

# 緒 論

大學時代基於對台灣本土文學的熱情，首次閱讀了拓拔斯·塔瑪匹瑪的作品《蘭嶼行醫記》，作者在蘭嶼行醫的經歷，讓當時的我對原住民的邊緣地位感受到強烈的衝擊與不平。我很難接受同在一個國家，卻有某些群體無法與大部分民眾一樣得到同等份量的生命保障。這種對於不平的憤慨，成為動力之一，也讓我持續接觸原住民的議題。

原本單純地設想原住民不應該被社會邊緣化，理當擁有跟我們過「一樣生活」的權力，但在看完有關蘭嶼居家關懷協會《選擇生命被看見》一書後，動搖了原初的信念。當下雖然也被志工的努力和光輝所感動，但是心中充滿了問號。

我原本認為不管是什麼文化都該有崇高的層面，然而在書裡面，文化居然成為一種有待消滅的病菌，不斷被批判不斷被檢視，甚至違反禁忌被標上一種英雄式的稱讚。書中的訊息非常多樣，但經常矛盾衝突，既呈現傳統文化帶給達悟老人的悲慘處境、認為不依循有害照護老人的傳統是正向的，但又不斷地為達悟傳統文化做正面解釋與辯護，兩邊都值得肯定的狀況下，使人對傳統文化有著滿滿的怨氣，卻一再被告戒不能發作出來，因為他們沒有「錯」，只是「不好」。彷彿所謂原住民傳統文化，只適用於昨日，放在今日便是死的、毫無價值的。

除此之外，書中的達悟人在接受外來文化認知框架後回視自我文化時，所產生的懷疑也同樣引人注目，「我的文化怎麼會是這樣子？」、「我的文化怎麼這麼殘忍？」、「我們的家鄉怎麼會是這樣？是文化的問題嗎？」這樣對自我文化的質疑、認知的破滅動搖，也在書中數次出現，弱勢民族的文化認同也與島上老人的處境一樣驚心動魄搖搖欲墜，令人心酸。

我生出了一個矛盾的疑問：生命與文化尊嚴，哪一種比較重要？詢問原住民的朋友，她斬釘截鐵地說必須要選擇生命，如果活不下去要文化幹嘛？為什麼在面對生命的存續和疼痛的時候，原住民傳統文化的力量和聲音是這麼的薄弱，甚至無庸置疑地該被淘汰？這種說法並不能成功地說服我。「一樣的生活」似乎是一種迷思，同情是否是起因自對於異己的武斷，這是我的疑問。我試圖跳脫自己的認知框架，並且對自己的所習慣生活與文化提出質疑，冀求可以找到一個答案，尋求一個平衡，讓所有的文化可以站在同樣高度的位置，並且彼此欣賞。

於是我，有了這一篇論文。

## 第一節 研究目的與對象

西方醫療自日治時期開始藉由大量公醫診療所、施藥所的設置，系統性地進駐原住民社會，至二十一世紀的今天已將近一個世紀，雖然大幅延長了原住民的平均餘命，但是與漢人群體的健康程度相比，卻有一段差距，這種差距引起了政府以及公共衛生學界很大的注意。雖然生物醫學改善了原住民的健康，但是社會劇變卻帶來更強力的波折，<sup>1</sup> 自七〇年代起至今，政府針對原住民健康失落的現象，已有許多經費的投注、政策與研究的推行，試圖進行改善（鴻義章等 2002：237-238）。

公共衛生學界因應這個背景，出產了許多原住民的健康研究與論述；然而擔任這個重要發聲位置的，是受到西方醫療專業訓練的「非原住民」公衛學者，這些人與研究對象，也就是原住民一般民眾有很深的隔閡，不僅文化背景不同、對於原住民的社會處境也非常陌生，這樣的研究會產生什麼樣的偏差，是本文發想的開端。

### 一、 研究目的

西方醫療不僅只是一套技術，背後引領的更是龐大西方現代科學（modern science）的哲學系統與認知體系，這些認知與哲學不只獨占，而且排外，拒絕與否認其他所有非西方的科學哲學，包括中醫、印度傳統醫學、以及初民社會的宗教醫療。今日國家機器中負責研究人群健康與主導政策的公共衛生界，均以西方生物醫學為主體和指標，加上根本的文化差異，使得漢公衛學者成為「他者中的他者」，他們以最疏離的背景身分扮演著最具論述權力的角色。

社會大眾和政府，甚至原住民群體中的健康代言人－原住民醫療相關從業人員，都是透過漢公衛學者的論述來了解原住民健康問題，這些論述除了會塑造大眾對原住民的觀感、影響政府政策決定外，也是醫界工作人員向一般民眾提供服務的重要依據，扮演的角色十分重要，然而這些論述究竟能夠真實反應該群體到達什麼程度？

不曾接觸過這些論述的被研究者，也就是公衛學者試圖在研究中建構描繪的人群，雖大多已多採用西方醫療為首要解決疾病的方式，但是對西方醫學認知體系的內涵是非常陌生的，他們如何透過自己的觀察和邏輯詮釋相同的議題？與公衛學者觀看方式有何差異？研究者與被研究者之間的疏離可能帶出什麼樣的問題？整理分析掌握論述權的非原住民公衛學者的論述，並理出其中因疏離產生的問題，是本文研究的目的。

---

<sup>1</sup> 原住民自西方醫療進駐到今日的健康變化情形，請見附錄二，由筆者參考數份研究成果整理的〈原住民健康簡史〉。

## 二、 研究對象的選定

本研究的研究目的在探討研究者與被研究者的疏離，因此在整理分析台灣公衛學界的原住民論述與觀點之外，亦會呈現被研究者的觀點與醫療信仰，由於原住民各族的差異性頗大，為求能夠更具體的對照，無法以全台的原住民為對象，僅能選取其中一族。

原住民各族中，泰雅族人口數僅次於阿美族為全台第二，適合從事量化調查；且不同於阿美族，泰雅族居住地遍布於山地地區，與漢人生活圈相隔，且醫療資源匱乏，加上位居離行政學術中心最近的北部、中部山區，故經常成為公衛研究單位施行調查的對象，是以原住民為題從事的研究中最常含括的族群。此外，根據藍忠孚等人在 1992 年的調查顯示：原住民四大族群－排灣、阿美、布農、泰雅當中，泰雅族村落巫醫留存人數是最少的（藍忠孚等 1992：67），且在症狀歸因上，泰雅族也是最為傾向西醫體系解釋的族群之一，以泰雅族為研究對象，最能夠反襯出原住民一般民眾在接納西方醫療體系之後，對傳統醫療的詮釋和非原住民的反差，遂選擇泰雅族為本文的研究對象。

## 第二節 文獻回顧

本文主要目的為回顧、整理現有的漢公衛學者原住民相關論述，這些論述種類繁多、瑣碎，且數量龐大，於是先以影響力和代表性為根據設定素材範圍，以便整理與操作，再進行回顧。

### 一、 素材範圍之選定

公衛界通常透過期刊、研討會論文、衛生研究報告、各校碩博士論文，幾個管道發表原住民相關醫療健康論述。由於期刊上的文章會經過多重審理程序，不僅較具可信度，在搜尋與取得上也較為容易，引用或閱讀率較高、影響力較大；而衛生署委託學者進行的衛生研究報告、以及各校碩博士論文未經正式出版，傳播能力相對較低，加上大部分重要的衛生研究報告以及碩博士論文，研究者均會透過期刊作精簡式的發表，故本文主要以期刊上發表之文章為收納範圍。

本文依據傳播能力，將現有出版的期刊粗分為較具傳播能力的「一般性期刊」、以及傳播力較弱的「醫院或學校發行刊物」兩種，皆屬本文收納範圍，另外《醫望》雜誌連續兩期原住民醫療專輯，雖然並非正式的研究報告，但由於經常為其他研究者所引用，除了數篇採訪稿以及原住民自述外，其餘由公衛行政人員、工作人員以及研究者所寫的文章也納入範圍。另外胡俊弘、陳庵君、邱文達（1996）主編《原住民健康問題之現況及未來展望論文集》；蔡中涵（2001）發行《原住民傳統醫療 v.s 現代醫療》，是兩次以原住民健康為主題舉辦的研討會論文集，許多重要原住民健康研究者發表的論述都

在此集結，頗具代表性，因此也在本文收納範圍之中。

雖有部分原住民醫療與公衛相關文章是以英文發表，但由於英文之語言習慣與中文迥異，在此為集中探討和處理各項議題，英文發表之文章暫不納入。

漢公衛學者以泰雅族為唯一對象的論述非常稀少，故擴大以泰雅族和泛原住民為研究主體的研究報告為蒐集對象。在文章的選擇上，內容是以泛原住民或泰雅族為探討之主體、且篇名只要符合以下三項之任何一項，便納入收納範圍：含有 1.「原住民」或「山地鄉」、2.「泰雅」、3. 泰雅族主要居住地區或地名（台北縣烏來鄉；桃園縣復興鄉；新竹縣的尖石、五峰；苗栗縣泰安鄉；台中縣和平鄉；南投縣仁愛鄉；宜蘭縣大同、南澳兩鄉；花蓮秀林、卓溪、萬榮三鄉（瓦歷斯·諾幹等 2002：1）。）但若以原住民為篇名，探討對象卻僅限非泰雅之某一族群時，該文本不列入。

學科範疇限制於公共衛生、醫學、護理三個領域，著作者則以非原住民身分之公衛行政人員、醫生護士等工作人員、公衛研究者、醫學研究者或護理研究者為主。多人著作的情形，則以主導計畫與研究者的族群身分為主要依據。

本文總共收集了 79 篇文章，筆者將本文收納文章的發表期刊、年代、篇名與作者等詳細資料，分成《原住民健康問題之現況及未來展望論文集》、《醫望》、《原住民傳統醫療 v.s 現代醫療》、一般性期刊、醫院或學校發行刊物共四部份列表，表列於附錄一之中。

雖然本文的重點不在於分析各種期刊的特性，但各種期刊的重要性和傳播影響力各不相同，為呈現本文選用文本之傾向，遂將收納文章在各期刊的分布統計整理如表 0-1。

## 二、 素材量的初步分析

台灣政府對於原住民健康狀況的重視是從八〇年代開始的，1991-2001 年間，衛生署更有系統地委託進行許多與原住民有關的大型研究調查（鴻義章等 2002：238-239），本文蒐納的兩本論文集（1996、2001）以及醫望原住民醫療專輯（1997-1998）也是這個年代期間的產物，現將「一般性期刊」與「醫院或學校發行刊物」收納的文章，以五年為區間統計其發表數量，統計表如表 0-2。

我們可以發現，原住民醫療健康論述大量增加也是 1991 年之後，而至 2000 年以後達到高峰，政府的影響力明顯地反映在上面統計表當中，可見研究者的研究方向勢必會受到政府需求的影響。

在 79 篇論述中，大多數都是正式的研究報告，這些研究報告主要著重在量化的調查與呈現，或是針對特定疾病的生化檢驗報告，質性研究並不多；其餘是無特定主題的泛論性文章，其多數的論述目的在於強調原住民健康問題、或是提

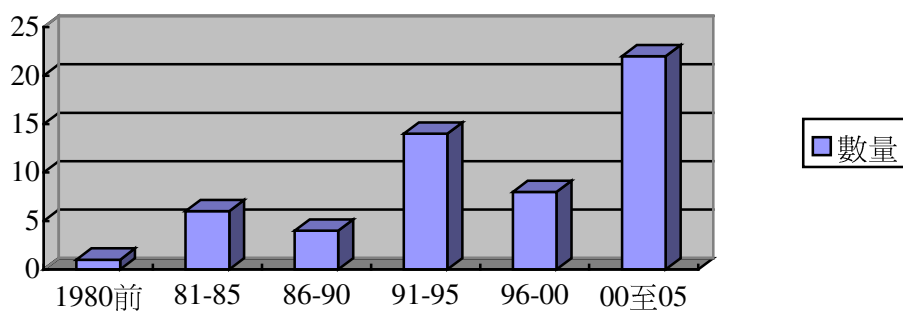
出政策上的建議。

表 0-1 收納文章於各期刊之分布表

一般性期刊		醫院或學校發行刊物	
期刊名	收納篇數	期刊名	收納篇數
台灣醫誌	2	北醫學報	3
衛生行政	1	台北市立療養院 76 年年報	1
科學發展月刊	2	慈濟醫學	4
耳鼻喉科醫學會雜誌	1	高雄醫誌	6
中華民國微生物與免疫學雜誌	1	中山醫學雜誌	1
中華精神醫學	1	長庚護專學報	3
中華民國公共衛生學會雜誌	2	長庚護理	1
公共衛生	5	衛生教育學報	1
風濕病雜誌	1	長庚科技學刊	2
中華民國家庭醫學雜誌	1	康寧學報	1
胸腔醫學	2	大漢學報	1
台灣衛誌	2	安泰醫護雜誌	2
國家衛生研究院簡訊	1	輔仁醫學期刊	1
護理雜誌	1	醫護科技學刊	1
社區發展季刊	1		
感染控制雜誌	1		
醫務管理	1		
台北市獸醫師公會會刊	1		

表 0-2 收納文章年代統計圖表

年代區間	1980 前	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005
文章數	1	6	4	14	8	22



在這些論述中，某些問題意識較其他更容易出現、以及被漢公衛學者注目，去除泛論性文章之後，依據主題的差別可以做出表 0-3 的統計。

將與飲酒高度相關的「肝硬化」歸為與飲酒相關；談論一般民眾就醫行為的兩個主題－「醫療需求」與「醫療利用調查」合併；癌症、高血壓糖尿病、以及痛風這三者合併為慢性病；藥物濫用與心理問題密切相關，故與「心理相關」一項合併計算；由於「健康情形與問題的全面探討」這個主題在研究上經常牽涉到死因問題，因此與「死因研究」兩者合併為全面健康研究。中耳炎、生育調查、照護者相關、研究倫理等四個議題，均只出現過一次，且沒有其他相關主題，無法做為公衛界研究取項的指標，故直接省略，將精簡以後的表格再次呈現如表 0-4。

表 0-3 收納文章主題統計-1

主 題	篇 數	主 題	篇 數
死因研究	3	醫療利用調查	4
醫療需求	2	心理相關	5
飲酒相關	6	A 型肝炎	2
生化檢驗報告	2	生育調查	1
寄生蟲相關	8	照護者相關	1
事故相關	3	癌症相關	2
結核病相關	5	健康行為相關	3
中耳炎	1	健康訊息接收	2
健康情形與問題的全面探討	3	肝硬化	1
高血壓糖尿病	1	藥物濫用	1
痛風、高尿酸	1	研究倫理	1

表 0-4 收納文章主題統計-2

主 題	篇 數	主 題	篇 數
全面健康研究	6	醫療需求與使用調查	6
慢性病	4	心理相關	6
飲酒相關	7	A 型肝炎	2
生化檢驗報告	2	健康行為相關	3
寄生蟲相關	8	健康訊息接收	2
事故相關	3	結核病相關	5

從表 0-4 我們可以看到，最常受到漢公衛界關注的主題包括：全面健康研究、醫療需求與使用調查、飲酒相關、寄生蟲相關、心理相關、結核病相關等項目。其中「全面健康研究」、「醫療需求與使用調查」是衛生政策施行的主要根據，也是必要的基礎研究；以心理為主題的研究有四篇是以學校青少年為主要對象，是因應學校、教育目的的需求產生；飲酒、寄生蟲、結核病三個主題是漢公衛學者

在較無外力以及需求的影響下，主動意識到的論述重點。

### 三、 研究回顧

本文收納的 79 篇論述是長久以來，台灣公衛學者、醫療社會學者、與醫護人員對原住民健康的關注與心血。以下先就這類研究對原住民健康研究的貢獻作簡述，最後再針對本文所欲討論的「研究者的異文化身分」可能帶來的問題，進行文獻回顧與特點陳述。

#### (一) 對原住民健康的貢獻

八〇年代的原住民健康研究論述多集中在寄生蟲疾病飲酒問題的探討上，未見其他議題。而在衛生政策的探討上，1981 年李孟智就在〈台灣山地鄉醫療與保健之現況及檢討〉一文中，提出了醫療人力不足與山地交通的問題，但似乎並沒有引起更廣泛的討論與注意。1988 年由行政院衛生所、中研院民族所合作，張荳雲、張珏、胡幼慧（1988、1989）等人執行的兩年研究計畫—《台灣地區山地鄉居民健康狀況及醫療需求調查研究計畫》，才對台灣山地醫療進行了深入且完整的檢驗與討論，而以此份研究計畫為基底，正式發表於期刊《中華民國公共衛生學會雜誌》的〈台灣山地鄉死亡型態與趨勢分析〉也受到學界的重視與注意。

自此，對原住民健康問題的研究範圍更擴散到事故傷害、成癮與心理衛生等等議題上，甚至慢性病，如癌症、痛風、糖尿病高血壓等也漸有人關注。同時也出現了各式各樣有關衛生教育、衛生政策和社區醫療支援的討論，各領域的學者與行政人員齊聚一堂，只為了提供更多解決原住民健康問題的策略，其熱切與關注是值得肯定的。

在健康問題、死因調查、與保健需求和醫療利用研究的進行下，不僅讓政府的施政有所依據，也引起社會的關懷，大量來自於政府或宗教團體的補助、和更完整的巡迴醫療辦法得以進入山地部落，提供民眾更完善的服務。

這些研究以量化調查所得的數據成果，提供外界了解原住民健康情形與需求的管道，更形成了一個不可忽視的社會問題，使政府和學界必須進行持續性的關注與了解，對於原住民健康問題的協助可說是確實且巨大的。

#### (二) 異文化研究的論述特點

縱然這些論述的貢獻是不容抹滅的，但是研究者的異文化身分卻可能帶來新的問題。除了上段「素材量的初步分析」中所指出的主題偏重差異之外，回顧本文所收納的素材，以漢公衛學者的異文化身分所產生的問題作觀察重點，還可以歸納出以下數個特色：

### **1. 原住民族間族群差異與文化因素的缺席**

漢公共衛生學者對於原住民間的族群差異較無感，很少意識到原住民包含數個文化與社會結構差異甚大的群體，而將之一視同仁，各種族群被揉合成一個缺乏個別差異的整體。此外，雖然傳統文化對於健康的影響是很重大的因素之一，卻很少成為公衛學者關注與探討的對象，不只無相關的主題研究出現，內容在傳統文化層面亦呈現很大的空洞。

### **2. 堅固的西醫信仰**

今日台灣公衛界以西方醫療為指標，若遇上不符合西方醫療體系之概念、行為與知識，便會將之冠上不良的評價，西醫在這類論述中，並不是「選擇之一」而是「唯一標準」，是被奉行的圭臬以及未達成的目標。

中醫體系在這些論述中還具有一定的正當地位，在 79 篇論述中，就有一篇同時以中醫、西醫利用為主題的調查報告，但是民俗治療、以及原住民傳統醫療體系就不被承認，而被認為是一種「迷信」。

### **3. 他者視角的存在**

在探討原住民健康失落的原因時，公衛學者對於原住民的環境限制較無能覺察，而片面地歸結為衛生習慣或文化等本質因素，針對這些本質因素也缺乏細緻的討論；除此之外，這些論述也存在著許多對原住民的特異與刻板印象，某些研究者更以漢人的生活習慣、環境以及條件為標準，和原住民做比較，認為他們較「落後」，這些在在顯示著「他者視角」並沒有因為研究或論述應當客觀的標準而消失。

「原住民族間族群差異與文化因素的缺席」一特點，也是來自於漢公衛學者族群文化的他者身分，非原住民較難了解各族群之間存在的巨大差異，同時對傳統文化的陌生也導致研究者很難針對這個主題進行與健康相關的討論；堅固的西醫信仰則是來自於專業訓練過程所建構的認知體系。本文將試圖從這三點分別出發，探討研究者與被研究者的疏離，同時探究「飲酒、寄生蟲、結核病」三個主題偏重所代表的意義。

## **第三節 研究架構與方法**

以下「研究架構」將敘述筆者以何種角度和順序整理分析文本，並論述研究者與被研究者的疏離；「研究方法」則呈現筆者將應用何種理論以進行分析整理、以及實地調查研究的方法。

### **一、研究架構**

本文主要目的為探討研究者和被研究者的疏離，筆者擬以兩個方向來呈現這種疏離，其一是公衛學者對原住民的了解程度，二是他者視角產生偏見兩個部



分。最後再以被研究者為對照，以呈現兩者的差異和鴻溝。

## (一) 了解程度

今日漢公衛學者與原住民最根本的差異是文化，也是原、漢的區分標準，原住民群體之間的族群差異更是漢公衛學者經常忽略的地方；在了解程度層面，筆者擬以整理研究者在論述中呈現文化與族群差異的內容，來探討他們對原住民群體的了解程度。在族群差異、與文化因素之外，經常在公衛報告中出現的人文素材是社會問題層面，透過比較台灣公衛研究者在這三個主題處理方式的差別，可以看出漢公衛學者了解原住民群體的障礙何在，因此社會問題層面的論述也在本章整理與分析的範圍之中。

## (二) 他者視角產生的偏見

對原住民一般民眾而言，漢公衛學者具有雙重他者的身分，第一重他者身分為西方醫療專業訓練的背景，使他們具有不同於一般民眾的醫療信仰，成為迥然不同的兩個群體。第二重他者身分為族群文化上的差異，原住民一般民眾在漢公衛學者眼中為「非我族類」的群體，因此其論述與觀點會受到他者視角的影響。

以這兩個他者身分為光譜，位居中間地帶，同時與原住民健康議題相關性最大的另外一個群體是「原住民西方醫療工作人員」，他們多屬於非研究領域、擔任醫生護士等職務的工作人員，雖然他們也受過西方醫療的專業訓練，但與原住民歸屬於同樣的族群文化，透過他們的觀點與漢公衛學者的對照，可以進一步了解雙重他者身分對論述者產生的影響。

本文首先透過漢公衛學者**對原住民傳統醫療的觀感**，探討專業西方醫療訓練的影響，再整理其論述中受**他者視角**影響形成的偏見。

### 1. 醫療信仰的差異

對於漢公衛學者來說，原住民傳統醫療體系並不是「正統」醫療，而屬於「宗教範疇」，缺乏談論的必要性，因此與原住民傳統醫療有關的論述事實上並不多，也未涉及傳統醫療體系的內涵，所以筆者擬透過同樣接受西醫專業訓練，但族群身分屬於原住民的「原住民醫者」論述，來針對專業西醫體系訓練對視角的影響進行分析。最後再以兩種醫療體系相對照，探究研究者與被研究者的醫療信仰差異。

### 2. 他者視角的影響

每一個體和族群都是自我中心的，面對異己文化群體能夠了解和接納是非常困難的任務。原住民一般民眾對於漢公衛學者來說，不僅是個異己群體，各自歸屬於兩種相差甚大的文化，更加深了之間的隔閡，共處於一個社會，使兩個群體間存在著政治與論述的權力差異，「他者視角」於是成形。本文將針對研究報告

中他者視角造成的偏頗論述進行整理與分析。

此外，原住民醫者雖與一般民眾擁有相同的文化背景，在社會情境上也較漢公衛學者更接近原住民一般民眾，但公衛界的論述多是由漢公衛學者生產，這個群體勢必要透過異文化學者的論述來了解自我族群，透過他們的論述可以對照以及顯現他者視角對論述的影響。

### (三) 一般民眾部分

筆者擬在最後，以實地調查訪問和整理既有量化數據的方式，探究原住民一般民眾對傳統醫療的觀感、以及其主觀的健康問題和成因，與漢公衛學者、原住民醫者對照，就能夠對比出研究者與被研究者之間的疏離，並探究出「專業醫療訓練」、「他者視角」這雙重他者為漢公衛學者原住民健康論述帶來的問題。

本文全文結構以圖 0-1 表示。

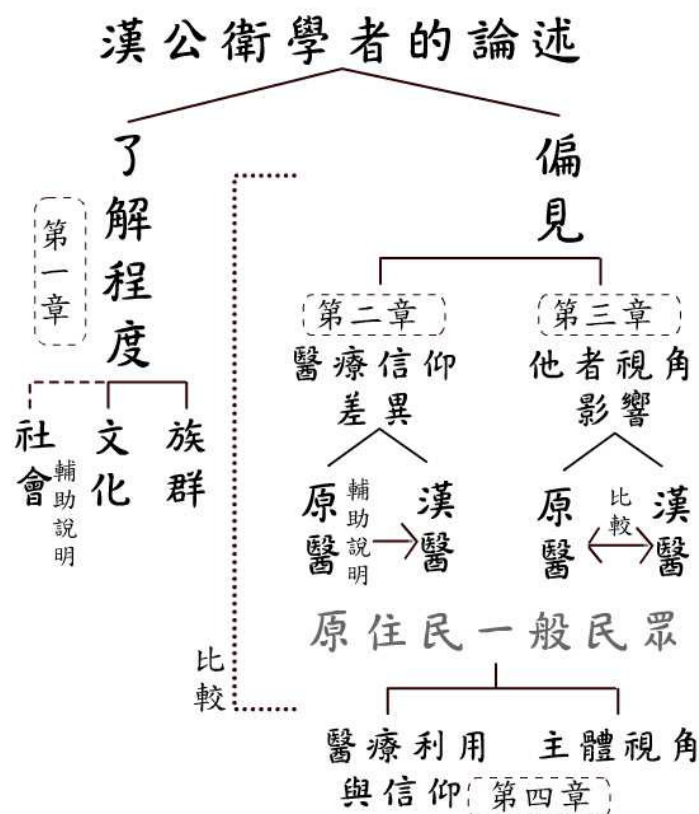


圖 0-1 全文結構示意圖

## 二、研究方法

本文主要使用的研究方法有二，針對漢公衛學者和原住民醫者的論述是以資料整理的方式呈現；一般民眾的部分，在量化資料的整理之外，會輔以實地調查訪問，以解決本文想要呈現與探索的問題。

「理論應用」將陳述本文用以分析素材的前人理論。本文第二章將呈現泰雅族傳統醫療與西方現代科學的對照，這部分牽涉到兩個知識系統的宇宙觀和哲學，筆者擬以引用與整理現有的研究來做呈現，「現有研究的整理」將敘述這個部分。最後，「研究數據的引用」說明本文第四章將如何使用既有研究報告中的現成數據，來呈現一般民眾的觀點。

## （一）資料整理

蒐集漢公衛學者和原住民醫者的原住民醫療健康相關論述，以這些材料整理分析出以下三個重點：1.漢公衛學者對於原住民族群、文化、社會等層面的了解程度，並在相互對照後推論成因。2. 透過漢公衛學者對原住民傳統醫療的觀感、以及利用原住民醫者對傳統醫療的論述，來推論其西方醫療專業訓練對公衛界視角的影響。3. 整理原本應當客觀的研究報告與健康論述中，漢公衛學者的主觀成分，並以原住民醫者的觀點來對照，突顯他者視角對論述的影響。

而被研究者——原住民一般民眾的部分，用以推論主觀健康問題的「自我健康覺察」、以及能夠顯現傳統醫療概念的「疾病認知」兩個部分，過去已有相關的量化調查結果，雖然這些量化研究也是由漢公衛學者執行，但是數據包含的主觀成分較少，因此不排除整理這一部分的研究結果來輔助本文的質性研究，說明原住民一般民眾的想法與概念。

## （二）實地調查訪問

為與研究者的論述相對照，對原住民一般民眾的探討以醫療知識體系的選擇、和「主體視角」兩個主軸來探討。

在醫療知識體系的選擇與接納方面，雖然原住民一般民眾並沒有受過西方醫療體系的專業訓練，但是早就以西醫為第一就醫選擇，但民眾也未因此排斥傳統治療，筆者擬以疾病認知、對儀式治療的了解程度，來探討一般民眾如何同時接納兩種體系。

公衛界的論述主要目的是探究原住民主要的健康問題、以及形成原因，為求兩者觀點的對照，本應直接呈現一般民眾的主觀健康問題，但由於一般民眾不同於漢公衛學者，缺乏相關知識與研究工具，無法對健康問題有具體的意識，筆者將以今日健康自覺對照於對前代健康印象，根據多數民眾對前代的歷史記憶，以前代為「對照組」，整理、調查出一般民眾對於今昔差異的意識，以及形成差異的主觀原因。

另外，將以各個群體對相同行為的不同評價，探究主體與他者在立場與情境上的差異，突出研究者「他者身分」與被研究者主體的衝突。這個部分，將透過原住民一般民眾、原住民醫者與漢公衛界在「生吃飛鼠腸子」一項行為的評價，進行討論。

「自我健康覺察」、以及「疾病認知」兩部分已經有現成的量化數據可以使用，故實地調查主要詢問項目為：前代健康印象、主觀健康問題、對傳統儀式治療內涵的接納與了解、西醫失效時的醫療選擇等四項。

本文主要目的在於調查「原住民一般民眾在接納、使用西方醫療的情境下，對傳統治療的觀感」，因此實地調查的地點，除了必須深度接納西方醫療之外，同時也要有容許傳統治療存在的空間。

復興鄉因為角板山行館以及慈湖等兩蔣時期有關建設，很早就受到政府的重視，主流文化衝擊較其他泰雅族居住地還要多，受到西方醫療影響較其他地區更為深厚，加以後山地區十分偏遠，不如台北縣烏來地區受觀光因素影響，原漢混雜程度較大，遂選擇以復興鄉泰雅族為實地調查對象。

筆者於 2006 年 11 月進入復興鄉衛生所進行觀察，配合醫護人員的上班時間觀察五日，並隨著巡迴醫療車前往嘎色鬧以及長興兩個前山部落作巡迴醫療的觀察，期間發現前山的部落在醫療資源的取用上，並不十分困難，澤仁、三民、羅孚等三村，計有衛生所、六家私人診所<sup>2</sup> 可以利用，衛生所巡迴醫療車每週亦會選擇一些前山的部落前往提供門診服務，由於就醫不便的地區，較有西醫以外第二選擇的機會，故選擇就醫不便的後山為筆者調查的定點。此地區的居民很可能經常面臨雖然習慣使用西醫、但卻必須採用非西醫處理方式的景況。

位於後山的砂崙仔部落距離衛生所約一小時又十分鐘的車程，就醫並不方便，僅透過一個禮拜由衛生所或私人診所一到兩次巡迴醫療來接近西醫，加以路況不穩，下雨若達三四日便會有落石坍方的現象，使得部落經常與外界斷絕聯繫，如果恰巧有人生病受傷，則醫療資源無法即時迄及，同時也不屬於觀光地區，與同樣位於後山的拉拉山遊樂區部落相比，人口組成單純，均是泰雅族，遂選擇此部落為調查對象。

根據過去公衛研究的量化成果、以及筆者在衛生所進行的初步觀察，絕大多數的原住民已經慣於尋求西醫，因此不再調查他們習慣選擇的醫療體系，而是進一步詢問若西醫無法治療病人時會如何處理。

進行「對傳統儀式治療內涵的接納與了解」相關訪問時並沒有固定的問題，以聊天的方式深入了解民眾對宗教以及疾病的看法，在獲得 1.對傳統醫療的看法和了解程度、2.宗教信仰和詮釋，兩項結果後便結束訪問。通常是以詢問對巫術的了解做為開場白，接著詢問對 *rutux* 的看法，以了解其宗教信仰，最後詢問若生病生很久而西醫無效時會採行的解決方式。在前代健康印象與主觀健康問題的部分，以「以前的人較健康還是現在的人比較健康？」為詢問項目，再進一步詢問受訪者主觀的變化原因為何。

---

<sup>2</sup> 計有：高揚威家醫科診所、林德忠診所、安立診所、三民診所、偉恩牙醫診所、泰千診所等

### (三) 理論應用

筆者認為 Elias 在 *The loneliness of the dying* 中運用「擬實的知識」(reality congruence knowledge)、「想像的知識」(fantasy knowledge) 來解釋人如何以想像與現實交疊的方式詮釋死亡的概念，與筆者實地調查結果中，原住民以宗教概念、西醫體系知識交叉詮釋疾病的認知方式很能夠應和，便以這個概念來說明原住民一般民眾的疾病認知。

### (四) 現有研究的引用與整理

筆者擬以泰雅族傳統醫療體系和貫穿西方醫療體系的現代科學(modern science) 哲學相對照，來輔助說明西方醫療專業訓練如何影響漢公衛學者、原住民醫者；過去並沒有文章系統性地整理和介紹泰雅族傳統醫療，因此本文在第二章第一節中主要是以山路勝彥、王梅霞、李亦園、廖守臣、晷日羿·吉宏等人的調查以及研究，和台灣總督府臨時台灣舊慣調查會於 1913-1922 出版的《蕃族慣習調查報告書》為主要引用書目，來呈現、整理泰雅族的宗教以及儀式治療的文化意涵。在原住民草藥醫療方面，則以台灣總督府於 1939 年發行《高砂族調查書第六編》中對原住民藥用植物的調查、以及張永勳探討《高砂族調查書第六編》所包含草藥之藥理的《台灣原住民藥用植物彙編》為主要引用對象。

在現代科學哲學方面，雖然近代出現許多對現代科學的反省，但男性哲學家，如：John Dewey、Meleau-Ponty、Derrida 等的批判，主要是集中在心靈／物質、主體／客體等形上學方面；相較於他們，另一群學者——生態女性主義者，在反省文化／自然、心靈／身體、理性／情感、男性／女性等含有價值階序的二元論時，更注重這些文化概念在人與人之間、人與自然之間，製造的各種鴻溝、階序與宰制關係等問題(李常井 2001: 169-170)，因此以生態女性主義學者對現代科學的論述，來對照重視人與自然和諧的原住民傳統醫療是較貼切的。生態女性主義學者，同時也是物理學家的 Shiva，認為現代科學將自然機械化會使人類對有機體的了解產生偏差，且強調人與自然具有某種息息相關的內在連結，這種看法類似於台灣原住民傳統中人、大自然、社會三者互為整體的宇宙觀，以她的分析來進行現代科學哲學的整理，有助於突顯原住民傳統醫學與西方生物醫學的差異。

### (五) 研究數據的引用

第四章探討原住民一般民眾的醫療認知與健康論述時，有利用到現有量化研究的總共有兩個部分，第一為健康自覺、第二為疾病認知與西醫的使用；這些量化數據原初的研究目的和結果與本文無關，筆者僅藉重其數據成果來說明與本文相關的概念，在此與以陳述說明。

## 1. 健康自覺

筆者蒐集到研究報告中有進行原住民健康自覺量化調查的計有：洪百薰、洪美玫、呂孟穎、吳聖良、羅素英、姚克明、張瑛珪（2000）的〈台灣省山地鄉特殊醫療保健需求之研究〉，宋文娟、洪麗真、李淑娟、劉東玉（2005）的〈整合性醫療照護之評估－新竹縣五峰鄉之實證研究〉，胡杏佳、徐素萍、洪百薰、吳聖良、姚克明（1995）的《山地離島地區民眾健康狀況調查與醫療需求》，嚴毋過（2002）的〈台北市原住民健康需求調查〉，陳淑芬、邱天佑（2004）的〈花蓮地區原住民醫療行為與自我健康意識之研究〉；另外曹麗英、洪麗玲、陳迺茹、熊曉芳（2001）的〈台灣原住民中年婦女健康行為初探〉除了有量化資料之外，還有質性研究的呈現。

在以上研究報告中，宋文娟等人（2005）、嚴毋過（2002）、陳淑芬與邱天佑（2004）、曹麗英等人（2001）的研究報告有地域和性別的著重，無法作較全面的呈現，而洪百薰等人（2000）的研究是以資源人士深度訪談的方式調查「民眾主觀感受到的重要健康問題」，其中所謂「資源人士」有相當比例（約三成）是衛生所或學校的醫護人員，故此研究結果也不列入；只有胡杏佳等人（1995）的研究是全國性的研究，且針對山地鄉、平地原住民地區以及離島地區，等三種不同性質區域的居民作「自我健康覺察」的量化調查，此研究所得的數據能夠與同樣醫療資源不夠普及，但以漢人為主要組成份子的離島地區、以及以漢人為多數的平地原住民地區作比較，頗具代表性，故有關原住民自我健康覺察的部分以此研究報告成果來做呈現。

## 2. 病因詮釋

雖然從傳統疾病認知到西醫疾病認知之間轉換並非公衛界關注問題的主流，<sup>3</sup> 但公衛界對原住民廣泛接受西醫醫療體系的現象早有注意，且出現了針對疾病認知與醫療選擇的相關量化研究成果，計有：吳聖良、姚克明、林豐雄、洪百薰、林銘惠（1987）的〈賽夏人對其傳統與一般衛生觀念與行為的看法之調查研究〉，姚克明（1982）的《雅美族與健康有關的生活方式及其特異的衛生觀念與行為之調查研究》以及藍忠孚、許木柱、鄭惠珠、劉竹華、孔吉文（1992）的《現代醫療體系對社會規範的衝擊－台灣原住民社會的實證研究》，張荳雲、張珣、胡幼慧（1989）的《台灣地區山地鄉居民健康狀況及醫療需求調查研究計畫第二年報告》等四篇研究報告，其中吳聖良等人與姚克明的研究對象並不包括泰雅族，而藍忠孚、張荳雲兩篇研究對象為包括泰雅族的全台的原住民，故本文便以這兩個研究中的調查數據，來呈現今日泰雅族民眾的主要就醫習慣、病因認知

---

<sup>3</sup> 由於公衛界的西方醫療體系本位，使得對原住民的疾病認知研究多以西方醫療為主體，意即主要在調查原住民對於西方醫療體系知識的了解程度，如廖麗娟、趙珠珍、張正二（1992）所著之〈台灣地區十一處山地鄉居民高血壓、糖尿病盛行率及居民對高血壓糖尿病防治認知與行為之研究〉

以及特定症狀病因詮釋等議題。

但上述兩篇量化研究卻有以下限制，導致筆者在施行質性調查時，必須要重複詢問相似的「醫療選擇」及「宗教信仰」等兩個問題：

這些現有的疾病認知量化研究中，以調查受訪者最主要、最直覺的病因認知為主要目的，卻失落了一些較細緻且多元的認知層次，以藍忠孚等人研究中「村子裡有人關節腫脹、身體浮腫時，你認為可能的原因：(1)被鬼神附身、(2)腎臟功能不好（藍忠孚等 1992：85）」這個選題為例，若進一步詢問透過西醫仍無法治療，可能是什麼原因？或許就會有別的選擇出現；另外，醫療系統選擇的調查（選擇西醫、中醫或傳統醫），也無法呈現該醫療體系失敗後轉換選擇的可能。現有的量化公衛研究均有一種「全能」和「認知固定」的假設，亦即假設受訪者選擇的醫療系統真的能夠徹底解決所遭遇的疾病困境，卻沒有調查受訪者在治療觸礁時的浮動選擇以及變動的認知。

原住民傳統醫療體系中的儀式治療是屬於宗教信仰的一部份，因此宗教信仰不只影響儀式治療的選擇，也會影響一般民眾對疾病的詮釋；除了少部分信仰較虔誠的教徒之外，大部分的人多少都會同時受到多種宗教文化概念的影響，亦即雖然並不歸屬於該宗教，卻會對親戚朋友、生活環境甚至是媒體中介的宗教文化概念有某種程度的接納，例如並不信仰任何宗教的大學生卻可能同時對文昌廟的廟籤以及紫微斗數、星座命理深信不疑。但在現有量化研究宗教信仰的調查中，以單選題（傳統宗教、基督教、天主教、漢族民間信仰、佛道教）的方式詢問，很難呈現這種宗教文化概念多元化的現象。

另外藍忠孚等人的研究計畫，目的是為了調查現今原住民主要使用何種文化的醫療體系，所以雖然乩童、到廟裡抽籤、吃香灰以及找漢人收驚婆收驚等，是屬於宗教治療的一部份，但在他們問卷的設計中，卻是與國術治療、吃煎藥、到中藥房買中藥吃、吃補藥、找中醫師看病等物理性治療化歸於同一範疇（漢人治療），無法協助本文探討儀式治療的面向。

以上是現有量化研究成果的限制，並未能透徹地呈現一般民眾對疾病的詮釋和醫療系統的選擇，故有輔以質性研究的必要性。

## 第四節 預期成果與章節安排

本文預計將會呈現：1. 研究者對於被研究者族群與文化的陌生。2. 西方醫療體系專業訓練對論述者的影響、以及造成的盲點。3. 突顯以客觀和科學為訴求的研究報告中的主觀成分，以他者視角形成的偏見為主題。4. 被研究者主觀的看法與觀點，以及這些觀點和研究者的差異性。

最後推論疏離形成的原因、指出研究對象並非論述主體的矛盾、以及研究者的自我中心，試圖破除長久以來透過偏頗論述造成的原住民刻板印象，並且突顯論述與研究中，被研究者主體的重要性，尋求更中立、客觀的研究與論述模式，以期後起研究者能夠避免更多的主觀，對原住民健康促進有更有力的貢獻。

本文的章節安排如下：

## **緒 論**

- 第一節 研究目的與對象
- 第二節 文獻回顧
- 第三節 研究架構與方法
- 第四節 預期研究成果與章節安排

## **第一章 曖昧的文化與族群**

- 第一節 論述中族群差異的呈現
- 第二節 論述中文化層面的呈現
- 第三節 社會影響議題的對照
- 第四節 小結：曖昧的文化與族群

## **第二章 扭曲的原住民傳統醫療**

- 第一節 原住民傳統醫療－以泰雅族為例
- 第二節 西醫體系之醫者與原住民傳統治療
- 第三節 截然不同的西方生物醫學
- 第四節 小結：現代科學專業訓練之盲點

## **第三章 原住民健康論述的建構**

- 第一節 「他者」論述
- 第二節 漢公衛學者之觀點
- 第三節 偏見造成的研究誤差
- 第四節 原住民醫者之觀點
- 第五節 小結：非研究主體的研究對象

## **第四章 沉默的被研究者**

- 第一節 醫療認知與使用的西向
- 第二節 未曾淘汰的傳統醫療
- 第三節 主體與他者之間
- 第四節 小結：自我中心的研究者

## **結語 雙主體研究的可能**