

醫「用」關係的知識與權力

成令方

高雄醫學大學性別研究所

醫病關係長期以來深受詬病，近年來醫界也開始出現反省的聲音。本文提出以「醫用關係」的思考模式來重新思考這個醫療社會學中的核心議題。「醫用關係」中的醫療專業者不限於醫師，還包括護士與其他醫療專業者；而醫療使用者則包括所謂的病患與尋求醫訊的民眾。「醫用關係」的思考可以讓我們看到一個比我們熟知的「醫病關係」還更複雜的圖像：在診療情境具有相當的「不確定性」的情況下，加上醫療者和使用者都是「多重認同的主體」，他們之間的互動具有多樣知識的交流和微觀權力運作的關係。因此，筆者主張不再以病人的滿意度和醫病溝通中的遵從醫囑為研究對象，而以知識和權力為「醫用關係」的問題核心之一。筆者以婦產科門診的經驗研究來說明，醫用互動時，在知識的交流方面，包括了醫學知識、社會論述與個人隱微的知識。至於權力的運用，不是完全如我們預設的來自單方面醫療專業者，醫療使用者也會採取策略進行協商、挑戰甚至乾脆出走。本文的討論期望給予醫療專業者反省思考的空間，而使用者也可以認知到有充權的可能性。

關鍵詞：醫病關係、知識、權力、多元認同、婦產科

The doctor-patient relationship has long been the target for critics, and some reflexive views on the topic recently emerging from the Taiwanese medical profession. In this paper, I propose using the 'professional-user relationship' as an alternative approach to analyzing this core medical sociology issue. Here the professionals include doctors, nurses and other para-medical staff, while the user population consists of patients and others using medical resources. I believe the 'professional-user relationship' approach allows us to address the complexities of the issue better than the 'doctor-patient relationship' as it is generally understood. Due to the uncertainty involved with medical diagnoses and treatment, and given the fact that both professionals and users are subjects of multiple identities, interactions between the two are filled with various kind of knowledge and took place at micro-power level. I therefore argue in favor of shifting the current research focus from patient satisfaction and compliance to professional-user's knowledge and power. The gynecological encounters between the professionals and users serve as examples illustrating the nature of knowledge and power involved in such interactions-- knowledge including biomedical knowledge, social discourses and tacit knowledge held by individuals, and power meaning held by professionals as we usually assumed as well as held by users adopting strategies to negotiate outcomes, challenge decisions or simply turn to other choices. The discussion aims to provide the professionals with ideas for reflection and to show users a possibility of empowerment.

Keywords: doctor-patient relationship, knowledge, power, multiple identities, gynecology

在醫學上是沒有什麼絕對的東西。任何一個醫師如果絕對相信他的診斷是對的，或是感覺他所提供的治療是絕對有效沒有問題的，則這個醫師根本就不知道自己在講什麼，所以民眾必須避開這種醫師。——美國內科教授 Berczeller 在《醫師和病人》一書中的建議，引自王國裕(1997)

現代醫療是一種科學，而診治病人的行為卻是超越科學的，換句話說，診治的行為是一種社會學，因為我們不能忽視人性因素與文化背景對病人的影響。——引自黃達夫(1999)《用心聆聽：黃達夫改寫醫病關係》

一、前言

醫療糾紛是社會大眾最耳熟能詳，通常也最吸引媒體報導。很多人會怪罪於醫病之間的溝通出了問題，也有人認為這多少是因為病患權利意識的提昇所致。無論原因為何，醫療糾紛是醫病關係跌入谷底難以修復的表徵。民眾因就醫而受到致命傷害的消息時有所聞，而且由來已久。受害者家屬以民俗抗爭的方式（如抬棺、撒冥紙）求取個人精神和肉體的補償，直到過去二、三年間才出現訴諸集體力量的自救團體，例如：「中華民國醫療人權促進會」，「愛滋感染者權益促進會」、「罕見疾病基金會」和「中華浮木濟世會」（吳嘉苓 2000）。2000 年 12 月「台灣醫療改革基金會籌備處」的成立，更說明醫病關係的嚴重惡化已令有識之士忍無可忍。¹

近二年，醫界本身也開始正視到廣為民衆詬病的醫病關係，有幾位資深醫師出書，暢談他們行醫經驗中的醫病關係，強調醫師應該有

1 該基金會的成立源於婦產科醫療糾紛，2000 年 12 月 17 日以發表「台灣民眾的門診經驗」和「台灣民眾的拿藥經驗」調查報告作為其宣言的核心部份。

「視病如親」、「治病人而不是治病」的態度（黃達夫 1999; 賴其萬 2000）。2000 年五月，在台大醫學院舉辦的「醫學倫理研討會」以「醫病關係」為主題，顯示醫界企圖集思廣益認真面對此問題。

其實，台灣學界很早就開始研究「醫病關係」。最早可以追溯到人類學家 Arthur Kleinman 的研究，他在 1960 年代末期收集不少因精神問題求醫就診的醫病關係資料(Kleinman 1980)。到了 1980 年代，「醫病關係」越來越受到關心公共衛生、衛生教育以及社會學等學界人士的重視（吳就君 1981; 楊志良 1986; 詹麗綺 1987; 鍾國彪 1988; 曲同光 1990; 游祥祺 1990; 鄭麗寶 1990; 陳黛娜 1997; 許文耀等 1997; 張荳雲 1998a, 1998b; 張珏等 1998; 林文源 1998; 成令方 2000）。雖然各方關心的議題各異其趣，但是基本上，大家都認為「醫病關係」是當代醫療的重要議題，需要認真對待，這就是本文的緣由。

到底台灣學界研究者為我們描繪出怎樣的「醫病關係」？綜合他們的研究如下：醫師與病人接觸的時間，依據 Kleinman(1980)和鍾國彪(1988)的研究，約三分多鐘，按曲同光(1990)對基層醫師的研究，則是約六分多鐘。造成這樣的情形有些醫師歸因於健保的支付安排，醫師必須看太多的病人致使看診時間短促，以及醫療品質低落。² 在這短暫的接觸當中，有一半以上的醫師沒問與症狀有關的問題，絕少數的醫生會問到與病人家庭和生活相關的問題（Kleinman 1980; 鍾國彪 1988; 鄭麗寶 1990）。在診斷過程中，醫師和病人之間的溝通問題很大，例如：很多病人沒有提供醫師充足的資訊，他們在看診時，成為「隱形病人」（張荳雲 1998a）；超過二分之一的病人說醫師不曾解釋他們生了什麼病（吳就君 1981）；醫師會因為病人是榮民或貧民而和他們的互動關係低（詹麗綺 1987）；在溝通上，醫生使用的技術語言使病人不易瞭解（Kleinman 1980; 詹麗綺 1987; 許文耀等 1997）。在決定開刀或深入檢查時，約有 85%的病人沒有參與檢查的決策過

2 這類的意見常見於媒體報導。2000 年 4 月 30 日筆者參加由台北市女性權益促進會舉辦的「台灣女人與婦產科醫師的親密對談」座談會，也出現這類的意見。

程，而且病人與家屬對醫師有託付式的順從（鄭麗寶 1990；張荳雲 1998a）。甚至有研究指出，在婦女進行子宮切除術前，醫師選擇性地提供手術資訊，誘使病患做出要做手術的決定（張珣等 1998）。我所訪談到過婦產科看診的婦女，很多是針對醫護人員不注重看診者隱私的抱怨，使得她們怯於踏進婦產科門診（成令方 2000）。由於診治效果以及醫病之間的溝通不良，病人傾向於「逛醫師」（doctor-shopping），四處比較（張荳雲 1998b）。

不可否認，如果門診人數降低、看診時間增長，醫師問診時或許有更多的機會問詢病人，若加上病人也積極告知與病狀相關的訊息，醫療互動和溝通多少得以改善。然而，這樣的改善，並未挑戰到醫療關係的二個基本核心：醫師的專業知識與專業權力，因此令人詬病的「醫病關係」在某一程度還是會繼續下去。

為什麼醫療互動關係中，「知識」與「權力」是二個基本核心？我們都知道病人登門求醫的主要原因是相信醫療專業者擁有奧秘難解的知識(esoteric knowledge)，那是求診者無法擁有的。然而，已有眾多社會學者研究歐美專業發展的歷史過程（Larson 1977；Turner 1987；Collins 1990）指出任何一種專業知識要取得崇高的地位，必須藉著壟斷知識取得的方式（例如：提高門檻縮窄入門的管道），使學術機構為此專業知識背書（例如：高級學府授予學位），並獲得政府的支持以便在市場中取得獨佔的地位（例如：立法規範發執照給有特定資格的一些人），排擠其他專業（例如：婦產科對助產士的矮化定位），製造神秘令人崇拜的形象（例如：有特殊才能的人才適合從事此專業）。這是經過長期的歷史過程，醫療專業才能獲得如今的社會地位與權威（例如：醫療專業在台灣特有的崇高地位與日本殖民政策的規範特別密切）（陳君愷 1992；Cheng 1998）。

此外，如果這專業知識可以被簡化成一些原理和條例式的知識，讓外行人按著指引書籍一步一步練習就可以學會，即技術性(technicality)的知識比例高，很多人可以依書籍的指引學得知識的話，專業者就沒有理由繼續維繫他們崇高的地位。因此 H. Jamous and B. Peloille

(1970)指出，某專業的專業知識所具有解釋的「不明確性」(indeterminacy) 比例越高，相對地技術性的比例就會越低；若該專業的社會地位越高，其奧秘的知識就越受到社會的肯定，求診者在面對醫療專業者時，就越無力抗拒其權力。可見專業知識與專業權力是一體的兩面。

在本文一開始，我引用了兩段來自醫師的引言，雖然二人討論的對象不同：Berczeller 教授針對醫師的診斷和治療，黃達夫醫師談的則是診治病人的行爲；但他們都點出了醫療關係的重要特色，那就是，醫師在應用生物醫學專業知識做診斷和治療時，充滿了「不確定性」(uncertainty)；而且，醫師和求診者的互動和溝通是在「社會文化」的場域中進行「不確定」的資訊交換。

Berczeller 教授所謂的「不確定性」，與前面所言，越專業的知識越充滿了解釋的「不明確性」，相互輝映。由於醫療關係充滿了診斷解釋的「不明確性」和治療效果的「不確定性」，使得醫師必須採取比較自我保護的策略，例如：不多說也不多讓求診者發問，運用專業權力讓求診者順服聽從，不讓他們懷疑專業者的診治效果。

黃達夫醫師談的「社會文化」的場域是指，求診者和醫護人員都深受社會文化的影響，醫護人員運用專業權力與求診者互動，雙方的性別、階級、族群、世代等社會位置必然扮演重要的角色。台灣的醫護人員，特別是很多醫師，往往受限於中產階級／漢人／都會的生活經驗與視野 (Waitzkin 1991; Cheng 1998)，與原住民和社會底層的勞工貧民頗有隔閡，彼此也存有偏見，他們在與求診者互動溝通時，必然從他們的性別、階級、族群、世代的位置出發，有其限制。此外，醫護人員在應用生物醫學診治時，也會帶有「個人特色」或因為外在條件的限制而採不同的診療方法，例如：有些醫師傾向多用侵入式的療法，因為他所處的大醫院有此設備，或他本人正在做某一實驗。有些醫生因為個人的生活信念或身體經驗傾向少開藥，囑咐求診者注重飲食作息。醫護人員，特別是醫師，雖然有「套餐式」的生物醫學知識和診療方法，但是他們仍然是受到社會文化形塑出來的個人，具有

「多重認同的主體」(subject with multiple identities)，在應用生物醫學知識時，醫師之間對醫學知識的應用也會有所差異，並摻入他們個人認同的「社會論述」和個人身體經驗累積而得的「隱微知識」。

求診者固然接受專業者的權威知識，但是他們不只是身體寄居疾病的「病患」，還可能是會「逛醫師」的個人消費者，也是享有國家健康保險的「被保險人」，也可能會是抬棺抗議公開陳情喊冤的「公民」；此外，他們的身份可能是有社會資源的達官貴人、不為社會認同的性工作者，處於社會底層的老榮民和原住民勞工，或是少不更事的年輕少男少女，總之，求診者與醫師類似，也是具有「多重認同的主體」。³ 正因為他們有這樣多重的認同，他們對自己身體的認識與對醫療的看法必然呈現多樣性，也就是說，他們也會擁有多重的業餘知識，對自己身體的狀況可能具有多重的隱微知識。

醫療專業的權力運作，固然其背後有國家政策、醫療制度和教育體制的支持，但是卻不是單面向的。Michel Foucault (1980)提出的「微視權力」(micro-power)觀點讓我們看到，看診時的互動充滿著雙方，甚至三方（還加上護士或家屬）彼此運作權力的軌跡：例如，醫師診斷要開刀，求診者懷疑想要多賺錢而拒絕，開始去「逛醫師」；求診者不斷問詢病況，醫師沒把握就推說「再觀察看看」；家屬陪診，與醫護人員互動影響診療結果。擁有普同性生物醫學知識者，往往受限於中產階級經驗和視野的醫護人員，他們與求診者相遇時，雙方或三方的「多重認同的主體」在互動中充滿很多策略的運用：彼此信任、協商、角力、妥協、抗拒、順服、懷疑、鬥智、出走、心服口服、陽奉陰違等。要瞭解造成如此多重矛盾並行的行為，有很多的角度和切入點，本文要探討的是長期來以台灣醫界、學界、社會大眾都忽略的醫療互動的知識交流與權力運作策略。

在本文中，我想嘗試探討的是，醫師與前來看診的人從開始接觸到結束（平均大約三到六分鐘之間）：問詢、回答、對話、做身體檢

3 感謝一位評審人提醒「行動者」具有的多重主體特色。

查、寫診斷報告、開處方箋或轉診，這一連串的活動中，包含雙方（醫療專業者、醫療使用者）之間的知識的交流和權力的運作。我要藉著一些經驗研究，提出「醫用關係」的概念，作為未來可能出現的「反思的專業者—充權的使用者」(reflexive professional-empowered user) 鋪路。在「醫用關係」的思考模式中，知識與權力是其中核心的議題之一。

在寫作的安排上，首先簡要討論台灣德高望重醫師的看法，以及台灣學界「醫病關係」研究的方向及其限制，說明目前台灣相關的論述有其盲點。接下來，筆者將以婦女看婦產科門診的經驗以及婦產科醫師訪談的資料為主要經驗研究來源。⁴ 筆者充分意識到，婦產科門診的經驗不能完全代表其他科別和住院診治的醫療關係，但是從本文的討論中，讀者會發現這些案例的確能呈現醫療專業者和使用者互動時的特色：即醫療專業知識的應用有多重盲點，資訊交換充滿了不確定性，不對等的權力關係更阻礙了資訊的交流。因而，在最後一節，我企圖提出替代性的思考與建議：即從過去「醫病關係」的思考模式轉向到未來可能的「醫用關係」的思考模式。結論部份，則總結「醫用關係」的思考模式對我們理解令人詬病的現狀可以有的啟發。

本文除了展現學術觀點的爭辯外，還具有政策實用的關注：作者期望醫護專業人員與醫療教育者能意識到，醫療專業者與使用者之間的互動和溝通充滿複雜不確定性，因而進一步瞭解到生物醫學知識可應用的限制，以及醫療使用者不是全然被動無知，若能尊重使用者的知識有助於診療的功效。至於對醫療資源使用者而言，作者也希望本

4 婦產科的資料來源有三類：

1. 對醫師進行深度訪談：三位在台北縣診所執業的醫師（65歲的女醫師、50歲出頭的女醫師、43歲的男醫師）和四位在區域醫院服務的男醫師（約30到40多歲左右）。
2. 對看婦產科的女人進行深度訪談，依年齡分成二個類別：年輕女人（35歲以下）和中年女人（35到50多歲）。年輕女人以大專教育程度的為主（訪談了22人），中年女人則為高職和中下教育程度的為主（訪談了20人）。所訪談的女人都以都市居民、異性戀為主。
3. 三次婦產科門診的參與觀察，每次二至三小時，共觀察了三十多場看診的「醫療展演」。另外還追蹤訪談四位觀察過的求診者，以便進一步瞭解她們看診的經驗。本人的實證資料不曾探討同性戀者與性工作看婦產科的經驗。性工作對婦產科的門診的看法和經驗會不會大不相同？這還需要進一步的探討。

研究可以讓他們更意識到，他們業餘的醫療知識和對自己身體的知識有可發揮力量的地方。只有在這樣的認識下，長久被詬病的「醫病關係」才可能突破目前的瓶頸，形成彼此對等相互學習的基礎，建立良好的互動關係。

二、測繪醫師和學界的論述和研究

在尚未進入「醫用關係」思考模式的討論之前，應該對現有醫界和學界的「醫病關係」論述和研究做一釐清，目的是測繪現有的認知圖像與疆界，作為下一部分討論的對應面。

（一）德高望重的醫師論述

近年台灣醫界開始關注為民衆和媒體詬病的「醫病關係」，並且時有回應。其中德高望重的醫學教授和醫院院長級的黃達夫(1999)與賴其萬(2000)二位甚至著作專書，以他們豐富的看診治療經驗，指導醫界後生晚輩如何善待病人。他們的書籍在醫界廣為流傳，頗有影響力。在此，我將略做評論，指出他們論述的盲點，企圖說明醫界高貴的濟世情懷需要放在社會文化情境中（例如本文關注的知識和權力關係），經過細緻地耙梳，找出實踐的著力點，才有實現的可能。爲了討論方便，特別凸顯黃達夫和賴其萬二位教授著書內容的個別突出論點，而不細談他們的相同論點。

1. 用心聆聽

在黃達夫(1999)的《用心聆聽：黃達夫改寫醫病關係》一書中，他強調在他看診的過程中，「用心聆聽」極其重要，他秉承「每次門診不超過 25 位病人，初次問診至少 20 分鐘」的原則。我相信就醫療的「病人滿意度」而言，黃醫師所宣稱的大概可以拿到高分。若仔細分析他所強調要「改寫醫病關係」的新原則，例如「視病猶親」(p.40)、「醫病互信」(p.31)、「醫生團隊要從一位病患的『生命價值觀』來決定如何選擇最佳的治療法」(p.33)、⁵「以病人爲中心的讀書方法...對

病人應永遠保持醫科好奇的心」(p.36)、「(醫生)所能給予病人心靈上的慰藉,和求生的意志,始終不是電腦、機器人等科技所能取代的」(p.25)等等,基本上在這新的醫病關係中,醫師扮演的不脫一位傳統「關愛病人、視病如親的好醫生父親」的形象。黃達夫醫師在意的是如何能夠練就成一個關切病人的好醫師,而不曾對生物醫學的知識本質和應用發問質疑,也不曾對「視病猶親」和「醫病互信」在實踐中隱含的醫病之間的權力關係提出分析或實際可行的方法。⁶

看待醫病的權力關係,有一個普遍為台灣醫護人員以及很多病人接受的觀點,那就是認為醫師的權威是必要的,這權威可以讓醫師完全掌控病人的病情診治,對病人有利。所以當病人上門求診,就應該信任醫師,相信醫師的專業能力,遵守醫師的囑咐和指示,讓醫師為病人做決定。為了回應病人所託付的權力,醫師必須毫不受私利影響地盡力為病人診治,暫緩社會對病人的角色期望,以周詳的態度支持並且照顧病人,但要和病人保持距離,對病人的幻想和偏差的態度和行為,醫師應該不回應,而且要以醫療權威表示不贊同,使病人回到「正軌」。醫療社會學視此觀點為功能學派的觀點,以帕森思(Talcott Parsons) (1951 [1987])的理論最有代表性。⁷

黃達夫醫師(1999: 31)對醫病權力關係的解釋,最能代表這一觀點。他認為最理想的醫病關係是:醫師與病人溝通得到病人的高度合作,不但可以增加醫師判斷的敏感度,同時也能把科技的功能利用到極限,達到最高的醫療效能。換言之,病人對醫師越信任,越願意與

-
- 5 在提及是否要為一位母親病患截肢以防癌細胞蔓延時,黃達夫談到那位母親的「生命價值觀」,但其實他只是在談她的「家庭責任」。究竟這裡的重點是在維護「家庭」和「母職」的主流價值,還是讓母親的主體能夠自由做選擇,說明並不清楚。有趣的是,在談及和信醫院的「醫療團隊」如何把該母親的「生命價值」納入考慮時(最後決定不截肢),黃達夫並沒有提及究竟這位母親自己的意願有何份量。見黃達夫(1999: 33-35)。
 - 6 在此,我很欣賞黃醫師的細心,他注意到醫生與病患的身體互動關係,以及醫師在此互動中為病患提供的「感情勞動」(emotional labour),這些都是病患到醫院求診時渴望得到的。見黃達夫(1999: 46)。關於醫用二者之間的「感情勞動」,可參考 Sarah Nettleton (1995: 150-151)。
 - 7 Parsons (1951)討論病人角色而展現的醫病關係,是從維繫社會體系的角度出發,比較沒有直接討論到權力關係。但是他的說法暗示他接受了醫師主導,病人服從的權力關係,而且以生物醫學知識為權力基礎的關係,十分明顯。

醫師合作，越聽從醫師的指示，醫療效能越好。這就是 Thomas Szasz and Marc Hollender (1956 [1987]) 認為的「引導—合作」的醫用關係，相當於父母對待青少年的關係。基本上還是醫師告訴病人該做什麼。

2. 將心比心

賴其萬(2000)在《當醫生遇見 Siki》中，強調 "Siki" (北美印地安語，意指：我關心你，而你也關心我)、「醫病互相關心」(p.22)，還有「醫生要有醫德、病人也得有病德」(p.33)等。原則上，這是從醫師觀點的一個好努力，充滿了太多醫師的善意樂觀。他沒有從「社會知識論」角度來瞭解問題：一個來自醫師「善意」的 Siki 召喚，如何能夠簡單跨越醫師與醫療使用者二者之間知識與權力的鴻溝？賴其萬的解決辦法是：「生過病的醫生可能更會照顧病人」(p.36)，也就是「將心比心」的辦法。他提到一位老醫師，多年來不知送了多少病人作核磁共振檢查，臨到自己也做時，「竟恐懼得大聲哭喊起來」。而當賴醫師自己也做過病人時，「當我自己從那緊貼身體的密閉圓筒熬了幾十分鐘的轟隆巨響之後」，就會對將進入共振機器的病人「事先告知」，特別體貼入微 (p.40)。

對於這個「方法」，筆者可以從幾方面來評論。首先，原則上，當然每一位醫師都有生病的經驗，而這個事實證明了對改善醫病關係並無顯著的用處。其次，「將心比心」地進入病人身體情境的醫生，他所感受到只是感覺 (sensations)，以及與自己生活與知識相關的「聯想」而已。他的生活經驗與知識並沒有普同性，而是受限於他的階級、族群、性別、世代和個人身體特殊的狀況。以性別為例，如本文後面會提到的婦產科例子，一個婦產科男醫生無論如何生病，也無法感覺或聯想到許多婦女在婦科、產科中所遇到的困境。即使男婦產科醫生有照顧自己妻子在婦產方面病痛的經驗，他們為妻子接生或陪伴妻子度過難關的經驗，仍不足以成為他們瞭解看診婦女經驗的充分條件。因此，這種「將心比心」的善意，在實際推廣上會很有限制。

以上二個德高望重醫生的論述，展示了一個困境：即醫界的善意關懷，若沒有考慮到醫護人員和求診者的「多重認同的主體」以及醫

療知識與權力的複雜性，往往只流於溫情動人的辭藻(rhetoric)。爲了不使黃達夫和賴其萬二位的醫界良心的呼籲落空，我們必須試圖從一個新的思考模式出發，讓他們反思型(reflexive)的苦口良藥，能夠對症下藥。

(二) 台灣學界的研究

如前所述，人類學家 Kleinman (1980)最早注意到台灣醫病互動的文化現象，但是，他的研究角度與 1980 年代後期研究的醫病互動大相逕庭。後者主要是公衛和衛教學門的實證傳統，在這傳統中，「滿意度」和「醫病溝通」是研究的二大重點。到了 1990 年代後期，台灣社會學界和少數公衛學界的研究者才開始從「權力」和「知識」的觀點切入。以下就是概括地測繪這二十年來的研究圖像。

1. 滿意度的研究

長年來，「病患滿意度」(patient satisfaction)的研究，因爲數量較多，已經成爲目前台灣研究醫病關係的主流。滿意度的測量是多面向的，除了測量病患對醫療人員服務品質的滿意度外，包括病情相關資料的提供、看診時間長短、醫師注意病患心理社會層面等面向(賴文思等 1997)。我對這些滿意度研究的定位是：1.研究者藉著滿意度的測量，瞭解病患對醫療權力的順從(compliance)程度。2.爲檢測醫療服務品質所做的市場調查，目的是向某一醫療機構進言改進之道的實證研究。研究主要是從管理者或消費者的觀點出發，探討改進的方向，Jennie Popay 和 Gareth Williams (1994: 86)稱爲醫療照顧的「飯店面向」('hotel' aspects)的研究。⁸滿意度的研究，基本上不挑戰現有的醫療體制，也不質疑任何醫療的安排設計，只是在現有醫療制度架構中作小規模的改進。

若進一步分析這主流研究的特色，我們可以看出研究者的知識論

8 Popay和Williams(1994)所稱醫療照顧的「飯店面向」滿意度調查，指的是調查病患對醫院的食物、睡覺常規、探訪時間、接收電話的便利性、等待看診時間等，類似於飯店對消費者所做的滿意度調查，於是以此稱呼。

立場和理論取向。例如：鍾國彪(1988)對公保門診醫師與病人互動的研究，是站在病人的立場發言，希望公保門診能做出一些改進，以減少病人看診時的不便。但是，他基本上並未質疑醫療專業知識的傳遞，遇到「多重認同主體」的病患會產生什麼問題，因此主張應該利用諮詢台和衛生教育把「正確」的專業知識傳播給病人。研究者並沒有意識到病人本身慢性病的經驗有什麼特殊的參考價值。研究者認同的醫療知識完全是科學的生物醫學，放諸四海皆準，不受社會文化的影響。因此所有的病人，不管他們的生活經驗和社會位置如何，都適用這些醫療知識。

至於醫師的看診態度，研究者期待的是「慈祥關愛的父親」形象，所以建議醫師「對病人多一點點的耐心，無論如何讓病人把症狀說完；多花一點點時間，告訴病人生活注意事項、疾病診斷、病因方面的醫學知識，便可使病人滿意」（鍾國彪 1988: 171）。在這種滿意度的研究中，現有的醫病關係——即病人是醫師耐心的受惠者，是被動地接受指導的無聲客體——再度被強化。而 Kathy Davis (1993)在她的研究中提醒我們，「慈祥關愛的父親」體貼關心著病人，這並不能否定醫學權力藉著柔性不引人注目的方式，進行可能的宰制。

性質類似的其他滿意度研究，例如，游祥祺(1990)對苗栗醫院特別門診病患的調查、陳黛娜(1997)對產科醫護人員和病人滿意度的對比研究，基本上都是針對研究的醫療機構進言期望改善。他們提到，候診時間過長、門診時間太短、醫護人員服務態度不好、缺乏講解、溝通和傾聽，以及缺乏隱私權等都造成病人滿意度低的原因。這樣的研究把改善現況的政策，導向管理技巧和服務態度的改進，而不是以病人利益為考量前提。

Ong 等人(1995)也指出滿意度研究傾向以消費者的滿意為關懷中心，但是病人對醫院或醫護人員的滿意度高，並不保障病人會有較健康的結果。他們以 Kaplan 等人(1989)的研究為例說明：Kaplan 等人研究高血壓和血糖過高的病患，發現若病人有較多主控權，有較多機會把負面感情表達出來，加上當病人尋求資訊時，若醫師能多提供資

訊，結果對病人健康的康復幫助較大。因此，若從關心病人的健康角度來看，對醫療照顧的「飯店面向」滿意度的測量，其實與醫護效果和病患健康的恢復沒有直接的關係。這樣的評論一針見血地指出很多滿意度的研究，並不是以病人健康為關懷重心。

2. 醫病溝通的研究

根據 Armstrong (1984)的研究，歐美在七十年代受到社會行為科學的影響，醫療觀點轉向重視病患個體。於是，醫界逐漸出現重視人性化的醫護照顧，改進醫病之間的溝通技巧。⁹於是，醫病之間的溝通成為研究者關心的議題（參見 Ong et al. 1995）。台灣學界在這方面研究的數量，遠較滿意度的研究為少。在此我討論二個。

曲同光(1990)對基層醫師和去基層診所使用醫療資源者所做的調查，主要是探討醫師態度與行為。他把醫師與求診者互動時可能的態度與行為細分成 30 項，包括：面部表情、肢體語言、談話使用的語言型態、談話內容、病情告知的方式、醫藥／衛教知識的傳播方式。這些都值得醫護人員和醫療使用者參考。由於研究者關心的焦點是醫師的態度與行為和病人滿意度各項之間的統計關連性，就忽略探討醫師的態度和行為的文化意義和權力的暗示，以及求診者如何解釋醫師的言語和態度，以及對診治的影響。

詹麗綺在「住院醫師與住院病人互動關係之探討」中發現，醫師會因為病人是榮民或貧民而和他們的互動關係低，猜測可能是醫師工作忙碌忽略了這些人，同時建議「可以利用報紙或利用學校教育等機會，來教育病人提高病人之醫療知識水準，以便有效與醫師溝通和接受更好之醫療服務品質」(1987: 83)。在此可以借用 Elliot Mishler (1984) 提到的「醫學的言談」(voice of medicine) 與「生活世界的言談」(voice of lifeworld)二者之間的差距，醫師習慣的「醫學的言談」與老百姓習慣的「生活世界的言談」，往往不容易溝通。我們甚至可

9 近幾年來，醫療專業者也意識到求醫者的身體、心理和社會處境彼此相互關連影響。台灣醫學教育近幾年也開始注意到，例如台大醫學院推動醫學與人文的課程，其中就有溝通技巧的課程。

以推論，即使中產階級醫師以「生活世界的言談」與榮民和貧民溝通，他們所處的生活世界仍有階級、族群和性別的差異，更不用說榮民與貧民無法瞭解「醫學的言談」。研究者以醫師的專業知識為知識的標準，建議病人要提高認知的水平，這種觀點基本上與前一位研究者雷同，認同醫學知識是科學的「真理」，並且忽視了醫病互動和溝通，其實是在不對等的權力網絡中進行不能彼此理解的資訊交換。因此，她的建議是不可能落實的。

上述醫病溝通的研究，基本上有下面的認知：醫師和病人之間有「能力的差距」(competence gap)，若二者有衝突往往被視為只是溝通上的誤解或技巧的錯誤，如果溝通的問題解決，醫師和患者就可以對疾病的診治形成共識；當醫療人員和患者都相信，疾病有其內涵屬性(intrinsic characteristics)，醫師學到這些知識後就可以分辨疾病和非疾病，也就可以診治病人；醫師是主動的、懂得引導的專家，被診治的是被動的、願意合作的病患，醫師與病患之間因為「能力差距」產生不對等的權力關係，這關係正如 Per Maseide (1991)所言，是正當的(legitimate)、理性的(rational)，也是必需的(necessary)。這些認知，忽略了醫病溝通中，雙方都是「多重認同的主體」，也忽視了疾病的認定是社會文化建構的，同時也忽視了權力運作不僅是來自強勢的一方，也會來自弱勢的一方。這些我們在後面會詳談。

3. 醫病關係權力的分析

權力的問題在鄭麗寶(1990)的社會學研究中也觸及了。她的研究指出，病人傾向對醫療人員順從的託付，也就是完全接受不對等的權力關係。因此，在台灣醫療者與病人之間的權力關係，是前者主導後者，後者順從前者，形成「主動—被動」的關係，像父母對待嬰兒一樣(Szasz and Hollender 1959 [1987])。不論是前面所言黃達夫理想的「引導—合作」診治方式，或是普遍存在的「主動—被動」關係，基本上，並未改變醫療專業者和使用者之間的從屬權力關係。鄭麗寶的研究顯示：專業宰制(professional dominance)是從屬關係的肇因。她從組織與組織內的行為切入，把前人討論的議題放入社會結構的框架，

給予較整體的解釋。但是她的研究僅止於組織現象的描述，而未觸及在醫病互動時專業宰制權力運作的細緻面向。

我認為就醫病權力關係的討論，目前比較細緻的應屬張菊惠、胡幼慧、張珣(1998)的研究。她們以子宮切除術前醫師告知內容為主題，研究指出只有二成的婦女表示，除了開刀外，醫師還告知有其他另類的治療方式。研究還指出醫師運用權力使婦女順從，並提供偏頗的訊息，暗示「子宮無用論」或「切除是預防癌症之道」以影響婦女的決定。她們指出醫師「隱藏式操控」的告知，使婦女順服地接受手術決策已到達 Steven Lukes 所謂的「最嚴重的權力運作是影響他人的選擇，以至於沒有衝突的發生」(引自張菊惠等 1998: 136)。她們的研究觸及醫病關係中重要的訊息和權力的問題，與我在下面要提出的「醫用關係」的模式，有密切的關係。

4. 醫病關係的知識分析

台灣的研究中，林文源(1998)探討長期洗腎病患的生活和身體經驗之論文，是唯一接近筆者「醫用關係」知識論脈絡的研究。他的研究有重要啓示：他細緻地分析了病患個人專屬知識的重要性，醫師在給予醫囑時，病患會納入自己專屬的知識體系，做出自己的理解，按自己理解的方式扭曲、剪接和拼湊「醫囑」。他也指出病患以自己活生生的身體經驗，使得這樣的個人知識有所可能。

林文源紀錄一位洗腎患者受訪者 A 的情況：

由於營養攝取能力差、時常食不下嚥、沒胃口，因此她體內的白蛋白濃度不足，使得每次洗腎時經常在將多餘的水脫出前就會掉血壓、體力不支。醫生對她的解釋是：「你的營養不夠，要給你打營養的補一補。」結果，當我（指林文源）與 A 訪談時發現，這種「補」的意思，對 A 而言是可以與日常生活（中醫？）的說法加以結合的。當我問她最近身體有沒有比較好時，她告訴我：有喔，我現在每次來都有打那個營養的，醫生說我要補。我回去也有補，常常用四物燉

雞、燉東西來吃。現在身體感覺比較好了。(1998: 68)

其實，醫生護士認為中醫藥材煎熬出的湯汁，對洗腎者算是毒物，因為其中含高濃度的鉀離子，極易造成心律不整，甚至死亡。這就是醫病溝通時，病患以自己的中藥知識去納入醫師的囑咐，造成的不同體系的知識拼裝和剪接。這樣的田野研究，具原創性地指出個人隱微的知識在醫病溝通時扮演極其重要的角色，為本文的討論引出重要的面向。

林文源還花了很多篇幅討論患者的身體知覺、經驗，以及患者透過某些行動和話語操作來表現，使患者否定醫療論述的聲音得以浮現。他認為，長期病患其實很具有能動性，即使他們的身體深受規訓和教化，這與我做婦產科的研究發現有類似的結果。¹⁰

在我們回顧並測繪台灣醫界和學界對醫病關係研究的圖像之後，筆者注意到台灣醫界開始出現認真的反省，但是這些反省還需要再深化，若醫界能夠反省到其賴以建立權力的生物醫學其實是有限制的，以及在應用生物醫學知識進行診療時，必須考量社會文化和求診者個人的需求，那麼醫界就會更加謙虛與反思。這必然是醫療使用者的福音。筆者也注意到台灣醫療社會學研究者的轉變：從過去調查病患對醫院或醫護人員的滿意度，以及注重醫病溝通的技巧，到近期有研究者開始注意到醫病互動中的細微知識與權力的交流。這樣的轉變，著實令人期盼。

三、醫療互動中知識／權力的交流

醫護人員與醫療使用者見面互動時，在知識的交流和權力的相互

10 林文源對「病人」的定義，「病人不是人，而是諸多變因與干擾因素的總和、統計表格的一個數字或是一連串的選擇是非題」(p.19)。他主張以病患稱之。對我來說，我對這種提法沒什麼異議，至於他使用的「病患」，與我論文討論的「醫療使用者」，包括範圍不盡相同。

運作方面展現了哪些特色？這二個環環相扣的面向是如何運作的？其運作的機制與條件又為何？在什麼條件下醫療使用者可以挑戰醫護人員的權威和權力？在這第三部分的討論，我想藉助一些婦產科的訪談和田野資料，詳細舉證說明。這裡筆者也要指出，行文中出現的「醫療使用者」，包括一般人所謂的「病患」和醫療資源使用的民衆。¹¹請讀者注意，筆者特別要用「使用者」而不是「顧客或消費者」。¹²

本文探討醫療專業者與醫療使用者互動關係中的知識交流與權力互動，就是循著 Foucault 思考的方向進行的。在 Foucault (1980) 的眼中，醫療專業知識就是權力(power)運作的產物，「反過來說，只有在知識的攫取、佔有、分配或儲存，權力才得以運作」(1980: 131)。Foucault 主張不能以二分對立的方式看待知識和權力，它們其實是一體的。換言之，當某一（專業）知識爭取到崇高的社會位階，擁有此知

-
- 11 筆者質疑「醫病關係」中的「病患」暗示「去看醫師的一定是生病的人」。一般會去看醫師的人，往往因為受病痛(illness)困擾而去求診，由醫師找出致病(disease)的病因，給予治療。但是當1970年代，反抗醫療體制獨大的聲音隨著各種社會運動出現，Irving K. Zola (1972)一篇令人深省的文章把「醫療化」的概念發展成對整個醫療體制的質疑，認為我們的日常生活很多不是「病」的逐漸被「醫療化」成為「病」，例如，更年期只是女人的自然生理現象，被當成疾病看待。在我們日常生活中，人們有時需要做一些醫療檢查，預防未來，例如：乳房照相、子宮抹片檢查、抽血驗尿、定期健康檢查。有時人們也需要徵求醫療專業者的意見，例如：避孕、家庭計畫等諮商，或與公共衛生議題相關的諮詢。因此，筆者要指出：會去求醫看診的人，其實有一部份不是病人，而是醫療資源使用者。
- 12 為什麼筆者要引用英國的「使用者」(user)，而不採用美國常用的「顧客」(client)或「消費者」(consumer)？由於這議題需要另開專題討論，在此，僅簡單地回答。在美國1970年代，各種抗拒醫療宰制的民間健康運動（包括婦女健康運動在內）為了向權威的醫療體制爭取平等權，採用帶有資本主義色彩的消費主義觀點，把病人視為「顧客／消費者」，醫護人員當成醫療「服務的提供者」。在這樣的「服務供應者—顧客消費者」的模式中，持基進立場的，則繼續往病患權益運動和批判「醫療化」的方向發展；持保守立場的，則進行「滿意度」的調查，企圖改善現況。興起於1980年代後期台灣「滿意度」的研究，就是受到美國這股保守思潮的影響。從制度面而言，筆者認為台灣的全民健保與英國類似，都是國家為民眾提供保險制度，而不似美國那樣，由民眾按個人的條件和所需購買私人保險公司的產品。台灣的「全民健保」和英國的「全國健康服務」(National Health Service)都是由納稅人、專業者與國家之間分別簽訂的保險契約。在一個醫療資源由國家政策決定而非市場經濟決定的社會中，醫療使用者和醫療專業者都是市民(citizens)和民間團體，它們都要與國家角力資源，爭取權益（參見林國明2001）。理論上，國家是醫療專業者的管理者，醫療使用者則可以以市民的集體身份要求國家制訂對他們有利的醫療政策。使用者與醫療專業者的關係並不是「消費者—提供者」的市場買賣關係，也不完全是彼此對立和監控的關係。醫療資源屬於國家財產，應該是公有共享。醫療專業者的任務是協助使用者使用公有的醫療資源，因此它們之間應該可以有合作的空間。當然，我們知道實際上問題重重。

識的個人也相對在應用這知識時展現較不易抗拒的權力。

我們都預設民衆求醫，其求取的是醫者花費長時期學習得來的奧秘難解(esoteric)的生物醫學知識。然而從訪談和田野資料中，我們看到在醫用二者的知識交流中，除了生物醫學的知識外，還充滿了社會論述以及個人隱微知識。這三種知識各具特色。就生物醫學知識而言，醫者的生物醫學知識是基於普同性(universalism)的原則，並且傾向認定一些生理自然的變化為醫療的對象，也就是傾向接受醫療化的論述；使用者也有一些生物醫學知識，取自報章醫療版或坊間大眾醫學的通俗皮毛知識，但至少二者有共同的語言和溝通的基礎。至於社會論述，即社會集體的主流價值判斷，醫用二者都因其社會位置的不同，例如，階級、族群、性別、世代、性取向等的不同而與主流論述做出多樣的回應。至於個人隱微知識，則來自個人對醫療的信念和個人的身體經驗；在台灣其實至少有三種不同的醫療體系和信念同時存在，例如，西醫、中醫和民俗醫療，再加上個人身體經驗的差異，其間的複雜性往往造成醫用二者的溝通猶如鷄同鴨講。在下面各節的討論中，筆者會分別把這三種知識以婦產科的田野實例詳析說明。

筆者從參與觀察和訪談中也注意到，當醫者與用者運用上述這些知識時，也同時有權力在運作。根據Maseide (1991)以及Kerr L. White (1991)指出，Foucault談論權力，與以前的人談法很不一樣。¹³ Foucault指出，權力是擴散的(diffuse)和看不見的，不可能特定指認誰是掌控者，誰是被掌控者，而是藉醫療論述和儀器檢查，讓醫師進行帶有社會規範的監控 (surveillance) 和規訓(discipline)，這監控和規訓有時不知不覺地被使用者接納，甚至很樂意地按著醫師的指示去治病，所以社會控制是醫用關係中重要的一個面向。醫療體制所展現的規範權力(normalizing power)最明顯的就是把醫療價值不斷滲透到各社會領域。

13 Maseide (1991) 和 White (1991) 指出，過去醫療社會學家把病人看成和醫師不對等關係中的受害者，或是專業權力剝削的對象，認為這樣的認知多少受到馬克思、韋伯和行為主義者對權力看法的影響，這樣的理解容易簡化其間的關係。這種「壓迫者—受害者」的權力模式觀，其實與我們實際看醫就診的生活經驗有相當一段距離。

Foucault(1980)還指出，權力的效應不只是負面的，例如：排除、壓抑、禁止、隱藏，其實還有正面產生和製造的效應。權力可以產生所謂的「真實」(reality)、「真理」(truth)以作為判定「正常」與否、「真假」與否的標準和機制。

除了在醫療論述方面所展現的規範權力外，Foucault 也注意到有「微視權力」在人與人互動的層面運作。David Silverman (1987)以及Alexandra Todd 和 Sue Fisher(1988)以微視權力的角度，分析醫師和醫療使用者的對話，他們發現權力不是單向流動，或是純粹壓迫性的。有時醫師帶有社會規範的監控和規訓，卻與使用者的身體經驗或知識觀點衝突，於是醫療使用者也會主動引導對話，為自己辯護，甚至間接抗議。接下來的討論，我們將進入各類知識交流和權力運作的細部討論。

(一) 生物醫學知識

醫療專業者的醫學訓練，是立基於生物醫學的知識模式，他們絕大多數相信生物醫學知識就像科學知識一樣，是放諸四海皆準具有「普同性」(universalism)。據 Peter E. S. Freund 和 Meredith B. McGuire (1991 [1995])的說法，生物醫學界幾乎都接受病因論(etiology)，相信生病可以追溯到特定的生物原因，例如：內分泌失調，或是受細菌或病毒的感染等，若能找到病因，就能藥到病除，或多少控制病情的惡化。這明顯地反映在醫學教育中。根據 Elliot Mishler(1984: 9-11)的觀察，醫學訓練往往只重視教授科技技術或對某一特定疾病的診斷。在醫學院學生觀摩教授怎麼與病患對話時，教學的目標往往是以找出病源為主，強調對個人身體的檢查，以及驗血等實驗室檢查的重要性，不重視與病患的溝通，也不把病患當全人來對待，而是當「病徵」來治療。

Freund 和 Meredith B. McGuire (1991 [1995])對醫師和「生物醫學研究室」科學家的知識做了一個區分。「生物醫學研究室」科學家只需要收集資料、實驗、分析、解釋，並找出通則，他們並不需要知道

怎麼應用生物醫學知識。醫師則不需要擁有這方面的知識，只需要有足夠的專業醫療領域相關知識，更重要的是有能力把這一部份的知識應用在診斷和治療病人的症狀，或提供相關資訊服務。他們稱醫師擁有的醫學知識大多是生物醫學的「食譜知識」(recipe knowledge)，也就是「食譜的內容」都是按照生物醫學的原理，但是「食譜的調配」則是因醫療專業者的認知而異，或視使用者的狀況不同而給予不同的診斷。這其實與 Kleinman (1980: 109-110) 所謂醫師的「臨床隱微知識」相似。¹⁴ 當醫師把這樣的「食譜醫學知識」應用在診斷和治療病人的症狀，其中必然充滿了解釋和應用的空間（見下面「社會論述」和「個人隱微知識」二節），因此才會出現本文一開始所引用的美國內科 Berczeller 教授所言，「醫學是沒有絕對的正確診斷和絕對的有效治療」。面對診療的「不確定性」(uncertainty)，Renee Fox (1989)觀察到醫學訓練的核心之一，就是訓練醫師如何應付和處理醫療中的「不確定性」。

在訪談的田野資料中，筆者看到了醫師在診療時使用二種保護自己的策略，以便進行「零障礙」的診治，那就是一方面依據生物醫學普同性，向使用者說明「正確」的致病原因和「必然」的後果，以贏得醫療使用者的信任，樹立威信，業績興隆。另一方面，為了避免給予錯誤的診斷和資訊，以不多問不多說的方式維護醫師權力的策略，來處理醫學中的「不確定性」。在筆者的資料中，也看到有醫療使用者以自己從報章書籍獲得的通俗生物醫學知識，以及自己比較豐富的文化資本挑戰專業權力。他們之間的互動乃建立在他們對生物醫學知識共同認定的基礎上。

1. 醫療知識的普同主義和醫療化

14 Kleinman (1980) 指出其實醫師們在診斷時對病情的解釋往往是「臨床的解釋模式」(clinical explanatory model)而不是「科學的解釋模式」(scientific explanatory model)。後者是指醫師解釋病因，依據可測試檢驗的假設做判斷；前者則以生物醫學的原理出發，按著自己的文化價值和臨床經驗做出判斷，Kleinman 稱此為醫師的隱微知識。這「臨床判斷」所涵蓋的隱微知識與前面 Freund 和 McGuire (1991 [1995]) 所謂的「食譜知識」頗為近似，其中都有很多空間任醫療專業者發揮。

普同主義往往展現在醫師對醫療使用者的診斷和諮詢中，下面我要用一個實例來說明，醫師應用這樣的醫學知識在診療時可能有的盲點，我以一位懷疑更年期即將到來的中年婦女吳太太去婦產科看門診為例，她與林醫師的對話為我們提供了豐富的分析內容。

林醫師：有什麼問題？

吳太太：我的月經已經三個月沒有來了，想瞭解一下。會不會是更年期到了？

林醫師（看一看病歷！）：嗯！你現在已經 48 歲了，這個時間差不多了。那我給你打兩針催經藥。今天打一針，下禮拜一再來打一次，打完以後月經就會來，來了以後你就可以開始吃賀爾蒙。

吳太太：醫師，我為什麼要打催經藥呢？

林醫師：你這樣子三個月不來，就是已經開始停經了。雌性賀爾蒙不夠，子宮壁沒有辦法加厚，沒有辦法加厚就沒辦法不懷孕而脫落，造成月經，所以你現在要打催經藥就是讓子宮壁加厚，讓它可以脫落…至於荷爾蒙啊！女人都是想要永保青春，如果荷爾蒙不夠，當然就要吃荷爾蒙來維持之前的狀態。

吳太太：醫生，為什麼要吃荷爾蒙呢？荷爾蒙不是有一些副作用嗎？

林醫師：依照研究，在美國他們調查了上萬婦女，沒有吃荷爾蒙的，得心臟病機率很高，得乳癌的機率只有 2.8%；吃雌性荷爾蒙的女性，得乳癌機率高一點，也只是 4.8%，但是心臟病機率會降低 5 倍，所以你看嘛！還是吃荷爾蒙比較有效嘛！

吳太太：但是醫師，荷爾蒙要一直吃下去，不能停嗎？

林醫師：對。

吳太太：為什麼要吃荷爾蒙呢？如果停經是一個自然的

現象的話。也沒有什麼不好？

（林醫師就從旁邊抽屜找出一些資料給吳太太看，都是惠氏藥廠製作的小冊子，關於一些更年期婦女面臨的問題，以及一本「留住風華」的小冊子（惠氏藥廠製作的更年期保健手冊。）

林醫師：那個女人不想留住風華？荷爾蒙就可以讓你風華常駐，有這個好處。你看，不只是心臟問題，吃荷爾蒙還可以避免骨質疏鬆。

吳太太：我的骨質一向很好啊！沒有這類的問題。

林醫師：你怎麼知道？到時候骨頭斷了，就是骨質疏鬆啦！（又拿出一張單子，上面寫了很多更年期症狀，並建議服用普力馬林錠 premarin。）

林醫師：像這張單子可以让你評斷，雌激素缺乏的症狀，你自己判定。

（單子列舉的症狀有：頭疼、暴躁、頭暈、眼花、熱潮紅、失落感、精神緊張、失眠、常疲倦、胃痛、關節痠痛、肌肉痠痛、面毛增多、皮膚異常乾燥、性慾減低、性感受度降低、陰道乾燥、行房時感到痛楚。）

吳太太：可是我母親沒有吃荷爾蒙，也過得很好，也沒有特別怎麼樣的問題，現在都 70 歲了。

林醫師：每個人都不一樣啊！你母親不會這樣子，不表示你也不會這樣子啊！更何況健保又給付！（二人都沈默一陣！）

吳太太：醫師，今天就當作我們是一種諮詢喔。今天我不打算拿藥，我還要再回去想一想再說。

林醫師：當然是沒問題了。

這是吳太太第一次與林醫師接觸，林醫師並沒有花時間仔細瞭解吳太太的病史。在筆者做過的 30 多個婦產科門診參與觀察中，醫師

對第一次來訪的使用者往往都沒有多花些時間問詢，有時反而會多花些時間和熟識的使用者話家常。這讓筆者猜測，很多醫師預設只要找到病因就可治療，沒有考慮疾病與社會環境、個人社會處境以及個人生活方式有關係。Atkinson (1978: 180)對這樣的生物醫學思考模式做如下的批評：「(生物醫學)在形式上是化約的，在多方生物結構和過程中尋求造成反功能的解釋，生物醫學重視這類的解釋，卻輕忽社會、文化和個人經歷(biographical)的解釋。」若把這思考模式用在臨床診療，意味著把疾病當成一個可以藉由檢查「症狀」(symptoms)而獲知的實體(entities)，病患則是被動地任由疾病展現在他身體上，生病屬於偏離「正常」的偏差。林醫師就是這樣未經仔細檢查便很快地認定，吳太太的月經延誤是因為更年期已臨近，是一種缺少雌激素的病。

我們再進一步分析林醫師與吳太太的對話，可以看到知識和權力在二者互動時的交流。林醫師之所以能夠在吳太太數度質疑藥物的副作用是否是自然生理現象，否定自己可能骨質疏鬆，甚至提出家人的經驗來支持自己的質疑之後，還鏗而不捨地說服吳太太服藥有好處，主要是相信更年期是一種病，找出其「病因論」就是必須補足欠缺的雌性荷爾蒙以藥到病除，同時他也深信不疑美國的科學研究結果具有普同性與客觀性，應用到台灣女人身上也絕無問題。¹⁵

另外，他在面對吳太太的持續質疑（吳太太抗拒權力的展現），引用學術權威（調查統計數字）和藥廠提供的生物醫學普及知識（保健手冊）增強他診斷的可信度（林醫師訴諸其他權威的力量）。醫用

15 林醫師並未直接回答吳太太提出有無副作用的問題，只是用數目字表示得乳癌的機率會略微升高。問題是萬一妳就是因服藥而導致乳癌，那麼再低的機率也不能安撫妳刺痛的心靈和身體。統計數字說明的只是機率，不是健康的保單。這點其實很多醫師都知道，但是在做諮詢時，卻沒有明白告知使用者。澳洲的 National Health and Medical Research Council (1994: 5)在其「醫師向病人提供訊息的一般準則」中指出，提供治療的訊息時，必須告知可能帶來的副作用和造成的物質風險，以及治療的不確定性。醫師也應該告知治療後果可能對身體、感情、心智、社會、性或其他方面有長期的影響。還有，治療所需的時間，與花費，包括自行負擔的費用。台灣醫師在治療前未充分告知早為人指責，根據張菊惠等人(1998)的研究，許多婦女在進行子宮切除術前，被事先告知的都是手術的好處，以及不做手術的壞處。

二者之間進行這樣的權力角力時，結果往往是在雙方一陣沈默中或使用表面順服下，達到「暫停」（吳太太提出要回去想想）。在後面，我會討論吳太太的抗拒權力，這一節的討論先集中在醫師應用生物醫學知識的盲點。

對生物醫學知識的應用，Elliot Freidson (1970a) 有一針見血的說法。他不似有些社會建構論者那麼極端質疑生物醫學的客觀性，但是他批評醫師在應用(application)醫療知識時，不考慮當地的社會文化和政治環境的盲點。他以築路工程師為比喻：工程師會築路，但卻無法決定路要開在哪裡，就好像醫師知道要怎麼治療疾病，但是他把醫療知識應用在病患身上時，卻沒有絕對的普同性。Freidson 認為應該把醫師和病患所處的社會環境和各種條件納入考慮，而且決定權不應該在醫師手上。澳洲的 National Health and Medical Research Council (1994: 3) 所採的立場與 Freidson 的類似，在其《醫師向病患提供訊息的一般準則》中即指出，醫師提供的治療訊息必須是「適合病患的處境、個性、期望、懼怕、信念、價值和文化背景」。

已有研究指出過度相信生物醫學的普同性，而不考慮病患個人處境、信念、價值和文化背景的診治方式，對醫療使用者有意想不到的傷害。例如：根據 Susan McKinlay 等人(1991)對八千多位經歷更年期女性的研究，得到的結論是：醫師往往「過速認定」女人停經就是更年期的到來，而忽略其實是其他慢性病、壓力太大的社會環境，或以前就有的心理病變所造成。另外，Mishler (1984) 的研究也一再指出，醫師若只依賴生物醫學的模式（技術—工具性的生物科學），忽略了病患的發聲，和它在社會脈絡中產生的意義，就不可能完全瞭解病患以及他們的病況，這樣的診療是「無效的操作」(ineffective practice)。這就是為什麼筆者一而再，再而三地批評普同性的生物醫學知識。

林醫師的另一個盲點是沒有意識到更年期的醫療化(medicalization)問題。¹⁶ 這一點，Freund 和 McGuire (1991 [1995]) 的解釋如下：更年

16 醫療化是指我們生活的某部份以前不被認為與醫療有關係，例如：喝酒、懷孕生產、

期在美國已歷經五、六十年的「疾病」建構過程，經由少數專家的鼓吹，藥廠研發便宜的雌激素替代荷爾蒙，加上病因論的助長，使很多美國婦科醫師會主動開藥給進入更年期的婦女，即使她沒有任何「病徵」。更年期醫療化的現象在美國已經相當普及，在台灣的情形，據張珽和張菊惠(1998)的研究，台灣女性尚未普遍接受服藥是唯一的出路。但是盧孳艷則沈痛指出，「婦女更年期的經驗，在醫學論述的壓迫中，被物化為荷爾蒙與症狀的單一關係…任何疾病都歸罪於更年期的荷爾蒙缺乏」(2000: 99)。

我們把「更年期醫療化」的相關問題，簡單地分成兩類。第一類是個人與個人間的差異狀況。普同主義下的生物醫學知識，往往以機率的方式呈現，其實也正隱約地表示出有「個體差異性」的存在，但在醫療化的社會趨勢下，許多醫生往往忽略這差異。無論在台灣或美國，都有此問題，只是程度有別而已。林醫師給吳太太的建議，其實是為更年期在台灣醫療化推波助瀾。就像其他醫師一樣，當更年期在美國主流醫療論述中歸屬於「疾病」之後，林醫師也不會懷疑它不是疾病；同樣的，當很多美國醫師認為「荷爾蒙補充療法」適合美國女人時，台灣很多醫師，包括林醫師在內，也認為必然適合台灣女人。他們以同樣的邏輯再進一步推論：如果「荷爾蒙補充療法」適合台灣女人 A，也必然適合台灣女人 B。所以他們不能解釋為什麼有人會因服用某藥而深受副作用困擾，有人卻安然無恙？

其實，自九十年代起，在美國已有很多女性荷爾蒙使用者，從女性服藥的經驗出發，探討女性與雌性荷爾蒙補充療法的經驗。Gail She-

老年失去記憶等，但現在人們逐漸接受以醫學特定的思考觀念、語言詞彙，醫療知識的解釋，醫療制度的安排和擺佈，來看待和處理這些問題。這樣的一個過程，就出現某些行為和徵狀被歸類為「健康」（正常）或「疾病」（不正常），而且加上運用醫療科技來檢驗生理功能，更加强了醫療對人們行為和身體的控制。Zola (1972)就指出社會藉由醫療化來進行社會控制，醫療化的過程加深了複雜的科層制，使我們更依賴專家的指引，剝奪了一般人處理自己問題的能力。另外 Conrad 和 Schneider (1980)認為以前一些被社會厭惡的偏差行為，現在被認為是醫療的問題，可以用醫療的方式解決。女性主義者對生物醫學過度發展和拓邊感到憂慮，認為女性的生育經驗與過程由醫療專家和科技取代，使女性無力發聲(Riessman 1983)。在台灣關於醫療化和去醫療化的討論脈絡，林文源(2001)有深入的探討。

ehy (1993)在《春蝶再生》中表示，很多人有不同的服藥經驗，有些藥適宜某些人但卻不適宜另一些人。她自己就是在不斷嘗試中，找到了適合自己體質的藥，甚至不服藥而以服用生機蔬果調整生活作息。在書中 Sheehy 所訪問的女性對荷爾蒙補充療法，因自己身體的不同反應，有支持和反對的意見。Sheehy 的書其實說明了，女人之間有多重的身體差異存在。林醫師或許不相信坊間流行的自助(self-help)知識，因為它不是刊登在醫學期刊上的論文。

第二類則是在不同的社會文化往往有不同的「在地身體」(local bodies)，根本無法以普同主義的醫學知識來普遍應用。在此，筆者借用 Margaret Lock (1993)比較研究日本與美國有不同更年期的醫療知識，以說明我們的論點。

根據 Lock (1993)的研究，極多的日本女性沒有所謂的更年期症狀。更有趣的，熟讀西方文獻的日本婦產科主流也不認為更年期問題在日本是個重要的問題。至於女性荷爾蒙呢？日本女性根本不喜歡用（避孕丸也少用），日本醫師也不熱中於開此藥。一般而言，他們很擔心這類藥物的副作用。那麼如果日本中年婦女不用女性荷爾蒙，如何處理骨質疏鬆與心臟病的問題？有趣的是，這兩種病痛其實特別是美國女性的問題，日本中年婦女的罹患率要比美國婦女要低得多，所以日本醫師也不感興趣。日本中年婦女的性別與身體、社會的關係，是另外一類的問題，不是更年期的問題。連像「更年期 Konenki」這種詞彙，許多日本女性都不清楚，讓 Lock 在訪談時產生困難。

從上面的討論，我們知道在醫療使用者登門請教醫師時，醫師展現的生物醫學知識其實可以從三個層次來分析。一、生物醫療知識本身的問題。對那些採取強性(strong) 社會建構論立場的人來說：醫學知識對人們身體和疾病的真實性(reality)的認知，其實不是因為醫學進步而發現到它們的真實存在，而是因為經由很多社會文化、政治經濟的因素影響，被人們「捏造」(fabricated)或「發明」(invented)出來的，這是一種權力角逐的結果。像「更年期」就是過度醫療化的結果，原本不是「疾病」的生理變化，後來被「捏造」成為雌激素缺乏的疾病需要治療。因

此，這樣的人會批評醫師展現的生物醫學知識過於著重「病因論」和「化約論」。二、生物醫學知識的應用。採取另一種社會建構論的立場，不質疑醫學知識的本身，但質疑其應用（如Freidson）。他們批評的是醫學知識應用的「普同化」，強調應重視使用者的個人身體特質、文化背景和社會位置與其他各種條件。三、醫學訊息的充分告知，醫師只有提供資訊的義務和責任，使用者才是最後做決定的人。例如前面提及的澳洲 National Health and Medical Research Council (1994)所採的立場。一般較有醫療權益意識的使用者，比較會重視後二者。學者和醫療自助團體才有可能批判到第一層次的醫學知識。

2. 醫師權力的維護與使用者挑戰的策略

根據 Renee Fox (1989)在 1950 年代做的醫學院參與觀察研究，她注意到醫學研究和醫療診治本身充滿了「不確定性」。雖然醫師和使用者都受到「不確定性」的影響，但是由於使用者與醫師之間的「能力差距」(competence gap)很大，使用者所受到「不確定性」的影響遠比醫師來得大。根據 Howard Waitzkin 和 John D. Stoeckle (1976 [1987]: 350)表示，有研究顯示，即使當醫師對疾病和治療方式比先前較有把握時，醫師還是會讓使用者持續承受「不確定性」。這其實是醫師對使用者掌控權力的展現，也可以解釋醫師經常不願意將充分的資訊告知 (provide information) 病患，而且採取一些策略不直接和使用者溝通。我訪談醫師的資料顯示，醫師的訓練與經驗讓他們在面對診治的「不確定性」時，採取拒絕告知或保留地告知使用者。在此，我舉二個例子。

例一、王醫師為了「保護」病患必須多所保留。

王醫師：我以前就直接把病名講出來，只要長東西，就說長什麼瘤，現在都說長小水泡。否則他們一聽到「瘤」，就很害怕，就到處去看醫生，或者去動手術，其實有的真的沒這必要。

問：就說長小水泡，沒有關係。

王醫師：喔！不能講「沒有關係」，這是學校教的。即使你覺得沒有關係，也不能這樣講。因為這很難說，醫師能夠把沒事講成有事，但是不能把有事講成沒事。如果她問長小水泡有沒有關係？我就會說還要繼續追蹤，有時會消失，有時會長大，長大超過幾公分就需要治療，沒有超過就不需要治療。可是就是不能講沒有關係，因為現在告得很嚴重。

王醫師的說法回應了上述 Fox (1989)、Waitzkin 和 Stoeckle (1976 [1987]) 的觀察。王醫師因為診斷的「不確定性」，使得她必須把「沒事講成有事」，並且回答問題時含糊其辭，以便一方面給自己預留空間，保護自己，避免診斷錯誤的困境；另一方面掌控病情知識，使得「不確定性」持續下去，這樣醫療使用者就不能「自作主張」，或徵求另外一個醫師的意見(second opinion)來反對她的診斷。這是一種約束權力的展現，不讓使用者有機會瞭解自己的身體，採取適合自己的行動。王醫師以「保護」和「照顧」的態度，進行醫療知識的傳達，這樣的生物醫學知識經過約束權力的包裝，呈現出的是相當有限的訊息告知，但使用者並不會知道所得的知識是經過篩選的。

例二、陳醫師少說少解釋，讓人覺得很神。

問：你會不會根據看到病人的第一印象，決定要告訴病人多少？解釋多少？

陳醫師：原則上，如果病人沒有要求要講很多的話，我一般是不會多講。因為講很多的話，會有更多的問題。

問：為什麼會有更多的問題？

陳醫師：因為你跟她說有副作用什麼的，她就會緊張地問有什麼副作用什麼的，還會有其他問題。還有我會看她用的語言，比如說是護士醫療人員來看診，那我當然要小心一點，也會多說一些。如果病人問：「有沒有其他問題？」你說沒有，她們就不會再問問題。

...

你不跟病人講生病的原因，她們可能還會覺得你怎麼那麼神，真的兩三天就好了。如果你說是因為排卵痛，她們可能還會問一大堆問題。我看一般醫師很少講，都是說發炎吃藥就好，就打發過去。

...

醫師和病人的關係要比較靈活一點，有時候讓她參與，有時候讓她做選擇，有時候要強迫她：「這對你比較好！」有時讓她自主性低一點。另外，醫師的自知要夠，你的能力開刀開到這個地方不行了，就不要再做下去了。還有就是要要有風險意識，有可能會發生醫療糾紛，所以不要給病人太多的保證就是了。

從上述訪談中，我們看到醫師對權力掌控和運作的多重策略。陳醫師依看診者的需求和生物醫學的知識水平來判斷要不要多說。他的基本策略是少說，若遇到有生物醫療知識的看診者就多說一些。可見，在陳醫師（其他醫師類同）的觀念中，只有生物醫療知識才算知識，沒有此類知識的就讓她們繼續無知下去，讓奧妙的生物醫學知識永遠屬於醫師，自然也就增強了醫師的權力。讓使用者對自己的病徵處於無知狀態中，就更容易增強「醫師很神」的印象。有時，因情境不同，陳醫師也會讓使用者參與選擇，或壓低他們的自主性，無論是多或少釋放出一些決定權，主控的還是醫師。醫師會如此有自信，認為他們懂得一定比使用者多，固然因為他們有生物醫學的訓練，與使用者有「能力的差距」，我們還觀察到主要是醫師對生物醫學的「普

17 除了對醫學知識的信心外，還有其他複雜的社會原因，簡單解釋如下。我訪談的醫師面對診治的不確定性時，都持有「不多說」的原則，不要使用者擔心固然是原因之一，但從訪談資料中，我可以確認他們都意識到醫療糾紛可能帶來的困擾，也是造成他們「不多說」的一個原因。在訪談中，陳醫師坦白地承認，開業醫師擔心的是顧客不上門，因此，不能告訴病人：「沒事，不用來看了！」於是必須讓病人持續承受診治的「不確定性」，直到確定性已明確到不能否定的程度。

同性」、「中立性」和「優越性」毫無疑義地充滿信心。¹⁷若再探討下去，醫師不願意與使用者直接溝通還有很多社會結構的因素。這方面的討論，我們將留到第四部分做詳細的討論。

面對醫師高深專業知識不可跨越的「能力差距」鴻溝，使用者往往會想出辦法增強自己的生物醫學知識或利用自己比較豐富的文化資本來面對醫師的權力。這樣的情形隨著健康知識的普及，例如，報紙的醫療版，與健康專業雜誌的發行，健康網站有醫護人員負責回答疑問，一般民衆的生物醫學常識的水平有所提昇。

例三、小孟和她的母親

問：你基本的醫學常識是怎麼得來的？

答：我媽會剪報，有關健康的。她還會拿到台北來。像我阿姨子宮頸癌，我媽就說要我阿姨過年時不要太興奮，把瘤弄破。一般人都不會在過年的時候說這個，她就覺得沒關係。反正她很重視健康啊。

問：妳說看醫師時會問很多問題？是受到什麼影響？

答：受到我媽的影響，她會擔心嘛！她看醫師都會問很多問題，問得很清楚。有的醫師說：「啊！沒有問題啦！」其實這樣並不能讓像我媽這樣的病人放心。有的醫師可能以為妳不懂，就不講了。可是我媽會翻書，我也會翻嘛！我覺得我是受到我媽影響。

小孟的母親就是這樣積極勤奮的外行醫療使用者(lay medical user)，面對醫師的專業知識努力跨越不可能跨越的「能力差距」鴻溝。醫師一定不認為從報章雜誌中取得的通俗醫療知識，能與他們研讀七年醫學院以及多年行醫的臨床知識相提並論。即便如此，對小孟的母親而言，這些通俗醫療知識使得她在醫師白袍的權威下，除了膽敢追問質疑之外，還讓醫師「沒有問題啦！」的打發慣技難遁於形。我們相信很多醫師碰到這樣的醫療使用者，或許會像陳醫師看待同行

一樣，提高警覺，也會多解釋一些。像這種自立救濟的使用者在資訊的普及下，人數與日遽增，在他們主觀的認知中，「能力差距」的鴻溝已經逐漸在縮短中，也會在日常看診的過程中累積生物醫學通俗知識，讓自己有充權(empowerment)的可能。

以 24 歲大學英文系畢業的小孟為例，她很幸運的遇到一位可以信任的男婦產科醫師，她的經驗可以說明使用者積極的就醫策略頗有成效。

問：妳第一次看他（那位可信任的醫師）是因為什麼症狀？

答：我是去看念珠菌感染，那時候有性行為嘛，比較不放心，就去看一下。當我去看時，我說可能是念珠菌感染，他嚇一跳。他說一般人都會講黴菌。他就覺得我很不一樣，蠻有概念的。他就覺得可以多跟我講，反正我也聽得懂。我所知道的專有名詞，就只是日常會遇到的，像念珠菌感染、菜花、尿道炎，還有子宮頸癌，就這樣，我只知道這樣。

問：他年齡多大？

答：他大概六十幾，他單身，還跟我講英文（因為我是英文系的），雖然他發音不標準，還蠻愛講的。他是蠻愛講，蠻健談、外向的。我看完本來覺得我應該走，可是他說反正在下一個病人來之前，他也會無聊嘛，就跟我聊天。

...

像那個醫師，他不喜歡戴口罩，前兩次他都有戴口罩，後來可能他跟我比較熟了，就不戴口罩。有一次我忍不住跟他說：「你說口交也會有細菌感染，那你不戴口罩，口水就一直噴進去，搞不好我一直好不了的原因，就是因為你的口水，在我內診時一直噴進去。」他就笑說：「沒關係啊！」整體來說，我覺得他比其他醫師好多了。

小孟對這位年長的男醫師能夠以開玩笑的口氣挑戰他不戴口罩，很多女性醫用者在看內診時都做不到的。這個鮮少的例子說明了醫用者在擁有某些條件下有挑戰醫師權力的可能性。小孟武裝自己的是從報章獲得的疾病知識和專有名詞，一開始就讓醫師不能低估她，雖然知道疾病專有名詞並不等於擁有醫療知識，醫用二者之間還是存在著「能力差距」，但是小孟的文化程度使得這位醫師認定是可以溝通的對手，加上小孟的英文能力在重視英文的醫師心中，確實擁有份量，這無疑增加了她文化資本的籌碼。當她引用醫師熟習的醫學話語來挑戰他：「口交也會有細菌感染」、「口水帶有細菌」，於是有力地削減了醫師的權力。

開玩笑的輕鬆醫用關係不保障使用者可以獲得較好的診療效果，至少說明使用者不會懾服在專業者的權威之下，怯於質疑發問。醫用之間的確存在著權力不均等的關係，接受醫療掌控(*medical dominance*)的使用者卻未必完全屬於弱勢。Foucault 的權力觀讓我們看到這種可能性。筆者也要提醒讀者，小孟的挑戰是基於她通俗醫療知識與大學畢業的文化資本，這些都是使用者充權的條件。在訪談中也發現有的使用者利用各種策略，例如：拉扯同鄉或同宗的關係、提及醫護人員熟識者的引介、穿著美麗讓人印象深刻、誇讚醫護人員等方式，讓自己在門診中不至於太過被動，或被奧秘難懂的生物醫療知識壓得喘不過氣來。雖然這些策略不屬於知識交流的範圍，而屬於社會技巧的運用，但也值得注意。

（二）社會論述的充權與削權

接下來的這一節，我要討論的是醫用知識和權力交流的第二個知識範疇，即社會論述。這裡所謂的「社會論述」是指非生物醫學，流行於社會的論述。「社會論述」之所以有其力量，甚至被一些人視為天經地義的「真實」或「真理」，其背後有很多相關的法規、制度、經濟、文化體系的支撐。本文所提及的性別論述，例如，「美貌神話」，「女性天職」、「男人花心」等是經過多重社會操演形成的

「共識」，這些論述可以成為規範個人行為，提供人們判定是非善惡的論述(discourse)，或是因這些論述形成的一些社會約定俗成的慣習和認知。這與後面談論的「隱微知識」有顯著的不同。

在醫療專業者與使用者互動的過程中，田野資料顯示，雙方都會在接觸時涉入「社會論述」的範圍。醫療專業者診斷病情時，依據自己熟悉和認同的「社會論述」對使用者提出建議或指導；而使用者也會依據自己熟悉和認同的「社會論述」做出應對。由於醫療專業者的社會地位高，擁有「奧秘難解的專業知識」，加上二者的互動是在醫療的空間中發生，這些因素使得醫療使用者要不受醫師的「社會價值」判斷都很難。醫師掌控的權力，會透過「社會論述」而拓展。這一範圍的知識交流，在Kleinman (1980)的醫病互動的解釋模式中是缺席的。以下的田野資料說明，「社會論述」在醫用二者互動溝通中，經常出現。社會論述其實經常在醫師傳達了醫學診斷後，接踵入場。當醫用二者的對話落入社會論述的範疇，無可否認地醫師的崇高社會形象（例如：能當醫師的一定頭腦很好，見廣識多）會為稀鬆平常的論述平添不少重要性。至於，醫師話語到底有多少份量和多大影響力，全看說話的脈絡，以及使用者本身的個人隱微的知識和價值與信念。在此，我要舉四個例子說明。

例一、美貌神話的規範力量

回到前述吳太太與林醫師的交談諮詢，林醫師除了提供醫療專業的知識外，也透露出他所接受的社會流行性別論述，那就是「女人的價值在美貌」、「女人都希望永遠美麗」。從生物醫學的角度，服用雌激素藥錠或許可以減輕缺乏雌激素所導致的併發症，但卻與「留住風華」無關。「留住風華」只是藥商針對這社會論述的影響力所編撰的廣告詞，林醫師在診療時複述此論述，無疑以醫療的力量加強此論述的重要性。雖然未必所有女人都認可「女人的價值在美貌」的說法，但由於近年來大量瘦身美容和美體手術的廣告轟炸下，以及丈夫外遇傳聞不斷的媒體報導，的確使得很多五十歲上下的女性面對身體

的變化感到相當焦慮不安（盧孳艷 2000）。我們訪談的吳太太也展現了類似的擔心，而林醫師的建議，基本上更讓她左右搖擺，無所適從。這就是一個醫師的「社會論述」對使用者「削權」的例子。

例二、女人的「天」職

小芳是研究所的學生，長期深受月經來潮生理痛的折磨。在某一地區醫院看診多時，醫師診斷是子宮肌瘤造成的：

小芳：他勸我在 25 歲以前要先做好我的生涯規畫，最重要的可能不是唸書，而是在 25 歲以前找一個人嫁了，因為超過二十五歲可能會不孕。

問：剛剛那些話都是醫生跟你講的嗎？

小芳：對，可能是因為我學社會學的關係，我不是那麼地相信。但是我媽媽很緊張，開始幫我安排相親，媽媽是擔心我不能生育，將來就沒有人娶我了。

問：那時候妳心裡有什麼感覺？

答：其實看完以後，我的心情很低潮。就是我會覺得：「啊！這麼嚴重嗎？我以前為什麼沒有去正視這個問題？」如果真的像他所說的，那我不是完了！我的人生整個就改變了，我的人生還有很多事要做，怎麼可以被這打敗了！我後來自己一個人再去台大檢查，不要媽媽陪，結果卻不是這樣的。

小芳的醫師找到了生理病因，但是所給的建議卻不是源自醫學知識，而是依照社會主流性別論述的推論，認為女人的天職是「為人妻，為人母」，結婚生育對女人而言，其社會價值應該遠超過讀書學習的價值。加上「不孕」被醫療化定義為不正常的「疾病」，應該預防發生。這醫師可能用心良苦，希望他的醫囑能有預警的效果。但背後其實還配合著醫學知識預測的強勢權力展現，他的醫囑夾帶著的力

量輕而易舉地說服了小芳的母親，或許這也與小芳母親原先就接受的社會論述相吻合，因此顯得格外有份量，同時也對小芳造成很大的心理壓力。從小芳的立場，這位醫師的勸誡，其實削弱她對自己身體的主動權，而不是幫助她充權。幸虧，小芳的社會學知識與她研究生的社會位置，使得她有能力質疑醫師的建議，分辨出醫師的勸誡與醫療無關，雖然醫師的話的確讓她難過了一陣，但是她有能力出走逃離這醫師的影響。

例三、女醫師的女性認同

一位王姓女醫師在訪談中表示，會對來看婦科門診的使用者提出一些建議。仔細分析她的話語，筆者發現，她在給予病理診斷後，會轉向帶有個人價值觀的社會論述。

王醫師：最常見的是膀胱炎，其實看來看去就是先生在外面花，要不就都是年紀輕的 20 到 30 歲的未婚女性，50 歲以上的很少。膀胱炎小便會痛、血尿、尿不乾淨啊，通常都是先生從飯店帶回來的。有的太太會問是不是先生帶回來的？我會說「可能是其中之一」。事實上就是，可是我還是只說「有可能」。如果老是這樣子，我就會跟她講清楚。即使講清楚，她也不一定能夠接受，大多數的人還是會為先生講話。我還叮嚀回去千萬不要跟先生講，講了沒有用，他一定不會承認的。而且有的病人還會不見了，先生會叫病人不要來看這個醫師，說醫師挑撥離間夫妻的感情，叫她去看別的。有的會一再復發，我就會問：「你先生是不是常出差？」她若說會，我會說妳先生不可能到那裡當和尚。

問：病人遇到這樣的事，心裡不舒服，會跟你訴苦嗎？

王醫師：會啊！有的丈夫甚至更沒有水準的，反咬太太一口，說是她行為不檢，太太就哭哭啼啼的來找我。

問：那時候妳就是用醫師的角色去處理了。

王醫師：那時不是用醫師的角色，而是變成處理家庭糾紛了（笑）。我就會說：「妳這先生還要不要？不要的話就離婚吧！要的話你就默默承受吧！叫他戴保險套就好了，保護妳不要被感染。」

問：這些話是很熟的病人才會講？

王醫師：普通的也會講。這樣才知道要怎麼預防啊！男醫師一定不會這樣講，男醫師一定說那是抵抗力不好，體質不好。

問：為什麼男醫師不會這樣講？是因為男醫師沒有敏感到嗎？

王醫師：他們知道，他們不想扯男人的後腿，怕她們的先生來算帳。

問：妳不怕他們來算帳啊？

王醫師：通常不會碰到這樣子的，因為他自己理屈啊！他也不會男人跑去找女人算帳，不會的。而且我先生也在，他是外科的。有時我先生也會在外面看，看到刺青的，就打對講機告訴我說這人的先生有刺青，這人沒有看好沒關係，不要讓他來找麻煩。還是有差，有我先生在保護，如果只有我一個人開業的話，我不敢講。

問：像你說遇到刺青的，他的女人有膀胱炎，你會這樣說嗎？

王醫師：當然不會啦！我會說妳體質不好，我惹不起。

王醫師把「丈夫經常出國」與婦女常得「膀胱炎」連結起來說成是造成感染的病因，這必然與她多年的臨床經驗有關，也與她接受「男人花心」的社會論述有關。另外，她對此病因如此有把握，可能與她對社會給予男性性活動的空間頗大相當敏感，也容易站在婦女的立場感同身受。所以相較於男醫師而言，王醫師會比較直接的對求診婦女說出自己的聯想和判斷。這裡筆者要指出，醫師之間雖然都有共

同的生物醫學知識，但是個人之間，也會因為性別、族群、世代的不同經驗而會接受或反對某些社會論述。王醫師的表現說明她展現的社會論述與她的性別經驗有關。筆者也因此看出，醫師也是「多重認同的主體」。

上面這段訪談也呈現了幾個與醫用關係的權力面向：1.王醫師站在女性使用者的立場，提供預防膀胱炎的保健措施，例如：要先生戴保險套，並且叮囑回家不要告訴先生。這樣的知識交流有助於女性思考到自己的健康與丈夫的性活動的關連，而不像有些醫師以「體質不好」告知，那麼就使她們有無法預防的無奈。提供讓女人自己作判斷的可能性，就是提供使用者充權的機會。2.王醫師身為女性以「同理心」去推想使用者的處境，更重要的是她以女性的身份來「警告」，可以避免使用者的誤會，反而認為這女醫師很關心自己的幸福。這是男婦產科醫師比較不容易做到的。這柔性好意的預警背後也是有醫療權力的支撐，與上一個例子相似。但是效果卻與小芳的例子不同。王醫師的告誡讓婦女更加以自己的健康為關注焦點，認真思考如何保護自己，而不是以包容丈夫的行為為思考重點，這是任何女人能夠充權的起始點。小芳的醫師則傾向把小芳推回傳統婚姻的束縛，他的勸誡並不是從小芳的立場出發，而是從「傳宗接代」的立場出發，對女性的充權不但無助而且有害。3.王醫師原本的診斷，例如膀胱炎，會因擔心惹麻煩，解釋成因為「體質不好」。可見醫師的醫學權力不是絕對的，在更強外力的影響下，她會自我限制。我們不知道那些接受王醫師勸告的婦女的反應如何，但是可以猜測，那些站在丈夫一邊發言的婦女，可能不接受王醫師的建議，而以雙腳離開的方式抗議。這又與小芳的例子相似。

例四、種族偏見的傷害

Wula是排灣族三十多歲的婦女，在訪談中，她回憶高中時代因為月經延期去看婦產科的經驗。這不好的經驗結果造成她日後第一胎胎死腹中。

那醫生就問我說有沒有過性經驗，我跟他說沒有，他就很直接告訴我說：「可是你們原住民…」然後他就停頓了，他就叫了一個護士來，他就跟那護士講說：「拿個杯子叫她去驗尿」，然後那護士就拿了杯子叫我去化妝室弄一點尿，那時候我其實就很想逃離開，我就想說我是沒有，但是又有一種不服氣，我就是要證明我沒有，所以我於是去（驗尿），當然證明我沒有。然後他就問我說，妳這已經多久了，我就說我已經一個月沒有來，那後來他就幫我打了針，打了針後來大概一個禮拜那個就來了。可是就是那個經驗，讓我在懷第一胎，其實在我哥哥（指的是她生的老大）的前面，我很不願意講的就是，其實那一胎就是不願意去看婦產科所以才胎死腹中，因為我就是很不喜歡去看醫生，我很討厭人家用那種異樣的眼光去看原住民，對我說原住民好像就很奇怪，好像你懷孕就是不應該的事情。

Wula 的醫師說：「可是你們原住民…」，這句話暗含著什麼意思？我們無法認定，但 Wula 當場立刻有情緒的反應，認為醫師內心對原住民女人有「性隨便」、「賣淫」、「不在乎貞操」的成見，才會這樣說，但話說一半又覺不妥，可能自覺逾越了醫師的專業，或者會被認為對原住民的侮辱，就停止了。這一次嚴重「羞辱」的經驗，使得她懷第一胎時不願去看婦產科。

相信很多讀者一定認為 Wula 過份反應了。進一步分析，我們可以歸到她與很多原住民女性都深受種族歧視這樣的社會論述影響，這種族歧視形成了她們社群集體知識的一部份。正如 Lynn Hankinson Nelson (1993)指出：個人不是經驗的提供者和知識的生產者，真正的提供者和生產者來自於他／她所處的社群群體(community)。這個集體知識來自原住民長期處於台灣政經社的邊緣弱勢位置，原住民女性則在底層性交易中，成為主要被交換的「物品」（黃淑玲 2000）。這歷史社會的「烙印」(stigma)來自漢人父權體制的建構，但同時也深深烙印

在原住民女性的身體上。這集體的經驗和知識融入 Wula 的身體經驗中。在訪談中，Wula 還提到她過去與漢人男子社交的身體經驗，是非常不愉快的。漢人男子經常攬她的腰，拍她的屁股，「好像我們原住民女生就是可以欺負的。」她經常受到性騷擾的身體經驗，以及原住民女性的集體社會烙印，深入她的腦海，於是她把醫師未完成的句子，接合併湊到她的身體經驗和集體知識中，做出如上的反應。

Wula 雖然沒有醫學的知識，但是卻對自己的身體經驗與原住民女性的集體知識很有把握，很確切認定醫師的那句話是針對她的性別與族群而來的。在這樣的認定後，她原本的醫療使用者的認同，被她原住民女性的認同取代。在這醫用互動中，Wula 堅持要證明給醫師看的行動，以及自此以後放棄了就醫權，直到第一胎胎死腹中，都可以說是她積極以行動來表達沈靜的抗議。但 Wula 並沒有任何以語言反擊歧視或爭取友善對待的行動，據我們的推斷，很可能與原住民長期處於少數弱勢，經常受到漢人的歧視，發現很多抗爭行動的徒勞無效，而採取「阻力最小的道路」(the path of the least resistance)，那就是逃跑、躲避。若我們有機會訪問醫師，他可能完全不知道自己不小心流露的社會價值判斷，竟然會導致一場對方因受傷而抗議的內心戲，在短短的幾分鐘之內上演又閉幕了。這個例子說明，醫用者的溝通是脫離不了社會論述的，使用者具有多重的主體認同與身體知識，醫療者若對主流社會論述沒有足夠的敏感度，有可能造成意想不到的後果。

（三）個人隱微知識的協商

除了生物醫學知識和社會論述會出現在醫用的交流中，醫療專業者怎麼去理解使用者給予的訊息？使用者又怎麼去理解醫護人員給予的醫療資訊？我們認為個人的「隱微知識」(tacit knowledge) 扮演重要的角色。筆者借用的是 Michael Polanyi (1967) 「隱微知識」的說法，他指出人們的很多知識是隱微獲得的，科學知識的發展與傳遞仍依賴著我們隱微知識的支援。我們所知道的遠比我們能夠用語言表達的還多，因此他有「隱微的知」(tacit knowing) 的說法。Kleinman (1980:

109-110) 在探討文化對醫師與病患溝通的影響時，也注意到在醫療互動中，有隱微知識的存在。他指出，醫療使用者有其個人的隱微知識，他們的觀點部分來自個人的特異風格(idiosyncratic)，也有來自民俗文化對健康的觀點，這種夾雜混種的知識，甚至連使用者自己也無法作完全說明。Kleinman 也指出醫師有其個人的隱微知識，這與醫師個人的經驗有關，往往超出生物醫學的知識範圍。但是 Kleinman 並沒有仔細討論醫師的隱微知識為何。

在本文中，我們要特別指出，我們籠統稱之為「個人隱微知識」¹⁸（林文源 1998: 64-73），除了包含 Kleinman 所謂的個人特異風格，和民俗文化對健康的觀點外，還有因個人不同的社會位置（例如：階級、族群、性別、城鄉、世代的差異）以及不同的身體經驗所形成的一些來源不明拼湊組合的看法、認知、信念和個人身體經驗產生的知識。換言之，當醫師與使用者在進行簡短對話時，個人的隱微知識往往影響二者做出「問什麼，不問什麼，怎麼問」、「聽什麼，不聽什麼，怎麼聽」以及「回答什麼，不回答什麼，怎麼回答」的選擇。這一節的討論，我企圖以三個例子說明，個人隱微知識在醫用關係中扮演的份量與角色。

例一、吳太太對更年期的認知

我們再回到先前吳太太與更年期的例子。從吳太太離開診所後的訪談中，我們更加瞭解吳太太的個人隱微知識中，充滿了來源不同的片段訊息和認知，以及感情和身體的經驗。正是如此，她不能立即接受林醫師建議的「荷爾蒙補充療法」，計畫再去徵求其他醫師的諮詢。吳太太告訴我們：她年紀越大，越傾向抗拒吃藥，認為最佳的良藥應該是平衡的飲食和運動，所以一星期一定抽空運動三次，這樣已經持續一陣子了。最近她還讀了一些與更年期有關的翻譯小書，得知

18 在此使用的「專屬個人的隱微知識」一詞借自於林文源(1998)論文的觀點。原本在還未閱讀林文源論文時，我就有類似的觀察，他的論文有助於我對使用此概念的確定。

有些女人受益於「荷爾蒙補充療法」，而有些則反而造成病痛。再加上，她的一位老友長期服用普力馬林錠，去年得了乾眼病，這個身邊的實例使她相當震驚與害怕。然而這一年來，她經常感到情緒抑鬱，對自我感覺不好，於是擔心會不會與更年期有關。她處在矛盾的狀態中：一方面不願服藥擔心副作用，另一方面又因為對自己身體的感覺差，缺乏自信心，因此被「留住風華」的召喚吸引，期望跳出現有的困境。

我們無法得知吳太太後來的決定，但是事後的訪談，讓我們看到她腦海中浮現部份的雜思零念。一個很清楚的關聯就是：吳太太會怎麼問醫師，怎麼回答，以及會不會接受「荷爾蒙補充療法」，都是與上述複雜的個人隱微知識相關，也正是這樣的隱微知識，使得吳太太對林醫師的建議會採取保留的態度，在與醫師溝通互動的過程中，展現了質疑、追問、協商的權力運用的模式。

例二、多元醫療經驗的專家

莊小姐從高中開始就長期飽受經期疼痛，她中西醫都看過，基本上不太相信西醫。特別是西醫以吃催經藥來「調經」，她認為月經硬是要這樣調，「感覺很強迫」。她比較喜歡看中醫，而且認為還蠻有效的。另外，她媽媽還建議她喝「中將湯」來調經。她自己一直很注意飲食，想靠控制飲食，像不吃冰之類的，來改善經痛，的確情形就有些好轉。還有，她也利用網路獲取知識。例如：在網路上看到人家說「益母草」，好像很有效，她就去中藥店買草藥來煮。不過一時還不見有效。莊小姐對經痛的處理相當積極，她個人的知識來自看中西醫、母親傳授、自己嘗試的經驗、網路傳送的民間草藥知識，當然最主要的是她長期來的身體經驗。所以當這樣的使用者去看西醫師時，真像是「專家遇見專家」。

莊小姐看的是一位經驗豐富的女醫師—賴醫師。筆者觀察到，她經常打斷賴醫師的話，告訴醫師她求醫和自療的經驗，賴醫師也總是沒讓她說完話就打斷她的分析。莊小姐向醫師建議可能是子宮出問

題，賴醫師則打斷莊小姐的話，強調是內分泌出問題，要多吃維他命 E。二人一來一往，對話的拉鋸戰，似乎說明了莊小姐很想引導醫師檢查一下她的子宮，因為那是她認為出問題的來源。最後的結果，賴醫師沒檢查子宮而是開了維他命 E，莊小姐付錢拿藥。當第二天我們訪問莊小姐時，知道她對這位醫師沒有為她內診檢查子宮，還是有所不解，似乎對醫師建議多吃維他命 E，沒有留下深刻的印象。但是我們卻對莊小姐的「專家」姿態留下了深刻的印象，因為她主動積極的與醫師討論，在與醫師的對話中，她豐富的醫療經驗以及對自己身體的熟悉和認識，能夠不斷與醫師協商討論，醫師的權力與權威不能完全操控她的決定，這與很多被動和依賴的求診者大不相同。

莊小姐的例子，不是特例。在我們訪問的男女使用者中，經常出現類似的情形，也就是醫療使用者本身有豐富的看診經驗，她們除了西醫之外，也看中醫以及各種民俗療法。¹⁹從各方面研究中可以看到，複向求醫的行為其實是台灣漢人醫療使用者的特殊傾向（Kleinman 1980; 張荳雲 1998a）。近幾年，年輕一代，特別是居住在都會城市的醫療使用者，已經不似他們的父母輩那麼容易接受民俗醫療作為有效的醫療體系之一。他們的個人醫療知識，有很多來自網路。在網路上，人們傳遞著醫療秘方和偏方、歐美醫療藥物新資訊、台灣某地區的醫療資源訊息，使用者還彼此交換看病的經驗和因應策略。這情形與生物醫學在歐美社會的主導地位全然不同，所以台灣漢人醫療使用者的個人知識是多元混雜的，其複雜性相當高。因此，在醫用對話溝通時，雙方好似「專家對專家」，但往往各說各話。

例三、柯醫師生活世界的知識

柯醫師是我訪談醫師中的特例。他可以接受婦女帶小孩去收驚，²⁰

19 除了這三個並立的體系，在張珣(1989: 122)的研究中還指出，一般漢人生病最先使用的療法是不屬於正式組織的「家庭療法」。例如，「先使用家中儲備之成藥；或家中基本救護箱內的藥；或改變飲食口味及生活上習慣；給予食補；或使用父母或家族人傳下之秘方；或有特殊經驗到草藥店買藥自行煎煮。」

20 柯醫師解釋他會建議婦女帶小孩去收驚，因為他的母親幫他帶小孩，若去收過驚，他

也接受使用者看中醫或使用民俗偏方，而且他還花很多時間和求診的婦女談話。這些都不是他生物醫學的訓練教導他的，而是從他個人的生活和看診經驗中摸索出來的。例如，提到對更年期初期婦女的建議：

其實我不會完全按照西醫的作法，像有些病人只是更年期初期，病人病狀不是很嚴重，雖然說現在我們的上課內容是說更年期婦女還是要補充賀爾蒙對身體會比較好，像那樣的病人一般我不會一開始就建議她們補充賀爾蒙。我會建議她們去吃一些中藥，例如：四物啊、當歸、蜂王乳、維他命E、月見草。這些都有文獻證明是有效的。……我相信它們有效才會建議病人用，不會只憑自己的經驗。……像月見草很久之前就有病人跟我講過，她們移民紐西蘭都吃這種東西，後來抽血驗起來她的女性賀爾蒙的確很高，所以她已經更年期還不覺得老，所以我才去翻文獻，文獻是最近出來的。後來我見到這些文獻才建議病人吃，像當歸、四物、蜂王乳。四物很早以前就有了。……大部分病人可以不吃藥就不吃，這些都是跟食物差不多，她們比較能接受。

柯醫師從求診婦女的個人經驗中學習到月見草的功效，再去查醫學文獻，這顯示柯醫師在與使用者交流時採取對等的態度，不認為自己的生物醫學知識必然凌駕於使用者的民俗偏方知識之上，這樣的知識對等態度使得他的耳朵聽到在他知識範圍以外的民俗知識，引發他去探索的動機。當西方醫學文獻中有此證明後，他就應用在看診中。一般人會歸功於柯醫師的「開放的心胸」和「尊重病人的態度」，比較從個人的態度來看，但社會學家則會進一步探討造成這樣態度的個

的母親就比較心安，對小孩的舉止行為的解釋就會不一樣。柯醫師認為婦女如此做，好處反而是對婦女本身，而未必是對小孩。

人生活經驗與文化體系為何。

大概可能是我本身的經驗。像我父親長期便秘，糖尿病要長期治療，他早期服藥順從性真的很差。那就會想起很多偏方，像聽說含羞草的根去燉，對糖尿病很有效，還有吃土芭樂和林投果有效。我們就到處去找含羞草、林投果，還去偷摘土芭樂，後來都證明那些沒有效，我父親才開始吃西藥，慢慢能夠接受。所以我發現病人對中藥、食補都比較能夠接受，如果一下就開藥不見得能夠接受。當然那些東西不見得一定有效，但我會跟她們講如果吃了沒效再過來看好了。

柯醫師父親生病和抗拒西藥的經驗，加上他家人的醫療文化信念傾向有病痛先尋求民俗療法或中藥食補做為解決的辦法，無效才求西醫。台灣民間三種醫療體系並存的現象，使得柯醫師對求診者可能的抗拒有更深一層的體認。家人的經驗也使得柯醫師在看診時，將生物醫學的知識和個人隱微的知識混雜使用，來與醫療使用者溝通協商。

這部分的討論，我們從醫療專業者和使用者之間的對話分析看出，至少有三個領域（生物醫學、社會論述和個人隱微）的知識在交流，正是因為醫者與用者雙方都是具有多元認同的主體，因此，必然出現雙方面在這三個領域的知識交流以及相關的權力運作。特別是最後一個例子說明，當柯醫師有能力聆聽婦女使用藥草的另類經驗，正是專業者反思以及使用者充權的起點。

四、「醫用關係」和「專業者的反思——使用者的充權」

在第二部分我們回顧了台灣近十年來的「醫病關係」的研究，為過去台灣的研究測繪位置定點，以便理解今後的去向。在第三部分中我們以經驗實例細緻地分析了醫病互動中的知識和權力的關係。筆者

發現至少有三個範疇的知識在同步進行，其中醫療專業者與使用者的權力運用有相當多的面向。上面的討論，牽引我們回到本論文二個彼此互為一體的初衷：

1. 在學術研究方面，上面的經驗研究說明了台灣過去研究「醫病關係」的模式，的確不易掌握到「醫病關係」的特色，我們需要更細緻地去瞭解其中多重矛盾的權力關係與知識角力。因此我們企圖以揭櫫一種新的思考，即「醫用關係」的模式去分析，那麼就可以有新的視野。

2. 在實際醫療操作 (practice) 的層面，當我們企圖從知識／權力的角度分析，說明在醫療專業者與使用者互動溝通時，我們看到了知識交流遇到的障礙與權力強弱的運作。那麼，我們下一步就必須思考，要達到「反思的專業者—充權的使用者」需要什麼條件，其限制又如何。下面將試圖探討這兩個核心問題。

（一）揭櫫「醫用關係」的思考模式

當我們的討論接近尾聲，筆者想對台灣的學術研究做一進言。希望揭櫫「醫用關係」的思考模式來作為新的研究取向，這個新的思考模式，不僅具有學術的意義，還深具政治的意義。

在前面我們提到「醫用關係」作為新的思考模式，其實是從 Bryan Turner (1997) 對醫療社會學過去三、四十年發展的觀察，援引過來的。Turner (1997) 指出，受到 Foucault 的知識／權力和身體的理論的影響，醫療社會學已經從過去應用性質的研究，例如：瞭解造成病人不順服醫師指示的種種原因、醫病之間溝通的隔閡等問題、以協助醫療機構和醫療人員達到照顧病人的目的，逐漸轉向思考醫療機構和體制的知識／權力、疾病的分類和論述等，對身體的形塑，以作為一種控制社會成員的方式。Foucault 指出知識／權力是一種關係，分散在各處，藉由制度、法令、社會規範、宗教儀式、甚至有專業知識者的「凝視」(gaze) 在運作進行。生物醫學知識之所以成為「真理」，是醫療體制的權力運作的結果；醫療人員對使用者身體的診斷，使用者對醫

囑的不順從，也都是權力的操作。我們想順著 Turner 的觀察，把醫療社會學整體的轉變，轉引到觀察其中的核心，即醫療專業者和使用者的關係，因而提出以「醫用關係」(user-professional relationship)作為我們新的思考模式。

筆者認為「醫用關係」作為一個新的思考模式，與過去「醫病關係」的思考方向是很不一樣的。「醫用關係」的思考模式有什麼新意？這個新視野讓讀者看到了什麼以前未曾注意的面向？

首先，「醫用關係」強調醫用之間有多重的知識交流。正如前面實例說明，醫療專業者²¹與使用者都具有「多重認同的主體」，他們在「不確定」的醫療診斷關係中，若醫療專業者以普同性的生物醫學知識來診斷，而沒有考慮到個別使用者的特殊性，他們的溝通必然會有問題。例如：可能生理性病變暫時被治療好，但是卻一患再患，或是留下令使用者惱怒的創傷。在我們上面的討論中也指出，醫療專業知識並不具有普同性(universalism)和價值中立性(neutrality)，而是深受當地文化價值和規範的刻印，以及政治經濟利益的影響，例如：日本醫師和婦女對荷爾蒙補充療法的質疑，以及不認為更年期是需要醫治的「疾病」。前面的實例也說明，醫療專業者彼此雖然以相似的生物醫學邏輯診斷，但是指導使用者預防的方向卻可能因為自己的性別、族群、和生活經驗的不同而迥異。例如：王醫師的女性認同，讓她告知女病患預防再患的方式，可能與男醫師不同。林醫師相信女人風華的價值，認定每個女人都需要荷爾蒙補充療法。柯醫師則相反，願意聆聽婦女的聲音，查證月見草的醫療功效。醫師在指導和建議的過程中，展現多樣的社會論述和個人隱微的知識。正是因為上面多重的原

21 筆者要說明「醫」在傳統概念中是獨尊醫師，完全忽視護士以及其他專業人員的影響和貢獻。我們從日常就醫的經驗中就知道，在醫療場域中，醫師不是醫療看診者唯一接觸的人員，有時護士或技師等人的言行對求診者會有很大的影響，但是這部份向來被研究者忽視，造成研究的盲點。因此，在「醫用關係」的思考模式中，「醫」代表所有醫療專業者，不獨尊醫師，也不低貶護士和其他醫療專業者，這樣就有空間和可能開發新的視野。這一點，雖然在本文中並沒有任何實例作為引證，但還是要在此提出，供未來研究者思考：醫護權力若相差懸殊，護士在「醫用關係」中，能起什麼作用？若護士要表達與醫師不同的異議，會採取什麼策略，又有什麼限制？護士與醫療使用者的實質關係到底為何？

因，「醫用關係」的新視野，可以讓我們看到「反思的醫療專業者」的可能。

其次，知識與權力是相伴而生的。若我們從「醫用關係」的角度切入，我們會開始重視，醫師擁有專業知識而產生的權力，以及作為行動者的醫療使用者，在醫用的權力關係中，尋求在醫療場域中充權 (empower) 自己、自我決定如何使用醫療資源。醫師的權力在以前「醫病關係」的討論中，已經被注意到，但卻沒有從「微視權力」的角度去研究，在前面的經驗研究中，我們看到了醫師的「不多說」、「不多問」的技巧和態度，也看到了源於不同社會價值觀、文化經驗、社會位階、與身體的經驗，給予使用者反抗醫療專業者的力量。有些使用者或許以「逛醫師」的方式，換到別家去看，例如，小芳不滿醫師的傳統價值觀要她早早結婚，以免「不孕」；有些以拒絕看醫師的方式，去處理自己的病痛，例如，Wula 對漢人男婦產科的敵視；有的使用者因為社經地位和文化資本足夠，能夠不畏懼地開醫師的玩笑，例如英文系畢業的小孟。這些使用者是「多重認同的主體」，她們對自己身體的知識和她們願意與專業者交換的資訊都具有不確定性，並不是一張白紙任由醫療專業者在上面畫畫寫字。她們會因為自己的醫普知識，或隱微的個人知識，抗拒生物醫療的普同知識，而達到充權的可能。如此，醫療使用者尋求的醫師，就不是一位傳統「關愛病人、視病如親的好醫師父親」，而是一位「願意成就醫用者充權的好醫師朋友」。

最後，在「醫用關係」的新視野下，使用者身體的經驗和感受比以前更加受到重視。前面的經驗研究就說明了，使用者個人的身體經驗而形成的隱微知識，在醫用溝通時扮演很重要的角色。例如：吳太太的生活經驗和身體狀況使她遲疑不願接受荷爾蒙補充療法；莊小姐的隱微知識來自於親身經歷過各種療法，她身體的感受賦予她知識和力量，作為和醫師協商的籌碼。在「醫用關係」的新視野下，我們看到了使用者的身體經驗以及其他知識（醫普知識和非醫學知識）充權使用者的可能。

雖然本文強調的是「醫用關係」思考模式的特色，但是若沒有與現有的文獻作一對話，還是不能夠彰顯其特色。在現有文獻中，關心的議題與本文最接近的要屬 Kleinman (1980) 和 Mishler (1984) 的研究。他們都是深入田野研究醫療互動，對生物醫學的化約特性以及醫療人員過度依賴醫療技術相當批判，他們也一再強調醫師與病患溝通時忽視疾病的社會文化意義，和疾病對病患的意義。他們的研究指出，不聆聽病患的聲音，或醫師對生病的「解釋模式」與病患差距很大時，醫療溝通的效果就會很差，相對的診療的效果也會很差。他們關心的議題與切入基調都與筆者的相近。

Mishler 作為語言學者把研究重點放在醫療互動時的語言溝通，他提出「醫療的聲音」vs. 「生活世界的聲音」(voice of medicine vs. voice of lifeworld) 來解釋醫用的對話。Mishler 認為醫療使用者「生活世界的聲音」可以提供很多豐富素材供醫療者做治療時的參考，若醫療專業者不傾心聆聽使用者「生活世界的聲音」，只一味讓「醫療的聲音」主導診治，結果必然不可能達到醫療預期的效果，本文中討論到的柯醫師就是個活生生的例子。除了療效之外，Mishler 還重視「人的照顧」(human care)，他認為醫療不只包括治療，還包括瞭解並且認知到疾病對使用者和其生活世界的影響，以及對使用者的意義。使用者的「生活世界的聲音」可以提供很多豐富素材讓醫療者進入他們的世界，瞭解他們的困難，給予他們「人的照顧」，這樣才達到醫療的初衷。在分析醫病的言談對話，Mishler 建議使用「打斷式分析法」(interruption analysis)，先批判地分析醫師以傳統的方式形容疾病其背後的預設，以及生物醫學的預設，接下來，用另類的方式形容和分析，把關注的重點放在病患的「生活世界的聲音」。這樣才能進入他們的世界，瞭解他們。

Kleinman (1980) 從他豐富的田野資料中建立起醫病溝通出現的多重「解釋模式」(explanatory model, EM)。他的「解釋模式」包含解釋生病過程的五個階段，即病因、病徵開始的時間和模式、生理的病徵、病狀的嚴重性和慢性或急性、治療。醫療者（中醫師／西醫師／

民俗醫療者)的「解釋模式」有其隸屬的醫療體系,所以對這五個生病階段有不同的解釋。例如同樣一個患者,找西醫、中醫或民俗醫療者,會聽到對生病的五個階段有不同的解釋。醫療使用者和家人的「解釋模式」也有其隸屬的文化體系,他們對生病的五個階段也會有不同的解釋。Kleinman 的研究重點之一,就是要觀察並比較中醫師/西醫師/民俗醫療者與使用者和家人的溝通,效果如何。若溝通效果好,是因為他們之間對生病的「解釋模式」比較相近,反之,則效果不好(pp.104-118)。²²他觀察到西醫師與使用者的溝通最差,比不上民俗醫療者。

Mishler 和 Kleinman 的研究結果是本論文立場所認同的,他們研究給筆者的啓發,使筆者更充滿信心的相信,要改善長期以來被詬病的「醫病關係」,必須重視醫療使用者的文化體系和他們的生活經驗。筆者認為 Mishler 的「醫療的聲音」和「生活世界的聲音」,以及 Kleinman 的「解釋模式」,沒有觸及醫療溝通時最關鍵的「權力」關係。於是我們希望從「微視權力」的角度切入,以便更瞭解醫療溝通時,參與者之間拉鋸的權力機制。另外,田野資料顯示,醫療溝通的內容比 Mishler 批評的生物醫學問診模式和 Kleinman 描述的西醫師對生病的「解釋模式」面向更為多重與複雜,特別是社會論述的部分。因此,筆者認為研究醫療溝通,必須對「知識/權力交流」的核心部分,作更深一層的分析。由於加入權力的視角,使得對「專業者反思—使用者充權」這一部份,開始看到可能性。這也是在 Mishler 和 Kleinman 的研究中比較缺少的面向。當看到知識交流的多重複雜面向與微視權力相互作用的實證結果,使筆者更加確認,於是大膽地提出「醫用關係」的思考模式,目的是要結合並繼承 Mishler 和 Kleinman 的研究貢獻,把呼之欲出改善醫療關係的可能性驗身正名。

在結束前,筆者把「醫用關係」與「醫病關係」的不同思考焦點,做出表一對照,或許有些許粗糙與簡化,但是能夠為這篇冗長的

22 Kleinman 的生病「解釋模式」比我在此敘述的更為複雜豐富,請細讀他的例證。

論文，做個簡潔的收尾。

表一 醫病關係 vs. 醫用關係：思考模式的移轉

	醫病關係模式 doctor-patient relationship	醫用關係模式 professional-user relationship
研究對象	醫師與病人。	醫療專業者（醫師、護理人員）與醫療使用者（病患和使用醫療資源的人）。
疾病成因	主要因為生物性的病變。	生物性病變只是一部份，還有社會文化和醫療化建構。有些被視為「疾病」，其實是醫療化的結果。
認識論	生物醫學、具普同性和中立性以及啓蒙進步色彩。專業者知識 vs. 外行人無知。	社會建構的知識、具地方性、具歷史／性別／族群／階級／文化和個人的特殊性。認識到醫用二者的多重認同的主體。
研究立場	站在診療機構、醫師或病人作為消費者的立場，力求改進醫師與病人的溝通與醫療體制的安排；病人被視為無知、被動，因此醫療專業者要視病如親，感同身受。	站在醫療資源公有共享，醫用二者協商的立場，力求醫療專業者瞭解醫用關係的複雜性，意識到生物醫學的限制；重視醫療使用者有自主性，期望他們的充權。
研究議題	滿意度、順從醫囑和醫病溝通程度的測量，改善醫院管理，醫療專業者看診的言行舉止，病人的求醫行為等。	醫療化的控制與反制、各種論述的競爭、醫用知識交流、使用者知識的再創新，權力角力、使用者身體經驗、醫用二者的主體認同等。

（二）「反思的專業者—充權的使用者」

既然「醫用關係」的思考使得我們認識到醫用二者的多重認同的主體，以及他們之間知識的交流具地方性、具歷史／性別／族群／階級／文化和個人的特殊性。因此，提出一個較有理想色彩的目標：「反思的專業者—充權的使用者」，即期望醫療專業者能瞭解醫用關係的複雜性，意識到生物醫學的限制；能夠重視醫療使用者的自主性，期望協助他們充權。筆者也期望醫療使用者能重視自己的身體經驗或民俗療法知識，以及通俗生物醫藥知識，在和醫療專業者溝通時能以「專家面對專家」的方式應對。這又如何可能？筆者試圖從上面

的分析找出在實際操作面的可能。首先討論醫療使用者充權的可能與限制。

田野觀察和訪談讓筆者注意到很多醫療使用者以「逃跑」、「出走」的方式處理他們不喜歡的醫療經驗，專業者往往無從評估。從前面的例證來看，Wula 因為先前感受到的侮辱經驗，於是就不去求醫看診。我們訪談中經常聽到類似的反應，已經不足為奇了。²³ 若非，逃跑出走的（西）醫療使用者改以依賴其他醫療體系，例如：中醫、民俗療法（氣功之類的），否則難免又要回到西醫系統，重複類似的經驗。若我們瞭解台灣醫學的發展史，就知道日治時代國家為了推展「進步」的西醫體制，於是壟斷市場，排擠中醫，造成中醫的醫學知識未能受到重視，更不用說研究和發展（陳君愷 1992）。雖然 1960 年後，國民政府開始重視中醫的醫學教育，中醫的成就至今還不能與西醫相提並論。從醫療使用者的利益出發，他們的健康仍然要依賴西醫體制的維繫，於是他們的充權成為迫在眉睫的議題。

小芳雖然也採取「出走」的方式處理她不喜歡的醫療經驗，但是她與 Wula 的消極態度不同。她反而積極尋求其他醫師的檢查，收尋有關不孕的訊息，思考不孕對她生活可能帶來的影響。她能夠如此，與她做為研究生的位置有關，她有其他類型的知識提供行動的參考。同樣地，也都是因為擁有各類豐富的醫療和身體知識，使得小孟和她母親、莊小姐、吳太太，在面對生物醫學強勢的掌控下，能夠進行很多策略的運用，例如，角力、抗拒、懷疑、鬥智等。讀者可以看到這些使用者的知識，有來自於報章雜誌，醫普書籍，自己的身體經驗、親朋好友的醫療八卦、網路傳訊。她們的混雜知識在短短的門診接觸中，產生了充權的效果：她們能夠引導與專業者的話題，以積極發問消解專業者「不多說」、「不多問」的防禦，甚至可以藉由她們在地的(local)身體經驗來挑戰生物醫學的普同主義。這些有充權可能的使

23 有位中年藍女士告訴我們，她多年不看婦產科了，因為高中時曾有過很恐怖的經驗：醫師誤以為她已經不是處女，給她做內診，使她當場流血不止。所以她盡量不登門求診。

用者，很多來自中產階級，有一定的文化資本，往往住在都會區，資訊流通較為豐富，可以選擇的醫療專業者較多。這些條件的限制使得我們討論改善醫病關係時，更不能只集中焦點在醫病互動，而要注意到其他的社會制度面向。

在上述的案例中，沒有病友互助團體的成員，也沒有病患權益團體的成員，因此較不能看出社會團體協助個人充權的機制。在吳嘉苓(2000: 391)探討台灣近二、三年出現的病患權益團體的文章中，提及英美的病友自助團體成員，在經驗知識交換的過程中，除了形成有別於主流醫學的病患觀點，還發現改善健康的生活方式。但是若沒有政治化的權益團體出現，爭取制度和法律上的改良，自助團體僅只落入個人層面的改善。在這資訊爆炸的時代，加上病患權益團體逐漸浮現，醫療使用者較過去有更多管道可以充權，然而一方面，並不是人人都有平等的機會和能力充權。Wula的例子說明，受到種族歧視傷害的傷口需要更多的能量和機會，才得以復原；另一方面，個人充權的成就有限，若不做出制度和法令的改革（例如：立法建立獨立的醫審會，使用者擁有自己的病歷），個人的醫療品質就只能期待幸運之神的光臨。可見，制度的改進是協助使用者充權的必要條件。

醫療專業者的反思，指的不是專業者個人的修身冥想行爲，而是指醫療專業作為整體的思考與改進。前面的討論，雖不夠全面，但也能指出一些問題，在醫療關係中，醫療專業人員有幾個必須改進的面向：「生物醫學的普同性和醫療化」、「醫師不多說自我保護的習性」、「醫師社會論述的充權與削權」，這些其實不是醫師個人的「毛病」，而是在現有的醫療制度與結構中產生的。

前面引述的林醫師，按一般標準，他已經屬於相當願意說明病因的醫師了。但我們都知道，醫療專業者的白袍具有那麼強勢的象徵，主要來自其專業的掌控。這掌控的權力來自於它成功地爭取到國家對它擁有的生物醫學知識的肯定。這肯定藉由國家成立教育機構，限制入學受訓和執業人數，立法發給證照等措施，給予專業壟斷及操作其專業知識的權利，不易受到外界的監督 (Freidson 1970; Turner 1987;

Collins 1990)。生物醫學的普同知識以及醫療化其實是醫學掌控的權力基礎，因此當醫療專業者進行反思時，一般很難注意到這根本的問題。我們在前面的討論指出，醫療使用者具有多元的身份，也有多重的認同，醫療知識的普同性是無法解決這些多元和多重認同的主體的困境和需求。要使得醫療專業者在這一方面做進一步的反省，有待醫學教育者、醫療工作者、人文社會研究者，病患團體之間的多交流和溝通，在課堂上，在醫學會的討論中，在媒體報導中讓醫療專業者對其本科的知識論有所思考反省。這與醫學教育和醫界的自我定位有密切的關係。

至於醫師採取不多說的策略，在訪談中，醫師表示是因為害怕醫療糾紛。若進一步思考，在病患權益尚未覺醒前，絕大多數的醫師就如此表現，這說法實在頗為牽強。醫界會如此是與醫療專業有政府的背書，允許壟斷醫療知識，以及不受外界監督的「專業自主性」有關。另外，在醫學院的教育中，學生自認為在研究艱澀難懂的學問，又需花上長時間的學習才能考試通關，怎麼可能讓普通求診者瞭解其中的奧秘呢？再加上，臨床醫療中的不確定性，往往使小診所的醫師和大醫院的醫師所處的位置不同。在醫學中心工作的醫師，由於新科技的引進，又有團隊的支持與討論，對疑難雜症可以獲得較多的資訊；在小診所開業的醫師，由於檢查設備不足，又無團隊的支持，全靠自己單打獨鬥，自然傾向保守避免風險的作風。其實，作為小診所的醫師更應該多說，多與使用者互動解難，展現知識交流的服務，增強醫療使用者的充權能力，這是一般大醫院在組織結構限制下較難做到的，也是當今基層醫療與醫學中心競爭的最大本錢。

至於專業者社會論述對使用者的影響程度，這與專業者和使用者彼此的社會位置、文化資本的差距大小有關。若使用者有足夠的文化資本，例如：小芳的研究生地位和社會學知識，專業者的社會論述的影響就不會起很大作用，最多又是增強使用者原本的信念。若將這樣的社會關係的思考帶入醫學護理教育和專科醫師訓練課程，讓醫護專業者意識到若自己要發表或應要求發表某些社會論述時，要衡量自己

與使用者的權力關係，以及社會位階的差距，不可利用醫護白袍的權威，誇大自己意見的重要性。筆者建議這應該是醫學教育很重要的一環，可惜目前醫學教育者沒有注意到這一方面。

筆者對使用者的建議是：在生物醫學知識方面，我們可以承認與醫護專業者之間有「能力差距」，但是進入社會論述時，我們要能夠做出區分，應該意識到醫護人員的意見只是他們個人的意見，其參考價值遠不及關心和瞭解我們的家人或朋友的意見，自然更不能取代我們對自己生活的掌控權。當然，若醫師能站在「使用者」的立場，在醫療場域中來使醫用者充權，那真是太好不過了。雖然這樣的情形鮮少出現（例如本文的柯醫師），相信大家仍然有所期待。

五、總結：「醫用關係」的分析和使用者的充權

最後，我想簡短回答採用「醫用關係」的分析而不採用「醫病關係」的分析，對我們瞭解令人詭病的現狀有什麼幫助？換言之，對使用者的充權有什麼啟發？

正如前面所言，過去台灣有關「醫病關係」的研究，基本上是站在（西）醫師和（西）醫療體制的立場，藉著滿意度的測量瞭解病人的順從(compliance)程度。他們完全認同醫療人員專業的權威，接受醫師們的權力觀點，把病人當嬰兒或當青少年般的指導。病人的聲音與意見遇到「慈祥關愛的父親」，可能會被聆聽採納，但是只按著「父親」理解的生物醫學的知識框架分類。所以在那些研究者的眼中，病人沒有主體性，在與醫師互動的過程中沒有份量。這些研究，即使當初不是有意為維護現存醫療體制和醫師的利益服務，對關心此議題的人士也沒有多大的啟發。

當採「醫用關係」的分析去看這議題，主要是發現這是個複雜的現象。因為醫療專業者與使用者有不同的身體經驗，也都是具有「多重認同的主體」，他們在不確定的醫療診斷狀況下，進行知識交流與

權力的運作。在醫師與醫用者的知識交流過程中，除了眾所皆知必有的生物醫學知識之外，還有社會論述以及個人隱微的知識。筆者質疑生物醫學知識不考慮社會文化的特殊性，而普同地應用在每一個人身上，我們以更年期「荷爾蒙補充療法」為案例，加上日本文化和日本醫師對更年期不同的看法相互參照來說明其中的複雜性。在社會論述方面，我們發現醫師透過其醫學專業的權威地位，進行專業領域外的一些「社會」訴求。由於醫師說話的分量，他們的社會論述會對醫用者有相當的影響，有些造成困擾，有些反為醫用者充權。至於個人隱微的知識，在醫用關係中其實扮演著重要的角色。這是過去研究者一直忽略的。醫療使用者的個人隱微的知識，除了可以解釋為什麼很多醫用者不會乖乖聽從「醫囑」外，也是醫療使用者在面對醫療專業宰制(professional dominance)時，重要的抗拒、挑戰、忽視、嘲笑、逃離的力量來源；而醫師的個人隱微知識也可能成為醫師反思的力量來源。

若仔細分析醫用關係中的「權力」時，筆者獲得的圖像比較不樂觀。筆者發現大多數醫師還是固守醫療威權，傾向把醫用者安置在無知、需要保護的位置上。比較願意放出權力的醫師，人數還相當少。此外，很多醫師不願意多提供資訊，告知使用者，使得他們經常處於黑暗中，對自己的病況沒有足夠的資訊。再加上，醫療檢查本身就夾雜著對使用者「監控」的「規訓權力」，那些可以向醫師挑戰的醫療使用者幾乎也都是屬於比較有文化資本的人。這不禁讓人懷疑，使用者挑戰醫師權力的空間在醫用關係中所剩無多，哪能夠奢談充權？何況，上面所舉醫療使用者抗拒的例子，並不能逆轉醫療專業者的權力掌控，對關心目前醫用者權益的人來說，豈不是令人悲觀嗎？

的確！筆者對醫用者的充權不易樂觀，但也未必悲觀。採用「醫用關係」所做的分析讓我們看到其中複雜的關係，也因此看到可能的生機。舉例來說：如果醫學教育也開始參考醫療社會學和人類學的研究，以及使用者的身體經驗，以修改應用生物醫學的盲點，對使用者而言，將會更加符合他們的需求；醫師在診療時能參考使用者的個人背景和隱微的知識，那麼所給的醫囑可能會更加符合使用者的個人狀

況，減少醫用二者之間的誤解；醫師和護士如果意識到他們的醫囑夾帶著社會論述，那麼會更加警覺和小心。若醫護人員能夠進入使用者的「生活世界」聆聽他們的聲音，則醫者的反思就有希望。筆者要提醒使用者，西醫制度在台灣的強勢，使得大家必須經常求診，我們無須過度忽視自己的身體經驗而過份信任醫師的診斷；也無須過度重視醫護專業者的社會論述，因為他們的社會論述的意見並沒有專業價值可言。筆者還發現醫療使用者可以從很多方面增加抗拒能耐，例如藉由朋友和家人的傳言、經驗交流和網路資訊得到很多資訊和勇氣，這說明醫療使用者的充權是可能的。這些可見的生機，只有在採用「醫用關係」的分析，才逐一浮現。

誌謝：本文乃是國科會研究計畫「婦產科醫病的性別與權力關係」（編號 NSC 89-2412-H-030-002）的研究成果。初稿曾發表於台大社會系主辦的「2000年醫療社會學小型研討會」（2000年11月）。筆者要向當時提出批評和建議的評論人林文源以及與會諸君致謝。在研究期間，要感謝助理江婉瑜稱職和愉悅的協助。在改寫期間，感激傅大為和吳嘉苓提供相關資訊以及修改意見，增加筆者思考的廣度。筆者還特別要在此向二位匿名的評審致謝。他們精闢的見解與嚴格的要求，使得筆者從11頁的評審意見中，得以在結構上重新安排，論證上再度釐清，受益良多。同儕激勵所帶來的成長和進步，是筆者的最大收穫。從開始寫作到完稿刊出，筆者歷經了喪父的衝擊，在此謹誌。若有任何指正，敬請聯絡：807 高雄市十全一路 100 號高雄醫學大學性別研究所。Email: lingfang@kmu.edu.tw

參考文獻

- 王國裕 (1997) 醫與病之間的看病文化。健康世界 10 月號, 88-96。
- 成令方 (2000) 當女人與婦產科醫師相遇。台灣 2000 性別與醫療工作坊會議論文。
新竹：國立清華大學歷史所科技史組。
- 曲同光 (1990) 基層醫療醫病關係之研究—著重醫師態度與行為的探討。台北：國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 吳就君 (1981) 台灣地區居民社會醫療行為研究。公共衛生 8(1): 25-49。
- 吳嘉苓 (2000) 台灣病患權益運動的初探。見蕭新煌和林國明主編, 台灣社會福利運動, 頁 389-432, 台北：巨流。
- 林文源 (1998) To be or not to be? 長期洗腎病患的生活、身體經驗。新竹：國立清華大學社會人類學研究所碩士論文。
- (2001) 「醫療化」再思考。國立台灣大學社會學刊 29: 213-250。
- 林國明 (1997) 國家與醫療專業權力：台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析, 台灣社會學研究 1: 77-136。
- 林國明 (2001) 歷史、制度與政策：台灣醫療保險體系部分負擔與轉診方案的政策轉折, 國立台灣大學社會學刊 29: 111-177。
- 陳君愷 (1992) 日治時期台灣醫生社會地位之研究。台北：國立台灣師範大學歷史研究所專刊。
- 陳黛娜 (1997) 產科醫護人員和病人滿意度研究—以某醫學中心為例。台北：國立台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所碩士論文。
- 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): 41-48。
- 游祥祺 (1990) 苗栗醫療區省立苗栗醫院特別門診病患滿意度及其相關因素之研究。台北：國防醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 張荳雲 (1998a) 醫療與社會：醫療社會學的探索。台北：巨流。
- (1998b) 「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析。台灣社會學刊 21: 59-87。
- 張珣 (1989) 疾病與文化：台灣民間醫療人類學與研究論集。台北：稻香。
- 張珣、張菊惠 (1998) 婦女健康政策與『醫療化』：以停經期／更年期為例。婦女與兩性學刊 9: 115-143。
- 張菊惠、胡幼慧、張珣 (1998) 子宮切除術前醫師告知內容的研究。婦女與兩性學刊 9: 115-143。
- 楊志良 (1986) 醫院與病人關係為何跌入谷底？。中華衛誌 177: 34-37。
- 黃達夫 (1999) 用心聆聽：黃達夫改寫醫病關係。台北：天下文化。

- 黃淑玲 (2000) 變調的「NGASAL」：婚姻、家庭、性行業與四個泰雅聚落婦女 1960-1998。台灣社會學研究 4: 97-144。
- 趙柱英譯(1993) 春蝶再生，原著 Gail Sheehy, *The Silent Passage: Menopause*。台北：張老師出版社。
- 賴文思、張淑桂、張文道、王玉濤、藍忠孚(1997)『門診病患對看診醫師滿意度』測量工具建立的研究。中華民國家庭醫學雜誌 7(1): 33-41。
- 賴其萬 (2000) 當醫生遇見 Siki。台北：張老師。
- 鍾國彪(1988) 公保門診醫師和病人互動之行為研究：病人滿意度和尊醫囑服藥行為的探討。台北：國立陽明醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 詹麗綺(1987) 住院醫師與住院病人互動關係之探討。台北：國立陽明醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 鄭麗寶(1990) 醫療過程中的人際互動的社會學分析。台北：國立台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 盧孳艷 (2000) 身體經驗與知識實踐。醫望 33: 99-102。
- Armstrong, David (1983) *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge University Press.
- (1984) The Patient's View. *Social Science and Medicine* 18(9): 737-44.
- (1987) Bodies of Knowledge: Foucault and the Problem of Human Anatomy. Pp. 59-76 in *Sociological Theory and Medical Sociology*, edited by G. Scambler. London: Tavistock.
- Atkinson, Paul (1978) From Honey to Vigegar: Levi-Strauss in Vermont. Pp. 168-188 in *Culture and Curing*, edited by P. Morley and R. Wallis. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Australian National Health and Medical Research Council (ANHMRC) (1994) *General Guidelines for Medical Practitioners on Providing Information to Patients*. Sydney: ANHMRC.
- Cheng, Ling-fang (1998) *En/Gendering Doctors: Gender Relations in the Medical Profession in Taiwan 1945-1995*. Ph.D. Thesis. University of Essex, Department of Sociology.
- Collins, Randall (1990) Changing Conceptions in the Sociology of the Professions. Pp. 11-23 in *The Formation of Professions*, edited by Rolf Torstendahl and Michael Burrage. London: Sage.
- Conrad, Peter and Joseph W Schneider. (1980 [1992]) *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Temple University Press.

- Davis, Kathy (1993) Nice Doctors and Invisible Patients: The Problem of Power in Feminist Common Sense. Pp. 243-265 in *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*, edited by Alexandra Dundas Todd and Sue Fisher. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Diprose, Rosalyn (1998) Sexuality and Clinical Encounter. Pp. 30-44 in *Vital Signs: Feminist Reconfigurations of the Bio/Logical Body*, edited by Margrit Shildrick and Janet Price. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Doyal Lasley and Pennell I. (1979) *The Political Economy of Health*. London: Pluto Press.
- Foucault, Michel (1980) *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. New York: Pantheon.
- Fox, Renee (1989) *The Sociology of Medicine: A Participant Observer's View*. New Jersey: Prentice Hall.
- Freidson, Elliot (1970a) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- (1970b) *Professional Dominance*. N.Y.: Atherton.
- Freund, Peter E.S. and Meredith B. McGuire (1991 [1995]) *Health, Illness, and the Social Body*. New Jersey: Prentice Hall.
- Guiffre Patti A. and Christine L. Williams (2000) *Not just Bodies: Strategies for Desexualizing the Physical Examination of Patients*. *Gender & Society* 14(3): 457-482.
- Jamous, H. and B. Peloille (1970) Changes in the French University-Hospital System. Pp. 111-152 in *Professions and Professionalization*, edited by J.A. Jackson. Cambridge University Press.
- Kaplan S.H., S. Greenfield and J.E. Ware (1989) Impact of the Doctor-patient Relationship on the Outcomes of Chronic Disease. Pp. 115-137 in *Communicating with Medical Patients*, edited by M. A. Stewart and D.L. Roter. Newbury Park: Sage Publication.
- Kleinman, Arthur (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Larson, Magali Sarfatti (1977) *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, Margaret (1993) The Politics of Mid-Life and Menopause: Ideologies for the

- Second Sex in North America and Japan. Pp. 330-363 in *Knowledge, Power & Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, edited by Shirley Lindenbaum and Margaret Lock. Berkeley: University of California Press.
- Maseide, Per (1991) Possible Abusive, often Benign, and Always Necessary: On Power and Domination in Medical Practice. *Sociology of Health & Illness* 13(4): 545-561
- McKinlay, S. M., D. J. Brambilla, N. E. Avis, and J. B. McKinlay (1991) Women Experience of the Menopause. *Current Obstetrics and Gynaecology* 1: 3-7.
- Mishler, Elliot. G. (1984) *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Nelson, Lynn Hankinson (1993) *Epistemological Communities*. Pp.121-160 in *Feminist Epistemologies*. Edited by L. Alcoff and E. Potter. London: Routedge.
- Nettleton, Sarah. (1995) *Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Ong L.M.L., de Haes J.C.J.M., Hoos A.M. and Lammes F.B. (1995) Doctor-patient Communication: A Review of the Literature. *Social Science and Medicine* 40(7): 903-918.
- Parsons, Talcott (1951 [1987]) Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective. Pp. 147-156 in *Encounters Between Patients and Doctors*, edited by John D. Stoeckle Massachusetts: The MIT Press.
- Polanyi, Micheal (1967) *The Tacit Dimension*. N.Y.: Doubleday.
- Popay, Jennie and Williams, Gareth (1994) Local Voice in the National Health Service: Needs, Effectiveness and Sufficiency. Pp. 75-97 in *The Politics of the Welfare State*, edited by Ann Oakley and A. Susan Williams. London: UCL Press.
- Riessman, Catherine K. (1983) Women and Medicalization: A New Perspective. *Social Policy* 14(1): 3-18.
- Silverman, David (1987) *Communication and Medical Practice: Social Relations in the Clinic*. London: Sage.
- Thomas S. Szasz and Marc H. Hollender (1956 [1987]) A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Model of the Doctor-Patient Relationship. Pp. 165-177 in *Encounters Between Patients and Doctors: An Anthology*, edited by John D. Stoeckle. Massachusetts: The MIT Press.
- Todd, Alexandra D. and Sue Fisher, eds. (1988) *Gender and Discourse: The Power of Talk*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Turner, Bryan S. (1984 [1996]) *The Body & Society*. London: Sage.
- _____ (1987) *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage.

- _____ (1992) *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.
- _____ (1997) Forward: From Governmentality to Risk, Some Reflections on Foucault's Contribution to Medical Sociology. Pp. ix-xxi in *Foucault, Health and Medicine*, edited by Alan Petersen and Robin Bunton. London and New York: Routledge.
- Waitzkin, Howard in association with Stoeckle John D. (1976 [1987]) Information Control and the Micropolitics of Health Care. Pp. 345-369 in *Encounters Between Patients and Doctors: An Anthology*, edited by John D. Stoeckle. Massachusetts: The MIT Press.
- Waitzkin, Howard (1984) Doctor-Patient Communication: Clinical Implications of Social Scientific Research. *JAMA* 252(17): 2441-2446.
- (1991) *The Politics of Medical Encounters*. New Haven: Yale University Press.
- White, Kerr L. (1991) Trend Report: The Sociology of Health and Illness. *Current Sociology* 39(2).
- Young, Iris (1990) *Justice and Politics of Difference*. Princeton University Press.
- Zola, Irving Kenneth (1972) Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review* 20 : 487-504.