因為一見面，不但病人自己害羞，我們也會害羞，大家都會很尷尬的。」筆者繼續追問，那當時為何有那麼多人感染性病？婦女們七嘴八舌的分述：「聽說有些人是亂走婚，有些人則是被自己的走婚伴侶傳染的...；以前外來馬幫多，有些年輕女孩只要那些馬幫給點東西，就隨便和人走婚...；全部是走婚感染的...；有些人說是亂走婚後就會染上性病...。」

據上所述，我們可導出「性病＝具性行為＝亂走婚」的語意聯結，至此我們方可理解，性病所影射的還有另一層意義，就是「不正常」性行為。除此之外，在摩梭社會之中，性病的公開，透過摩梭人的詮釋後，不僅僅是我們理解內的關於性病的羞愧而已，而是揉合著摩梭害羞文化的機制，也就是說除了病人自身尷尬以外，見著病人的親屬也會因當下病人本身所透露出的關於「性」的聯想，而無法自在，如同聽到走婚、生孩子等字詞；亦或見著齊肩而行的走婚伴侶有異曲同工之妙。這就像張珣教授所言：「一個醫藥名詞，疾病名稱並不只意謂它的性質，通常還含有很多人們加上上去的情感、經驗、感覺綜合在一起而在社會成員中傳用著，年代越長其意義越豐富，融有社會道德、社會喜惡、社會對患者的壓力。」（2000：33）

再者，訪調期間，筆者還發現某些摩梭婦女將「生殖道感染」（Reproductive Tract Infections，簡稱 RTIs）（摩梭語稱「婦女病」或「下身病」）等同於性病，因而不敢就醫，尤其年長一輩者更甚。生殖道感染的認知由何時傳入永寧已不可考，但以目前許多老一輩摩梭婦女還認為生殖道感染完全源自性行為所致，以及鄉婦女主任坦承未接受「中華滋根協會」舉辦的婦女醫療培訓前也作此想的情況揣測，摩梭婦女之所以會將生殖道感染等同於性病，原因在於 80 年代以前，生殖道感染的概念在摩梭社會中鮮為人知。據溫泉瓦拉片村已卸任的計畫生育宣傳員阿七·獨支瑪（39 歲）說：「印象中，生殖道感染的知識是隨著 70 年代末期，中央計畫生育政策的執行與晚近農村婦女醫療衛生工作的推展後，才逐漸為人接受的，所以有的時候很難跟婦女解釋清楚兩者的不同處。」

永寧八七村一名 57 歲的摩梭婦女也說：「我還小的時候，就知道性病，有性病的人下面（外生殖器）會癢、會腫、會臭、會爛掉、走路會怪怪的。而婦女病（生殖道感染）則是這幾年才知道的。婦女病好像是內褲上有一種看不見的蟲，這種蟲會讓你下面又癢、又臭，或是腰桿（腰部）酸痛。」也就是說，如果因為生殖道感染的認知並不普及於摩梭社會，所以舉凡有外生殖器異常的問題，便將

---

<sup>57</sup> 例如 1950 年以前，皮匠街旁的喇嘛寺-「扎美喇嘛寺鄰近的喇瓦村，全村 21 戶共有成年男女 97 人，患性病的佔百分之七十二強。」（楊學政 1985：59）

之歸類於唯一知道會致使外生殖器異常的性病，確實不令人訝異。

以醫學角度觀之，雖然生殖道感染不是性病，而性病也不見得是透過性行為才會感染，但是誠如張開寧教授在〈生育健康幾個重要問題的研究與實踐〉一文中所述：「RTIs 往往和各種壞名聲聯繫在一起，故陰部搔癢、異味甚至惡臭、異常分泌物等 RTIs 的痛苦症狀又成了『難言之隱』，此現象被稱為沈默文化。」（張開寧 1998：409）亦即，若將害羞文化投射到錯誤認知的生殖道感染時，其語意透露出的「性病＝具性行為＝亂走婚＝生殖道感染」的印記，往往使得某些患有生殖道感染的摩梭婦女，在無法承擔社會價值的批判下，怯於就醫，只能被迫選擇「沈默」一途。

## 第二節 村落間缺醫少藥致使就醫無門

此外，筆者在摩梭山區生活近半年，在村與村的串訪過程中，總會特別留意一村之內的醫療設施，但結果每每令人遺憾。因為永寧摩梭山區往往是幾個村落僅有一名醫生，而其醫療點內也多只有簡單醫材，缺乏診斷儀器與消毒設備。若以平均每千人口醫院、衛生院床位數來比較，永寧鄉 2001 年每千人口醫院、衛生院床位數僅有 1.4 張，而這個數字僅僅是中國大陸 1970 年至 1975 年間全國平均值<sup>58</sup>的水平而已，顯見摩梭山區醫療資源的低落與不足。

其實永寧鄉缺醫少藥的歷史存在已久，追溯至土司時代，在階級分化明顯的摩梭社會中，「責卡」與「俄」等級（參本文第三章）雖然依附於封建領主，但完全沒有任何醫療保障，當時貧困的摩梭人一旦生病，皆只能訴諸以神靈等超自然力為醫療手段的民俗醫療者。進入 50 年代，隨著民族解放的到來，雖然打破了封建剝削關係，進入共產黨領導的時代，但是長期缺乏醫療資源的問題，並沒有因上層建築的更迭而得到解決。造成這種現象的因素，是因為 50 年代初期到 60 年代初期，縣級人民政府雖然意識到人民健康的重要性，逐漸以不同的形式將醫療帶入永寧（如走村串寨的送醫送藥、實行「免、減、收」的醫療制度等），但卻多半礙於種種主客觀條件的限制，貫徹不易、成效不彰。

爾後，順應合作化進程，永寧跟隨全國醫療建設的腳步，成立「合作醫療制

---

<sup>58</sup> 1970 年全國平均每千人口醫院、衛生院床位數為 1.33 張；1975 年為 1.73 張；1980 年為 2.01 張；1990 年為 2.30 張；1996 年為 2.34 張。（中國統計年鑑 1997：726）

度」，逐步建立每個生產大隊安置約三名赤腳醫生的局面。合作醫療在偏遠農村及少數民族地區的特色，就在於以中、西醫為主的赤腳醫生替代民俗醫療者為人民群眾服務，比起在此之前的醫療狀況可謂一大進步。可惜的是，隨著 79 年改革開放，市場經濟興起，合作醫療體制也在市場化的過程中逐步瓦解，原來分佈於各村落的赤腳醫生漸因返鄉而離退，只剩部分在地出生的赤腳醫生改以鄉村醫師的名義就地駐診，繼續行醫（某些由後代繼承衣鉢）。但是如果我們從醫療資源的分配來看，合作醫療的瓦解並不意謂著永寧醫療資源的衰退。因為若比較晚近醫療人員的總數及醫療機構數，改革開放後的醫療資源反而有增無減，只是在合作醫療體制下，醫療資源的分佈情形較為平均、分散；而改革開放後的醫療體系，則因受到市場經濟的影響，有集中化的趨勢，其醫療機構的分佈大多位於人口集中的集市周圍。例如永寧鄉現有 26 個醫療院所，其中就有 10 個分駐於永寧街，而這 10 個醫療院所還佔近全鄉五分之四的醫療人員，其他五分之一的醫療人員才散落於各村。相較於文革時期的合作醫療，當時永寧公社設有六個生產大隊，而醫療人員是平均分散到每個大隊的情況，確實有集中化和地區傾斜的現象。

永寧摩梭村落因位處山區，交通並不便捷，許多地方無法用交通工具代步，村落內或村落之間的聯絡道路往往是一下雨便泥濘不堪、寸步難行。某些村子往集市的路途上甚至要翻山越嶺，因此如果不是病入膏肓的急重症，許多摩梭婦女便礙於崇山阻隔，而限制了她們前往集市就醫的意願。筆者某次前往永寧達坡村探望一位 88 歲的老 a-mi，前腳才剛邁進大門，便聽到從家屋另一端的火塘傳來夾雜著呻吟的咳嗽聲。我帶著疑惑的眼神抬頭望著引我進門的老 a-mi 的孫女，急切的想知道是誰咳得那麼痛苦，老 a-mi 的孫女卻無奈地看著我，近似呢喃的說著沒事、沒事。進入火塘坐定後，儘管身體虛弱的老 a-mi 已經竭盡所能地控制咳嗽，但咳嗽聲依然伴隨著老 a-mi 所敘述的生平醫療史，斷斷續續。直至我們談到她目前的身體狀況時，她才硬是壓抑咳嗽，語重心長地向我訴說：「我人老了，病也多了，最近總是咳得厲害，每次一咳，就沒辦法停，在街子上（永寧街）開藥鋪（西藥房）的孫子不斷帶藥回來給我吃，就是吃不好，還是一直咳，有時候咳的難受時，什麼事都沒法做，難過的我都想死。」筆者問：「沒找醫生看看嗎？」老 a-mi 接著說：「村子裡頭哪有醫生啊！想看醫生還得老遠的跑到街子上去，我這老人病一次、兩次的還治不好，恐怕這來來回回的折騰我就會先受不了...。」

據筆者在永寧摩梭山區的考察，許多摩梭老人都患有慢性病（如風濕性關節炎、白內障...），一旦發作就痛苦難耐，只是礙於村落內（間）缺醫少藥的情況，很難在根本上獲得解決。因此急性期時頂多延請村內或鄰村醫師出診，然後打個針，吃個藥地暫時捱過，除非性命危急或實在難以忍受，才會往外地送醫。曾經有一位患有長年眼疾的 76 歲的 a-mi 告訴筆者：「我這雙眼睛常痛、常不自主地流眼淚，還有越來越看不清楚的情形，早就用盡了在外地打工的家屬所寄回來的眼藥水或藥膏了，但是都沒好轉，有時候痛起來，就得請村子裡的醫生來給我打針，村裡的醫生說這種病必須往大型醫院才能根治，麻煩的很！如果要治好，聽

說還必須花許多錢，可是我們家裡哪有錢...。」所述，道盡摩梭山區缺醫少藥的現狀，也說明伴隨商品化醫療而來的高醫藥費絕非一般摩梭家庭所能負擔，因此患病者通常對於商品化醫療「只可遠觀，而不可褻玩焉。」

### 第三節 家屋中缺乏貨幣提供患者就醫

飛速上漲的醫療費用確實折煞貨幣餘額短缺的摩梭人，因而許多摩梭婦女在娓娓道來自身的疾病問題後，經常不免加上一句：「我們最大的醫療問題就是沒錢看病！」的確，比起合作醫療時期看病只需幾分（民族區）、幾毛錢（非民族區）的狀況，現今高額の醫療費用往往導致摩梭婦女陷入中國農民戲稱的「治病三部曲」——看不起病、吃不起藥、住不起院——的深淵中。

由於沒錢看病成了摩梭社會普遍的現象，所以筆者只要隨手擷取「部分」田野資料，即可發現永寧摩梭婦女對醫療費用無力承擔的陳述：

#### 例一

「生病時若有錢會去鄉醫院看醫生，若沒錢就忍著，因為看醫生要花很多錢。像我之前在寧蒗縣醫院住院兩天就花了家裡 300 多元，當時沒敢等到病好，住兩天就趕緊出院了...」

#### 例二

「知道村中有一個婦女下邊（外生殖器）很臭，而且痛到已經走路都困難了，但是他很窮，所以沒辦法去看醫生。」

#### 例三

「因為醫藥費實在太貴了，所以除非倒下來不能勞動，否則一般生病我是不會去醫院看病的。」

#### 例四

「像我子宮頸炎看一次醫生大概要花 30 多元，醫藥費真的貴的很，所以平時如果只是感冒發燒，我們都先自己找藥吃，不會馬上去找醫生...」

#### 例五

「生病很麻煩！通常看一次小病就要花 10 多元，病重一些可能要幾十、幾百.....，平時身體不舒服的話，有錢就會去醫院看病，沒錢就忍著。像之前我病得很重，風濕性關節炎又發作，家裡根本沒錢，我家哥哥只好去打工，打工才有錢，否則就要賣糧食才有錢，但是糧食賣多了，家裡又會不夠吃...」

## 例六

「我經常胃痛，好幾次都痛到想掉眼淚，像兩天前又痛得厲害，只好去街子上（永寧街）找醫生，醫藥費總共花了 18 元，後來藥吃完了，又再痛，就沒錢去看病了。」

## 例七

「據我所知，村子裡的人如果生病，都是有錢才會找醫生、找藥，若是沒錢就自己採草藥吃，...我們這裡窮的很，有些花不起錢找醫生的人，還會自己買藥給自己打針，聽他們說只要記得醫生上次施打的位置，然後叫家裡人照著打就可以了。」

.....

從眾多摩梭婦女的陳述當中，可以輕易地發現當中的共同特徵，便是「沒錢就醫」。為什麼沒錢就醫呢？原因在於改革開放後，服膺於市場經濟運作機制的醫療體系全面商品化，早已將醫療機構內的每一個「細胞」都變成商品，從器材、藥材，甚至人才（醫療人員是勞動力商品化下的雇傭勞動者）等環節無一倖免。特別是在中央及省市政府不再提撥醫療補助，地區醫療機構必須自負盈虧的前提下，主其事者只顧利潤的追求，忘卻醫療服務的公益性宗旨之下更是如此。此外，醫療市場內，患者用藥同時決定藥品的銷售量與醫院收入的多寡，因此醫生大開處方籤過度營利的事件也就層出不窮。永寧鄉已退休的書記阿那窩·阿納就說：「市場經濟以前，摩梭人看病付不出醫療費時，會帶些雞蛋或糧食作為酬謝醫生的方式。但是這些東西現在卻都變成看病時給醫生的『紅包』，送禮的目的在於希望醫生手下留情，別亂開處方籤增加醫療費用。這種相當惡質的醫療文化，苦的全部是老百姓，那些沒良心的醫生卻因而賺錢。」無怪乎中國大陸有句順口溜說「黃金有價藥無價」，因為人一旦生病就醫，便只能任人宰割地承擔醫藥價格惡性增長的苦果。這種視病人為苦主的醫療模式，必然使得處於自然經濟體制下的摩梭經濟單位（家屋）毫無招架之力，摩梭婦女的就醫意願當然也就因而受到凍結。

筆者在摩梭村落進行訪調期間，曾有多位不同年齡層的摩梭婦女說過類似如下的話語：「現在這個時代不一樣了，隨便看個醫生最少都要近 10 元，病重一點還得不斷往上加，所以如果真的生病，有錢才可以找醫生；沒錢的話就得找達巴、喇嘛，因為找他們來唸經，只要按心意酬謝，給多給少無所謂。」筆者認為上述的現象正是民俗醫療在今天竟然成為商品化醫療體系的補充機制的主要因素。永寧在合作醫療瓦解後逐漸形成的商品化醫療體系，雖然在機構數、病床數與醫療人員總數上有所增漲，但面對摩梭人普遍缺乏貨幣來支付醫療費用的現狀，卻無用武之地。許多摩梭婦女在生存與文化的選擇下，被迫放棄商品化醫療體系，轉而選擇草醫或民俗醫來自救濟。例如在無醫無藥的土司時期，民俗醫療體系是



作為摩梭社會的「主要」醫療形式而存在；但在商品化醫療體系為主要形式的社會主義市場經濟體制中，民俗醫療卻在缺乏貨幣的前提下成為現行醫療體系的「補充」。也就是說，民俗醫療體系雖然從土司時期至今都存在於摩梭社會之中，但卻因著各種歷史條件的變化，扮演著不同的角色與功能。

然而現實所帶來的挑戰畢竟殘酷，許多情況下，摩梭婦女雖然知道需要現今商品化醫療，但卻都礙於經濟條件的限制而作罷。筆者在落水里格村魚穫季時，曾遇一名摩梭婦女小腿受到漁船的尖銳處劃破，偌大的傷口經過幾日的擱置後，出現化膿潰爛的情形，該名婦女於是尋求筆者協助，過程中筆者反問婦女在受傷當天如何處置？婦女回答說當時只用瀘沽湖的水清洗血跡，並且按壓止血而已。筆者又問為何不自己消毒上藥？她回答說沒錢買藥，所以就忍下來了。事實上，三、五元的外傷藥對這名摩梭婦女來說，並非付不出來，不肯花錢買藥的主要癥結在於她如下的話語：「我們已經習慣忍受生病所帶來的不便了，不會太難受的病通常能忍就忍，忍到不能忍了再去看病，因為現在找醫生很貴，所以家裡擁有的稀少貨幣只能用在不可不用的事情上。」

因為稀少的貨幣只能花在刀口上的心態，所以摩梭婦女在就醫行為上總會選擇以「小病扛、大病拖」的行為來面對。然而為了維持勞動力的再生產，某些時候，不論如何扛、如何拖，終究還是無法逃離就醫的命運。但是令人擔憂的是，醫藥費用的增長並無因為老百姓負擔不起而停擺，它仍然持續地向上攀爬。衛生部衛生統計信息中心（1998）曾對 80 年代以來的醫療狀況做過如下詮釋：「近年來，政府投入衛生事業費用相對下降，社會衛生投入也因受企業效益影響而減少，藥費漲幅又高達 30% 左右，造成病人個人負擔過重。」此外，「根據衛生部最新統計資料顯示，目前每位中國居民看一次病平均要花 79 元，住院則需花 2891 元。再者，統計資料也表明全國醫療水平高的衛生部直屬醫院，平均每一人次門診、急診醫療費用為 163 元，住院費用為 7961 元，而普通縣級醫院平均每一人次門診、急診醫療費用為 49 元，住院費用為 1508 元。」（中華週末報 2000/06/16）如果我們將上述的那些數據，套在每年每人平均僅有 103 元可支配貨幣額的欲就醫的摩梭婦女身上，您將不難發現，摩梭社會的婦女究竟為何不看病了。

#### 第四節 不就醫因素的結構性分析

在分別說明摩梭婦女具有病識感的不就醫的三個主要因素——礙於「性的社會行為禁忌」不便就醫；村落間缺醫少藥致使就醫無門；家屋中缺乏貨幣提供患者就醫——之後，為了進一步從上述現象中探究摩梭婦女不就醫的支配性因素，

我們在分析的過程有必要拉大歷史的視野，將摩梭婦女不就醫的原因放在整個歷史的框架中進行剖析，從而釐清當前摩梭婦女之所以不就醫的根本因素。下文中筆者試圖以「土司時期」、「合作化時期」與「改革開放至今」的三個重要歷史階段，逐一說明：一、礙於「性的社會行為禁忌」不便就醫（以下簡稱「受制於害羞文化」）；二、村落間缺醫少藥致使就醫無門（以下簡稱「缺醫問題」）；三、家屋中缺乏貨幣提供患者就醫（以下簡稱「缺錢問題」）等三個因素，是如何在上層建築的更迭與政策的轉變中，對摩梭婦女的醫療行為產生影響？並考察其在歷史中的異同，從而探究出當前摩梭婦女不就醫現象的核心因素。

從歷史資料中與摩梭老人的口中，不難得知摩梭社會在土司時期的生活條件極為苛刻，因為「...摩梭土司和大喇嘛殘酷剝削壓榨群眾，廣大人民吃的是稗子，穿的是麻布，蓋的是麥秸，生活十分艱難。因此雖然出生率很高，但貧病卻奪去了無數人的生命，尤其是嬰兒死亡率很高。當時，由於缺醫少藥，每當瘟疫流行，疾病纏身時，人們只能延請巫醫<sup>59</sup>來禱神驅鬼……。」（楊學政 1985：58）此外，考察《寧蒗彝族自治縣衛生志》亦可獲悉，永寧鄉正式官方的醫療建設記載始於1951年，在此之前除民國年間的零星幾名中醫師寥散於寧蒗縣各鄉，以及1949年前後有高、樊、林姓等醫生於皮匠街開設醫療院所外，並無任何醫療人員駐診的紀錄。由此也反證出民俗醫療是當時摩梭人在生病後主要仰賴的對象。也就是說，在民國期間至1949年前後的土司時代裡，雖然開始有了個體戶醫師的出現，但僅限於永寧富饒的集市上，廣大摩梭村落多半還是缺乏筆者指稱的中醫、西醫或藏醫，因此村落間「缺醫問題」成了必然。

雖然在土司時代裡，缺醫問題是導致摩梭婦女不就醫的因素，但是值得思考的是，摩梭人在一方面受限於地理環境、氣候與生產技術落後等因素；一方面受制於封建領主等貴族集團的剝削下。撇開上述缺醫問題的歷史現實，即便在村落內廣設醫療單位提供人民就醫，也會因為當時低落的生產力與貧乏的經濟條件遭致阻礙。因為當時除佔摩梭人口少數的貴族集團、地主或富農階級外，一般摩梭家屋在自然的限制和階級的壓迫底下，並無足夠的剩餘來從事醫療行為。從筆者的訪談資料中，許多摩梭婦女也證實說：「土司時代『沒錢』就醫的人非常多，那時候許多人生病只能等死。」

再者，除了上述兩個因素（缺醫、缺錢）之外，我們必須考察「害羞文化」對土司時期摩梭婦女不就醫的現象所起的作用。雖然我們無從得知害羞文化的機制起源於何時，但是這種伴隨著走婚制度而派生的性的社會行為禁忌，遠在蒙古帝國（元代）將土司制度強制地實行於母系摩梭社會前，便已作為社會再生產的部分機制存在於摩梭社會當中。因此筆者可以斷言害羞文化作為一種社會行為禁制，在一定的程度上必然影響摩梭婦女在與生殖器官有關的疾病上就醫的意願。

---

<sup>59</sup> 即筆者所指的民俗醫療者

走過土司統治的年代，將時間推移到合作化時期。摩梭社會在經過新民主主義時期和平協商與土地改革後，終於在 1956 年完成民主改革，勞動人民從此擺脫封建剝削關係的枷鎖。然而輔從民主改革中取得土地的摩梭農民，隨著整個中國大陸依照 1958 年中共中央第八次黨代表大會第二次會議所通過的「社會主義建設總路線」，便在「大躍進」的風潮下，邁入合作化進程，將全部生產資料（包含土地、獸力和農具）轉為集體所有，一直到文革後才由家庭承包責任制所取代。在這個合作化的風潮下，針對中國農村缺醫少藥的現實，發展出一套迄今為止仍然廣受討論和讚譽的「赤腳醫生制度」，即便是地處雲南偏遠山區的摩梭村落，也逐步建設出赤腳醫生與合作醫療站，創造了摩梭婦女普遍就醫的可能性。比起土司時期受到封建剝削又無醫療保障的情況，此一時期各生產大隊配有三名左右的赤腳醫生，看病打針僅需五分錢掛號費的時代，（特別在文革期間）確實在一定程度上解決摩梭婦女在就醫上普遍的缺醫問題與缺錢問題。因此此時阻止摩梭婦女就醫的問題反倒是與「性」有關的疾病，亦即受制於害羞文化所衍生的問題。（民國年間土司時期至合作化時期的摩梭婦女不就醫因素分析亦可參見表四）

**【表四】民國年間土司時期至合作化時期的摩梭婦女不就醫因素分析**

原因 時間	缺錢問題		缺醫問題	
	A 欄	B 欄	C 欄	D 欄
	疾病「非」 受制於害羞文化	疾病 受制於害羞文化	疾病「非」 受制於害羞文化	疾病 受制於害羞文化
土司時期	○	○	○	○
合作化時期	×	○	×	○

註：原因存在打「○」；原因解除打「×」。

綜合上述的考察，「害羞文化」作為一般社會行為規範，不管是在土司時期，或者是合作化時期，都作為一種要素影響摩梭婦女就醫行為，展現出高度的歷史同一性。然而值得思考的是，摩梭社會中的疾病種類的大部分，都與生殖器官毫不相干，亦即不在害羞文化所影響的範圍內。因此，害羞文化雖然作為一種社會

禁忌，在觀念上影響了摩梭婦女的就醫行爲，但我們不能據爾說明摩梭婦女不就醫的主要因素是來自於害羞文化。筆者當然同意，害羞文化貫穿著個個歷史階段，障礙了摩梭婦女在與生殖器官有關的疾病上的就醫意願，但這個現象卻無法說明當前摩梭婦女在與生殖器官無關的疾病上仍然存在著不就醫的問題。特別是這個問題在合作醫療時期確有明顯的改善（參表四）。可見問題的根源不在於統一性，而在於每個歷史時期的差異性，因此要探究當前摩梭婦女不就醫的根本因素，便必須略過表四的 B 欄及 D 欄，把重心擺在每個歷史階段的特殊性進行考察，亦即將摩梭婦女不就醫的因素聚焦於 A 欄及 C 欄的非文化性因素。也就是說，藉由文革時期的經驗材料得知，只要是在非生殖器官的疾病上，由於受惠於合作醫療體系，排除了缺醫問題與缺錢問題後，摩梭婦女就醫不足的狀況就得到緩解，因此缺醫問題與缺錢問題就成爲現階段我們考察的重點。

走出文革時期，1979 年的改革開放首先從農村「承包責任制」著手，直接挑戰了「一大二公」的合作經濟，導致農村合作醫療制度失去集體經濟的支持，從而讓政策導向的群眾集資辦醫成爲歷史。再者，因爲醫藥工業失去計畫經濟的支持，醫療費用因而大幅增漲，而農民雖因改革開放解放生產力的刺激下，一定程度得到增產增收的成果，但是農民收入的增加遠不及醫療費用的增加。

例如改革開放後的 1980 年至 1999 年爲止，全國農村居民人均純收入從 191.33 元增加至 2210.34 元，約成長 11.55 倍。（國家統計局農村社會經濟調查總隊 2000）而醫療費用根據中華週末報於 2000 年 6 月 16 日所報導的衛生部最新統計資料顯示，目前每位中國居民看一次病平均要花 79 元，卻是文革時（只需繳大約五分至五角不等的掛號費）的 158~1580 倍，至於每次住院平均需花的 2891 元，更是超過農村居民整年的人均純收入。此外，醫療納入市場經濟體制，往往造成區域範圍內的醫療資源分佈嚴重失衡，因爲許多醫療單位爲追求高額利潤，紛紛將醫療院所設在繁華區域，例如 1975 年全國醫療衛生機構所含病床數市級比縣級（市：縣）爲 1：1.5；1985 年轉爲 1：1.3；1990 年變爲 1：0.9，而 1992 年鄧小平南巡後，因爲加速市場經濟建設的步伐，僅佔中國 20% 以上的城市居民，醫療資源遠高於佔 80% 的農民，數據大幅拉開成爲 1：0.6。以永寧鄉爲例，據已卸任的鄉書記阿那窩·阿納表示：「文革時期永寧公社設有一公社衛生院，下屬六個生產大隊皆設置合作醫療站，每個醫療站又有 2 至 3 名赤腳醫生，人口較多的大隊甚至有 4 至 5 名赤腳醫生，所以當時醫療人員及醫療單位比起現在是較為分散而平均。」只是好景不常，進入改革開放後，永寧鄉的醫療資源雖然有增無減，但是分佈上卻極不平衡，永寧鄉現有的 26 個醫療院所，其中就有 10 個駐診於永寧街周圍，而這 10 個醫療院所還佔近全鄉五分之四的醫療人員，顯見集中化程度之高。凡此種種，皆在在說明伴隨市場經濟體制而來的合作醫療瓦解與商品化醫療體系，展現出高度的集中化與商品化的現象，讓缺錢問題與缺醫問題再度浮上台面，從而讓摩梭婦女再次承擔缺醫少藥的困頓，只不過過去的缺醫少藥來自於中國社會普遍落後的生產力，是歷史的必然；而摩梭婦女當前所面對的缺醫少

藥卻是分配的結果，是來自社會性的偶然。(合作化時期迄今的摩梭婦女不就醫因素分析亦可參見表五)

**【表五】合作化時期迄今的摩梭婦女不就醫因素分析**

時間 \ 因素	缺錢問題	缺醫問題
合作化時期	×	×
改革開放至今	○	○

註：原因存在打「○」；原因解除打「×」。

惟需留意的是，雖然進入改革開放後的市場經濟時代，再度讓缺錢問題與缺醫問題躍然而生，但是從歷史的觀點來看，人類健康狀況的改善通常來自於生活水平的提升、行為的改變等等，而不在於大動干戈地廣設醫療單位、調度大量醫療人員。也就是說，摩梭社會如果生產力沒有提升至可支付日常生活消費的水平，即使在摩梭山區構建大型醫療機構與調派資深醫師駐診，摩梭婦女在面對令其為難的醫療費用時，仍然還是會懼於投醫。例如目前永寧鄉已建有 26 個醫療院所，其中五分之四的醫療人員高度集中於永寧街所屬的 10 個醫療院所，部分醫療院所所使用的醫療器具也完成一定程度的現代化（如 X 光攝影機、初生兒保溫處理台），但由於就醫不足的問題，大多處於虧損狀態（參本文第四章）。因此摩梭社會的醫療狀況呈現出一種社會性的弔詭——在大部分醫療院所缺乏病患造成設備閒置的同時，卻存在著因無法支付高額醫療費用而延緩就醫或放棄就醫的現象。

導致上述現象產生的根本問題，同時也是造成目前摩梭婦女不就醫的主要因素，就在於「缺錢問題」，亦即家屋中缺乏貨幣提供患者就醫。然而，為什麼摩梭家屋中會缺乏貨幣就醫呢？其一，因為改革開放後，醫藥工業失去計畫經濟的支持，醫療邁入商品化，醫療費用大幅攀升，形成許多農民就醫要付出與收入南轅北轍的貨幣額。永寧摩梭農村做為中國的一部份，自然面臨與中國其他地區農

村農民一般的窘境。其二，在許多農村已漸有能力地朝向農業多樣化的全面發展（例如種植經濟作物，投入養殖業、食品加工業等等），使經濟上的城鄉差距儘量縮短的同時，摩梭社會卻仍然礙於各種主客觀條件的限制，生活在年年都有缺糧之虞的自然經濟型態下，每年每人僅有 103 元可支配的貨幣餘額及 243 公斤口糧，其經濟匱乏的程度可見一斑。最後，若以中國居民看一次病平均要花 79 元的標準來評比，摩梭社會每年每人可動用的 103 元貨幣餘額僅夠就醫一次。無怪乎，許多摩梭婦女會跟筆者抱怨：「我們最大的醫療問題就是沒錢看病。」而面臨這種困窘的經濟條件，必然也就難以解決維持勞動力再生產的醫療問題。

以此觀之，處於目前的生產力水平，摩梭婦女一旦必須面對高度商品化的醫療時，少的可憐的經濟收入，似乎是阻礙摩梭婦女就醫的根源。但是如果我們將問題探討停止於摩梭山區貨幣缺乏的現象，必然導致將摩梭山區困窘的狀況等同於中國其它農村的貧窮問題的結論，如此問題就停留在表象的層次，而缺乏進一步探究摩梭人之所以缺乏貨幣的根本因由。因為貧窮現象的表現並不盡然出自相同的導因。

一般來說，造成目前中國農村貨幣短缺的可能因素有二：其一是所處社會經濟型態的發展，與當前社會主義市場經濟運作方式存有難以調和的矛盾；其次是社會經濟發展水平始終落後於平均發展指數。「前者」多半是礙於自然條件的限制，使得社會生產方式無法服膺（且落後）普遍經濟型態的規律，生產的目的往往僅能是滿足生產者個人或經濟單位的需要，即使有少量剩餘也多半以物易物，不需貨幣作為中介。因此一旦要面對生產主要是為了讓勞動產品可以在流通領域變成商品，並以一般等價物（貨幣）進行交換的市場經濟體制時，就易出現貨幣不足的問題。至於「後者」的生產雖然已經接受了市場規律的支配，但礙於農業生產落後於一般發展水平，其產品在市場上缺乏競爭力；或即便擁有鉅額的農業餘糧，但因產銷體系不健全、交通受阻，所以在商品化不足的情況下也就表現出貨幣缺乏的現象。例如中共中央國務院發展中心於 2000 年曾發佈全國存糧豐厚，即便出現一、二年糧食減產，總量平衡仍不致出現多大問題，但中國農村卻還是普遍存有缺乏貨幣的現象。（陳錫文 2000）因此問題的討論不能以「貧窮」此一簡單的概念來進行概括，必須進行進一步的政治經濟考察才能突破事物的表象，掌握根本的因素，從而才能提出正確的解決方案與實踐步驟。

根據筆者在永寧摩梭山區進行經濟考察的結果顯示，由於永寧摩梭山區內的地形起伏，以及大小不等的耕作面傾斜狀況，致使水土保持不易，適宜耕作的土地極為貧乏，所以人均僅能分得 2.3 畝的有限耕作面積。加諸，地處高寒地帶，霜降期長，以及普遍使用人力、獸力的缺乏機械化耕作情況，使得摩梭山區農業生產處於長期生產力低落的窘境，每年在扣除飼料及預留子種後，所剩口糧（2000 年為 243 公斤）往往不及一個勞動力一年所需（約 300~350 公斤），因此農作上必須以糧為綱，以種植糧食作物為主，經濟作物極少。據統計，永寧鄉

2000 年人均糧食收入僅 394 公斤，遠低於 1999 年全國農民人均糧食收入的 750.91 公斤（國家統計局農村社會經濟調查總隊 2000），甚至還不達 1999 年全國民族自治地方人均糧食收入的 409.55 公斤（中國民族統計年鑑 2000），產量低落可見一斑，也因此生產範圍只能侷限於滿足個體家庭的需求，缺乏剩餘作為買賣，生產通常不與社會發生廣泛聯繫。再者，永寧鄉高達 95% 的農業人口，更說明摩梭山區工業化程度的不足，此種狀況的產生主要源自於舊有生產基礎的限制，因為永寧摩梭山區在文革期間並不似大陸其他農村大興水利建設與農村工業，改革開放後便無由其轉型而成的鄉鎮企業，因此也就表示可以提供農業之外的工商業就業部門稀少，導致摩梭婦女貨幣取得管道有限。雖說摩梭山區每年的野生菇菌採集提供摩梭婦女有取得貨幣的機會，但此商品屬自然採集，產量並不規律，受自然條件限制也大，具有一定的偶然性，以及採集者零星至收購處販賣，極易受商人資本剝削，所以收入並不穩定。

綜上所述，摩梭社會這種處於生產不是為了交換而生產，生產是為了滿足自己的生活和生存需要而生產的自然經濟狀態，在面臨必須支付貨幣的商品化醫療時必定束手無策，而這種貨幣缺乏的形式是屬於上述的經濟型態差異。也就是說，貨幣缺乏只是摩梭婦女不就醫的表現形式而已，真正致使摩梭婦女不看病的根本性（支配性）因素則在於社會主義市場經濟體系（表現在醫療上便是高度機構化、集中化、商品化）與自給自足的自然經濟型態之間的矛盾。換句話說，就是處於自然經濟體制下的摩梭人，在面臨中國市場經濟格局所帶來的商品化時，拿不出錢來看病只是矛盾所衍生的問題之一，然後透過醫療面向表現出來而已。

這樣的認識，勢必影響筆者改變現存結構的實踐步驟。因為如果是上述經濟水平發展落後的情況，筆者所提出的方案應當是從建立符合當前市場經濟規律下商品化農業產銷體系；或從推動農業機械化、農產多元化入手。但如果問題的根源在於經濟型態差異，則建立產銷體制，推動農業機械化、農產多元化的策略就未必能全面發揮其功效。如此的思維將具體展現在第六章——針對永寧摩梭婦女醫療問題所提出的實踐式研究進程與侷限中。

## 第六章 認識與實踐的統一 —— 實踐式研究的進程與侷限

摩梭語的「病」和「痛」是同一個發音，正好指出痛是病的一個指標。摩梭人認為病了就是無法維持作息、無法進行勞動，因此生病是一件麻煩的事情。據筆者觀察發現，摩梭人把「沒病」（沒痛）當成生活中的問候語，例如摩梭晚輩會問候老人家：「最近你沒有病（痛）吧？」一句近似肯定句的疑問句，意思是希望老人身體安康、沒病沒痛。聽到這種問候語，令我不禁想起母親曾說：「早期台灣農業社會，大家生活極為困苦，所以吃飯或吃飽是件很難達成的事情，因此大家在見面時都會體貼地問候對方：『吃飯沒？吃飽沒？』目的是希望對方已經達到企盼」。面對摩梭山區的醫療窘境，我想摩梭人的「最近你沒有病（痛）吧？」應該有著極相似的心情。

老實說，摩梭山區的醫療困境，會讓筆者的田野生涯數度出現忐忑不安的情緒，初始是走村串寨每每遇上摩梭婦女抱怨面對商品化醫療的難處，著實令人觸動心弦，卻又束手無策；再又是摩梭婦女就醫不足的問題，挑戰了曾閱讀過的婦女就醫不足論述，一時之間矛盾無法理清...。此章筆者將朝如何解決摩梭婦女醫療困境的目標出發，說明在全盤考察摩梭社會的政治經濟型態後，如何貫徹理論與實踐合一的道路。

### 實踐式研究的行動進程

筆者先後三入永寧鄉，第一次進入的目的在於完成永寧鄉婦女主任達史·拉



措向「中華滋根協會」申請資助的永寧鄉「婦女醫療衛生培訓計畫」，這個計畫施及的對象雖然不僅止於摩梭婦女，而是永寧鄉各族婦女，但是卻因此奠定了筆者對全鄉婦女醫療狀況的認識基礎，從而使得筆者在日後選定以摩梭婦女為研究對象時，可以仰賴這個基礎，更加掌握摩梭婦女所面對的醫療困境。

誠如 Paulo Freire (1982) 在《Pedagogy of the oppressed》一書中提到：「人作為實踐的實存，不同於純粹從事活動的動物，動物不必管這個世界是甚麼，它們沈湎於其中。相反的，人從世界中誕生、將它對象化，藉此用他們的勞動來認識這個世界和改造這個世界……但，人類的活動是由行動和反省所構成：這就是實踐、就是世界的改造。同時，實踐需要理論來引導，人類的活動是理論和實踐、是反省和行動，絕不能被矮化為耍嘴皮子和行動主義。」(引自羅加鈴、何玫娟、卞中佩、陳福裕 2000：19) 因此筆者藉由對 Paulo Freire 解放教育學的學習，將研究活動視作改造社會的實踐活動。

然而必須說明的是，筆者所持的實踐式研究並非是一種研究技術或研究方法，而是一種研究取向，是研究者帶著自我的價值判斷與世界觀，在調查與訪談的過程中，透過對話與被研究者進行互動，從而與被研究者在共同意識化 (Conscientization)<sup>60</sup>的前提下成為行動者進行協同合作，以期最終可以改造現存結構所導致的壓迫。因此研究過程即實踐過程，研究的開始便是實踐的開始，包括研究初期的文獻考察、資料蒐集、訪談等等，無一不是為了替每一個下一步的實踐活動做準備，也就是說，「實踐一方面須有社會調查作為行動的指導方針，另一方面亦提供了更進一步研究所須的資料。」(夏曉鵬 2002) 企盼藉由研究過程的推移，人民可以從中找尋到替代結構，使之脫離現存結構所引致的痛苦。

由於第一次進入摩梭社會背負著資助單位——中華滋根協會——的色彩，所以筆者非常謹慎地避免自己成為當地人口中叨唸的「給錢者」角色，流於所謂的施捨關係。因為筆者認為「發展工作」不同於「救濟工作」，而中華滋根協會提供資助的目的也不在於複製彼此間的依賴關係。所以筆者採行讓婦女基層工作者（如鄉婦女主任、村婦女組長、熱情婦女）共同參與討論、合作執行計畫的方式，進行中華滋根協會要求完成的培訓課程。如此的工作方式除了扣合中華滋根協會素來所稟持的在地化 (localization) 發展宗旨外，更可依此互動將筆者對現象的描述和發現做成結論，與之商討觀念上的差異，並在這種互動中建立彼此關係、進行對話。誠如夏曉鵬 (2002) 所言：「實踐式研究中的根本精神在於『賦權』 (empowerment)，或譯為『培力』，首先必須相信的是民眾有擁有能力的『潛力』 (而非現況)，從而協助他們培養批判檢視自身處境與結構的關係，以及集體變

---

<sup>60</sup> 意識化就是學習認知社會、政治、經濟上的矛盾，並採取行動對抗現實裡的壓迫。(Freire 1982：19) 簡言之，便是改變世界觀，並進而為改變現況而努力。

革現況的能力。在此意義之下，實踐式研究堅持研究對象『參與』的精神，其『協同研究』的形式與程度應依條件而不同。」

初始，筆者帶著既有的問題意識，然後在永寧鄉婦女主任的陪同下逐一訪調寧瀆縣婦女聯合會、永寧鄉行政機構、永寧鄉醫療單位、各村落從事婦女醫療相關工作的基層負責人，以及訪談各村勞動婦女，並在過程中不斷地蒐集相關資料（如人口普查統計資料、縣志、衛生志、婦女醫療現況...），以達成具體瞭解永寧鄉社會經濟結構的目的。同時，亦經由更多的文獻考察來發展進一步的問題意識，然後再透過質性調查與資料分析，更予釐清永寧鄉婦女醫療問題的定義、特性和婦女們所處的社會位置。希冀如此的多管齊下可以讓研究者與被研究者的對話具有依循的方向，因為相互「對話」（dialogue）與一般「談話」（conversation）截然不同，對話的目的在於讓「研究者」分享所知與尋找問題根源；讓「被研究者」逐漸瞭解自身處境及問題癥結，藉以形成批判意識，進而自主的尋求改造現存壓迫體制的可能性。所以整個過程是動向循環的，也就是說，研究者透過不斷進行的訪調與對話，不斷修正對問題的認識，並發展出新的問題意識，作為未來實踐的依據。（進程說明亦可參見圖四的 A 階段）

一連串的訪調工作後，必須面對的便是婦女醫療衛生培訓課程的設計，在以調查為依的情況下，筆者反覆與婦女主任討論後一致認為培訓課程需有如下多重的意義。首先，希望藉由培訓課程建立「訓練可以訓練他人的人」（training of trainer），讓她們再將受訓內容於各村落傳遞，因此每位受訓者<sup>61</sup>都是「種子」。其次，培訓課程的內容，為利自主持續的發展，皆朝向在地化的方向設計，例如當地婦女對月經的處理方式，可依經濟狀況分為使用舊布、草紙、衛生紙、衛生棉（極少數）四種，但這四種作為護墊的質材除了衛生棉外都極易有滲漏之慮，所以課程中便安排如何運用平時所用質材去製作滲漏度較低的護墊。再者，由於永寧鄉幅員遼闊，所以培訓前即便筆者勤於走村串寨，也都無法走遍全鄉瞭解各村落的醫療狀況，因此培訓除了醫療衛生知識的相互授受外，更可透過此一活動將各村落的狀況予以掌握，從而作為將來進一步實踐的依據。最後，透過培訓的過程，建立彼此的信任、合作關係，改變婦女們對群我的認識，使之不再以孤立的個人來面對當下的處境，並在對話的過程中逐漸形成討論的習慣，為以集體的利益為依歸提出解決方案做準備。

培訓課程的上課方式，筆者摒棄 Paulo Freire 所批評的填鴨式（banking）教學，決意採以互動式的工作坊（workshop）形式進行，因為工作坊「可視為焦點團體法的轉化。焦點團體法的作用在於『在短時間內針對研究議題，觀察到大量

---

<sup>61</sup> 此次參與培訓課程的婦女計有鄉婦女主任、村計畫生育宣傳員、村婦女組長、鄉衛生員、熱心婦女等等。

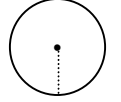
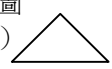
的語言互動和對話。研究者可以從此對話和互動取得資料和洞察…。』(胡幼慧 1996)工作坊的目的，則在取得資料和洞察之外，更加上意識覺醒 (conscientization)、賦權 (empowerment)。』(夏曉鵬 2002) 等目的。至於培訓課程的內容設計，皆是依據連日調查結果的總結分析所擬，因此富有強烈的針對性。例如泌尿生殖道疾病課程的編排源於鄉內婦女有偏高的好犯率，所以課程著重預防工作的說明；而避孕方法介紹乃因許多婦女對避孕方式存有不正确想像 (如月經會衝歪子宮內避孕器、結紮會影響勞動力...)，因此希望透過課程建立正確的避孕觀念。另如，愛滋病的編列則是因為調查期間有多位婦女問及相關知識，並表示急於理解傳染途徑等知識。

此外，為了使課程與前述預期的多重意義有所連結，課程主軸分別朝如何「培養種子」、適應在地方式，以及營造互動與對話的可能等目的邁進。例如：一、課程中不斷透過各種回試教的演練，以利受訓婦女未來可將所學在各村落熟練操作，順利傳達給村內的勞動婦女。二、儘量從調查結果的分析來進行課程編列，好比許多婦女仍以舊布處理月經；或使用一塊舊布貫穿整個經期毫不更換與清洗；甚或將作為護墊的舊布與襪子等可能帶有黴菌的衣物同洗，所以永寧鄉婦女泌尿生殖道感染的機率頗高。因此課程安排如何更換、清洗、消毒曝曬舊布的方法說明，使婦女可以從日常生活中執行預防疾病的工作。三、培訓過程中不斷透過遊戲、演練、討論的方式，讓彼此建立關係；並在過程中進行對話，使受訓婦女更加瞭解自身困境，同時也讓研究者更予釐清永寧婦女所面對的醫療問題。值得一提的是，培訓工作必須避免犯下不切實際的錯誤，例如在此地若鼓勵婦女行經期使用衛生棉；或建議疾病期多吃奶、蛋、魚、肉等營養食品，便犯了忽略當地經濟情況的錯誤。有鑑於此，筆者在永寧的研究過程中，非常注重在地條件，例如永寧婦女一般會害羞觸摸自身乳房進行乳房自我檢查的學習，於是便安排以紙張自製道具代替，並在道具製作的同時告知受訓者在其村內進行衛教時，可變換道具材料為泥土做成的小土堆或其它可利用的東西，儘量因時因地制宜。(課程內容與目的詳見表六)

**【表六】 婦女醫療培訓課程表**

項目 課別	課程主題	課程內容	課程目的
第一堂	告訴你，我是誰	1/暖身：以(賓果)遊戲進行自我介紹。 2/說明培訓課程內容與進行方式。	相互認識與熟悉。
第二堂	我認為的身體	1/自我認識的身體。 (以組為單位畫圖，並說明圖畫內容與意義)	運用圖畫來引導受訓者自我表達，初步瞭解當地婦女對自我身體的認識。
第三堂	女性身體與生理	1/女性生殖器解剖與生理介紹。 (以筆者自畫的大型解剖圖進行說明) 2/月經介紹與處理方式。 (示範與「回試教」 <sup>62</sup> 如何運用當地質材製作滲透度較低的衛生護墊)	1/讓受訓者認識身體的解剖構造，並瞭解月經形成的機轉。 2/讓受訓者認識月經處理方式與避免經期感染的方法。例如製作簡易且滲漏度較低的護墊、正確內褲清洗與曝曬方式。 3/透過受訓者回試教，擺脫單向溝通的學習方式，並讓受訓者練習如何進行衛生教育工作。
第四堂	認識婦女病	1/介紹各種泌尿生殖道疾病與預防方法。 (示範與回試教如噴後由尿道、陰道至肛門之防止感染的擦拭方式)	1/讓受訓者認識各種泌尿生殖道疾病與學習觀察身體異常症狀。 2/讓受訓者學習如何從生活中預防各種泌尿生殖道感染。
第五堂	我有話要說	1/綜合討論。 (以受訓者輪流敘述自身醫療史的方式開頭)	1/提問與討論問題。 2/促進情感交流、建立彼此關係。 3/進行情境與學話，以進一步瞭解各村落婦女醫療狀況。
第六堂	「生」與「不生」	1/複習生殖器官解剖概念。 (拼圖遊戲： 以組為單位拼出事先準備的「已支解生殖器官解剖圖」，並分組回試教--「就圖說明生殖器官各部位及其功能」)。 2/介紹懷孕與避孕。 (提供各種避孕器圖示或實物說明)	1/讓受訓者學習如何運用較趣味的遊戲方式進行衛教工作。 2/透過受訓者回試教，擺脫單向溝通的學習方式，並讓受訓者練習如何進行衛生教育工作。 3/讓受訓者認識懷孕與避孕機轉。 4/讓受訓者正確認識各種避孕方式的優缺點。 5/讓受訓者學習判斷適合自己的避孕方式。
第七堂	我們的乳房	1/乳房與乳癌介紹。	1/讓受訓者認識乳房構造與病變症狀。

<sup>62</sup> 即受訓者將所學再試著練習教導在場者。

		(示範與回試教乳房自我檢查) *乳房道具製作： 以 20×20 公分紙張，徒手撕成圓形狀，再以圓之圓心為基準，撕出一直線（如右圖一之虛線），然後將撕開處從右側疊約五公分至左側，便形成一類似乳房的圓錐體（如右圖二）。	2/透過受訓者回試教，擺脫單向溝通的學習方式，並讓受訓者練習如何進行衛生教育工作。 3/透過製作簡易道具進行衛教的課程，讓受訓者具有就地取材的觀念。  平面圖 (圖一)  → 立體圖 (圖二) 
第八堂	很想知道的醫療觀	1/介紹感冒與一般外傷的處理方式。 2/愛滋病介紹與預防方法。	1/讓受訓者認識感冒與外傷的處置。 2/讓受訓者認識訪調期間，各村受訪婦女提問機率頗高的愛滋病。
第九堂	大家來做總檢討	1/暖身：透過（猜領袖）遊戲讓 大家瞭解組織工作的關係。 2/綜合討論。 （以提問方法(problem-posing)帶 動團體討論議題）	1/透過暖身的遊戲帶動，讓受訓者認識組織的目的與意義。 2/以提問方法帶動團體討論議題，以瞭解婦女的困境，並尋求共同解決之道。 3/促進情感交流、建立彼此聯繫方式。 4/課程檢討與建議。 5/打破冷漠(apathy)，討論未來行動的可能。

第一次的永寧行，讓筆者初步取得永寧鄉婦女醫療現況的經驗資料，也形成了一定的問題意識。只是此一階段的想法尚停留於將婦女醫療困境聚焦在貧病與衛生觀念缺乏的範圍內，因此較少觸及全盤政治經濟層面的分析。此外，值得欣慰的是，在培訓課程的總檢討時，筆者發現婦女們已漸打破冷漠（apathy），開始主動地進行相互討論，並有集體行動的意願。例如相連幾個村的婦女共同提議可以合作舉辦衛生教育宣導會；更有婦女建議將現有受訓者組成衛教團體，在必要時相互支援；亦有婦女希望除了醫療培訓以外，可以建立不同形式的團體，以吸納更多的婦女參與（如成立掃盲班，即識字班）改變婦女困境的行動。這些訊息在在透露出引發婦女自主性和積極性的階段目標已經驅動。

然而工作坊的認識與實踐過程，雖然可以看出一些認識與行動發展的軌跡，以及研究者對工作坊的預期已有了好的開端（例如婦女開始反省自身問題的導因，有企圖改變的動機），但是婦女仍然還是停留在自在狀態（Being in itself），因為她們對自身處境的認識，甚至是現實處境本身，並沒有因為研究活動或培訓課程而有絲毫的改變，而且此階段婦女對問題的討論多流於表面，尚無社會分析的能力，因此仍須更進一步的推動。有鑑於此，回台後筆者便嚴肅地與指導教授夏曉鵬老師討論下一步行動的可能，由於夏老師一直以來鼓勵學生必須將理論與實踐統一，遂在我的請求下表示願意陪同前往永寧進行探勘，並與當地有心組織的熱情婦女分享多年來從事或所知的婦女組織工作經驗（如高雄美濃「外籍新娘」識字班<sup>63</sup>、智利婦女拼布工作坊<sup>64</sup>、菲律賓基層婦女組織<sup>65</sup>的經驗），然後再與筆者

<sup>63</sup> 詳見夏曉鵬（2002）〈實踐式研究的在地實踐：以「外籍新娘識字班」為例〉。即將發表於台灣社會研究季刊。

<sup>64</sup> 為智利白色恐怖時代的政治受難者女性家屬所組成，這些組織起來的婦女以破舊的碎布將家屬受迫害的景象縫製成拼布畫，然後將拼布畫偷偷運送至歐洲，藉以揭露皮諾切政權的暴行。

做更進一步的討論。也由於夏曉鵬老師的激勵與筆者自身對研究即實踐的期許，所以決定依此作為畢業論文的研究方向與寫作的題材。

第二次進入永寧前，由於新的問題意識尚在模糊階段，以及中華滋根協會的計畫已經完成。加諸，第一次母系摩梭社會給筆者的「衝擊」（參本文第一章），因此在多方考慮下，筆者傾向將研究範圍縮小，選擇永寧鄉佔最多數人口的摩梭婦女做為實踐工作的開端，並針對性地進行有關摩梭婦女醫療問題的調查。由於已經決定著重摩梭婦女醫療問題的研究，筆者遂將第一次進入永寧的田野筆記翻出，悉心整理出當時帶有疑慮的部分，諸如在這個「尊母崇女」的母系摩梭社會裡為何女性依舊就醫不足、在某些情況下為何摩梭婦女怯於就醫（如面臨害羞文化）等等。也因此，筆者開始儘可能的閱讀摩梭相關文獻，從中擬出一些再次進入永寧所要訪調的問題。職是之故，第二次進入永寧的焦點，主要在於釐清摩梭女性不就醫的結構性因素，以及在第一次進入永寧時所引發的婦女自主性和積極性的基礎上，從事婦女組織工作經驗的分享。

所謂「組織工作」指的是針對一群致力於共同需要，存有共同問題的人進行建立力量和能力的過程（即「賦權」），此過程必須包含調查、社會分析、意識化（改變世界觀）與不斷進行對話等步驟才能達成。例如夏曉鵬老師所推動的美濃「外籍新娘識字班」，目的就是讓長期被外界消音、矮化的「外籍新娘」藉由對中文的學習過程，可以逐漸檢視到自身處境與結構的關係，從而具有批判性思考與自主意識，然後進一步組織起來為爭取權益而行動。因此夏曉鵬老師的經驗分享對個別面對醫療困境的摩梭婦女來說，有著實質上的意義。由於夏老師可以停留永寧摩梭山區的時間並不長，因此進入永寧後，我們便開始馬不停蹄的拜訪先前曾參與醫療培訓課程的其中幾位較為熱情的摩梭婦女，除了將美濃「外籍新娘」識字班的課程教材、智利與菲律賓的婦女組織工作經驗和摩梭婦女分享外，更進一步的透過彼此的對話進行調查工作，並讓摩梭婦女瞭解組織的意義。然而也許是因為第二次進入的時間與第一次進入的時間相隔太久（約四個月），以及間隔的這段期間又由於婦女們忙於農事準備過冬，使得婦女們與筆者的關係生澀許多，對集體行動的意願也冷卻不少，雖然夏老師經驗分享的當下，婦女們皆表現出仔細聆聽的態度，但據筆者的觀察卻發現，婦女們的積極性顯然與培訓課程完結時的狀況大異其趣，對自身的所遇問題也趨於冷漠。

這樣的結果令筆者有些沮喪，但是經過冷靜思考後，筆者發現出現如斯的狀況應該先進行自我批判。原因在於：第一，筆者並未顧及時間上的倉促，在進入永寧摩梭山區後，便直接依恃先前建立的短暫關係直接進行與婦女的對話，從而在過程中強迫婦女理解組織工作的意涵。第二，由於筆者將現存結構與組織工作

---

<sup>65</sup> 說明菲律賓基層婦女組織（如 SAMAKANA-菲律賓女性團結解放聯盟、GABRIELA-菲律賓全國婦女組織聯盟、INNABUYOG-菲律賓原住民婦女團結聯盟）的婦女，如何運用手工藝品籌措經費以致力於受壓迫婦女的解放。

浪漫化，認為只要把經驗傳承便可喚起婦女們的能動性，因而忘卻了應該以宏觀的分析為基礎，找出摩梭婦女不就醫的根本性因素，從而在此立基點下與婦女進行對話，才能促使婦女將自身所面臨的醫療問題與批判意識連結，以作為改造現存結構的依循方向。第三，筆者並未考慮過永寧摩梭山區的土地廣闊、居住分散、農忙季節無暇進行額外事務等主客觀因素對婦女連結與組織工作的影響，純粹從自身在台灣的過往經驗（萬華遊民組織工作）<sup>66</sup>出發。導致摩梭婦女面對此次的經驗分享有些焦慮，且懷有先前在培訓課程上所做承諾未予履行的壓力。第四，由於筆者無法長期蹲點，加諸兩次進入的間隔時間裡無任何搭配措施延續第一次的經驗，因此經驗無法累積，所以第二次進入便直接分享組織工作的經驗就形成了突兀的局面。

第二次的永寧行雖有多所缺失，不過仍有局部收穫，最起碼在摩梭婦女所面對的醫療問題上，筆者得到進一步的問題意識：即「經濟型態差異」可能是影響摩梭婦女不就醫的根本性（支配性）因素。不過有鑑於如上缺失，筆者被迫放緩接下來的實踐式研究行動進程的腳步。而為了達成更具體瞭解摩梭社會經濟結構的目的，筆者參考自己在 1998 年至 2000 年以 Paulo Freire 的理論為基礎的萬華遊民實踐式研究，做進一步的出發。

於是第三次進入永寧的初始，筆者以當時所建立的問題意識為依，在以往的基礎上再次逐一訪調各相關機構（如永寧鄉行政機構、永寧鄉醫療單位等）及各村落摩梭婦女，不斷地進行相關資料的蒐集。同時，亦經由更多的文獻考察來發展進一步的問題意識，然後再透過質性調查與資料分析，更加釐清摩梭婦女醫療問題的定義、特性和摩梭婦女所處的社會位置（即圖四的 A 階段）。過程中，也不時透過訪談進行衛教工作與建立信任關係，例如許多摩梭婦女談及醫療史時，常會說曾患過肚子痛的病症，但是當筆者問及何種腹痛時卻難以清楚說明。此時筆者就會給予腹部簡單解剖構造的解說，並解釋何種部位、症狀...是罹患何種腸胃道疾病。如此的衛教主要是讓摩梭婦女熟悉初步判斷病症的方法，以防止延誤醫療（如闌尾炎）的事件發生。此外，也由於透過衛教工作取得的信任關係，讓摩梭婦女們較易提出相關生殖器官疾病的問題或病史，從而使得筆者在研究過程中較易取得相關害羞文化等一般研究者難以取得的資料。隨著研究進程的推移，筆者更不斷地與婦女進行對話，企圖打破婦女對自身醫療問題的冷漠，以期逐步達至「批判意識的覺醒」（critical awareness）。例如，調查過程中，筆者充分運用曾是醫護人員的身份，在訪談中先進行醫療諮詢，然後在引起熱烈討論後輔以社會經濟結構所造成之問題的對談。通常進行的方式是筆者以提問方法（problem-posing）帶動議題討論，營造對話的氣氛，像是提出：「為什麼許多摩梭婦女會覺得最大的醫療問題就是沒錢看病？」然後再從這個問題擴散商討問題的根

---

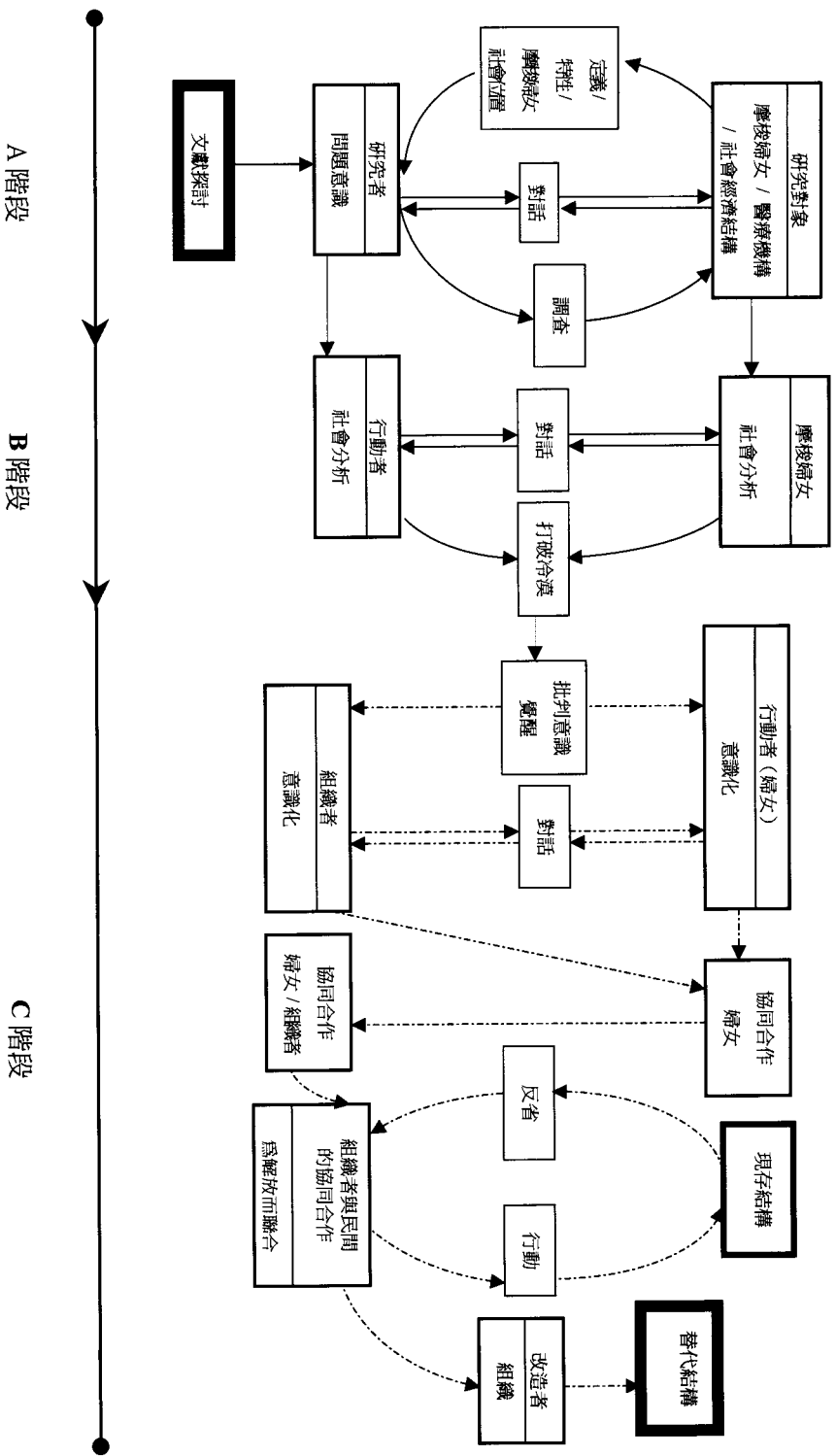
<sup>66</sup> 詳見羅加鈴、何玟娟、卞中佩、陳福裕（2000）〈萬華遊民的實踐型研究：以萬華遊民工作坊為例〉「八十八學年度大學校院學生學術研討會」（5月17日），台北：世新大學。

本性因素何在，讓摩梭婦女透過對話，以理解現今沒錢就醫的問題源於社會結構促成，非個人力量可以改造。

總的來說，本研究的實踐式進程始於經由文獻考察來發展筆者對摩梭婦女醫療議題的問題意識。然後，有鑑於明確的實踐取向，筆者一開始便作為行動者出現，透過訪談研究對象（摩梭婦女／醫療機構）進行相關資料的蒐集，以達成具體瞭解摩梭山區社會經濟結構作為實踐依據的目的。同時，亦藉由更多的文獻考察來發展進一步的問題意識，並根據質性調查與資料分析更予釐清摩梭婦女醫療問題的定義、特性和摩梭婦女的社會位置，以及憑藉對問題的初步認識同研究對象進行互為主體的對話（至此為圖四的 A 階段）。接著以 A 階段的基礎為依，透過不斷對話讓摩梭婦女逐步具有分析自身處境的能力；也讓行動者（筆者）可以作出具體的社會分析。之後則將分析的總結透過相互的對話來打破面對所遇困境的冷漠態度，使行動者及摩梭婦女共同達到「批判意識的覺醒」(critical awareness)（至此為圖四的 B 階段）。並進而使摩梭婦女成為具有改變現存問題動機的行動者，然後在意識化（世界觀受到改造）的情況下改變以孤立的個人來面對當下的問題。至於原先作為行動者的筆者，在此一階段則改以組織婦女的組織者姿態出現，並持續透過與行動者（摩梭婦女）的對話，改變摩梭婦女的群我關係，使之具有集體意識與組織的意願。從而在致力於共同利益的基礎上商討婦女醫療問題的解決之道，並進一步尋求更多的民間資源予以合作，一起為改造現存結構的壓迫而行動。而不斷進行變革的行動亦需透過不斷的經驗總結與反省，讓作為改造者的組織（筆者、摩梭婦女、民間資源等所組成）可以及早尋找出可行的替代結構，向解放摩梭婦女之路邁進（至此為圖四的 C 階段）。值得注意的是，整個實踐式研究的過程是漸進而動向循環的，亦即並非一直持續的前進，而是隨時有可能退回去進行修正。譬如可能因為重新修正了問題意識就退回至文獻探討，總之每一個步驟都是奠定後來行動的基礎。關於實踐式研究的行動進程的說明可見圖四，其中實線部分表示本論文已經進行（進行中）的階段，虛線部分則是未來預備（計畫中）進行的步驟。



【圖四】實踐式研究行動進程概念圖示



## 研究限制與可行方案

經過政治經濟考察，我們可以確立阻礙摩梭婦女就醫的根源在於貨幣缺乏，而其背後引含的根本性（支配性）因素是來自「兩種生產方式的矛盾」。亦即，處於自然經濟體制下的摩梭社會與在市場經濟體制的商品化醫療之間的矛盾，透過摩梭婦女缺乏貨幣以致就醫不足的現象表現出來。但是由於社會經濟型態的發展與當前社會主義市場經濟運作方式存有矛盾所造成的貨幣缺乏；與社會經濟發展水平始終落後於平均發展指數所造成的貨幣不足是不盡相同的導因。因為前者是自然條件限制、歷史因素堆疊、政權政策轉變...等結構性因素所砌成，不似後者可以透過建立符合當前市場經濟規律下商品化農業產銷體系；或推動農業機械化、農產多元化來進行變革，因此唯有透過漫長的賦權過程來尋求解決問題的替代結構。

但是由於受到論文寫作進程的限制，目前整個實踐式研究的進程只停留於取得新的社會分析階段（即圖四的 B 階段），尚無機會將分析的總結（即兩種生產方式的矛盾）透過對話來喚起摩梭婦女的批判意識，從而也無法在此基礎上完成行動者與組織者的意識化以共同尋求可能的解決途徑（即圖四的 C 階段）。此外，由於未來的實踐過程必須透過更多互動與資料才能持續前進，所以筆者目前僅能指出可能的工作內容與解決問題之道。

正是基於這樣的認識，筆者以為若要解決永寧摩梭婦女所面對的醫療問題可從兩個方面著手。第一，在受制經濟差異，缺乏貨幣購買商品化醫療的情況下，自行籌措符合當地的醫療形式。第二，針對醫療失去公益性的商品化問題，進行可能的「去商品化」措施。例如，第一個方法可從摩梭山區富含中草藥資源的優勢著手，透過對摩梭婦女日常應用於生病狀態的草藥種類的調查，以及進行地方耆老與當地中草藥醫師的經驗分析，總結整理出可治療日常生病狀態的藥物種類，建立符合當地的醫療模式。當然，這種服膺當地的醫療模式還需配合賦權工作的進行。像是培訓婦女判定生病與投藥技能，以及能夠觀察出何種疾病不在適用範圍或需緊急外送就醫。或是培訓婦女具有預防觀念，使部分疾病的感染率降低（如先前提及的陰道炎可透過如廁後的擦拭方向進行預防）。

至於針對醫療失去公益性的商品化問題，進行可能的「去商品化」措施方面，則還是需從中央政策的制度改革入手。例如中國大陸目前極力推展農村合作醫療體制再度復甦，但現今的合作醫療與文革時期具有社隊核算基礎的全國一統性合作醫療體制不同，因為現今是各地按自我實際情況予以辦理，形式上分有「全鄉統籌」、「村辦鄉管」、「村辦村管」等形式，經費來源於個人出資、集體資助、國家扶助。然而，由於許多貧困農村資金籌措困難，經費不足以辦理合作醫療體制，使得「現今的公費醫療、勞保醫療和農村合作醫療僅能覆蓋全國 20~25% 人口，

仍有 75~80% 的廣大人口，尤其是農民的醫療服務沒有保障。」（仇雨臨、孫樹菡 2001：164）有鑑於此，筆者認為合作醫療制度的實施應由中央進行統籌，讓醫療公益性、服務性的目的可以平均施及個個農村，而不是「進駐富裕農村、遠離貧困農村」。

此外，若農村合作醫療體制可與某些成功經驗進行計畫整合，除了可以改善現今醫療之不方便性和不可近性問題外，亦可讓人民在計畫進程中學習自我照護的能力。以 2000 年 10 月至 2001 年 4 月，慈濟醫院在花蓮壽豐鄉原住民部落所進行的「醫藥箱推廣計畫」為例。此計畫的成立乃因原住民部落長期缺醫少藥，導致許多居民必須不遠千里的奔波才能得到醫治，因此慈濟醫院有鑑於醫療必須走入社區的宗旨，遂以鄰里為單位配置固定醫藥箱（初期慈濟醫院定期補充耗材，計畫轉移後由當地自行籌資解決），然後逐次透過醫療人員培訓持有醫藥箱的居民瞭解醫藥箱的內容物（外用及內服藥）的使用方法，並以月為單位，一年為期限，追蹤評估居民使用藥物的情形做成記錄，希望藉此能夠提昇居民自我照護能力，減少某些可以自行處置的疾病（如感冒、疼痛、上吐下瀉、腹痛等）延誤醫療或奔波市區之苦。據筆者考察，慈濟醫院的醫療人員已將計畫轉移給部落的居民組織（如里鄰辦公室）自行籌畫運作，並在計畫轉移過程中加入慢性病衛教及急救常識的課程（如急性腹痛、心肌梗塞、呼吸急症等），達到完善的自我照護與改善無醫無藥的窘境。由此看來，我們正好可將此計畫做為借鏡，學習該計畫適宜永寧摩梭山區的部分，在永寧摩梭山區推展；同時，亦可將摩梭山區普遍婦女對草藥的認識與使用融入，設計成服膺在地化自主發展的醫療箱推廣計畫執行之。

最後，筆者企盼，除了仰賴漫長的「賦權」過程可以打破根植於生產方式的矛盾的現實醫療困境外，亦期望藉由本論文提醒中國大陸的醫療衛生部門，以及後續研究者共同為解決此一問題而努力。

## 參考文獻

### 中文部分：

Abbott, Pamela and Wallace, Claire

(1995)《女性主義觀點的社會學》(俞智敏、陳光遠等合譯)。台北：巨流圖書公司。

Amin, Samir

(1998)《不平等的發展》(高鈿譯)。台北：桂冠圖書公司。

Chowdhry, Geeta

(2000)〈使發展理論具有社會性別意識：國際發展機構中的婦女參與發展(WID)計畫〉(魏艷梅譯)，見馬元曦(主編)《社會性別與發展譯文集》，頁63-79。北京：三聯書店。

Foster, George M.

(1992)《醫療人類學》(陳華、黃新美合譯)。台北：桂冠圖書公司。

Harman, Chris

(1995) 婦女受壓迫的歷史起源：評介恩格斯的家庭、私有制與國家的起源)(廖化改寫)《先驅》32。(http://member.hkbn.net/~pioneerhk/)2002/01/13

Magezis, Joy

(2000)《女性研究自學讀本》(何穎怡譯)。台北：女書文化。

Parpart, Jane L.

(1999)〈後現代主義、性別、發展〉(薛翠譯)，見許寶強、王暉(合編)《發展的迷失》，頁223-240。北京：三聯書店。

Yalom, Marilyn

(2000)《乳房的歷史》(何穎怡譯)。台北：先覺出版社。

几乃華

(1995)〈婦女與發展：理論、實踐與問題〉，見鮑曉蘭（主編）《西方女性主義研究評介》，頁 203-243。北京：三聯書店。

中國社會科學院農村發展研究所

(2000)《中國農村發展報告 1》。北京：社會科學文獻出版社。

丹心（譯）

(1998)〈九十年代的女權主義——訪問蓮·薛高（Lynne Segal）〉《先驅》50。(http://member.hkbn.net/~pioneerhk/) 2002/01/13

仇雨臨、孫樹菡

(2001)《醫療保險》。北京：中國人民大學出版社。

台灣大學人口研究中心婦女研究室

(1990)〈主題一：當前女性偏高之疾病及特殊健康需求〉「婦女與健康學術研討會」(5月26日)，台北：台灣大學。

何方

〈透視醫療高收費〉，中華週末報，第一版，2000年6月16日。

何撒娜

(1999)《聚散之間：納人的喪葬儀式與家屋象徵》。新竹：清華大學人類學研究所碩士論文。

宋兆麟

(1964)〈雲南永寧納西族的葬俗-兼談對仰韶文化葬俗的看法〉《考古》4：200-204。

宋恩常

(1976)〈略論解放前永寧納西族的群婚家庭殘餘〉《思想戰線》4：32-42。

李竹青、那日

(1998)《中國少數民族經濟概論》。北京：中央民族大學出版社。

李軍

(2001)〈為貧困人群提供更加公平的基本醫療衛生服務〉《生育健康與社會科學通訊》6。

李淑真

(2000)〈婦女健康政策停、看、聽〉《婦女與兩性研究通訊》56：43-44。

李紹明

(1984)〈川滇邊境納日人的族別問題〉《中國社會科學》1：48。

和鍾華

(2000)《生存和文化的選擇：摩梭母系制及其現代變遷》。昆明：雲南教育出版社。

周華山

(2001)《重女不輕母的母系摩梭-無父無夫的國度？》。香港：香港同志研究社。

拉木·嘎吐薩

(1999)《摩梭達巴文化》。昆明：雲南民族出版社。

林怡欣

(2000)《醫病互動關係中的身體自主權：以女性女癌病患為例》。高雄：高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。

姚順增

(1997)《雲南少數民族價值觀的歷史和發展》。昆明：雲南美術出版社。

美國波士頓婦女健康寫作集體

(1998)《美國婦女自我保健經典：我們的身體，我們自己》(中國心理衛生協會婦女健康與發展專業委員會譯)。北京：知識出版社。

胡幼慧

(1996)《質性研究：理論、方法及本土女性研究實例》。台北：巨流圖書公司。

胡玉坤

(1998)〈從實證研究到行動干預：全國婦聯的生育健康項目〉，見金虹、劉伯紅（合編）《世紀之交的中國婦女與發展：理論、經濟、文化、健康》，頁 365-377。南京：南京大學出版社。

夏曉鵬

(2002)〈實踐式研究的在地實踐：以「外籍新娘識字班」為例〉。即將發表於台灣社會研究季刊。

恩格斯

(1989)《家庭、私有制和國家的起源》。台北：谷風出版社。

馬克思

(1991)《資本論》（第一卷）。北京：人民出版社。

國家民委經濟發展司、國家統計局國民經濟綜合統計司編

(2000)《中國民族統計年鑑》。北京：民族出版社。

國家統計局

(1997)《中國統計年鑑 1997》。北京：中國統計出版社。

國家統計局農村社會經濟調查總隊

(2000)《中國農村住戶調查年鑑》。北京：中國統計出版社。

張珏

(1993)〈由出生性別比例談墮胎與婦女健康〉《婦女研究通訊》29：2-3。

張珣

(2000)《疾病與文化》。台北：稻香出版社。

張荳雲

(1998)《醫療與社會：醫療社會學的探索》。台北：巨流圖書有限公司。

張開寧

(1998)〈生育健康幾個重要問題的研究與實踐〉，見金虹、劉伯紅（合編）《世紀之交的中國婦女與發展：理論、經濟、文化、健康》，頁 392-415。

南京：南京大學出版社。

張磊

(1992)〈民族間經濟交往對摩梭人社會文化的影響〉《民族學》3、4：109-111。

張曉玲

(1998)《婦女與人權》。北京：新華出版社。

畢恆達

(1996)〈詮釋學與質性研究〉，見胡幼慧（編）《質性研究-理論、方法及本土女性研究實例》，頁 27-45。台北：巨流圖書公司。

許滌新

(1987)《政治經濟學辭典》。北京：人民出版社。

陳依琪

(2001)《全民健康保險醫療資源分配：非醫療需要變數之影響》。台北：台北醫學院醫學研究所碩士論文。

陳錫文

(2000)〈對當前糧食形勢的若干看法〉《中國期貨財經網》。  
([http://www.cantake.com/news/news\\_detail.php?newsid=104](http://www.cantake.com/news/news_detail.php?newsid=104)) 2002/04/13

陳鐵軍、張蕙君、余文嵐

(1996)《少數民族地區經濟運行與轉換》。雲南：雲南大學出版社。

彭瑞聰、蔡仁華、周采銘

(1992)《中國改革全書 1978~1991：醫療衛生體系改革卷》。大連：大連出版社。

程德祺

(1985)〈母系制實例研究的可喜成果-讀『永寧納西族納西族的阿注婚姻和母系家庭』、『永寧納西族的母系制』兩書〉《中國社會科學》4：215-223。

雲南省寧蒗彝族自治縣志編纂委員會

(1993)《寧蒗彝族自治縣志》。昆明：雲南民族出版社。



馮瑛冰、崔軍強、胡曉夢

〈揭底高藥價〉，北京青年報，第一版，2000年6月12日。

楊二車娜姆、李威海

(1997)《走出女兒國》。北京：中國社會出版社。

楊士杰

(1998)《雲南山地民族生活方式的傳承與選擇》。昆明：雲南人民出版社。

楊長苓

(2000)〈質性研究工作坊系列一：訪談法(1)〉《婦女與兩性研究通訊》  
56：2-7。

楊毓才

(1989)《雲南各民族經濟發展史》。昆明：雲南民族出版社。

楊學政

(1985)〈摩梭人傳統生育觀與人口規律試探〉《雲南社會科學》1：56-62。

詹承緒、王承權、李近春、劉龍初

(1980)《永寧納西族的阿注婚姻和母系家庭》。上海：上海人民出版社。

寧蒗彝族自治縣交通志編寫組

(1993)《寧蒗彝族自治縣交通志》。昆明：雲南民族出版社。

寧蒗彝族自治縣衛生局、寧蒗彝族自治縣史志辦

(2000)《寧蒗彝族自治縣衛生志》。昆明：雲南民族出版社。

劉仲冬

(1998)《女性醫療社會學》。台北：女書文化。

劉伯紅

(1998)〈用社會性別觀念看婦女健康：「我們的身體，我們自己簡介」〉，  
見金虹、劉伯紅(合編)《世紀之交的中國婦女與發展：理論、經濟、  
文化、健康》，頁427-434。南京：南京大學出版社。

滕顯問

(1983)〈略論中國封建社會商人資本的特徵〉《北京師範大學學報》3：52-59。

衛生部

(1997)〈中共中央國務院關於衛生改革與發展的決定〉  
(<http://www.moh.gov.cn/new/001008a.htm>) 2001/04/26

衛生部井岡山聯合戰鬥兵團、紅代會北醫聯合總部

(1967)《毛主席對衛生工作的指示》。

衛生部衛生統計信息中心

(1998)〈八十年代以來我國醫院資源及其利用簡況〉  
(<http://www.moh.gov.cn/jk98/yy80-97.htm1>) 2001/04/26

鄭怡雯

(2001)《中國大陸農村勞動力流動與勞動力市場的形成》。台北：政治大學勞工研究所碩士論文。

曉根

(1992)〈拉佤族女性崇拜觀念探析〉《雲南民族學院學報》1：31-34。

韓嘉玲

(1997)《中國貧困農村婦女發展進程研究：貴州省雷山縣案例剖析》。北京：北京大學博士論文。

羅加鈴、何玟娟、卞中佩、陳福裕

(2000)〈萬華遊民的實踐型研究：以萬華遊民工作坊為例〉「八十八學年度大學校院學生學術研討會」(5月17日)，台北：世新大學。

羅加鈴等

(1999)《國際人道救援團體資源手冊》。台北：世新大學社會發展研究所。

嚴汝嫻、宋兆麟

(1983)《永寧納西族的母系制》。昆明：雲南人民出版社。

蘇紅軍

(1995)〈第三世界婦女與女性主義政治〉，見顧燕玲、鄭至慧（合編）《女性主義經典：十八世紀歐洲啓蒙，二十世紀本土反思》，頁 366-378。台北：女書文化。

饒琨

(1992)〈論雲南民族刀耕火種農業的原始宗教觀念〉《民族學》3、4：40-48。

## 英文部分：

Chatterjee, Meera.

(1990) . "Indian Women: Their Health and Economic Productivity,"  
([http://www.worldbank.org/gender/projects\\_programs/esw109.htm](http://www.worldbank.org/gender/projects_programs/esw109.htm)) , 2002/05/01

Freire, Paulo.

(1982) ."Pedagogy of The Oppressed," Translated by Myra Bergman Ramos,  
New York: Continuum.

-----

(1998) ."Teachers as Cultural Workers," Translated by Donaldo Macedo, Dale  
Koike, and Alexandre Oliveira, Colorado: Westview Press.

Hope, Anne & Timmel, Sally

(1984) ."Training for Transformation: A Handbook for Community Workers,"  
Gweru: Mambo Press.

Hsu, Elisabeth.

(1998) ."Introduction," in book, Oppitz, Michael. and Hsu, Elisabeth. (eds.) ,  
Naxi and Moso Ethnography: Kin, Rites, Pictographs. pp.9-22. Zürich:  
Völkerkunde-museum der Universität Zürich.

-----

(1998) ."Moso and Naxi: the House," in book, Oppitz, Michael. and Hsu, Elisabeth. (eds.) , Naxi and Moso Ethnography: Kin, Rites, Pictographs. pp.67-102. Zürich: Völkerkunde-museum der Universität Zürich.

CE, Okojie.

(1994) . "Gender Inequalities of health in the Third World," Social Science & Medicine 39(9): 1237-47.

Shor, Ira. & Freire, Paulo.

(1987) ."A Pedagogy for Liberation:Dialogus on Transforming Education," London: Bergin and Garvey Publishers.

United Nation Population Fund's

(2000) ."The State of World Population 2000,"  
(<http://www.unfpa.org/swp/2000/english/index.html>) , 2002/05/01

Weber, David O.

(1994) ." Health her story," The Healthcare Forum Journal 37:37-xx.

Ziegler, Jan.

(1998) ." The gender gap: Health care's next frontier," Business and Health 16:29-34.