

## 遵／不遵醫囑？

國家偏遠醫療治理與達悟族精神失序者的「混亂敘事」\*

蔡友月\*

To Comply or Not To Comply?  
State Medical Governance and the  
“Chaos Narrative” of Tao Mentally-Disordered People  
by Yu-Yueh TSAI

關鍵字：混亂敘事、生物精神醫療、遵醫囑、療癒、國家治理

Keywords: Chaos Narrative, Biopsychiatry, Compliance Behavior, Healing, State Governance

收稿日期：2011年11月25日；通過日期：2013年5月27日

Received: November 25, 2011; in revised form: May 27, 2013.

\* 本文來自中央研究院主題計畫台灣原住民的社區脆弱性與健康研究(計畫編號AS-101-TP-CB1)，以及國科會專題研究計畫(計畫編號：NSC97-2410-H-001-111-MY2)的部份補助。初稿曾發表於中央研究院社會學研究所「敘事的社會、社會的敘事」研究工作坊，感謝蕭阿勤教授敘事理論的討論，以及評論人吳建昌醫師的建議。特別感謝蘭嶼衛生所，達悟族護士王英美與張淑蘭小姐以及Syapen Kazyaz一家人。《台灣社會學研究季刊》主編、編委會與兩位匿名評審長達數頁的評論，幫助本文更加完善，在此一併致謝。謹以此文紀念這些年田野中生命無聲消逝的達悟精神失序者，與她(他)們互動的身影歷歷在目，不時提醒著我以學術知識貢獻於可能改變的路徑。

\*\* 服務單位：中央研究院社會學研究所

通訊地址：115台北市南港區研究院路二段128號

E-mail: free123@gate.sinica.edu.tw

## 摘要

台灣為了解決山地離島偏遠地區「有保險、無醫療」的困境，國家提供經費、人力支援偏遠醫療的醫療給付效益提昇計畫，但就實際執行層面來看，達悟人精神失序者不遵醫囑的比例極高，這樣的落差反映相當值得探討的問題。全文從病人敘事的理論分析策略出發，以社會學家 Arthur W. Frank「混亂敘事」(chaos narrative)的概念，反省實證醫學的醫療式歸因、健康信念的取徑探討遵醫囑行為的限制。透過田野中蘭嶼達悟族精神失序者的敘事，探究做為少數族群的原住民在國家醫療治理下的特殊病痛經驗。文章分析指出時空限制下的儀式化醫療處置與不平等的醫病關係，以及文化隔閡中對現代精神醫療的不信任，所導致不遵醫囑的普遍現象，呈現國家透過現代精神醫療對原住民社會進行理性治理時的基本困境。不同世代達悟精神失序者分歧、多元的敘事，啟發了我們對疾病、健康、療癒概念的重新思考，有助於我們思考現代精神醫學朝向生物醫學知識典範的霸權，並擴展我們對遵／不遵醫囑現象的認識。本文結論也強調要拉近精神醫療專業與達悟生活世界的差距，必須貼近達悟精神失序者的混亂敘事，深入瞭解達悟社會文化與日常生活脈絡，否則國家提出的醫療方針將會偏離醫療照護的主體，難以實踐醫療照護的真正目標。

## Abstract

In Taiwan, in order to solve the difficult situation of “medical insurance without medical service” in remote areas, including the mountain-lands and outlying islands, the state provides fund and manpower to support “The Integrated Delivery System (IDS).” However, judging from the practical aspects of implementation of IDS, a high rate of mentally-disordered Tao people fails to comply with medical advice. In the light of a discrepancy between State Medical Governance and illness experience of Tao mentally-disordered people,

some issues are worth exploring. Drawing on the method of narrative analysis, especially Arthur W. Frank's concept of "chaos narrative," my article points out the limitations of two approaches-1) evidence-based medicine approach and 2) health belief approach - in understanding the compliance behavior of mentally disordered people. Based on my fieldwork on Orchid Island, this study aims to explore the special illness experiences of Tao mentally-disordered people-as an ethnic minority group in Taiwan—under the medical governance of the state. The analysis of this study will indicate that non-compliance behavior is a widespread phenomenon caused by ritualized medical management under time and space constraints, the inequalities between the Han's psychiatrists and the Tao patients, as well as the distrust among Tao people toward the modern bio-psychiatry, revealing some dilemmas faced by the rational governance of modern bio-psychiatry of state implemented in Tao community. The divided and diverse narratives of three generations of the mentally-disordered Tao people can inspire us to reflect on concepts of illness, health and healing, helping us critique the current trends of psychiatry toward a hegemonic biomedical-knowledge paradigm, and expanding our understanding about the compliance and non-compliance behavior. In conclusion, this article emphasizes dealing with the gap between the psychiatric profession and the life world of the Tao patient, the need to closely attend to the chaos narratives of Tao people, and an in-depth understanding of the social-cultural contexts in which the Tao patients are situated. Otherwise the IDS proposed by the state will not accomplish its objectives, making it the more difficult for the psychiatric care to be put into practice.

忠實的描述病人的情境，必然展現一種支持病人的觀點。然而採取這種傾向，並不是一種明知故犯的偏失，而是出於重要的正確理由，亦即大部分關於心理病人的專業文獻都是由精神病專家所寫……(Goffman 1961: x)

將病人的自傳納入照顧的一部份，有助於減少治療過程將病人去人性化或者剝奪病人獨特的病痛經驗的可能性。(Kleinman 1988)

## 一、前言

從2000年開始，我有不下數十次隨著國家「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(Integrated Delivery System, 簡稱IDS計畫)的醫護人員，前往蘭嶼探訪被精神醫學診斷為患有精神疾病達悟人的經驗。IDS計畫主要是國家為解決山地、離島偏遠地區「有保險、無醫療」的困境，補助醫療資源、人力，針對該區域的疾病型態提供特定的醫療服務，增進民眾就醫的便利性<sup>1</sup>。目前IDS針對達悟族高比例精神失序<sup>2</sup>問題<sup>3</sup>所提供的醫療服務，主要是藥物配合長效針劑，並輔以轉診到台灣進行機構化治療。在這個計畫下，從台灣前來支援的精神科醫師，在當地公共衛生護士的陪伴下，一個月進行一次的家庭訪視。醫護人員在短短一天半的時間必須探訪全島約五、六十位精神失序的患

---

1 參見中央健康保險局。2012。《全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫》。台北：中央健康保險局。

2 精神疾病 (mental illness) 指的是現代精神醫學診斷下的各種特定疾病類別，這篇文章除了特定醫療情境用精神疾病一詞，大部分的脈絡我以比較中性的「精神失序」(mental disorder) 代替。

3 根據葛應欽(2001)教授的研究報告指出，達悟族精神病患比例高達1.6%，而精神分裂症也達1%，比起台灣地區精神病患比例0.3%高出許多。見〈達悟族原住民精神分裂症之基因連鎖分析〉，行政院國家科學委員會補助專題研究計畫(計畫編號：NSC89-2314-B037-112)。

者，治療重點在於打針與吃藥的評估與執行。不管是醫護人員的經驗，或是我的田野觀察，都發現這些被診斷為具有精神疾病的達悟人不遵醫囑的比例很高，與國家公共衛生政策提供大量經費所支援的IDS精神醫療專科服務目標有相當明顯的落差。

長期的田野觀察接觸，讓我對於達悟族精神失序者的生活世界，以及國家偏遠醫療如何介入他們的生活、在他們生活中的角色等，都有第一手的觀察。上述達悟族精神失序者普遍不遵醫囑、精神醫療目標與實踐重大落差的現象，非常值得我們關注與探究。這篇文章透過蘭嶼達悟族精神失序者的敘事(narrative)資料，探討他們做為原住民在國家醫療治理下的特殊病痛經驗、國家主導的現代精神醫療模式對處理原住民健康問題的限制，以及這些經驗與限制的社會文化意涵。基於長期的田野觀察與接觸，我認為遵／不遵醫囑的行為，是我們掌握達悟族精神失序者的自我理解、病痛經驗與國家偏遠醫療實踐的重要關鍵，也是我們瞭解國家藉著現代精神醫療進行理性治理，卻與原住民社會文化無法契合的核心所在。

本文首先回顧既有文獻，討論「醫療式歸因」與「健康信念」兩種研究取徑在理解遵／不遵醫囑行為上的缺陷，並指出病人敘事在病痛經驗研究上的重要性，以及探討精神失序者遵／不遵醫囑行為時「混亂敘事」在分析上的效用。接著，分析交錯在蘭嶼的三個典範下的世界觀——達悟傳統、基督宗教、現代精神醫療——如何形塑老、中、青三代精神失序者不同的病痛經驗與遵／不遵醫囑的行為？這些IDS醫療實作下的個別服藥經驗，背後又呈現了達悟特殊社會文化哪些值得關注的問題？本研究透過對田野中病人的敘事分析，嘗試回答上述的問題<sup>4</sup>，並進一步探討在適合達悟原住民部落的復健模式中，現代精神

---

4 針對達悟人精神失序的議題，我過去研究成果(見蔡友月 2007：1-69；2008a：490-530；2009)，主要是從社會根源的角度來分析達悟人的高比例精神失序現象，以及他們被迫捲入現代性社會變遷所導致的社會受苦命運。本文問題意識與過去研究出

醫學可能扮演的角色，以及混亂敘事對於理解精神失序者病痛歷程的研究價值。

## 二、理論與文獻回顧：遵／不遵醫囑的研究取徑

在現代醫療體系中，遵／不遵醫囑行為表示病人是否能規律遵循醫護人員對醫療或健康行為的建議，包括服藥、飲食、生活型態的改變等。從醫護人員的角度，遵醫囑行為一直是影響病人疾病歷程與復原的重要關鍵。遵／不遵醫囑在醫療領域，特別是藥物使用方面，已成為研究上的一個重要議題(Conrad 1985: 29-37)。歸納來看，第二次世界大戰之後至今，關於遵／不遵醫囑行為的主流研究，主要有「醫療式歸因」與「健康信念」兩大研究取徑。

### (一) 醫療式歸因研究取徑

1950年代Talcott Parsons從社會功能的角度，提出「生病角色」(sick role)一詞，開創了社會學對醫療模式高度信任的黃金年代。Parsons (1951)生病角色的理論指出：一、病人對生病這種狀態毋須負任何責任，唯一的責任是努力使自己身體復原；二、病人免除了日常事務、工作和義務；三、生病是令人不愉快的，病人必須配合別人，努力讓自己痊癒。四、病人應尋求適當協助。Parsons從社會功能與責任角度切入，認為生病角色包含了一連串社會的期望、規範與價值；病人有責任尋求協助，配合專業人員指示，努力讓自己痊癒。早期關於遵／不遵醫囑的許多研究，呼應了Parsons的生病角色概念，在實證醫學的實用功能取向下，探討如何解決醫療專業所界定的「問題」。

---

版不同，關注精神失序者敘事、病痛歷程與復原相關因素，思考該如何從蘭嶼的社會、文化以及歷史脈絡來恰當定位現代精神醫學的角色與作用，以及一個適合達悟原住民部落的復健模式如何可能。

在台灣學界的研究方面，「臺灣期刊論文索引系統」(主要蒐集1970年以後的期刊)內，以「醫囑」為關鍵字的期刊論文至少有67篇。它們大部分以慢性病或是被診斷為精神疾病的患者為研究對象，一小部份則談到門診、急診兒童在突發或特殊疾病下的遵／不遵醫囑行為。這些研究共同指出，醫囑的遵守或違背之所以成為一個值得重視的議題，主要發生在長期而無法治癒的疾病，這也顯示病人遵／不遵醫囑行為是一種長期不斷變化的過程。這些研究大多數依循醫療式歸因的取徑，採取生物醫學的模式來看待疾病致病因，尤其著重影響服藥的因素與副作用的現況調查。因此，這些研究特別強調處方的特性、疾病的副作用、藥物知識的不足等是導致不遵醫囑的主要原因(許文耀等 1997；黃淑貞 1990；楊美賞 1984)。此外，病人的期待不受重視，醫師無法以友善的方式與病人互動、或醫病溝通不良，不遵醫囑的比例也會比較高(許文耀等 1997)。因此其中一些研究強調個人微觀層次的解決方式，例如藥物訊息的掌握、增加對病人的溝通與衛教、醫師給予更明確的指令與更好的回饋系統等，以矯正病人不遵醫囑的行為(張博論等 2003)。在制度層次，有些研究則側重醫院各種制度的改善或調整，如藉由成立共同照護網，以改善遵醫囑行為(蔡政麟等 2007)；或藉由改善門診滿意度，以增加治療的遵從性(葉美玉、康清雲 2003)等。

上述醫療式歸因取徑面對遵／不遵醫囑現象，主要是一種以實證醫學為中心的討論模式，假定病人遵醫囑行為與疾病復原之間的因果關係。這樣的研究模式，預設了一種如同Parsons的生病角色概念中理想病人的形象——病人是被動、順從的醫療指示接受者，不遵醫囑代表不履行病人義務，是一種偏差的形式而必須被解釋與處理；因此，研究的問題重點在找出病人不履行義務的原因。在這樣的研究取徑，病人本身的聲音、不遵醫囑的複雜因素、其它可能賦權(empowerment)的能力等，往往被忽略。社會學家Peter Conrad就曾批評實證醫學關於遵

／不遵醫囑的研究，通常假設了一種道德性的立場，認為不遵守醫療處置是偏差的，而當社會科學家採取這種觀點，無異於強化以醫療為中心的取向(1985: 29-37)。

## (二)健康信念研究取徑

相較於醫療式歸因取徑，關注「健康信念」(health-belief)的研究者，採取以價值期待模式(value-expecting model)來分析遵／不遵醫囑現象。這方面的研究取徑以病人的認知模式來解釋遵／不遵醫囑行為，強調個人對健康的看法、認知行為是受主觀的理性選擇所控制。當病人覺得他容易罹患某種疾病，而且罹患該疾病可能會帶來嚴重後果，而他考慮到採取行動後的利益，會超過行動所支出的成本，那麼病人比較有可能遵醫囑(Becker, et al. 1979: 79-109)。因此，病人對於自己是否容易罹患某種疾病、疾病嚴重性、利益與成本的信念等，都會影響遵醫囑的行為。在健康信念研究模式的引導下，Thomas P. Hogan等人(1983)提出「服藥信念」(beliefs towards medication-taking)的概念，用來指稱患者對服藥的主觀想法與感覺。他們指出，正向服藥信念有助於患者肯定藥物、症狀控制；負向服藥信念則會降低病人對藥物的順從，使其疾病復發率高。Hogan等人的研究強調，負向服藥信念與患者對藥物與疾病的誤解、藥物副作用對生活的影響、不愉快的服藥經驗、控制感與自主權的喪失、以及重複發病的無力感有關。

健康信念模式與醫療式歸因取徑有所不同，它開始強調病人主觀信念與認知在理解遵／不遵醫囑行為上的重要性。在本文下面關於達悟族精神失序者是否遵醫囑服藥的分析，我們確實也可以看到精神失序者對本身疾病及藥物用途的看法、藥物副作用對其生活的影響、自主控制的需求、重複發病的挫折等等因素帶來的負向信念，影響醫囑的遵行。不過，健康信念模式預設這些信念背後的個人理性選擇，直線計算的思考方式，不但複製了實證醫療的因果關係，也容易忽略影

響信念形構的社會脈絡與制度設計。與醫療式歸因研究取徑有異曲同工之處，它也偏向從醫療模式來看待遵／不遵醫囑現象，將不遵醫囑視為有待矯正的偏差行為。換句話說，這兩個研究取徑，都複製了醫療專業的思考模式與行動方針，而非以病人為主體，也忽略複雜的社會文化與生活脈絡糾結下遵／不遵醫囑的另類意義，迴避了醫療專業本身的問題。

現代性的核心內涵之一是理性化。源起於西方的現代醫療專業，包括現代的精神醫療，是長久以來理性化的制度、組織與知識的重要一環。醫療專業與許多其它的現代專業類似，在形式理性強勢引導發展下，經常造成弔詭的結果。就醫療專業而言，在各種儀式化的制度安排下，醫療照顧的主體，亦即病患本身及其經驗常被忽略，模糊了醫療照護的實質目標。Nicholas D. Jewson (1976: 225-244)曾經以「病人的消失」來說明醫學專業化、制度化的過程中，醫學的宇宙觀由重視個體之間獨特、主觀、質性差異的「人為導向」，轉變為強調病理層次客觀、量化病徵的「客體為導向」，病人在這個過程逐漸遭到「物化」的醫療處置。上述兩種理解遵／不遵醫囑現象的研究取徑，大抵都反映了現代醫療的專業特質或角度，也都透露出某種理性化而偏於單線式的思考限制。事實上，如同本文下面的分析將指出的，國家偏遠醫療透過IDS計畫，以現代精神醫療對達悟原住民部落進行的理性治理，同樣也顯示這種理性化的限制。

針對上述的限制，本文企圖帶入「敘事」的理論分析策略，深入病人訴說的故事與生活世界，從中探討上述兩個取徑較無法掌握的病痛經驗，釐清為何代表國家理性治理策略的現代精神醫療與原住民社會文化及生活經驗難以磨合。本文除了呈現少數醫護人員與病人家屬的談話之外，主要以病人的敘事為分析材料。就像本文開頭所徵引的 Erving Goffman 所說的，忠實地描述病人的境況，必然展現一種支持病人的觀點。然而採取這種傾向，並不是一種明知故犯的偏失，而是出

於重要的正確理由，亦即大部分關於心理病人的專業文獻都是由精神病專家所寫(Goffman 1961: x)，少有病人發聲的餘地，而本文正是著眼於此的一個嘗試。

### (三)病人敘事的理論分析策略

廣義上來說，敘事指的是一種說故事(storytelling)的形式，它是一種用開頭、中間、結尾的序列安排來陳述經驗、行動、或事件發展，使得這種陳述具有「情節」的一種論述形式。敘事在醫學領域的發展，緣起於十九世紀的佛洛伊德(Sigmund Freud)。佛洛伊德將病人的聯想、夢與記憶，編織成一個前後一致的模式，將先前可能隨機發生的事件與記憶，加以整合與理解，成為醫學敘事研究的先驅(Spence 1982: 21)。重視病人生命史與敘事的理論化發展，在晚近的醫療社會學(如Williams 1984; Frank 1995)與醫療人類學領域(如Kleinman 1988; Garro 1992; Becker 1997)更受到重視。這些研究共同指出病痛與療癒過程中「意義創造」(meaning-making)面向的重要性。社會學家Paul Atkinson(1997: 325)即指出，敘事已經成為當代健康與醫療領域質性研究的一個重要分析觀點<sup>5</sup>。

敘事的研究角度重視病人的生活世界，強調病人及其家屬所說的各種疾病「故事」必須被嚴肅看待。研究者應該認真地將這些故事做為質性分析的對象，從中探討實證醫學視野之外的病痛經驗，拓深我們對遵／不遵醫囑的討論，提供我們理解疾病、復原、療癒(healing)的可能視野。綜合來看，我認為既有敘事的研究取向，有三方面的分析效用特別值得注意：

#### 第一，病人敘事的研究，指出多音交響的經驗與認知，挑戰現代

5 關於西方社會科學及其他許多學科或領域在過去二十幾年的「敘事的轉向」(the narrative turn)，亦即敘事研究的蓬勃發展及其意義，國內已有蕭阿勤(2010: 33-40、403-409; 2012)的詳細探討可參考。

**醫學架構下單一的支配霸權。**人類學家Arthur Kleinman在他具有開拓性的*The Illness Narrative: Suffering, Healing, and the Human Condition* (1988)一書指出，醫師在專業訓練養成的過程中，被鼓勵去相信「疾病(disease)」比「病痛(illness)」更為重要，而他們所需要的只是生物醫學知識，而不是病痛敘事。生物醫學系統以科學化「硬性的」知識，來替代被判定為「軟性的」心理社會學的意義關懷；硬性的被高估，軟性的被低估。Kleinman認為，這個價值轉換是現代醫學的嚴重缺失。因此Kleinman呼籲現代醫學的教育必須強調詮釋的角度，讓病人的病痛敘事受到更大的重視。

身兼醫師、神經病學家與精神醫學家的Oliver Sacks影響廣泛的著作，結合了醫學研究與通俗文學作品的性質，深入嗜睡性腦炎(1973)、色盲(1985)、杜雷特症候群(1995)、自閉症(1995)等病人的敘事。Sack分析這些患者的故事，重視的是個別特殊經驗，而不是關注疾病的病理學。他的研究透過病人敘事所呈現的複雜多樣的病痛經驗，挑戰了現代醫學基於生物性知識的霸權。這種質疑與挑戰，呈現多音交響的病痛經驗與思考，可以說是分析病人敘事時最顯而易見的效用。這一點，在本文下面探討達悟族精神失序者的敘事時，同樣非常清楚。

近年來台灣一些有關病人病痛經驗的研究，涵蓋了相當多元的現象，例如洗腎病患(施崇宇 1998；林文源 2010)、精神病人的病痛經驗(林淑蓉 2006；蔡友月 2009)、癌末醫療化的垂死歷程(蔡友月 2004；2008b)、病患的行動分析(吳嘉苓、黃于玲 2002)、視障者的行動網絡(邱大昕 2008)、遲緩兒的風險治理(曾凡慈 2010)。這些質性的研究，雖未必帶入敘事的概念與理論分析，但都把病人敘事做為重要的研究分析的資料，逐漸累積出對於各種本土患者病痛經驗的新的理解方式，有助於反省現有醫療體制的不足與限制。

**第二、病人敘事的研究，顯示病患透過敘事重構，可以重新詮釋病痛與受苦，賦予新的意義而重建自我認同，有助於療癒。**心理學家

Jerome Bruner (1986: 11)指出，敘事提供一種排列經驗，建構真實的方式，同時觸及意圖和行動，顯示它們的路線變化與影響。從這個角度來看，病人訴說的故事，經常承載豐富的病痛經驗與可能有助於療癒的種種暗示。既有的實證醫學在探討遵醫囑行為時，很少從「病人意義為中心」的取徑關注病患在治療過程的認同與主觀意義的轉變。許多病人敘事的研究指出，面對長期慢性疾病帶來的挫折、混亂與崩潰，個人往往可以透過敘事的重構，重建一個統整的自我。

這種敘事認同的重構，有兩個層次值得我們注意。第一層次是病人對於發病因素的自我理解與重整。例如社會學家Gareth Williams (1984)訪談英國被診斷患有類風濕性關節炎患者，發現他們以敘事的方式將自己生命各種經驗加以重整，瞭解自己的過去、現在、自我與家庭、工作、社會的關係，重新解釋自己病痛的起源。這些患者基於對自身病痛起源的不同理解，也發展了面對病痛的不同方式。Williams強調，人們對自己身體、病痛的意義，是受到自己生命經驗所形塑的，而這只有從人們自己的故事中才能探究。

生命敘事的重構，既然可能形塑人們對病痛起源的理解與對待病痛的方式，那麼它值得我們關注的第二個層次，則是從正面的作用來看，敘事具有促進療癒的潛能。例如Gay Becker (1997)指出，當人們面對生命世界的斷裂(譬如臨床的疾病)，可以採用敘事的方式。敘事具有一種積極的建構性能力，病人藉著訴說自我的故事，可以重新建構斷裂後的自我認同及其社會位置。Linda M. Hunt (2000: 88-90)觀察墨西哥兩位已經進行手術、移除部份生殖系統的癌症病人故事，探討他們如何修正有問題的性別認同。Hunt指出，我們應該強調病痛敘事的策略性面向，因為敘事可以建構一種修正性認同，並且具有實際的效果。她強調，在臨床上病痛敘事的建構過程中，個人會進入到自我反身性與重組的階段，使得他們的病痛敘事具有改變的潛能，重新定義自我與社會角色，形塑一種「策略性的修正認同」(strategically revised

identity)，以重建自我認同。Howard Waitzkin與Holly Magana(1997: 811-825)探討經歷嚴重創傷的中美洲難民的治療工作時，也指出病人能講述連貫一致敘事的重要性，並認為它是療癒過程的關鍵部份。社會學家Peter Conrad(1985: 29-37)研究癲癇患者服藥的敘事，強調以當事人的意義為中心，有別於以醫療為中心的研究取向。他將病人視為治療過程的主動行動者，而不是順從地接受醫囑的被動角色。Conrad強調，透過自我為主體的述說方式，我們可以思考藥物對慢性病人的意義，重新理解遵／不遵醫囑對在病患本身經驗與醫療中的定位，如此會更有利於病痛歷程的醫療處置。

敘事重構往往會形成「策略性的修正認同」，它所帶來的正面作用不限於個人層次，也可能出現在集體層次。例如Linda C. Garro(2000)研究加拿大Anishinaabe印地安原住民社區成員對他們糖尿病經驗的解釋，指出病人敘事具有重塑行動、達到某種社會運動的效果。Garro指出，醫生的診斷與解釋沒有考慮到這些原住民的經驗，許多Anishinaabe報導人對於病痛的解釋，都採用了一個集體共享的被殖民歷史做為替代性的解釋。這種對過去個人和集體經驗的敘事重構，對指導Anishnaabe人的行動，扮演了有力的角色，促使他們抵抗主流現代醫學的醫療處置、拒斥醫師的建議等，並且形塑對未來的期望與行動。換言之，關於個人或集體的敘事，可以成為病患發聲與賦權的重要憑藉，能夠挑戰現代醫療專業霸權，重新形塑醫療行動方針的可能性。

**第三、病人的敘事分析顯示，它所涉及的意義參考架構通常與社會文化與結構制度密切相關，其中可能隱含有助於療癒的因素。**Goffman在其名著*Asylums*(1961: 130)一書中指出，人們成為精神病人的過程中，其「道德生涯」會經歷一些類似的變化。包括個人層次的自我認同轉變，以及在社會層次上社會位置、法律關係、生活風格等的公共制度面向的改變。Goffman認為人們成為精神病人，都會遭遇一些相似的狀況，並以某種相近的方式反應。這些相似性並不是精神疾病

本身造成的結果，而是社會力量的作用。他強調，「精神疾病」如同社會加諸病人的「汙名」(stigma)，成為一種社會標籤，並在許多人身上造成了「自我實現預言」的作用。Carole Cain (1991)對美國「匿名酗酒者互誠協會」(Alcoholics Anonymous)的分析指出，加入該會的成員會學習調整自己的敘事，使其越來越符合該會建構的模式，這顯示了社會關係與文化在形塑身體經驗與自我認同上的重要作用。

從上述的觀點來看，人們對於何謂健康或疾病，可能有不同的參考架構。一個人覺得自己生病，除了主觀上出現不舒服的「症狀」之外，同時也受到身邊他人及所屬社會文化的影響。既有的研究指出，許多部落社會對疾病的歸因與處置，非常不同於西方社會(Kleinman 1980; O'Neill 1996; Cohen 1999: 14-15)。Kleinman區分了疾病(disease)與病痛(illness)兩個不同的概念，藉此批判實證醫學過度重視生物面向、只在乎疾病的盲點。他強調，病人的病痛敘事，交織在病人和家屬以及更廣大的社會網絡中(1988: 3-18)。人類學家Cheryl Mattingly與Linda C. Garro (2000: 19-29)回顧敘事、疾病與療癒的文化建構關係，指出敘事變成再現經驗的工具，而個人經驗的訴說如何被各種制度、結構形構，因此影響故事的生產。透過病人的敘事，有助於我們檢驗形塑病人病痛經驗的社會、文化脈絡。Mattingly和Garro (2000: 31-32)也強調，文化上的知識可以做為病痛敘事與詮釋致病原因的重要來源。社會上既有的敘事提供工具，使人們可以用一個文化中的既存解釋架構來理解個人經驗。類似Garro等人的研究，指出文化對病痛敘事的重要性，可以說呼應了Clifford Geertz (1973)所強調的：人是處在由他自己所編織的意義之網的動物，而特定的文化對意義的建構極為關鍵。

上述包括Goffman、Cain等人的研究，都指出病人敘事所顯示的病痛經驗的意義參考架構，經常是社會文化與結構制度的產物。這一點，事實上意味著何謂疾病、健康、療癒等，不能有單一壟斷的定義

與理解。面對不同社會或文化，人們必須學習理解它們獨特的疾病、健康、療癒的意涵。這個觀點更積極的意義，在於它有助於我們關注那些可能促進療癒的複雜動力與因素，不會獨尊現代醫療專業。由於人們的自我深受社會文化所形塑，因此上述的觀點在面對那些「自我」產生混亂的精神失序者時，更加重要。也只有如此，我們才辦法對達悟精神失序者的零碎混亂的敘事與遵／不遵醫囑服藥的現象有重新理解的可能。

#### (四)「混亂敘事」的挑戰與研究

不過上述關於病人敘事的研究，幾乎都是針對非精神失序者。敘事研究取向在研究病痛經驗時三方面的分析效用，尤其是第二部份，幾乎都奠基於能夠進行講述本身故事、進行自我認同與敘事重構的病人。不同於上述的病人，本文研究所針對的精神失序者，經常處於思考斷裂、言語跳躍、意識混亂的狀態，很難訴說條理一貫、詳細清楚的故事而進行敘事認同的重整工作。既有的研究也指出，具有異文化背景、屬於現代主流社會邊緣、社經地位較低的人群與現代醫療專業的溝通互動，通常處於明顯的不利地位。就這些處於不利地位的病人來說，那些受精神失序折磨而認同混亂的達悟人，處於更加邊緣的位置。他們的經驗，更難以被說出來、被聽見、被理解。就此來看，要探討達族精神失序者的敘事，不僅對研究者是一大挑戰，而且上述病人敘事的三點分析效用，研究他們時，雖有啟發，但也有一定的限制。

針對上述的挑戰，社會學家 Arthur W. Frank (1995) 提出的病人「混亂敘事」(chaos narrative) 的概念，雖原本不是針對精神失序者，但有助於我們思考這種敘事狀態在研究分析上的意義。Frank 的「混亂敘事」有兩個重要的意義。首先，「混亂敘事」代表著病患個人彷彿生活在沒有過去、未來、而只有現在的狀態。敘事者與這混亂的生活沒有距離，無法將自己與這樣的混亂隔開，不能跳脫自身當下的生活情境來進行

反身性的理解。這樣的病患無法形成一個前後連貫、有條理的自我故事，難以藉著敘事認同的重構來重建自我。其次，與「混亂敘事」處於明顯對立的另一端，是絕大多數現代社會中佔主流的「恢復敘事」(restitution narrative)。在現代醫學專業主導下，現代社會通常強調這種敘事模式，講述病患應該透過醫學治療讓病情掌控、恢復健康，以確保明天會更好。而醫療式歸因、健康信念研究取徑所呈現的正是恢復敘事的基調，將不遵醫囑視為需要矯正的偏差。在一方面，在恢復敘事佔據社會優勢的情況下，面對無法治療或解釋的情況，醫療專業為了掩飾其失控與無能，往往可能否定這些混亂的威脅以及病患感受的苦痛；另一方面，Frank認為，要幫助處於自我理解混亂的病患，人們必須先學習接受這些混亂，將它們看成病患人生故事的一部分，並且努力嘗試著不帶目的、充滿想像力地去理解。

Frank的概念與分析，有助於我們探討達悟族精神失序者。處於離島、原住民、精神失序等三重的邊緣位置，是弱勢中的弱勢，沈默者中的沈默者，無聲中的無聲。做為現代醫療的服務對象之一，他們可以說與專業權力處於最遙遠的相對兩端，很少有發聲與賦權的機會能夠重新形塑適合他們的醫療行動方針，尤其是達悟青壯與年輕世代者，生存狀態經常深陷於酗酒、失業與認同混亂中(見下文分析)。他們大多是無法發聲、沒有能力進行敘事重構、重整自我認同的一群人，研究者要面對面探究他們是一大挑戰。與那些針對清楚闡釋的一般病人敘事研究不同，達悟族精神失序者必須有賴於研究者深入他們的生活世界，在零碎雜亂的訴說中捕捉重要而有意義的斷片，加以連貫而尋找分析上的意涵。本文正以那些無聲中更無聲的病人為重心，站在以病人為中心的觀點，關注那些被IDS計畫下醫護人員所忽略或不被聆聽的「混亂敘事」，嘗試釐清其中關於複雜的社會文化與結構制度的涵意，並藉此反省國家以精神醫療進行理性治理的限制與缺陷。

### 三、民族誌田野調查與資料

相較於漢人，達悟族有其特殊的傳統文化與母語表達方式，我認為以開放民族誌的田野觀察，從事深入的原住民部落的研究，將有助於研究者深化問題意識。從2000年開始，我一直不定期的探訪蘭嶼，我認為透過多次重訪研究對象的跨時間研究，比較能夠將田野中受訪者的生命史與歷史分析做細緻的結合，以進行有意義的分析<sup>6</sup>。基於這些長期的田野經驗，我也認為對達悟精神失序者的生命史與病痛經驗進行民族誌的「厚實描述」(thick description)<sup>7</sup>，才能夠較充分地呈現其精神醫療的問題與現實。

本文主要以紮根式民族誌的厚實描述，採取以病人意義為中心的敘事取徑切入。除了田野觀察與訪談之外，研究也同時輔以結構與半結構的問卷調查達悟精神失序者與家人對IDS的看法。執行問卷的訪員為擔任過衛生所精神科專案的達悟族護士Si-May。她能以母語溝通，以一對一的方式詢問精神失序者與家人的意見，確定問卷中的選項後勾選登錄。截至2011年為止，蘭嶼衛生所收案的精神病患總數為73人，扣除死亡、長期住院或因為在台灣而失聯者，共有62人。我們

6 2000年我第一次前往蘭嶼，當時我是台灣某家報社醫療版的編輯，正在進行有關原住民偏遠醫療的專題採訪。2003年到2006年之間，我以社會學博士班研究生的身分，六次到島上進行長期田野觀察。由於我過去具有護理背景，加上曾研究死亡的相關議題，因此2004年開始，我也以講師的身分，義務為「蘭嶼居家關懷協會」的義工們上死亡教育的課程。這個經驗也讓我對達悟人面臨死亡時的惡靈禁忌下的老人照護問題，有第一手的觀察。2009年，在蘭嶼衛生所醫護人員例行的在職教育中，我也自願以講師的身分和第一線的醫護人員分享過去研究的部分成果。社會學研究者與課程講師身分的雙重參與觀察者角色，讓我比較容易貼近部落的生活世界，目睹現代醫療與當地文化的互動，對於兩者的衝突，尤其是國家所支持的精神醫療與達悟部落生活之間的難以契合，感受尤其深刻。

7 Clifford Geertz (1973)認為民族誌是一種厚實的描述，亦即理解一個民族的文化，是在不削弱其特殊性的情況下，揭露出常態，把它們置於本身的日常系統中，使它們變得可理解。盡可能緊密地與具體社會事件、公眾世界聯繫在一起，把這些事物放在某種可理解、有意義的系統中加以分析(1973: 3-30)。

共完成114份問卷，62份是針對精神失序者的問卷，包含：家庭狀況、基本資料、生命史、病識感與病痛歷程、對IDS的認知與態度、療癒與穩定機制、飲酒行為等共七大面向。52份針對精神失序者家人的問卷，包含主要照顧者對精神失序者的認知、IDS醫療處置的看法等。部份內容與選項讓受訪者開放式的回答，以充分發表其意見。此外，本研究也輔以各種歷史文獻、衛生所檔案資料、報章雜誌、二手統計資料等。以下研究發現的厚實描述與分析，正是來自筆者長期田野訪查、問卷、以及各種文獻資料的對照綜合。

#### 四、國家理性治理的基本困境：邊緣原住民社會的精神醫療現實

1895年，日本開始殖民統治台灣，最初由警察駐在所配置簡單藥品，並由警察兼理醫療工作。1896年日本當局公佈公醫規則，開始公醫制度。1900年殖民政府確立「台灣衛生法規」後，舉凡官制及規程、保健制度、醫事制度、鴉片制度、恤窮衛生制度、獸畜衛生制度等，都有詳盡規定。台灣原住民的健康議題，納入現代國家衛生政策的治理，即起源於日本殖民統治下的公醫制度。處於離島的蘭嶼，當時也開始有日本醫師進駐，主要為居留島上的日本人看病，偶爾服務到蘭嶼觀光的日本觀光客(鴻義章等 2002：235-241)。1945年國民黨政府來台，1947年山地鄉設立衛生所，省衛生局將日本殖民時期的山胞公醫療養所改為山地鄉衛生所。蘭嶼因為屬於離島，一直到1959年才於紅頭成立蘭嶼衛生所。達悟人稱醫師為「Mangavavaw」，稱衛生所為「Koyasang」。當地衛生所原隸屬鄉公所，但1975年改隸台東縣衛生局，是全島唯一的醫療機構。

晚近台灣原住民健康的提升，一直是國家偏遠醫療政策關注的議題。台灣原住民的平均餘命、慢性肝病、肝硬化、事故傷害等多項健

康的指標，相較於漢人，明顯處於不利的狀態(陳慈立 2007：2)。特別是近二、三十年，原住民心理健康普遍亮起紅燈，酗酒、憂鬱、自殺與精神疾病的比例大幅度增加(許木柱、鄭泰安 1991；胡海國 2001；蔡友月 2009)。1998年行政院衛生署醫政處成立「山地離島醫療科」，企圖透過制度的設計與改善，縮減原住民的健康不平等。當時行政院核定了「加強山地離島及原住民醫療服務」三年計畫(1998-2001年)，並開始實施<sup>8</sup>。

事實上，從1992年開始，蘭嶼達悟人精神病人比例偏高的現象就開始受到相關單位的注意<sup>9</sup>。1998年7月，馬偕紀念醫院台東分院受中央健保局東區分局委託辦理「蘭嶼、綠島醫療改善計畫」(簡稱「蘭綠計畫」)，以精神科專科醫師輪流每個月到蘭嶼一至二次的方式，配合當地醫護人員以進行診療。1999年10月，馬偕紀念醫院台東分院依據中央健保局頒佈的「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」(亦即前面提到的IDS)，思考蘭綠計畫轉型的可行性。中央健保局於2000年10月召開的「研商山地離島地區醫療給付效益提升計畫」會議中，建議將蘭綠計畫轉型為整合性醫療服務的經營模式。於是蘭綠計畫在2001年7月開始轉型，由馬偕紀念醫院台東分院執行IDS，當時的計畫中即指出達悟人罹患精神疾病比例偏高的現象，並針對當地心理健康問題提供精神科醫療專案。整體而言，國家補助這個專案所提供的服務，主要是由醫護人員每月定期到病患家中訪視，開立醫囑與處方、配合長效針劑與藥物，強調生物模式的醫療方向。從蘭綠計畫到IDS計畫，顯示國家開始重視原住民的特殊醫療處境與心理健康的問題。

8 主要內容包括：重整醫療人力、改善醫療保健設施、整合當地醫療資源、加強醫療支援計畫、強化緊急醫療後送體系、配合全民健保推動論人計酬及論量計酬服務制度、補助原住民參加全民健康保險之保險費及加強民眾衛生教育宣導工作等。

9 見劉珣瑛、莊上平、高正治(1993)。

然而，過去與目前分別負責IDS精神科業務的蘭嶼衛生所公衛護士Si-Na與Si-La的談話，可以說歸納了當地的精神醫療現實。Si-Na是達悟人，參與IDS計畫多年，她說：

有時醫院住院幾個月後，穩定出院，可是回蘭嶼後沒有辦法一直追蹤啊！醫生不在的時候，就你一個衛生所護士，負責所有蘭嶼精神科病人，我們也沒有辦法定期跟他們講要吃藥。家屬也這樣，你知道精神科的病人不是要他吃藥、就能吃藥的，所以藥物追蹤非常困難。我認為要有人固定叮嚀他要吃藥，安排他們的日常作息，他們在部落沒有工作，就會四處遊蕩，這樣的狀況不可能變好。

Si-La同樣是達悟人，她也表示：

很多幾乎都不吃藥……。我覺得給他們藥好像很浪費！應該把他們全部集中，每天給他們一包藥，看著他們吃，這樣才有效。就算你一個月可以來看藥袋，說是空的，說不定裡面都丟了，你也不知道啊，對不對？一般護士（指負責各個部落的公衛護士）也沒辦法每天去訪視！

從長期親身參與計畫的Si-Na與Si-La來看，國家公共衛生單位投注人力與經費支援達悟人的IDS精神醫療專案，成效相當有限。對她們而言，這些精神失序者不遵醫囑、無法規律服藥，顯然是主因。我們的問卷調查發現，相當程度也呼應上述兩位公衛護士的觀察。在「請問有沒有按時吃藥？」一題的回答中，顯示七成以上精神失序者沒有遵醫囑或不按時吃藥（見表一）。配合我們長期田野的發現，即使是其中1.6%自答完全配合醫囑的受訪者，進入他（她）們的生活世界，實情恐

(表一)達悟精神失序者遵醫囑按時吃藥的比例

回答	次數	百分比
照醫師規定三餐服藥	1	1.6%
部份照醫師規定	6	9.7%
很少按時服藥	29	46.8%
完全不吃	14	22.6%
不知道	12	19.3%
總數	62	100%

怕也並非如此。少部分認為完全配合醫囑的受訪者，我在田野觀察也發現，隨著情境不同，這些規律服藥的精神失序者，大多會根據自己身體的感覺、生活節奏調整劑量。

不過就像接下來本文指出的，達悟精神失序者普遍不遵醫囑，有超越個人與家屬之外的個人因素，與IDS儀式化醫療處置、缺乏溝通的醫病關係、以及達悟人對現代精神醫療的不信任有關。這種因素又與蘭嶼離島位置、達悟文化差異、原漢隔閡等有關，使國家提供的精神醫療照顧有其困境與盲點。而這些困境與盲點，在以下田野中精神失序者大量的「混亂敘事」中，充分的被呈現出來。

### (一)時空限制下的儀式化醫療處置與醫病關係

蘭嶼一般醫療或精神醫療基本而明顯的困境，是它處於離島，僅有蘭嶼衛生所提供全島唯一的現代醫療。目前衛生所沒有精神科的專科醫師，IDS計畫針對蘭嶼高比例精神疾病的問題，由承接的馬偕紀念醫院台東分院支援精神科醫師輪流來診療。離島交通不便，而冬天常見的東北季風，更使來往台東與蘭嶼之間的小飛機經常被迫停飛。在冬季，醫師有時連續兩、三個月無法如期到訪。這種情形造成對病患片段而不連續的治療流程，凸顯出離島醫療的困境。被診斷為酗酒、精神分裂症的李強(No.21)，因常常等不到藥，就曾生氣地向我說：「蘭嶼這邊開藥不方便，像台東那邊只要有身心殘障手冊就可以拿

藥，這邊還要看醫生，然後再開藥很慢。台灣的精神科病人比較好，他們直接去醫院就可以拿藥了。」有時衛生所如果沒有積極主動地告知與宣傳，病患與家屬更難以掌握醫師實際訪視的日期。一直飽受失眠困擾的楊洋(No.33)，因為錯過醫護人員定期訪視的時間，就曾不斷擔憂地問我：「那天我去抓飛魚沒有碰到他們(指醫師與護士)，我的藥到下個月，就沒有了。你可以幫我拿藥嗎？」51歲的林瑋(No.73)，被診斷為情感性精神分裂症，45歲時發病，吃藥不到一年。他主動向我提及：「我已經兩個月沒吃藥，因為醫生沒開藥。」當我們進一步探詢後，才知道他在週六必須上班，所以經常錯過IDS醫師的探訪時間。

從1998年最初的蘭綠計畫，到2000年開始轉型為IDS以來，這項業務至少經手過九位以上漢人精神科醫師，以及三位達悟族公衛護士的更替。第一位的醫師從1998年到2006年負責這項業務，長達八年，獲得許多病患與家屬的高度信任與肯定。往後承接這項業務的漢人精神科醫師，大多接手僅僅數月到一年之間，便因種種理由而辭職離去。舊醫師離去、新醫師來不及遞補的空窗期，經常長達數月；接手業務的新醫師，往往必須憑著病歷中簡單的資訊快速做出醫療處置。例如2010年底，一位剛接手這項業務的醫師以芒就告訴我：「這邊的病歷很亂、記錄的不完整，也沒有人和我交接，只能靠護士告訴你之前狀況。病人服藥的紀錄也沒有建立起來，一切都必須靠我自己從頭摸索，很累。」原本打算重建所有達悟人精神科病歷的以芒，在接手IDS業務不到一年，因家庭因素，難以負擔必須每月台灣往返蘭嶼，而辭去IDS的業務。從2000年IDS精神科專案執行至今十二年間，始終無法克服精神科醫師更換頻繁的問題。IDS前後任醫師對於精神失序者的疾病史與生命史，彼此並沒有正式交接與溝通的管道，這也使得許多精神失序者治療方針不但缺乏連續性，用藥處方更是經常隨醫師變動。同一個患者在不同醫師的治療下，這十年間有兩、三個不同的精神疾病診斷，這種不連續的醫療照護，也加深精神失序者與家屬

的不信任感。

被診斷為重度憂鬱症、情感性精神疾病的恆雲(No.27)的經驗，就凸顯出上述IDS醫療處置的不連續，對病患造成適應上的困擾。恆雲在高中肄業後嫁給同是達悟人的先生，先生愛喝酒，兩人在台灣的工作不穩定，經濟壓力很大。1999年左右恆雲在台灣出現自言自語、嚴重退縮、自閉的行為，年底由家人帶回蘭嶼，透過當時與她住在同一部落負責精神科業務的達悟護士Si-Na的轉介，被IDS范醫師收為精神科病患，診斷為重度憂鬱症。蘭嶼的生活部分地緩解了恆雲一家在台灣的生活壓力，加上對IDS計畫范醫師與護士Si-Na的信任，恆雲開始規律服藥，自身狀況有任何問題，也都會在范醫師訪視時主動告知，調整自身的醫療處方。和2000年第一次看到恆雲瘦骨嶙峋、面容枯槁、無法與人交談與出門的情況相比，IDS介入兩、三年後，我發現她有明顯的好轉。恆雲初期也對IDS計畫抱持高度肯定與配合的態度。2006年范醫師離去後，這五、六年以來承接的醫師異動頻繁，讓恆雲逐漸喪失信任感，也不願意遵從陌生醫師的醫療處方。2012年9月訪問她時，她這麼說：「以前范醫師都會主動和我討論，聽我的反應調藥。我現在看到藥都沒有馬上吃，因為會怕吃錯藥，現在醫師換成是誰，我都不知道。他們開的藥也一直變，所以我都不敢吃。現在醫師來看一下就走，很少和我討論。之前有一個醫師開的藥，我吃了每天都很興奮，我很怕我太亢奮後，會忍不住和我老公吵架，所以就不吃藥了。」對現階段的恆雲而言，老公失業、酗酒，長期對她惡言相向，才是她憂鬱的主因。在IDS有限的時間與人力下，恆雲或其它類似狀況的精神失序者，並無法從IDS精神醫療專案計畫獲得相關心理諮商與社會資源的補助，而這部分才是恆雲目前最希望能獲得的協助。

現代醫療專業在科層體制運作下，原本就存在著醫病關係與溝通儀式化的問題。恆雲所說的「現在醫師都來看一下就走」，更反映出離島交通不便、醫護訪視時間有限等時空因素下處於社會邊緣的原住民

精神醫療的現實困境。IDS在蘭嶼的運作模式，大多是在每個月某一星期的週六早上，台東馬偕醫院支援的各科專科醫師搭飛機抵達蘭嶼。隨後精神科醫師即在當地公共衛生護士的陪同下，到精神失序者家中訪視。探訪時間大致在星期日中午結束，然後醫師們搭機返台。在這短短一天左右的行程中，醫護人員必須探訪全島五、六十位精神失序者，每一家大概只能停留三至五分鐘。醫護人員主要的工作，包括診斷鑑定、打針、開藥、調藥、發藥，全部的流程大多圍繞在生物性的治療模式。在每月短短的家庭訪視，醫護人員重視是否順利完成打針發藥的程序，往往由病人或家屬蓋印或簽名確認，就代表任務完成。至於病人是否有藥物誤用、任意中途停藥、因副作用而排斥吃藥等情形，通常不是他們關注與記錄的重點。在田野觀察中，經常可見醫師與護士站在病人家門口前，針對醫囑彼此低聲交談後就很快離去的景象，或者醫師還未看診完畢，一旁的護士已經急著要病患蓋手印。在這種情形下，他們幾乎很少與病人有較多的交談與互動，更遑論能給予病人及其親屬心理支持或其他的協助。

根據我們詢問精神失序者的調查，在「醫師是否會跟病人討論用藥決定？」一題中，有53.2%的受訪者回答「不會」，回答「偶爾會」32.3%，回答「都會」1.6%，至於回答「不知道」12.9%（表二）。這顯示八成以上達悟精神失序患者認為，醫師用藥決定很少跟病人討論。另一方面，達悟的精神失序者「是否會主動詢問醫師與病情相關問題？」的一題，「完全不問」的比例最高，佔40.3%（表三）。

（表二）IDS精神科醫師跟病人討論用藥決定的比例

回答	次數	百分比
都會	1	1.6%
偶爾會	20	32.3%
不會	33	53.2%
不知道	8	12.9%
總數	62	100%

(表三) 達悟精神失序者主動詢問醫師與病情相關問題的比例

回答	次數	百分比
每次都會	17	27.4%
大部份時會問	5	8.1%
偶爾會問	8	12.9%
完全不問	25	40.3%
不知道	7	11.3%
總數	62	100%

上述數據也符合我們長期的田野觀察，亦即病人與家屬在醫療過程中，大多處於極為被動、無知與不理解的狀態。IDS精神科醫師更換頻繁，再加上短暫的訪視過程中，很少能從患者的感受與實際需求來理解藥物治療對他們的意義。51歲的陳海妹(No.2)，國小五年級時開始出現異常徵兆。從2000年她被IDS收案至今，診斷不斷變更，包括精神分裂症、雙極性情感精神病等，2009年時承接業務的醫師又將她的診斷改為重度憂鬱症，隔年接手的新醫師又改為精神分裂症。2007年海妹被發現罹患糖尿病，2009年初因腳上傷口未妥善照顧嚴重感染而住院治療。出院後她開始學習自行施打胰島素，但因擔心胰島素會與抗精神疾病藥物衝突，因此將精神科醫師每個月例行給予的藥物擺置一旁，拒絕服用。她不知如何表達自己的疑問，而醫護人員固定探訪時，簡短寒暄、問診、發藥即離去，沒有主動發掘她的問題。在田野訪談時，她才對我透露自己的疑惑：「醫生說我因為有糖尿病，所以傷口很慢復原，你看我出院兩個禮拜了，我的腳還在腫，只是傷口好而已。□□醫師他都沒有講，從上次你來訪問我時，到現在我都沒吃精神科的藥。如果我吃精神科的藥，同時打胰島素可以嗎？我都不敢吃。」走進海妹的屋子，觸目的是一包包完全未開封的藥袋堆置在櫃子上。海妹與她的先生，都不認為吃這些藥對她的現況有幫助。從被收案至今十多年，海妹就在這種醫病雙方缺乏溝通的情況下，斷斷續續服藥，也常依自己主觀的感受停藥。

精神失序者不容易遵醫囑，與其心理狀態的混亂、行為經常難以受自我控制或他人約束也有其關連。此外，在IDS有限的訪視時間下，使得醫護人員並無法有足夠的時間進行衛教，幫助這些教育程度普遍不高的達悟精神失序者跨越醫療專業所建構的藩籬。許多人連為什麼要吃藥、吃什麼藥、該如何吃，都不清楚。例如46歲的夫一(No.65)，被診斷為患有幻想症、酒癮。他描述自己是如何服藥時說：「你說半顆喔，我喝酒醉時會吃一顆甚至有兩顆，我也不太記得。對我還藥加酒喝。(問：你與酒一起喝時有什麼感覺?)唉!神經錯亂了。你自己的行為思緒變本加厲都不曉得了。就是你沒辦法控制行為思緒了。」。40歲的白志明(No.5)，醫師診斷為器質性精神病，他解釋自己這幾年的狀況：「我沒有生病，我是受傷後才這樣的，頭腦沒有像以前聰明及四肢不協調而已，我沒有阿達(指精神科疾病)。以前衛生所的護士常來看我，給我吃藥，但我不知道吃什麼藥」。醫護人員每個月一次儀式化的簡短探訪，未能讓白志明理解用藥的正確劑量，他告訴我們：「有時候我會吃兩顆，因為藥很甜。(問：是誰說藥要吃兩顆的?)自己啊!(問：吃了會不會不舒服?)還好，因為像糖果。(問：醫護人員沒跟你說嗎?)沒有，就這樣發給你。我不知道就這樣給我」。60歲的于順發(No.20)被診斷為器質性精神病，他說：「醫師只有看一看就走了，什麼也沒說。」罹患酗酒、精神分裂症的李強(No.21)，原本非常信任承接IDS計畫長達八年的范醫師，主動配合醫囑服藥，也覺得范醫師的藥讓他「能夠比較穩定的做事」。2006年范醫師離開後，承接IDS業務的醫師變換頻繁，讓他情緒變得相當不穩定，他不斷向我提及：「以前第一個醫師都會跟我講清楚。這個新醫師他只有說：你要吃幾粒、幾粒。只有說這些，然後開藥簽名就走了。」由於對後來的醫師不信任，他拒絕服用IDS的處方藥，開始自行到台灣的醫院求診拿藥。

又例如51歲的尤東家(No.24)被診斷為酗酒、精神分裂症，36歲

時開始吃藥，卻常常依自己的喜好任意調藥，他自己這麼說：「衛生所的藥我會吃。(問：你知道怎麼吃嗎？吃什麼藥？)就兩個，醫師都沒跟我講。我隨便拿，我不分中午還是下午還是早上，我起來就吃。」<sup>53</sup>歲的陳海成(No.1)被診斷為精神分裂症、酗酒，有一回醫護人員在簡單寒暄後即例行地發藥離去。他一臉困惑地對我說：「吃那個藥好像醉一樣，好像喝酒醉一樣。我又沒有什麼病啊，為什麼要吃藥？」當我反問他，醫師到底開給什麼藥，海成則是一臉茫然地表示：「不知道」。海成曾多次被強制住院，只有住院期間在醫護人員監督下曾經規律服藥。對海成的家人而言，他精神混亂的根源是「酒」，因此需要的不是「藥」。照顧他的大弟就這麼說：「他有沒有吃藥，我們不知道啦，最重要的是不要喝酒，喝酒就會亂」。上述的許多例子都顯示，IDS的制度規劃未能克服離島地理限制帶來精神科醫師更換頻繁的問題，也未能關注醫護訪視時間過短的缺陷。根據我的田野觀察，一個月一次時間緊縮的家訪來說，許多病人與家屬對IDS治療過程抱持著「缺乏參與式的順服」。這使得醫療處置儀式化的互動更加明顯，也使病人及其家屬更顯得無力、無能與無法發聲。這種問題，由於下述的文化隔閡以及達悟人經常對現代精神醫療難以信任，因而更加嚴重。

## (二)文化隔閡中對現代精神醫療的不信任

達悟人受到傳統惡靈信仰文化的影響，與主流的漢人文化有所隔閡。在傳統信仰下，遇到疾病或死亡，達悟人會認為是Anito惡靈作祟<sup>10</sup>。Anito惡靈所開展出的世界觀，建構了傳統達悟文化對無法預測的事件的理解，並形塑了達悟族的文化基調。受這種信仰影響，至今老一輩的達悟人仍多將衛生所視為骯髒、不潔的禁地。因此整體來說，雖然現代醫學進入蘭嶼始於日本殖民統治時期，在戰後國民黨統

10 見衛惠林、劉斌雄(1962)、李亦園(1960)、希南·巴娜妲燕(2003:20)等討論。

治初期也開始有正式制度化的組織，但由於蘭嶼原本就處於地理上的離島邊陲位置，醫療資源匱乏、衛生所功能不彰等，加上文化隔閡的因素，更使得現代醫學驅動的「醫療化」過程，在達悟社會中的進展並不順遂。

此外，在原漢文化差異與隔閡下<sup>11</sup>，漢人醫師如果缺乏對達悟文化的敏感，也不願深入理解精神失序者的生命史與生活世界，那麼，要做出正確的評估與處方往往有其困難。例如，2009年有一回我隨著新來的醫師進行家庭探訪，全程他戴著口罩與手套，不斷表示要將一些診斷為精神疾病的達悟病人強制送到台灣住院。根據我觀察這些新醫師眼中應被強制住院的達悟患者，許多人雖有幻聽、幻覺困擾，但仍可執行耕種、捕魚等日常生計。一旁的達悟族護士Si-La著急地向醫師解釋：「**這些獨居病患每天都還可以上山、下海，這一、二十年來一直維持不錯的日常功能；如果強制住院，家屬會無法接受**」。而這些被診斷患有精神疾病的達悟人(如Sypan-Ta No.32，黃樂獅No.48，春菊No.22)，大部分已經獨居生活了數十年。只要他們不主動攻擊他人，周遭親人幾乎不認為他們需要住院隔離之類的機構化處置。在這位新醫師第一次家庭訪視結束後，護士Si-La感受到這位漢人對達悟文化與生活的無知與偏見，她當下不滿地告訴我：「**我覺得這個醫師眼中，我們島上的人一堆都是不正常**」。訪視過程中也有家屬告訴我：「**我們又**

11 我的田野調查發現達悟傳統文化對精神失序有四種看法。第一，達悟傳統看待精神失序者的方式，主要是超自然的歸因方式。靈魂跑走了「soma'lap so pa'ade」、鬼附身「nanikovo tan」、「da-nikovotan」等語彙，代表這些不正常的人是因為被鬼嚇了，靈魂出竅的結果。第二，「miramlawan」為不守規範、不可理喻的瘋子之意，代表出現的「不正常」行為的失序者，是因不遵守社會文化規範而遭受懲罰。第三，「nanimasazi do vean」意指「碰到月亮一半」、或「正逢週期」之意，表示人的狀態會隨著月的圓缺而變化。正常與不正常，如同大自然的變化一般。第四，「zomyak」同時代表了具有神力的巫醫，以及突然失神之意，所具有異於常人的特質，通常被視為一種特殊的能力。不過田野中也發現，上述這些達悟傳統文化的看法，普遍不受到IDS精神科醫師的重視。

**沒傳染病，這個醫師為什麼要戴著口罩，全副武裝的」。**

針對島上六十多位的達悟精神失序者，醫護人員除了每月一次的家庭探訪，就像兩位達悟護士 Si-Na 與 Si-La 所指出的，後續的醫療追蹤與監督相當有限。離島的蘭嶼衛生所，不只上述 IDS 計畫下支援的精神科醫師常有變換，衛生所其它醫護人員也時常更替輪調。目前蘭嶼衛生所僅有一位達悟族護士專門負責 IDS 精神科業務，這些精神病人後續的醫療照護，主要則分別由不同地段的公衛護士負責。近年來國家行政體系不斷增加各種形式規章的業務流程，公衛護士經常必須忙於文書行政、應付各項形式報表，這些行政作業都大大壓縮了公衛護士到部落進行家訪與衛教的時間。此外，以 2012 年衛生所的十位公衛護士為例，僅有一位達悟族護士，其他九人則屬於漢人或非達悟族的其他原住民背景。一位排灣族的護士，曾經如此說到她面對達悟部落的文化隔閡：「雖然都是台灣的原住民，但不同原住民族文化差別真的很大。我覺得達悟文化比漢人文化還更難以理解，有時下部落訪視會很難溝通。特別是老人家，語言不通。」文化與語言的隔閡，使得非達悟背景的護士要深入接觸與瞭解部落的生活世界，有一定的困難。這也使得精神科醫師開立醫囑後，無法妥善透過負責各部落的護士進行後續的追蹤與照護。

鄭守夏曾研究民眾對蘭嶼衛生所的滿意度，根據他在 1998 年發表的調查報告，達悟人普遍對衛生所抱持非常負面的態度。他們的不滿，包括：衛生所設備不足、對醫護人員不信任、藥物品質太差無法治癒疾病、醫護人員服務態度不好等等(鄭守夏 1998)。2001 年「台東縣蘭嶼鄉醫療給付效益提昇計畫執行報告」中，也指出當地居民對衛生所批評不斷，包括衛生所設備不足、醫師不夠專業、轉送台灣就醫次數過多等，其中提出頻率最高的是藥物品質不良(中央健康保險局 2001)。1950 年代抗精神病劑(chlorpromazine CPZ)的發明，使得精神疾病的治療方式往生物性模式靠攏。抗精神病劑的使用，也促使「去機

構化的」治療理念得以順利發展與推行(Gelman 1999)。此外，全球藥廠在龐大商機與利益推動下，不斷地研發新的抗精神疾病藥物，促使藥物治療成為臨床上重要的治療方式。一些研究指出，精神病人容易成為藥物誤用與濫用的對象，而這種藥物的濫用又與性別、族群、社經地位因素有關(Jacobsen 1994; Lin et al. 1995)。達悟人長期對衛生所提供治療藥物的不信任，加深了達悟精神病患者對精神科用藥的負面印象。有些病人甚至覺得自己是藥物實驗的對象，更不願遵從醫囑。以下一些混亂、零碎的敘事，都表達田野中受訪者的懷疑：「吃什麼藥？什麼藥喔，不曉得，我問他這個什麼藥，他都沒有答覆啊。有的藥吃了，吃了人會壞掉啊！我聽人家說那個藥放很久會壞掉(No.8)」、「這邊的藥都比較不好，比較好的藥，不會開給我們(No.21)」、「我覺得精神科醫生好像就只能用藥物把我們控制，這樣子很不好，就是不會針對病人的心理去解決。……我們好像他們的實驗品，不斷的給我試藥，只想控制我們，都不會針對我們心理的問題去解決(No.16)。」

事實上抗精神病劑所帶來的商機，使台灣精神科醫師臨床診斷、開藥有浮濫的傾向，曾經造成精神醫療界的重大醜聞。2007年8月23日的《中國時報》，報導了署立台東醫院精神科主任陳明哲涉嫌「故意誤診」，開立精神科重大傷病證明給正常人。由陳明哲開具診斷證明書申請重大傷病卡的「病患」，共有六百三十三人。健保局東區分局發現病名碼「ICD-9-CM296」的診斷浮濫，亦即陳明哲涉嫌把遊民、身心障礙等一般民眾，當作憂鬱症或躁鬱症來治療，這類的假病患高達兩百零九人。在署東醫院掌管精神科超過十年的陳明哲，因收受藥商回扣、詐領健保費、販賣四級毒品、違反醫師法等，被台東地檢署檢察官起訴，並具體求刑卅年。

由於蘭嶼精神失序者外送的醫院，主要是署立台東醫院、台東馬偕分院與花蓮玉里分院，田野中不少達悟人曾是這位發生醜聞醫師的患者。這個案件在2007年透過媒體，很快散播到蘭嶼，讓田野中部分

的精神失序者與家屬對國家的精神醫療體制更加不信任。這個弊案被揭發後，訪談時不斷有家屬向我提及對署東的不信任。一直負責接送陳海成(No.1)入出院、住在隔壁的弟弟，就生氣地說：「他之前到台東署立醫院精神科住院，今年年初出院。我覺得台東署立醫院藥物控制太強了，他整個人藥吃的太多，說話變的吞吞吐吐的。那邊精神科醫師真的很過份，要賺錢開太多藥。」被診斷有精神分裂症、52歲的呂國輝(No.8)，33歲時在台灣本島發病，曾被弟弟送到署東住院一次。受到媒體的影響，國輝也這麼理解自己住院的原因：「(問：為什麼你會去住署東醫院？)他是為了讓我們進去裡面才收的，他是為了拿健保費用，沒地方賺錢啊！才會一直要我們住院」。

另外，1968年出生的海庭，被診斷有妄想症，2003年初她因為認為護士Si-Na搶了她的老公，半夜跑到衛生所企圖攻擊Si-Na，而被強制送到署立台東醫院就醫。住院一年多後，海庭無聲的病逝於醫院。家人對於海庭被迫送醫而無故死亡，相當不諒解。而部落中的族人，也大多認為海庭是在醫院吃藥過多致死。另一個類似的例子是林茵(No.16)。2007年8月底，被診斷為精神分裂症的林茵，因自覺不舒服，自行到衛生所看病，沒多久就在衛生所逝世，當時林茵只有33歲，引起家屬很大的反彈。林茵的父親曾任鄉代表，之前就曾經不斷向我抱怨，認為衛生所醫師不夠專業，提供的藥物品質不好。他還詳細紀錄部落中近兩、三年在衛生所打針、吃藥後發生嚴重副作用的村民求醫經過。對於女兒活著走進衛生所，卻突然死亡，他主觀認定是醫療處置失當的結果。海庭、林茵的例子，都加深達悟人對現代精神醫療的不信任。

原漢差異、文化隔閡、加上達悟人長期對國家醫療體制不信任、醫療醜聞的影響等，都使得精神失序者與家屬對現代精神醫療容易產生抗拒、排斥的心理，不願意遵循一種缺乏理解與同理的醫療處置，也使醫療專業與達悟人的真實生活世界一直存在著極大的鴻溝。不過

時空限制下的儀式化醫療處置與不平等的醫病關係，以及文化隔閡中對現代精神醫療的不信任，所導致田野中普遍的不遵醫囑現象，相對來說，都呈現了達悟原住民部落精神醫療的現實，藉此我們可以窺見國家透過現代精神醫療對原住民社會進行理性治理時的基本困境。除了上述的基本現實與困境之外，根據我在田野的長期觀察，達悟精神失序者的不遵醫囑，尚有更深沈的因素必須挖掘。這唯有更進一步細心聆聽病人的「混亂敘事」，貼近達悟族精神失序者與家屬的生活世界，以他們的「意義為中心」來理解分析，才能掌握下面所討論的深層問題。

## 五、遵／不遵醫囑？以病人意義為中心的敘事

更進一步聆聽精神失序者零碎、反覆、片段的「混亂敘事」，以及他們身旁親人的談話，我們才可以如實地掌握這些精神失序者與家屬是如何看待服藥，澄清他們的意義參考架構與達悟社會文化及日常生活的關係。本節從達悟日常生活世界與勞動慣習的服藥效用以及不同世代對應的世界觀的角度，來分析他(她)們的遵／不遵醫囑的社會文化意涵。我們會發現，精神醫療專業與達悟人真實生活世界的鴻溝，反映的不僅是前一節所指出國家IDS制度的現實與困境，更顯示達悟人社會文化及生活世界的特殊脈絡，以及世代因素的重要影響。更重要的是，這些因素中可能蘊含著適合達悟人心理健康復原的力量，我們必須仔細探究。

### (一)生活世界與勞動慣習中的不遵醫囑

達悟傳統文化傳承相當重要的部份，是來自於向上一代習得跟大自然互動的生計知識，因此他們一向賦予「勞動」極高的價值。蘭嶼四周環海，漁產豐富，同時幾乎家家戶戶在山地都有專屬的範圍可供種

植，因此漁業與農業目前仍是島上居民的主業，男性除了大多從事與海直接相關的生產，學習捕魚、造船之外，也學習建屋等基本的技術與文化知識；女性則在母親的教導下，主要在水芋田工作。達悟的個人在部落的名聲，立基於勞動為基礎，在這種傳統文化下，他們的生活世界與勞動慣習密不可分。七、八十歲的老人家，不論男女，只要身體安好，仍固定上山、下海，從事與生計經濟相關的活動。

在傳統的達悟文化中，母語「yamara'ete o kataotao na」，意味著「生病或身體不好」。在這樣的定義下，「病」一定要包含疼痛與不舒服的感覺，並且無法從事日常生活的勞動。在這樣的傳統文化認知下，精神失序者難以被納入「病人」的範疇，不同於現代醫療的界定與處理。根據我長期的田野調查所見，大多數被精神醫學診斷具有精神疾病者，只要依舊有勞動能力、能夠工作，即使仍有精神醫學所謂的幻聽、幻覺症狀，部落一般人通常仍會視他(她)們為「正常人」，不會另以特殊方式來對待。一如承接IDS計畫八年的范醫師的觀察，他說：「這邊精神病人看起來都還好，不像什麼骨折、肺炎一看就知道生病。蘭嶼一般的認知是惡靈、月亮的關係，所以不會認為這些人如生病的人需要被照顧。」<sup>12</sup>從這個角度來看，在深受勞動慣習形塑的日常生活世界中，對大多數達悟人的精神失序者與家屬而言，所謂正常與不正常、什麼算是有病、服用精神科藥物的意義等，往往與醫護人員的專業認知有相當的差距。這樣的不同，反映國家在公共衛生的理性治理邏輯下推動的原住民現代精神醫療與部落文化之間更深層的落差。

12 劉欣怡(2004)指出在傳統達悟文化下，許多人年邁時為了怕生病會招致惡靈，會主動搬離子女的房子，居住在附近的臨時屋。為給老人適當的照護，蘭嶼居家關懷義工在探訪老人時，都會同聲禱告，並藉由耶穌基督的寶血覆蓋，使達悟志工免於傳統惡靈的侵擾。她的研究顯示惡靈信仰雖然式微，但沒有完全消失，而基督宗教被當地人用來對抗面對惡靈的恐懼。本文所探討達悟精神失序者，只要依舊有勞動能力、能夠工作，部落一般人通常仍會視他(她)們為「正常人」。因此，達悟精神失序者與老人在傳統文化下隔離獨居所引發的照護問題，並不盡然相同。謝謝審查人之一的建議，補充這部分的差異。

首先，在與大自然緊密互動的生活作息中，平日上山耕種、下海漁撈，成為達悟人生活節奏的核心。因此他們的日常活動通常在戶外，而且大多一天兩餐（早餐、晚餐）。這種安排生活世界的時間節奏與意識，使他們不容易達到三餐服藥的要求。例如60歲的于順發（No.20），每天都必須到山上、海邊隨意行走，兒子就無奈說到 he 無法配合規律吃藥：「那個藥也是一樣，拿到家裡沒有用啊！一包一包到我們的家裡，我爸爸一包一包的丟掉。……他會亂跑，他的時間不固定，什麼時間吃什麼藥，他每份早上、晚上、下午這樣子的藥，可是他未按時啊。……他平常就不在家裡，他就是在別的村啊。你看這樣子，像現在他就在別的村啊！他能吃藥嗎？」

前面提過，IDS 醫護人員每月一次定期訪視達悟族的精神失序者，以藥物配合長效針劑的生物性治療為主。探究達悟族的精神失序者不願意遵醫囑的進一步因素，我們發現一些伴隨IDS醫療處置下打針、服藥而來的副作用，明顯妨礙達悟人的日常勞動慣習；這使得大部分精神失序者與家屬，對於服用藥物的配合度都不高，對針劑治療也有所排斥。例如黃叮峰（No.26）在18歲國中畢業後就隻身到台灣本島謀生。39歲在台灣工作時，他開始出現恐懼、妄想等症狀，被診斷有精神分裂症。2004年在姊夫的幫忙下，他找到一個臨時工的工作，但是吃藥的副作用，讓他無法持續下去。他的姊夫說到：「他現在在苗圃工作，你看好不容易有工作，有時候因為吃藥，只能做到一個禮拜，然後就好累……很累的感覺。他以前什麼都很能做，現在這個藥吃了，真的很遲鈍。」

每年3至7月的傳統飛魚季，一些病情穩定的男性精神失序者，常會隨家人出海捕飛魚。如果服藥的副作用妨礙捕魚或栽種的生產勞動，家屬與精神失序者往往都會相當排斥。現年46歲、罹患精神分裂的李強（No.21），30歲在台工作時出現幻覺、幻聽症狀，已經斷斷續續吃藥十多年。他自己表示：「我吃藥有時候按時、有時候很好就沒有

吃，通常是睡不著才會吃。吃藥就會覺得身體很虛弱、暈暈的、動作很慢。」住在一旁的大哥就相當反對李強吃藥，他說：「如果他沒有吃藥的話，有時候我叫他跟我去山上阿，他會來做，或是去海邊捕魚。但是他吃藥的話，他就不來了，他就不敢出去，因為會很無力，那個藥會讓人家昏睡的，所以他一吃藥就會覺得昏昏欲睡、精神不濟這樣子啊！這種藥還是不要多吃的好。」有次我隨IDS精神科醫師探訪51歲的陳海妹(No.2)，一旁的表弟不斷疑惑的指出：「你們是給我表姊吃什麼藥，為什麼她越來越懶惰，不去山上，也不去海邊抓螃蟹，只會待在家裡、也不煮飯。我不知是給她吃了什麼藥，為什麼她會變得那麼懶。」當時海妹也向醫護人員表示，「吃藥就想睡覺，發胖啊。吃藥會變的很衰弱。」她主觀地認定，不吃藥比較有力氣，因此自行停藥了一陣子。她說：「嗯，都想睡覺，一直發胖。我在醫院也是，一直吃藥，一直發胖，一直想睡覺，軟趴趴。不像我現在，我沒有吃藥，還是有精神，比較有精神。」對於海妹和她的家人而言，藥物的副作用讓她的體力無法負擔日常的耕種與家務，讓人更難以接受。

此外，IDS醫護人員並非完全無視於病患未遵醫囑、未按時服藥的問題。針對無法規律服藥、病情不穩、長期飽受幻聽、幻覺影響的精神失序者，精神科醫師大多會施予長效針劑(一個月打一次)，而施打針劑的大多以中年男性居多。就像前面指出的，在儀式化醫療處置與缺乏溝痛的醫病關係中，他們通常不清楚醫護人員注射的藥品為何，田野觀察也發現，他們大多也不認為這些針劑對自己的「異感」有何幫助，但大都是溫和、順從地讓護士施打。例如58歲的吳談(No.19)，高職畢業，有五個小孩。他原本與太太育娟在台灣工作，因生活壓力過大，於是30歲那年兩人回到蘭嶼。回鄉一年後，他開始出現異常行為，並有多次自殺紀錄。他被診斷為酗酒與精神分裂症，在IDS介入後他開始在太太的督促下吃藥。他告訴我：「吃藥的話，會很累，不能去抓魚，所以不喜歡吃藥。」他斷斷續續吃藥五年以上，但由

於服藥狀況不佳，從2008年開始，醫師的治療方向改為每月一劑的長效針劑。他不認為這些針劑能有效解決他長期幻聽的困擾。有一回醫護人員探訪離去後，他便一臉無奈地向我表示：「醫生沒有說明，只說會讓我不會自言自語，看不到東西的針。……打完針後會全身軟軟的，一直想睡覺。我跟醫生說，我不想打針，因為會不舒服，有一次我還睡了一星期起不來。可是他們說：一定要打。我還是讓他們打針，可是打完針後，還是會看到鬼。」施打針劑後的全身無力感，讓他常常會藉故到山上工作，迴避醫護人員的家訪，以逃避打針帶來的副作用。又例如52歲的呂國輝(No.8)，33歲時發病，被診斷有精神分裂症。他因為無法遵循醫囑服藥，在家屬的要求下開始被施行針劑。打針導致的副作用，讓他生氣說著：「最好不要打針。我會沒辦法工作，沒辦法集中經神。打針時會沒有力量、頭會痛。(問：那吃藥呢?)我通通都不要。(問：如果吃藥不舒服你會跟醫師嗎?)不會，就直接給你打針吃藥這樣。」2011年初，國輝在IDS醫護人員固定探訪打針後的第二天便告失蹤，至今仍下落不明。家屬懷疑是打針之後的副作用，讓國輝一時失去知覺而發生意外。

評估病患每個月吃藥、打針後疾病歷程的轉變，以及完成打針、發藥的例行工作，是IDS精神科醫師與病人或家屬的主要對話與互動內容。根據我們的問卷調查，在「醫護人員是否會事先告知藥物用法或副作用？」一題，受訪的病人或家屬表示「會清楚告知」的佔16.1%，「隨便交代一下」佔46.8%，「完全沒有說明」佔29%，「不知道」佔8.1%（見表四）。也就是說，在讓病人困擾與痛苦的藥物副作用上，有接近八成的受訪者表示無法從醫護人員獲得充分的資訊。類似的現象也反映在針劑治療方面。在被問到「醫護人員是否會告知打針副作用或是要注意的地方？」時，回答「完全沒有說明」的病人或家屬佔84.6%（見表五）。從另一個角度看來，病人及家屬經常在我們訪談中抱怨對藥物的種種不適感，那麼他們會不會也主動向醫師反應呢？在回答「是否會向

(表四)IDS醫護人員會事先告知藥物用法或副作用的比例

回答	次數	百分比
會清楚告知	10	16.1%
隨便交代一下	29	46.8%
完全沒有說明	18	29.0%
不知道	5	8.1%
總數	62	100%

(表五)IDS精神科醫護人員會提醒打針副作用的比例

回答	次數	百分比
<u>有打針</u>	13	100%
會清楚告知	(0)	0%
隨便交代一下	(0)	0%
完全沒有說明	(11)	84.6%
不知道	(2)	15.4%
<u>沒打針</u>	49	
總數	62	

醫師反應服藥後的不適感？」一題時，病人或家屬表示「會清楚反應，尋求解決」的佔6.5%，「會稍微反應」佔17.7%，「完全沒有反應」佔43.6%，「無不適」佔17.7%，「不知道」佔14.5%（見表六）。從問卷結果可以發現，不論在醫師說明治療內容與病人主動諮詢雙方面，都顯示了精神醫療介入與病患生活世界的明顯溝通落差。

在達悟傳統文化下，生計經濟所必須的基本勞動，有助於精神失序者與大自然互動時，維持日常生活的步調。另一方面，這些勞動也

(表六)達悟精神失序者會向醫師反應服藥後的不適感的比例

回答	次數	百分比
會清楚反應，尋求解決	4	6.5%
會稍微反應	11	17.7%
完全沒有反應	27	43.6%
無不適	11	17.7%
不知道	9	14.5%
總數	62	100%

讓他們可以參與親人或族人的祭典等共同活動，維持一定的社會關係。國家在公共衛生的理性治理下推動的精神醫療制度與實踐，顯然難以貼近達悟人的日常脈絡，無法嵌入達悟人與自然環境緊密結合的勞動慣習與生活世界。對精神失序者而言，打針、服藥的副作用是否會影響他們上山耕種、下海捕魚的勞動能力與日常生活節奏，成為他（她）們評估藥效、以及願不願意遵從醫囑的重要依據。就像前面指出的，在現有關於遵／不遵醫囑的研究取徑中，健康信念的研究取徑，尤其是服藥信念的分析角度，比較注重病人的感受與認知，副作用妨礙勞動與生活的自主控制，導致負向信念，使病人不願遵醫囑。不過本文前面也指出，健康信念研究取徑仍與醫療歸因研究取徑類似，偏向於從醫療專業角度來看待遵／不遵醫囑現象，將不遵醫囑視為一種偏差，因此可能忽略醫療專業本身的問題。如果我們以社會文化與生活脈絡中的病人為主體，那麼我們可以說，對於治療達悟人失序的心靈來說，與大自然結合的生計經濟下的勞動慣習、圍繞這種慣習而來的日常生活步調與親友族人的社會關係，這些都是支持精神失序者的重要力量。從這個角度來看，達悟精神失序者不遵醫囑，未必是一種不理性而有待矯正的偏差行為。

從田野中病人零散、混亂的敘事中，我們可發現達悟精神失序者的認知與感受，很少受到IDS精神科醫師的重視與理解，使得IDS計畫

(表七)達悟精神失序者會向醫師詢問打針後的不適感的比例

回答	次數	百分比
<u>有打針</u>	13	100%
會清楚詢問，尋求解決	(0)	0%
會稍微詢問	(1)	7.7%
完全沒有詢問	(9)	69.2%
不知道	(3)	23.1%
<u>沒打針</u>	49	
總數	62	

下所關照的行動者多以「無參與式的順服」來回應IDS的醫療處置。此外，除了時空限制下的儀式化醫療處置與醫病關係、文化隔閡中對現代精神醫療的不信任等，顯而易見的因素導致達悟精神失序者普遍不遵醫囑之外，這裡所指出的，是在「混亂敘事」中浮現而不容易掌握的深沈因素。國家透過精神醫療對達悟族的理性治理，除了必須面對醫療制度與設計的不足，亦即改善儀式化的醫療處置、增進醫病溝通、提升對醫療體制的信任等因素，必須思考更為貼近達悟人日常生活脈絡的療癒模式。否則即使國家提升偏遠醫療計畫立意良善，但恐怕事倍功半，在這種情況下，與其說偏遠地區的蘭嶼醫療資源不足，不如說是醫療計畫並未被恰當的納入原住民的特殊社會文化脈絡來運用與實踐。

## （二）世代差異中的病識感與不遵醫囑

「我沒有病」幾乎是所有精神病人一開始共同的心聲。因此，精神病人「病識感」(insight)以及「生病角色」的建立，一直是醫護人員關切的問題。具有病識感，代表精神失序者能接受「精神病人」的角色與醫療規範。有了病識感，精神病人才有可能接受一套「理性」的正常人的訓練，因而定時服藥、規律吃三餐、正常作息、與人友善地互動、合宜地控制情緒，甚至在一個嚴格管理的全控機構學習團體規範。病識感的概念，意味著失序者必須先學習用精神醫學的知識處理自己的問題，認識到自己屬於「精神病人」的角色，才有接受現代精神醫療而痊癒的可能。

無論是Parsons討論的「生病角色」，或是醫療實作下所謂「病識感」的概念，都是以現代醫療為參照架構。不過當我們要以病人為主體、嘗試以醫療專業之外的角度來理解達悟族精神失序者的病識感及相關的遵／不遵醫囑現象，那麼我們首先必須從達悟族長遠的社會變遷歷史脈絡來釐清「現代醫療」與他們的關係。台灣原住民雖然歷經日本殖

民時期與戰後帶來的現代醫療，但他們對健康、疾病、正常／不正常的看法仍然受其傳統文化所影響。蔡友月(2009)指出，西方社會「神學→玄學→科學(現代醫學)」的數百年進展，達悟族卻被迫在晚近短短的三、四十年快速地經歷。1950年代開始，西方傳教士把基督教帶入蘭嶼；1959年島上成立至今唯一的現代化醫療單位，亦即蘭嶼衛生所；1960年代中後期，既快速又壓縮的現代性(compressed modernity)變遷過程，造成了目前影響達悟精神失序者的三個典範或世界觀——達悟惡靈文化傳統、基督宗教、與現代精神醫療——的交錯並置。晚近達悟人如何理解與處置精神失序者，深受此種變化過程的影響，而老、中、青三個不同世代面對不同階段的社會變遷，分別經歷主要世界觀的轉換。這些變化形塑了他們不同的病痛經驗，使得不同世代的精神失序者的病識感與服藥狀況，也因此有差異。聆聽達悟族精神失序者的「混亂敘事」，關注其中呈現的世代差異，使我們可以更細理解他們遵／不遵醫囑行為的社會文化意義，也更能釐清他們的自我理解與病痛經驗，以及透過現代精神醫療的國家理性治理與部落生活的重大差距。

根據我們的田野資料，大部份達悟族精神失序者並不具有精神醫學下的病識感，家屬大多不將他們視為精神病人，往往抱持著自由放任的態度。對於「病人是否知道自己所罹患疾病的診斷？」的問題，家人表示「清楚」的佔20.9%，表示「完全不知」的佔51.6%，其他表示「部份清楚」佔8.1%、「模糊」佔8.1%、「無法評估」佔11.3%（見表八）。而病人主要照顧者回答「是否知道家人所罹患疾病的診斷？」的問題，表示「完全不知」的高達83.3%（見表九）；對於「請問您是否會監督孩子吃藥？」的問題，68.5%主要照顧者表示「不會」。處在達悟傳統文化下，一如承接IDS的范醫師說：「這邊精神病人普遍家屬是不會給他太大期望，例如要怎樣、怎樣，有些家人也不認為他們有病，所以不會給必要的協助，反正就是各過各的。」

(表八) 達悟精神失序知道自己所罹患疾病診斷的比例

回答	老人世代	中年世代	年輕世代	百分比(總數)
清楚	0	9	4	20.9% (13)
部份清楚	0	5	0	8.1% (5)
模糊	0	4	1	8.1% (5)
完全不知	2	30	0	51.6% (32)
無法評估	0	7	0	11.3% (7)
總數	2	55	5	100% (62)

說明：\* 田野期間追蹤的受訪者，截至2012年年底為止已有6人過世。

老人世代：65歲以上，1946年以前出生(以2011年的年齡為準)

中年世代：30-65歲，1947-1982年間出生(以2011年的年齡為準)

年輕世代：30歲以下，1982年之後出生(以2011年的年齡為準)

清楚—清楚知道自己的診斷以及診斷的意義。

部份清楚—部份知道自己的診斷以及診斷的意義。

模糊—隱約知道精神疾病的相關名詞，但並不具備現代醫學知識理解其意義。

無法評估—指正在住院、或失聯的受訪者。

(表九) 主要照顧者知道精神失序者所罹患疾病診斷的比例

回答	次數	百分比
清楚	7	13.0%
部份清楚	1	1.9%
模糊	1	1.9%
完全不知	45	83.3%
總數	54	100%

從表八關於精神失序者本身的病識感來說，我們訪談了62位老、中、青三代的精神失序者。其中高達一半以上無法清楚理解自己疾病的診斷，且大多集中在老人與中年世代。至於能夠清楚說出自己的精神疾病診斷的13位，全部屬於已接受現代教育的年輕世代。這顯示是否具有病識感與世代因素有密切關係，從世代角度來理解不同世代的世界觀如何形塑對其精神醫學的認知與態度，非常重要。

### 1、惡靈世界觀下的老人世代

在現代醫學還未進入蘭嶼之前，凡是遇到疾病或死亡，達悟人會

認為是「Anito」惡靈作祟。Anito惡靈所開展出的世界觀，建構了傳統達悟文化對任何無法預測事件的理解，並形塑了達悟族的文化基調。達悟母語靈魂飛走了「soma'lap so pa'ade」、被未知的鬼附身「da-nikovotan」、被特定的鬼附身「nanikovotan」等，都顯示達悟文化是以圍繞惡靈的超自然的歸因方式來理解精神失序、行為異常的族人，認為他們是被鬼附身、靈魂跑走的結果。1970年代後各種現代性力量逐漸改變蘭嶼，基於惡靈世界觀的傳統療法，亦即巫醫的驅鬼儀式<sup>13</sup>，也已經式微。根據我的田野調查，2000年左右達悟部落已經沒有傳統的巫醫存在，不過傳統惡靈的世界觀仍深刻影響目前七十歲以上的老人。

田野訪查所見的三位日本殖民時代出生而被診斷有精神疾病的老年世代是Sypan-Ta (No.32)、Sypan-Wu (No.49)、Sypan-Dan (No.23)。他們全部在惡靈禁忌所開展的世界觀中成長，沒有接受現代教育，無法理解何謂精神疾病，也沒有精神醫學所謂的病識感。他們一致認為自己的「異感」是惡靈附身的結果，並不會用精神醫學的知識解釋自身的狀況、學習所謂「精神病人」的角色。

2000年我第一次隨著IDS精神科醫師訪視島內被診斷為精神疾病的患者，遇見精神科列管的獨居老人Sypan-Ta (No.32)，他一個人睡在一間未完工的水泥房間。我心想如果是在台灣，鄰居應該很快會向里長或警察等通報，將這種獨居而精神失序的老人送入醫院處理。但達悟族的護士Si-Na卻趁機教育我：「**他並不需要轉診，如果從他的角度，這樣的生活反而對他自在**」，這是我田野洗禮的第一課。往後Sypan-Ta的疾病歷程，也印證了Si-Na的觀察。這十多年多以來，獨居的他，仍以某種穩定的方式生活著。1926年出生、現年85歲的Sypan-Ta，目前雙目失明。他年輕時曾在台東從事林班、割稻、除草等工作，後來認

13 傳統巫醫的驅鬼儀式，由家人在住宅四周扮作窮兇惡極的樣子，並揮刀趕鬼。他們在病人頸上掛金片或青色珠串，藉以增加抵抗力，或在身上纏掛一種鬼魂所懼怕的蔓草，藉以驅除鬼魂。相關討論也可參見劉斌雄(1959)、姚克明(1982)。

識一名阿美族女子，兩人結婚後育有三名子女。因在台生活壓力大，Sypan-Ta大約在40多歲時，回到蘭嶼定居，目前只有小女兒一年一、兩次會回來探望。獨居的他，平日大多倚賴「zipos」<sup>14</sup>雙邊的親戚照顧生活起居。根據在一旁開雜貨店的姪女美靈表示，在惡靈世界觀下成長的Sypan-Ta，不明白精神醫學診斷的意義，也相當排斥吃藥。醫護人員曾將他的口服藥改為滴劑，由美靈放入礦泉水給Sypan-Ta服用。雖然美靈斷斷續續餵了半年，但她認為獨居又失明的Sypan-Ta有沒有吃藥，好像差別不大。加上後來美靈忙於工作，沒時間持續餵藥，Sypan-Ta就一直停藥至今。雖然缺乏藥物治療，但在「蘭嶼居家關懷協會」<sup>15</sup>的協助下，直至2012年我看到Sypan-Ta時，他即使有所惡化，但其速度也極為緩慢。

1928年出生、現年83歲的Sypan-Wu (No.49)原為部落的巫醫，他告訴我年輕時就常常看到魔鬼。他自言自語、看到已逝族人的症狀，一直都被族人視為巫醫的正常行為。女兒夢路表示，因為父親不斷用牙齒咬自己的手、想拿刀子自戕等激烈的行為，家人才主動告知衛生所的醫護人員，於2000年被IDS正式收案，診斷為妄想症。田野期間我曾問他：「你知道自己是生什麼病嗎？」，Sypan-Wu透過女兒翻譯告訴我他關節有問題，吃藥很有效。事實上罹患痛風的Sypan-Wu，一直必須靠止痛藥止痛，他認為自己的病是來自關節。行動不便的Sypan-Wu，每回看到IDS醫護人員的探訪都非常高興，認為醫護人員是來治療他的關節。生活在惡靈世界觀下的Sypan-Wu，完全不知道何謂精神

14 傳統達悟人的家族「as so inawan」，指雙邊團體zipos及其婚姻所合起來的親屬範圍。衛惠林、劉斌雄(1962: 57)指出這個雙系近血親關係範圍是由父母雙方親屬所展開，以一個ego為中心，向上推兩代、下推兩代，旁系到第一從表兄弟姊妹為止。「zipos」界定了一種相互的責任義務，並形成禁婚的範圍，同時也是達悟社會重要的互助團體。一旦家中出現鰥、寡、孤、獨的情況，都必須由zipos的親戚承擔照護責任。

15 蘭嶼居家關懷協會成立於1999年9月18日，主要由達悟族的知識青年、護理人員、蘭嶼當地的婦女，針對蘭嶼獨居老人成立的照護組織。

疾病，也從不認為自己看到他人所不能看到的人、事、物是一種病。他這麼對我說：「我還會看到那位(已歿的族人)會來我家，尤其天氣不好的時候。以前我剛看到那種東西時，我會害怕，因為他們的形體像隻魚。我有一個月都看到好多老人家在圍著村莊，他們直接在我家走廊上喝酒聊天，年紀最大的是口的爸爸和口口的外公還有口口的小舅舅。他們說你怎麼還不過來，你在那邊幹什麼，像有一次我去台灣看病時他們也跟過來，(繼續敘述魔鬼是如何嫉妒他還在陽間)，他們會嫉妒還在陽間的人。」

因為父親是巫醫，目前經營檳榔攤的夢路從小很習慣父親的幻聽、幻覺，她覺得父親的狀況既是一種病，同時也是惡靈附身。身為主要照顧者的夢路，對於精神科藥物對父親的效用，有自己的理解。她往往根據自己的經驗，自行幫父親調整服藥方式。由於夢路主觀認為父親是否吃藥，都還會看到鬼，加上她忙於檳榔攤的工作，因此在2010年後，她只有在Sypan-Wu不斷自言自語時，才會主動的讓他服藥。她說：「用滴的一天三次，他不知道就喝下去了。喝完還不是一樣，自言自語還比較嚴重，沒效果。我只有看到鬼的時候才給他吃藥，我有跟醫師講過，藥沒有效，因為他還是會看到鬼。我是他自言自語嚴重，才給藥。」Sypan-Wu則如此理解服藥對他的意義，他說：「我女兒說，如果我吃藥，我就不會看到魔鬼了，但吃了之後我還是看得到魔鬼。要不是我女兒陪伴，我早就不在了。」

我第一次看到被診斷有精神分裂症、妄想症的七十多歲老人Sypan-Dan(No.23)，也是最早在2000年隨著醫師、護士進行訪視時。當時他身體健朗，赤著腳大步地在部落自由行走。我們可以想見，他不理解何謂精神分裂症，也沒有精神病人的角色認知。一旁的女兒不斷向醫師抱怨，Sypan-Dan像炸彈一樣，媽媽照顧他很累。她不斷地詢問醫師Sypan-Dan是否需要住院，醫師認為，Sypan-Dan只會說達悟語，並不適合台灣醫院的機構化治療，因此建議先吃藥再觀察。女兒表示，

Sypan-Dan常常在島上遊走，因此根本無法定時給他服藥。2003年3月，Sypan-Dan因認定田中的電線桿是核廢場設立來危害他們的，於是用斧頭加以破壞，而被警察強制送到台灣本島就醫。僅會說達悟語的Sypan-Dan，一入院就被醫護人員用約束帶束縛起來，以防他掙扎逃走。住院一年後，Sypan-Dan的健康情況惡化，被送入加護病房觀察。一如早先進行家庭訪視的醫師所預料的，機構化的治療方式，反而使Sypan-Dan的病況加劇。2005年4月，Sypan-Dan就病逝於醫院。

雖然精神科醫師、護士每個月定期探視上述老一輩的精神失序者，但是精神醫學及其相關的現代世界觀，並不是這些在惡靈世界觀中成長的老人理解事物的方式，而他們及其家庭成員對精神醫學的知識也大多相當貧乏。回顧這些老人的生命史，我們可以發現，從他們出現別人眼中的異常症狀，到精神科醫師介入，這中間至少相隔一、二十年。由於他們本身無法理解何謂精神病，家人也不認為吃藥有何幫助，所以他們幾乎沒有或很少吃藥。生活在傳統的部落連帶關係與生計經濟為主的日常生活勞動節奏中，他們的病況即使有所惡化，其速度也相當緩慢。相較於長住蘭嶼、精神醫學介入有限的Sypan-Ta與Sypan-Wu，Sypan-Dan的生命史顯示的是：如果以現代醫療方式強迫這些老人脫離既有的部落連帶，納入機構化、科層化的醫院，強迫他們接受打針、吃藥為主的生物性治療，那麼將會對他們造成更不利的後果。與其他世代的達悟族精神失序者的狀況相比，這些老人世代精神失序者不遵醫囑的行為，最為鮮明地凸顯了現代精神醫療及國家醫療政策實踐與原住民社會文化的差距。國家透過精神醫療進行理性治理時面對這個世代的精神失序者的嚴重限制，更清楚顯示我們必須超越醫療歸因與健康信念兩種取徑對遵／不遵醫囑行為的狹隘理解，尤其是必須擺脫它們與現代國家治理、現代醫療經常共享而過於現代理性化的思考方式。

## 2、失業、酗酒下掙扎的中年世代

田野中 55 位中年世代被診斷為精神疾病的患者，有 30 位 (50%) 屬於完全不清楚何謂「精神疾病」的狀態，有 4 位 (8.1%) 屬於對「精神疾病」病識感模糊的狀態，清楚知道自己精神醫學診斷僅有 9 位 (21%) (見表八)。相較年輕世代全部能夠清楚知道自己精神醫學診斷，老人世代完全不知何謂精神醫學，這些中年世代不同的認知 (見表八)，反映了這個世代夾雜在不同世界觀轉換下複雜的自我認同。我們追蹤的 62 位精神失序者，有 9 位同時被診斷為酗酒，這 9 位全部屬於目前失業的中年男性。對於那些被診斷有精神失序的中年世代患者，在部落所隨機訪談的親友鄰居，常常將誘發他們精神失序的主因歸諸於喝酒過多。許多家屬覺得這些精神失序者是否能維持穩定，重點在於戒「酒」，而不是吃「藥」。中年的精神失序者普遍存在的酗酒現象，反映的是這個世代所處的典型困境，尤其是長期失業，以及它帶來的種種心理挫折。

45 歲的白志鴻 (No.4)，未婚，教育程度是國中畢業，與父母、弟弟住在蘭嶼。從 1966 年起政府長達三十年蘭嶼國宅政策<sup>16</sup>，許多家庭經歷了傳統屋拆除、偷工減料的海砂屋、國宅改建的浩劫，年輕人除了必須自籌建屋經費，在人手不足的情況下，遷移台灣工作的年輕人也必須回到原鄉協助蓋屋。志鴻弟弟曾在家屋改建時從屋頂摔下而嚴重腦傷，成為類似植物人的狀態。當時在台灣工作的白志鴻開始出現怪異行為，而被帶回蘭嶼。他自己告訴我當時的狀況：「聽說弟弟變成植物人，我有下去台東啊！嗯……要怎麼講？就是錢的問題啦！然後

16 政府對蘭嶼國宅的興建可分兩個階段，第一階段從 1966 年至 1974 年，主要以每年 16 戶，在各部落原有傳統聚落外另覓地興建的方式進行。1974 年「中華婦女反共聯合會」赴蘭嶼考察後，建議省政府加強改善蘭嶼鄉山胞住宅，於是展開 1975-1980 年第二階段的大規模改建，到了 1980 年代為止總共興建了 566 戶。此階段不僅改建的戶數增加、在不同的部落同時進行，更重要的是開始拆除傳統家屋，對部落帶來相當大的衝擊 (張興傑 1998：19-20)。

就是在蓋房子嘛，我就是很緊張就對了，就是會睡不著。」1996年回蘭嶼後，因為大吼大叫，把家裡的窗戶全打破，然後被家人送到衛生所就醫，再轉至台東馬偕醫院住院，被診斷有精神分裂症。曾經住院兩次的志鴻，可以模糊說出自己的診斷，但又認為自己沒有病，他這麼理解自己的狀況：「我的診斷是分裂異常，我沒有病，這是被魔鬼附身，是因為住院時護理人員告訴我是精神病，我是為了有重大疾病補助，才同意他們這麼說。」回到蘭嶼之後，他雖然偶爾會隨著族人到台灣從事板模臨時工，但大多處於失業的狀況。對志鴻而言，成為精神病人的最大好處，是每個月發放在個人郵局戶頭中三千元的身心殘障補助，但是這筆錢他大多用來買酒喝。從2000年被IDS收案後，由於缺乏家人監督，他斷斷續續地吃藥兩、三年。之後他又到台灣工作一陣子，認為自己狀況很好，就再也沒有服藥。醫護人員只有提醒他服藥的方法，但沒有告知藥物的作用，所以他並不清楚吃藥的目的，非常排斥吃藥。他這幾年也一直有幻聽的苦惱，無固定工作，偶爾下海捉魚來賣，賺取微薄的零用錢。長期失業，讓他近幾年常常與部落失業的年輕人喝酒鬧事，引起家人的不滿。對於IDS精神醫師的介入，他並不排斥但不認為有什麼效果。耳朵常聽到一些奇怪的聲音，他主觀上認定自己的異狀是被鬼附身的結果。志鴻認為有工作、能賺錢，才有助於他脫離目前的困境。2012年9月他這麼告訴我說：「現在就很少送藥給我們。（問：可是還會來看你？）有啊，醫生護士會來，不過我不知道要做什麼。我很想到台灣工作，現在景氣不好啊，台灣都在裁員，賺得錢也都不夠用。工作、能賺錢對我比較好」。

50歲的姚勤(No.50)，被診斷有精神分裂症。他早在國中畢業後就到台灣工作，但因為經濟不景氣，於是返回蘭嶼，開了一家鋁門窗行，後因營運不善而倒閉。2004年，他的哥哥因癌症過世。失業的他，原本愛喝酒的行為更變本加厲。後來因為他無故破壞家具、砸別人的房子，所以由遠親向派出所與衛生所報案，於是被強制送入精神

病院。2005年底醫護人員與警員將他帶到台灣本島住院治療，一年後才出院。姚勤出院後，在2007年被衛生所收案為精神科的列管對象。但姚勤始終不認為自己有病，只有住院時在醫護人員的監督下，才被強迫配合吃藥。一回到蘭嶼，他便排斥精神科醫師及護士的家訪，也完全不願意遵醫囑服藥或打針。處於長期失業的狀況，使得姚勤大多靠酒精麻醉自己。他有多次破壞部落公共設施的紀錄，包括在電信局門口燒東西、砸碎教會的玻璃，砸爛警察局的車子。平日他大多在家中睡覺，或在部落遊蕩，而家中生活費大多靠與他同住的母親一個月3000元的老人年金。母親曾擔憂的說到：「**我的孩子很懶，我很擔心他沒工作，一直和人喝酒、鬧事。**」

46歲的李強(No.21)，他30歲在台灣工作時，出現幻覺、幻聽，被診斷為酗酒、精神分裂症。他主觀地認為是因為核廢料感染腦細胞，才導致幻覺、幻聽，IDS醫護人員來訪後，他開始意識到自己生病，但完全不瞭解精神醫學的診斷。李強曾在酒醉之際拿刀想要尋短，但被表哥阻止才沒造成悲劇。他自己這麼解釋當時的行為，他說：「**怎麼會得到這個病，然後又跟不上時代，然後工作又不好找……。我才想不開**」李強面對失業等生活的挫折，開始酗酒，酒後失控，又有攻擊部落族人的行為，因此被強制送醫治療。他回憶起自己當時被強制送醫的狀況，感慨地說：「**啊！我的家人不要讓我喝酒。我自己也是很討厭喝酒，我知道喝酒會傷身，可是我得了這個精神病後，我的忍耐有限。沒有藥物的時候，就是用喝酒來麻痺自己。我不想理會他們，他們會說秀逗秀逗這樣唸，我會生氣，生氣就會攻擊人家，他們就要報警了，強制就醫。**」從2000年開始被衛生所收案至今，他是田野中少數會主動詢問IDS醫護人員問題的受訪者，不過缺乏家人的監督與照顧，他一直處於斷斷續續吃藥的狀態，他說：「**不是每天吃，失眠時才吃。**」長期失業酗酒的他，晚上容易失眠，伴隨著幻聽，精神狀況一直不好，也無法因應工作的要求，工作大多無法持

續。他說：「像我如果有工作，今天做一天、明天休息，精神上的問題……就算勉強的去工作身體也很懶惰……精神衰弱。」2009年，有一次我在田野調查期間遇到他，問他為什麼不願意吃藥，他說吃藥讓他頭暈得厲害，必須靠喝酒來緩解。交談過程剛好他的大弟回來，當場就不斷責怪他，為何宿醉而沒去工作。一直到2012年為止，李強都處於長期失業的狀況，沒有工作、無所事事也逐漸打亂自己的生活節奏，家人也抱怨他常常睡到中午之後才起床。李強無奈地談及自己混亂的人生，他說：「第一次發病突然間自己好像很隨便，自己的人生計畫打斷。好像你今天做什麼，以前我很清楚，工作做什麼為什麼工作，為什麼賺錢，都有計劃，我得了精神疾病我很隨便，就是毫無頭緒，嗯！好像沒有人生計畫，然後賺到錢就亂花，很隨便。」

不同於老人世代，志鴻、姚勤、李強這些精神失序的中年世代，大多是在戰後到1980年代之間出生，他們的成長期見證了傳統文化與現代生活前所未有的接觸與劇烈衝突。他們是開始接受現代教育的第一代，大多國中、國小畢業後，隻身前來台灣工作或求學。他們同時在達悟傳統惡靈文化下成長，但也經歷了基督宗教與現代醫學的來臨，因而處在三個典範或世界觀的交雜影響下。中年世代達悟人對於疾病的理解與處置，已逐漸趨向現代醫療，但仍有新舊雜陳、傳統與現代認知交錯的情形。這些中年世代精神失序者，大多曾經被蘭嶼衛生所或派出所強制遣送、或被親人送入台灣本島的醫院，或者由IDS精神科專案介入處置。這些現代性與醫療化經驗使得他們大多數能在說出自己診斷，他們往往從電視上知道「精神病人」的負面刻板印象，卻缺乏足夠的醫學知識來理解精神醫學定義下精神疾病的意義。

1989年開始，政府為重大公共工程引進外籍勞工，外籍勞工開始湧進台灣的製造業與營造業。加上近年來台灣勞動市場的種種變化，都使達悟人中年世代來台灣本島出賣勞力、賺取低薪的就業處境更雪上加霜，許多人面臨失業挑戰，也造成蘭嶼失業人口遽增。根據資料

顯示，達悟族失業率高達18%，是其他原住民族失業率的兩倍多，更將近是一般民眾失業率的四倍(表十)。許多人正因為長期失業、工作不順遂、家庭破裂、酗酒等而逐漸成為精神科收案照顧的對象。志鴻、姚勤、李強的生命史顯示，他們的失業、酗酒和精神狀態的混亂，是少數族群在現代性衝擊下所面臨劇烈變遷的厄運。他們零碎、混亂的敘事，代表他們大多無法對自身處境進行前後連貫、有條理的認識，無法觀照自身的生活、進行反身性的敘事重整與理解。他們的精神失序，是這個世代在快速社會變遷中夾雜在傳統與現代之間而進退失據的結果。在IDS計畫下擔任精神醫療工作多年的范醫師，也談到他的觀察：「經濟上沒有問題，對他們會比較好。很多人失業，也無所事事，部落的人找他喝酒就喝的醉醺醺的，有工作對他們的復原的歷程會比較好。……其實蘭嶼可以在發揮部落文化建立達悟的復健中心，設置一個類似個案經理人啦、配合當地需要的復健工作，你要給他誘因嘛，給他一個便當，安排栽種、捕魚，至少這樣子我吃飯就不用愁，願意來參加這個工作，也有一點錢，才不會每天一直喝酒」。

(表十)達悟族、其他族原住民與全國一般民眾失業率的比較(%)

年份 分類	1995	1999 年	2001 年 3月	2002 年	2003 年	2008 年 12月	2009 年 12月	2010 年 12月	2011 年 12月	2012 年 6月
一般 民眾	1.79	2.84	3.89	5.02		5.03	5.74	4.67	4.18	4.21
其他原 住民族	4.22	7.55	9.24	8.37	9.64	7.92	7.31	5.07	5.27	5.02
達悟族	—	9.02	14.63	9.86	12.50	18				

資料來源：依下列資料整理所得：

- 1.《台灣原住民生活狀況調查報告》，1998：136-137。
- 2.《民國八十八年台灣原住民就業狀況調查報告》，1999：128-129，表13。
- 3.《民國九十年上半年台灣原住民就業狀況調查報告》，2001a：29，表3-18。
- 4.《民國九十年下半年台灣原住民就業狀況調查報告》，2001b：28，表3-17。
- 5.《民國九十一年台灣原住民就業狀況調查報告》，2002：32，表3-20。
- 6.《100年原住民就業狀況調查報告0604》，2011：120，圖3-4-1。

從醫療式歸因的取徑或Parsons的生病角色概念來看，這些具有勞動力的中年世代精神失序者，未能符合他人的期望、負起應有的責任、服從醫療專業指示、遵從醫囑而使自己早日康復，以扮演應有的社會角色、發揮社會功能，可以說是「不乖」的病人。從健康信念取徑來看，他們放縱飲酒、排斥服藥，不能理性計算可能造成的傷害、不重視遵醫囑帶來的利益，無疑是「非理性」的病人。不過上述兩種常見的取徑，偏向現代醫療專業的角度，對疾病與療癒的理解較為狹隘。在面對達悟少數族群的精神失序者普遍的不遵醫囑現象時，從這兩種角度的理解，不僅未能以病人為主體，更強化主流社會既有的規範與價值而可能將少數族群進一步污名化。這樣的取徑，容易使主流社會忽視原住民做為少數族群在現代社會中深沈的困境與根源，也使國家與現代精神醫療難以跨越醫療專業的思維，迴避專業與制度本身的問題。使我們無法深入了解達悟族精神失序者不遵醫囑的現象，而將原住民失業、酗酒的問題繼續以「醫療化」的處理方式，更無法協助原住民發展一個適合他們的精神醫療復健模式。

### 3、抗拒 vs. 順服的年輕世代

1980年代後出生的年輕一代，生活在小島與台灣漢人主流社會密切接觸的階段。他們與父母親都是接受現代教育的一代，大多已深受現代生活與價值觀的影響。這些30歲以下年輕一代的精神失序者，普遍母語表達都不夠流利，也不熟悉傳統的技能。他們絕大多數國中畢業後，必須離鄉背井，渡海來到以漢文化為主的台灣求學工作。受到現代生活影響的程度，普遍高過前兩個世代，通常有較好的「病識感」，能夠以現代精神醫學的眼光看待自己的狀況。不過根據田野的觀察，那些清楚瞭解精神醫學對自己的診斷、具有病識感的達悟年輕人，並不一定就完全配合吃藥、打針為主的生物性治療方式。

以30歲的小柔(No.44)為例，她在國中畢業後，因為嚮往台灣本

島的生活，不顧家人的反對，來台進入高職的建教合作班半工半讀，畢業後留在台灣工作。22歲時，她在台灣出現幻聽、幻覺，常會看到各種血腥的畫面等，於是由媽媽帶去玉里醫院，被診斷有精神分裂症。2003年發病而回到蘭嶼後，她被衛生所精神科收案管理。靠著父母、親戚等的引介，她曾在民宿、理髮店、郵局打工。由於工資低廉，加上自身狀況不穩定，她在每個地方任職的時間都不長。小柔排行老大，有兩個妹妹、一個弟弟。母親是虔誠的基督教徒，曾帶她至禱告山接受宗教治療，回鄉養病的她，平日大多待在家裡讀經、看電視。2004年探訪她時，她告訴我：「希望將來能去神學院讀書」。她也曾被媽媽帶到花蓮加密山教會趕鬼。她說：「我媽媽帶我去花蓮加密山教會，趕出六個鬼。是有髒東西附身才會這樣。」所以她主觀認定自己是「生病但也有邪靈在身上」。到2012年為止，小柔已經被送到台灣入院八次以上。2009年被送入榮民醫院後，她曾以拒絕進食，跳樓逃跑抗議。小柔這麼說：「我兩次被綁，因為不聽話。看護會打人屁股，還有一次還給我插管子在我的鼻子，痛死我了。那時我全身酸痛、頭暈、嘔吐、胸悶，很恐怖。我拒絕進食，他們會用鼻胃管強迫我進食。我想回家，但父母不接我回去，我從二樓跳下來想逃離那個地方，結果沒逃成功，腳還骨折。那邊很髒又亂、有跳蚤，那些老榮民會摸人的屁股，很噁心。跟護士說，但他們不相信我說的話。姊姊你看我身上黑黑一點一點的，就是跳蚤咬的，那邊真的很髒。」

因男友家人反對兩人交往，小柔也曾拿刀自戕。隨著進出醫院的頻繁，她越來越不自覺地以精神醫學的認知架構來理解自己。2006年時，她這麼解釋自己的情形：「榮民醫院說我是精神分裂症還有躁鬱症，衛生所診斷為精神分裂症。我很不服為什麼是我得到這種病。因為這種病讓我的生活很痛苦，常常吃藥，現在我都會很晚睡。我多會睡到早上11點才起床，因為爬不起來。」在母親的監督下，小柔能夠勉強地聽從醫囑規律服藥，但始終無法接受自己年輕的生命被困在這

個小島的事實。2010年時，小柔因長期服藥，開始出現眼睛上吊、牙關緊閉與全身發抖的嚴重藥物副作用，再度被送到台灣本島住院治療。出院後的她表示：「睡不著時才會想吃，或覺得自己不適時才吃，因不想一直靠藥物控制病情。（問：你覺得怎樣的方式可以幫助你？）……我覺得是家人的鼓勵、幫助、沒有壓力，還有不要再談戀愛了，因為會讓我一直胡思亂想。」2010年小柔出院回家後，靜養了一年多，沒有工作的小柔，開始與部落一些失業、無所事事的年輕人抽煙、喝酒，母親擔心她越來越失控的偏差行為，於2012年8月主動帶她入院治療，希望能夠透過醫院的隔離暫時離開讓她失控的環境。

現年33歲的陳安安(No.7)，家中有八個兄弟姊妹，排行老二，父母失業。他在16歲國中畢業時與族人一起來台工作，18歲在台中搬家公司上班時，出現幻聽等症狀，精神醫學診斷為精神分裂症。他生病10年多，前後入院13次。剛開始發病時，安安與篤信基督教的家人，認為是撒旦干擾，但隨著住院次數的頻繁，安安開始學習以精神醫學的角度認識自己的病。即使如此，安安仍然抗拒精神病人的角色，他強調：「要有攻擊行為，砸家具、打人、罵人、破壞公物，那才算是真的精神科病人。」安安覺得自己只有在偶爾控制不住時，才算是精神病人，大部分時候則是正常人。由於母親的督促，安安是IDS納管下少數會每天規律服藥的受訪者。但是規律的服藥，似乎無法有效控制安安的狀態，而長期服藥的副作用，也讓他越來越胖。2009年他這麼告訴我們：「署立醫院的藥每天吃會全身不舒服，會全身麻痺，什麼事情都不知道，身體會晃來晃去，會撞牆壁、跌倒。馬偕醫院的藥會流口水。」安安在剛病發前五年，出院病況穩定後，往往又會跑到台灣本島工作，大多從事鐵工、搬貨、捆工等臨時工作，但時間都不長，平均只有三至五個月。當他自己覺得不對勁時，又會回到蘭嶼。最近這些年，原本柔順、不喝酒的安安，開始出現喝酒、攻擊他人的行為，先後多次在警察與家人的護送下強制就醫。他自己解釋說：「是有人請

客、無聊才會喝。沒有喝很多，多是米酒與維士比。」他一直不甘心生命被侷限在這看不到高樓大廈的小島，卻又沒有能力隨哥哥、弟弟與妹妹到台灣本島工作。相較於父親精湛的捕魚技術，安安只能偶爾釣魚，也很少隨家人到山上從事農作勞動。2009年初，他好不容易在蘭嶼的核廢料儲存場找到一份臨時打工的工作，但三天後就因情緒不穩，而被緊急送醫。頻繁地進出醫院，使他近五年大部分時間都是在醫院度過。一直到我2012年見到他時，失業的他仍渴望有一份正常工作；然而，長期沒有工作也讓他對自己更加沒有自信。

小柔、安安所代表的，正是深受現代生活與價值觀影響的年輕一代。與老一代、中生代相比，他們已經遠離生計經濟的維生方式，缺乏傳統捕魚、種植等基本技能，無法再單純依賴蘭嶼大自然的環境生存。這些30歲以下年輕的精神失序者，受到現代生活的影響，普遍高過前兩個世代，通常也有較清楚的「病識感」。他們不會如老一輩用惡靈的世界觀來解釋自己的異狀，而一旦出現「不正常」的徵狀，往往很快就被交給精神醫療系統處置。被發現不正常徵兆到精神科介入之間的時間間隔，老年世代往往相隔了十年以上，但年輕世代平均大約僅有短短一個月。不過有病識感與遵從醫囑，兩者不一定有直接的相關性；即使他們能夠以現代精神醫學的眼光看待自己，也不一定就願意服從專業、接受吃藥打針的治療方式。但是總括來看，年輕世代對於精神病人角色的認知、負起病人責任的傾向，遠高過前兩個世代。不過相對地，即使精神醫學的介入與支配遠超過前兩個世代，年輕世代對於精神醫療的有意識抗拒、排斥藥物的主觀意志，也遠高於前兩個世代。小柔、安安的病痛歷程都顯示，能夠接受自己的精神病人角色、遵醫囑而規律地服藥，不必然完全保證走向穩定、復原的歷程。

上述老、中、青世代顯示的病識感差異與遵／不遵醫囑行為，反映了達悟人在社會變遷中所處的不同處境。精神失序所反映的，經常是個人自我在社會中的脆弱存在，而這種自我的性質又往往反映個人

所屬的集體所處的社會位置。從上述精神失序者片斷而零碎的「混亂敘事」，我們看到形塑不同世代不遵醫囑背後的社會條件與文化脈絡；精神醫療的介入如果沒有配合對原住民社會文化的理解，那麼醫療化的結果，也許只是加深精神失序者對現代精神醫療的依賴，卻無法藉此重構健全的自我。

## 六、結論

台灣為了解決山地離島偏遠地區「有保險、無醫療」的困境，國家提供經費、人力支援偏遠醫療的醫療給付效益提昇計畫，但就實際執行層面來看，達悟人精神失序者不遵醫囑的比例極高。為何達悟人的精神失序者難以服從IDS醫護人員的治療指示？從實證醫學的醫療式歸因取徑來看，精神失序者必須學習扮演順從的「好病人」角色，不遵醫囑服藥無疑是令人頭痛的偏差行為，需要矯正。從健康信念的解釋取徑來看，它雖然重視病人主觀經驗與信念，但仍然是從醫療專業的角度，將遵／不遵醫囑現象簡化為病人理性選擇下的利益考量問題。只要精神失序者在理性計算上肯定遵醫囑的利益與藥物的功效，那麼他們便可以順從地服藥，達到醫療效果，獲得扮演好病人的報酬。這兩種取徑都以現代醫療專業的角度出發，容易忽略病人主觀的感受與賦權的能力。本文基於我多年來的田野調查，透過敘事取徑分析達悟精神失序者的病痛歷程，釐清他們不遵醫囑的原因與性質，並對國家偏遠醫療政策面對原住民心理健康的精神醫療實踐問題，提出三點反省：

首先，從日本統治的公醫制度、西方傳教士宗教與醫療的服務，到國家的偏遠醫療公共衛生體系，現代醫學的知識與治療系統已逐漸滲透到台灣原住民的各部落。台灣原住民的醫療與健康長久以來都是較為邊陲的議題，90年代後才開始受到政府公部門與學界較多的關

注。國家為解決偏遠地區醫療不平等執行的醫療給付效益提昇計畫，雖增加了醫療可近性，但以蘭嶼IDS精神科專科計畫為例，在醫療處置上完全以打針、吃藥的生物醫學為主導方向，並沒有納入達悟人所處社會文化的特殊需求，也清楚反映當代精神醫學的限制與不足。本文並非完全否定IDS在治療上仍可能發揮的效用，田野中一些精神失序者在「發作」時，會拿刀刺自己腹部(No.19)、把自己的手指剝掉(No.44)、多次自戕或自殺(No.1)、或多日完全無法入睡(No.33)等，現代醫療仍可以給他(她)們緊急而必要的醫療協助。但是本文強調國家在改善少數族群高比例精神失序的醫療實作層面，如果只著重在完成制度安排下儀式化的流程，欠缺對達悟文化深入的理解，醫療化的結果，對於不同世代的達悟人，特別是老一代惡靈世界觀成長的老人，可能會造成更不利的結果。

達悟族精神失序者的普遍不遵醫囑現象，不只反映國家理性的醫療治理的限制與醫療專業的缺陷，更呈現這個原住民群體在明顯的社會變遷中複雜而艱困的處境，而不是一種簡單而缺乏理性的偏差行為。這種現象，事實上涉及了國家偏遠醫療制度設計限制下儀式化的醫療處置與醫病關係，以及文化隔閡中達悟人對現代精神醫療的不信任；它更牽涉達悟人與大自然環境密切結合的勞動慣習與生活世界、不同世代面對社會變遷的不同處境以及與現代精神醫療的不同關係。除非達悟人不遵醫囑現象所反映的國家現代精神醫療治理與達悟原住民社會文化的顯著差距可以拉近，否則為改善偏遠醫療照護品質的IDS醫療制度，對於達悟人高比例精神失序的助益，終究相當有限。

其次，在醫療專業處置上，遵醫囑行為一直被視為是影響病人疾病歷程與復原結果的關鍵，從理性化的現代精神醫療角度出發，對於達悟人的「混亂敘事」的理解相當有限，這彰顯了來自於現代社會醫療專業的霸權。弱勢人群中精神失序者與精神醫學專業權力，彷彿處於最遙遠的相對兩端。而前面提過，原住民精神失序者，尤其處於更弱

勢而邊緣的位置。本文中所分析被強制送醫而無聲地死在精神病院的達悟人，他(她)們的生命史彰顯了少數族群處在多重不平等結構下的劣勢處境。Frank的病人「混亂敘事」的概念，提醒我們理解精神失序者及其敘事在研究分析上的意義。言語混亂、行為怪異的精神失序者的不理性，映照出醫療專業高度理性化的制度、組織、知識的限制與盲點。社會學家從事參與觀察或訪談，通常針對那些行為合理可預期、思考合乎邏輯、言語有序的「正常人」。然而精神失序者的「混亂敘事」，可能傳達更值得社會學分析詮釋的重要意義。聆聽、進而分析「混亂敘事」，在片斷、零碎、龐雜中尋找訊息與意義，是實踐「以病人意義為中心」的研究取徑的一大挑戰。掌握以病人意義為中心的敘事，從中發掘達悟人精神失序問題的特殊性，並賦予達悟人發聲與賦權的能力，未來才有可能發展出具有達悟特色的精神復健與療癒模式。

最後，達悟傳統文化與國家制度下IDS的現代精神醫學持續地互動，而這種互動對精神失序者病痛經驗與生活世界深具影響，也逐漸改變達悟中年、年輕世代對精神失序者的認知與對待方式，精神醫學的介入對於達悟不同世界觀轉換下老、中、青三代精神失序者具有不同的意義。本文強調，若要拉近精神醫療專業與達悟生活世界的差距，漢人背景的精神科醫師有必要學習如何貼近達悟精神失序者的「混亂敘事」，深入瞭解達悟社會文化與日常生活脈絡，否則所提出的醫療方針將會偏離醫療照護的主體，難以實踐醫療照護的真正目標。田野中不同世代精神失序者分歧、多元的敘事，啟發了我們對疾病、健康、療癒概念的重新思考，有助於我們反省現代精神醫學朝向生物醫學知識典範的霸權，也擴展了我們對不遵醫囑現象的認識。學習如何在達悟精神失序者的「混亂敘事」中捕捉他們的挫折與希望，正視少數族群在面對快速社會變遷下精神失序的根源、過程與結果，精神醫療的進步，正應該也是如此。

## 參考書目

### 中文部份

- 希南·巴娜妲燕。2003。《達悟族：飛魚之神》。孫大川編著。台北：新自然主義。
- 吳嘉苓、黃于玲。2002。〈順從、偷渡、發聲與出走：「病患」的行動分析〉。《台灣社會學》3：73-117。
- 李亦園。1960。〈Anito 的社會功能：雅美族靈魂信仰的社會心理學研究〉。《中央研究院民族學研究所集刊》10：41-56。
- 林文源。2010。〈轉變病患行動能力部署：以台灣敘事透析病患團體行動為例〉。《台灣社會學》20：39-99。
- 林淑蓉。2005。〈藥物治療與身體經驗：精神疾病患者的自我建構〉。《台灣大學考古人類學刊》64：59-96。
- 邱大昕。2008。〈「殘障設施」的由來：視障者行動網絡建構過程分析〉。《科技、醫療與社會》6：21-67。
- 胡海國。2001。〈原住民心理衛生防治規劃芻議〉。收錄於《原住民傳統醫療 VS 現代醫療》，頁205-229。台北：財團法人原住民文教基金會。
- 施崇宇。1998。〈「強壯」的「病人」：從表演觀點看病痛敘述〉。新竹：國立清華大學社會人類學研究所碩士論文。
- 許文耀、鍾瑞玫、陳秀卿。1997。〈醫病互動與醫囑遵循〉。《公共衛生》24(1)：41-49。
- 許木柱、鄭泰安。1991。〈社會文化因素與輕型精神症狀：泰雅與阿美兩族比較〉。《中央研究院民族學研究所集刊》71：133-160。
- 陳慈立。2007。《酒的商品化與原住民飲酒行為及其相關健康問題：一個政治經濟學的歷史分析》。台南：成功大學公共衛生研究所碩士論文。
- 曾凡慈。2010。《兒童發展的風險治理：發展遲緩、監管網絡與親職政治》。台北：台灣大學社會學研究所博士論文。
- 張博論、湯進聖、劉惠文、王森全。2003。〈醫囑藥物交互作用提示及回饋管理輔助系統之開發與初步評估〉。《台灣臨床藥學雜誌》11(1)：57-73。
- 張興傑。1998。《國家權力下的達悟(Tao)家屋重構》。台北：台灣大學建築與城鄉研究所碩士論文。
- 黃淑貞。1990。〈談病人遵醫囑行為之增進〉。《公共衛生》17(3)：247-255。
- 楊美賞。1984。〈精神科門診病人未按醫囑服藥相關因素探討〉。《護理雜誌》31(3)：47-53。
- 葉美玉、康清雲。2003。〈醫師衛教門診評價研究：病人觀點〉。《臺灣公共衛生雜誌》22(2)：141-146。

- 衛惠林、劉斌雄。1962。《蘭嶼雅美族的社會組織》。台北：中央研究院民族學研究所。
- 蔡政麟、葉玲玲、楊志良、孫培然。2007。〈納入糖尿病共同照護網後影響病患遵醫囑行為之研究：以某區域教學醫院為例〉。《童綜合醫學雜誌》1(1)：11-22。
- 蔡友月。2004。〈台灣癌症病患的身體經驗：病痛、死亡與醫療專業權力〉。《台灣社會學刊》33：51-108。
- 蔡友月。2007。〈遷移、挫折、與現代性：蘭嶼達悟人精神失序受苦的社會根源〉。《台灣社會學》13：1-69。
- 蔡友月。2008a。〈基因 vs. 社會失序：社會變遷中蘭嶼達悟族的飲酒行為〉。收錄於余安邦主編，《本土心理與文化療癒：倫理化的可能探問》，頁469-530。台北：中央研究院民族學研究所。
- 蔡友月。2008b。〈生命的最後旅程：醫療科技與死亡儀式〉。收錄於成令方主編，《醫療與社會共舞》，頁309-317。台北：群學。
- 蔡友月。2009。《達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦的社會根源》。台北：聯經。
- 劉斌雄。1959。〈蘭嶼雅美族喪葬的一例〉。《中央研究院民族學研究所集刊》8：143-183。
- 劉珣瑛、莊上平、高正治。1993。〈蘭嶼精神醫療概況〉。《離島精神醫學研討會論文集》。出版處不詳。
- 劉欣怡。2004。《達悟(雅美)族的老人照護關係與社會界線的建構：護理人類學民族誌研究》。花蓮：慈濟大學人類學研究所碩士論文。
- 鴻義章、林慶豐、彭玉章、呂淑妤。2002。〈台灣原住民醫療衛生政策之回顧〉。《台灣公共衛生雜誌》21(4)：235-242。
- 蕭阿勤。2010。《回歸現實：臺灣一九七〇年代的戰後世代與文化政治變遷(第二版)》。台北：中央研究院社會學研究所。
- 蕭阿勤。2012。〈敘事分析〉。《社會及行為科學研究法》(第二冊：質性研究法)，瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞主編。頁133-166。台北：東華。
- 西文部份
- Atkinson, P. (1997). *The clinical experience: The construction and reconstruction of medical reality* (2nd ed.). Aldershot, UK: Ashgate.
- Becker, G. (1997). *Disrupted lives: How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., Drachman, R. H., & Taylor, D.W. (1979). Patient perceptions and compliance: Recent studies of the health belief model. In R. B. Haynes, D.W. Taylor & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 79-

- 109). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Bruner, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cain, C. (1991). Personal stories: Identity acquisition and self-understanding in alcoholics anonymous. *Ethos*, 19(2), 210-253.
- Cohen, A. (1999). *The mental health of indigenous peoples: An international overview*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications: Another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20(1), 29-37.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Garro, L. C. (1992). Chronic illness and the construction of narratives. In M. J. D. V. Good, P. E. Brodwin, B. J. Good, & A. Kleinman (Eds.), *Pain as human experience: An anthropological perspective* (pp. 100-137). Berkeley, CA: University of California Press.
- Garro, L. C. (2000). Cultural knowledge as resource in illness narratives: Remembering through accounts of illness. In C. Mattingly & L. C. Garro (Eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing* (pp. 70-87). Berkeley, CA: University of California.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures: Selected essays*. New York, NY: Basic Books.
- Gelman, S. (1999). *Medicating schizophrenia: A history*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Hogan, T. P., Awad A. G., & Eastwood R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13(1), 177-183.
- Hunt, L. M. (2000). Strategic suffering: Illness narratives as social empowerment among Mexican cancer patients. In C. Mattingly & L. C. Garro (Eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing* (pp. 88-107). Berkeley, CA: University of California.
- Jacobsen, F. M. (1994). Psychopharmacology. In L. Comas-Diaz & B. Green (Eds.), *Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy* (pp. 319-38). New York, NY: The Guilford Press.
- Jewson, N. D. (1976). The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *Sociology*, 10(2), 225-244.
- Kleinman, A. (1980). *Patient and healer in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narrative: Suffering, healing, and the human condition*. New York, NY: Basic Books.
- Lin, K. M., Anderson, D., & Poland, R. E. (1995) Ethnicity and psychopharmacology: Bridging the gap. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 635-647.
- Mattingly, C., & Garro, L. C. (2000). Narrative as construct and construction. In C. Mattingly

- & L. C. Garro (Eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing* (pp. 1-49). Berkeley, CA: University of California.
- O'Neill, T. D. L. (1996). *Disciplined hearts: History, identity, and depression in an American Indian community*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Sacks, O. (1973). *Awakenings*. London, UK: Duckworth; New York, NY: Doubleday.
- Sacks, O. (1985). *The man who mistook his wife for a hat: And other clinical tales*. London, UK: Duckworth; New York, NY: Summit Books.
- Sacks, O. W. (1995). *An anthropologist on Mars: Seven paradoxical tales*. New York, NY: Alfred A. Knopf.
- Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York, NY: W.W. Norton.
- Waitzkin, H. & Magana, H. (1997). The black box in somatization: Unexplained physical symptoms, culture, and narratives of trauma. *Social Science & Medicine*, 45(6), 811-825.
- Williams, G. (1984). The genesis of chronic illness: Narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness*, 6(2), 175-200.

相關研究調查報告

- 姚克明。1982。〈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調查研究〉。台北：台灣省公共衛生研究所。
- 葛應欽。2001。〈達悟族原住民精神分裂症之基因連鎖分析〉。《行政院國家科學委員會補助專題研究計畫》。計畫編號：NSC89-2314-B037-112。高雄醫學大學公共衛生學系執行。台北：行政院國家科學委員會。
- 鄭守夏。1998。〈台東縣蘭嶼鄉、綠島鄉巡迴醫療提供成果評估〉。《行政院衛生署中央健康保險局八十八年度委託計畫》。計畫編號：DOH88-NH-004。中華民國公共衛生學會執行。台北：行政院衛生署。
- 中央健康保險局。2001。〈台東縣蘭嶼鄉醫療給付效益提升計畫〉。台北：中央健康保險局。
- 中央健康保險局。2012。〈全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫〉。台北：中央健康保險局。
- 行政院原住民委員會。1998。〈台灣原住民生活狀況調查報告〉。頁136-137。台北：行政院原住民委員會。
- 行政院原住民委員會。1999。〈民國八十八年台灣原住民就業狀況調查報告〉。頁128-129。表13。台北：行政院原住民委員會。
- 行政院原住民委員會。2001a。〈民國九十年上半年台灣原住民就業狀況調查報告〉。頁29。表3-18。台北：行政院原住民委員會。
- 行政院原住民委員會。2001b。〈民國九十年下半年台灣原住民就業狀況調查報告〉。

- 頁 28。表 3-17。台北：行政院原住民委員會。
- 行政院原住民委員會。2002。〈民國九十一年台灣原住民就業狀況調查報告〉。頁 32。表 3-20。台北：行政院原住民委員會。
- 行政院原住民委員會。2011。〈100年原住民就業狀況調查報告 0604〉。圖 3-4-1。頁 120。台北：行政院原住民委員會。

附錄一：受訪者基本資料表

編號	診斷	年齡	性別	教育程度	主要照顧者	病識感(1清楚2部份 3模糊4完全不知)	幾歲開始吃藥(收案日期開始算)	吃藥(1完全配合醫囑 2部分配合醫囑3很少吃藥 4完全不吃5不吃藥採打針 6住院或其他)	是否知道吃甚麼藥(1清楚 2部分清楚3不清楚)	4未答或不知道)	藥物不適感(1有2沒有3沒吃藥 4未答或不知道)	針劑不適感(1有2沒有3沒打針 4未答或不知道)	4未答或不知道)	住院次數
1	精神分裂症	53	男	國小	弟弟	3	38	3	2	1	2	2	6	
2	精神分裂症 ／雙極性情 感精神病/ 重度憂鬱， 後發輕度	51	女	國小	老公	2	40	2	3	1	2	2	2	
3	雙極性情感 精神病	25	男	高中職	表哥	1	16	2	3	1	1	1	6	
4	精神分裂症	45	男	國中	繼父	2	34	2	3	1	2	2	2	
5	器質性精神 病	40	男	國中	母親	2	29	6	4	2	3	0	0	
6	精神分裂症	61	男	小學	大兒子	3	50	3	3	2	3	0	0	
7	精神分裂症	33	男	國中	母親	2	22	2	2	1	1	12	12	
8	精神分裂	52	男	國中	弟媳	3	37	5	3	3	1	1	1	
9	精神分裂症	49	男	國小三年級	弟媳	3	34	5	4	3	2	2	2	
10	憂鬱症	43	男	大專	太太	2	不吃	4	4	4	4	0	0	
11	精神分裂症	34	男	高中	父親	2	23	2	4	1	2	2	2	
12	精神分裂症	31	男	高中	父親	2	20	6	2	2	4	1	1	
13	精神分裂症	49	男	國中	表弟的老婆	未知	34	6	4	4	3	長期住院		

編號	診斷	年齡	性別	教育程度	主要照顧者	病識感(1清楚2部份 3模糊4完全不知)	幾歲開始吃藥(收案日期開始算)	吃藥(1完全配合醫囑 2部分配合醫囑3很少吃藥)	6住院或其他)	是否知道吃甚麼藥(1清楚 2部分清楚3不清楚 4未答或不知道)	藥物不適感(1有2沒有3沒吃藥 4未答或不知道)	針劑不適感(1有2沒有3沒打針 4未答或不知道)	住院次數 (4未答或不知道)
14	精神分裂症	46	女	國中	表弟的老婆	3	31	6		4	2	3	長期住院
15	情感性精神病/焦慮症	37	女	國中	二姐	1	28	2		3	1	1	1
16	精神分裂症	歿於2007	女	高職	妹妹	1	26	1		1	1	1	6
17	精神分裂症	49	男	國中	姐姐	3	34	3		3	3	3	0
18	雙極性情感精神病/精神分裂症	37	女	高職	父親	1	26	2		3	1	2	2
19	酗酒/精神分裂症	58	男	高職	妻子	3	47	5		3	1	1	2
20	器質性精神病	60	男	小學	妻子	3	49	3		3	2	3	0
21	酗酒/精神分裂症	46	男	小學	弟媳	2	35	2		3	1	3	0
22	精神分裂症	49	女	國中	小妹	4	38	4		3	3	3	0
23	妄想症	歿於2005	男	日本教育	女兒	4	30	4					1
24	酗酒/精神分裂症	51	男	國小二年級	大姐	3	36	5		3	1	1	6
25	酗酒/精神分裂	歿於2008	男	小學	弟弟	3	30	4		2	1	1	2

編號	診斷	年齡	性別	教育程度	主要照顧者	病識感(1清楚2部份 3模糊4完全不知)	幾歲開始吃藥(收案日期開始算)	吃藥(1完全配合醫囑 2部分配合醫囑3很少吃藥 4完全不吃5不吃藥採打針 6住院或其他)	是否知道吃甚麼藥(1清楚 2部分清楚3不清楚 4未答或不知道)	藥物不適感(1有2沒有3沒吃藥 4未答或不知道)	針劑不適感(1有2沒有3沒打針 4未答或不知道)	住院次數 (4未答或不知道)
26	精神分裂	50	男	國中	姐姐	3	39	3	4	1	1	2
27	憂鬱症/ 雙極性情感 精神病	49	女	高中肄業	丈夫	1	38	1	3	1	3	0
28	精神分裂症	50	男	國中	父母	4		4	4	4	4	0
29	情感性精神病	40	男	專科肄	哥哥	1	29	2	1	4	3	3
30	精神分裂症	53	男	小學三年級肄	妹妹	3	35	5	4	4	1	6
31	癲癇合併早 發型痴呆/ 癲癇	48	男	小學	1,2弟,父親	4	33	1	2	1	3	1
32	精神分裂症 /老年性精 神疾病	85	男	沒讀過書自修	姪女	4	70	4	4	3	3	0
33	精神分裂症	40	男	國中	大哥	2	29	2	2	2	3	0
34	憂鬱症/ 輕度憂鬱症	27	女	護專	母親	1	16	2	3	3	3	0
35	精神分裂症	55	女	小學	丈夫	2	39	2	3	2	3	2
36	未納入精神 科採宗教治 療	29	男	高中	父母	4		6	4	4	4	0

編號	診斷	年齡	性別	教育程度	主要照顧者	病識感(1清楚2部份 3模糊4完全不知)	幾歲開始吃藥(收案日期開始算)	吃藥(1完全配合醫囑 2部分配合醫囑3很少吃藥 4完全不吃5不吃藥採打針)	6住院或其他)	是否知道吃甚麼藥(1清楚 2部分清楚3不清楚 4未答或不知道)	藥物不適感(1有2沒有3沒吃藥 4未答或不知道)	針劑不適感(1有2沒有3沒打針 4未答或不知道)	住院次數 (4未答或不知道)
37	憂鬱症	29	男	大學肄	父母	1		2		4	1	4	0
38	憂鬱症	35	女	國中	妹妹	1	33	2		4	4	4	2
39	雙極性情感 精神病	35	女	高職	母親	1	18	2		2	1	2	12
40	酗酒/ 精神分裂症	42	男	國中	兄姊	未知	31	6		3	1	3	長期住院
41	精神分裂症	40	男	國中	大哥	4	25	4		3	3	2	0
42	精神分裂症	51	男	國中	弟弟	4	40	4		3	4	3	0
43	精神分裂症	35	女	國中	哥哥	3	26	2		2	3	3	0
44	精神分裂症	30	女	高中	母親	1	22	2		2	1	1	6
45	精神分裂症	53	男	國中	弟弟	4	38	3		1	1		2
46	精神分裂症 症	48	男	國中	妹妹	2	37	6		4	1	2	長期住院
47	酗酒/精神 分裂症器質 性精神病	40	男	國中	大弟	4	29	3		3	2	2	0
48	酗酒/ 雙極性情感 精神病/ 精神分裂症	65	男	小學	同母異父的弟弟	3	50	4		3	2	3	0
49	妄想症	83	男	無	大女兒	4	72	2		3	2	3	0
50	精神分裂症	50	男	國中	母親	4	46	6		2	4	3	1

編號	診斷	年齡	性別	教育程度	主要照顧者	病識感(1清楚2部份 3模糊4完全不知)	幾歲開始吃藥(收案日期開始算)	吃藥(1完全配合醫囑 2部分配合醫囑3很少吃藥 4完全不吃5不吃藥採打針 6住院或其他)	是否知道吃甚麼藥(1清楚 2部分清楚3不清楚 4未答或不知道)	藥物不適感(1有2沒有3沒吃藥 4未答或不知道)	針劑不適感(1有2沒有3沒打針 4未答或不知道)	住院次數 (4未答或不知道)
51	憂鬱症	42	女	高中	先生	1	38	6	1	2	2	1
52	酗酒	37	男	國中	1.母親2.大姐	4	32	4	1	1	1	1
53	精神分裂症 ／聽障/ 智能不足	32	女	國小	母親	4	16	4	3	1	3	1
54	智能不足		女			4						
55	恐慌症	45	男	國中	小舅子	1	38	3	2	2	3	0
56	輕度憂鬱症	38	女	國中	姐姐	4	35	4	2	3	3	0
57	精神分裂症	33	女	國中	大妹	2	28	6	4	1	3	長期住院
58	焦慮症	35	女	國中	丈夫	4	31	4	3	1	3	1
59	恐慌症	60	男	職業學校	無	4	56	3	1	1	3	0
60		歿於2008										
61	精神分裂症	40	女	國小肄業	同居人	4	34	1	3	1	3	5
62	憂鬱症/ 恐慌症/ 焦慮症	33	女	國中	丈夫	1	29	3	1	1	3	0

編號	診斷	年齡	性別	教育程度	主要照顧者	病識感(1清楚2部份 3模糊4完全不知)	幾歲開始吃藥(收案日期開始算)	吃藥(1完全配合醫囑 2部分配合醫囑3很少吃藥 4完全不吃5不吃藥採打針)	6住院或其他)	是否知道吃甚麼藥(1清楚 2部分清楚3不清楚 4未答或不知道)	藥物不適感(1有2沒有3沒吃藥 4未答或不知道)	針劑不適感(1有2沒有3沒打針 4未答或不知道)	住院次數 (4未答或不知道)
63	躁鬱症	37	女	國中	父親	4	34	2		3	2	2	2
64	精神分裂症	49	男	國中	哥哥	2	34	6		3	1	2	長期住院
65	幻想症/ 酒癮	46	男	職業學校	大嫂	2	40	3		3	1	1	1
66	恐慌症/ 精神官能症	40	女	高中	丈夫	4	36	3		2	2	3	0
67	憂鬱症	44	女	國中	丈夫	1	36	2		1	1	3	0
68	精神分裂症	45	男	國中	哥哥	4	39	3		4	3	3	0
69	輕度憂鬱症	45	男	高中夜校	妻子	1	34	3		2	1	3	0
70	精神分裂症	49	女	國中	丈夫	3	34	6		3	2	3	長期住院
71	精神分裂症	48	男	國中	大姐	2	33	1		1	1	3	長期住院
72	精神分裂症	51	女	國小	親戚	未知	36	6		4	4	4	長期住院
73	情感性精神分裂症	51	男	國中	妻子	1	48	2		2	2	3	0

田野訪談共73位個案，其中個案編號10、16、23、25、28、36、37、38、51、54、59、60等，因死亡、住院、或痊癒等因素所以沒有納入問卷調查，故問卷調查共62位個案。