

漂移之作： 由血液透析病患的存在與行動談社會本體論

林文源

清華大學社會學研究所、通識教育中心

當前的醫療研究中，病患的處境與醫療操作往往被化約為特定思考角度，或研究脈絡下的問題與現象。不論是結構或後結構對結構面向的探討，或是現象學與詮釋學、以行動為焦點的研究方向等，這些取徑由其本體論預設，探討了現實經驗變動中的部分現象，但卻無法理解在行動中變動的病患存在樣態。以血液透析病患行動的例子，本文以訪談、參與觀察、歷史文獻資料呈現病患在不同醫療相關處境下被中介的諸多存在樣態，提出一種在行動中介中變動的存在方式。藉此，本文提出「漂移之作」(driftworks)概念作為新的社會本體論思考架構。漂移之作本體論致力於思考現實經驗中，異質、中介與開展中的社會存在。而此以經驗考察為基礎鋪陳的動態本體論，能化解過去社會理論常見的集體與個體存在的對立。這個思考方向希望能對其他研究領域中，同樣困惑於許多既有解釋架構中，將多元現象化約為單一現實以及殘餘現象，無法釐清社會性與物質性的關連、集體性與個體性交錯的研究者，指出一個不同於既有思考的概念工具與方向。

關鍵詞：身體、血液透析、行動、本體論、漂移之作

Driftworks Ontology: An Ontological Exploration of Hemodialysis Patients' Modes of Existence and Action

Wen-Yuan Lin

Center for General Education and Institute of Sociology, National Tsing Hua University

Equipped with patients' different ontological presumptions, structuralist, post-structuralist, phenomenological and hermeneutical, and action-oriented studies of medical practices reduce the phenomena of patients in action to issues of particular contexts. Based on fieldwork materials from interviews, an onsite ethnography, and documents that present the mediated existences of haemodialysis patients in action, this paper explores "being in action" and proposes an alternative "driftworks" ontology. This driftworks ontology is a means to investigating heterogeneous, mediated, and unfolding social existence in empirical experiences. Such an empirically based, dynamic ontology can transcend the antagonistic opposition of the individual and collective existences in social theory. It is hoped that this approach will be useful for researchers to tackle existing theoretical frameworks that reduce changing phenomena into a single reality and other residues and keep them from being trapped in dilemmas of intertwining materiality and sociality, and individuality and collectivity in other fields of research.

Keywords: body, hemodialysis, action, ontology, driftworks

一、前言

本文處理的是在病患¹行動中所展現的社會本體論(ontology)問題。

我對這個議題的感受，來自思考行動現象，尤其是關於被邊緣化、弱勢的行動者的行動。² 我的關懷，一方面是，行動如何促成現實的變動，尤其是被邊緣化、弱勢的行動者所 / 可能造成的改變，以及在局勢演變中行動者的存在樣態與行動能力的不同構成方式；另一方面是，如何在經驗研究的成果中提出規範式的實踐可能與方向（研究者、被研究者，與雙方一起的）。目前我暫且將這種經驗與規範問題意識交錯的思考稱為「促成行動的社會學」(sociology for action)，不只是研究行動的社會學(sociology of action)（林文源 2006）。

在這樣的背景中，我關注病患的行動能力與存在樣態的議題，而這個對行動能力的研究，遇上了社會本體論問題。我發現既有行動理論或病患行動文獻的概念與分析工具中，往往偏重行動現象中的某一層面或某種情境下的行動。因此，在早期進行論文文獻與田野對話時，我經常面臨一種矛盾處境：面對田野中變動的行動者的處境與行動時，或可在不同研究取徑間獲得不同思考資源，然而，對於這些變動現象的各面向作為一個連續過程，或各種情境間的相關性，卻往往

-
- 1 病患是一個經過斟酌的用語。在許多研究，或甚至是制度中，已經使用「使用者」、「消費者」、「顧客」指稱患病者，而在本文血液透析的例子，則是經常使用「腎友」一詞。但是，鑑於當前台灣的醫療操作中，患病者在許多面向仍處於不時被「提醒」自身患病、失能的事實。提醒，我指的是例如社會大眾對透析者的排斥與歧視，或是在體制安排中，意見仍然很難被納入考量，治療過程中病患的意見與權力不被尊重等現象，以及社會與硬體環境仍是對患病者不友善的(disabling)。因此，雖然在田野中我稱呼透析者為腎友，但相較於無所不在的環境安排，而時時被提醒身為病患，我認為稱之為「病患」較符合現狀。
 - 2 特別關注弱勢行動者，除了我個人生平與處境的相近性，以及實踐意圖外，還與我對社會學的根本想法有關。基本上，我認為社會學的目標是考察、追溯現象的流變與生成。在這意義下，探討社會生活的結構化、再生產，以及研究那些已經成為對此過程有強大影響力的「有力行動者」——如國家、財團、醫療專業——的行動，當然是重要的。但是，若社會學者總是只看那些「已經被結構化的現象」與「已經有影響力的行動者」，那麼，社會學將錯失瞭解局勢如何可能改變、如何改變，以及弱勢行動者如何可能造成這些改變的機會。

因為所謂研究典範間的根本差異而無法加以掌握。³ 結果，研究上似乎要不就削足適履，拿一個取徑與概念工具，接受其預設，然後刪減所觀察到的現象，將討論限定在病患詮釋其行動的意義、病患的結構處境、醫病互動過程、甚至醫療場域的政治經濟結構等面向。否則，如果不知節制，希望動員多種概念來思考眾多相互關連的情境與過程，我便要冒著被指控概念不一致、思考混亂的危險。而實踐上，似乎在面對具體問題時，特定典範——如結構性思考——似乎永遠較其他取徑具有現實感，但是，病患或其他弱勢行動者的具體行動卻往往在這些結構語言裡被消音了，也因此我很難從中得到「務實」的實踐思考。⁴

可能是因為篇幅使然，所以大部分研究僅能就單一議題發揮。然而，我懷疑更深層的原因在於這些概念工具本身，更精確地說，是它們所源出的理論取徑中的本體論預設，限制了研究者的視野。我的思考方向是，這種困境隱約與我感受到的兩種形上學態度有關：一方面是潛存一個穩定的社會本體，而所有行動、變動都只是暫時表相，其存有意義上的本質並沒有改變的形上學觀點；而另一方面則是認為社會本體並不是一種深層的本質或內在結構，所謂真實存在的現實(reality)其實就存在變動不拘的現象與行動中。⁵ 前者是許多社會學理論的思考基礎，後者是我所用以思考病患行動現象的主要參考概念與分析視野：Jean-Francois Lyotard 的「漂移之作」(driftworks)，與行動網絡理論(actor-network theory, ANT)⁶ 的「中介」(mediation)概念所採取的動

3 例如，許多老生常談的說法是結構思考較能掌握鉅觀現象、現象學有助於行動者的意義，而互動論對微觀行動有相當啟發等，或許可稱之為不可共量性(incommensurability)的問題。以下會針對這些說法加以介紹與討論。

4 「務實的實踐」是指能夠讓行動者在既有處境與行動可能性中，找到著力點與方向的實踐方式。例如，組工會就比推翻資本主義務實多了（林文源 2006）。

5 這兩者的差異以尼采的看法來說，是代表秩序的太陽神阿波羅與代表狂歡的酒神戴奧尼索斯間的差異，而 Deleuze and Guattari (2002) 則以樹之書(book of tree)與莖之書(book of rhizome)思考這種對比。前者就是西方自亞里斯多德以來發展的追問何者真實存在，何者為事物本質的形上學架構，後者是如 Deleuze、Foucault 所說的流動、哲學作為生產性戰爭機器的思考。

6 此乃科技研究、科技與社會研究(STS)中重要的研究視野，核心論點是不預設事物的本質性存在，事物的本質是在其所相關的元素所組成的網絡中所構成。

態思考方向。我的困境，因此，或多或少源自於動態思考所啟發而觀察到的現象，以及文獻中隱含靜態本體論觀點的思考架構的不協調。

本文以血液透析病患的個案研究，示範如何理解這種在行動中變動的存在。討論焦點是：病患的行動如何對社會現實與自身處境產生影響。以下，先以醫療社會學對病患行動與存在樣態的相關研究為例，檢討偏重特定面向與本體論預設的研究。之後，借用 Lyotard 的「漂移之作」概念，提出一種可能的新思考方式。由此，以血液透析病患的行動與中介存在，與相關社會現實的開展和變化的具體經驗，探討漂移之作的內涵。最後，我試圖指出漂移之作如何是較好的一種本體論思考，能夠概念化在實作中開展的社會現實處境與變動不居的現象。

二、醫療社會學的視野與病患的存在與行動

在此，我以醫療社會學中常見的四種取徑——結構觀點、後結構主義、現象學、互動觀點——中的病患行動現象為例，介紹在這些研究中的特定概念框架與對社會現實的思考取徑，如何將千變萬化的病患行動現象，局限為特定面向的議題。

（一）結構觀點中的被動病患

在醫療研究中，以「結構」作為社會構成的本體預設，探討病患處境與行動的研究可以分為兩種截然對立的看法。⁷ 一類是醫療研究者耳熟能詳的 Talcott Parsons (1951) 的結構功能式觀點，以社會系統的需求為主要參照架構探討病患的存在與行動。另一類是，社會批判觀點 (Osborne 1994) 檢討醫療專業、父權結構及資本主義醫學對病患的宰制。對前者而言，病患的行動是符合社會結構的功能需求，而對後者

7 關於這方面的討論與批評，我已在其他著作中詳細論證 (林文源 2006)。在此僅介紹此論證的核心。

來說，病患因為受到結構力量的宰制而失去行動力。儘管解釋方向南轅北轍，這些結構研究的立論基礎都是致力於揭露具有主宰力量的結構運作。由於這些結構機制通常被描述為潛藏在社會現象之下，無法直接體驗到，是社會行動者認知之外的作用力量，因此，病患的處境與行動是用來指出結構力量的重要具體經驗與論證材料。

以 Parsons 的結構功能論而言，分析專注於「病患角色」(sick role)：一個完全以社會控制與行動者社會化的過程與功能需求為思考主軸的概念(Parsons 1951: chap.7, chap.10)。這樣的概念注重的是社會期望與社會控制，也就是病患角色如何有助於維持社會系統的功能需求，而非關於病患與相關行動者的實際行動(Twaddle 1981: 56-58)。在此研究旨趣下，病患的具體處境不僅不受重視，更在相應的結構功能需求下，被描繪為沒有行動能力。

另一方面，批判結構力量對行動者進行宰制的研究呈現另一種面貌。這樣的研究帶回了病患的具體存在，但是在結構式批判旨趣下，專注於病患的結構劣勢處境。⁸ 以對醫療化與專業宰制的批判為例，⁹ 一方面，這些批判強調醫療專業藉由建構與定義疾病，達成社會控制的效果(Freidson 1970; Zola 1972; Illich 1975; Conrad and Schneider 1985)；另一方面，這些批判不約而同地專注在病患的被動處境。如此一來，相對於研究病患的實際奮鬥過程和行動，這些批判研究在描繪結構關係下，把病患的無力與痛苦作為批判施力點。儘管這些結構式批判的目的，是為病患發言與賦權，研究者強調的是醫療專業等具主導地位的行動者的行動，以及病患的弱勢，並加以批判強勢行動者的行動造成病患的不利處境。

結果，這兩種截然不同的結構思考，卻在觀察病患行動現象時有

8 包括了女性主義對父權結構下的醫學批判(Ehrenreich and English 1973; Ehrenreich and Ehrenreich 1974)、馬克斯主義者的政治經濟學批判(Navarro 1975, 1976, 1978, 1980, 1982, 2002a, 2002b)，以及以下介紹的醫療化與專業宰制批判等等。

9 根據 Conrad and Schneider (1980, 1985)的說法，「醫療化」(medicalisation)指的是在西方社會與文化間普遍存在著醫療判斷的現象；而專業宰制(professional dominance)指的是生物醫療專業的權力擴張現象，亦見 Conrad (1979, 1992)與林文源(2001)。

異曲同工之妙：它們關心病患處境，是針對結構性存在，甚至是結構本身，鮮少觸及病患具體的行動經驗與變化。

（二）後結構主義觀點中被建構的病患

其次，歷史建構研究的視野承襲後結構主義觀點，探討醫學知識與疾病，基本上泯除了背後有一個整體式結構的想法，這與上述取徑有重大差異，也因此較貼近病患現實處境。

從理論取徑切入醫學與社會關係的角度來看，在批判醫學擴張時，社會批判觀點認為醫學與社會是兩個不同的實作領域(realm of practice)，但後者逐漸落入前者的管轄(Zola 1972)。舉例來說，Eliot Freidson 對於專業宰制的經典研究便奠基在這種預先劃分的關係。Freidson 展示醫學專業如何藉由獨佔與擴充專業知識和疾病分類來拓展他們的權力，藉此將原本非醫學的議題定義為醫學問題(Freidson 1970: 205-277)。其中，他將「定義」新疾病視作一個標籤過程 (labelling process) 的思考，便是基於生物實在與社會實在、疾病（生物性的"disease"）以及患病（社會與心理的"illness"）的區隔之上 (Eisenberg 1977)。這種觀點下，「醫學技術」面向和「社會」面向預先被分開。結果，在批判醫學擴張的同時，這些社會批判弔詭地護衛著一個（與社會無關的）醫學知識的實質「核心」與疾病的生物性現實。

受「後結構」思想進一步啟發的歷史建構論(historical constructivism)研究經由深入探究醫學的本質，批判醫學知識與理性的獨特地位，挑戰了這個區隔。探討醫學知識、技術與疾病分類生成軌跡的歷史研究證實了預設「社會／醫學」、「人為／自然」的區隔是不恰當的，醫學並不是非社會的(asocial)，因為其技術與認識內容的發展並非外在於社會與政治介入(Wright and Treacher 1982; Lachmund and Strollberg 1992)。在展現社會關係與政治旨趣乃內在於醫學知識建構時，建構論研究揭示醫學理性與實作的歷史偶然性，以否定生物醫學自我宣稱的線性進步積累與開展。在這個意義下，後結構主義建構論

翻轉了結構分析的批判與立場。相對於生物醫學「入侵」社會生活，建構論宣稱醫學恰恰正是社會實作之一(Figlio 1982; Rosenberg 1992; Aronowitz 1998)，醫學實際上是一個「社會—醫療過程」(medico-social process)。

後結構主義藉追蹤那些構成了社會—醫療世界的行動，取消了根本、整體結構的概念，儘管翻轉結構思考的立場，並指出醫療場域被建構的過程，卻沒有帶進病患的行動對構成醫療現實的貢獻。以 Michel Foucault 的經典著作 *Madness and Civilization* (1965) 為例，Foucault 揭露了社會處理非理性的各種方式：在政治、經濟與道德變遷的歷史時刻下，為了確定社會認可的理性與道德形式，政治、道德和醫學權威開啟了各種論述、實作分類，以及各式原則，用來編派、區隔瘋子、非理性者、窮人或沒有道德的人。如同一個語言系統 (language) 的文法決定了實際說話 (speech) 中可能出現的句子，這些論述使喪失理性者的特定特質與能力成為可見的：這些如社會文法一般的論述，決定了喪失理性者存在的可能性條件 (Foucault 1965)。

除了理性的建構，Foucault 也挑戰了人們對解剖學意義下的身體的根本感知 (anatomical embodiment)，¹⁰ *The Birth of the Clinic* (1975) 顯示我們對於三度空間解剖身體的認知，乃是因十七、八世紀前後法國政治爭鬥中，臨床醫學的制度性安排出現，形成新的研究、教學與診療關係中，新感知模式才得以產生 (Foucault 1975)。在這個研究裡，不論在臨床醫學社會空間的形構，或是醫學凝視 (medical gaze) 和疾病的遭遇，病患的身體在被重構為一個新興「解剖—臨床認知」基地的過程中，卻是不可思議的被動。類似場景也出現在規訓犯罪者的「警察—監獄—偏差者」機制，以及在性論述中管控人口 (Foucault 1979, 1990) 的過程中。也就是說，這些研究只闡述了病患在權威的論述與實作建構中被形構的各種行動能力與存在樣態。

10 "embodiment" 一詞，在本文以下不同脈絡中，或翻譯成身體化、身體。

（三）社會歷史建構中的消極身體

其原因在於，後結構主義的概念背後，是質疑現實生產的基進認識論與本體論。這些質疑旨在探究現實世界被框架、造就、與維持的各種方式，其中病患的行動相較於那些強力行動者(powerful actor)的明確影響，顯得不重要。

這來自其認識論與本體論預設。如 Foucault 的考掘學研究的歷史建構思考，是以追尋知識的論述政體(discursive regimes)、認識形構(epistemes)，以及知識的構成性關係，作為探討人們如何認識現實的起點。這些旨趣使研究者專注於分析各種「知識形構」形成的認知主體的知識(connaissance)可能性條件(savoir) (Foucault 1971: 15)，卻也因此不關心在論述形構跨越認識論門檻，而成為主要認識典範後，那些可能無法繼續存在或被認識(Foucault 1971: 178-195)的邊緣化行動。如同描繪文法規則的形構會忽略我們如何說話，以及我們可以說出不同話語的事實，這樣一個認識論分析的力道在於它呈現關鍵行動者如何有力地建構病患的存在，¹¹ 或是從另一種角度來說，病患如何體現這些管控與形構，¹² 而非病患的影響。簡而言之，病患的行動與行動能力並不是討論的焦點所在。

儘管認識論分析日後歷經系譜學研究取徑的本體論轉向，而強調在現實生產中的「臣服知識」(subjugated knowledges)，¹³ 但仍有忽視病患的傾向。*Discipline and Punish* (Foucault 1979)與 *The History of Sexuality* (Foucault 1990)的焦點仍較集中在「生命權力」(bio-power)異質形構的結盟部署如何操弄身體與構成偏差及性的主體，而非 Foucault 曾宣稱要分析的：不同形構之間的爭鬥的「生命系譜」(bio-history)

11 見 Armstrong (1983, 1984, 1985, 1993, 1995, 1999)、Jones and Porter (1994)，以及 Petersen and Bunton (1997)。

12 見 Turner (1984: 85-114)、Shilling (1993)、Williams and Bendelow (1998: 25-48)，以及 Lupton (1997, 2000)。

13 系譜學的目標，在於為了描述脈絡化的實作中歷史本體論的偶然性，以「事件化」(eventualise)統一的必然性(Foucault 1991, 1997a, 1997b)。Foucault 試圖展現在情境實作下，功能主義思考浮現而系統化理論的當下，不同知識之間的爭鬥(Foucault 1997)。重新發掘遺失的、無資格的、臣服的知識(Foucault 1980b)。在這樣的宣稱下，病患行動顯然是那個遺失的、無資格的、臣服的知識的一部分。

(Foucault 1990: 143)。¹⁴

如此一來，後結構的主軸是關於如病患等弱勢行動者的行動能力構成問題，所呈現的是關鍵行動者的行動軌跡對生產「社會—醫療現實」的影響，而非弱勢行動者本身。例如，Judith Butler (1999)關於性別規範性的展演實作(performative practices)研究，是將不同於主流性別典範的同性戀或酷兒(queer)的行動概念化為「具有構成性的外在」(constitutive outside)，因為她所強調的是能物質化與展演(enact)性別化身體的表面、疆界和穩固效果的反覆行動，而非彰顯被邊緣化者實作中的不同世界形構。¹⁵類似狀況也出現在 Annemarie Mol (2002)關於不同醫學場域中「展演」動脈粥狀硬化的「實作誌」研究(praxiographical study)中，儘管強調了儀器檢驗、臨床、病理與外科彼此不同的身體化模式間的相互競爭，¹⁶病患與其身體處於尷尬的「被動的主動」中。這些病患與他們的肉體主動地參與在異質實作裡頭，在不同的情境下產生多重身體(body multiple)的特定存在，並且因而維持了動脈粥狀硬化的本體論地位。然而，當研究專注於積極地遵從醫療「權威」的身體實作，那些不合於這些過程的病患行動以及另類病患的行動便被研究者消除了。這是雙重的消除過程：它們先被醫療權威的實作判定為不相干，而被排除於生物醫學操作的情境中，進而被這些權威所忽略或不強調。¹⁷也因此，由於 Mol 所探究的多重身體本體論，著重於在

14 處理個體實作時，Foucault 仍舊談及追尋管控機制。當 Foucault 開始分析希臘與羅馬社會的實作當中關於自我的技藝(Foucault 1987, 1988a, b)，他著重於那些關注自身美學存在的人類實作，而非與其他社會團體不同實作之間的競爭。根據 Burkitt (1999)，這是因為儘管做出系譜學的宣稱，Foucault 對於生命權力的施展更有興趣，而非生命歷史的系譜學。

15 Butler 將展演行動中的行動能力的問題重新定義為「意義與重新指涉(resignification)如何作用」的問題(Butler 1999: 184)，行動能力則「必須被定位在對反覆行動造成變化的可能性中」(Butler 1999: 185)。帶著這個問題意識，Butler 主要研究那些翻轉正常實作的人類介入，比方擬仿嘲諷(parody)。這些人們的行動能力被放置在正常世界的緊張關係下被加以理論化，它們在正常世界被視為「具有構成性的外在」(constitutive outside) (Butler 1993: 7-9)。這與過去人文主義者將行動能力的概念化放在弱勢者展現其世界觀的實作思考，有根本意義上的不同。展演(perform, enact)不同於人文主義的表演，不是先有自我或後台，才開展為行動，而是指在各種行動中造成的真實效果。在以下脈絡，我將"enact"翻成展演或者促動，以符合文義。詳細討論請見第四節「中介的存在」。

16 不同於 Foucault 與 Butler，在 Mol 關於實作中的本體論的研究旨趣中，權威與病患的區隔並不重要，但正如我在前言裡的強調，這部分在我的思考與討論裡頭很重要。

醫院醫學「權威」的指導下實現的、為生物醫學而存在的身體本體論 (the ontology of the body for biomedicine)，看似只要權威們不改變他們的實作，生物醫學身體的多重性將會持續在各場所間循環，而病患也不會中斷醫學對於其身體的形構。也就是說，儘管病患呈現了病患參與形構醫學實作中的本體論客觀性構成，然而病患的實作可能對醫療造成的挑戰、矛盾或挪用，甚至促成另類的存在模式與行動，卻消失了。

據此，儘管後結構主義者藉由揭露實作中的本體論生產過程，成功地「事件化」現實的存在以及人們關於真實存在的知識，對我思考行動與存在的關係有相當大的啟發。但是，他們卻較少關注病患的參與可能啟動不同的知識與存在模式。這種不均等地探索病患身體多重性，與片面地理解病患的實作，只說出了「社會—醫療世界」中的部分故事。如果我們更細心關注病患的實作，關注行動中的病患身體，而非只是被形構的身體，我們會發現病患並不總是順從權威，他們的行動能力並不總是臣服於他人的形構，而這個理論空間正是本文的意圖所在。

(四) 以病患為中心的現象學

當然，既有文獻中不乏專注於病患行動的研究，比方說，某些研究者以「去醫療化」(de-medicalisation)¹⁸和另類醫療運動¹⁹中病患的主動參與²⁰挑戰醫療化的命題，然而在這類脈絡裡，針對醫學、政治、

17 見 Callon and Rabearisoa (2004)關於當病患拒絕參與這些權威的實作，社會研究者如何涉入於形構實作以及其相關意涵。

18 見 Fox (1979)關於美國社會潮流與醫療化及去醫療化之間的相互關係。見 Conrad (1979, 1992)、Conrad and Schneider (1980)關於醫療化、Strong (1979, 1984)關於非醫療化 non-medicalisation 的討論。見 Williams (2001)關於這些辯論的回顧，以及林文源(2001)的批判回顧。

19 相關議題有女性主義健康批判(Boston Women's Health Book Collectives 1973)、身障者權利與獨立生活運動(Dejong 1984)、病患的覺醒(Carolyn et al. 1980)、另類健康照護的興起(Ullman 1983; Saks 1994)、消費者運動(Reeders 1972)、自助運動(Savo 1983)，以及整體性醫療(Loenberg and Davis 1994)。另外請見 Gabe and Williams (1994)、Williams and Calnan (1996a, 1996b)關於在地觀點浮現的討論。

20 比方 Riessman (1983)宣稱女性認知到她們的利益，主動參與並推動生殖科技。其他如鎮定劑使用的研究(Gabe and Calnan 1989)、HRT 治療法(Griffiths 1999)、IVF (Becker

社會權威行動的討論，是與病患經驗及行動成果交纏在一起。

為了更深入地聚焦在病患行動的現象，以下我將探討以病患為中心的視野，主要是詮釋學及現象學關於病患經驗的研究。在這些研究裡，病患的行動、思考與感覺成為討論焦點，探索患病時的身體化(embodiment)歷程與意義等，無法見容於生物醫學概念中的生物身體與疾病的面向。²¹ 實際操作上，這些研究便經常以不受生物醫學認可的，病患的隱微經驗與敘述為主題(Kleinman 1988; Leder 1990)。然而，在此思考背景下，這些研究也往往依「病患觀點」與「外部社會」將生產社會醫學現實的動態過程一分為二。我藉由檢視透過病患觀點呈現醫學現實的常見現象學討論模式，闡明這個論點。

Kay Toombs (1992, 1993)對與多重硬化症(multiple sclerosis)共存的生活的現象學研究區隔出「被體驗的疾病」(illness-as-experienced)以及「疾病本身」(illness-as-such)。基於此，她闡述病患與醫生對於患病身體的不同意向性結構(intentional structure)。一方面，病患將患病身體詮釋為在生活世界中被體驗的疾病。根據現象學的說法，病患的存在是一種身體化的存在(embodied being)。人們「所體驗的身體」(lived body)是人類主體將自身投向世界的參照中心，在此基礎上，人與世界建立了身體的意向性(bodily intentionality)連結，因此，人是「身體—主體」。作為一個身體化的主體，「我們之所以是什麼」乃是由於「我們能做什麼」。然而，當我們生病時，既有的身體的意向性受到阻礙，我們在世界中的存在以及對自己的認知也被破壞。因為被限制在一個失能的身體(disabled body)中的情境，會轉變我們所體驗的身體化世界(embodied world)，包括身體形象、身體化的時間性與空

and Nachtigall 1992; Denny 1994)、醫學關於月經的論述(Brasen 1992; Oinas 1998)、藥物(Broom and Woodard 1996)，與醫學對於死亡的介入(Seymour 1999)等研究也觀察到病患主動參與。

21 在此，我同意 Ricoeur (1981)關於現象學與詮釋學之間的親近性的談話，關於病患經驗與疾病的研究通常奠基於現象學對於身體化的分析概念，以及詮釋學關於存在於世界的詮釋(Leder 1992; Csordas 1994; Frank 1995, 1997)。請見 Merleau-Ponty (1962)、O'Neill (1985, 1989)關於身體與疾病的經典現象學討論，以及 Heidegger (1962, 1977)與 Ricoeur (1991)關於身體詮釋學的討論。

間性經驗等根本面向。簡言之，生病威脅的不只是身體，還包含生活中世界中身體化的自我存在(Toombs 1993: 51-70)。

另一方面，一位醫生會科學地將患病的身體概念化為一種疾病狀態。自然主義態度的疾病觀之中，身體是科學研究的客體。這種科學態度把「被體驗的身體」的主觀經驗，化約為解剖學意義下的有機體與執行行動的工具。據此，一個患病的身體在「病理—解剖」概念下只是一個功能失調的物理與生物物件(Toombs 1993: 76-81)。

雖然上述研究取徑提供了正當化病患觀點的洞見，在這些以病患為中心的研究中卻有根本的限制，而這顯現出另一種對病患存在與行動的偏頗分析。區分生活世界與科學世界、「在醫生眼中是一個科學客體的身體」與「對於病患來說是被體驗的身體」，有助於凸顯病患不同的意向結構與經驗，以及病患觀點的重要性。然而，在將兩個世界與兩種意向形式加以對立的同時，這個取徑忽略了一個根本事實：所謂的「被體驗的身體」正是唯有當行動中有意向時才能被體驗與造成體驗(Merleau-Ponty 1962)。22 當 Toombs 把醫生科學概念中的「疾病本身」與病患的「被體驗的疾病」兩相對立，並宣稱在治療關係中的醫生與病患並非處於一個共享的現實時(Toombs 1993: 89-102)，她忽略了正如病患的存在與行動對醫療現實不可或缺，醫生作為生產疾病體驗的重要參與者，也和病患一同參與疾病意義產生的行動。簡而言之，兩者的世界無法區隔開來，而是經常地接觸、衝突，或融合而構成「社會—醫療世界」。

因此，這種二元對立的意向結構的圖像是相當唯心的，因為它忽

22 Murphy (1987)的研究對解釋「把病患的觀點納入考量」以及「經由病患的觀點觀看現實」這兩者之間的區別有相當助益。在對其因腫瘤壓迫神經而逐漸造成的癱瘓處境的自傳式分析裡，Murphy 交替地採用第一與第三人稱敘述：當他描述這個疾病在早期對他的影響時，他著重於他的感覺、經驗與思緒(Murphy 1987: 9-56)。在此，他的第一人稱敘述呈現了這個失能的身體作為一種被體驗的患病狀態，而其他，像是醫學知識、制度與人們等等，則是對此身體的障礙或資源。在其他場合，如分析被污名化的自我時，他使用第三人稱來描述他人加諸其失能身體的行動，比如當他坐在輪椅上時，人們對他的態度如何轉變，而他如何回應以及改變(Murphy 1987: 112-164)。在前者，世界似乎聚焦在 Murphy 的生活，而在後者，Murphy 的生活是世界的過程之一。這是相當重要的區別。

略了理念的物質基礎，而由此帶回的病患行動與存在也不具說服力。因為，「社會—醫療現實」的生產是眾多行動者參與的過程，不論我們多麼希望以病患為中心，強調病患行動的重要性，但採取隔絕外在世界的思考將會錯失理解病患行動與具體「社會—醫療現實」變動的相互關連。

（五）專注於「人類」行動的行動導向觀點

正如結構與後結構主義者關注於結構與強力行動者，現象學與詮釋學以病患為中心的研究，雖分別提供本研究思考資源，卻失於解答弱勢者的行動對其處境的影響。這部分的思考，我在行動導向觀點的研究中得到解答。行動導向的思考，比如互動論與俗民方法論，擅長探索行動中的動態過程，這類研究取徑在社會學中經常受到忽視，甚至招致如「個人主義者的兩難困境」(Alexander 1988: 222-256)以及「微觀社會學理論化的僵局」(Mouzelis 1995: 15-27)等批評，暗示這種取徑被限制在瑣碎的細節裡頭，無力處理關於社會「整體圖像」的「鉅觀」議題。

然而，當致力追尋「整體」社會圖像，或以病患為中心的意義探索，都忽略病患的行動時，行動導向研究提出了另類思考。舉例而言，Peter Conrad 和 Joseph Schneider (1985)以互動論觀點為基礎，帶著質疑生物醫學及其社會影響中立性的問題意識，除了檢視宗教意義下的罪惡與法律意義下的偏差，以及如何轉變為以科學之名進行的醫學定義下的疾病，也指出民眾、非醫療專業的抗衡過程。他們也指出，在諸如酒癮與同性戀的例子，組織化的民眾與病患都積極地提出另類的「疾病」形構，以抗衡法律、道德和醫學權威的行動。這顯示病患與強力行動者是相互牽扯的，且病患也遠比後結構、結構主義者所描繪得更加積極主動。

在此必須強調，在討論行動、存在與社會本體的關係脈絡下，這些行動導向研究的貢獻必須被定位在關於現實生產的洞見上。²³ 更精

23 也就是說，在此討論互動論與俗民方法論的重點不是一般理解中關於意義生產的符號

確地說，行動導向研究的優勢在於把被邊緣化的行動者帶回生產現實的過程中，儘管成效有限而容易受到忽視，但卻是不可或缺的努力。這不是說這種觀點，對於「病患的存在狀態」有任何獨特的思考，可以得到其他觀點無法提供的見解；相反地，正是因為行動導向觀點不預設「存在」問題，將旨趣集中於行動，所以他們能看到這些細微之處與重要性。相較於結構式探索奠基在病患在社會結構中被邊緣化的存在(marginalized existence)，後結構主義者專注於強力行動者在歷史與社會建構中造成的偶然性存在(contingent existence)，現象學與詮釋學研究者著重以病患的身體化自我為中心存在，互動論與俗民方法論者則將存在問題放在行動過程的基礎上探討。

如此，不預設先驗的病患特質或存在形式，這些行動導向研究在多方參與的行動過程中，追尋病患行動能力與存在狀態的浮現與構成，打從一開始就是一個本體論議題。如同互動論學者 Howard Becker 所言：

我們所追問的不是一個被扭曲的關於「實在」的視野，而是那些我們研究的人們所參與的實在，那個以他們自己的行動為基準，對於自身存在所進行的詮釋，進而創造出來的實在。Becker (1963: 174)

但是這種分析並不局限於行動者的行動，唯有當行動者的詮釋被放置於行動者所在的現實紋理當中才有意義，如 Erving Goffman 所說：

不歸屬於任何東西事物，我們便不具有穩定的自我，但完全投入與附屬於任何社會單元，則是一種失去自我的狀態……我們的地位是由世間的穩固結構所支持的，而我們所感知的

中介的象徵互動，或脈絡化的指示性(indexicality)的認識論問題，而是本體論問題。

自我認同則經常出現在這些結構的裂縫中。Goffman (1961: 320)

沒有那不可化約的「裂縫」，將沒有自我、認同、社會差異，更沒有多變的行動與存在樣態的問題。由於不預設特定存在形式，這些論點所指向的是一個不同的取徑：以病患實際參與的社會—醫療現實的紋理，定位病患的存在。

至於他們如何具體地闡述這種取徑，在 Becker (1963)關於偏差的分析中，不但描繪醫療專業及其他「道德促進家」(moral entrepreneur)等權威的行動，也探索了那些偏差者的行動。他所指出的偏差化，是一種主動的習得過程：成為偏差者就如同發展一種生涯。例如，在大麻吸食者的個案中，將吸食大麻標籤化為偏差行為並非故事的全貌，大麻使用者也主動地學習如何感受與享受大麻、正當化自己的行為、參與偏差團體，以及盡力免除不必要的麻煩以繼續這些活動。如此，除了權威們的標籤化活動外，使用者的學習與努力過程也是「偏差現實」的生產所不可或缺的。

Goffman (1961, 1963)的研究則進一步探討這種動態過程。Goffman 關心底層社會人們的認同，這些認同並非給定的，而是必須在面對道德與制度權威時付出相當氣力加以維持與協商。以全控機構(total institution)中的成員(inmate)在被剝奪與形成認同間的鬥爭為例，當被遣送到一個機構中，他／她的自我認同會因為財產、姓名和其他「認同工具箱」(identity kits)被剝奪而被消除(Goffman 1961: 14-35)。但是，他／她也會挪用(make-do with)地盤、工具、組織化的活動、伙伴成員、與物資等，為自身發展次級調適(secondary adjustment)而重塑自我(Goffman 1961: 173-320)。作為一個行動者，而非僅僅一個客體，認同的產生來自於制度性的，以及社會、物質與肉體行動之間的鬥爭中。在這個意義下，一個成員之所以以某種樣態存在，且獲得某些能力，不僅是因為遵守鑲嵌在制度內的社會關係、物理空間，以及制度安排的規訓與實作而已：他／她也一直處於行動中，為了自身的存在

進行抗衡。

此外，Harold Garfinkel (1967)更深入指出這種認同工作是更為全面且永不間斷的。在關於主角 Agnes 從男性轉變成女性的研究中，Garfinkel 指出 Agnes 必須調和圍繞在她生物、社會與傳記身體的混雜與異質實作：為了確保她作為一個生物女性的自然／社會身份，Agnes 必須接受手術，以創造並維持陰道；捏造女性成長歷程以隱藏其性別地位的斷裂；以及，細心留意維持她的女性外貌和行為舉止。就 Agnes 的存在處境與行動可能性而言，她的未來正是奠基於這些永不間斷的工作上。「身為女性」(being a female)因此是「致力於使自身有能力去作為一個女性」(managing to be able to be a female)，Agnes 的性別位移過程與處境，點出我們習以為常的性別處境不是源自被賦予的自然特徵，或是一個固定的社會性別類屬，反倒是一個在我們所參與的異質操作中被實現的結果。²⁴

闡述這些處於具體行動過程²⁵中的偏差者、病患、變性者和被機構化者的「隱形工作」(invisible work)與經驗的研究，說明了「社會—醫療現實」的生產乃來自於病患積極參與下，多方行動者的交互影響過程，而非根據任何預存(pre-existing)的結構的、權威的建構，或個別的身體化存在。儘管這種聚焦於行動過程的取徑有相當助益，但只看到其中以人為行動中心與分析單元的討論是有所不足的。如同我們看到的，成為女性、大麻吸食者，與全控機構成員的過程中，這些過程不只包含人類的思考與談話互動，其中還有被使用的大麻、被剝奪的財產、改造身體的手術，與被改造的身體等，構成情境、脈絡，以及互動關係不可或缺的異質的物(heterogeneous materiality)。

這些異質物所促成的行動其實不可或缺，但其重要性往往在專注於行動者本身時被低度理論化了。以我的血液透析田野為例，洗腎中

24 相較於 Butler (1999)關於性別化身體展演性的研究，這個研究提供一窺被「排除的主體」(abject subject)存在處境的機會。

25 更多關於這個取徑的醫療相關研究，見 Glaser and Strauss (1965, 1968)、Bury (1982)、Corbin and Strauss (1988)、Anderson and Bury(1988)。

的存在表示終身依賴這種醫療技術與儀器，沒有人工腎臟、洗腎機、蝴蝶針、導管以及其他相關物件，洗腎實作的「社會—醫療現實」就不可能存在；洗腎病患、護士與醫生間的互動也就毫無意義；而當醫生與護士對病患束手無策時，病患將會死去，那也就完全不會有行動能力與存在處境的問題。

因此，行動導向觀點開啟了潘朵拉的盒子，開啟了對多方交會的行動過程與其中的異質性思考，卻只著重異質行動對行動者思考過程、心智及認同的影響，並未將其對行動的洞見帶進其中的異質物所促成的行動，進而問題化行動者存在樣態與行動能力的形構。這是另一種不自覺的自我限制，而本研究將以此為出發點。

三、從限定視野到變動的現象

總之，個別研究脈絡與理論旨趣援用不同的存在預設，因此，對生產「社會—醫療現實」的過程、病患的存在與行動各自提出不同洞見。首先，在結構觀點下病患不具備行動能力；由結構—功能論看來，病患被結構所決定，在結構的社會批判論裡頭，病患是被醫療專業所操弄或結構所決定。儘管後結構主義者成功地揭露現實的生產面向，他們並未深入探討隱含不同知識、實作，與存在模式的病患爭鬥。而現象學與詮釋學研究過於致力發掘病患的潛藏經驗與身體化觀點，卻將病患與外在世界隔絕。所以，這些觀點或許處理了病患的某種存在樣態與行動，卻遺漏病患的行動如何影響他們自身的存在。最後，雖然行動導向觀點把行動過程放在優先地位，防止了以上問題，卻沒有再更進一步，指出異質行動對於人類行動與存在樣態形構的重要意涵。

那麼，我要如何帶回病患的行動與其存在的關連呢？這個問題是我研究病患行動能力之轉化性形構的起點。在此，我認為我們必須回到現場，回到那些病患在不同情境下的行動與處境，去探討病患參與的異質實作(heterogeneous practices)中所展現的多變存在樣態。以下我

以臨床血液透析相關的臨床、清洗室、政策會議、病患團體、信件和日常生活操作的具體案例，來闡釋病患被重新導向(re-routed)的存在樣態，並論證「透析中的存在樣態」(being-on-dialysis)該被理解為被實作所中介(practices mediated)的存在方式。這些討論希望呈現的是一種在具體實作中開展的社會現實的本體論思考。

為此，一方面，我採取科技研究中的行動網絡理論的「中介」觀點，企圖掌握病患非本質性的多樣存在狀態。不同於一般本體論哲學思考，行動網絡理論倒轉了本體論與特殊存有物的關係：藉由追蹤探究存有物如何由「什麼都不是」，到成為被普遍認識的「客體」的具體萌生過程，例如 Bruno Latour (1999)對中介亞馬遜雨林土壤的研究，認為我們對所謂一般性存有的認識與掌握，其實是這些中介實踐過程所造成的結果。在此，特殊客體性的萌生因而被認識，與本體論客觀地探究萬物的一般存有是分不開的。由此來說，我們根本無法預設、也不可能知道在實際行動之前是否有這樣一個一般性、先驗的存在架構，告訴（規定）我們世界有什麼、是什麼；事物是什麼、是由什麼構成的事實，總是必須經過實現具體相關知識與事物的操作過程而被穩定下來，而世界是在此實現過程中被中介而具體化的。因此，不同於一般認為事物具有本質，而其各種經驗變化以及與其他事物的相互作用只是經驗性的偶然。中介概念處理的是在經驗活動中相互關連而生成、穩定某事物的存在的狀態。因此，事物「本質」是在穩定後的中介的狀態(Latour 1988, 1993; 林文源 2007)。²⁶ 中介概念的經驗意涵請見下文第四節「中介的存在：超越自足的身體存在」。

26 所有處理社會技術或科技現實的異質性、動態、多方影響構成時，或多或少隱含中介存在的概念。例如（這些核心概念暫時不加以翻譯，以防混淆概念意涵）Callon 的 translation (1980, 1986)、Law 的 heterogeneous engineering, ordering and method assemblage (1987, 1994, 2004)、Latour 的 non-modern, quasi-object and quasi-subject, and pragmatogony (1993, 1999)、Simondon 的 transduction, individuation, and technicity (Mackenzie 2002)、Foucault 的 bio-power and dispositif (1979, 1990)、Deleuze and Guattari (2002) 的 agencement、Barry (2001) 的 arrangement、Butler 的 performative (1993, 1999)、Haraway 的 cyborg, cat's cradle, semiotic-material practices, and diffraction (1991, 1994)、Callon and Law 的 Hybrid *Collectif* (1995)、Pickering 的 mangle (1995)、Rouse 的 practice and engaging (1987, 1996)、Barad 的 agential realism (1998, 2003)、Michael 的 co(a)gents (2000)，以及 Mol (1999, 2002) 的 body multiple and ontological politics 等等。

另一方面，我將與透析操作共存的洗腎病患中介存在與變動現象的關連，概念為「漂移之作」。借用自Lyotard(1984)的這個概念，原本的政治與學術背景：在政治上，是Lyotard對六八運動風潮中法國共產黨的遲疑與背叛群眾，以及社會上萌生的各種非預期力量造成的批判效應的觀察與反省；在學術上，是對後現代情境的思考引導他質疑統一的真理系統(universal system of truth)的可行性，以及思辯理性與大論述(master narrative)的政治實踐力。面對當時蘇聯的教條共產主義、Althusser(1971)的結構馬克斯主義、以及人類理性中心的人文中心主義(humanism)，以及與社會發展有一定大方向的歷史主義敘事(historicism)，Lyotard關於反對大論述的學術思考與其政治思考中的實踐問題密不可分。

如同許多法國後結構、解構知識份子，如Foucault、Derrida、Deleuz，都是在接受馬克斯主義召喚後，進一步面對現實處境的變化而重新反省馬克斯主義，Lyotard認為真正具有批判力量的，並非如馬克斯主義等大論述所企圖的扭轉生產工具所有權以及生產關係，或者以另一權力集團取代另一權力集團。因為這些大論述本身並未警覺到其本身正是拒斥可能生產另類現實的其他視野，所以，問題並非馬克斯主義是否是真理，真正的問題在於大論述的暴力與其所造成的異化。相對於大論述帶有的系統化力量似乎能明確定位個體自我與認同，甚至是人類與社會集體命運的方向，而穩定一個個有具體疆界與構成方式的身體與相應社會位置，Lyotard提出前衛藝術、慾望等，外在於既有系統秩序對系統化世界的解構作用的漂移之作，是引導我們面對各種造成另類現實的可能(Lyotard 1984: 9-33)。Lyotard說：

漂移之作是複數型態。因為問題並不在於偏離某個岸邊，而是數個方向同時發生：因為產生作用的並非只有一股產生推擠作用的潮流，而是許多不同的驅力與軌跡。這完全不是說一個未被定位的身體，因為除了身體的多種片段之外，從來沒有其他東西，而且也從來不會有一個身體。這一些漂移狀

態是對於非身體(non-body)肯定。而這種多元、單數的集合，正是權力、資本、價值律則、個人認同、身分證、責任、家庭與醫院所致力壓抑的。(Lyotard 1984: 10)

表面上 Lyotard 的漂移之作指的是論述本身的政治效果，並未清楚定位其本體論意涵。但是，正如我之前對各種關於病患存在與行動論述的分析所顯示，所有論述本身都帶有本體論架構。因此，Lyotard 以漂移之作指出無法也不應被大論述所統一的各種作用力的存在，對於我所觀察到的病患多種行動與存在模式具有相當的啟發。也就是說 Lyotard 提示性地指出在多種制度所造成的效果交會中，出現的並非統一一致的自我與身體，而是在數個方向發生、向不同可能性推擠的漂移之作，呼應了其所看到的在多種操作中所浮現的病患多變存在與行動。因此，儘管缺乏實際經驗，漂移之作的概念本身提示了一種以動態過程思考存在問題的本體論視野，而本研究希望可以豐富其經驗意涵。藉由中介與漂移之作的思考，我希望統合由各種不一致但相關的展演(enactment)所開展的存在過程，進而捕捉病患存在與行動的多變特質，唯有如此，才能具體思考病患的行動能力，與這些弱勢者如何可能藉由改變自身所處的社會紋理，而改變局勢。

這個嘗試有兩個層次的意涵。其一是提出不同於既有理論的理解架構。儘管與概念原本的使用背景與意圖有別，但「漂移之作」確實提出在我的田野資料看到的（下文會呈現）、但在既有個別理論架構中無法同時掌握的兩個重要面向：多種軌跡的交會與轉換，以及動態構成。正如 Lyotard 使用此概念的用意是希望遠離結構主義、人文中心主義與歷史主義，漂移之作一開始便擺脫結構主義中「病患被決定」的觀點，以及現象學和詮釋學的唯一病患中心觀點。而儘管後結構專注於權威力量的建構過程，以及行動導向觀點凸顯了動態過程，漂移之作卻提示了這些不同軌跡的行動交會與轉化的可能。

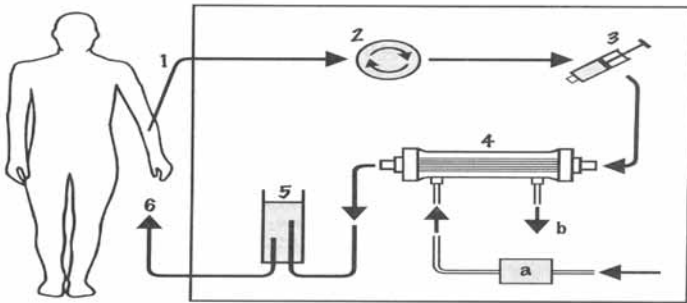
其二是，如以下將會介紹的，我認為在漂移之作中的「漂移」與「實作」思考，有助於整合我所觀察到的多變存在現象：行動中被中

介，進而連結、生成與轉化的病患存在與行動樣態。

(一) 田野背景

由於以下討論涉及血液透析操作的許多層面，因此先提供一個大概的背景介紹。血液透析是在 1930 年代開始臨床應用，1960 年代逐漸穩定、普及，成為慣例性治療末期腎病(End Stage Renal Disease, ESRD)的醫療操作(McBride 1979; Drukker 1989; Maher 1989; Cameron 2002)。血液透析是目前全球最主要的 ESRD 治療技術，藉此存活的病患約有百萬人之譜(USRDS 2004: chap.12)。

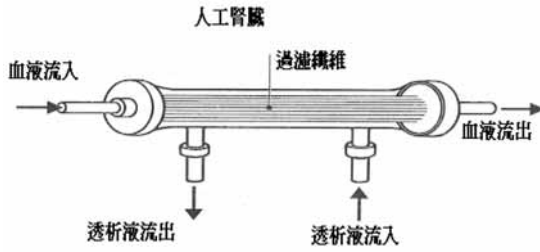
由於 ESRD 病患本身腎臟無法代謝血液中的有毒廢棄物與水分，因此，血液透析原理是定期（一般慣例是每週三次，每次四小時左右）以人工腎臟過濾血液，以延續患者生命。操作原理是將血液由病患身上的動靜脈瘻管(A-V fistula)抽出，經過洗腎機的協助以及加入抗凝血劑，以便使血液不容易凝固，在人工腎臟中經由滲透原理被過濾。透析操作與人工腎臟運作原理的示意圖如下。



圖一 洗腎操作示意圖

註：圖片引自 Stein and Wild (1999: 49)。

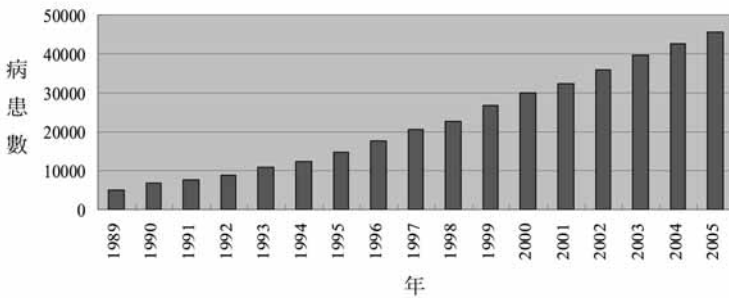
圖片說明：圖中大方塊代表洗腎機。1.引流出血液的管線、2.循環幫浦、3.添加抗凝血劑、4.人工腎臟、5.壓力偵測裝置、6.引流回血液的管線、a 透析液流入、b 透析液流出。



圖二 人工腎臟運作示意圖

註：圖片引自 Stein and Wild (1999: 49)。中文筆者自譯。

血液透析自 1963 年開始在台灣進行臨床應用，經過四十餘年，病患數目年年增加，迄今已經累計超過四萬名透析病患（見圖三），其中九成以上進行長期血液透析治療。台灣的這項「成就」，是世界數一數二的。根據 United State Renal Data System 的跨國統計指出，個別國家依賴透析技術存活的病患佔整體人口比例（每百萬人口數中病患數），前三名分別是日本(1,726)、台灣(1,548)與美國(1,446) (USRDS 2004: chap.12)。



圖三 歷年透析病患人數統計

註：整理自中華民國腎臟基金會歷年統計，1989 年之前並無歷年統計資料。

（二）資料與蒐集方法

以下的討論資料主要來自我的博士論文研究，以及後續相關田野調查的數種研究方式與資料，相關田野工作目前仍持續在進行。²⁷ 具體資料為：

1. 出版品與書面資料

藉由聯合資料庫的搜尋（聯合報系從 1975 到 2005 年的報導），以及中華民國腎臟基金會提供的簡報資料（1983 到 2005 年各大報的報導，有專人負責每日剪輯），我得到相當廣泛的血液透析相關報導。我也蒐集各腎友會、醫療院所、醫學會發行的宣傳單張、雜誌與其他相關印刷品，部分單位甚至提供內部文件與公文往來資料讓我自由複製，也有病患提供個人的書面資料。

2. 口述史訪談

個別病患方面，除了一般閒聊的田野筆記外，我在血液透析室休息區的客廳或洗腎病床邊進行病患與家屬的錄音訪談，每人約兩到三次。團體方面，拜訪相關當事人，尤其是創立協會者與重要的行動者，進行口述史訪談，訪談每次一到兩小時不等，以數位錄音筆錄音；每人亦約進行兩、三次。我亦訪談醫生與院所相關工作人員。

3. 參與觀察

我所進行的參與觀察包括：在血液透析診所與腎友組織中，觀察與記錄病患、醫護人員、技術員與家屬的社交、治療，以及其他活動，並藉機進行非錄音訪談；參加腎友組織的活動，諸如衛教、會員大會、甚至理監事會議，以及活動策劃；跟隨腎友會活動者去拜訪病患與醫院；參與醫事團體的一些活動。在這些場合若無法錄音，則在情況允許時當場速記，或是事後補記田野日記。

4. 參與者訪談

我正式與非正式訪問早期及當時參與腎友會的病患與家屬，蒐集

27 資料蒐集時間為 2001 年夏季，2002 年 7、8 月間，與 2003 年 10 月至 2004 年 1 月間，內容含蓋我在台灣進行的正式與非正式田野；2004 年持續與相關腎友會的通訊，以及 2005 年起更深入地涉入腎友會、醫事團體與健保、衛生署相關單位運作中的透析相關事件。包括 2005 到 2006 年我執行一項病患團體研究的計畫資料。

他／她們對腎友會活動的想法與經驗，有個別與集體錄音訪談。以下呈現這些材料時，為節省篇幅，關於事件與人物想法重構部分，僅直接敘述；有必要引述時，才引用當事人說法與田野筆記。

為了呈現病患多變的存在樣態與行動中的社會本體論意涵，以下我將扣緊漂移之作概念來重現一連串場景，以作為討論基礎。這麼作的作原因有三個：其一，如前面與以下將提到的，漂移之作的思考企圖擺脫只專注於單一結構、理性，系統或任何概念架構，忽略現實生成、變化的多重另類軌跡。因此，為了具體呈現這些另類現實的動態存在，我用較多的篇幅描寫這些行動與相關情境，藉此，希望能提供更具體的線索。其二，正如本文用STS所發展的中介概念闡述透析相關的漂移之作，對STS來說，為了避免落入既成事實與正確知識的限制，必須追蹤科技行動與事實的具體生成過程與變化，因此，呈現與分析具體場景與行動成為重要的論證方法(Hughes 1983; Shapin and Scaffer 1985; Latour 1987)。另外，也因為體會到STS對科學研究者經常偽裝為中立客觀的旁觀見證的反省(Haraway 1991, 1997)，在這些描述中，我如實以第一人稱呈現我在田野中的參與，希望提醒讀者這是我所參與而觀察到的漂移之作。其三，正如本文是在「促成行動的社會學」問題意識下的思考，如Foucault (1980a)所建議的，如果既有真理體制(truth regimen)的操作對我們造成的是一種恍若真實般的記憶，那麼我們必須發展的是一套「反記憶」(counter memory)。如此，我希望藉由展示透析操作相關具體場景，帶回單一思考架構下被忽略的多重行動現實，提供生產這種反記憶，並且作為未來行動的基礎。

四、中介的存在：超越自足的身體存在

以下，我先由一個病患的形成，作為我追蹤透析中漂移之作的起點。²⁸ 由以下場景開始，我希望讀者能夠暫時放下心中預設的那些根

28 總是可以由任一個起點開始追溯漂移之作，在此因為討論主題是病患行動，故由此開始。

本的、或者更為重要的行動者或影響力，或病患「應該」是如何存在的特定構想，暫且專注於這些場景中，多方行動者參與的局勢與病患存在狀態的開展過程。

（一）病院床畔

護士和醫生正在為胡先生準備第一次的洗腎療程。胡先生是位中年男性，一個小時前，他坐著輪椅來到這家洗腎中心。他的臉異常地暗沉與腫脹，這表示他正遭受尿毒症之苦，並已經有水腫症狀。我猜這是他為何虛弱到無法走路的原因。醫生和護士長先與胡先生及他的家人交談過一陣子，而胡先生沒有說什麼。胡太太和她兒子談及胡先生的身體如何逐漸浮腫，長期以來他如何抱怨病痛與頭暈。本地另一家醫院的醫師在幾個月之前曾交代胡先生接受洗腎，但胡先生不願意，而是去嘗試許多中醫與草藥療法。最近，胡先生經常嘔吐，昨天晚上甚至感到呼吸困難，因此才答應過來醫院一趟。

醫生與護士長認為胡先生的情況相當嚴重。在簡單地介紹與解釋之後，他們說服胡先生直接開始進行洗腎。護士長一直強調：「不要害怕洗腎，在規律洗腎後，你就跟其他正常人一樣。除了一個禮拜要過來這裡三次，你可以工作，做你想做的事。」在檢查轉診介紹單的醫療紀錄、進行一些簡單的檢驗，和填寫表格之後，胡先生與家人答應開始洗腎療程。現在，胡先生正躺在病床上，把頭轉向右側。病床邊，護士長正在準備人工腎臟與洗腎機。同時，兩位護士和醫生正在準備將暫時性的透析用導管插入胡先生的頸部。醫生向胡先生解釋：「我們會暫時在你的脖子裝一條導管來洗腎。你要快點去做一條瘻管。」

同時，一位護士用不鏽鋼鉗夾紗布沾取酒精與碘液，先後塗

抹在胡先生頸部左側與胸部左上區域。其間，另一位護士打開一副消毒過的設備器具，她從裡頭拿一張紙，覆蓋在胡先生的胸部，然後又拿出一套導管，放在紙張上。醫生已經洗好手，一位護士協助他帶上手套，另一位護士將碘液塗在手套的指尖部位。

隨後，一位護士把用過的紗布、鋼鉗拿走。過一會後，醫生問：「準備好了嗎？」那位在胡先生頸部與醫生手套塗上碘液的護士看著她的手錶說：「嗯，已經過一分鐘。」醫生走向病床左側，彎腰檢視胡先生的頸部。他用食指去感覺脖子的底部，停了一會兒，之後手指順著鎖骨滑動，彷彿正在找底下的某樣東西。

醫生轉身對我說：「我在確認動脈的位置。」一位護士對胡先生說：「準備好，會有些痛，不過不會很痛，別亂動，閉氣。」胡先生望著天花板並說：「好。」胡先生看起來很緊張，醫生拿起導管，打開蓋子，並將它插入胡先生的頸部。同時間，胡先生低聲呻吟：「喔，啊。」

血液出現在導管裡頭，並緩慢地從穿刺處周圍滲出。血液逐漸注滿導管，醫生說：「好了。」一位護士遞給他紗布來吸取傷口周圍的血液，其他護士則遞給他縫針與線。將導管固定在皮膚上後，醫生拍拍胡先生的腿說：「感覺如何？有一陣子你會覺得有點怪怪的、有點痛，只要你不要拉到它就不會有問題。記住，洗澡的時候不要弄濕這裡。」之後他轉向護士說：「如果有事，打電話給我。」接著便離開。護士接手後，將軟膏塗抹在穿刺處，接著包紮。

（二）被重新導向的洗腎身體

在這個場景中，我們看到什麼？作為一個尋常的人類、一個語言使用者、一個社會行動者，或是一個具有理性與感覺的人，胡先生

——如同護士、醫生，以及你和我——擁有運用(*manoeuvre around*)或跟隨制度、語言或社會規則的行動能力。這是個看似合理的推論，這些行動者存在模式與能力在某些理論裡被用來解釋行動能力的生成。然而，這些理論遇到一個難題，就是難以定位作為一個行動者的胡先生是以何種模式存在，以及他的行動能力座落在何處。行動能力與存在是位在他的社會位置？²⁹ 位在他自足完整身體的特質上？³⁰ 位在具有意向的心智裡頭？³¹ 或者，更進一步縮小範圍，在他的腦袋裡面？³² 我相信，會有這個難題，是因為這些理論取徑都以抽象概念範疇預設病患的存在與行動。病患的存在與行動因此被視為是與社會位置、自我、理性、良心、意識或意圖等面向有關，但病患的具體處境與身體所牽扯的行動間的相互關係卻未被討論。

當人們生病並接受醫學治療時，這對他們的身體存在與行動能力產生了什麼影響？胡先生的情況嚴重，他的腎早已無法正常運作，不斷累積的尿毒與水分使他感到暈眩及不舒服。雖然我們不確定這種情況會不會損害到他作為社會存在、理性或反思心智的存在與行動能力。但是，有一件事是確定的：長期處於此種身體狀況的人很難痊癒。不接受洗腎，胡先生很快會死亡；胡先生若死去，就不會有關於他存在與行動的任何線索：無論它是理性、表現式的意向、具體化的特質或是遵守規則的能力，隨著身體的衰敗，這個行動者的存在及行動能力都將隨著消逝。

這個損壞的身體可藉由洗腎機器來維持生存，一旦身體能維持活

29 在結構取徑裡頭，個體的行動能力是以結構位置來加以概念化。比如，在馬克斯主義的傳統內，個體行動能力是藉由「自在階級」與「自為階級」之間的動力來加以表達 (Marx 1971)，在 Gramsci (1992) 那裡重構為文化霸權，Althusser (1971) 的質問 (*interpellation*) 概念，或是在 Bourdieu 的場域—慣習辯證法的具體化接合 (*embodied articulation*)。

30 比如 Merleau-Ponty (1962) 的身體主體、Bourdieu 的慣習。進一步的討論請見 Crossley (2001) 與 Burkitt (1999)。

31 像是理性選擇理論 (Abell 2000)、反身性理論 (Giddens 1979, 1984; Archer 2000, 2003)。對於非具體化行動能力與反身性的批評，請見 Shilling and Mellor (1996) 與 Shilling (1997)。

32 像是常見的「概念輸入—行為輸出」的腦部概念，或是認知活動作為處理器，處理各式概念以及導入人類行動。對此說法的批評請見 Hurley (1998)。

力，胡先生便可以和其他病患一樣，如同護士所說的「和其他正常人一樣」重新工作與生活。從失去腎臟功能到進行洗腎療程，從無法作為一個行動者到重新成為一個行動者的轉換，這對胡先生的存在與行動能力造成了何種影響？從「生物—物理」的身體與行動能力概念來看，我們可能會問：是否具有腎臟問題的病患其新陳代謝功能已經從他多重的行動能力消失了？洗腎病患是否是一個沒有正常腎臟功能，另外附屬於洗腎機制的人？洗腎儀器是否幫助洗腎病患重新獲得一個正常人應有的行動能力？或是從另一種角度來說，現象學者可能會問：一個經由醫療科技附身(embodied)的人類，他的存在基礎和之前是否相同？科技的身體化是否完全改變了病患的身體與世界？簡言之，洗腎是否因為恢復了肉體功能，而造成行動能力的刪減或增加？或者是，洗腎轉變了身體化的存在，進而也改變了行動能力？

然而，我認為以上說法都沒有捕捉到先前描述的場景。在導管插入頸部之前，我們無從得知那個據說座落於病患身體某處的抽象行動能力。因為無法看見病患的存在與身體內行動能力如何形構，我們只能透過外在顯現的行動、病患的說法或思考來揣摩之。然而，在導管插入後，胡先生原有的清除尿毒廢物與過量水分的肉體路線被重新導引到新的管道。從這個觀點來看，這個插入的導管、管線、洗腎儀器、針頭、人工腎臟，以及護士與醫師的工作，一同取代了腎臟。在這個轉變中，我們得到一個新線索：身體的部分肉體存在被重新導向。這個過程既不限於自足的生物—物理身體，也不僅止於身體化的「原真存在」(embodied authentic being)。因此，一位洗腎病患的行動能力不是比正常人自足(self-contained)的身體少了兩個腎臟，或是多了一台機器，也不是關於身體化形式的系統性轉變，它是關於胡先生的身體在這被重新導向存在的基礎上，所發生的轉變。這個轉變，讓我們更清楚見到人類存在是一種「中介」的存在。在此轉變中，胡先生看似私密的內部肉體被坦露，³³並轉化、開展為向其他不同行動者實

33 如下文將論證，我們總已經是在某種漂移之作中存在與行動。而本文以變成(become)

作開放的場域。

在這個意義下，洗腎實作並非恢復洗腎病患原本身體存在的方式，或是提供原本的身體重新適應的情境。相反地，它們使身體化存在重新中介與導向。在這被重新導向的基礎上，我們不必思索病患隱微的意圖，或是位於身體內部某處的能力，或是解譯其身體與疾病的經驗。這個被重新導向的基礎給予我們一個有利的位置，藉由觀察外顯的樣態，從具體經驗中去追蹤病患的存在處境與行動能力是如何構成。

（三）異質實作中被重新導向的存在

但被重新導向的存在以何種形式呈現？我應該如何去探索它？藉由外顯的具體經驗來研究病患的存在與行動能力形構的作法並不新。除了病患的身體化經驗，醫療社會學者尚且細緻地分析病患處境、行動能力與醫病關係的相互關連及社會意涵。譬如研究談話和敘事的內容與意義的社會學家發現，藉由賦予病患存在特定的意義，醫療專業——主要是醫生——的談話與敘事框架(frame)了病患對於自身痛苦的認知，同時醫療化了社會(Zola 1972; Waitzkin 1991)。

我應該跟隨這種研究取徑嗎？胡先生的案例似乎不太符合這種取徑。很明顯地，胡先生起初並沒有被正統醫學的論述所說服，否則幾個月前他就會接受洗腎。雖然胡先生最後被說服了，但他不光是被他們所說的內容給打動。一方面，胡先生是個實際的人，他多少希望減輕他的痛苦，而嘗試洗腎。另一方面，先前描述的實作必須包含非語言的實作才能加以理解，單單追尋敘事與談話將失去理解實作過程中一些重要變化的機會。因此，醫生的敘事與論述等言說實作(discursive practices)對於病患存在與行動能力的影響可能很重要，但這部分必須連同洗腎過程中其他實作一起加以理解。可以解釋這一論點的實作案例如下：

透析病患的戲劇性轉變，例如之前說洗腎病患的中介存在是被「重新」導向的，探討這個議題。

護士長準備好人工腎臟並且連接好導管，然後在病歷上記錄插管過程。她問：「都準備好了嗎？可以連接了嗎？」正在包紮插管處的護士回答：「好了。」量了胡先生的血壓後，護士長做了記錄，然後將病歷遞給另一位護士。隨後，護士長打開胡先生的插管，將它連接上另一個連通人工腎臟的管線。暗紅的血液湧現，沿著管線緩慢流向人工腎臟。護士問：「你感覺如何？」「不錯」胡先生回答。

胡先生要開始接受洗腎了。什麼讓洗腎成為可能？誰讓胡先生肉體被重新導向？醫生先是介紹透析，然後，藉著將導管插入胡先生的頸部，或是在胡先生手臂上建立一個永久性的瘻管，將一個沈默的行動者（agent，或說取代每次重複插管的代理人）裝設在病患身上。所以，除了言說實作，醫生的物質實作(material practices)也是不可忽略。醫生離開之後，護士接手工作，事實上，大部分受訪病患都表示護士遠比醫生重要得多。這的確是事實。胡先生開始洗腎療程之後，只要情況保持穩定，他幾乎可以不用與醫生見面，但護士卻是不可少的。如我們在以下會看到的，護士插入針頭，量血壓，處理痙攣、血液滲漏以及療程中其他的例行作業與突發狀況。因此，護士的行動也包含在其中。

因此，我們有著行動中的不同醫療專業。他／她們一同工作以確保胡先生的生存。這些醫療專業者能夠獨力將洗腎的身體重新導向嗎？對於胡先生作為一位洗腎病患的存在來說，除了他／她們的實作之外，還有什麼也參與其中？具體來說，例如，要如何將胡先生體內過量的水分與尿毒廢物排除？要回答這些問題，讓我們從接下來兩個案例看看當醫生與護士暫時退場時會發生什麼事。

第一個案例仍是胡先生的第一次療程，事實上也發生在每次洗腎時。這是當導管連接好之後所發生的：

護士啟動機器的循環幫浦，流速設定非常慢。幫浦對導管施

壓，推動管線裡頭的血液，所以越來越多的血由胡先生的頸部流出，進入導管，在人工腎臟內擴散開來。人工腎臟是一個填裝眾多白色纖維的透明圓柱狀物，當血液經由連接於頂部開口的管線流入人工腎臟時，它便轉變成紅色。最後，血液注滿整個人工腎臟，並且流接近位於底部的開口，從連結在人工腎臟另一端的管線流出，這端尚未連接至胡先生的導管。在這個過程中，當血液流入導管與人工腎臟，用來沖洗人工腎臟與導管的食鹽水，從那個尚未連接完成的管線中滴出。當食鹽水即將流盡，而血液幾乎到達這個管線的出口時，護士迅速地將此管線連接上頸部導管那尚未接合的輸入端。於是，血液流回胡先生的體內，而沒有流出管線外。在輸入端與輸出端的管線連接完畢後，護士長開始設定儀器。她跟胡先生說：「流速開 300 試試看，我想洗四小時對你就夠了，如果你覺得可以洗更久，之後可以延長時間。你的體重多少？你想要脫多重？」胡先生說：「我不知道，我之前是 66 公斤。」護士長問另一個正在填寫洗腎記錄冊的護士：「他進來就診後有沒有量過體重？他體重多少？」那位護士說：「72。」護士長便對胡先生說：「這樣，我猜，你要脫超過 6 公斤。第一次就不要太著急，包括便當在內，我們洗四小時，看看狀況如何再說。」胡先生點點頭但沒有說任何話。當護士長鍵入所有資料後，機器開始啟動。護士再一次量血壓，之後收集好器具便離開，留下胡先生以及運作中的機器。

第二個案例非常普遍，無時無刻在診所內發生。

當我正在與護士談話時，警報響起。在我們附近一台洗腎機上的紅色燈光正在閃爍，儀器發出「嗶嗶嗶」的高頻率聲響。所有的護士都往那邊看，正在與我交談的護士說：「我

來處理。」她關掉警報並且檢查儀器上的螢幕。她說：「喔，壓力太高了，她大概壓到了管線。」病患正在睡覺，護士將她叫醒，要求她重新調整姿勢，並且檢查管線。之後螢幕上的壓力指數便降了下來。

洗腎儀器以及其他物件在這些場景中扮演著曖昧的角色。以第一個例中的儀器來說，我們看到護士設定洗腎儀器的流速、液體排出量與洗腎時程，所以儀器似乎臣服於護士的命令。在這個意義下，洗腎儀器、人工腎臟及導管等物件(material objects)，是附屬於醫療專業實作的一部分，使醫療專業得以完成工作。有時我們卻也看到，例如第一個例子，洗腎儀器與器材擔綱全局，它們負責所有洗腎行動：轉動幫浦、施壓在管線上、推進與輸送血液。在此，是儀器與器材擔負了大部分的工作。所以，或許我們可以說病歷、病床、體重計，以及其他支持洗腎治療的物件，只是協助醫療專業的工具，但我們絕對不能否認血液透析無法在沒有洗腎儀器、人工腎臟及導管的情況下，順利流出體外、進行過濾，最後流回身體內部。

在第二個例子裡，則是機器負責全局並且指揮人類。機器——而非病人、護士或醫生——偵測到問題、發出警報，並要求援助，然後護士與病患才被召喚過來解決問題。事實上，在洗腎治療的過程中，是機器物件隨時伴隨病患並且為病患工作。當護士完成插入針頭及機器設定，而醫生開完處方後，她們就離開了，但是，人工腎臟、機器與其他物件則繼續工作。就最簡單的功能意義來說，這些物件是非人的行動者(non-human actors)，它們的實作支持著洗腎中的病患。就這個意義來看，非人行動者的實作若非更為重要的話，至少是和其他人類同等重要。³⁴

醫療專業、各種物件，以及作為象徵物件(symbolic objects)的語言文字，一同參與了臨床的洗腎實作。各種物件與人相互混雜，參與構

34 至於非人行動者的地位或限制，離本文的討論太遠而暫不處理。

成胡先生被重新導向的存在(*rerouted existence*)。在此，我並非檢視醫療專業敘事與病患經驗中的心智、意義和意圖。檢視在實作中的異質物體 / 身體(*heterogeneous bodies*)被重新導向的存在，開啟了一個理解病患行動能力的經驗取徑，這是研究病患存在與行動能力的經驗起點。

(四) 中介的存在：社會存在的技術性

由此，洗腎病患不再只是作為純粹、抽象的人類存在。洗腎身體的存在被連結到眾多異質實作，且受到這些實作的支持。儘管關於個體行動能力的集體性的論證直到近年才出現(Barnes 2000)，但社會學家通常隱約假定其他人也涉入個體的存在之中。³⁵但是，我所說的「物件也參與其中」是代表什麼意思？如果洗腎病患是與異質實作行動連結，那存在這些實作中的身體又是指什麼呢？人與非人存在，人類身體與實作中的異質身體的相互關係又是什麼呢？

在此作一個簡短的區別，這裡物質性與身體的相互關係並非海德格式(Heidegger 1977)的悲觀主義，認為經由科技所框架的真實存在或身體會因此失去存在的原真性。我的意思也並非如科學技術的樂觀主義中，認為身體配備了現代醫學、資訊與基因技術所提供的「虛擬—生物—技術強化」(*cyber-bio-technological enhancement*) (Featherstone and Burrow 1995; Williams 2003: 154-179)。亦非 Merleau-Ponty (1962) 那種坐落於世界中心並將自身投射(*project*)於世界的現象學直觀身體；更不是指向那透過可能性條件的後設存在來進行分析、如事物一般被建構的身體概念(Turner 1984)。在此，我的意思是指身體在展演 / 被促動(*enacted*)中被中介(*mediated*)的存在。

促動(*enactment*)³⁶ 的概念與 Judith Butler (1999)以語言學理論中的

35 也就是社會學中的「社會」之意。

36 由於展演經常被誤讀為有意識地操弄外觀，或高夫曼式(Goffmanian)的舞台式自我表現(Goffman 1959)。因此，我傾向使用不易造成此誤解的「促動」。關於促動研究的想法亦可見前文對 Mol 的討論。

言說行動(Austin 1962)發展出的展演(performative)概念相似，這兩個概念都是用來理論化物質化各種論述與物質現實的構成性行動。簡單地說，人類並非存在於且屬於其自身(exist in and of themselves)。一方面，人類是在隨著不同脈絡開展的異質實作中促動而開展成形。另一方面，非人、或者其他人類，也是形構個人存在的中介的一部分。所謂存在，並沒有終極、赤裸裸的「原真存在」，或是任何關於人類存在的絕對真理，有的只是「人類」浮現於異質物件實作與形構中。是這些「被促動的存在」(enacted existence)世俗的、經驗的與技術性的實作，也就是各種社會活動，中介了人之所以參與某些行動、感受，而成為某種人而存在(Latour 2004; Mol and Law 2004)。也因此，人不是存在社會之中，而是社會的各種實作中介了某種人的存在：社會在人之中。在這意義下，人與社會（其他人與非人）的存在是密不可分的，個體的某種存在樣態也無可避免地是由於某種社會性構成的存在。這種我們經常抽象地理解的存在，是在多種具體行動中完成的，這是由存在的技術性切入的一種中介的存在觀。

洗腎病患被重新導向的存在充分體現了這樣的說法。從胡先生進入醫院後不到兩個小時，已經發生許多事；當他走進醫院時，除了十分衰弱與不舒服，他有個與一般人沒什麼不同的身體。³⁷但是兩小時過去後，胡先生的身體與我們一般想像的狀況大不相同；他身體的疆界已不再如我們想像地局限於皮膚內，而是經由人類與事物的實作而拓展開來。簡言之，胡先生的存在不是座落於他的赤裸肉體，而是由他周圍人與物的實作所中介與促動。

因此，根據胡先生被重新導向的存在，我發現我看到的不只是一個個特定面向，我正在跟隨那相互關連的實作的傳遞連結，這些實作中介下的洗腎病患超越了我們想像中的自足的身體存在。

37 根據這個論證，當然每個身體有其不同的被中介的軌跡，也就是說除了洗腎病患之外，其他人類也都是存在於中介之中，試想我們如何依賴工具、科技、物質、建築、甚至衣物，展現、完成我們之所以為我們的自我認同、生活方式、社會型態，甚至是思維方式。洗腎中的身體，特別能凸顯這個論點。

五、追蹤中介中的洗腎身體

從病床畔開始，若我們仔細觀察，身為洗腎病患的樣態正在實作中展現與推移：病患存在來自他人、物件、文本及制度實作的中介與演繹。舉例來說，若我們跟隨醫療設備，便可以從醫院追蹤到生產設備的工廠與公司；若我們跟隨醫療論述，便可以回溯到文獻中的資料與論證，醫學期刊，實驗室、大學及醫院裡頭的研究員；如果跟隨人類，則可以追蹤清潔工，維修洗腎儀器、逆滲透供水及電力供應系統的技師，來自儀器公司的業務員，行政階層，醫生和護士，以及病人及家庭，這種追蹤可指向無窮的方向。病患的存在，是在許多行動交錯中不斷漂移的過程。

以這種中介觀點為基礎，接下來，我首先將追蹤病患的行動，發展「漂移之作」的概念。本文以三個主軸逐步討論由人到物、個體到集體、實然到應然的漂移過程，以及不同漂移之作的交錯。最後，我希望由這幾個面向的漂移之作中的生成與轉化，討論病患參與的行動中所呈現的社會本體論及實踐意涵。

（一）由人到物：人工腎臟清洗室裡的病患存在

首先，我在與病患存在密切相關的另一個場景——人工腎臟清洗室——看到病患存在於不同實作中的萌生與增加。

當護士建議我去看看如何準備人工腎臟時，我的第一站便是人工腎臟清洗室。

我正看著在小房間中工作的林先生。先前當護士請他展示他的工作給我時，他相當驚訝。他說：「喔，我根本不懂洗腎，我只是清洗並且備妥這些重覆使用的 AK（人工腎臟）。」經過一番勸說與鼓勵，林先生將大約 14 個使用過的高效率人工腎臟放在一個大箱子之後，便帶我到這個房

間。

房間的入口處的左手邊有兩台機器，每一台機器都有一個水龍頭開關，開關下面各有個水槽。水槽的左邊有一個小的工作檯，上面有兩個裝著某種液體的小盒子，裡面泡著一些小蓋子。水槽的右邊則是一個比較小型的機器，也有一個水龍頭；機器旁邊是一張記著一些作業指南與要點的紙。入口處的右手側，有四個不鏽鋼架，架子被區隔成許多的小單元。許多格子上貼著名條，有些則沒有。其中某些有人工腎臟，人工腎臟上寫著跟格子一樣的姓名以及一些線條。儘管房間裡裝了一台抽風機，但仍充滿難聞的化學藥劑味，而且相當潮濕。

林先生戴著手套、口罩與圍裙，手套與圍裙都沾滿血與水。林先生說：「這看起來很可怕，但事情很簡單，不要在我這邊浪費你的時間。」其間，他將沾滿血的人工腎臟放在水槽裡，並用水大概沖一下。「現在，我只是粗略洗一下，你可以看到，因為血還沒乾，在人工腎臟表面的血漬就很容易洗掉。」然後，他打開每一個人工腎臟兩端的開口，並且開始準備清洗內部凝固的血液。「之後你要後退，我要用加壓水柱清理人工腎臟的裡面。」我往後退，林先生旋開人工腎臟的蓋子，將水管移到靠近我的那個人工腎臟，並將水灌入。

「加壓水力量很強，它會清掉凝固在人工腎臟纖維裡的小血塊。」水柱力道非常強，以至於有些水從水管與人工腎臟的接口處噴出，產生很大的噪音，難怪房間和地板會這麼潮濕。

兩分鐘後，原本充滿血漬的人工腎臟再度變為白色。林先生將它從龍頭接口拔走，然後走到房間最右側的一台機器，拿起那台機器的水管，將液體注入人工腎臟。「現在，我把醋酸液放進 AK，之前只是洗淨，這個步驟是消毒，浸泡在這個溶液超過 20 小時，可以消滅病毒，所以重新使用人工腎

臟是安全的。但這個酸性溶液對人體有害，要再用之前，我會再用逆滲透水來沖掉酸液，這樣就可以重複使用了。」

人工腎臟注滿醋酸後，林先生拔出龍頭管線，並拿起他左手邊一個箱子裡的蓋子，他解釋：「這些蓋子也泡在酸液裡，你可以看到護士已經將病人的名字以及第一次使用的日期寫在 AK 上，所以我只要把它放在正確的位置。」他將蓋子用螺絲鎖在人工腎臟上，在人工腎臟上做了一行標記，並在第二個架子上找到對應的格子名稱，將人工腎臟放在那兒。

我問：「劃上一行是不是表示人工腎臟已經用過一次了？」林先生回答：「對，除了第一次使用外，人工腎臟可重新使用五次，總共可用六次。所以，沒有一個架子上的人工腎臟有超過五行。」隨後他重複整個過程清洗另一個人工腎臟，但這一次他把人工腎臟擺在第三個架子裡。我注意到雖然每一個架子是相同的，但是其中被標上姓名的格子數量卻不同。我問：「為什麼？它們有什麼不同？為什麼第一個架子有比較多格？」林先生說：「喔，我忘了告訴你，它們是不一樣的。第一個架子是給沒有肝炎的病人、第二個是給 B 肝、第三是 C 型、第四個是 B 和 C 都有的。」林先生說：「重要的是不同架子的 AK 不能接觸，因為肝炎病毒可能會傳播，而病人的 AK 會被污染。」說完這些話之後，他的另一段話，對他自己的工作下了註解：「我的工作就是洗 AK，和確實把它們分開放好，雖然病人可能不知道我，可是這個工作有點重要，因為如果沒有做好，可能會害到病人。」

這是醫院內人工腎臟清潔室的實作，這些實作不同於臨床透析的實作，兩者存在著不同實作中的身體。在洗腎病房，有著基層人員、病患身體、洗腎儀器、人工腎臟與其他物件和人。在這個房間，有著從病患身體流出的血液出現的病毒、人工腎臟、清潔用儀器與水龍頭等等，林先生通常是唯一的人類。在此，沒有一個完整的病患身體

出現在這裡。

然而，儘管有這些差異，病患依舊存在於這個清洗室，而這種存在是與臨床透析的那個肉體緊密連結的。病床畔的實作是關於病患作為一個帶有尿毒的存在，而除了清洗血污外，清洗室實作則有不同考量與需求，這是在病床畔的病患未必認知到，但卻與其存在密切相關的。在此，林先生著重於可能有的病毒，例如上面提到的肝炎病毒。四種病患存在的次級模式（使用過的人工腎臟、鋼架、有標記的標籤與龍頭）被林先生與同僚完成的各式工作所中介為：沒有肝炎、B 型肝炎、C 型肝炎，和同時有 B 型與 C 型肝炎。病患的人工腎臟被清洗、浸泡、標上病患姓名，以便與其他人工腎臟區隔，最後放入不同的架子。

這些異質的物件與人的操作中，一個「沒有病患身體在場的病患」的特殊存在方式，浮現了以事物的秩序而非病患意識、肉體為中心的架構。儘管沒有病患的肉身或意識參與，這種存在對於臨床洗腎中的存在不可或缺：如果林先生與其同僚沒有做好清洗工作，病毒可能會從某個人工腎臟傳到另一個，從清洗室傳到病床，從某個病患的身體傳到其他的身體。最後造成，原本為了治療疾病而來的病患，因此得到另外一種疾病。

這個在異地萌生的實作，因此成為對不在場的病患存在必要的「構成性的外在」(constitutive outside)。對於我們構想的社會本體論來說，這有什麼意涵？當病患身體被重新導向與改變，從病床移往清洗室時，身為病患的中介存在型態(mediated existence)逐漸增多，且有明確轉化。在此，或許我們必須擺脫延續社會學誕生之初的對物質、環境的抗拒，而謹守「純社會」的社會本體論(Parsons 1951; Giddens 1984)。或者謹守著行動者在場的(Parsons 1937)，甚至以行動者為中心——如現象學(Schutz 1973)——的「人本」社會本體論。

儘管「社會」行動者不能被化約為其環境的影響或體質、物理構成，但是，物(materiality)不只做為環境與資源存在，也不只是行動的資源或工具。同樣地，儘管人的存在是我所關注的（詳見結論一

節)，但社會存在不只是有人現身時才存在。身為病患的存在並不是以非此即彼的方式構成：雖然病患並不出現在清洗室，在此萌生的新身體卻是不可或缺，且與病患存在息息相關。也就是說，病患不止一個，其肉身或意識所在也不是其存在的唯一線索。即使沒有病患在場，在不同情境下，病患的存在藉由與其身體的相關操作，在變化中的實作中萌生與被重新形構。因此，我們必須體認，病患身為異質集合體(hybrid collectif)中介的存在(Callon and Law 1995)，會在其他情境的考量與需求中，不斷漂移、經由實作萌生與增加。

（二）在個體與集體之間

其次，如果說中介的存在使個人存在必然是一種社會性存在，那麼，這對漂移之作本體論的意涵是什麼？以下我以個別與集體病患間的兩種關連加以說明。

1. 由個體到集體：媒體上的公共事件

中華民國腎臟基金會(NKF)是台灣資源最豐富的病患團體，建立於 1983 年，前身是人工腎臟之友會。張先生從當時便擔任秘書長迄今。

張先生談到 NKF 推動攸關洗腎病患福利議題的方式，他打開一本剪報（在他的辦公室裡面共有五本），指著一個舊文章的影本，那是刊載於 1987 年的報導之一，標題為「洗腎病患抗議政府延緩施行補助自費洗腎」，報導說病患將為此發動遊行。

張先生說：「你知道，官僚總是很慢，你跟它要求，但你就需要等待，大部分的人等久了等不到就會放棄。但是我們怎麼能等？他們讓我們等上一天、兩天、三天，就會有成千上百的人們沒有洗腎，就尿毒症死掉。別的事可以等，救命的治療可不能等。那時我們有多絕望。所以，我們必須讓社會大眾知道我們的狀況，這樣才能向政府施壓。」

隨後，他打開一期 NKF 發行的《透析通訊》，展示裡面的一些相片。他說：

看，我們請願很多次……但他們還是不關心，可能他們只是認為我們沒辦法對他們怎麼樣，所以忽視我們，照他們自己的方式做。我那時候想如果你不想聽，那我必須把事情弄大、公開出來，所以，我在報紙上寫了很多文章，辦一場遊行，這是照片與新聞。

《透析通訊》中有四張照片，一群男女在馬路上，舉著白色旗幟，上面寫著各種譴責與請願的標語：「沒錢醫病就該死」、「我要活下去」、「請救救農夫、學生、工人與主婦的性命」、「抗議！」張先生說：「你看，當時對洗腎病患來說是很慘的時候。」

因此，除了在政府會議當中與政府官員及醫療專業爭論之外，病患團體也藉由在報紙上寫文章，以及組織遊行以訴諸公眾輿論。事實上，NKF 使用多種策略讓洗腎病患的處境呈現在許多不同的時間和場合中。過去二十多年來，它透過各項行動來增進組織的能見度，以及公眾對於洗腎病患處境的關注，包括辦公益活動與請願運動、發行通訊、傳單和雜誌、在電視與廣播上發表呼籲、推動社會大眾注意器官捐贈與腎臟疾病、去除腎臟疾病的污名以提升洗腎病患的正面形象、尋求國會立委和地方議會議員的支持、在各種民間和政府層級的會議勸說政府官員與腎臟醫學社群，甚至試圖組織一場國際移植會議。

這些 NKF、媒體所中介的病患，還是等同於我們在臨床治療所見到的病患嗎？是也不是。如果我們認為病患存在與行動有其位於病患肉身之中或意識之內的核心，那麼這些媒體中介只是將完整且具原真性的病患存在，化約為片面的悲情，或者說 NKF 只是將個別病患的意見與力量集合起來，匯成一股集體的力量。然而，從漂移之作的觀點來說，這些中介實作實際上促成新的病患存在樣態，也因此促成病患的進一步轉化。

作為影響病患存在的一環，這些在媒體上訴諸公眾的作為，不但使洗腎病患遠遠超越醫院而存在，他們的存在也不再只是個體和私人的議題，而是一個本體論意義上的變化。1980年代並沒有全民健保，龐大的洗腎花費，常讓沒有職業保險的洗腎病患與家屬最終走上破產的命運，許多人甚至因而自殺。正如社會上發生的許多事故，在不同的中介實作中，個人的處境變化可以只是個體的不幸，也可以是社會焦點。透過電視、廣播、雜誌與報紙向大眾揭露這些故事，NKF與其他組織激起了社會的同情與正義感，而報紙也出現了支持的言論。到了1988年左右，這造成政府相當大的壓力，並且立法全額支付有社會保險的病患的洗腎費用，以及補助沒有保險者的80%費用。直到1995年全民健保開始實施之前，相較於其他病患，洗腎病患因此享有相當特殊的待遇。

因此，NKF與媒體的漂移之作啟動了一連串的變化，這些實作對於病患存在的本體論有兩個面向的意涵：這些實作不但中介了作為大眾同情焦點的病患存在的悲慘特質，也轉化了病患存在的規模與樣態。一方面，NKF在街頭，進而媒體上的實作，轉化了病患存在的規模。一位病患的肉體存在可能僅佔據少許的時間與空間，而眾多作為病體集合的一個病患組織在對抗政府上可能是無力的。然而，NKF的這些實作將個人的肉體性和病患組織轉化成不同層次的規模：個別病患的處境成為整個社會所認知的整體病患形象。另一方面，由具體肉身轉化為抽象的文字與圖像，儘管NKF「化約」了病患，但是卻使病患與NKF獲得更大的情感支持與能量。當身體的痛苦轉換成形象與故事而傳播，經由這些集體與公共的中介，對於激發大眾輿論與情感有強大效力，而最終，它甚至讓一個病患組織可以與政府抗衡。

這種轉化對於社會個體與集體存在的關係亦有相當重要的啟示，我們可以發現對個別病患是結構問題的處境，例如當局者的態度、給付政策等，可以在這種規模轉化的過程中，成為病患可以碰觸、甚至是挑戰與改變的。因此，類似結構等社會集體性存在的想法，在漂移之作觀點中必須被重新剖析，重構其於不同時空的實作關係。如此，

社會集體與個體的存在才不至於是根本性的對立，或是二元性，而引發爭議(Giddens 1984; Archer 2003)。我以下一個例子來說明這個議題。

2. 由集體到個體：信封內的隱匿認同

病患的私人與個體的特質能夠變成集體與公共的關懷，但是身為病患並非總是與激起社會關注以及對抗政府這麼戲劇性的事件有關，大部分病患涉入的是較平常的實作。但在其中，我們也可以看到集體性的影響。

我和三位 NKF 的工作人員正在把《透析通訊》裝進信封，工作流程很簡單：首先把 B4 大小的雜誌對摺，再把它放入信封，最後用膠帶密封，將印有姓名與地址的貼紙黏貼於信封上。

這是個無聊的工作。三個小時後我們在休息時，我想到這個工作裡面有一部分是不必要的，所以問李小姐：「為什麼不把雜誌摺疊起來再貼上地址就好了？我知道有很多雜誌都是以這種方式寄的。」李小姐說：「喔，張先生說我們必須這樣作，因為許多病患不希望其他人知道他們正在洗腎，如果我們不用信封，會破壞病患的隱私。會讓不想被別人知道自己是洗腎病患，或是不能被知道是洗腎病患的人感覺不舒服。」

李小姐的話相當有趣，教導我關於這些「多餘」和「瑣碎」實作的重要性，且引領我注意病患個人日常與情感處境中的集體性中介。

像這樣的通訊是重要的，它們告訴病患當前哪些人工腎臟是最好的、洗腎相關疾病的最新發現、近期影響洗腎病患的制度或政策改變，以及如何參與集體行動以捍衛自我的權利。這些通訊除了促成病患成為集體存在，同時也替個人病患在面對自身的洗腎治療上提供工具性知識能力(instrumental knowledgeability)。因此，通訊內的資訊中

介了病患的「科技—醫療」(techno-political)與政治存在。

乍看之下，把通訊放入信封似乎跟這些無關。的確，通訊是否可以不外加信封寄出去？當然可以，通訊如何寄送並不影響其內容。但是，這樣是不夠的。因為洗腎病患並不只是連接於一個生物科技系統，並且需要更新資訊的個體，或是希望瞭解自身權利、關心制度變化的公民而已，他們也是易受歧視、污名與道德危機影響的社會存在 (social beings)。

在這個意義下，儘管封面內部的訊息可以增進病患的知識能力，並激發公共參與，但是封面上的訊息卻可能暴露病患的身分。所以，多加一個信封是為什麼？不為別的，只是為了那些訂閱病患的自尊、隱私與自我認同。如同中華民國腎友協會的成員與黃先生提到他們和腎友互動時的考量，他說：

洗腎病患常被歧視、排除與孤立，腎友會不只為了病患福利而奮鬥。我們也非常關心如何讓病患走出來並且接受自己的處境，讓他們的家庭接受他們，不讓他們覺得自己沒有用及沒價值。但這必須小心地處理，當病患尚未準備好的時候，你不能催促他們，不然你是在傷害他們而不是在幫他們。

所以，正如發送資訊而中介集體認同與知識能力，這些信封如同腎友會的其他努力，都是不同的漂移之作保護病患免受歧視。當他們尚未準備好「出櫃」時，允許他們能夠成為一個「正常」的人，藉此信封中介了病患的「正常」存在。這些算不上是大規模的科技—醫療，或是政治實作，但這些十分瑣碎，卻相當體貼的實作，有助於確保洗腎中的存在成為一個過得去的狀態。

與上面的例子相關，我們要如何理解這其中個體與集體的關連呢？儘管社會與輿論可以在上述媒體、NKF的實作中被動員，而成為支持病患存在的力量，但是，在病患的日常生活中，社會似乎又常常成為歧視、污名與壓力來源。如果，上述 NKF 媒體動員的例子說明

了集體性並非是個別的加總，而是由個體被中介為集體的過程中產生規模與質的變化。那麼，我們可以說社會也是一種這樣的集體存在。那麼這個異於個體存在的社會集體是什麼呢？我們是否應該採納 Durkheim (1964) 所說的，社會存在的集體情感與連帶是一種大於個體總和、先於且外在於個人，如物一般存在的社會事實 (social fact as a thing)，進而根據這些經驗指出社會本身具有兩面性？或者是有其他思考方式呢？

或許是這種集體性中介往往帶有先於且外在於個體的特質，因而，我們很難不注意到病患普遍感覺到這個集體性的作用。然而，如同病患必須藉由大規模中介的實作而引起社會輿論（例如信封與下文的癭管例子），唯有在（且經由）具體實作中壓迫病患的社會歧視與污名，才可能出現或不出現。因此，儘管就每一個單一時空下的個體感受來說，社會集體性似乎一直存在，且似乎先於且外在於此時此地的個體而存在，但是，如果將中介的思考，以及病患團體的具體實作造成規模不一的變化等效果納入考量，我們或許可以換個方向思考。

或許我們不應繼續將社會視為一個持存且大於、外在於個體之物。社會或任何集體性存在的效果可能並非因為作為一個持存的整體而持續有效的，如同 NKF 將此時此地臨床病患的身體，轉化為彼時彼地媒體上的故事與形象，而這些故事與形象進而被不同形式中介到政策會議中，造成政策改變，在此時此地發生作用的社會歧視來源或許不是一個莫可名狀卻無所不在的，而是如同這種一個接著一個，不斷生成與轉化的漂移之作的一種。因此，社會的善心與歧視不是持存與既存的社會兩面性。它們是在具體情境中，在與其他情境的實作的關連中，被激發的效果。將實作與變動的可能納入考量，這些效果的存在便不指向如物的社會集體存在，而是指向相互關連且在實作介入時穩定與轉化程度不一的漂移之作。

（三）由實然到應然：日常生活中的意義與規範

因此，這些瑣碎的實作對於中介病患存在的道德、情感與存在模

式來說是不可或缺的，這些洞見也引領我去體會病患在管理自身洗腎中的存在時經常從事的隱形工作。而這些工作，提醒我們關於漂移之作的規範問題。

我坐在床邊訪問已經洗腎 12 年，目前 40 歲出頭的吳小姐。她正在洗腎，我們談論著她的瘻管，她現在的這個瘻管相當大，看起來像一個沿著她左手臂上從手肘到腕部突起的長形傷疤。她的右食指指向一個位於右手手腕較小的黑色傷疤說：「這是第一個。它撐了大概八年，然後逐漸縮窄，變得越來越小。」她接著談論當第一個瘻管縮小時，她歷經了什麼，說話時她都皺著眉頭，而她不斷搖頭的樣子顯示當時的經驗是相當可怕的。

當她說完，我問：「原先的那一個有像現在這個一樣大嗎？」她說：「不，它比較小。那個時候我比較愛漂亮，所以覺得它很好。但是護士長說：『那重看不重用』，但那時我比較擔心自己的外表，我總是穿有袖子的上衣，或是用繃帶遮住疤，所以人們不會認為我有什麼不同。可是現在，我已經不在乎，你想看？那就看吧！」

「為何你要遮妳的瘻管？」我問，因為在我的訪談與觀察中，大部分男性病患不會遮蓋傷疤，女性病患則會遮掩。她苦笑、嘆氣，回答說：「你知道，某些人會認為洗腎會傳染，或是以為洗腎就沒有用了。我們自己是不會介意，但是一旦人們知道你正在洗腎，他們就會很……」

我問：「可以舉例嗎？」

吳小姐說：「有，但是聽起來很蠢。就是像有人喜歡妳，對妳說話與做事做人都有非常正面的觀感。可是一旦他知道妳在洗腎，一切就有一百八十度的轉變，完全不一樣了。我有很多次這樣的經驗。當然，某些人還不錯，但是大部分的人……當他們知道妳在洗腎，他們就只會認定妳在洗腎，而再

也沒有別的了。不管妳做過什麼，妳做人做事如何、妳的人格，都不算……」

病患進行不同的事情來中介他們的存在，以便於隱藏或堅持他們自身。在吳小姐的例子中，在她能坦然接受自己身為一個洗腎病患之前，為了要作(*in order to be*)一個正常人，她必須讓她的瘻管不被看見。

所以，如同臨床、清洗室、病患團體、媒體、信封都做了某些事而中介、轉化病患的存在，吳小姐自己必須做些什麼以使自己成為什麼。吳小姐的實作極端地細微，只需穿上長袖或繃帶就可達成，但其中的風險卻相當地高，當她沒有如此作，或是沒有適當地做好這些事時，它將會揭露一個她不願透露的秘密，其代價是她的自我價值、尊嚴，甚至社會關係。如同前述信封的實作讓洗腎生活比較過得去，吳小姐的實作簡單、細微，且很日常，但它們與發生在洗腎醫院、媒體，和病患團體的那些較複雜、較大與正式的實作相比，並不會比較不重要。

在另一個意義上，吳小姐的實作也是重要的。如同我們已展示的，病患存在持續不斷地接受中介的過程或多或少有不同旨趣投注其中。這種狀況帶來道德與技術性問題，包括我們如何決定什麼是對病患最好？我們怎麼知道我們的努力會讓事情更好，是對病患賦權(*empower*)而不是適得其反？一方面，病患存在鑲嵌在許多例行實作中，並藉此而不斷地增多。這些實作以不同方式中介病患存在，並提供不同的解決方案，但卻不必然是為病患好(*for the patients*)的實作。舉例來說，儘管制訂政策的人會希望藉由創造更適當的方案來幫助病患，然而根據腎友會成員的說法，這些洗腎政策的改變有時卻降低了洗腎品質。另外一方面，如果我們拋棄關於終極存在的幻想——這也是我在這個研究所做的——那將沒有一個超驗的批判立場，可供提出普遍且正確的解放方針。但如此一來，我們應該做些什麼？我們應該跟隨哪種實作呢？

在回答這些問題之前，我想先指出不同情境下的漂移之作相互連結的問題。正如之前顯示，病患存在是在許多漂移之作連結中發生，但是這並不代表所有漂移之作會直接相關，或是必然會順暢地由一種中介轉移到另一種。有時，行動者必須考量要採取哪些作為，參與何種中介（例如遮或不遮瘻管、重不重複使用人工腎臟），有時，行動者必須拋棄目前的狀態，設法促成新的中介的萌生（例如 NKF 不滿意當時的洗腎政策起而抗爭）。因此，漂移之作並不只有實然問題，而有更多應然問題。在多方連結實作的中介存在中，透析的漂移之作一直充滿應然的規範問題：誰如何做並產生了什麼影響？影響了誰？而我又希望參與何種作為？

這些問題牽涉到在多重中介現實中的實踐問題，對此，我以透析政策與病患團體的不同角度與中介活動加以探討。

（四）誰的現實：漂移之作的交錯與實踐

我在 2003 年曾經訪問中華民國腎友協會(THPA)第一任（1998 至 2000 年）理事長的黃先生，他對於重複使用的人工腎臟以及政府一連串預算刪減感到擔憂與無力感。黃先生提到 1999 年一次健保局策劃政策變革時，他曾經被邀請在政策會議上演講，但很氣憤健保局沒有給協會時間請教專家，而且之前的會議他從未受邀，這次只是要他背書。因此，他大肆批評說：

在三十分鐘的演講，我一個個點名，把那些爛醫院和醫生做的垃圾、沒良心的事情；尤其是 CG 集團的，它們重複用 AK 用到 12 次！甚至小支的 AK 也重複使用！會議裡的很多人都跟這些醫院有關，他們的臉都綠了，但他們活該被羞辱。然後，在我講完前總經理就先走了。我是沒在管你是做官的、醫生或專家：只要你不對，我就會跟你衝。

這是另一種漂移之作，主要由這個會議裡的一位病患——黃先生

——發動，但是，通常的情況是不會有任何病患在場，這也是為什麼病患團體會生氣的原因。但事情並非如此簡單，事實上，還有另一種漂移之作，其中有許多病患「出現」，例如會議資料《末期腎衰竭病患整體照護計畫草案》的第一頁提到：

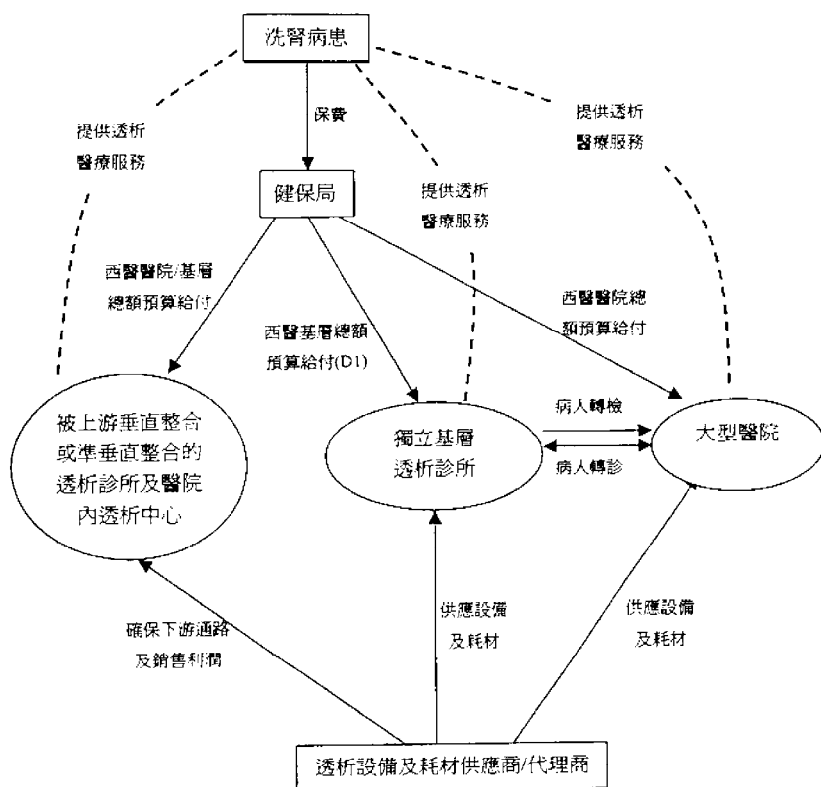
1999年5月，有29,350位病患已發給嚴重疾病卡，並且接受定期的洗腎治療……1997年，洗腎費用共計124億7仟1佰萬新台幣，1998年141億8仟4佰萬。在我們的研究中，根據1997年7月到1998年6月15,806位病患的費用總額，平均每一位病患花費了66萬2仟3百元。(中央健保局1999: 1)

在這裡，我們看到遠比任何醫院更多的病患（29,350位），但他／她們與我在醫院見過的病患不同，為了在有限時間與空間的會議中呈現數量眾多的病患，病患們必須經由數字、圖表、表格、生產流程圖中的點與線、統計圖表的實作呈現，而這些實作與錢有關。這項草案旨在調整病患的身體存在與金錢花費之間的相互關係，教授、醫生、政府官員，甚至在這類會議中很罕見的病患團體，都被找來進行討論。為此，病患被轉化成符合會議目的的存在樣態：一個每人每年花費66萬2仟3百元健保預算的病人。在爾後我曾多次聽到，或甚至在我親身參與的一些會議中，都可以看到類似的病患與透析預算的統計與分析。

然而，並非所有的與會者都同意這是個適當地轉化(translate)或中介病患的方式。黃先生顯然有不同的意見，如他所說，健保局從未給他們足夠時間為這類會議先進行準備或研究，因此黃先生並沒有統計數字，只能試著藉由演講做一些事。黃先生在演講中藉由他的現身與言語，中介了另一種病患存在的模式：惡名昭彰的醫院、不負責任的醫生與重複使用的人工腎臟共同組成的模式。黃先生呈現了不一樣的資料蒐集與整理方式：黃先生透過往來與交談，從病患那邊直接見證

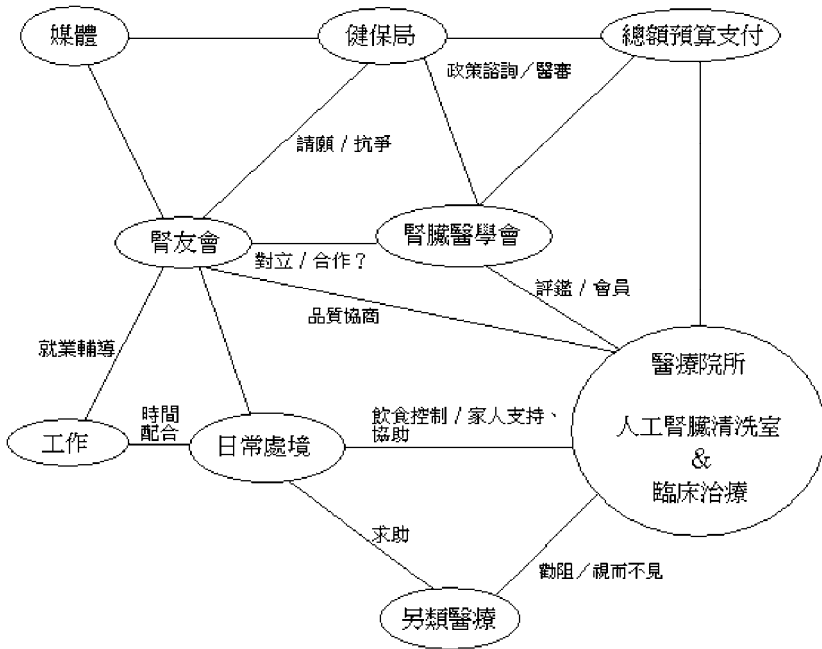
與聽聞。更重要的是黃先生和健保局的病患存在焦點也不相同。健保局關心病患存在的財務面向，呈現「一位病患一年花費多少」的費用問題；病患協會則將病患的治療放在優先地位，因此，黃先生以人工腎臟重複使用問題來強調「什麼是合理的洗腎品質」，而這也是我在拜訪病患團體時經常聽到的說法。

在這兩種實作中，我們可以清楚理解我們總是在選邊站，例如研究如何控管花費，或者研究病患實際在院所的治療處境，對哪些人產生了什麼意涵？但是，如何以漂移之作的思考定位它們呢？以下我以圖三、圖四為範例，圖三是前任基層透析協會的理事長以醫療管理學



圖三 總額預算制度下的透析產業價值網（2003 年以後）

註：引自李素慧(2003: 64)。



圖四 透析品質關係圖（局部）

的眼光分析透析產業時的看法，³⁸ 這個圖勾勒了一種漂移之作，上述的「透析（病患）= 花費」是其中一環，而其他更多部分是關於「透析（病患）= 產值」。相較於此，我以腎友會的活動為基礎，則整理出圖四的不同漂移之作。

如此，會議中不同中介間的競逐呈現透析（病患）的不同面向，而這些面向牽扯的是兩套部分重疊、但又往往大異其趣的漂移之作。這種競逐表示病患的「本質」：作為一個病患代表什麼？他們是在實作中涉入不同旨趣的脈絡化現象。政策分析及開業醫生由醫管的角度關心的是產值與利益，這些關係相對簡單，許多時候是簡單到以數字

38 這是李素慧在台大修EMBA時的論文分析，但由於她身為基層院所代表，因此，她在許多場合的發言與思考都是以此為本。我在許多公開與私下場合聽到這種言論，最近一次是2006年9月基層透析協會的年度研討會，在場與會者除了醫護聽眾，有健保局分區經理、廠商、腎臟醫學會代表，以及我作為腎友會代表。因此她的言論是具有一定影響力的實作，不限於「紙上談兵」。

關係可以貫穿全局。然而，病患關心的是透析與生活品質，甚至是生命的價值，在現實上這些往往也牽涉到預算問題，但我們更可注意到有許多非關「產值」、「花費」的面向。如同之前關於漂移之作的各場景例子所指出的，這些往往是以各種不同的方式相互關連與變化的。

對於描繪漂移之作者來說，其作為也是一種漂移之作，因此也必然面臨這種反省、掙扎與選擇。那麼研究者該如何自處？可能的解答是，研究者必須自覺自己的立場。儘管病患的實作可能看似瑣碎，但它們都很重要。只有藉著緊密地追蹤病患試圖做些什麼，我們才能避免沈迷在大規模的中介或唱高調式的批評。然而，要注意的是病患之間也有許多差異（例如男性不遮掩瘻管，但是很多女性則會），在這些差異中動態關係的重點在於，透過跟隨那些產生病患種種被中介狀態的各式實作，我們將能夠把焦點從「病患」是一種普遍存在，或是生病的本質意涵轉移開來，反倒能發現內在於不同情境與脈絡中的規範意涵，這是一個提供另類批評及政治進程的新基礎。我希望漂移之作除了協助掌握這種多樣化的關係與異質的構成，還能夠協助行動者掌握自身如何在不同行動中促成不同存在模式萌生與穩定的過程。

六、結論：洗腎的漂移之作

身為一個病患(Being a patient)是漂移在各種場域與過程中的，這是病患被中介與被促動的漂移存在。在清洗人工腎臟時，即使沒有肉體存在也可以中介出病患的不同存在樣態；大眾媒體的實作將病患十分私密與個人的存在，轉換成集體與公共的事件；通訊加裝信封的瑣碎實作替病患中介了重要性不下於儀器、政策與團體所中介的社會存在。病患在日常生活中所促動的規範性中介，提供了洗腎存在的技術性面向中，不可或缺的批判根源。在其中，人與物混雜與萌生、個體與集體性在不同時空交會與轉化，而各種規範問題在具體性的實作中逐漸開展而化為現實。

（一）由單一典範到漂移之作

至此，大家已經可以明白我為何一方面同意結構、後結構、病患中心、人類行動導向的單一典範各自的部分發現，但又無法同意將病患的存在與行動局限於各自典範中，而必須另尋出路。於是我轉向病患存在與行動的經驗。

這種追尋具體情境與過程的關連中，病患存在方式與行動的變化方式，已經顯現相當不一樣的景象。這與之前討論的由各種特殊本體論預設觀點出發，探討病患的特定存在處境與行動方式的諸多取徑不同。那麼，我們要如何理解洗腎病患這些或大或小，或抽象或完全實質，或個體或集體，或經驗的或規範的中介，以及它們相互聯繫與變遷的蹤跡？我們所呈現的仍舊是一個單一類屬的「洗腎病患」嗎？或者存在多種病患？病患是作為單一個或多重的存在？病患是作為一個身體或是作為行動中的多重身體而存在？如何理解身為病患是一個過程，又是處於多重處境的存在與行動關連？我們如何可能思考這些問題呢？在此，病患的存在對於社會學者亟欲思考的社會存在有什麼啟示呢？

漂移之作存在於洗腎之中，伴隨著不同形構的異質物、身體與其他符號與制度，在不同情境的實作中被促動，並且不斷變化。各種行動構成的多重醫療現實造就洗腎病患的存在，就像水滴構成潮流，匯集成為海洋一般。這些水滴漂流在海洋中，四處流動，經歷潮水推進，波浪揚升，海洋走向帶動與拖拽。在此過程，水滴們前後上下移動。某些時候，它們與其他事物混合，下一時刻旋即被分開。與此同時，當魚類、船隻、氣流、沙洲、細礫與石頭，和水滴漂移的方向相互平順或扞格時，會產生波浪與渦流進而干擾水滴。如此，儘管漂移在海洋中的水滴被其他事物的作用所形塑，但同時，它們自身也是那些生成潮流與波浪動力的抵抗與推動力量的一部分。它們既被動又主動：它們隨各種事物移動，但也或多或少促使其他事物持續漂移。

經過以透析病患的案例闡述「漂移之作」這個詞彙後，我希望指出兩個對原概念的補充與擴展之處。首先，如前面指出，漂移之作在

Lyotard的思考中是一種批判哲學的政治方案：作為一種批判提案，而非經驗考察。因此，儘管帶有濃厚啟發另類本體論的意味，漂移之作原本就是一種隱喻。若無法落實到具體經驗，這種提示性、隱喻性的批判與實踐，恐怕只會停留在哲學思辯脈絡中。因為漂移之作的提示性論辯原本只指出漂移之作作為不同於大論述的一致化效果的「不是什麼」，而在本研究中，我借用此隱喻，以具體實作經驗，發展本體論的經驗意涵：本文以透析病患的存在處境與行動的關連，闡釋漂移之作作為一種本體論思考的可能。

在此，一方面，我把中介存在與展演、促動的概念帶入漂移當中，用以同時強調「漂移」和「作用」，這是一種在病患的多重牽扯中，或主動或被動地建構行動能力與存在的張力。另一方面，這種主被動交錯的漂移概念，緊緊扣住過程與情境轉換的時間與空間在實作中的變化，相當貼切地捕捉我希望掌握的：身為病患雖然受到各種「建構」力量的影響，但卻沒有忽視病患自身的努力的多重行動的交會。

其次，除了將STS的文獻中，關於科技參與世界構成與行動者的洞見帶入，以更具體闡述漂移之作中的實作面向，在發展其經驗意涵中，本文還將漂移之作原本主要的「系統 vs. 多方實作」的思考，挪用於思考社會學「集體 vs. 個體」、「結構 vs. 施為」的討論，以化解被實體化而看似與個人對立的社會。

在整合各種經驗研究文獻與討論脈絡，以豐富漂移之作的本體論意涵後，我希望未來能以經驗性的漂移之作概念，發展超越社會學中既有結構存在或個體存在優先，或是在何種中間層次的社會本體論爭議，作為思考經驗現象與社會存在和構成的關連的另類工具。

（二）漂移之作本體論

漂移之作的思考是為了捕捉既單一又多重，既為一個實體又為一個過程，既被動又主動，既在一個情境作用又受多個情境發生的變動所牽連，既維持相同又有所不同的存在樣貌，而這正是洗腎實作中的處境。

這帶來不同的本體論思考。當病患的存在被實作中的不同身體所中介時，洗腎中的存在便有所變化。在臨床操作是血液、人工腎臟與瘻管；在人工腎臟清潔是清洗、姓名標籤、架子與病毒；在通訊中是通訊內與外的訊息；在日常生活中是傷疤與衣袖。這些中介實作可能彼此接合、重疊或矛盾。它們織就或重新編織不同情境中，洗腎中的存在的紋理，而身為洗腎病患便漂移在編織實作裡異質身體的紋理的運動、模式與質地中。

如此，談論漂移之作是為了試圖捕捉病患情境千變萬化的特質。藉著從這兒到那兒，某一時刻到另一時刻，某種情境到它種情境的各式漂移之作，病患在多重異質情境被促動與中介了，不同行動者需對應於其他行動者的移動。就像一個海洋若非有漂移的水滴便無法存在和移動，但一個水滴若不處於海洋中也無法漂移。同樣地，病患在實作中，或參與其他行動者一起行動，或作用在它們之上，或回應，或抵抗它們。要衡估病患存在與行動能力並沒有捷徑，唯一之路便是在具體經驗中描繪這些漂移之作中，各種現實處境的紋理與其相互關連的方式與可能性。

這對社會性存在、個體存在的意涵是什麼呢？在此，我僅以此經驗案例，提出一些歸納，未來我將更積極與相關理論對話。首先，討論社會性存在的異質性與開展。作為一種經驗學科，社會學卻劃地自限，一方面，將繽紛多樣的現象化約為背後的潛在機制、意圖或意義、制度關連、建構力量等等，另一方面，將多種異質行動化約為以人為中心的「社會」現象。由透析病患的多種場景的關連，學理上，漂移之作本體論認為存在是在實作中變化、開展，以及因此而中介的多重現實，經驗上，科技使得透析病患的存在彰顯了：異質的物與社會性存在密不可分。

其次，關於漂移之作的中介存在。不同於社會學者經常以研究社會客體與社會主體自居，而將社會本體論局限於社會現實／生物—物理現實、文化／自然、行動者（人）／環境等對立中的前者，而預先區分且限制了社會性存在的可能。正如透析病患並非只是一個病人加

上一部機器、透析病患並非單單進入透析環境一般，透析病患因為多種行動者的行動而使存在成為可能，並也因此成為其中的一部分；漂移之作中對人的社會性的思考是，人是由社會所中介而存在的，社會性並非附加在人原初的肉體或意識之上。

再者，漂移之作可以化解本質性對立或根本不同的集體與個體的存在。對於社會的集體性的思考，衍生出結構、文化等等想法，後來又因此導致應由社會主體或由社會客體解釋社會存在的二元本體論爭議。這方面的思考相當複雜，是漂移之作本體論的核心貢獻所在，未來我會更嚴謹地發展思考。在此僅就上述透析的例證指出，被此時此地的行動者視為獨立、既存且持存的社會集體性存在，其實如上述幾個場景所指出的，是在彼時彼地的不同實作以各種形式（諸如被制訂好的制度、習慣性作法、非成文規範、各種標準化的器物，或特定知識與思考方式）影響此時此地的行動，因此，問題並非溝通社會本體存在的二元論，而是釐清各種漂移之作的萌生、關連、轉化與穩定的關係。

最後，社會本體論作為經驗考察而非「先驗」思考。社會學作為一種經驗學科，在思考社會性存在問題時，往往忘了「社會」存在的多樣性，以學術討論的概念構造為起點，而其思考的社會本體論則是在社會學的論述與研究累積的實作所中介的社會存在。然而，這種藉由大量資料蒐集與經驗累積所中介的視野是一種接近全知全能的立足點，而其中的社會存在基本上是一種「不存在」於任何真實社會情境中的狀態。也因此，這些本體論思考喪失其經驗基礎。漂移之作試圖嘗試的是將社會存在放回社會關係中，唯有如此，我們才能理解不同情境中，不同行動者的許多或許不可理解（或由社會學者的角度來說，缺乏充分資訊或未經深思），但在其處境中又是如此理所當然，又如此明確地影響著社會情勢發展的抉擇與行動。這是因為各個行動者有其當下與相關連情境所中介的社會及其自身的存在樣態，他們的思考、抉擇與行動的可能性，是必須在這些相關連的中介中——也就是漂移之作——才能被理解。因此，漂移之作的思考是企圖將真實社

會關係帶回社會存在的經驗性本體論思考。

儘管由病患行動的經驗現象出發，作為一種關於社會存在與行動的本體論思考，在這些一般的社會本體論意義上，漂移之作也試圖提出相關看法。這些觀點，亦應當能對其他研究領域，且困惑於許多既有解釋架構中，將多元現象化約為單一現實以及殘餘現象、社會性與物質性的關連、集體性與個體性交錯的研究者，指出一個不同於既有思考的概念工具與方向。

（三）促成行動的社會學：漂移之作及實踐

放棄全知全能的企圖，開始追溯不同中介的關連，便喪失了看似中立的客觀位置，因此漂移之作必然關連到價值問題。在此，或許我要陷入一個難題：不滿意現象學和以人為行動中心的人文中心主義思考典範，但也不滿意後結構等後人文主義(post-humanism)的思考；但是在漂移之作討論中，一方面將異質的物帶進關於社會性存在的討論（標準的後人文思考），另一方面又主張在病患的行動中可以找到規範意涵（標準的現象學人文中心）。那麼漂移之作到底如何看待規範這件事呢？或者，漂移之作主張的是何種規範？

在此，我想指出研究者的選擇問題(Becker 1967; Becker and Horowitz 1972; Zola 1991; 林文源 2006)。作為經驗考察，我發現後人文主義的視野較為寬廣，足以容納更多我所觀察的現象，然而，就情感與道德上，我卻發現我總是不可避免地希望由弱勢者——在本文是透析病患——的角度思考利害關係。或許，在此，不同於人文主義以人的本質存在為中心(human-centred)，或後人文主義對此本質預設強烈批判的去人類中心(de-human-centred)，我所持的是一種「以人為重」(human-laden)的態度。身為研究者的一份子，我採納較能涵蓋我所觀察到的多重經驗現實的後結構概念工具，但不認為這些必然與人文主義的價值關懷衝突。同理，身為社會的一份子，在感知我與他人互為主體的存在情境中，我選擇接受人文主義的價值關懷，而關懷病患的另類多樣行動與存在樣態，但不必然要全盤納入其理論上對人的

存在的預設。這點要如何可能呢？這關係到我所謂「促成行動的社會學」的部分思考。

身為處於多方連結實作的中介存在中的研究者，思考到自身學術研究，尤其是概念發展，亦可能成為某種漂移之作的一環時，永遠避不開充滿應然意義的規範問題：誰如何做並產生了什麼影響？影響了誰？而我又希望參與何種作為？醫管的研究角度關心透析產業的產值與效益，病患只是造成這些利潤的因素，而病患們的行動，關心的是在日常生活、臨床醫療、政策與制度上種種關係到品質問題的行動。對前者的分析容易在行動者與制度上，找到跟已經制度化的市場運作與經濟理性相一致的單一成本、利潤、盈餘分配等概念，以衡量相關行動的一致性與整合其關連。但在對後者的分析中，各種關於品質的行動尚未在台灣目前透析操作與醫療體制中被制度化，因此，各種行動的關連方式有許多尚處於多種操作的不穩定的中介中。對這些我籠統稱之為關於品質的漂移之作中的行動者來說，他們應該遵循哪種方向行動，尚未有穩定連結相關處境的明確規範，或是一致的準則。在臨床洗腎室、清洗室、媒體上、病患團體、病患日常生活中，甚至在政策會議上、醫學會、衛生署、健保局等其他單位內，各種行動者有其內在於當下與相關情境間的考量。人們無法依據對人類存在的單一預設為依據，或是任何單一先驗批判，行動者必須決定的是：人工腎臟是否重複使用，如何重複使用？通訊是否應該加信封？是否應該遮掩瘻管？政策會議應該以品質為主或財務為主？甚至是，醫學會是否應該介入評鑑，如何介入評鑑，或如何公布評鑑？衛生署是否應該更積極介入？健保局是否應該將品質要求附加到給付標準中等等。

在此，因為病患團體的力量尚無法以他們關心的制度議題統一其他情境與制度的行動，因此品質議題尚未被制度化，病患參與的多種情境的行動與存在現象因而難以定位，而行動似乎缺乏一致性。因此，這是較難找到一致性行動與存在架構加以分析的。然而，沒有一致性行動與存在並不代表這些行動便是不重要或不真實的。看似具普遍性與人性本質的行動方式與存在現象，正是因為其漂移之作已經如

此穩定、嚴密連結與制度化，以致於已經被誤認為是靜態的普遍性與必然性，而能以一致的行動與存在架構加以理解。相對於此，正是因為某些行動試圖促成的現實是尚未穩定的，因此，我們需要更小心地體察其存在與行動間的變化與連結，才能正視這些不同於「擬似單一現實」的另類現實的存在。

因此，追溯漂移之作中的病患經驗與存在，是一種價值選擇。這並不是以找尋統一分析架構為職志的研究行動的社會學，而是以研究多樣化行動以促成另類現實的穩定的促成行動的社會學。這種另類現實並非來自病患個人的期望，或外在於行動情境的先驗標準，而是來自這些具體處境中不同漂移之作的配合、對抗中的關係。促成行動的社會學因此無法預先決定價值意涵，因為在這些尚未穩定的現實中，同一情境的實作可能由後續漂移之作的連結而改變，而不同實作也在相關漂移之作中有具體效果。因此，漂移之作的思考，不只是關於實然的研究，不是被動地接受已經穩定的某種現實，而是積極地探索尚未穩定的多重現實，更是關於應然的研究：除了帶著探索「實然」社會處境的開放態度，去摸索多種漂移之作的連結與交錯，以掌握正在浮現中的另類社會現象與社會性存在的紋理。更希望以研究的行動，釐清那些尚未穩定的行動與現實，藉此促成這些行動所中介的另類現實的實現。

因此，對我自身而言，研究病患行動與存在不只是增加「行動的社會學研究」或「社會本體論研究」的文獻，我希望達成的是「促成行動的社會學」，而漂移之作是目前的成果。

誌謝：本文改寫與延伸自作者博士論文部分成果，感謝指導教授 John Law 與 Celia Roberts 在寫作當時提供的建議，也感謝 Annemarie Mol 教授在寫作過程提供的相關討論。2005 年以後的田野材料來自國科會專題研究計畫〈描繪社會性的紋理：以血液透析病患團體為例〉（計畫編號 94-2412-H-007-006-），感謝國科會支持。還要感謝在文中接受我訪問與提供許多寶貴文獻的腎臟基金會、腎友會人士，以及腎友，也感謝陳奕宇、蔡明傑在田野、資料與文稿整理上提供的協助。最後並感謝《台灣社會學》兩位匿名審查人，出版編輯謝麗玲小姐、謝國雄主編與編委會關於內容與校訂的寶貴意見。唯文中論點、疏漏與錯誤仍為作者責任。

參考文獻

- 中央健保局(1999)慢性腎衰竭病患整體照顧方案草案。台北：中央健保局。
- 李素慧(2003)總額預算制度下基層透析診所的經營策略研究。台北：台灣大學國際企業學研究所碩士論文。
- 林文源(2001)醫療化再思考。國立台灣大學社會學刊 29: 213-250。
- (2006) 朝向社會紋理的思考：從一個田野經驗談起。審查中。
- (2007) 論 ANT 的行動本體論及其政治性。科技、醫療與社會(4)，即將出刊。
- Abell, Peter (2000) *Sociological Theory and Rational Choice Theory*. Pp. 223-244 in *The Blackwell Companion to Social Theory*, edited by Bryan S. Turner. Oxford: Blackwell.
- Alexander, Jeffery C. (1988) *Action and Its Environment Toward a New Synthesis*. New York: Columbia University Press.
- Althusser, Louis (1971) *Lenin and Philosophy, and Other Essays*. London: New Left Books.
- Anderson, Robert, and Michael Bury, eds. (1988) *Living with Chronic Illness: The Experience of Patients and Their Families*. London: Unwin Hyman.
- Archer, Margaret S. (2000) *Being Human: The Problem of Agency*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (2003) *Structure, Agency and the Internal Conversation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Armstrong, David (1983) *The Political Anatomy of the Body*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (1984) The Patient's View. *Social Science & Medicine* 18: 737-744.
- (1985) Space and Time in British General Practice. *Social Science & Medicine* 20 (7): 659-666.
- (1993) Public Health Spaces and the Fabrication of Identity. *Sociology* 27(3): 393-410.
- (1995) The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of Health and Illness* 17(3): 393-404.
- Aronowitz, Robert (1998) *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Austin, J. Langshaw (1962) *How to Do Things with Words*. Oxford: Clarendon.

- Barad, Karen (1998) Getting Real: Technoscientific Practices and the Materialization of Reality. *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 10(2): 87-128.
- (2003) Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. *Signs: Journal of Women in Culture and Social Studies* 28(3): 801-831.
- Barnes, Barry (2000) *Understanding Agency: Social Theory and Responsible Action*. London: Sage.
- Barry, Andrew (2001) *Political Machines: Governing a Technological Society*. London and New York: Anthlone Press.
- Becker, G., and R. Nachtigall (1992) Eager for Medicalization: The Social Production of Infertility as a Disease. *Sociology of Health & Illness* 14(4): 456-471.
- Becker, Howard (1967) Whose Side Are We On? *Social Problems* 14(3): 239-247.
- Becker, Howard, and Irving Louis Horowitz (1972) Radical Politics and Sociological Research: Observations on Methodology and Ideology. *American Journal of Sociology* 78(1): 48-66.
- Becker, Howard S. (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York and London: Free Press.
- Boston Women's Health Book Collective (1973) *Our Bodies, Ourselves*. New York: Simon and Schuster.
- Bourdieu, Pierre (1977) *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brasen, Els (1992) Has Menstruation Been Medicalised? Or Will It Never Happen. *Sociology of Health & Illness* 14(1): 98-110.
- Broom, Dorothy, and Roslyn Woodard (1996) Medicalization Reconsidered: Toward a Collaborative Approach to Care. *Sociology of Health & Illness* 18(5): 357-378.
- Burkitt, Ian (1999) *Bodies of Thought: Embodiment, Identity and Modernity*. London: Sage.
- Bury, Michael (1982) Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness* 4(2): 167-182.
- Butler, Judith (1993) *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*. New York: Routledge.
- (1999) *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Callon, Michel (1980) Struggles and Negotiations to Define What Is Problematic and

- What Is Not: The Socio-Logic of Translation. Pp. 197-221 in *The Social Profess of Scientific Investigation. Sociology of the Sciences Year Book, vol. 4*, edited by Karin Knorr-Cetina and Aaron Cicourel. Boston: D. Reidel Publishing Company.
- (1986) Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St. Brieuc Bay. Pp. 196-229 in *Power, Action, and Belief: A New Sociology of Knowledge?* edited by John Law. New York: Routledge & Kegan Paul.
- Callon, Michel, and John Law (1995) Agency and the Hybrid Collectif. *South Atlantic Quarterly* 94: 481-507.
- Callon, Michel, and Vololona Rabeharisoa (2004) Gino's Lesson on Humanity: Genetics, Mutual Entanglements and the Sociologist's Role. *Economy and Society* 33: 1-27.
- Cameron, Stewart J. (2002) *A History of the Treatment of Renal Failure*. Oxford: Oxford University Press.
- Conrad, Peter (1979) Types of Medical Social Control. *Sociology of Health & Illness* 1: 1-11.
- (1992) Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 16: 209-232.
- Conrad, Peter, and Joseph W. Schneider (1980) Looking at Levels of Medicalization: A Comment of Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism. *Social Science & Medicine* 14A: 75-79.
- (1985) *Deviance and Medicalization: From Badness to Illness*. Columbus: Merrill.
- Corbin, Juliet, and Anselm L. Strauss (1988) *Understanding Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Crossley, Nick (2001) The Phenomenological Habitus and Its Construction. *Theory and Society* 30: 81-120.
- Csordas, Thomas J., ed. (1994) *Embodied and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dejong, Garben (1984) Independent Living: From Social Movement to Analytical Paradigm. In *The Psychological and Social Impact of Disability*, edited by Robert P. Marinelli and Arthur E. Dell Orto. New York: Springer.
- Deleuze, Gilles, and Felix Guattari (2002) *A Thousand Plateaus*. London and New York: Continuum.
- Denny, E. (1994) New Reproductive Technologies: The View of Women Undergoing

- Treatment. Pp. 207-227 in *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*, edited by Simon J. Williams and Michael Calnan. London: UCL Press.
- Drukker, William (1989) Haemodialysis: A Historical Review. Pp. 21-86 in *Replacement of Renal Function by Dialysis*, edited by Maher John F. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Durkheim, Emile (1964) *The Rules of Sociological Method*. New York: Free Press.
- Ehrenreich, Barbara, and John Ehrenreich (1974) Health Care and Social Control. *Social Policy* 5: 26-40.
- Ehrenreich, Barbara, and Deirdre English (1973) *For Her Own Good: 150 Years of Experts' Advices to Woman*. London: Pluto.
- Eisenberg, L. (1977) Disease and Illness: Distinction between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1(1): 9-23.
- Featherstone, Mike, and Roger Burrows (1995) Culture of Technological Embodiment: An Introduction. *Body and Society* 1: 1-19.
- Figlio, Karl (1982) How Does Illness Mediate Social Relations? Workmen's Compensation and Medico-Legal Practices, 1890-1940. Pp. 174-224 in *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*, edited by Peter Eright and Andrew Treacher. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Foucault, Michel (1965) *Madness and Civilization*. New York: Vintage.
- (1971) *The Archaeology of Knowledge*. New York: Pantheon Books.
- (1975) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage.
- (1979) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage.
- (1980a) *Language, Counter-memory, Practice: Selected Essays and Interviews*. New York: Cornell University Press.
- (1980b) Two Lectures. In *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-77*, edited by Colin Gordon. New York: Pantheon.
- (1987) *The Use of Pleasure*. New York: Vintage.
- (1988a) *The Care of the Self*. New York: Vintage.
- (1988b) The Technology of the Self. Pp. 16-49 in *Technology of the Self*, edited by L. H. Martin and P. Hutton Gutman. London: Travistock Publication.
- (1990) *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction*. New York: Vintage.
- (1991) Question of Method. In *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, edited by Garham Burchell, Colin Gordon, and Peter Miller. London: Harvester

- Wheatsheaf.
- (1997a) Nietzsche, Genealogy and History. Pp. 269-278 in *Michel Foucault: Aesthetics; Essential Works of Foucault 1954-1984*, edited by James D. Faubion. London: Penguin.
- (1997b) On the Genealogy of Ethics. In *Michel Foucault: Ethics, Subjectivity and Truth; Essential Works of Foucault, 1954-1984*, edited by Paul Rabinow. London: Penguin Press.
- Fox, Renée C. (1979) The Medicalization and Demedicalization of American Society. Pp. 465-483 in *Essays in Medical Sociology*, edited by Renée C. Fox. New York: John Wiley and Sons.
- Frank, Arthur W. (1995) *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- (1997) Illness as Moral Occasion: Restoring Agency to Ill People. *Health* 1: 131-48.
- Freidson, Eliot A. (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gabe, Jonathan, and Michael Calnan (1989) The Limits of Medicine: Women's Perception of Medical Technology. *Social Science & Medicine* 28: 223-231.
- Gabe, Jonathan, and Gareth Williams, eds. (1994) *Challenging Medicine*. New York: Routledge.
- Garfinkel, Harold (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, Anthony (1979) *Central Problems in Social Theory*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- (1984) *The Constitution of Society: Outline of a Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Glaser, Barney, and Anselm Strauss (1965) *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- (1968) *Time for Dying*. Chicago: Aldine.
- Goffman, Erving (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Garden City.
- (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor.
- (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Touchstone.
- Gothhill, Matthew, and David Armstrong (1999) Dr. No-body: The Construction of the

- Doctor as an Embodied Subject in British General Practice 1955-97. *Sociology of Health & Illness* 21(1): 1-12.
- Gramsci, Antonio (1992) *Prison Notebooks*. New York: Columbia University Press.
- Griffiths, Frances (1999) Women's Control and Choice Regarding HRT. *Social Science & Medicine* 49: 469-481.
- Haraway, Donna Jeanne (1991) *Simians, Cyborg, and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge.
- (1994) A Game of Cat's Cradle: Science Studies, Feminist Theory, Cultural Studies. *Configurations* 1: 59-71.
- (1997) *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan_Meets_OncoMouse*. New York: Routledge.
- Heidegger, Martin (1962) *Being and Time*. Oxford: Blackwell.
- (1977) *The Question Concerning Technology and Other Essays*. New York: Harper Torchbooks.
- Hughes, Thomas P. (1983) *Networks of Power: Electrification in Western Society, 1880-1930*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hurley, Susan L. (1998) *Consciousness in Action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Illich, Ivan (1975) *Medical Nemesis: The Exploration of Health*. New York: Pantheon Books.
- Jones, Colin, and Roy Porter, eds. (1994) *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*. New York: Routledge.
- Kleinman, Arthur (1988) *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Lachmund, J., and G. Strollberg (1992) *The Social Construction of Illness: Illness and Medical Knowledge in Past and Present*. Germany: Franz Steiner Verlag Struggart.
- Latour, Bruno (1987) *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- (1988) *Irreductions: Part Two of the Pasteurization of France*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- (1993) *We Have Never Been Modern*. Harlow, England: Longman.
- (1999) *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- (2004) How to Talk about the Body? The Normative Dimension of Science

- Studies. *Body and Society* 10: 205-229.
- Law, John (1987) Technology and Heterogeneous Engineering: The Case of Portuguese Expansion. Pp. 111-134 in *The Social Construction of Technological Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*, edited by Weber Bijker, Thomas P. Hughes, and Trevor J. Pinch. Cambridge, MA: MIT Press.
- (1994) *Organizing Modernity*. Oxford: Blackwell.
- (2004) *After Method*. London and New York: Routledge.
- Leder, Drew (1990) *The Absent Body*. Chicago: Chicago University Press.
- , ed. (1992) *The Body in Medical Thought and Practice*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Loenberg, J., and F. Davis (1994) Beyond Medicalization-Demmedicalization: The Case of Holistic Health. *Sociology of Health & Illness* 16(5): 579-599.
- Lupton, Debora (1997) Foucault and the Medicalization Critique. In *Foucault, Health and Medicine*, edited by A. Peterson and R. Bunton. New York: Routledge.
- (2000) The Social Construction of Medicine and the Body. In *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, edited by Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick, and Susan C. Scrimshaw. New York: Routledge.
- Lyotard, Jean-Francois (1984) *Driftworks*. New York: Semiotext.
- Mackenzie, Adrian (2002) *Transductions: Bodies and Machines at Speed*. London: Continuum.
- Maher, John P. (1989) *Replacement of Renal Function by Dialysis: A Textbook of Dialysis*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Marx, Karl (1971) *Karl Marx: Economy, Class and Social Revolution*. London: Joseph.
- McBride, Patrick T. (1979) *Genesis of the Artificial Kidney*. Cleveland: Baxter Travenol.
- Merleau-Ponty, Maurice (1962) *Phenomenology of Perception*. New York: Routledge and Kegan Paul.
- Michael, Mike (2000) *Reconnecting Culture, Technology and Nature: From Society to Heterogeneity*. New York: Routledge.
- Mol, Annemarie (1999) Ontological Politics: A Word and Some Questions. Pp. 74-89 in *Actor Network Theory and After*, edited by John Law and John Hassard. Oxford: Blackwell.
- (2002) *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham and London: Duke University Press.
- Mol, Annemarie, and John Law (2004) *Situated Bodies and Distributed Selves: Enacting*

- Hypoglycaemia. *Body and Society* 10: 43-62.
- Mouzelis, Nicos (1995) *Social Theory: What Went Wrong?* New York: Routledge.
- Murphy, Robert F. (1987) *The Body Silent*. New York: Henry Holt and Company.
- Navarro, Vicente (1975) The Industrialization of Fetishism or the Fetishism of Industrialization: A Critique of Ivan Illich. *International Journal of Health Services* 5 (3): 351-371.
- (1976) *Medicine Under Capitalism*. New York: Prodist.
- (1978) *Class Struggle, the State and Medicine*. London: Martin Robertson.
- (1980) Work, Ideology and Medicine. *International Journal of Health Services* 10: 523-550.
- (1982) The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Resources in Latin America. Pp. 15-36 in *Imperialism, Health and Medicine*, edited by Vicente Navarro. London: Pluto.
- (2002a) Health and Equity in the World in the Era of "Globalization". Pp. 109-119 in *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, edited by Vicente Navarro. New York: Baywood.
- (2002b) The Political Economy of the Welfare State in Developed Capitalist Countries. Pp. 121-169 in *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, edited by Vicente Navarro. New York: Baywood.
- O'Neill, John (1985) *The Five Bodies: The Shape of Human Society*. New York and London: Cornell University Press.
- (1989) *The Communicative Body*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Oinas, E. (1998) Medicalization by Whom? Accounts of Menstruation Conveyed by Young Women and Medical Experts in Medical Columns. *Sociology of Health & Illness* 20: 52-70.
- Osborne, T. (1994) On Anti-Medicine and Clinical Reason. Pp. 28-47 in *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*, edited by Colin Jones and Roy Porter. New York: Routledge.
- Parsons, Talcott (1937) *The Structure of Social Action*. New York: Free Press.
- (1951) *The Social System*. New York: Free Press.
- Peterson, Alan, and Robin Bunton, eds. (1997) *Foucault: Health and Medicine*. New York: Routledge.
- Pickering, Andrew (1995) *The Mangle of Practice: Time, Agency, and Science*. Chicago

- and London: The University of Chicago Press.
- Reeders, L. (1972) The Patient as Consumer. *Journal of Health and Social Behavior* 3: 406-412.
- Ricoeur, Paul (1981) *Hermeneutics and the Human Sciences: Essays on Language, Action and Interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (1991) *From Text to Action: Essays in Hermeneutics*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Riessman, Catherine K. (1983) Women and Medicalization: A New Perspective. *Social Policy* 14: 3-18.
- Rosenberg, Charles (1992) *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Rouse, Joseph (1987) *Knowledge and Power: Toward a Political Philosophy of Science*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- (1996) *Engaging Science: How to Understand Its Practices Philosophically*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- Saks, M. (1994) The Alternative Medicine. Pp. 84-103 in *Challenging Medicine*, edited by Jonathan Gabe, D. Kelleher, and Gareth Williams. London and New York: Routledge.
- Savo, C. (1983) Self-Care and Empowerment: A Case Study. *Social Policy* 14: 19-21.
- Schutz, Alfred (1973) *The Structures of the Life-World*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Seymour, Jane Elizabeth (1999) Revisiting Medicalization and "Natural" Death. *Social Science & Medicine* 49: 691-704.
- Shapin, Steven, and Simon Scaffer (1985) *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle, and the Experimental Life*. Princeton: Princeton University Press.
- Shilling, Chris (1993) *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- (1997) The Undersocialized Conception of the Embodied Agent in Modern Sociology. *Sociology* 31: 737-754.
- Shilling, Chris, and Philip A. Mellor (1996) Embodiment, Structuration Theory and Modernity: Mind/Body Dualism and the Representation of Sensuality. *Body and Society* 14: 1-15.
- Stein, Andy, and Janet Wild (1999) *Kidney Failure Explained: Everything You Always Wanted to Know about Dialysis and Kidney Transplants but Were Afraid to Ask*. London: Class Publishing.

- Strong, Philip (1979) Sociological Imperialism and the Profession of Medicine: A Critical Examination of the Thesis of Medical Imperialism. *Social Science & Medicine* 13: 199-215.
- (1984) View Points: The Academic Enrichment of Medicine. *Sociology of Health & Illness* 6(3): 339-358.
- Toombs, S. Kay (1992) The Body in Multiple Sclerosis: A Patients' Perspective. Pp. 392-398 in *The Body in Medical Thought and Practice*, edited by Drew Leder. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- (1993) *The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Difference of Physician and Patient*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Turner, Bryan S. (1984) *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. Oxford: Basil Blackwell.
- Twaddle, Andrew (1981) *Sickness Behavior and the Sick Role*. Cambridge, MA: Schenkman.
- Ullman, D. (1983) Medical Monopoly vs. Alternative Health Care. *Social Policy* 14(1): 27-28.
- USRDS (2004) 2004 Annual Data Report. In *Annual Data Report*. Minneapolis, MN: USRDS Coordinating Center (<http://www.usrds.org/adr.htm>).
- Waitzkin, Howard (1991) *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal With Social Problems*. London: Yale University Press.
- Wiener, Carolyn, Shizuko. Fagerhaugh, Anselm. Strauss, and Barbara Suczek (1980) Patient Power: Complex Issues Need Complex Answers. *Social Policy* 11(2): 30-38.
- Williams, Simon (2001) Sociological Imperialism and the Profession of Medicine Revised: Where Are We Now? *Sociology of Health & Illness* 23(2): 135-158.
- (2003) *Medicine and the Body*. London: Sage.
- Williams, Simon, and Gillian Bendelow (1998) In Search of the "Missing Body": Pain, Suffering and the (Post)Modernism Condition. In *Modernity, Medicine, and Health: Medical Sociology towards 2000*, edited by Graham Scamber and Paul Higgs. New York: Routledge.
- Williams, Simon, and Michael Calnan (1996a) The "Limits" of Medicalization? Modern Medicine and the Lay Populace. *Social Science & Medicine* 42: 1609-1620.
- (1996b) Modern Medicine and the Lay Populace. In *Modern Medicine: Lay Perspective and Experiences*, edited by Simon Williams and Michael Calnan. London: University of London Press.

Wright, Peter, and Andrew Treacher (1982) *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Zola, Irving (1972) Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review* 20: 487-504.

—— (1991) Bring Our Bodies and Our Selves Back In: Reflections on the Past, Present and Future of "Medical Sociology". *Journal of Health and Social Behavior* 32: 1-16.

從自身出發

林文源

我對血液透析的體驗已有十六年，觀察則有十年之久。從當初在碩士班時體會到「切身政治性」開始，因為自身的病史，我從原本對勞工議題的關懷轉向當時在台灣學界意義尚不明確的病患身體與行動研究。進入這領域後，隨著閱讀與各種機會的田野，除了病患身體與疾病經驗之外，醫病互動、醫療論述、病患團體、政策、透析科技、腎臟醫學相關學會與組織、政府有關單位、廠商等，一一進入我的視野。

過程中，我的學術思考逐漸擴大，試圖進一步釐清各個紛雜現象間的相互關連，而行動上，也進入不同參與層面。但因為既有理論語言的各自偏好與預設，我總覺得參與時的考量是一回事，而學術思考又是另外一回事，兩者多少是分裂的。後來，我在博士研究嘗試深入探討病患行動能力的構成與轉化，一方面我希望整合透析醫療場域中對各種行動現象的分析，另一方面，我希望找出能夠更為貼近我所關心的病患行動的分析語言，期望能不再學術思考與實踐思考分裂地面對我對透析醫療的學術研究與參與。

本文中提出的「漂移之作」本體論，以及正在發展的「社會紋理」是深化我博士研究提出的「轉化性行動能力」的思考基礎與延伸，我希望藉由發展這些概念，並與既有社會學理論諸多預設對話，總結過去對身體、存在、科技、行動的相關研究。這些發展中的概念，較為保守地說，對我個人而言或多或少是對過去十年來我自己在學術、參與、身體與生命經驗間的來回擺盪過程，試圖以學術語言對某種生命樣態的存在做一個概念上的交代。較為積極地說，我隱約感到在知識、科技與權力策略部署處於弱勢位置的血液透析病患案例中，捕捉到的物質、理念與身體的交會、流動，與相互構成過程，似乎具體而微地體現社會行動者的處境，而能給社會學思考一些啟發。

未來這些概念能轉化成何種樣貌，或能有多少效力仍是不確定的。但至少，由轉化性行動能力，到漂移之作，到社會紋理（或許加上隱約地有一個呼之欲出的關於權力的概念），一方面，是我當前試圖沈澱我正式接觸社會學後迄今的思考，另一方面也是奠定未來研究

的基礎。尤其是目前我即將開始一系列田野難度頗大，且在目前台灣社會學與科技研究學界定位也尚不清楚的實驗室研究，我希望在此新領域中進一步檢驗與擴充過去的這些思考成果。另一方面，我希望這套分析語言能夠給我更清晰的視野釐清台灣透析界的權力地景，以定位自身在其中的作用，以及面對各相關參與團體時的策略，結束我在學術與參與思考的精神分裂狀態。

然而，這些概念會不會太「後現代」了？會不會無法貼切本地社會？這幾天備課時，看到 F. Block 的一段話，我覺得很貼切地說出轉化性行動能力、漂移之作，與社會紋理的企圖。他說：「建構社會理論總是一項政治行動；任何一個關於社會制度如何運作、以及個體在特定情境下如何抉擇的分析，從來都不是全然客觀的。但這不意味著任何關於未來的圖像都是不相上下的。對那些努力尋找關於社會現實的不同社會群體而言，不同的社會藍圖在協助其理解自身經驗上自有差異。」我期許，或許這種以開放過程為基礎的本體論與相關概念，除了描繪科技使用者、醫療體制弱勢者的處境，也能夠發展出以科技後進、在諸多力量交會中生存的社會與歷史脈絡為核心的理論架構。這是我希望未來我學術與參與上的漂移之作可以做到的。