

醫事社會學概說

Medical Sociology

莊凱森

前言

沒有一門科學是孤立的，彼此間總存有或多或少的交錯與重疊；同時在科學發展間，沒有一門科學的傳統知識能夠獨立解釋在此門學術研究中所遭遇的一切問題，因此便產生了交錯的研究（cross-linkage study）。如在生物學中所遇到的問題，便須常在化學與物理學中探求答案，交錯研究的結果，產生所謂的生化學與生物物理學。這樣的發展過程，在醫學與社會學之間也同樣發生，產生了所謂的醫事社會學（Medical Sociology）。最先注意到社會環境影響健康情形者，是精神病學（Psychiatry），它的發展，強調了許多存在於社會環境

之中影響生理，心理健康的因素。如一個人心理上之所以失調，常由於內在的衝突（inner conflict），產生心理壓力，致使整個統一的自我失去平衡而瓦解，所以這種心理上的失調是社會環境造成的。佛洛伊德認為潛意識的受阻常導到精神病的發生，但何以某種因素要受阻抑而另一種因素却不然，則又屬於其社會文化之範疇；在一社會受阻，於另一社會却不一定受阻，所以心理疾病的症狀，大部份是受社會文化因素所影響。因此要從社會環境著手，借社會環境的了解診斷治療。觀察許多精神機體疾病，如高血壓、氣喘、消化性潰瘍等病，都有其心理上的原因，但為何會有心理上的原因呢？則又受社會因素的影響。

若單就醫療（Practice of medicine）來說，

也可看出其與社會文化的關係，因為醫療本身便涉及人與人之間的關係，任何醫療之實施與完成，至少包括二個人，即醫生與病人。二者之間必然有其互動（interaction）的關係，否則醫療目的便不能實現。但醫生與病人之間之所以有互動關係，並非是一件很簡單的事：先就病人來說，生病與其所處生活團體有關，如掃煙囪的工人容易患陰囊癌，黑入區的梅毒性心臟病患多。又病人求醫的個人價值觀念也受其所處社會團體所左右，比如求醫時是找中醫抑或找西醫等等；再說醫生，他要得社會認可（行醫執照）才能行醫，行醫的方式也決定於其所處社會，而個人當初所以決定以行醫為職事也是為了其家庭、生活圈、及社會評價所影響。這一切都說明醫療與社會文化的密切關係。

醫療與社會文化有如此密切的關係，因此在醫療時遇到很多問題，需要社會學的理論方法為助，因而產生了醫事社會學。「把社會學的觀念方法運用到醫學中，從事有關之研究的一種科學稱之為醫事社會學」。最初由 Dr. Charles McIntire 於 1894 年所創，發表「研究醫事社會學之重要性」（The Importance of the Study of Medical Sociology）一文強調應設有一獨特的領域專門研究醫事社會學，可惜仍不能發展。到了 1953 年，A. R. Mangus 更著論文「疾病與健康的社會因素研究——醫事社會學」（Medical Sociology : Study of the Social Components of Illness and of Health）才使醫事社會學受人注意，再經當時的 Russell Sage 基金會提供支援，該門科學才逐漸起色。到了 1955 年，美國（The Common wealth Fund）出錢，耶魯大學開了一專門訓練之課程，由醫學院與社會學系合作。因此儘管醫事社會學至今不過十三、四年的歷史，但却已有相當的成績，其研究範圍如下：

1. 在西方文化體系間，研究醫學與醫療已有之成就。
2. 各個不同之民族，對疾病，醫療，健康等看法觀點之比較研究。
3. 衛生人員之社會組織。
4. 醫院的社會機構與社會功能。
5. 疾病之社會因素。
6. 醫學教育：研究如何在此社會化的過程中使一個普通人成為一個醫生。

從社會學透視醫療事業 原始醫學

A 對疾病之看法與解釋

各民族都會遭受病痛之苦，但原始社會中的人對於疾病的看法，却與今人不同。大體上說，他們對於身體上輕微的不舒服不以為是疾病，而當做是一個自然現象，又我們看做嚴重的病症，他們却因為患病的普遍，也當做是自然的現象，如非洲西部

的賴比里亞的曼娜（Mano of Liberia），便因疹疹在該地很普遍，而持這種看法。但如天花、肺炎之類能使病人喪失一切活動能力的，他們就當它是疾病。其輕重二者的區別雖不很明顯，但觀其原因，主要還是其社會經濟因素在作祟，不過因行之已久，人們不察覺罷了！至於疾病的原因，他們常有三種解釋：

1. 違反禁忌（break taboo）：原始社會中有許多禁忌，犯了後便要受到處罰，或生病或死亡。例如有一澳洲青年無意中吃下一個母鼠，後來聽人家說那東西不能吃，他受了這種社會暗示（Social Suggestion）後，果然真的生病而死亡。
2. 冒犯神明（offensive spirit）：會受神明作祟而生病死亡。
3. 巫術迫害（magic）：有時候生了重病，認為是受人家巫術所害。因為在原始社會裏以為人體中不能太多或不足（too much or not enough），這樣會因失去平衡而生病；至於為何會有太多或不足的情形，則是由於別人的巫術，加入或取走我身體中的一部份。

B 預防（The prevention）：對疾病之預防措施，是根據他們對疾病的看法而來的。

- 1 拋棄：將病人使用的東西拋棄不用，或甚至將病人本身拋棄，如 Sumatra 的 Kubu 和印地安人便將重病者拋棄。
2. 交感巫術（counter magic）：(1) amulet，

符之類，是防止惡魔的（to ward off evil），將其置於家中，魔鬼就不敢來，我國有將「太公在此百無禁忌」一類的符貼於家中者。(2) talisman 還是帶來好運（to bring good luck），亦為靈符之類。

都禁吃。

2. 打掃街道院落。

3. 夫婦分居、不要有性關係。

4. 請道士、和尚唸經祈禱

5. 將當地祖傳的秘方印出來，貼在街上或分發各家。

6. 將艾草掛在門上、雄黃抹在門上和身上。

7. 飲聖水，離此地 15 哩之山上有一神泉。

今將其所採方法的理論與現代醫學的觀點比較如下：

採用方法	當地人民之理論	現代醫學之觀點
食物禁忌	敬神，神震怒而降災，故祈神原諒，持齋禁殺生。有些食物如水果是生冷的，易壞肚所以禁吃，以免腹瀉。	不吃肉類魚蝦對防治霍亂實有益，但禁食南瓜則全不相干。
清潔環境	敬神。	環境衛生為一有效措施
禁慾	敬神。	無關
唸經祈禱	祈求神明寬恕	促進疾病之傳播
分送藥方	治療與預防	部份有用，部份無用甚且有害。
懸掛艾草或塗抹雄黃	防止疾病	無關
飲用聖水	治療與防病	無用甚且有害

照 L.K.Hsu 的分析，為何當地人不利用現代設備的醫院呢？他們說打針怕疼，其實這只是一種粉飾作用（rationalization），因為他們早已用鍼灸治病。L.K.Hsu 認為中西文化是二個極端，中國迷信（巫術），美國迷信科學，所以中國人對於上述自己的一套辦法，縱使無關於治病，也能接受，而對科學之產品反觀望不前。且那是一個農業的社會，關係到生命的東西，人們是不敢輕易去嚐試的，所以寧可用自己的老套而不願上醫院打針。

B) 婆多黎各的節育診所(Birth Control Clinics in Crowded Puerto Rico). by Mayone Stycos. 波多黎各在二十世紀初由美國接管時人口尚不及一百萬；但到 1950 年雖有大量的移民遷入美國，但本國人口却仍超過二百二十五萬，五十年

間竟增加了一億多。該國政府迫於人口壓力不得不實施節育。在 1939 年於全國設立了 160 個節育診所，傳授節育知識和免費供應安全套、子宮帽、節育膏之類的東西；照理當地交通方便，節育的成果應該很高才對，但事實卻不然，出生率依然無法降低，這是什麼緣故呢？雖然要歸咎於當地居民未能充分有效地利用節育診所，但未能利用節育診所的背後原因又是什麼呢？

爲了要了解問題的主要癥結所在，婆國的家庭生活計劃局、社會科學調查中心及波多黎各大學聯合舉辦一次調查，以隨機抽樣的方式在低收入的家庭中選出七十二戶為樣本，加以訪問，對太太訪問四小時，先生訪問二小時，其資料經過整理分析後，得結論如下：

1. 對家庭大小的態度：大多數人以小家庭為理想類型，認為子女以不超過三人為佳多了便是累贅，增加負擔，但此一態度却被其他牢固的看法所打消：

(1) 子女衆多是一種養兒防老的安全保障。

(2) 該地人士深怕不孕（fear of sterility）；以為「生育的能力」是「男人」最低的要求。所以一結婚就開始拼命的生小孩。又在一個富庶的社會裏，誇示（show off）的方式很多，但在貧窮單調的社會如波國，多子多孫則成為一個很主要的誇示方法，這更助長了當地的生育率。

(3) 生育被認為是進入成人階段的基準：沒有孩子的男人只能算是個年青人或只是半個男人。

2. 阻碍提倡節育的因素

(1) 宗教之影響：波國為天主教國家，天主教以人工節育為犯罪的行為。

(2) 怕不貞潔：該地男人嫉妒性極強，女人又多猜疑，丈夫怕太太有外遇，不讓她曉得控制生育的方法，這樣才能發覺她是否貞潔。波國男女，尤其男人有外遇的極多，自己愈有外遇，愈怕太太行為不檢。如此一來雖然先生太太都曉得節育方法，但彼此裝蒜，都充做不曉得的樣子。

(3) 男權（male authority）：該地為一男權社會，男人為一家之主，性關係也由男的採取主動，無論性交形式，時間或次數都由男人決定。但節育本應男女雙方合作才能奏效，單由男方採主動！成效自不輝煌。

(4) 健康：很多人以為實施生育控制後會妨碍健康，導至癌症，或其他不良後果，甚至以後永遠不會再生。

(5)樂趣：彼認為使用節育方法，減少了夫婦間房事樂趣。又該地男人外遇極多，特別是與妓女，所以將女性分爲好女人與壞女人兩種。男人與壞女人玩時，爲了怕染性病便使用安全套，因此於無形中將安全套與壞女人連在一塊，而與太太在一起時，則不能用安全套。

3.溝通之阻碍：該地並非每人均拒絕使用生育控制，事實上所調查的2125人中，有38%使用生育控制。但爲什麼不能收效呢？

(1)節育需夫婦兩人有恒的合作才能生效，但其社會裏，夫妻不公開談論性的問題，所以雙方心意未能溝通，使節育不易奏效。

(2)女性的矜持：女性易害羞，常抑制住自己，不願主動上診所求教，甚至提到診所就不好意思。這當然大大地阻碍了節育運動的推行。

結論：人類的生育率(fertility)，不同於一般的生殖力(fecundity)，是和文文化模式(cultural patterns)息息相關的。在一個死亡率很高的社會裏，文化力量自會操作到使該社會有一高的生育率；但當死亡率由於現代醫學技術的高度發達而急驟降低後，文化模式却常無法即時跟上，在出生與死亡間重建一新的平衡。

我們只有在對一特定社的文化，加以通盤的了解後，節育計劃才能成功。像在波國實施的這樣一個合乎世界水準之節育計劃，却因對文化因素欠缺週詳的考慮，而不能收到預期的效果。光只有良好的醫院設備，却無法爲小家庭提供必要的動機，也無法保證現代避孕方法之正確知識的傳布，更無法和對這些方法的錯誤信仰與偏差態度去格鬥。要解決以上的問題，我們只有在擬定計劃的初期，充分的考慮到社會文化因素，這樣計劃才能成功，因爲它已不單單是一個醫學上的問題，而是一個採合了諸多社會因素的社會問題。

醫療組織與制度

醫院之社會機構

早在西元第四世紀時就已經有了教會設立之醫院，當時醫院之設立純爲慈善事業，收容了一些年老無助的病患。不過那時的設備與規模都很簡陋。到了十九世紀末，由於工業革命的結果，人類的生產方式整個改變了，由大工廠的機械取代了家庭的手工；資本家在城鎮及交通中心地區設立了大工廠從事生產，招來了四面八方的

工人，這些工人大部由鄉下的大家庭中，獨自地或攜家帶眷的遷集到工廠附近，因此人口便大量的集中，漸漸地形成了大都市。這樣一來，以前的大家庭制度，便慢慢地分崩離析成許多多的小家庭。每一小家庭的人口既少又簡單，其所佔的空間面積亦很那麼的小。因此當有人不幸患病時，一方面既缺少人手去照顧病患。另一方面也沒有幽靜的環境病人休養，因此人們便迫切的需要一個專門照顧病患的地方，醫院就在這種需要之下發達起來。現代人，生在醫院，死也在醫院，這是整個時勢所造成的一種原因，另外醫學本身的發展亦爲促進醫院發達的一大因素，蓋任何知識都是由少經慢慢累積而形成，並且非一人之功，需要大家的合作才能奏效。醫院發展到某一階段，不能再由單一大夫包醫全身各系統，而需要採取職有專司的分工；分工的愈細密，合作的要求也愈高，因此需要有一個場合供這批人一起工作，醫院就在這種情況下更形發達起來。再者，在消毒的技術尚未發達以前，醫生不很需要醫院，但自十六世紀，消毒技術漸趨高明後，醫生慢慢的需要設備良好的醫院，尤以外科醫生爲然。在分工愈細，合作愈甚之下，這批專司不同部門的各種醫護人員便在醫院裏一起工作，此時由於人員衆多，管理與協調不易，因此需要有一組織，才能密切配合，有條不紊的完成目的，醫院的科層制(bureaucratic structure)便應運而生了。各人站在自己的崗位上，看清自己的身份地位與角色，如此才能使醫院的工作密切配合，順利的進行下去，而不會生混淆。以下我們來看一個醫院裏面有那幾個部門，和它們彼此間的關係。

一般醫院組織，大略如下：

- 1.院長
- 2.醫療部(medical service)——急診、一般門診與治療，以醫生爲主。略分內科、外科、婦產科、小兒科、耳鼻喉、眼科、牙科、皮膚、泌尿等。
- 3.檢驗部(laboratory)——包括有組織病理、生化、血液、血清、細菌、血庫、心電圖、心音圖、腦波圖etc.
- 4.X-ray——由放射線專家主持，分診斷與治療。
- 5.飲食部(dietary service)——管膳食及營養。

6.護理部 (nursing service)——醫院最大的功能便是照顧 (care)，所以護士是居重要地位的。

7.總務 (business)——掌管住院、會計、事務、儲存等行政事務。

8.病歷紀錄 (medical records)——病歷檔案。

9.藥房 (Pharmacy)。

10.保養 (maintenance)。

11.housekeeping——打掃，收送髒淨衣物。

12.洗衣房 (laundry)——洗滌衣物。

以上十二部門，雖有輕重之分，却是缺一不可，像負責瀟灑內外的部門，看似不很重要，但试想一個醫院若沒有人整理環境，致使裏外髒兮兮的，則整座醫院會成了什麼樣子呢？又像總務部門好像也跟醫院無多大關係，但假若沒有此一部門來負責行政事宜，那麼整個醫院的業務行得開嗎？其他像飲食部和洗衣房亦然。所以這些部門需彼此合作無間，整個醫院的組織才是完滿無缺的。

再看看各部門之間的關係：

1.院長與醫生 (administration-physicians)——醫院裏應該由院長來領導，醫生們不該有唯我獨尊的態度，而院長本身應為行政人員而不是醫生，（在美國醫院之院長學的便是醫院管理：(Hospital Administration)，但在台灣却行不通，院長若不是醫生，他的麻煩就多了）。在院長看來，他是一院之頭 (authority)，醫生是他的部屬。但醫生本身則以為醫院的宗旨在於治病，一切應以醫生為主，其他的行政終是為我們而有，所以往往養成唯我獨尊的態度，這種態度上之偏差經常使二者發生磨擦，醫生要求設備不得，就怪院長太把醫院商業化。台灣之院長多為醫生出身，所以得其他醫生之尊敬，較不成問題，但醫生們有時會看在同事或者是校友的份上而互相客氣，使彼此相安無事。當發生磨擦時，院長似乎可以 authority 的身份呈請委員會辭去該醫生，但若是碰到主治醫生或專門醫生就不行了，況且醫生們經常私下聯盟，會搞得牽一髮動全身，迫使院長不敢冒然行事。

2.檢驗部與醫生 (laboratory-physicians)——此二者最易發生磨擦，原因有二：(a)醫生要求的 test 太多，(b)檢驗的意見不同。醫生們總是希望檢驗多一點，以便綜合各資料去下診斷，並且要求檢驗部要快，檢驗部則因事多心煩而不高興。有時給那位醫生先做，那位醫生後做，便引起不滿。再者檢驗後之意見往往不同，醫生們手術中割下的東

西是否為需要切除下來的部份，檢驗部要加以檢驗，其報告直接影響醫生的聲譽與昇遷。在這種利害關係中，當然不免要發生磨擦，不過有時候醫生可以用非正式的關係 (informal relationship)，使檢驗部不要提出對他不利的報告。

3.醫生與護士 (Physicians-nurse)——醫院中醫生與護士的關係最為密切，常看他倆在業務上和業務外形影不離，其實這是純為業務的關係，本來護士與他人的關係包括上至院長下至病患，但在合作醫療 (teamwork) 中，獨與醫生的關係最為密切。就好像她上面有二個婆婆，一為院長，一為醫生。若醫生照醫院的規定去給護士下 order，則沒有問題，但若不照醫院的規定，護士便感無所適從了。不遵從麼！醫生不高興，遵從麼！醫院的秩序會混亂。在這種情況下醫生便靠非正式的關係要求護士，才能使二者達成協議。醫生與護士的關係若不好，可由以下五端去解釋。

a.醫生對護士之態度不佳：隨着時代的變遷，護士對自己的看法也不同了，而醫生的看法却跟不上因此二者常生不愉快，護士認為和醫生是一同工作的伙伴 (coworker)，將醫生的 order 叫做醫囑，稱自己為護士而不叫看護。但醫生却不然，認為護士懂不了什麼，要由自己加以訓練培養，要隨時耳提面命的，使得護士覺得醫生卑視她。

b.醫生本身修養問題：若醫生的修養不夠，常會引起醫務間之磨擦，醫生以 order 來為難護士，要護士完全照着他所下的 order 去做以為這樣可以顯示身份，更有甚者，用這樣的方法去公報私仇；還有醫生經常越過他的職位權限，去要求指定某某護士跟他，在這種情況下有些護士會成了沒人要的，至下不了臺；有時醫生連護士自己的私事都要加以過問，當然引起護士的不快；又醫生不能準時上班時，患者的抱怨都加到護士身上，護士當了替死鬼心裏自是不舒服。

c.待遇不公平：醫護之間過份懸殊的待遇，引起不平，也造成了醫生的優越感。

d.業務協調問題：若業務上之協調不一致，使護士無法適從，也會發生不愉快的事。職權的劃分不一，也牽引起糾紛，如換藥的事沒有劃定 (defined) 由誰負責，至傷感情。

e.素質本身的問題：能力或素質的好壞也影響他們之間關係的好壞。當醫生的能力不足，開出的 order 錯誤百出，護士不願曲從，有時則護士能力較差，工作不能勝任，致引起醫生不快。

4. 護理與營養部——患者所需的特定菜單，

由護士送到營養部，再由護士把菜飯送到患者面前。士身上，護者除大叫餓外，當然也要怪營養部，因此二者關係常不愉快。

5. 營養部與總務部——營養部抱怨總務部所給的

經費不夠，而總務部則責備營養部偷飽私囊，二者關係不善。

在醫院中各個部門之間或人與人之間的關係，

可分為正式的 (formal) 與非正式的 (informal)

兩種，這兩種關係可以決定醫院的功能，照理說大

家只要遵循醫院的規定，依靠着正式的關係去進行

就可以了，但事實上却大大不然，很多事若只拿出

公事公辦的態度來，往往要行不通，這時候需在正

式關係之下輔以非正式的關係，才能使事情協調，

圓滿的完成。非正式的關係所生的影響力往往要比

正式關係的力量還來得大，它可以影響正式關係的

好與壞，關係非常重要。

醫院中的技術人員常會卑視行政人員，事實上

行政的管理是介乎人與事之間的，如行政辦得好，

可發揮很大的功能，使醫院一切就軌道，業務蒸蒸日上，否則會使醫院呈現一片混亂。

技術人員不管他技術再好，只要地位 (status

) 不夠的話，仍是不行，地位的劃分非常的嚴，包

括背景、出身、經歷與技術。醫院裏往往以服飾來

區別他們的社會地位 (social status)。外科醫生

與護士們在上班時間或許開玩笑、或者一起正式

討論，地位似乎很平行。但只要下了班，或上餐廳

時便劃分的很嚴，這完全是社會地位的不同所致。

今日連護士之間也劃分得很清楚，分大學的、專科

的、職業學校的，彼此因教育背景不同，也帶起磨

擦。

以下再看看醫生與病人和護士與病人之間的關

6. 醫生與病人之關係：通常可分為下面三者：

a. 主動與被動 (activity-passivity)——醫生

是權威，他只吩咐病人怎麼做，却不受問，像外科

手術即然。

b. 引導與合作 (guidance-cooperation)——

由醫生指導病人該怎麼做，而病人便以合作的態度

照着醫生的吩咐去做，有了問題，也可請示醫生。

像傳染病便屬於這一類的。

c. 共同參與 (mutual participation)——醫

生要了解病人的整個背景，而不單單是病情而已，

醫藥社會化

的會錯主意，而發生問題。

興趣增廣，護士若再太照顧的話，容易引起病人與他的距離便應該遠些，因為此時病人體力恢復，以不會發生什麼問題，但等到病情好些以後，護士使早日恢復健康，而重病中的人大抵機能退化，病人，使他的注意力不要全部貫注在病情上，以病人病情嚴重時，護士可扮演母親的角色，細心照顧有時是友善的輔導，有時則為權威性的代表。當有醫療，還要照顧病人，或為病人母親的替代人物，醫生與病人彼此的溝通。護士是醫生的助手，幫助切真情，使護士了解病人，以之獻給醫生，有助於的要求。病人受了護士溫柔的照顧後，能表現出但技術好，還要能滿足病人心理上及情緒上各方面和善的護士去照顧他，所以今日一個理想的護士不尚要承擔其他社會環境等壓力，非常需要一個溫暖友往進醫院，況且大多數的患者除了病情本身外，入手又缺環境，無法照顧病人，因此病人要離開家在今天工商業社會的小家庭制度下，每一家庭既護士與病人之關係：病人需要人家照顧，尤其對醫生的看法趨向惡劣。

公立醫院大夫因待遇薄致態度不佳等等也使病人醫生與病人的關係，使之惡化。還有密醫的橫行如此即養成惡風。也有醫生醫德太差，致而不顧見諸報章，影響聲譽起見，都寧願私下調解。反敵了一事。有時候手術雖純出意外，但醫生為了衝突，事後有 50 % 的醫生便不取費，有的甚至正式登記在案的醫生，其中有 80 % 曾與病人發生純出自己願意的。台灣在民國五十五年有七千多位病時，患者須簽志願書，表示將來若生意外，那醫生若不盡心力醫治病人，彼此常會發生衝突。在醫時，無論在道德或法律上都不可拒絕患者；但所謂身體髮膚之父母，不可損傷。醫生當病人求，但病人本身不能忽視自己的病，要主動地求醫。時把責任卸下來，其家屬親人有義務要好好照顧。當一個人人生了病，從其角色上看，好像可以使病人覺得和醫生的距離相當的遠。

深不可測的樣子，把距離拉的遠遠。醫生們常用英文去寫和講或套用專門術語，不讓病人知情，總是 (situation) 來決定的。醫生有時擺出高高在上，這三種方法態度的應用，各有好處，隨著病情像糖尿病便是。

一律參加保險，它的用意本在互助合作。到了西元 1883 年始於德國，當時是強迫所有的勞工在保險法最先

3. 逃亡 (escape)：一個部落遭遇一場大病之害後，整族逃到他方，另謀安居。

4. 祈禳 (propitiate)：若一逃再逃，死亡過多無力再逃時，只好付之祈禳，用犧牲的方法來求神。

5. 小心：很警覺地不去違犯禁忌，不要受人巫術，儘量避開一切不吉利者。

事實上他們還有許多合乎科學的預防方法，但却都以巫術去解釋，例如Mano 的男人要在日落以前洗澡，女人到河中洗衣服，腳底要抹red palm oil，這是可以防止蟲蟲傳染的，但仍用巫術去解釋，另外有許多民族所居住的房子都很乾淨，對維持食物的平衡也有一套方法，並且不亂拋動物屍體，但他們這麼做，不說是環境衛生，而說是家中有家神，河中有河神的緣故。中國農村社會亦然，每次打掃也不說是為整理環境衛生，而是因為要迎接神明或祖先回來，以示敬意。遇有節日，夫婦不行房事，也說是要對神明表示敬意。

C) 病人 (The sick man)：前面已說過，必需嚴重到不能活動的地步才算是病人，對待病人的方法有二種。

1. 擔負：挑起照顧病人的擔子，如澳洲土人對年老病人的待遇很好，以年青人的鮮血給病人喝。

2. 剷除：除去照顧病人的麻煩，在新蘇格蘭將病人活生生的拋棄；在Bobos of West Sudan 將病人吃掉。

他們的做法是否野蠻，我們不能以自己的文化立場去批評，照理說，野蠻的行為是落後民族才有的，但事實上前述澳洲土人比新蘇格蘭更為落後。又幫助一個明知無望的病人，徒增他的痛苦，是否對呢？

D) 巫醫 (The medicine man)：他身兼三職，祭司、巫士、醫生甚至有時為酋長 (chief)。通常是很正常健康和誠實的，要成為一個巫醫必須得該社會之認可，一是自小訓練，一是世代相傳。他們並不存心欺騙，都非常虔誠於所做所為，並且深信他是真正得到了神的旨意，賜他能力來為人治病，他們用以治病的方法有很多仍是可以理喻的。巫醫也收費，但視效果而定，且隨病人財富地位之不同而異。若是經常治不好病，會被處罰，因人們認為巫醫本身有魔。

E) 診斷與預後 (Diagnosis and Prognosis)：雖然其醫療方法有些是很合邏輯的，但總要著上魔術與宗教的色彩。方式有：

1. 占卜 (diviner)：用骨、牙牌或錢占卜。如Loango 人將一大袋石頭撒在地上，看其排列情形來占卜。

2. 神試 (ordeal)：假若認為是受了人家的巫術，那麼便去找出可疑的人，問他是否施放巫術，不承認的話，可用此神試的方法去測驗。

3. 徵兆 (omens)：看預兆之吉凶而定病人是否能痊癒。如Bornes 人以為在路上遇到鳥，左邊示凶，右邊示吉，中國人視烏鴉為不祥，遇到烏鴉衝着叫示凶兆。

F) 治療 The treatment)：因為脫不了神秘和宗教的色彩，彼認定所以生病是因為靈魂被勾走 (相信靈魂的原因是每個人都做過夢)，被巫術所害，被精靈吃掉或是迷失了。若是魂迷失了，中國人則行招魂，愛斯基摩人叫做驅魂回來，若為精靈吃掉，則請他放回來。再用靈物 (fetish) 來治療，如風濕症 (rheumatic Pain) 以靈物來揉搓，便能治好，因為他們相信靈物有祕密的力量，其實這暗合了今日醫學按摩之效，但他們仍用自己一套祕密而帶宗教色彩的道理來說明。

現代醫學之引入鄉土社會

任何民族都有其文化，各民族一接觸，文化便互相交流，而各民族事實上無法孤立，所以其文化難免要變，但一文化進入一地，並非全盤的接受。而是有所取捨，取捨的衡量則決定於該地的文化模式 (Cultural pattern)。今日的科学之醫學毫無問題地比鄉土社會中的醫術更為進步，但是否被接受，不僅決定於醫學本身的效用，還要看該地的文化模式。以下我們舉兩個專案研究來說明。

A) 一個中國城之霍亂流行之研究 (A cholera epidemic in A Chinese town). by Francis L.K.Hsu：雲南省的西鎮，離滇緬公路很近，居民八千為農村中間的一個城鎮，商業繁榮，當地的富賈更投資建了一所現代化的醫院，有床位二十，醫生兩位，其一為牧師，出身哈佛大學，尚有護士一名及助理護士多名，在1942年5月10日發現了一個霍亂的病例，馬上引起了當地人的注意，醫院及學校展開宣傳，勸人接受預防注射及治療接受，窮人可以免費，並說明該病之可怕性，但結果前往醫院注射的人很少。在5月10日到6月10日一個月期間，男女老少死亡二百多人。當地人既然感到害怕，又為什麼不去打針呢？原來他們用了自己的一套辦法：

1. 食物禁忌：如肉類、生魚蝦、水果、南瓜等

[illegible]

3.

重，現在則以為全憑經驗，只能算是一個「匠」了，應有很好的修養才能更上一層樓，所以要開

4.

藥程方面，都逐漸在改進之中。在美國是大學畢業，再唸五年的醫學院才授與博士學位，而以醫學生在見習階段才實際與病人接觸，但晚近則在剛唸醫學院時就指定了一、二病人讓他去接觸，借訪問談去深入了解病人的一切背景。這種革新。

B) 社會學方面之來源

1.

才都不同，除了按與本科的知識外，在心理和各方面的環境可能影響他日後的一切。社會學要對每一種專業所需的環境，如應有何種醫學教育才能調教出技術佳，品德又高尚的醫生來。（目前在台灣的醫學界內，有關課程方面的水準並不視但所訓練出來的人是否能成為真正救人濟世之醫，似乎有再加強之必要。

2.

許多問題無法只靠醫學本身便能解決，問題中的社會的成分，要由社會科學家來參與解決。醫學專家本身得採社會科學的知識，或整個將社會學家拉入醫學領域來一起工作。據1957年計，美國的醫學社會學家（medical Sociologist）有110人，其中的60人直接參加醫藥衛生機構研究。

3.

疏遠他的工作 (alienation from work)。後來，
台、經緯等機構，看看裏面的工作人員是否厭
對醫學院之社會機構加以研究，要找出如何才
高其工作效率的因素來。

4.

5. 社會學方法之改變——以前的社會學多意於成人的社會化研究。

5.

論的玄學，現在的社會學則為發現問題與解決問題的；從前許多籠統之社會現象無法研究，今已

尋求一個合理的安排。

A) 醫學方面之來源

1. 醫學課程安排問題——今日學術非常發達，

只能專攻某一部門，再注意到與其有關的部門以爲補助。醫學分支愈多後，其課程也跟着多，因此那些課爲必修，分量又該多少和時間的分配應該如何

尋求一個合理的安排。

2. 醫學教育之發展——最早的醫生是把病人當

。使得此項制度未嘗它應有的效果。

社會過程

任何科學的研究，不論是基礎科學或應用科學，都越來越採精細的分工，部門越來越多。在從事社會學領域中之研究，也有新的分支產生，尤其近二十年來，對疾病之社會病源學和區位學特別注重，此外尚有：

社會過程

調定基礎科學及應用科學，並從基礎科學的分上，部門越來越多。在從事社會學領域中之研究，也有新的分支產生，尤其近二十年來，臺灣與社會病頻學和區位學特別注重，此外尚有：

1. Social etiology and ecology of disease
2. The sociological components in therapy

2. The sociobiological components in therapy and rehabilitation.

3. Medicine and Health care as a social

4. Social process of medical education.

其中第四種醫學教育之社會過程，為最晚近才產生

卷五十四

出一套合乎科學的工具儀器，已經可以做多方面之研究了。

以上是由醫學與社會學兩方面的發展背景去說明為何今有「醫學教育之社會過程」這門學問的發展。以下我們再來看看一位從事醫學生涯的人，從他下決心要做醫生開始，到獨立行醫為止，中間經過了那些階段，茲以簡單的箭頭表示幾個階段：

下決心→學醫→實習→接觸病人→獨立行醫
第一階段為野心之產生，第二階段為如何進入醫學院，第三階段為如何獲得病人，第四階段為如何與其他醫學界人士接觸。

1. 學習醫學之決定與社會背景：大部份的人都在進入大學以後才決定讀醫，只有百分之二十以內的人是決定在未進大學以前。雖然一般人的決定都下得遲，但決心下得愈早者，愈不容易改變初衷。十四歲下決心者有83%始終如一，而十八歲才下決心者則僅有9%未改變本意轉入他科系。進入醫學院後的滿足與否和滿足程度之大小與決定的早晚恰成正比，決定愈早者滿足愈大，決定愈遲者，則滿足愈小。決心受之於父親的影響並不太大，但是決定以後，父親的鼓勵與經濟支援，則可減少其遲疑和助其順利完成學業。大抵上說，學醫與家庭之職業有關，有59%的學醫者是出身於醫生之家。親友的關係對他的學醫也有相當的影響。醫學院與法學院學生比較，則醫學院學生志向之決定早於法學院者。為何學醫者的決定要比學法者早呢？因為要進醫學院的限制比較嚴格，需早做準備，不能像學法者一樣臨時決定即可。

2. 進了醫學院後，專門做研究或不專門做研究將此一問題，以一、二、三年級為問卷對象，看是贊成全科或專科的實習。結果顯示出贊成做不專門的研究的，以一年級生佔最多，二年級少些，三年級則更少了，年級愈高愈希望專科化。這與教育過程有關，因為初學者對醫學之內容知而不詳，總覺得多多益善，要學全科的，但隨着學年的增加，却愈覺覺得範圍太廣使希望只專攻某一部門，減輕負擔而又能研究得精深些。

3. 醫生的自覺：有些學校在一年級時就指定病人給他做個案研究（case study），因為若光只是唸醫學的課程，不容易使學生萌生一種醫生的感覺，必須實際與病人接觸，這種醫生的「自覺」，才會不自覺的產生出來。

4. 沒有把握（uncertainty）：假定一個學生有這種困惑的感覺，那麼會影響他日後行醫的效果，

因為醫生在病人的面前，有時是絕對的權威性之代表，不能稍有疑惑，否則影響病人甚大。為什麼會缺乏自信，而產生這種沒把握的困惑呢？這一方面是在學時因課業太重，成績不好而失去信心，另一方面是由於研究愈精深，愈覺得醫學的認識不夠，以僅有的學識基礎尚無法為治病的根據，致而喪失信心。

以上所述，是根據美國的情形，對一個從事醫學生涯者的始末稍做說明。（本章完，全文下期續完。）



害羞的醫生（薛聰賢作）