

乡村卫生组织在地化的调适

——从定县实验到华西卫生实验

■ 葛 珊 宣朝庆

[内容提要]乡村基层卫生组织是现代卫生资源向乡村社会下沉的重要载体,建设有效的基层组织也是实现乡村卫生现代化的瓶颈问题。本文以中华平民教育促进会的乡村基层卫生组织建设为研究对象,通过比较定县实验区和华西实验区现代卫生的在地化发展,探究乡村卫生制度、卫生服务、卫生人员等方面的在地化调适过程,发现乡村卫生组织在地化的实现需要在制度化卫生体系的框架中,合理发挥地方民众主体性的作用,实现外部卫生资源与内部组织成员的互嵌。要做到这一点,必须使组织制度与地方社会环境耦合,组织运作与地方社会资源对接,组织动员与地方社会结构互融,舍此之外,现代卫生在乡村的在地化可能很难成功。

[关键词]乡村卫生 定县实验区 华西实验区 在地化

一、卫生在地化： “现代性”与“乡土性”的调谐

结合乡土社会特征,对乡村卫生体系进行整体性、系统性的调整,推进外部卫生资源与乡村社会互嵌,进而实现乡村卫生的现代化,仍然是目前乡村卫生体系建设亟待解决的问题。尽管我国自2009年启动新一轮公共卫生体系改革以来,公共卫生事业取得了显著成效,但乡村卫生领域长期存在短板。^①这是由乡村社会系统所具有的“乡土性”和现代卫生体系所具有的“现代

性”之间的矛盾决定的。作为一个带有区域性特征的社会系统,乡土社会长期与封闭循环的社会体系相适应,因而形成了稳定的卫生方式和卫生观念。现代化的变迁不可避免地蕴含着对旧的生活方式和价值系统的破坏,^②对于这种破坏其具有稳定性的、社会规律性的传统卫生方式和卫生观念的行为,乡土社会必然会产生抗拒与适应。为消解其抗拒,提高适应性,卫生现代化在给乡土社会带来非预期性变迁的同时,也在不断提高着自身社会调适和自控的能力。所以,乡村卫生的现代化不是一个静态的制度植入过程,而

葛珊:南开大学周恩来政府管理学院(Ge Shan, School of Zhou Enlai Government, Nankai University)

宣朝庆:南开大学周恩来政府管理学院(Xuan Chaoqing, School of Zhou Enlai Government, Nankai University)

是一个动态的在地化过程。

“在地化”^③是现代化调适的重要逻辑。任何一个社会系统的现代化都含有“创造”与“适应”两种形态,二者分别由主位文化的“内发的力量”和客位文化的“外发的压力”促成。^④在地化即是一个主位文化在客位文化的冲击下而引起的重整反应,^⑤它是地方性社会文化抗拒并适应外来事物的重要过程,强调异质性向一致性的转化,体现在本文中,其核心则是“现代性”与“乡土性”成功联结与创造性转化。通过在地化的调适,能够在符合乡土社会生活和社会制度规律性的条件下,调适组织制度、组织运作与组织动员的形式,使之比以往的现代化实践更好地弥合现代性与乡土性在环境、资源与结构上的罅隙,推动地方社会的现代化。

现代卫生在乡村在地化的前提是认识地方民情与民众的主体性,提高农民的主动参与度。乡村本质上属于熟人社会共同体,其熟人社会规则的运行,构成了特殊的地方民情,形成了乡村卫生建设的文化环境。在基层卫生上,民众是在民情的基础上参与卫生体系的,如果他们能够发挥主体性,主动参与卫生服务,就能够提高外部卫生资源向乡村内部传输的转化效果。在普遍性制度体系与乡土社会民情互相渗透的乡村卫生现代化过程中,在地化要着力于外部驱动力与民众主体性、积极性的衔接,推进卫生观念的传导性变革与卫生体系的自发性建设。其中,关键是推进在地化的卫生组织建设,使当地民众有一个合适的参与医疗服务与防疫工作的载体,助推制度化的卫生体系和资源充分与地方社会耦合、对接,切实发挥现代卫生资源的实践效果。因此,实现乡村卫生组织的在地化,是推进乡村卫生体系发展的重要课题。

在这个方面,中华平民教育促进会(以下简称“平教会”)主导的定县和华西实验区的卫生实

验,为现代卫生组织的在地化提供了重要参照,有必要进一步深入研究。定县实验发生于1926年—1937年,其卫生实验创设了三级卫生保健制度,为改善农村基本卫生服务提供了重要范例,被誉为“定县模式”。该模式通过专业技术人员和农村非专业技术人员的合作推进卫生组织在地化,对改善农村卫生状况,推动公共事业发展做出了重要贡献。华西实验区的卫生实验运转于1946年—1950年,^⑥它在定县基层卫生制度体系的基础上,加大了对基层卫生的投入,通过松散化制度体系,提供“全民化”的卫生服务,强化本地人员的培训,对定县模式进行了在地化调适。因此,华西卫生实验经历的移植、演化和发展过程,可视为乡村卫生组织在地化变迁的典型案例。剖析从定县到华西卫生实验的实践成果及其转型理路,能够为推进乡村公共卫生事业提供有益借鉴。

部分学者将定县和华西实验区的卫生工作视为考察民国时期基层卫生组织与地方社会的渐进性变革关系的重要切入点。^⑦然而,多数研究集中于探求实践经验和进行模式对比,^⑧侧重于还原的、实践模式的演绎,^⑨力图从社会史的角度,再现近代卫生实验区的概貌,^⑩导致过度聚焦于史料的阐释,忽视了成效评价与成功机制的剖析。仅有少数学者探讨了本土知识人群体对乡村建设实践的推进作用,^⑪但仅仅聚焦于内部精英阶层这一单一面向,既没有重视外部资源的驱动力,也没有体察普通民众的地方性作用,有割裂上下与内外之嫌,对外部资源与地方社会的互嵌过程和机制的呈现不尽如人意。

本文通过对定县实验区与华西实验区乡村卫生工作的差异性比较,考察华西实验区卫生体系的转向及其在地化调适,从现代卫生措施的渗透与“地方”民众的意识和行为之间形成的复杂的调适与冲突关系,解读卫生工作在基层的实

践,探寻乡村卫生组织的制度化体系与主体性动员之间的持久张力,审视地方民众在乡村卫生建设以及地方社会变革上独特的组织能力与创新活力。

二、乡村卫生问题 与定县的卫生制度生产

传统乡村卫生具有两个特点:其一,民俗医疗行为发达^⑫;其二,中医系统“自由化”影响深远^⑬。乡村卫生的特点使之天然具有抵抗现代卫生体系的文化底蕴。由于民国时期基层卫生行政尚未形成完整的网络,相应的专业社群组织也未发育成熟,^⑭对民俗医疗行为的信奉和中医系统“自由化”的推崇,导致现代卫生措施渗入乡村极慢。20世纪以来,西方医学观念的输入使现代卫生管理、教育体系成为公共卫生事业建设的参照规范,乡村建设团体作为中介勾连起现代卫生实践和传统乡村卫生观念,对改善乡村卫生服务起了一定的效果,但没能彻底改变乡村卫生的落后状况。

(一)乡村卫生问题与卫生改良

乡村卫生的主要问题表现在农民卫生意识落后,卫生环境和卫生资源恶劣。农村垃圾和污水往往随意倾倒排放,使河浜、土井等饮用水源极易受病菌污染,加剧了农民的患病率。^⑮由于卫生资源主要集中在城市地区,农村现代卫生资源极度匮乏,疾病与鬼神世界观的一致性又影响了民众的思想,尤其是农村闭塞,习惯守旧,^⑯农民患病后往往通过祈禳等民俗医疗行为寻求治疗,^⑰易将小病拖成大病,导致病死率上升。除了“民俗”医疗,农民还会求助于传统中医,而中医群体医疗能力参差不齐,导致许多疾病难以得到及时救治。在幅员辽阔、人口众多、传统卫生观念根深蒂固的中国农村,卫生行政的触角被不可

知力量的感知模式和空间的界限感所抵制而难以深入,绝大多数地区仍处于缺医少药的状态,甚至缺乏基本的现代卫生观念和常识。

旧中国的乡村卫生事业起步晚,近代卫生事业建设直到晚清末年才开始,政府统筹的卫生行政事业则始于民初,且在整个民国时期一直处于不断完善的过程中。清末新政,清政府学习日本进行卫生改革,但改革范围极小,且公共卫生政策和医界管理政策存在诸多不足,成效非常有限。^⑱国民政府意识到公共卫生的改善,疫病的预防与控制,对社会稳定、经济增长的作用,因而将协调医疗卫生与社会的卫生行政机构视为一个重要部门。^⑲为了不断完善城市地区的卫生行政建制,国民政府先设卫生司,进而陆续完备中央卫生行政体制——省设卫生处,市县设卫生局。不过,虽然近代以来国家逐渐意识到公共卫生事业的重要性,但全国卫生行政“有首无肢”,卫生机构人员少、待遇低,并无资格规定,其成员多半不谙卫生,且位置常因长官更动而调换,流动性大,认真办理公共卫生的地方鲜少。^⑳公共卫生事业经费支绌、设备不周,农村卫生状况复杂,加之医生数量极少,专业医生训练需时太久,政府试图依靠行政力量一举解决乡村卫生问题,显然是力不从心的。

一些有识之士认识到农村卫生问题的严峻性和行政卫生机构作用的有限性,开始了乡村卫生建设的尝试性工作。以南京晓庄学校、平教会等为代表的乡村建设运动团体都将乡村卫生建设作为最主要的目标之一,试图通过建立卫生保健体系、提供免费医疗等形式进行医疗救济和卫生改良。例如,陶行知于1927年3月在南京创办“晓庄试验乡村师范”(后更名为南京晓庄学校),1929年国民政府卫生部与之合作试办乡村卫生试验所,利用校内资源,开展清洁乡村运动,宣传卫生防疫教育,普及疾病防治知识。^㉑平教会也

于1929年选择河北定县为实验县,研究和改善农民生活,其中包括推广公共卫生以预防疾病,解决医疗照顾等问题。^②

乡村建设运动兴起以后,各处兴办民众教育的目标不再侧重于文字教育,而转向健康教育,各地建立了许多的诊疗所。自20世纪30年代第二次全国内政会议决议推行县政改革后,城市公共卫生事业逐渐向农村扩张,各县纷纷设县立医院,要为乡民造福。^③但是,全国卫生实验区建设的影响范围有限,整体而言,乡村卫生事业发展仍比较落后,农民卫生意识也较弱。据李廷安对乡村卫生的调查,截至1933年9月底,全国乡村卫生机关仅有17处。其中,内政部卫生署举办1处,县或市政府独办2处,县市与中央合办6处,市与学校合办2处,私人团体举办6处。^④由于人员及预算有限,这些机构主要负责治疗工作,其次是传染病的控制,其他工作如公共卫生宣传、卫生清洁和对鸦片患者的治疗开展不全,而且各卫生机构的水平也很参差。^⑤

(二)定县卫生体系的制度化

1929年9月,平教会设立了卫生教育部,用以指导定县卫生实验,研究改善农村卫生环境,推广公共卫生事业。其中,要着力解决两大问题:一是卫生资源集中在城市,农民看不成病;二是就医费用高昂,农民看不起病。所以,进行乡村卫生建设的方向,一方面是建立乡村保健体系,让农民享受到医疗救济,另一方面是创建卫生制度,节省农民的医疗费用。

现代医学的组织结构和行为模式与传统医学大相径庭。农村地区对民俗医疗行为以及中医持续千百年的信仰导致了其对西方医学技术的抵抗。与此同时,城乡隔阂也加剧了农民对外来医疗技术的不信任。加之封建礼教观念的束缚,乡间妇女对异性卫生工作者以及接触自己身体的医疗行为常加排斥,导致现代医学在农村地

区的渗透面临着种种阻碍。虽然通过平教会人员的努力,部分改善了农民的卫生观念,但平教会人员流动性大,有三分之一的平教会同仁由于家庭等因素不得不离开定县,^⑥即使新进人数不断增加,仍难以转变为常住人口。这对乡村卫生工作的持续推进影响颇深。为了探索可适用于中国各地农村的卫生保健制度,平教会强调“经济”“实用”原则,将健全组织和训练地方普通人为村民提供卫生服务作为卫生工作的重点。

平教会认为,一切社会事业的推进,必须立足于健全的社会组织之上。基于定县缺医少药,农民卫生负担能力弱,农村卫生行政费用低的现状,平教会认定:农村卫生设施计划,当以最经济的组织,推行最简单的事业,但须注意透彻实行,尽量选举当地普通人员以代表民意。^⑦其首任主任姚寻源^⑧上任后,便开始尝试一些带有“预防”特色的卫生工作。不过,姚寻源采取的医疗模式仍是“以医院或医生”为治疗中心,以“自上而下的治疗”为手段的“西方专业化模式”,它耗资巨大,不适合经济落后的中国乡村。^⑨1932年1月,陈志潜^⑩接替姚寻源的职位。他提出,解决乡村卫生问题,首先要依靠政府行政力量完善乡村卫生体系;其次要结合中国国情,探索适合中国国情的基层公共卫生体系。^⑪

定县农村平均每村约有农户一百户,需要基本卫生组织为其提供卫生服务。然而,农村调查显示,每个村所能负担的经费不过五十元,这一费用无法雇请现代护士,医师更无从谈起。农村卫生工作既然比较简单,按照当地的实际需要,利用本地普通人加以短期训练负责卫生服务,便能有效实现农村卫生改良的目的。^⑫基于农村卫生资源供给不足,卫生保健组织缺乏和受过训练的卫生人员极度紧缺的状况,陈志潜等人提议,发展农村卫生事业须坚持由下而上的策略,建立卫生保健组织,并动员乡村自组织成员转化为乡

村卫生体系建设的主体性力量。出于这一考虑,陈志潜提出了“初级卫生保健”这一崭新概念,并建议以此为基础建立农村卫生组织。他在定县创造性地设计了以初级卫生保健为基础,村、乡、县三级联动的医疗模式——三级卫生保健制度,即在村设立保健员,负责地方的卫生宣传以及常见疾病的防治;在乡设保健所,负责治疗较重的疾病以及卫生教育和监督工作;在县设保健院,负责治疗严重的疾病以及卫生人员的训练和药品的管理。通过逐级提高医疗救治水平的卫生体系,将有限的资源尽可能多地应用于乡村卫生服务。

三级卫生保健制度的原理,是通过专业卫生人员和地方非专业人员的合作,实现现代卫生模式的嵌入。平教会认为,整个三级卫生保健制度实施过程中,乡保健所起着关键性作用。乡保健所不只承担治疗工作,还须训练与督察各村保健员,推行预防注射,并治疗村保健员介绍来的病患,如果病情较重即转送县保健院。各村保健员需要补充的药料,也由保健所供应。^③保健员是三级卫生体系中最基础也最具创新性的部分。平教会选择当地的普通人员作为农村卫生服务体系的工作者。每个村由村中长老^④从平校(平教会开办的平民学校)毕业同学会成员中推荐一名忠实可靠、身体健康,有进取心、团结心,并具备一定教育基础的青年人,^⑤进行十天基础医疗照护训练,授予种牛痘法、水井改良、使用保健药箱^⑥、普通卫生常识、简单消毒方法等课程。^⑦受训完毕后,保健员与平校毕业生及保健所专业医师相互配合,为乡村普及现代卫生知识,提供现代卫生服务。作为从基层选拔出来的骨干力量,村保健员既具备团体支持基础,又比专业卫生人员更熟悉乡土社会关系。通过保健员、平校毕业生与保健所的相互配合,定县有限的卫生资源被最大程度地用于农民疾病防治,成为乡村卫生体系建

设的一大创举。

定县卫生实验,是不完全依靠外部人员和行政力量的介入,实现现代卫生在地化的尝试。三级卫生保健制度极大改善了定县卫生状况。“自保健员在五十村设立后一年余,成效即显而易见。不论农忙农闲,村民普通病症都有适当治疗。稍重病患,就介绍至保健所医师诊治。各保健所及县保健院病人多数是由有保健员的村落介绍。实施主要预防工作如种痘、霍乱、白喉注射等,在有保健员的村庄,比较未设保健员的各村容易推行。参加婴儿健康比赛的儿童,也是有保健员的各村占多数。”^⑧陈志潜负责定县卫生工作不足三年,便消灭了天花、霍乱等致死率高的传染病,农民感染肠胃传染病的数量也大幅度减少,同时接受医疗救治的人数逐年递增。1934年,华北地区霍乱大流行时期,定县只发生少数几例,且无一人死亡。^⑨这些都足以证明,定县农村保健制度确实有助于现代新医学逐渐渗入一般农民的生活。

定县卫生改良的成效,得益于卫生体系的制度化运行和外部组织的稳定性。定县地势平坦,“境内人民十分之九以农为业”^⑩,所选的受训者多数为自耕农,生活上比较安定,既具备教育基础,又享有稳定的组织支持,因而毕业后的卫生员能每日抽出一二小时做简易急救、报告生死、种痘及改良水井,对卫生改良起到了一定成效。^⑪然而,由于整体卫生建设基础弱,新兴社会力量覆盖面不够广,保健员年龄、经历、性别的局限性等原因,定县乡村卫生工作的主要推动者仍来源于外部组织团体,没有形成内部自组织成员的有效动员。而华西实验区资源禀赋与定县迥异,该地地貌复杂,经济相对落后,多数农民又以赶场为业,对定县卫生经验的适应性提出了较大挑战。平教会此前在贵州和四川等地训练卫生员时,便因这些地方80%以上皆非自耕农,农民流

动性过高且无组织而失败,因而在华西实验区卫生工作计划中,平教会借鉴经验、吸取教训,对定县卫生经验的推广做出了在地化的调适,其卫生建设更加注重从地方的资源条件以及农民的真实需求出发,其工作原则转变为“发现新问题”,“重质不重量”,“视人民经济情形而先设法在最短期限内解决最重要的问题,然后依次解决次要问题”。^⑫

三、华西卫生实验的在地化调适

定县乡村卫生实验强调乡保健所的关键性地位和村保健员的基础性作用,同时对县保健院的资源投入也较大。华西实验区的乡村卫生工作则弱化了县-乡二级卫生保健部门的地位,将资源重心下移至村保健员,并以“松散化”的卫生制度为框架,以“全民化”的卫生服务为手段,以“本地化”的卫生人员为根柢,通过组织制度与地方社会环境耦合,组织运作与地方社会资源对接,组织动员与地方社会结构互融,充分积累和培育地方民众的主体感和参与度,发挥“自内而外”“自下而上”的双重驱动作用。

(一)卫生制度“松散化”

制度化的体系是组织谋求稳健的根基,制度化的调适则是提高组织与社会环境持久适应性的方式。定县三级卫生保健制度的理想化色彩比较浓厚,其规章制度和运行逻辑不是由乡村组织内部理性选择,而是由组织外部人员强行赋予的。这个运行框架虽然实现了定县卫生体系的制度化,但它对资源和组织成员素质的要求较高。华西实验区不仅面临着资源短缺与专业人员不足的问题,还受到复杂地势的制约。为了使定县卫生制度与华西实验区的社会环境相适应,在实际运作过程中,华西卫生实验对定县卫生体系进行了调适,将松散化的卫生制度与地方社会

环境进行耦合,强调“工作要深入农村并生根,必须适合农民卫生之基本要求”。^⑬在特殊的时代背景和资源限制条件下,华西卫生实验将多变的组织行为与一种假定的稳定需求系统和机制联系起来,^⑭不断调整组织制度形式以适应地方社会环境。

基于现实条件,华西实验区在机构设置上侧重于缩减医疗机构、集中医疗资源进行卫生改良。它取消了每个县以下设卫生分院或卫生所等机构的尝试,倡导集中人力物力,在交通方便、人口众多的县城设置医院,甚至倡议集数县之力建一个医院,^⑮以减少对普及医疗体系和医疗机构的投入,将有限的卫生资源投入基层卫生改良工作。这与过去定县乡村卫生实验寄希望于多层级、体系化的卫生机构,将大量的卫生经费分配在设置机关和培养人员方面,有明显不同。这是实验人员反思和谨慎论证的结果。首先,乡村卫生基础薄弱,地方卫生建设资源短缺,是不争的事实。其次,1938年,全国各省卫生机构多已成立,而四川省的基本卫生建设严重滞后,对近代公共卫生技术的应用程度不高。从1939年开始,陈志潜受命在四川推行医疗事业,他以偏重地方工作为原则,大力推进与治疗机关合作进行医疗救济,并成立各县卫生机构,扩大救济范围。受经费不足、工作人员技术训练不够以及卫生材料缺乏等限制,至1942年,四川省省会外共建立卫生机构118个,其中县卫生院81个,县卫生分院12个,乡镇卫生所16个,边区医疗队6个,中心卫生院3个。这些机构在地区妇婴卫生改良、传染病管理以及环境卫生改善方面起到了不错的效果。^⑯第三,从国外的卫生经验来看,卫生建设成功的原因不在于医院或卫生机关之多,而在于环境卫生的改善。即使是产业和经济发达的国家,亦趋向于将医疗机构集中在较大的城市。中国国土面积广大,经济不足,人才不敷,设备不

够,工作人员的生活不安定且缺乏保障,^④更难以支撑起庞大的医疗救济体系。因此,华西实验区在定县经验的基础上,每五至六个乡设一个乡卫生所。以当时的璧山县(今重庆市璧山区)为例,共三十五乡,设置乡卫生所六所。^⑤通过医疗机构的集中设置,维护卫生体系的资源得以节约,基层卫生工作的投入有所增加。

从形式架构来看,定县卫生制度的层级性强,华西卫生制度则属于松散耦连系统。定县实验区的卫生建设重点在于三级保健网的建立和维护,通过在村设立保健员,在乡设保健所,在县设保健院,逐级建立制度化的卫生管理体系。华西实验区则弱化了纵向层级的作用,转而强化横向系统的内部机制。由于村级内部卫生人员的联系和相互依赖程度所能发挥的作用要高于不同层级体系之间的联系和相互依赖程度,所以华西卫生实验削减了对体系联结的资源投入,侧重于村级卫生内部运行上的资源分配。以妇婴卫生为例,平教会以璧山县城区及三个滩为工作区域,在城区设一妇婴保健所,用于孕妇产前后之检查与治理,并派公共护士实施产前、产后家庭访视及育婴指导。1949年7月,公共护士计产前家庭访视8次,产后家庭访视21次,育婴指导7人。^⑥该形式以流动性服务替代医疗定点服务,更好地改善了妇婴卫生状况。这一方面是为了提升卫生资源的实际利用率,强化乡村卫生组织在地化的稳定性;另一方面是为了简化对卫生信息处理的约束,提高沟通和资源流动的效率,应对更为复杂的环境。

斯廷奇科姆(Arthur Stinchcombe)最早观察到了这样一个现象:一个组织的结构形态总是带着它所诞生的那个时代的印记——即组织的许多特点很大程度上源于这些组织诞生时的环境条件。^⑦虽然定县的乡村卫生实验是应用西方专业的医疗资源进行本土化医疗救济的有益实践,但

在当时医生数量少、卫生资源供给不足的环境下,维护卫生体系的完整性耗费了大量的资源,使得组织本身成为目的,用于实现组织目标的资源却缩减了。华西实验区基于自身资源状况,在借鉴定县经验的基础上,调整了乡村卫生建设的原则和资源应用方式,通过松散化组织制度,缩减了卫生机构和维护三级卫生保健网的资源,加大了对基层卫生的投入。这种组织调适能够灵活地将大部分的资源都集中在实现组织目标上,大大提升了乡村卫生的实践效果。

(二) 卫生服务“全民化”

组织均衡制度化与效率的重要对策就是对接组织运作与地方需求。定县的三级卫生保健制度对制度化体系的维护需求超越了华西实验区的资源能力,导致原本的组织运作无法与地方资源匹配。与定县相比,华西实验区卫生建设范围更广,工作经费更短缺,卫生工作人员也更匮乏,因而能够提供给该地的卫生资源更为不足。卫生资源的有限性,要求组织对原本的运作方式进行适应性调整,以便与地方社会资源对接。因此,华西实验区利用服务者的“全民化”,推动卫生服务范围扩大,以期达成乡村卫生改良的目标。

1949年2月以前,华西实验区建设经费由平教会通过在国内外募捐的形式自筹而来,经费数量有限,因此工作重心只能落脚于成人教育方面,甚至连经济建设工作也只能在少数乡镇进行。1949年2月之后,平教会得到中国农村复兴联合委员会(以下简称“农复会”)的经费支持,在实验区普遍开展经济建设实验工作,但同年11月20日,农复会停止了对华西实验区的经费补助,导致实验区建设工作大幅度缩紧。因经费短缺,华西实验区的乡村卫生工作起步更晚,至1949年4月,该实验区的卫生工作才正式开展。^⑧同年3月华西实验区工作人员职务及人数统计表可知,

在380名统计在册的工作人员中,仅有医师1名,护士6名,助产士1名。^{⑤2}实验区乡村卫生资源匮乏的状况,可见一斑。

由于卫生资源匮乏,华西实验区各项卫生工作计划呈现出以卫生服务者的“全民化”为基层卫生工作重心的特点。无论是乡一级还是村一级,卫生教育者、乡民代表等非专业人员承担了绝大部分的卫生工作。定县卫生实验中,乡保健所承担着治疗疾病,训练与督察各村保健员,为村保健员供应药料的责任。然而,在华西实验区的卫生工作计划中,村一级的卫生工作不再由乡卫生所直接管理,药品接收、保管与监督的职权均属于保管委员会。例如《璧山区实施疟疾治疗办法》中规定:示范国民学校所在社学区的保管委员会由示范国民学校校长、保长及保民代表组成,无示范国民学校的乡,其保管委员会委员由乡长、驻乡辅导员及乡民代表主席组成。各乡驻乡辅导员负责存放药品,疟疾病人须凭该保民教主任的证明单前往驻乡辅导员办公处登记领药;如该乡设有卫生所,则由该乡保管委员会分次拨发药品至卫生所,委请该所负责治疗,但疟疾药品之发放仍须有该保民教主任的证明;各示范国民学校所在社学区所领药品则由该示范国民学校校长保存,凭民教主任证明单领取。各乡保管委员会按月填报治疗人数表及药品消耗表,并附病人登记表、民教主任证明单,送各该辅导区办事处,转总办事处查核。^{⑤3}总之,非正式卫生系统的示范国民学校校长、保长、民教主任、乡辅导员成为请领药品、保健员工作报告核查等卫生工作的主要督导者。^{⑤4}乡卫生所除推行医疗及妇婴卫生工作外,主要筹备实施学校卫生及改善该乡之环境卫生,建修公共厕所及改善饮水等工作。^{⑤5}

乡村的具体卫生工作由乡村妇女卫生训练班结业学员承担,并由保管委员会监督。乡村妇女卫生训练班结业学员需按月填写工作报告及

药品消耗表,并由示范国民学校校长或乡辅导员转辅导区办事处报总办事处核查,如有特殊问题可直接上报总办事处;学员所领药箱及每月消耗药品,也须由辅导员或示范国民学校校长及民教主任一同验收;若各学员未尽职守责,也由该乡辅导员或示范国民学校校长,转报总办事处核处理,必要时可收回其药箱。^{⑤6}可见,各级卫生和非卫生机构的人员都对乡村卫生工作负有或多或少的责任,甚至连民教主任和校长也被要求培养医疗技术,^{⑤7}似乎要形成一种“全民皆医”的氛围。

平教会卫生建设的目标不是个体的医疗救治,而是以社区为基石,将先进的卫生知识成果提供给广大的农村人群。^{⑤8}定县的三级卫生制度强调职责明确、分工协作,通过各级人员执行指定的职能,将医学知识通过各种培训项目向下传播。虽然不同部门之间有效的相互联系对整体效能提升是关键性的,但是在整体资源供给不足和局部资源分配短期内难以平衡的条件下,应该根据实现组织目标的有效路径,充分进行组织的主体性动员,集中主要资源解决关键问题。华西卫生实验动员各级专业和非专业的人员进行医学知识的普及和医疗技术的推广,通过卫生服务的“全民化”,实现了组织运作与地方社会资源的对接,给农民带来了现代化卫生保健的益处,也更有效地实现了卫生知识的向下传播。在目标定位、人员动员和制度保障的三重联动下,华西卫生实验以更小的投入,使农民获得了健康效益。

(三)卫生人员“本地化”

晏阳初指出,华西实验区建设必须靠民众自力来完成,外力只是从旁辅助,以引发其地方理论而已。^{⑤9}由于华西实验区所在地区早期实行防区制,加之地势复杂,地方之间区隔显著,外部组织想要嵌入并实现地方卫生服务的均等化,面临

着比传统区域更多的抵抗。为了充分启发民力,实现卫生组织的在地化,平教会在扩大实验范围、推广定县卫生制度的同时,注重卫生人员价值理念与地方社会结构的互融,利用当地妇女进行卫生改良,并通过强化培训的方式提高妇女的独立服务能力,以引起当地的自发性变革。

华西实验区的卫生模式建立在农村非技术人员的主体性作用之上,强调通过卫生人员的本地化进一步实现在地化。虽然定县也强调训练本地普通人,调动地方自组织成员转化为乡村卫生的建设者,但定县的村保健员一般是“村中优秀子弟”。^⑩华西卫生实验则选择稳定性较强的农村妇女,特别是已婚已育的妇女作为村级卫生建设的主体。这首先是由于华西实验区自耕农少,男子普遍以赶场为业,流动性大,同时家庭纺织副业发达,农村妇女地位较高,女性在家庭功能中的特殊作用对基层卫生人员流动形成了隐性限制,一个已婚妇女一旦被训练完毕,可以在相当长的时间里为当地乡村提供卫生服务。其次,妇婴卫生是乡村卫生建设中难度最大的工作之一,有过生育经历的妇女比文化水平高的青年更具实践经验,并且经过技能与技术方面的培训,妇女在医疗技能的水准上可以依赖;再者,农村地区对中国本土医学的信念较深,重庆地区位于我国内陆,由于地形因素,对外来人员的排斥感以及女性对异性卫生工作者的抗拒感也更强烈,本地妇女虽然缺乏高级的卫生技术,但与外来的专业卫生人员相比,她们的环境隔阂更少,性别优势也更明显,能自然被同胞村民信赖,降低建立信任的成本。最后,动员本地妇女参与卫生工作,可以减少对外部专业技术人员的需求量,缓解卫生资源短缺和乡村资金匮乏的问题。

与定县十日培训规划不同,华西实验区通过延长培训时间、系统化培训课程以及强化实践操作,提高妇女训练班学员的独立卫生服务能力。

平教会华西实验区卫生工作计划中,制定了明确的教学大纲与详细的课程讲义,对农村妇女卫生训练班的招生标准为“每保选送一人,在传习处受过四个月训练结业者”。^⑪根据卫生工作计划,训练共分两期,第一期时长为6周,主要是卫生教育,训练内容包括简易治疗急救术、妇婴卫生、营养常识、育婴技术、家庭护理、家庭环境卫生、家事、合作常识等。^⑫受训期满即配发简易治疗药箱以及急救术、产科常识、传染病浅说、家庭护理、育婴技术、个人卫生、家庭环境卫生等手册,并附设托儿所,将全体学员编组,配合各科理论,予以实习活动,以练习其技术与养成卫生习惯。^⑬在家事指导员的指导下,学生轮流住在家事实习所至少二个月以上。第二期时长计划为6个月,主要训练妇婴卫生,训练内容着重于生育指导与保育工作。^⑭为了加强培训的效果,提高广大农村妇女的积极性,训练班规定,学员训练期间皆须入住宿舍,六岁以下的小孩可带来入托儿所。^⑮这样做一方面使已婚而有幼儿者可以入班受训,另一方面使学生可以实习育儿方法。^⑯该措施扩大了训练班的生员,为妇女训练工作的持续推进奠定了基础。

华西实验区的乡村卫生工作虽然起步晚、历时短,但1949年璧山和北碚两地各举办妇女训练班一班,结业生共62名。^⑰这些学员有传习处的受教育基础,又经过了系统化的卫生训练,回到本乡镇担任保健员,能够承担种牛痘、防疟疾、治疗跌破碰伤等医疗任务,或为孕妇检查身体。对于重病患者,即使她们治不了,仍可以指导病人去高一级机构就诊。^⑱这些保健员的出现有效补充了乡村卫生力量,即便后来乡卫生站医生撤出了实验区,出生在本乡本土的村保健员仍能继续为当地农民提供卫生服务,避免了因外部人员流失或项目终止而导致卫生工作成果的完全丧失。

农村保健员的训练是在探索一条基层卫生

建设实验的新路径。四川省乡村卫生建设基础薄弱,以往经验中,最典型的乡村医疗救济方式,是采取医药团体协助政府举办卫生事业的办法。例如,四川遂宁博济医院通过设立诊所和巡回医院为农民定期诊视的方式进行医疗救济,医护人员随身携带普通药品,诊视贫苦乡民,播种牛痘,并临时演说关于日常健康及疾病传染的种种问题,以灌输卫生知识。不过,这类办法效果有限,每次开诊的就诊人数仅为四五十人,远不能解决乡村卫生问题。^⑩华西实验区的农村保健员训练,尽管初始阶段保健员的数量仍较少,但是较之于外部医疗团体的定期诊治,这种由农村自己选出卫生培训人员服务农村的方式,在时间和空间上具备了更多的灵活性,提升了农民获取医疗资源的便捷度,也更加突出了基层医疗卫生人员的地位,有利于形成乡村卫生建设的可持续效应。

四、卫生在地化的抗拒取向与调适机制

(一) 社会排斥与卫生在地化调适

社会排斥是封闭性社会群体维持群体内在秩序和价值体系稳定的重要手段。乡土社会具有静态性和封闭性,由于外部组织与地方社会之间存在组织机制和价值体系的区隔,外部组织的地方性实践往往难以被乡土社会团体顺利接纳,甚至被排斥在这些关系之外。

定县制度化的三级卫生体系通过身体和空间制度化的形式将个体的卫生方式编织进国家整体现代化的规划之中,将区隔的乡村社会群体与更广大的社会范围联系起来,导致“地方单位自给自足性的萎缩”。^⑪乡土社会不断脱离狭隘的血缘及地缘关系结构,长期以来形成的卫生观念、卫生传统及其载体与现代的卫生标准之间出现了认知错位,从而引发人们对这种与传统惯习相背离的卫生形式产生排斥与抵抗。加之华西

实验区专业的卫生人员极度匮乏,卫生人力资本与卫生体系运转所需资源无法匹配,难以顺利完成三级卫生体系层级的衔接和转换。所以,定县制度化的三级卫生体系与华西实验区的地方卫生实践之间存在一定的张力,农民不但不会天然服膺于三级卫生制度,反而会出现附着抗拒取向的地方免疫反应。

为了克服地方实践中的阻力,平教会尽可能利用地方基层力量进行卫生建设,华西实验区民教主任等基层工作者大多是毕业于高中、师范学校、高级农业学校等的本地人。^⑫但即便如此,他们的工作仍然受到当地民众的质疑、误解,加之资金短缺等问题,工作困难和进度迟缓是常有的事。^⑬巴县第八辅导区石板乡辅导员王渊曾在璧山县来凤乡进行乡村建设工作。来凤乡位于成渝公路,“交通文化尚不算顶落后”,不过王渊的工作仍不顺利。他在参加乡村建设工作的回忆中提到:“地方人民之太顽固、太落伍了。如上期奉派到这块地方作校长时,他们总不认我是去替他们谋福利的,却误认为实验区是派人去夺取他们位置的。因此自到职伊始,一切置之不理,搭伙食自然无人接受,即雇请工人,亦一一刁唆。”^⑭时任江北县某辅导区干事的陈克忆及最初下乡时遭遇的排挤:“乡民们随时随地注意着我们的行动,甚至可说是‘监视着’。假若在衣着、言行、生活习惯方面表现出特殊,他们就会投以猜疑的眼光,处处遭受到歧视、责难。倘稍有隙缝(尤其男女关系,有时是莫须有的事件),他们要当乡镇中特殊新闻似的扩大地为你宣扬出去,弄得满乡风雨,乡民暗地议论,使你一刻也不能再处下去,很愤懑地抛却工作场所,逃避这妄加的诽议。”^⑮农民的排斥行为一方面源于地方传统惯习与外部组织现代性实践之间的冲突,另一方面是因为部分社会改革活动损害了一部分当地人的利益,导致农民对外部组织不信任。所以,在尽可能动

员本地工作人员,削弱观念差异所造成的水土不服状态的基础上,华西卫生实验的工作者注意利用“求神与求医所获效果”的对比等方法来打破农民迷信的观念,^⑤创设卫生院,给农民以实际上的利益,矫正其以往的错觉印象和错误观念,最终使农民信任和乐意接受指导。^⑥

由此可见,地方卫生现代化的难点在于以“在地化”的导向理解制度体系与地方主体性的逻辑张力,并情境化地调适现代性实践,消解内部社会对外部系统的排斥反应。这一难题的解决,依赖于乡村卫生组织逐步孕育出一些方法和机制,调谐定县制度化卫生体系的渗透与华西实验区乡土社会排斥之间的矛盾,以实现三级卫生体系的在地化,进而培养容纳卫生现代化变迁的持久性能力。在华西卫生实验中,卫生组织在地化可以具体化为三重阐释维度,分别为组织制度与地方社会环境耦合,组织运作与地方社会资源对接,组织动员与地方社会结构互融,这三重维度是相互糅合、相互促进的。

首先,组织制度与地方社会环境耦合是在地化的基本前提。基层卫生组织渐进性变革的稳定推进,得益于三级卫生制度的弹性发展,这种弹性程度依赖于特定的结构与普遍主义纽带的关系。^⑦传统卫生制度的嵌入形式是定县模式的再移植,注重制度体系的完整性。然而,华西实验区卫生问题较为严重,县级卫生工作往往仅限于城区,最易预防的天花仍尚未消灭,且40%—50%的农夫皆染有钩虫病,严重影响农业生产。因此,华西的卫生工作计划尤其强调防治结合,并特别注重卫生教育。^⑧由于华西实验区建设范围广,人员和经费不足,设备简陋,为了协调普遍性制度体系的贯通因地方环境、技术、资源条件的差异而遭受的多重阻力,华西卫生实验在切实可行的制度体系内,合理“松散化”三级卫生制度,并在符合地方社会环境的框架内调整制度体

系的方向和结构,促成了超出既定环境均衡的外部组织以符合地方社会现实的形式定型,提高了定县模式在华西实验区的地方适应性。

其次,组织运作与地方社会资源对接是在地化的实现方式。每一个地方的现代化过程都具有“独特的历史规定性”与“独特的现代必要条件”。^⑨由于地方资源的差异性,普遍性制度体系在向地方社会渗透时会面临运作逻辑与地方资源难以匹配的困境。定县虽然也面临着专业卫生人员短缺的窘境,但其建设范围较小,尚能勉强满足组织运作,华西实验区建设范围较大,而整个重庆1948年登记医师仅五百人左右,^⑩远不能满足医疗需求。所以,立足地方资源对组织运作方式进行内向“调整”,调动各级工作者参与卫生工作,推进卫生服务的“全民化”,有助于提高定县三级卫生制度的运作效率,实现卫生效应的最大化。

最后,组织动员与地方社会结构互融是在地化的主要动力。卫生现代化过程中,“广大群众参与形成其主要象征与制度的可能性日渐增长”。^⑪这种群体参与象征制度的可能性影响着地方现代化的程度。由于地方民众具有强大的地方社会动员能力,充分发挥地方社会治理事务中被治理对象的主体性,能够有效使外部资源实现内部的创新和转化,促进组织动员方式与地方社会结构互融,加速现代化的在地化。定县多自耕农,村庄人员结构相对稳定,选择村中“优秀子弟”作为保健员,在人员素质和工作稳定性方面都具备合理性。华西实验区多流动商贩,男子普遍以赶场为业,由于家庭纺织业发达,女子流动性弱。基于定县经验和华西实验区的现实社会结构,华西卫生实验调整了组织设计的形式,动员本地人员,尤其是农村妇女的力量,既保证了培训成果的稳定发挥,也有助于解决最棘手的妇婴卫生问题,同时也有利于当地妇女利用“私有

信息”进入乡村社会,达成卫生改良的目标。

华西实验区在宏观三级卫生体系的架构下,通过对普遍性卫生体系框架与乡土社会特殊性联系机制的弹性化调适,将卫生制度松散化,利用“全民化”的卫生服务,动员本地妇女参与卫生建设,以稳定的服务形式,有效减少了社区的疾病并调动了社区的积极性,完成了对卫生制度、卫生资源和卫生动员三个维度的调适,推进了现代卫生保健体系的在地化。上述三个维度的调适都建立在深刻了解农村社会结构,将卫生资源在制度化体系与主体性动员之间进行合理配置之上,本质上都关涉着主体性在制度化嵌入过程中的运作程度。因此,吸纳各种地方性要素,通过地方民众的动员将卫生组织制度和运作方式弹性化,是消解乡土社会对现代卫生体系的抗拒感与排斥反应,实现现代卫生体系在地化的重要方式。

(二)以主体性动员推进乡村卫生建设

虽然乡村社会的大部分跃迁实际上是从外部驱动的,但是其持续性提升有赖于动员当地民众的主体性。定县的卫生模式建立在专业技术人员与农村非技术人员有效合作这一假设基础之上,强调外部人员与内部人员协作在地化。其培训规划,经由行政管理来提高保健质量,通过外来者激发受训者不断提高其技能,意图在学生与卫生站医生之间建立起一种良好的工作关系,在医生的监督和指导下进行卫生工作。^⑩然而,定县卫生组织对每个保健员仅进行为期十天的短期培训,村保健员实际上很难掌握相关的医疗知识和技术,脱离了卫生站医生的指导,村保健员便难以发挥作用,这限制了农民主体性的充分发挥,也影响了现代卫生保健在农村的持续渗透。华西实验区与定县面临着相同的卫生资源短缺的窘境,其专业化卫生人员匮乏,更不足以满足卫生系统的需要,所以,对制度化的卫生体

系进行在地化的弹性调适,并充分动员基层民众的主体性,通过“全民化”的卫生服务和“本地化”的卫生人员进行乡村卫生建设,培养农民持续的主体能力,成为华西实验区实现卫生在地化的主要路径。

华西实验区的调适经验证明,要推动乡村卫生实践,首先要了解乡村社会。乡村社会是“同类意识”最强的社区,对外来制度体系的行为抗拒往往是“同类意识”的情感反应与身体类型结合在一起的纽带。^⑪外来力量对当地知识体系、空间状态以及身体感觉的规训,会对熟人社会的规则和地方意识进行渗透、挤压,这势必会遭到强烈的排斥和再塑造,从而影响制度化体系的运行。所以,必须对外来制度进行在地化调适,使之更容易达成系统控制的效果。利用乡村卫生参与者之间的情感联系,可以给难以正式化的群体提供一个重要的功能性替代,以参与者之间情感的相互影响来维持乡村卫生组织的平稳运行。当时乡村建设工作者消除乡土社会排斥行为最好的处理办法,便是“革除自己的优越感,生活到他们的群体中去”,“必须同他们在友谊上、感情上把关系建立起来,互相融合在一起,能达到彼此不可分离的境地最好”。^⑫简而言之,乡村卫生的实践,既要具备与上层政治相衔接的认知资源,又要保有一定的“同类意识”乡村卫生组织,并注意摆脱对传统行政支配力量和外部组织的过度关注,在承认正式化体系的重要性的前提下,通过社会动员的形式,调动乡村民众发挥“地方优势”的变通能力及活力,自然完成其现代转型。

其次,乡村卫生组织的制度化建设,要建立在农民认可的理念规范之上。涂尔干认为,在传统社会里,社会规则是通过相互融通的共享观念维持的,人们会为了保护这种共同意识去防范任何内部的或外来的敌人。^⑬乡村传统卫生观念的影响和城乡隔阂的深化,导致农民对从事乡村卫

生事业的外来群体充满了排斥感。在定县时,平教会考虑到乡间妇女存有“男女授受不亲”的礼教观念,不愿被陌生男子种痘,便特派女种痘员或各村保健员种痘。不过,受到经济状况和传统社会价值观的牵连,定县模式成就未完全发挥。^⑧保健员每日利用午饭后的休息时间为村民治病,他们因服务精神驱使而努力工作,但其父母爱子心切,常咆哮阻扰,要他休息,兄弟则因家事分配不均对其不满。^⑨因此,华西卫生实验想要达到效应最大化,首先要在社会认可的基础上建立一种权威关系,^⑩提高广大农民对卫生工作的认可度。这一方面可以通过组织制度的强制性供给,实现农民自觉或不自觉地卫生参与;另一方面可以通过训练乡村本地妇女卫生员,动员农民主体性力量,有效率地建立网络和信息资源,帮助农民了解卫生知识,提高卫生意识,以制度和非制度化形式的双重驱动,助力现代卫生资源嵌入乡村社会。

最后,乡村卫生建设要引发农民自觉工作。梁漱溟早在1935年便指出,乡村建设所面临的一个难处是“乡下人漠不关心,只是乡村以外的人瞎嚷嚷”,由此,乡村建设是“号称乡村运动而乡村不动”。^⑪这不仅是民国时期乡村建设整体的难点,也是乡村卫生现代化的瓶颈。陈志潜认为,定县模式的根本哲学是使村民们自己意识到农村卫生问题,提高他们的社会责任感和为之工作的动力。^⑫为了让乡村“动起来”,要充分动员本地有志之士参与公共卫生事业。与外部的卫生人员不同,本地人士对乡村社会有更深刻的认识,能够自然地得到农民的信任,并鼓动农民参与卫生事业。并且,这些本地人士常年居住在乡村,是真心实意希望乡村好,而不仅仅为了尽义务。所以,动员乡村本地人员参与当地卫生事业,是乡村卫生现代化的突破口之一。正如全面抗战初期杨开道所总结的那样,“乡村到底是农

民的乡村,必需引起农民自动工作,产生农民自身的领袖,方能称为真正乡村建设工作。”^⑬

五、结论和讨论

组织的“在地化”是一个不断整合现有的资源和结构,均衡制度化体系与参与主体之间的协调配合,以适应变化的环境的过程。华西卫生实验的在地化蕴含着三重交错与糅合的调适维度:第一重是组织制度与乡村社会环境相互耦合,第二重是组织运作与乡村社会资源相互对接,第三重是组织动员与乡村社会结构相互交融。这三重维度比较完整地呈现出了外部资源与地方适应性矛盾的协调进程——制度化体系为主体性动员型构出了行动的边界和规则,主体性动员通过对制度化体系的不断调适来提高其适应性。

乡村卫生组织在地化的实现,要通过调整上述三个维度,合理利用制度化卫生体系与地方民众主体性之间的张力,来应对乡村具体卫生实践中的矛盾和冲突。在地化内含了普遍性制度化力量和特殊性地方社会实践互相调谐并互构的逻辑。普遍性的制度化卫生建设往往会引发乡村社会环境与制度设置无法协调,乡村社会资源与组织运作无法匹配,乡村社会主体性排斥卫生组织实践等问题。这些问题的根源在于无法进行制度化安排与主体性动员的良性互构,进而引致组织目标难以实现,导致乡村卫生实践效果弱化。因而乡村卫生建设既要重视制度化体系的基础性功能,又不能忽视农民主体性的内源性作用,要利用制度化体系与主体性动员的耦合支持,为乡村卫生组织在地化的调适提供实践沃土。

乡土社会的特殊性,时刻内嵌于乡村的社会实践之中,制度化与主体性的调谐互构,也必然涉及内含的乡土文化脉络。人们在熟人社会中

培育出的规则,使得外部组织对乡土社会内部动员的压力较大。在处理外部知识与内部结构的问题时,比较容易遭遇地方性逻辑的排斥,导致在跨地方或超地方基础上建立的普遍性制度体系与乡土社会特殊性结合失败。对基层卫生实践进行在地化的反思和调适,有助于弥合普遍性制度体系与地方社会特殊性的罅隙,提高现代卫生体系对乡土社会的浸润效果。因此,我们应该广泛学习和吸收地方性知识,在探析农民心理的基础上,寻找乡土社会特殊性与外部卫生体系在地化的有机契合点,在制度化的体系中吸纳本地资源,提高卫生服务体系的实践效能,塑造具有自我发展能力的基层卫生体系,保障乡村卫生现代化的顺利推进。此外,乡村医生也是推进乡村卫生现代化的关键中介,保健员制度为乡村医生的在地化提供了重要的历史资源,这一问题有待于将其纳入历史社会学视野进一步考察。

注释:

①乡村卫生建设面临的问题主要表现为公共卫生体系与乡村社会结构脱节,卫生资源难以迅速融入乡村,具体体现在:卫生制度体系与乡土社会结构不兼容,制度化优势难以发挥;卫生体系运作与乡村资源不匹配,缺乏效率性;卫生工作人员短缺,卫生服务供给不足。王有强、李海明、王文娟:《卫生体系和服务能力现代化的实现路径:基于协同治理视角》,载《中国行政管理》2017年第4期。

②[美]C·E·布莱克:《现代化的动力》,段小光译,成都:四川人民出版社1988年版,第37页。

③“在地化”引申自“全球在地化”(glocalization)这一概念。“在地化”发轫于日本,最初是指根据当地条件适应农耕技术的农业原则,后来广泛用于表征迎合市场偏好的企业营销策略,之后经美国社会学者罗兰·罗伯森于20世纪90年代引为学术用语,用以强调同质性与异质

性以及普适性与特殊性相结合的过程。参见Roland Robertson,“Glocalization: Time-space and Homogeneity-Heterogeneity,” in Mike Featherstone, Scott Lash & Roland Robertson (eds.), *Global Modernities*, London: Sage Publications, 1995, p. 28。“在地化”除了具有宏大的“全球视野”层面的中国化的涵义之外,也强调较小范围内外部知识在地方社会扎根的过程和结果。

④金耀基:《从传统到现代》,北京:中国人民大学出版社1999年版,第114页。

⑤同上,第126页。

⑥1946年7月,平教会在四川省第三行政督察区辖区内开始综合性的乡村建设实验工作。同年11月,华西实验区成立,其工作区域包括璧山县的4个乡镇,此后该实验区工作范围不断扩大,至1949年11月,其工作区域已扩展到8县(局)的160个乡镇。《中华平民教育促进会工作简述》,载重庆市璧山区档案局(编)、傅应明(主编):《中华平民教育促进会华西实验区档案史料选录》,北京:国家图书馆出版社2019年版,第80页。

⑦例如,景军将定县实验视为现代预防医学在乡土中国的实践源头,并对其本土化过程进行了回顾分析,参见景军:《现代预防医学在乡土中国的实践源头和本土化过程:定县实验》,载《西南民族大学学报(人文社科版)》2018年第7期;张永刚和杨红星从社会史的角度详细呈现了定县卫生实验区的概貌,并分析了其时代价值,参见张永刚、杨红星:《近代视野下的定县卫生实验区》,载《历史教学(高校版)》2008年第3期;黄家亮站在百年变迁的历史视野肯定了定县的平民教育模式、知识分子与乡村相结合的传统、乡村保健卫生制度和定县精神对于应对我国近代乡村社会现代性危机及其当代乡村建设的重要意义,参见黄家亮:《百年变迁视野下的定县乡村建设实验》,载《山东社会科学》2020年第12期;谢健通过对华西实验区乡村工作群体的分析,指出中等学历的本土知识人群体对于“三农”及乡村建设有着不同的体察,这个群体参与下的乡村建设不仅意味着乡村一定程度“动起来”,而且能够更好地解决乡村工作中的问题,参见谢健:《本土知识人与乡村建设运动——华西实验区乡村工作者群体考察》,载《福建

论坛(人文社会科学版)》2020年第10期。

⑧郑大华:《民国乡村建设运动之“公共卫生”研究》,载《天津社会科学》2007年第3期。

⑨黄家亮:《百年变迁视野下的定县乡村建设实验》。

⑩张永刚、杨红星:《近代视野下的定县卫生实验区》。

⑪谢健:《本土知识人与乡村建设运动——华西实验区乡村工作者群体考察》。

⑫余新忠:《清代江南的民俗医疗行为探析》,载余新忠(主编):《清以来的疾病、医疗和卫生:以社会文化史为视角的探索》,北京:生活·读书·新知三联书店2009年版,第91—94页。

⑬胡勇:《民国时期医生之甄训与评核》,载余新忠(主编):《清以来的疾病、医疗和卫生:以社会文化史为视角的探索》,第271页。

⑭同上。

⑮李廷安:《中国乡村卫生问题》,上海:商务印书馆1935年版,第10页。

⑯薛建吾:《乡村卫生》,南京:正中书局1947年版,第24页。

⑰同注⑫,第91页。

⑱李传斌:《清末新政时期的医疗卫生政策》,载《晋阳学刊》2019年第3期。

⑲邓铁涛、程之范(主编):《中国医学通史·近代卷》,北京:人民卫生出版社1999年版,第6页。

⑳同注⑮,第9—10页。

㉑同注⑲,第476—477页。

㉒同注⑲,第7页。

㉓同注⑯,第27—28页。

㉔同注⑮,第71—104页。

㉕同注⑲,第477页。

㉖吴相湘:《晏阳初传——为全球乡村改造奋斗六十年》,长沙:岳麓书社2001年版,第137页。

㉗同上,第205—206页。

㉘姚寻源,定县平教会卫生教育部第一任主任,1928年毕业于北京协和医学院,在任期间按照教会医院的工作方法推行医疗工作。

㉙孙诗锦:《现代卫生观念在乡村的移植——以20世纪

20、30年代平教会的定县卫生实验为例》,载《广东社会科学》2013年第6期。

㉚陈志潜,1903年出生于四川华阳,祖籍江苏武进,是我国“公共卫生学之父”。他提倡公医制度,积极开展健康教育,先后参与陶知行和晏阳初分别在南京郊区和河北省定县的平教会农村卫生实验区建设。

㉛陈志潜:《定县社会改造事业中之农村卫生实验》,载《中央日报》1934年2月11日,第8版。

㉜同注㉚,第205—206页。

㉝同注㉚,第214页。

㉞定县保健员,以往系由平校毕业同学会与公民服务团选出,后因为地方组织的更动,公民服务团取消,故保健员之选交与村长。周戎敏:《定县保健员训练谈》,载《民间》(北平)第3卷第23期(1937年);解玉衡:《定县保健制度实验中之保健员训练》,载《申报》1937年4月27日,第15版。

㉟阎振熙等:《定县实验区考察记》,北平众志学社1934年版,第51页。

㊱内含治眼疾、皮肤病药十种,纱布、棉花、绷带、剪刀、镊子。吴相湘:《晏阳初传——为全球乡村改造奋斗六十年》,第212页。

㊲同注㉚,第211—212页。

㊳同注㉚,第213页。

㊴贾葭:《摩登中华:从帝国到民国》,上海:东方出版中心2019年版,第241页。

㊵同注㉚,第134页。

㊶《平教会华西实验区卫生工作计划》,载重庆市璧山区档案局(编)、傅应明(主编):《中华平民教育促进会华西实验区档案史料选录》,第289页。

㊷同上。

㊸同上。

㊹[美]赖特·米尔斯、塔尔考特·帕森斯:《社会学与社会组织》,何维凌、黄晓京译,杭州:浙江人民出版社1986年版,第147页。

㊺《乡村卫生建设新途径刍议》,载陈廷湘等(主编):《民国乡村建设晏阳初华西实验区档案选编·卫生建设实验与编辑宣传》,重庆:西南师范大学出版社2018年

版,第25页。

④⑥陈志潜:《川省办理公共卫生之经过》,载《学思》第2卷第7期(1942年)。

④⑦同注④⑤,第22—25页。

④⑧《平教会华西实验区九月份卫生工作报告》,载陈廷湘等(主编):《民国乡村建设晏阳初华西实验区档案选编·卫生建设实验与编辑宣传》,第36—37页。

④⑨《中华平民教育促进会华西实验区(民国)三十八年七月份工作报告》,载重庆市璧山区档案局(编)、傅应明(主编):《中华平民教育促进会华西实验区档案史料选录》,第93页。

⑤⑩[美]W·理查德·斯科特、杰拉尔德·F·戴维斯:《组织理论:理性、自然与开放系统的视角》,高俊山译,北京:中国人民大学出版社2011年版,第17页。

⑤⑪《中华平民教育促进会工作简述》,载重庆市璧山区档案局(编)、傅应明(主编):《中华平民教育促进会华西实验区档案史料选录》,第79、80、84页。

⑤⑫《乡村工作通讯》第1卷第15期(1949年5月1日),载陈廷湘等(主编):《民国乡村建设晏阳初华西实验区档案选编·卫生建设实验与编辑宣传》,第406页。

⑤⑬《璧山区实施疟疾治疗办法》,载陈廷湘等(主编):《民国乡村建设晏阳初华西实验区档案选编·卫生建设实验与编辑宣传》,第26—27页。需特别说明的是,该璧山区指当时璧山县的辅导区。

⑤⑭《中华平民教育促进会华西实验区乡村妇女卫生训练班结业学员管理规则》,载陈廷湘等(主编):《民国乡村建设晏阳初华西实验区档案选编·卫生建设实验与编辑宣传》,第44—49页。

⑤⑮《平教会华西实验区十月份卫生工作报告》,载陈廷湘等(主编):《民国乡村建设晏阳初华西实验区档案选编·卫生建设实验与编辑宣传》,第40页。

⑤⑯同注⑤⑭。

⑤⑰璧山县第一辅导区工作报告中曾指出,召集各乡镇民教主任、学校校长等以座谈会方式讲习种痘技术及引种注意事项,到会民教主任、校长等于会后即就规定部分程序互相引种。《璧山县第一辅导区工作报告(卫生部分)》,载陈廷湘等(主编):《民国乡村建设晏阳初

华西实验区档案选编·卫生建设实验与编辑宣传》,第50页。

⑤⑱陈志潜:《中国农村的医学——我的回忆》,端木彬如等译,成都:四川人民出版社1998年版,第66页。

⑤⑲《晏阳初在华西实验区工作会议上的讲话》,载重庆市璧山区档案局(编)、傅应明(主编):《中华平民教育促进会华西实验区档案史料选录》,第10页。

⑤⑳同注⑤⑱,第212页。

⑤㉑同注⑤⑱,第290页。

⑤㉒同注⑤⑱,第84页。

⑤㉓同注⑤⑱,第93页。

⑤㉔同注⑤⑱,第291—292页。

⑤㉕在璧山农村进行实际操作时,规定五岁以下的小孩可带来入托儿所。《平教会华西实验区璧山农村妇女卫生训练班简章》,载陈廷湘等(主编):《民国乡村建设晏阳初华西实验区档案选编·卫生建设实验与编辑宣传》,第56页。

⑤㉖同注⑤⑱,第290页。

⑤㉗同注⑤⑱,第84页。

⑤㉘《保健生带着药下乡,去推行“乡村卫生”工作》,载重庆市璧山区档案局(编)、傅应明(主编):《中华平民教育促进会华西实验区档案史料选录》,第298页。

⑤㉙《四川乡村卫生工作一商》,载《公共卫生月刊》第2卷第8期(1937年)。

⑤㉚[以]S·N·艾森斯塔德:《现代化:抗拒与变迁》,张旅平等译,北京:中国人民大学出版社1988年版,第28页。

⑤㉛同注⑤⑱。

⑤㉜梁自南:《从社学区概况调查谈到传习处》,载重庆市璧山区档案馆(编)、谢健(主编):《乡建工作经验谈:中华平民教育促进会华西实验区档案选编》,北京:人民出版社2020年版,第245页。

⑤㉝王渊:《为什么参加乡建工作》,载重庆市璧山区档案馆(编)、谢健(主编):《乡建工作经验谈:中华平民教育促进会华西实验区档案选编》,第65页。

⑤㉞陈克:《如何克服环境》,载重庆市璧山区档案馆(编)、谢健(主编):《乡建工作经验谈:中华平民教育促

进会华西实验区档案选编》，第144页。

⑦⑤熊旭心：《农村本色与建设》，载重庆市璧山区档案馆（编）、谢健（主编）：《乡建工作经验谈：中华平民教育促进会华西实验区档案选编》，第106页。

⑦⑥龙昌南：《以过去的经验证实今后乡建工作的必然成功》，载重庆市璧山区档案馆（编）、谢健（主编）：《乡建工作经验谈：中华平民教育促进会华西实验区档案选编》，第169页。

⑦⑦同注⑦⑤，第177页。

⑦⑧同注⑦⑤，第289、292页。

⑦⑨罗荣渠：《现代化新论：中国的现代化之路》，上海：华东师范大学出版社2012年版，第163页。

⑧⑩《山城市民百万，共有医师五百》，载《大公报》（重庆）1948年4月23日，第3版。

⑧⑪同注⑦⑤，第49页。

⑧⑫同注⑦⑤，第90、103、108页。

⑧⑬Nancy Boyd Willey & Malcolm M. Willey, “The Condi-

tioned Response and the Consciousness of Kind,” *American Journal of Sociology*, Vol. 30, No. 1 (1924), pp. 22–28.

⑧⑭同注⑦⑤。

⑧⑮[法]埃米尔·涂尔干：《社会分工论》，渠东译，北京：生活·读书·新知三联书店2000年版，第47、61页。

⑧⑯同注⑦⑤，第100、138、208页。

⑧⑰同注⑦⑤，第213页。

⑧⑱周雪光：《组织社会学十讲》，北京：社会科学文献出版社2003年版，第78页。

⑧⑲梁漱溟：《我们的两大难处》，载《梁漱溟全集》第2卷，济南：山东人民出版社2005年版，第574—575页。

⑧⑳同注⑦⑤，第90页。

⑧㉑杨开道：《乡村建设运动过去的检讨》，载《现代读物》第4卷第8期（1939年）。

责任编辑：刘琼

duced into China in the form of a poetic text by Wang Tao. Since then, many different translations of *The Marseillaise* appeared, evolving in style from the classical to the vernacular. *The Marseillaise* inspired indirectly the composition of the national anthem in modern China, as well as the creation of a large number of patriotic revolutionary songs. The national emotion and combative spirit in *The Marseillaise* also encouraged the Chinese people in their fight against the Japanese invaders. Revolutionary songs represented by *The Marseillaise*, *The Internationale* and *March of the Volunteers* played an important role in the political practices of the CPC.

Keywords: *The Marseillaise*, modern China, revolution, nation-state

The Adaptation of Rural Health Organizations to Local Conditions: From Dingxian Experiment to Huaxi Health Experiment 109

Ge Shan & Xuan Chaoqing

Abstract: Rural grass-roots health organizations are an important vehicle of modern health resources in rural society. The construction of effective grass-roots health organizations is also the bottleneck problem that must be solved to realize the modernization of rural health. The object of this paper is to study the rural grass-roots health organizations under Chinese National Association of Mass Education. By comparing the local developments of modern health in the Dingxian Experimental Region and the Huaxi Experimental Region, the authors investigate the adjustment process of rural health system, health service, health personnel, etc. to locality, and find that the localization of rural health organizations needs to be placed within the framework of institutionalized health system while at the same time giving full play to the subjective role of local people to realize integration of external health resources with local members of the organizations. To achieve this, the organizational system must be in congruence with local social environment, organizational operation must be connected with local social resources, and organizational mobilization must be integrated with local social structure. Otherwise, localization of modern health in rural areas may be difficult to succeed.

Keywords: rural health, Dingxian Experimental Region, Huaxi Experimental Region, localization

LAW AND POLITICS

“Cross Civilization” and “New Frontier”: From the “Hong Kong Issue” to “Hong Kong as A Method” 127

Jiang Shigong

Abstract: Assuming the historical perspective of “empire-civilization” and taking both geopolitical space and form of civilization into account, this paper positions Hong Kong as a new frontier for the mainland to be connected to the marine world and Western capitalist civilization. Our aim is to propose a cross-civilization approach focused on the frontier, and show the dynamic constructive significance of the frontier zone for the center