

臺灣漢人的醫療體系與醫療行爲

——一個臺灣北部農村的醫學人類學研究——

張 珣

臺灣漢人的醫療行爲的研究一向少爲人類學學者所作，已有的一些零星文獻，也多是以問題取向，在城市地區或某一醫療場所進行觀察。筆者在臺北縣仰之鄉作爲期八個月的田野調查，試圖對臺灣漢人尤其是農村地區的漢人醫療行爲作一深入了解。根據田野調查結果，筆者將臺灣漢人所使用的醫療體系分爲三個次體系，即神聖的、世俗的、西方的三個次體系。文中探討形成三個次體系的歷史背景，以及民眾在選擇三個次體系時的影響因素。這些因素包括社會因素（有地理、歷史、交通、人口結構、大眾傳播等），現有的醫療組織因素，以及病人個人因素等三方面。

同時提出三個醫療次體系間具有功能性分工、以及功能性的互補關係存在。西方的醫療次體系在效率上及經濟上見長，世俗的醫療次體系著重在長期的身心保養上，而神聖的醫療次體系則在病人疑慮的心理上提供了一個超自然的病因解釋。

前 言

醫學人類學 (medical anthropology) 是近年人類學研究領域中一個新崛起卻成長迅速的分科。一九六三年史考卻 (Norman Scotch) 才正式提出‘醫學人類學’這個名稱。二十年後的今日，美國各大學的人類學系普遍設有醫學人類學的課程，雜誌及有關醫學人類學的研究計畫與研究報告也快速地增加中。

臺灣的醫學人類學研究有 Emily M. Ahern, 1969年-1970年在三峽作的研究，提出臺灣民間將世界分成陰陽二部份，人體也分陰陽二部份，陽世的身體有病，要藉民俗醫生入陰間‘修補’陰間的病人身體才可醫好 (Ahern, 1975: 91-115)。Katherine Gould Martin (Martin, 1975: 115-143) 1972年-1973年在樹林作的調查，也指出臺灣民間民俗醫生的治病觀念與治病方式，民眾將有些病劃爲西醫治療範圍，某些病則屬於‘王爺公’的治療範圍。Bruce Holbrook (Holbrook, 1974: 85-111) 以中醫和童乩爲大小二個傳統的醫療人員代表，一重文字，一重口語。然而二者均是中國文化下

的醫療傳統，對比起西方醫學的把人自社會文化抽離出來治療，中國醫術則把人與社會倫理融合來治療。

但是最專門性地研究者當推 Arthur Kleinman，他先後出了三本書(Kleinman, 1975, 1980, 1981)以臺灣作田野來討論中國人的醫藥觀念與醫藥行爲。他以實證而且大批的田野材料比較中醫、西醫、臺灣民俗醫的醫療方式優劣所在；提出醫生與病人的互動模式；將臺灣民間使用的醫療方式作了獨到且深入的分類。受他影響或與他的研究相呼應的有宋和(1978)對北市一神壇的醫療及社會功能的分析。文榮光(1983: 102-116)對民俗醫療與精神醫療的比較研究。

筆者這篇論文也企圖對 Kleinman 的研究作一更深入的民族誌調查。本文有三個特徵：1. 本研究是第一個以臺灣農村做基點，用傳統人類學方法作準民族誌的醫療人類學調查。2. 本文強調就醫時病人的家族及社會關係網路對病人的影響。3. 本文進一步解釋臺灣民眾使用多元醫療方式的各種因素等三點是有異於 Kleinman 等前人的研究。

筆者以臺北縣深坑鄉(文中以仰之鄉稱之)作為期八個月的田野調查(1980年7月~1981年2月)。就鄉內醫療體系與醫療行爲與信仰作深入的參與觀察。本文的提出在1. 臺灣農村的醫療行爲的研究上是首創之作；2. 提供日後更多臺灣漢人及臺灣山地醫療文化研究的比較基礎。

本文改寫自筆者碩士論文(1981)指導教授為尹建中先生。改寫過程中李亦園先生提供新資料，許木柱先生詳細閱讀並作指正，特此致謝。

一 與醫療行爲有關的外在環境因素

本節分仰之鄉之地理位置、歷史背景、經濟與交通開發、居民人口結構、宗教信仰與社會生活、大眾傳播媒體幾項說明居民能利用到的醫療設備與其醫療行爲及觀念間有很大關係。

(一) 地理位置與歷史背景

地理位置

本鄉四周多山，而以景美溪貫穿其中，位於臺北市東南方，北、西、南三面與北市之南港、木柵二區為界，東則與石碇鄉為界。全境面積 20.58 平方公里。境內大部份屬中央山脈之南港丘陵地，其高度由30公尺到500公尺不等。景美溪流經此等丘陵，因斷層關係，多成縱谷，溪道水流不定，寬窄不一，平時流量較小，可供排水用。若遇颱風豪雨，則水流甚急。(鄉公所資料 p. 2)

鄉分五村，深坑、土庫、阿柔、昇高、萬順。萬順與木柵近，居民最多，新住宅多。深坑爲鄉治所在、商業中心地。土庫與石碇交界，位置深入，但有公路經過，尚可稱因得交通之利而有人聚居，田事不廢。昇高、阿柔二村因隔着景美溪，無公路可及，加以缺水灌溉，農作荒蕪人多遷居外村或外地。

歷史背景

鄉之見於史載，最早在同治九年陳培桂之淡水廳志。昔日爲烏來社山胞漁獵之所，明鄭時期，初受羈糜於縣，後於天興州，清康熙年應羈糜於諸羅縣。雍正元年隸淡水廳淡水堡。同治九年(1870)與今木柵、景美、新店等地同屬拳山堡。光緒五年(1879)與上述地區及今坪林同屬文山堡。日據時期歷經多次行政規劃，到民國35年、39年的二次規劃，仰之鄉均與景美、木柵及鄰近鄉鎮隸屬同一行政區。民國57年臺北市升爲院轄市，將景美、木柵劃歸臺北市，仰之才與景、木漸分隔。仰之鄉的移民亦爲嘉慶年間由木柵、景美之墾戶移入山區開發。仰之鄉與木柵、景美間交通亦早已通暢，所以兩地間之來往，多於仰之鄉與南港或新店之來往。與南港間因山區多瘴癘之氣，到日據時代才漸多人行走。與新店間因山高交通不便。因此由於歷史上行政規劃及交通路線，影響仰之鄉與木柵、景美之來往頻仍，人民生活中的各種活動亦與木、景不可分。心理距離上雖自成一鄉，自稱‘山上人’；生活距離上卻又與木、景同一區，主因百年來二地本屬同一區。而此亦影響仰之鄉民醫療資源上強烈依賴木、景。

(二) 經濟與交通的開發

陳正祥臺灣地誌：乾隆末臺北盆地的開墾因水利大進，而往四周山區發展。拳山堡時有大坪林川、瑠公圳之灌溉。開墾山地，番人被逐入深山。漢人沿山坡種植茶葉，今之新店、指南山、石碇、仰之之山區均茶葉種植區。同治五年，准外國人入山採樟腦外銷，雙溪等地山區之交通，均經本鄉而入。光緒時，英人投資於基隆一帶採礦，石碇仰之，南港亦有礦坑，日據時，文山區之煤礦吸引大量移民到來。約卅年前，本鄉之工作仍以茶、礦爲主。

據鄉公所民國六十七年統計，鄉內工作以農爲主，有水田、旱田及山林地的耕作及畜牧。其次則爲礦業、工業、商業、建築業、運輸業等。一般人均農礦兼業或農工兼業。工人大都爲各型工廠之作業員及建築工地之零工，以及卡車貨車等操作員。近日由於灌溉不便，棄農全就工之人越來越多。

居民回憶日據時至光復後生活均很苦，均依茶、礦收入。當時僅有一公醫，民國40年有衛生所及一私人診所，但當地民眾醫病，仍大多自己採草藥或拜廟，很少找診所或出去木柵景美臺北買藥看醫生。而近十年工作機會增加，鄉內及鄉外就業市場擴

大，居民收入豐富，加以市場購買力提高，鄉內多了幾家藥房。民眾有能力買藥就醫，甚而外出臺北地區就醫。

交通

嘉慶時松山一汐止之路通，墾民由南港入坪林、仰之木柵一帶開墾。道光時，仰之可入石碇入坪林；可與新店聯絡。光緒時，開基隆——新竹鐵路，但入宜蘭仍由仰之經石碇至坪林尾到宜蘭。

日據時仍由臺北經木柵，仰之再入石碇或宜蘭等地。均為山間石子路，由人抬轎上山，或循景美溪到石碇下船再上轎入山。木柵有四轎站，轎夫發有執照管制，轎行路線，由木柵入仰之或登新店均可。

光復後開闢出由木柵到仰之及經仰之入石碇之公路局車路線。近三、四年由民營公車取代公路局，除維持木柵經仰之到石碇一線外，另闢內湖經南港到仰之一線。本鄉交通為之便捷不少，但景美溪亦不再有任何利用了。

由於交通關係，本鄉與木柵、景美來往較方便而頻繁，除了日常生活物質依賴木、景之外，在醫療設施上亦明顯地傾向利用木、景之醫療機構。強烈地依賴木、景、及臺北，使得本鄉幾乎成為臺北的延長，阻撓鄉內綜合醫院或大型醫院之成立。

(三) 人口結構

早期開墾族羣以福建泉州安溪人為主。現在受臺北人口壓力影響而遷來的外地人日漸增多，然以靠近木柵的萬順村為外地人集中區。鄉內人口結構見下表：

表一：民國67年底人口數按性別及年齡別(內政部67年度 p. 58)

		年齡									
		0	1~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	
總數	8484	198	766	917	970	1098	983	754	360	433	
男	4455	97	381	510	467	558	487	401	180	234	
女	4029	101	385	407	503	540	496	353	180	199	

		年齡									
		40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85+
總數	394	367	347	294	211	163	119	67	29	14	
男	221	219	203	178	132	80	66	27	10	4	
女	173	148	144	116	79	83	53	40	19	10	

由表一、可看出人口最多的年齡層是15-19歲，但此年齡層之青少年很少有健康方面疾病，所以在訪問中，此年齡層之人口不顯着。

相反的，以0歲至10歲的小兒輕急性病爲多，如上呼吸道感染、腸炎等。而本鄉高齡人口亦多於北縣其它鄉，老年慢性病如慢性腸胃炎、慢性氣管炎、皮膚病等亦是鄉內常見之病。

(四) 宗教信仰與社會生活

鄉內居民宗教信仰以臺灣民間之道教爲主，佛教寺院僅二所，道教宮廟有六個，而專作降靈之神壇(不含前道教宮廟)有七個，天主堂一個，基督教堂二個。

鄉內大街上之集順廟乃民國37年，高象氏由景美集應廟分香而來。其管理由歷任深坑村長兼之，其管理組織健全，信徒遍及全鄉，堪稱香火最盛之廟。

其次爲媽祖之祭拜，媽祖廟在阿柔村山上，建於光緒六年。是鄉內早期幾個神壇問神之處。現在則很少人上山來拜，也不再有用乩童讓信徒問神，而是在大街上的公寓建了一個分廟，方便鄉人膜拜，但無問神服務。

其次仙公(呂洞賓)是新店仰之地區很靈赫之神，鄉內有一神壇專請仙公來降靈。其它如蘇府王爺、顯應祖師、無極老祖、上帝公(玄武大帝)、福德正神等香火亦盛。

除了鄉內大小廟宇，鄉民還往鄉外名利如新店仙公廟、木柵大夫廟、景美厝公廟。臺北行天宮等求神。或參加媽祖進香團到全省各媽祖廟去朝拜。每逢地方村里輪流大拜拜請客，平日省吃儉用人家也不可免的要殺雞殺鴨。家家戶戶備辦供品至廟前祭拜，並互比那家豐盛。宴請客人多寡往往是下半年村人閒聊的話題。濃厚的宗教祭拜風氣一方面是個人參與全鄉活動，藉以認同於鄉；鄉藉以整合每一鄉民之表現。一方面傳統宗教信仰中保存的道德觀，亦影響他們的醫療觀念及行爲。

鄉民醫療觀念中仍有一部份是極傳統的，尤其在慢性病及久病時。他們相信命運主宰個人之生老病死，禍福災難。生病只是多種禍中的一種，病癒是福的一種。病之來去全視命運；病之預防在平時多燒香、行善、積陰德。病的治療要請神看病源在那裏，才可對症下藥。病的痊癒要向神發願，病癒還要還願。一個人生病如同一個人農作欠收，是倒霉的事，事先無法預防，人力能作的很少，病要延續多久也等於田要欠收多久，只要一開運，病就好，田就可豐收。

鄉內神壇數字多於西藥房、中藥房之數字。更可說明民間宗教信仰對醫療行爲之影響。

社會生活

本鄉可稱爲一個傳統而保守的小村，四周爲山嶺環繞，與木柵景美有公路相通，但亦相距巴士車程半小時以上。生業以農爲主，其居民多爲世代傳承下之原居民，而少移入者。近年則相繼移出景美、木柵，移入者僅有石碇山上遷下來的幾戶。

鄉內現代化組織與機構不多，有的均是政府設立的如衛生所、農會之類的組織。鄉人生活仍屬傳統中國農村的自給自足，以家戶為單位的生活。

自稱‘山上人’，‘我們深坑人’‘深坑五村’是他們的口頭禪。‘深坑五村沒發生過這種事’，‘深坑五村只有我們姓翁’等，顯示出與外人有很強之分界。有幾位在本地住了十幾年的神壇乩童及診所醫生，鄉民提及他們時仍稱他們為外地人，且附加一句‘公館來的’或‘南港來的’。而對本鄉人則很少叫本名，大都叫渾名、綽號、或‘某人的女兒’，‘某人的女兒’，‘某人的四叔’。50歲左右的人，都互相認得彼此祖上幾代之事，喜酒滿月，婚喪喜慶拜拜年節，均是溝通人際之時機。年老一代相當眷戀鄉土，反對外來人建路置產；年青一代卻迫不及待往外工作，往外移居，星期假日往外娛樂。仰之鄉正面臨過渡時期呀！

鄉內的民間標會很盛（鄉內無合作社或銀行），一個人同時有好幾起會，靠着親朋好友間的標會來週轉。鄰里間均相識幾代以上，彼此信任。人際關係很濃，人際網絡很強，任何事均瞞不過鄰人的耳目，任何事也都可以得到鄰人的建議。生病時找那位醫生的意見，最先亦來自鄰居或‘親同’。此外如揀什麼藥、採什麼藥草、看那一科等消息來源亦可得自鄰居。

（五）大眾傳播媒體的影響

大眾傳播工作早期以收音機為主，近年以電視及報紙為主其中又以電視機的觀眾最多。傳播內容中以各種廣告與鄉人醫療行為最有關係。

各種產品廣告中有一項是醫藥產品，尤其為臺灣地區廣告之特色，醫藥廣告多於其它商品廣告。電視醫藥廣告的銷售量也大過醫藥的其它銷售方式。藉着電視機、收音機乃至報紙，各式各樣，各種病症的藥，各國製的藥均可於藥房中買到。無須醫師處方，不用藥劑師核准。一般居民在電視機上看到的醫藥廣告均可自行購買使用。此種自行購買促成臺灣居民習慣於自我診斷，自我醫療。而有關當局對醫藥之發售與使用不作限制實是主因。

電視之醫藥廣告大都通俗的，適於上中下各階層民眾、各年齡層、各教育程度之民眾。內容大致可分二類：(1)各種病症均有之中西成藥廣告，是中西藥房裏銷路最廣之藥，亦是病人在疾病第一階段（自療階段）時買藥之最大消息來源。(2)是宣導民眾有關的醫療常識，如陶聲洋防癌基金會，醫師在職訓練，目前全省各地醫療機關分佈地及數目等。

收音機之醫藥廣告，則大多屬閩南語發音。特別是穿插在鄉民喜聽的廣播劇、流行歌曲節目中。內容大致可分中藥、西藥、成藥廣告，藥品種類遍及各種病症，並會指出

藥價。各個中醫診所之廣告，指出專醫某種奇難雜症。而就醫第一步，很少是到診所或醫院，也很少先檢查詳細症狀再就醫，通常是民眾自己判斷症狀，自己決定買什麼藥。

報紙醫藥廣告的讀者只限於知識份子，但也是醫藥種類最多，報導最深入的一種。有醫藥新發明的報導、各種醫藥、成藥之廣告，社會災難或疾病之報導等均提供民眾全面性，最新的醫藥知識。

這種依大眾傳播媒介來決定醫療方式的趨向，越來越強，影響所及是病人作自我診斷，自我決定醫療方式，甚至藥房自行買藥醫治。現在鄉內西藥房五家，中藥房二家生意很好，更可作為證明。

二 醫療體系：歷史的回顧與現況

本節將鄉內現有醫療組織分為三元，說明三元醫療次體系形成的歷史背景；介紹現有醫療組織之分佈地點，成立年代，主持人生命史，主持人醫療觀及醫療法。

(一) 何謂多元醫療體系

要了解多元醫療體系要先了解醫療體系。醫療體系(medical system)之定義複雜紛紜，各醫療人類學家有其不同之用法。因其研究重點不同，各有不同之定義(Kunst- adter, 1975: 351; Seijas, 1973: 544; Kleinman, 1980: 24-26; Laudy, 1977: 131; Leslie, 1978: 7-8; Fabrega, 1977: 205)總而言之：醫療體系是一套信仰與行爲，包括對疾病的認知、解釋、命名、分類、治療、評價、預防等過程。而其研究對象有二：一是病人，一是治療者。自病人角度下手，則是病人自身對上述過程之觀念與行爲。自醫療者角度下手，則有醫療制度，醫療人員之訓練方式，資格給與等。

依以上定義，臺灣目前至少有三種以上的醫療體系：西方醫療體系、傳統中醫醫療體系、民俗醫療體系。它們各有自己的理論、信仰、行爲、以及醫療者的訓練方式。由 Kleinman, 1980; Ahern, 1975; Martin, 1975; 吳就君1978我們也可得到相同的論證。

目前臺灣民間之醫療方式有：乩童、算命看相、風水、卜卦抽籤拜廟、收驚、符水、牽厝厝、關落陰、扶乩、產婆、中醫、接骨、跌打損傷、針灸、秘方草藥、按摩、中式補藥成品、中式成藥、專科醫院診所、綜合醫院、西醫補藥補品、西式成藥、衛生所、精神科、心理衛生中心、地攤膏藥、藥廠寄放藥包。

對以上醫療法上述學者各有不同分類，本文採 Martin 的分類，將之分為1. 神聖的，2. 世俗的，3. 西方的三類。

(二) 多元醫療體系的形成因素

本節偏重清、日據、光復以來政府的衛生政策來論述。

1. 清代(1684-1895)

省志政事志衛生篇(1952 Vol. I p. 6-7): 南北淡水均屬瘴鄉, 北淡水之瘴, 瘠黝而黃, 脾泄而痞, 爲鼓脹; 蓋陰氣過盛, 山嵐海露鬱蒸, 中之也深, 又或睡起醉眠, 感風而發, 故治多不起, 要節飲食, 薄滋味, 慎起居……。而諸志又載: 俗素尚巫, 疾病則令禳之。又有非僧非道, 名客子師(即紅頭司公), 携一撮米, 往占病者, 謂之米卦, 稱神說鬼, 鄉人爲其所愚……。

由此段敘述可知民間對地方性流行病, 乃或日常之病, 尚停留在宗教巫術之醫療, 政府對地方之醫事衛生, 還無力照顧。

同書(pp. 7-8)記載光緒5年(1897)臺北府置養濟院於艋舺。此種養濟院是收容鰥寡孤老殘疾之人, 而非療養疾病之所。臺北地方之開發晚於南部, 到光緒5年才有養濟院之設備, 可見北部地區醫事之落後。

北部地區有西醫行醫, 要到1897年左右。1897年左右, 馬偕牧師在北部傳道兼行醫於五股坑、蘆洲、新店、三重、大龍峒、松山、基隆等處, 建立傳教醫療所。1880年第一所教會醫院成立於淡水。1912年馬偕醫院成立於雙連區。(陳勝崑 1978: 129)

以上敘述可知有清一朝, 官方醫療組織幾乎沒有, 大多由人民自行處理。西醫之推行多賴西洋傳教士私人力量, 且其遭遇民間阻力甚大, 絲毫無政府方面之支持。(陳勝崑 1978: 126-132)

2. 日據時期(1896-1945)

日本據臺, 爲加強控制及掌握臺胞醫療衛生, 除於中央及地方設立各級衛生行政機關外, 在藥物管制, 醫療機構、公醫制度、公共衛生上, 均由日政府頒布法令執行, 一改清政府無制度之局面, 將全島之衛生事業帶上制度化、嚴格化之路。其中重要者有:

1896年及1904年公佈‘臺灣醫師規則’; 臺灣藥劑師、藥材商、製藥商取締規則; 及臺灣醫師免許規則。以西醫須領有日本之醫術開業准許狀, 或總督府之醫師許可證者方可行醫。1918年改行臺灣醫師令, 嚴格規定醫師須取有外國或日本本土大學之醫學士資格才准行醫。

1897年日人舉行一次登記兼資格考格, 將所有傳統中醫加以管核。接下來幾年均不會有舉行資格考, 也不發予執照。1945年全臺僅有30-40個合法中醫。1925年更加強密醫之取締。

1896年總督府在臺各重要地區, 配置公醫於指定地方開業, 月給津貼, 受地方官廳管理。

由上引述，可知日人領臺50年中，想把臺建成大日本帝國之部份，所以在行政制度、衛生行政上，均比照日本本土行事。大力推行西醫，掃除地方上疾病，加強中央與地方之醫藥衛生管理。然而日人想在臺建立單一的西醫制度，並未被光復後的國民政府承繼下來，國民政府解除日人對中醫及密醫之禁令。這政策使臺灣，現代與傳統二套醫藥制度並行，同時有法律上之承認，只是傳統醫藥不被納入公家機關，公然推行。(Unschuld, 1976: 302)

3. 光復後(1945-)

臺灣光復後，政府承日本在臺之建設，並加以改進。政策上最大改變是開放傳統中醫之行醫、中藥之使用，以及對密醫、民俗醫採半開放政策。使得民眾的就醫選擇機會增多而形成今日多元醫療體系之局面。

(三) 鄉內現有的醫療組織

家庭療法是一般人生病時，最先使用之療法。例如先使用家中儲備之成藥；或家中基本救護箱內之藥；或改變飲食口味及生活上習慣；給與食補；或使用父母及家族中傳下之秘方；或有特殊經驗到草藥店買藥自行煎煮。家庭療法是每個人最先接觸到的醫療法，是混雜的，由整個家族遺留下來，經驗取勝的。

本節僅說明鄉內正式的醫療組織，對家庭療法略去不談。依西方的、世俗的、神聖的醫療組織而談。

西方的醫療組織包括二家診所、五家西藥房、鄉衛生所、省立醫院巡迴醫療車。

世俗的醫療組織包括二家中藥舖，一家接骨所。

神聖的醫療組織有九個神壇、一位米卦師、一位算命師。

表二：三類醫療組織性質

性質	分布地	歷史	病因解釋	收費	醫療法	醫療時間	主持人	助理人員
西方的	二村	3年~35年	西方自然病因論	藥費 檢查費	開藥方 作治療	固定時間 上下班	非本地人 不定居村內	有
世俗的	二村	1/2年~20年	陰陽五行 平衡論	只收藥費	開藥方 藥物治療	不固定時間 但有假日	非本地人 但已定居村內	無
神聖	五村	10年~60年	超自然 病因論	隨意	病人與醫 者問之問 答儀式治 療	隨時	本地人多	無

西方的醫療組織特點在組織內工作人員不只一位，各有所司，治療種類多、收費高。醫療人員與村人平時互動少。

世俗的醫療組織特點在藥物治療為主，不主動向病人作治療或解釋，而是被動地提供病人藥物買賣。

神聖的醫療組織特點在醫療者即村人自己兼業的，治療以儀式及超自然病因解釋為主。

除鄉內醫療組織外，鄉外有幾個鄉民常去的醫療場所：木柵成蹊綜合醫院，木柵博嘉診所及寶順醫院。新店耕莘醫院，臺北臺大醫院等。小兒輕急性病及老年慢性病在鄉內看，鄉外則以重急性病為主。

三 個人特徵及人際關係網路—— 影響就醫選擇的個人層面因素之一

個人因素包括有病人的年齡、性別、在家中之地位、教育程度、經濟能力、宗教信仰、省籍、家庭結構、醫療觀念等均影響病人求醫之方式。除了病人個人因素以外，中國社會的特質是家族主義，家族不但是社會關係的基本型式，也是個人生活及意見主要來源。病人就醫決定中人際關係的影響有多大，以及疾病所帶來的危機 (crisis) 如何彌補等將於本節敘述。

(一) 病人個人的背景因素

個人的年齡、性別、社會經濟地位、教育程度、宗教信仰、家中排行等因素會影響個人生病的類型，此種研究屬流行病學 (epidemiology)。臺大醫學院精神科曾於1946-1948年對臺北木柵、新竹新埔、臺南安平三地之居民的精神疾病，與上述幾項個人因素作相關研究，發現其間有相當大之關係。1961-1963又在相同三地區作追蹤調查，更能肯定疾病與個人背景二者間之關係。(Hsin Rin, 1966: 410-473)

個人背景影響生病型態，也影響求醫決定。此方面研究有吳就君女士1977及1978的報告。吳氏之研究訪問以個人為對象，討論卻以家庭為單位，有其不可避免之因素，此乃中國社會之特性，我們於下文討論。根據筆者觀察，個人背景因素的影響大致如下。

性別上，婦女較喜找醫療者，除了婦女病外，一般的大病小病，婦女均比男子喜找醫療者。似乎婦女體質本多病於男子，也似乎婦女喜把病痛訴諸外人之助。男子則一方面體質上少病，一方面病痛多自行處理，除非嚴重了才找醫者。

年齡上，年青婦女自療後，多直接找西式藥房，或西式診所。中年婦女則兼找民俗療法，中醫、秘方。此與教育程度有關、與個人人面熟識廣狹也有關。中年婦女人生經驗多，得病經驗多，見聞廣，民間各種治療法及地點也較熟。除了相信西式治療法，她

們也同時詢問各種民俗治療法。

社經地位上，經濟收入高的家庭，其就醫率比經濟收入低的家庭高。一般來說，中下階級的居民平時很少注意身體各種情況，很少注意保健問題，而較注意疼痛之症狀及大量流血等。對於疾病之嚴重性，他們也較不敏感，要等到威脅生命，或影響生活作息工作能力時，才就醫。通常能用的醫療資源較狹，大都透過親朋好友的介紹，或收音機、電視機之廣告，而少用公共福利設施如衛生所、社會局或生命線等。所以利用民俗療法的機會很大，利用電視廣告成藥的機會亦比直接找醫生多。找醫生要空出一天時間在坐車、掛號、等候、拿藥。與醫生溝通又不太有人情味，少賺一天的工資外，可能還須別人服侍，多重的花費。所以症狀允許下，大都買成藥吃，休息一下又上工了。甚而有位山上農戶，一次買廿瓶感冒液在冰箱，一有頭痛，疲累就喝，節省上下山的時間。在臺南地區烏腳患的醫療行爲之研究中，蔡淑芬(1983: 95)也發現經濟及距離對醫療機構的選擇有顯著的影響。

教育程度上的差別，並非單純的因素。個人教育程度同時又受宗教信仰、家庭權威的影響。在乩童處，筆者收到的資料，本人親自來問神的，教育程度最高有高中畢業，別人代問的則不知。家中信仰為神道教，父母或祖父母又相信乩童，則高中畢業之子女亦會到乩童處求醫。

病人在家中的地位，具很大的決定性。通常小孩，尤其小男孩最受注意；其次老人，尤其祖父較受注意，因為二者的抵抗力小而又是家中地位重要的。戶長因負責一家生計，所以地位重要；主婦因關係一家人生活作息，所以也可受到照顧，但二者因年紀及體質抵抗力強，所以多採自療法，少找醫生。而同是男孩，老大比較重要。病人個人無所謂的地位可言，必須在整個家中的地位上才可說。所以在疾病發展過程的第二階段，是否繼續第一階段之自療，或轉往醫院，須以全家之經濟能力，及病人在家中之重要性來決定。

在影響求醫決定的個人層面因素方面，除了病人個人的年齡、教育、經濟能力，在家中地位等項以外；中國人的人際關係網，常是病人醫療訊息的提供者。

(二) 家族在醫療行爲中的角色

家族有諮詢及實際醫療二方面角色(Kleinman, 1970: 179-203)通常整個生病過程均由家人從頭到尾一直討論參考意見。不管是老的一代或中間的一代主家，生病是整個家族為單位的參與整個疾病過程，而不是病人個人單獨對付。正如宗教在西方是個人與上帝之間一對一的關係，與家人無關係；而在中國則往往主祭者代表全家與神明或祖先溝通；主祭者常是家中最權威的人，其它家人無需與祖先或神明有個別的溝通。

對一個成年男人來說,自疾病一開始,病人有了異樣的感覺時便是第一步:病人自己意識到身體有了異於平常的情況發生。依照文化裏對病的定義;依照自己以往的生病經驗,病人判斷此不平常感覺便是病,自己便先作節制調養。如果這異樣感覺仍存在,病人便先向妻子說明,妻子依據她的經驗判斷此異樣感覺是否為病,如果她有過經驗或曾經聽聞過或見過此種異樣感覺是什麼病,此時便是第二步:給與病名(貼上標籤認清異樣感覺之名稱)同時第三步:判斷此時發展之嚴重性大不大;第四步決定就醫方式,是在家調理,讓病人多休息、吃補品、作按摩、作局部運動呢?還是去藥房買成藥,徵詢藥房老板的經驗呢?此時妻子也可能向婆婆徵求意見了,也可能向妻子自己的娘家徵求意見。婆婆是當然參與人,也是金錢支持者,娘家則只提供意見。鄰居間或聽到症狀的,也會給意見,把自己以前的經驗拿來討論,病人從各方面聽來的消息可以再次檢視症狀、病名、病情輕重、病因等是否正確。若仍無進展,親朋介紹鄉外的醫生專治此種症狀,病人便決定前往就醫了。

通常第一次去親人介紹的醫生處會有該親人陪同,一方面可以識路,一方面可向醫生打個招呼,居於輔助醫生及輔導病人之間的地位,親人與病人的人情於此時又增加一分了。醫生給與病人檢查、病名、醫療可能都不同於病人原來的那一套,可能同於病人原來的對此疾病之認識,無論同或不同,病人接受醫生之治療及覆診,如果是西醫通常病人觀察一星期左右,如果是中醫可能觀察及評價時間會長一點。觀察及評價包括藥效如何、價錢公道與否、醫師技術及待人態度等。觀察及評價結果如為否定,則病人及有關之家屬可再從作一次檢視:病名是否正確(病名正確治療才可正確)、就醫方式是否正確、病因解釋是否滿意。進一步檢視結果可能仍留在西醫體系內,只是換一位西醫師,也可能轉換醫療體系而找中醫師或民俗醫療者。第二次換醫師或醫療體系仍會有一段觀察評價時間,評價結果再決定繼續就醫或再作一次轉換。每作一次評價,病人及家屬對此一疾病之知識及經驗就更豐富也更複雜,就醫時間越長,牽涉到的親屬網絡及人際關係網絡就越廣。

無論是新犯疾病或再發之舊病,對病人來說就醫選擇均是冒險,均是從新再作的一項決定。即使舊病亦有可能有異於往常之發展。此種冒險精神使病人產生一種‘貴人’的想法。貴人即緣自於對醫療體系的陌生,對醫療者本人技術經驗的陌生,對自己疾病的無知而產生的一種宿命觀,以為醫病首在是否能遇貴人,同樣一位醫師可能治好某甲之病,卻治不好某乙之病,只有相信‘某甲遇上貴人’才可解釋此種差別效果了。這種相信貴人的宿命觀更給與病人藉口,認為疾病之罹患或疾病之去除均與個人命運有關。也更助長病人不肯安於一種醫療體系,而動輒轉換醫療體系或轉換醫師,

將自己暴露於多種機會下，暴露於各種可能的機會下，以便有巧遇貴人的一天。

家族之作爲一個醫療意見團體，或擴而大之，病人之親屬羣作爲一個醫療意見團體，便是一再參與病人之抉擇，一再提供病人可能的機會，將病人開放向無限的可能。而不像西方病人與醫療機構之間作確定的接受關係，由醫師轉介病人，而非病人自行決定轉醫。在西方一切醫療決定均由醫療人員來下決定，病人可與醫護人員商討，但決非病人的家族；更非家族來代醫護人員作決定。

(三) 醫療行爲加強家族關係

‘莫頓(Robert Merton)之功能論的核心觀念是顯性功能(manifest function)與隱性功能(latent function)的區分。一種行動模式的後果可能有很多，假若某一後果與參與此行動模式者的主觀意向相符，亦即此後果爲此體系之參與者所意圖的，而且知悉的，則此後果即爲顯性功能；如果客觀後果與主觀意向不一致，亦即此後果既非參與者有意如此的，亦非參與者所知曉，則此後果就是隱性功能。’(黃瑞祺編譯，民國70年p. 15)。

就顯性功能來說，我們可以說家族對病人個人有四方面之功能。一是家族給予病人經濟上的支持；無論是治療費用、開刀費用等。二是心理上的支持，給予病人信心與勇氣。三是上節所述的，提供醫療意見，醫療訊息給病人選擇。四是實際治療行爲上，家族代替病人去找醫療者，如拿病人衣物到乩童處作法，病人無需同行等。

就隱性功能來說，我們還可借用Van Genep的一個觀念來彰顯家族與病人間的關係。

人的一生當中，有很多次機會會與他人的關係發生改變，例如在一個家庭中，經過出生、結婚、死亡的幾次改變後，個人與家人的關係都會與以前有所不同。出了家庭到社會上，個人又與其它人發生各種關係，而這些關係又會因不同機會而會有所改變。每一次改變都會使原來的平衡關係有所動搖。

個人與他人的平常互動率要是有了動搖，均可稱之爲一關口(crisis)。每經過一次關口，要修補恢復往昔的平常互動率便需要作一個儀式，這個儀式幫助個人作一個過渡、轉移，到達另一個新的平衡的關係。儀式便可視之爲一轉移人際關係的機轉(mechanism)。

Van Genep (1909) 是第一個指出這種儀式並加以研究的人，他稱這種儀式爲‘通過儀式’(rites of passage)。表示個人從一個社會地位轉變到另一個社會地位，這種社會地位的轉變具有結構上的意義，視不同社會結構而有不同之通過儀式。所有這些通過儀式，甚至所有儀式均可加以區分出三個部份：第一是隔離(separation)，第二

是轉移 (transition)，第三是重合 (incorporation)，幾乎所有儀式也都照着這三個順序進行。

通過儀式常見的如出生、成年、結婚、受傷、生病、死亡等，最常受到影響的人際關係便是家庭。家庭內每個成員會因某一成員之出生、結婚、死亡而改變原來的平衡關係，但在行過出生儀式、結婚儀式、死亡儀式後，受到動搖的平衡關係又漸漸隱定下來，達成一個新的平衡關係。而當事人則在經過出生儀式或結婚儀式之後，從舊有之身分地位進入另一個新的身分地位。

通過儀式又有大小繁複之差別，例如一個皇子的婚禮比一個工人的婚禮來得盛大隆重，全國人民均參與，共同慶祝皇子的婚禮；工人的婚禮可能只有他的家人知道而來參與；由此亦可知一個人的身分地位決定他的通過儀式的或大或小，一個皇子比一個工人更需要通過儀式，更需要藉儀式來肯定他的新身分地位，來幫助他轉移新舊不同的人際關係。同樣的在中國，祖父母或年紀大的族人的葬禮要比年紀輕或小孩子的葬禮來的繁複講究，我們在禮記中可以看到傳統中國對父母親葬禮的制定非常的嚴密精細，主要是中國講孝道，父母的死亡在家中引起的改變最大，整個家族結構會因父母的死亡而完全改變，由大家族變成數個核心家庭，或由父母大家庭變成兄弟大家庭等等。

男女性別亦影響儀式的大小繁簡。一個父系社會如中國，生兒子的滿月儀式就要比生女兒的滿月儀式來得慎重。因為生兒子會帶來父系社會家族結構的改變，生女兒的影響則沒有這麼大。同樣的男孩子的冠禮 (成年禮) 也比女孩子的更受人重視，我們也可在禮記中看到冠禮的詳細節目及應邀參加之人。

Van Gennep 在提出通過儀式之後，Chapple and Coon (1942) 提出加強儀式 (rites of intensification) 來補充以使 Van Gennep 的通過儀式的概念更完善。通過儀式強調的是個人的結構上的身分地位的轉變，加強儀式強調的則是羣體的關係的加強。羣體的日常關係經由儀式而加以強化、再肯定以便羣體更能維持其原有關係，因此加強儀式通常是一而再地舉行，每天或每星期或每月或每年地重覆地作。例如學校舉行朝會，學生們每天早上齊聚升旗，加強彼此間的關係。每週有週會，班上同學每星期聚集一處互相討論班上事情。再如家庭裏面，每天晚上全家羣聚餐桌前，由父親領導吃晚餐，彼此把一天中發生的事在餐桌上互相交換，一天當中沒有別的時間像晚餐一樣要全家缺一不可地聚集在一處，每天晚上的相聚加強全家成員間的感情，維持家庭關係的運作如常。國家每年於國慶日慶祝國家之誕生，全體國民再一次體認彼此間的關係，也使國家內各種行政措施照常舉行。

我們借用 Van Gennep 通過儀式的觀念，觀察病人的生病過程，也頗有通過儀式之味。在出麻疹的小孩來說，他一出麻疹，生理上被隔離以防感染其它小孩，心理上他也被隔離了，孤單一人面對麻疹；這是第一階段隔離 (separation)；接下來家人自行處理，或送醫打針處理；醫生、病人、家人共同處理麻疹，病人正在過渡階段，可以往痊癒之路走，也可能往病情更嚴重之路走。這是第二階段轉移 (transition) 進入一個非健康人亦非病人之地位。再來是痊癒，出完麻疹，換骨脫胎成爲一個新的人，這是重合 (incorporation)。在臺灣人觀念中，人一生必得出麻疹，出了麻疹才能抽骨長高長大成人，因此出過麻疹之人其身分地位是與未出麻疹之前有不同的。

當家人中有一人在出麻疹，全家人也都爲他操心，以他的麻疹爲話題，注意他的進展情況，在那一段日子中他是整個家的核心人物，全家人也藉這個麻疹而更確認彼此間的關係，麻疹的危害病人也連繫着全家人的安危。

四 醫療觀與人生觀——影響就醫選擇的個人層面因素之二

影響鄉人醫療行爲的因素，除了上述的歷史地理等因素，鄉內外醫療資源因素，個人人際關係網絡因素外，尚有鄉民傳統的、混雜的醫療觀念因素，與醫療觀念背後的一套人生態度混合作用，支使鄉民的就醫決定。這套醫療觀念包括：對疾病的定義、對疾病的分類、對病因的解說、對醫治的看法、以及預防保健觀念。

疾病只是人生路程中諸種問題之一，鄉民對人生以及對宇宙的看法，表現在日常生活大大小小事物上，也表現在對疾病的態度上。(Foster 1976: 773-782; Foster and Anderson 1978: 51-81)

(一) 鄉民的醫療觀念

1. 疾病與健康：世俗的觀點

什麼是疾病？怎樣才是生病？一般鄉人的看法很少是醫學上說的‘個人的身體產生缺陷、器官機能異常、身體的生理狀態不平衡’。鄉人們純以外表感覺來認知疾病，他們認爲‘身體不爽快’、‘身體艱苦’、‘不能作息’就是病；另外‘生痛就是病’，指出痛是病的一個指標。通常的感冒、刀傷、割傷等不算是病，病指的是體內病、令人無法維持日常原有生活規律的。‘得傷’是指外傷，包括大傷小傷等受傷。胃腸‘不好’是指老毛病或先天胃腸體質弱，常常患胃腸之病。

什麼是‘健康’呢？健康包括身體上和精神上的和諧。鄉人們以‘會吃會睡’、‘人精神好’、‘人身體爽快’等爲健康。

健康與疾病並非截然兩分，健康只是疾病未發作，生病的人身體也不一定比沒病

的人差，有的人外表強壯，體內有病未發。因此並無絕對的健康或生病，只要外表正常，生活如常，可工作便可算是健康。有一位受訪者五年前肚子痛，診所醫生說可能盲腸炎，照了X光片，花了錢後診查並非盲腸炎，應作其它檢查，病人一氣之下回家了，到現在為止，只要工作太勞累便偶有肚痛，他只要買一瓶保力達喝了即不痛。對一般鄉民而言，這種症狀只是體內較為燥熱而已，只要能工作，就不算有病。

疾病也並不造成就醫之必要條件，要看疾病之輕重大小才能決定是否就醫。小病是‘感覺到身體不舒服’，只要多休息，注意保養即可。大病則是‘身體很不舒服，要臥床而無法照常工作，甚至無法行動的’，這種情況一定要看醫生吃藥。

除了病之大小輕重影響就醫與否之決定外，病人的身分地位也是關鍵點。小孩子抵抗力弱，較不能忍受病之煎熬，因此小孩一發病大多會就醫的。大人抵抗力強，加上忍受力強，常常要病上幾天才想看醫生。

2. 對疾病的分類

大部份鄉人不太分類疾病，對全部疾病並無一分類概念。有以身體部位來分，還稱不上以器官來分，因為他們並無清楚的器官認識，以身體的部位來分如：眼病、耳病、腹內病、皮膚病等。有以性別年齡來分如：婦人病、老人病、兒病、大人病。有以治療法來分類的，例如貼膏藥的病、要開刀的病、吃中藥的病、吃草藥的病。有位皮膚病病人問跌打骨傷師，她的皮膚病可否貼他的膏藥以治療，在這位病人來說，如果貼膏藥可治好骨病為何不能用來治皮膚病？有以病因來分類疾病：內陰（體內致病物）引起，外陰（體外致病物）引起、無緣無故引起、天生的、傳染的。

將所患之疾病加以分類，往往是病人處理疾病的第一步。病人先判斷自己是否生‘病’了，確定有病了，繼之將病加以分類，分了類才決定去找那一類醫師。因此病人自己對疾病的分類影響很大，大部份人均只視外表可見之病變來作決定，如流血、流膿、疼痛、骨折等，而會有頭痛醫頭，腳痛醫腳的心理，忽略了很多症狀是由別的器官引起的。

有些病人則是沒有分類觀念，一看到醫生便將所有不適全部傾訴。一位星期三來看巡迴治療的鄉人最初說他自己‘感冒’、鼻塞、喉嚨痛，繼而又以自己最近常胃痛、小便很黃、眼睛也黃，不知是否染上肝病，希望醫生能開藥。

3. 對病因的解釋

鄉人認為疾病的起因有：(1)體質原因：先天體弱多病的人，吹到風或太勞累便致病，只有平時多注意保養，多補身體。(2)先天遺傳：尤其是低能兒或癲癇病人，鄉人多以祖宗留傳下來的病。(3)傳染來的病，如感冒、咳嗽及天花。(4)外陰引起的：包括祖先、

神、鬼、風水不好、流年不利、方向沖犯等等外界致病之超自然因。(5)內陰引起的，包括體內‘火氣大’、‘寒’、‘燥熱’、‘血脈不通’、‘毒’等體內致病原因。

然而這些病因並非一成不變的，並非一個病只有一個病因，可以是多元病因一起作用，也可以是依病情不同發展過程而有不同原因。例如一個小男孩生下來不足月，瘦弱不吃奶，其母問神說是祖先想要回這個孫子。母親花雙倍心血照顧之，對於常犯的感冒發燒、嘔吐等，母親均以小孩不足月，體弱所以抵抗力低來解釋。對於小孩頭上長了一個大膿瘡，母親之解釋則爲此不是病，小孩子本就應長東長西‘生頭髮尾’才會長大。等到膿瘡日漸擴大，原來塗的青草藥不生效，母親又說此是因小孩體弱，抵抗力差。

對於常犯之病，以及一生中難得一患之病，一般人均以‘命’來解釋。病初起時，並不會以‘命’或外界超自然力來解釋，要等到嚴重階段，或一而再地犯時才會以超自然力來解釋。有的鄉人很樂觀，認爲命中註定要開幾次刀，生幾場病，一次都少不了，而也不會死，因爲還不到時候。病有時是惡運來到，花錢消災，病一好惡運也過。

因此病因可細分爲三層：近因、遠因、始因。始因是與生俱來的，可說與個人生辰八字有關，八字輕的人易致病；有的人是前世行惡，今世來受苦還債。遠因是體外致病之超自然物，如神、鬼、沖煞。近因是吃壞肚子，刀傷、跌倒撞車等。始因影響遠因，遠因導致近因而才發病，例如某人命中註定或八字輕(始因)，因此易碰到外界鬼神等歹物(遠因)，歹物再引起其人靈魂脆弱，抵抗力低而失去平衡，吹到風(近因)才感冒。

中國傳統民間有命的觀念，有宗教上鬼神降禍福於人的觀念。此套觀念普存於一般人心目中，雖然平日生活中無需利用此套觀念，但是一旦有超乎人力之事發生，這套根深蒂固的觀念便使用上了。仰止鄉仍保有傳統觀念，但是也受現代醫療設備影響，所以他們的觀念與行爲是改變中的，新舊兼有的。在日常小病發生時，遵守西醫的病因觀念，而有打針、吃藥、開刀等行動，然而當西方醫藥無法遏止病情的情況下，傳統的觀念便出現，傳統超自然病因觀念便取代西方病因觀念了。

病人在自我診斷，自我尋求病因後才決定求醫形式。如果病人觀念中認爲此種病，或此階段之病屬體內原因，則他會去找西醫或中醫，專門針對身體之不適作治療。如果病人的自我診斷，或在初步與醫生互動後判斷此病屬外界超自然力引起，則他會自動尋求神媒醫療。

病因觀念是整個醫療行爲的核心，是整個醫療行爲的起步，由病因觀才演生出往下之尋醫、評價、預防、保健等步驟。

綜上所述鄉人的病因觀是時時流動的，新舊夾雜的，在一個人身上可以同時有傳

統與現代二種病因觀存在，不同的病則以不同的病因觀理解之，而無矛盾產生。只要某種醫療觀念、醫療方法可以治療病人之病，便可採用，病人並不區分何者為中醫體系，何者為西醫體系，何者為民俗醫療體系，而是在病人個人生命史中，生病史中從外界吸收來參差不齊的醫藥觀念。何者可用，何者實用便記住那個，下次再依樣使用，若下次不靈光時便可淘汰以別的醫療法取代。所以鄉人的觀念是流轉的、變動的、實用的、參差不一的，不必有嚴格的界限存在。這樣的以實用為取向的複雜病因觀，表現出來便是針對症狀為主的醫療行爲了。只要能去除症狀，任何醫療均可，因此醫療行爲也是流轉、變動、實用為取向的。

4. 對醫治的看法

上述病人認為不適之症狀，破壞日常生活作息的身心現象，如果持續一、二天，病人無法忍受，經過家人公認，疾病成立，便先在家用老方法對付，如果家中處理無效才出去找醫治。醫治目的是要去除病痛、去除身心不正常現象，恢復往日身心狀態為目的。

醫治是醫生能力主宰的事，病人方面只要照吩咐作，很少會與醫生討論醫治過程，醫療方法是否須要改變等。醫生與病人間關係有如父與子的關係，醫生是權威的，不容許病人有私人意見；病人也以醫生是萬能的，可以預知疾病之未來，也可查出疾病之過去，所以很少病人清楚地主訴。醫生與病人間之互動很少是放在使病人更了解自己病情的發展、或與醫生討論更換其它治療法、或讓醫生更了解病人的生活背景等。

在西醫場所，醫治行爲比較專業化，非個人化 (impersonal)、交易化。在民俗醫療場所，醫治行爲便比較人情化，嵌入很多道德及社會義務等的判準。

在鄉人觀念中，醫治疾病也只是日常生活中眾多行爲之一，不刻意劃分出來，醫療觀念與宗教道德合一，醫療行爲也與平日飲食運動合一。

5. 預防保健的觀念

預防與保健如何作，端視個人的病因觀念，把致病因素排除或減小到最低程度便是預防；把身體抵抗致病因的能力增加到最大程度便是保健。嚴格來說鄉人並無預防保健方法，都要等到疾病來臨時才會意識到身體的存在。然而說鄉人不重視或沒有預防保健觀是以現代公共衛生的觀點來說，其實鄉人自己有一套傳統的預防保健法，其根源來自超自然致病因，因此其預防保健法便是處理超自然致病因的。

預防與保健其實是一事之兩面，防止致病因降身與防止身體抵抗力差是同一套方法。以下我們合預防與保健於一來討論。鄉人之預保法有二套，一是針對自然致病

因，一是針對超自然致病因。

自然致病因，即疾病之近因，主因身體不平衡，體內失調，可由平日飲食之冷熱調和來達到平衡，中國人的飲食觀念中，把食物分爲冷、熱、涼、燥、毒、補。(Anderson 1980; Manderson 1981; 賈，民70年; 李，民72年)平常食物攝取如果冷熱中和則身體易達平衡。如果身體因熱而生病則可以涼食平和之，因此此套飲食觀亦有積極的治療作用。‘補’食針對老人、病人、小兒、婦人身體虛弱者；‘毒’食針對皮膚病人，尤應禁忌‘毒’食。

除了食物之外，風的避免，例如早晚起床的風比較陰冷；產婦體弱要防風吹，小兒未滿4個月要防雨淋等。

超自然致病因即前述遠因及始因。遠因之防患即爲外界超自然物之防患，多指平日燒香拜神佛、祖先風水慎擇良穴、某某時辰勿作搬家、遠行等事。始因之防患即個人命運的好壞，則於年頭時於寺廟或其它宗教場所拜斗、補運、蓋運、祭星、消災，可把今年之歹命換成好命。另外則是平日多行善事、多積陰德才能有個好的來生。

(二) 鄉民的人生觀——宿命論

鄉人強烈的認命態度，表現在他們的病因觀裏，而影響到他們的預防保健行爲，影響到他們的醫治行爲。這種宿命的人生觀普遍見於多數的鄉民社會。(Foster 1967: 300-324)。

這種宿命觀表現在對疾病的反應上便是認爲命中註定某人要生什麼病，某人要不要開刀住院……等。有了病也是相信‘貴人’，相信破財(病)消災，相信病能否痊癒、何時痊癒是註定的。如此不但拖延了很多早期症狀，有的甚至在接受醫生檢查以後卻不接受開刀的意見，而回家吃草藥，認爲命裏不會這麼早死，不開刀不會死。也有的是作了一番努力後，家裏經濟不允許，便任其自然，認爲是病人的命！這種不爭取最好的醫療方式，不爭取個人應享的權利除了認命的態度外，當然也與鄉內的資源不足，鄉民對外界認識不夠有關。若是政府的衛生醫療機構能深入鄉間，作迅速有效的轉介醫療，或是宣導鄉人對醫療有新的認識，或許可減少鄉人聽天由命的心態。

五 三元醫療體系的功能與分工

本章從幾個個案來討論仰之鄉民的就醫行爲，並就其同時使用西醫、中醫、民俗醫三種醫療體系來說明三元醫療體系的互補與分工關係。

(一) 就醫行爲之個案討論

個案1. 地點: 信愛西藥房

時間:民國七十年一月卅日

經過:小女孩進入藥房:「買感冒藥,大人要的。」藥房老板:「有無發燒?頭痛?流鼻涕?」小女孩不太把握地點點頭。

藥房老板拿了一瓶藥給她,收十五元藥費。

個案1 討論:病人本身可以不到藥房,而由一個小女孩去代買成藥。藥房常是民眾處理疾病的第一步,成藥常是不經診斷地賣出而被病人服用。這背後牽涉到臺灣醫藥制度,醫藥是否應加強管制之問題。而民眾自行診斷、自行買藥之行爲亦是造成藥房林立之因。

個案2. 地點:信愛西藥房

時間:民國七十年一月卅日

經過:一中年男子:「跟上次一樣的藥。」

藥房老板起身拿了一盒藥,收下錢。

藥房老板向筆者說:「有些慢性病人,醫院指示可在藥房買藥注射,如肝炎病人,動脈硬化病人。」

個案2 討論:藥房代替了醫院處理慢性病患後期之病情。

個案3. 地點:貴仁診所

時間:民國六十九年十月廿四日

經過:阿柔村來的老太太年約六十歲,背上背了一個八個月大的嬰兒,向醫師說道:「好像感冒,有點發燒。」醫師拿出體溫計置嬰孩口中,繼續與筆者聊天。約二分鐘後,拿出嬰孩口中體溫計,向老太太說:「有點燒,要打針或吃藥?」。老太太忙着把嬰孩綁上背,回答:「吃藥!」。醫師說:「一百六十元,四小時吃一次藥,你姓陳吧!」(一邊找着病歷表)老太太答:「姓廖!」並付了錢,一聲不響地離開診所。

個案3 討論:藥房的病患爲輕急性病,尤以成人病患爲多。診所病患則多小兒之輕急性病以及老年的慢性病患,很多是專爲打針而來的。

個案4. 地點:啟生堂漢藥店

時間:民國六十九年十二月四日

經過:一位婦女抱着一個女孩,向藥店老板說:「口角裂,紅」。藥店老板:「體內有風火,火大。可以喝沙土加鹽。」母親說:「吃藥好了」。藥房老板便配了一包藥粉給她。

個案4 討論：羣眾會自行分類疾病，某類疾病如火氣大，腎虧、神經衰弱等找中醫或中藥店。某些病如急性肝炎、胃炎、出血等找西醫。因此中醫或中藥店中我們可以看到一些內科病或慢性病的病患。

個案5. 地點：啟生堂漢藥店

時間：民國六九年十一月十四日

經過：一中年男子指着一盒‘××治咳’中式成藥，藥房老板拿給他並收錢。中年男子當場喝了那瓶成藥並說：「小時常感冒，現在天一冷就咳嗽，很難醫，喝一瓶××就能止咳。西藥吃太多不好，中藥不怕！」。

個案5 討論：羣眾對中藥之態度是藥效緩慶、治本，不傷胃可長期使用，副作用小。西藥藥效迅速，治標、傷胃，不可長期使用，副作用大。因此慢性病患喜服用中藥。

個案6. 地點：仁德壇三王爺

時間：民國六九年十月廿八日

經過：老太太熟練地拿香、燒香、擺上供品。乩童坐下，老太太附上乩童耳邊喃喃敘述，乩童手開始顫動、頭搖動、嘴打哈欠，並不時作嘔吐狀，兩眼緊閉。不久開口說道：「不要開刀，能拖便拖。我不便說太坦白要你出院或繼續住院。(停一會兒)住院好了，由醫師處理，回家不好。」

老太太不語。

三王爺乩童：「隨你意！」

老太太：「她本人也不想開刀，但醫師說星期六要開刀。」

三王爺乩童：「人一到下午便不好？」

老太太：是！「到下午及晚上更痛苦。」

三王爺乩童：「不要符了！」

個案6 討論：病患已在醫師處治療，但當醫師之決定不被病患接受，或病患不明白醫師之決定有何助益時，病患轉而請問神明指示究竟要不要聽從醫師之意思。病患擔心的是一個不可預見的未來行爲，而此行爲又事關重大，於此可知醫師與病人並未處于一個共同的，溝通良好的世界。

個案7. 地點：慈聖宮蘇府王爺

時間：民國六九年十一月一日

經過：王爺乩童：「問身體？」

病人家屬：「是！」

王爺：「家中媽祖在向你求金身，沒設一個金身不行！她（病人）頭昏心弱，呼吸不好，胃也不好，藥已吃了很多，但都沒用？」

病人家屬：「是！」

王爺：「肉體有黃嗎？（家屬：「有」）若醫三年還不好，就難了！明年仍剋，九月十日以後才好。……以前求過哪叱太子？（家屬：「是」）須求蘇府王爺才可！向東北方求媽祖，坐東北向西南求。（家屬：「往那一方向求？」）往干豆方面！……畫符一座（張）！（右手拿毛筆沾墨在紙錢上畫符）家中媽祖要以紙錢墊高！是煞到天將！所以身體不好，因為你們以前問過哪叱太子，他是陰府的，不敢作主。你們是病人的什麼人？」

家屬：「公婆。」

王爺：「燒不退？」

家屬：「沒發燒。」

王爺：「頭痛？」

家屬：「是。」

王爺：「三座符令，給病人吃，於黃昏酉時（七時）。晚上五時以後身體不好？」

家屬：「是。」

王爺：「身體高的不要靠近她。她是不是常常忽冷忽熱？」

家屬：「是。」

王爺：「三座符令掛身上，行路時口中奉請哪叱，蘇府王爺保駕，媽祖保佑作主。」

王爺：「日後要答謝王爺可自己辦！七天之後臉色近肉色，四肢無力還得再來，拿她常常穿的衣服來。」

家屬：「醫生說她腎不好，請查看看。」

王爺：「腰子已壞了三分之二，而且肝火、膽均不好。好！謹記在心，求天上媽祖，去干豆，九月廿八日去！早上去，廿九日去求金丹，十月十五日向三官大帝求保運。」

家屬：「向那一方向求三官大帝？」

王爺：「那裏均可。」

個案7 討論：乩童滿足顧客的是不只有問必答，而且舉凡身體近日所有之症狀均可查明，既不分科亦不分組織系統，所以胃病可順便問腎臟，頭痛、肝、膽均可查詢。

病人於西醫處治療過，唯西醫治療效果不顯，加以病因又一直困擾病人家屬，因此而來乩童處尋求生病之主因。顯然西醫只能解釋何種器官發生病變 (what)；而不能解釋為何此器官，此病人會得病 (why)。而病人在乩童處可以得到二者之解答。

個案8.

地點：慈聖宮蘇府王爺

時間：民國六九年十月十六日

經過：家屬：「問李××的財字(來者乃李××的妻子)。』

王爺：「沖犯天狗! 破財字! 犯五鬼, 白虎星! 」

家屬：「那身體呢?」

王爺：「頭昏眼花, 四肢無力, 肚子痛。」

家屬：「是。」

王爺：「家中主星(戶長)幾歲?」

家屬：「卅七歲。」

王爺：「沖犯太歲, 今年運歹, 胃口不好, 不吃東西, 人很疲倦! 」

家屬：「那黃秀琴(來者自己)呢?」

王爺：「今年好多了, 去年運更壞! 但仍在吃藥, 明年會好。經過醫生檢查沒? 欠血?」

家屬：「是! 」

王爺：「青江菜, 菠菜不要吃! 口乾?(家屬: 是)火氣大! 子時(早上十一時)吃三座符令, 亥時(下午九時)三座符令洗身, 加陽莆草洗。陽莆草也可以吃! (家屬: 那裏有陽莆草?)請老夫人(乩童祖母)去採, 下次來再給紅包。不用去買, 買也買不到, 要向老夫人買, 不可不買, 一點意思即可。明年運會好, 且會有喜。(家屬:「但已結紮」)那本王不敢作主, 是他們夫妻自己作主。主事(丈夫)戴身一座。(符)」

家屬：「現在請問先生之事業。」

王爺：「明年再換(換戴身之符令)。今年十二月過後會好些。畫符吃之, 大人小孩妻子均可吃, 按三餐吃! 」

家屬：「主事(丈夫)何時才有財字？」

王爺：「明年平平，後年破財，而且是桃花破財。」

個案 8 討論：乩童不只解答病患有關疾病之疑難，也解答了病患有關命運、財運之問題。無形中解決了病患身體，心理以及精神等各方面之壓力，尤其很多生理疾病是由心理引起，乩童間接地解除病患生活之困難及壓力也替病患增加了對抗生理疾病之信心。

綜上所述：我們可以看到就疾病發生過程來說，西藥房是優先被使用，其次是診所，其次是醫院，再其次是中醫及中藥房，最後是民俗醫療。三種醫療法各有其長短，民眾也於不同需要情境下加以不同地利用。

(二) 三元醫療體系各有不同功能

以上八個個案均在醫療場所觀察及記錄。病人(病人家屬)已事先自我診斷而後再去找不同之醫治方式。判斷時除了病人主觀因素外，三種醫療方式各有其所長及所短，因此病人會有不同之利用。以下就三元醫療體系之特點及功能加以說明。

鄉內神聖的醫療體系以乩童為主，其醫療核心為其病因解釋。根據病人之生辰八字配合外界時間空間，以超自然力量來解釋疾病之起因。藉神明之權威來支持這套醫療方式之有效性。其病因解釋是舒解病人之自責內疚於外在的祖先神鬼等超自然因素，給與病人一個解脫，一個與外人共享的普遍性(universal)，因此而減低病人之壓力，提高病人痊癒信心。其長處在心理精神方面之滿足，其短處則在忽略實際病理之變化。

另外乩童與病人的溝通與互動是三種醫療體系中最完全的，雙方間共享之共同的假想世界是完全合一的。(Li, 1976 p. 187; 宋和 1978 pp: 80-89)

中醫醫療體系的病因論來自宇宙自然的維持平衡。東周時陰陽家以陰陽五行來說明天地萬物之變化，到二漢陰陽五行大為流行，亦運用到醫學上(李漢三 1965)。中醫之陰陽流到民間變為冷熱平衡觀念，中醫以其與中國文化相扣合，雖其理論精深奧秘不為民眾所懂，但民眾常以為可將中醫一些詞彙朗朗上口，自以為懂得中醫理論，因此雙方間之溝通互動亦達某種程度。

民眾對中醫之態度是能治本，對內科病，慢性病有效。中藥未經化學處理因此不傷胃，藥性溫和，可長期使用。又中藥有很多是用來補身，用來平衡體內陰陽，因此非病之時亦頗多人使用。

西方醫療體系是外國文化的產物，雖經數百年之接觸，中國一般民眾仍未能完全理解之，除了文化背景外，西醫理論屬精密專科之理論亦非一般人能懂，在與病人互

動溝通上便輸了一着。西醫之優勝在可準確地利用各種科學儀器診斷出病理，有效地加以治療。其缺失則在太科學，太專業以致失去其人文性。

在各有利弊之情況下，民眾乃能轉用於三種醫療體系之間。然而三套醫療體系各代表三種思想意識，民眾在使用時，不會產生矛盾嗎？

（三）三元醫療體系並用之解釋

三元醫療體系並用可分三方面來說明：

一、是民眾自我判斷某種疾病適於某種醫療，如火氣大、神經衰弱、腎虧等專找中醫；受驚專找乩童；外科開刀、車禍、急性肝炎等找西醫。此種情形不牽涉到三元醫療並用之矛盾。

二、是表現在慢性病人身上的三元醫療法均使用之情形，我們發現可由其疾病發展階段來畫分。通常慢性病的第一階段是症狀初期，尋醫原則以方便經濟為原則，治療方式是先使用病人自理（休息、調節飲食）、家庭自療（食補、草藥、藥包、家中成藥）、西藥房買成藥、衛生所拿藥。第一階段之處理未獲痊癒，病情繼續發展，進入第二階段症狀嚴重，威脅日常生活，尋醫原則以去除症狀為主，不惜代價找尋名醫，治療方式是西醫診所、綜合醫院、中醫，如未獲痊癒則進入第二階段，症狀緩和成慢性，尋醫原則以安於一個病因解釋為主，症狀突發時則自我醫療，醫療方式是找民俗療法以安於其解釋，平時以參藥房、家庭療法、藥房成藥來穩定症狀。

在慢性病人身上已見到三種醫療法並用之矛盾，但在去除症狀的實用目的下，矛盾被減至最小。

三、是感冒也找民俗醫，車禍也找民俗醫的病人。依學者 Morsy 1979 說法，醫療體系亦為一種意識型態。亦即 Kleinman 的解釋模型 (explanatory model) (Kleinman, 1980) 或宋和的‘共識’ (宋和 1980)。其醫療者與病人共同處於一意識型態之下則病可去除；事實上西方醫療體系亦是代表一種西方中產階級的意識型態之產物，唯用的人不知覺之。依此說法，我們可說感冒也找民俗醫之病人，他是只安於民俗醫之解釋，而不接受西式醫之解釋，也不能接受西方的意識型態。

六 結論

本文目的在對臺灣漢人的醫療體系與行爲作一社會文化因素之探討。以臺灣北部一個農村作民族誌式之參與觀察，對農村居民的醫療信仰與醫療行爲作一深入描述，並針對其就醫選擇作進一步說明。在臺灣農村，中醫、西醫、民俗醫三者並存的現象是很普遍的，一般人有病時選擇那一種醫療方式，其背後有複雜的社會文化及個人

特質的因素。

文內先自歷史發展追溯三元醫療體系並存的原因，再從社會及個人二層面說明一般人同時使用三元醫療體系的因素。社會層面有地理、歷史、經濟交通、人口結構、大眾傳播媒體以及可資利用的醫療組織等因素。個人層面有病人個人的特徵、人際關係網絡、病人的醫療觀念、人生觀等因素。

除此之外，三元醫療體系各有其不同功能，產生一個互補並分工的現象。在一般人觀念中，除了疾病種類各有畫分專屬某一醫療體系外，在疾病發展階段中亦由不同醫療體系負責不同階段之醫治。

Emily Ahern (1976: 91-115), Katherine Goad-Martin (1975: 115-143), Arthur Kleinman (1980: 179-203) 亦均指出: 1. 臺灣居民使用多元醫療體系的情形相當普遍, 2. 一般疾病初期均先找西醫, 3. 西醫未在短期內改善症狀才轉往中醫或民俗醫。筆者於仰之鄉之調查亦有同樣發現。

然而一般民眾為何能同時使用多元療法? 為何要人(中、西醫生)也要神(民俗醫)?

除了上述醫療觀的因素之外。我們可以進一步以乩童的病因具有較大之扭轉性來說明。我們知道每一套醫療體系均是以其病因論為核心再發展出治療法。中、西醫的病因論與治療法均是自然學說，治療法與病因論相結合不具扭轉性，一旦治療無效，病因論也遭病人懷疑。而乩童的病因論是超自然學說，治療法是自然(藥物)，超自然(儀式)兼有，二者之結合不緊密，具有扭轉性，其治療法有限，其病因解釋卻可適用於任一種疾病，任一位病人，治療無效時，病因論卻不易遭致懷疑。

在病人來說，治療是生理、心理二者兼要。生理上由藥物去除症狀、心理上由病因解釋去除疑慮。在三元醫療體系中，病因解釋由西醫、中釋而到民俗醫(乩童)其抽象層次越來越高，越來越滿足病人疑慮之心理。宗教的解釋已是人類理解能力之終點，至此病患尋求解釋的心理過程也才停止。

參 考 書 目

內政部編

1979 中華民國臺閩地區人口統計。內政部編印。

文榮光

1982 精神疾病與民俗醫療, 臺灣省民政廳、東海大學主辦, 民間信仰與社會研討會(論文集), 頁102-116, 南投: 臺灣省政府民政廳。

李亦園

1973 文化與行爲。臺北: 臺灣商務印書館。

1978 信仰與文化。臺北: 巨流圖書公司

1983 科學發展的文化因素探討, 行政院國科會民國七二年舉行‘社會文化與科技發展研討會’之論文。

李漢三

1965 陰陽五行對二漢醫學的影響, 大陸雜誌30: 1

李騰嶽

1952 臺灣省通志稿卷三政事志衛生篇。臺中: 臺灣省文獻委員會。

宋和

1978 臺灣神媒的社會功能——一個醫藥人類學的探討。臺灣大學人類學研究所碩士論文。

吳就君

1978 臺灣城市居民社會醫療行爲研究。66年度研究報告。行政院衛生署。

1979 臺灣鄉鎮居民社會送療行爲研究。67年度研究報告。行政院衛生署。

陳正祥

1960 臺灣地誌。敷明產業地理研究所印行。

陳培桂

1977 淡水廳志。臺中: 臺灣省文獻委員會印行。

陳勝崑

1978 近代醫學在中國。臺北: 當代醫學社。

許木柱

1981 醫學人類學的發展及其研究途徑, 人類與文化, 第十五期。

張珣

1981 臺灣農社會變遷中仰之鄉之醫療行爲——一項醫藥人類學之探討。臺灣大學人類學研究所碩士論文。

賈銘

1981 飲食須知。臺北: 廣文書局。

蔡淑芬

1983 烏脚病地區居民醫療行爲之研究, 中華民國公共衛生學會雜誌, 第2期, 頁95-113

黃瑞祺編譯

1981 現代社會學結構功能論選讀。臺北: 巨流圖書公司。

臺灣總督府

1939 臺灣の衛生。日本東京。

臺北縣文獻委員會

1953 臺北縣文獻叢輯第一輯。臺北: 臺北縣文獻委員會。

1956 臺北縣文獻叢輯第二輯。臺北: 臺北縣文獻委員會。

- 1967 臺北縣年鑑。臺北：臺北縣文獻委員會。
盛清沂
1960 臺北縣志卷16衛生志。臺北：臺北縣文獻委員會。
臺北縣深坑鄉公所
1978 臺北縣深坑鄉簡介。臺北：臺北縣深坑鄉公所
- Ahern, Emily
1975 "Sacred and Secular Medicine in a Taiwan Village; A Study of Cosmological Disorders" in A. Kleinman (ed) *Medicine in Chinese Culture* pp. 91-115. Washington D.C.: National Institute of Health
- Anderson, Eugene N.
1980 "'Heating' and 'Cooling' Foods in Hong Kong and Taiwan." *Social Science Information* 19 (2) 237-268.
- Chapple, E.D. and C.S. Coon
1942 *Principles of Anthropology*. N.Y.: Henry Holt and Company.
- Fabrega, Horacio Jr.
1977 "The Scope of Ethnomedicine Science." *Culture Medicine and Psychiatry* Vol. 1, No. 2
1979 "Elementary System of Medicine." *Culture Medicine and Psychiatry* Vol. 8, No. 3.
- Foster, George M. (eds)
1967 *Peasant Society: a Reader*. Boston: Little Brown and Company.
1976 "Disease Etiology in Non-Western Medical Systems." *American Anthropologist* 78: 773-782.
- Foster, George M. and B. Anderson
1978 *Medical Anthropology*. N.Y.: John Willey & Son.
- Good, Byron J.
1977 "The Heart of What's the Matter: The Semantic of Illness in Iran" *Culture Medicine and Psychiatry* 1:25-58.
- Holbrook, Bruce
1974 "Chinese Psycho-Social Medicine-Doctor and Dang-Ki: An Inter-Cultural Analysis" *Bulletin of the Institute of Ethnology, Academia Sinica* 37:85-113.
- Hsu, F.L.K.
1968 "Chinese Kinship and Chinese Behavior." in Ho Ping-ti (eds): *China's Heritage and the Communist Political System*, pp. 579-608.
- Kleinman, Arthur
1975 *Medicine in Chinese Culture*. Washington D.C. National Institutes of Health.
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of Calif. Press.
1981 *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture*. Holland: Reidel Publishing Company.
- Kunstaldter, Peter
1975 "Do Cultural Differences Make any Difference? Choice Points in Medical Systems Available in Northwestern Thailand" in A. Kleinman (ed.): *Medicine in Chinese Culture*, pp.351-385

Landy, David.

1977 *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*. N.Y.: Macmillan.

Leslie, Charles (ed.)

1976 *Asian Medical System: A Comparative Study*. Berkeley: University of Calif Press.

Li, Yih-yuan

1976 Shamanism in Taiwan: An Anthropological Inquiry. in W. Lebra, (ed), *Cultural-bound Syndroms Ethnopsychiatry and Alternate Therapies*" pp. 179-188.

Martin, Katherine Gould

1975 "Medical Systems in a Taiwan Village: One-Ia-Kong The Plague God as Modern Physician." in A. Kleinman (ed.): *Medicine in Chinese Culture*, pp. 115-143.

Manderson, Lenore

1981 "Traditional Food Beliefs and Critical Life Events in Peninsular Malaysia." *Social Science Information* 20, (6): pp. 947-975.

Morsy, Soheir

1979 "The Missing Link in Medical Anthropology: The Political Economy of Health." *Review in Anthropology* 6(3)349-363.

Rin, Hsin

1966 "Psychophysiological Reactions of a Rural and Suburban Population in Taiwan." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 42:410-437.

Seijas, Haydee

1973 "An Approach to the Study of Medical Aspects of Culture." *Current Anthropology* 14:544-545.

Topley, Marjorie

1975 "Chinese and Western Medicine in Hong Kong: Some Social and Cultural Determinants of Variation, Interaction and Change." in A. Kleinman (ed.): *Medicine in Chinese Culture*, pp.241-273.

Unschuld, P. U.

1976 "Social Organization and Ecology of Medicine in Tiawan," in C. Leslie (ed.): *Asian Medical System: A Comparative Study*, pp. 300-316.

Van Gennep, Arnold

1960 *The Rites of Passage*. Chicago: The University of Chicago Press.

**MEDICAL BEHAVIOR AND MEDICAL SYSTEM OF
TAIWANESE PEASANTS:
AN ANTHROPOLOGICAL INQUIRY**

(ABSTRACT)

SHUN CHANG

The purpose of this paper is to analyze the medical system and medical behavior of Taiwanese peasants from a socio-cultural point of view.

The medical system used by Taiwanese peasants has been influenced by changes in three governmental regimes, those of the Ching Dynasty, Japanese and National Government. There are in the author's opinion three aspects of this indigenous medical system: the sacred, the secular and the western. The ordinary Taiwanese people can switch over between these three sub-systems as they please. But what factors influence choice of usage between these three sub-systems and why can these three sub-systems be alternately and simultaneously used?

Possible answers from author's fieldwork in yang-chi, Taipei, to the first question include social factors (including its geography, history, transportation, demography, mass media), the existing medical organization and patient's personal factor. As for the second question, the author finds these three sub-systems are functionally complemented, people use different sub-systems to cure different kind of disease and in different phases of disease course. Western medical treatments are important and the principles are efficacious and economical, secular treatments have the benefit of maintaining physical and mental health, and sacred treatments though super-empirical are to afford an etiological interpretation to relax patient's anxiety.

These medical beliefs and practices are placed in the total context of Taiwanese society affording social scientist a reference to the problems of studying medical behavior in Taiwan.