

「醫病也醫命」：

民俗宗教的醫療行為及其概念

張珣

中央研究院民族學研究所研究員

摘要

本文從醫療人類學觀點解釋「文化」相對性，並從「文化相對性」演繹出「醫療相對性」。繼而，說明人類學家如何研究民俗醫療與宗教醫療。接著，簡介臺灣多元醫療體系的歷史成因及其現況。然後，以民俗醫療中常見的「收驚」治療儀式，與「栽花換斗」治療儀式，來說明民間信仰中的魂魄觀念以及身體觀念。最後，本文闡釋多元醫療有其相對性優點，政府、醫界與學界應該正視民俗宗教醫療之研究與對話。

關鍵詞：文化相對論，醫療相對論，象徵治療，收驚儀式，栽花換斗

壹、前言

臺灣俗語中有一些描繪宗教醫療的語句，例如「要人也要神」，意指生病的時候，要看醫生（人），拿藥吃藥，但是同時也要找宗教醫療（神），才能夠找到病源加以根除，否則疾病可能無法痊癒，一再復發。另外，如「小病不醫，大病得觀童乩」，意指疾病剛剛發生時就要找醫生，不要拖延，拖延成大病時，醫生醫不來，就需要請乩童問神了。再如，「不祭（解），好不瀝！」意指有病不祭解，只是看醫生吃藥，無法完全痊癒。這些俚語在民間是相當流行的，可見有病尋找宗教醫療並非罕見。21世紀的臺灣醫療非常現代化了，但是街頭巷尾我們仍然可以看到「收驚」、「算命」、「卜卦」的招牌；宮廟牆壁上仍然張貼「祭解」、「祭草」、「改運」等等服務項目與價錢，顯見仍不乏民眾前來尋求宗教諮詢與治療。那麼，我們如何理解這些宗教醫療呢？應該用甚麼態度來看民俗宗教醫療呢？

貳、從文化的立場來看醫療行為

「文化」在人類學中是個很重要的概念。一個社會內所有成員的行為均受文化指導，受文化制約。文化有廣義的定義，有狹義的定義。狹義的是指一個社會文化中的價值規範與精神倫理，它是一切行為的準繩。廣義的也就是人類學家常用的，是指一群人的生活方式，包括一切食、衣、住、行、精神、物質之總體。任何人均生活於文化中，均屬於「文化人」，現在再也無「自然人」，凡是人類創造的一切均可稱之為文化。因此，人只有生活在簡單或複雜的文化下之區分，而絕無任何一個人生活於無文化狀態之下。

人類學家相信「文化相對論」。亦即，「文化」不是本能的、天生的、遺傳的、絕對的特性，而具有相對的、後天的、學習的特性。因此，文化是可以傳播的，可改變的，可研究的，有組織條理的一套系

統，是幫助人類生存的工具。凡人一生下來，即須學習其生活環境內之文化，諸如飲食方式，待人接物方式，語言表達方式，謀生取食方式，團體生活方式等，乃至於學習宗教神明祭祀之觀念，道德倫理價值標準，以及健康疾病的知識等等。待這一切觀念與行為皆具備於心，而能運用自如了，方可稱此人為「人」。亦即，此人具有生活能力，此人為社會所接受。相反的，若一個人，在學習過程中有所障礙，或未完全習得「文化」，他的舉止言行處處與社會內其它人員相抵觸，他的價值觀念與社會其它人相違悖，那他便無法或必是很難於此社會中生存。因此「文化」是學習來的，是後天的，而不是生下來具有的。

文化既是學習來的，便不是絕對的，不可改變的，或唯一的，因此文化便有時間或空間上之限制，跳離開某一時空範圍便可以有不同之「文化」。如前所述，文化是指一群人的生活方式，「一群人」可以是血緣上相近之一群人，如「雅利安人」；可以是地緣上之一群人，如「中國人」，可以是共同信仰一位神的一群人，如「伊斯蘭教國家」，不同的一群人便可有不同的文化。「群」可大可小，可等於平常用的國家、民族、種族、氏族，也可等於平常用的某一年齡層的人，如「青年文化」，指的是青年人間的特別觀念與行為。如「婦女文化」，指的是婦女們特有的生活方式。不是該文化下的人便不具有該文化之特性，例如不是青年便不會熟悉青年文化之行為與價值標準。因此不同的一群人，便有不同之行為標準；不同的一群人便須學習不同的文化。因此文化標準不是絕對的，不是唯一的。「文化」在人類學中如果沒有特別說明，通常指的是「種族」範圍的生活方式，如雅美族文化，美洲印第安文化，南美馬雅文化，包括的是該族人之語言、風俗習慣、行為方式、生活方式等。因此，文化（Culture）是可以數的普通名詞，可以是多個文化（Cultures）；也可以是不可數的專有名詞，如中國文化（Chinese Culture）。

文化既是相對的、可學習的、後天的、可改變的，則凡文化之行為均同樣具有這些特性。亦即醫療行為也是相對的、可學習的、可改變的。那麼一個地區，一個時代的醫療行為必異於其它地區，其它時代之

醫療行為，而沒有一個絕對的，自古不變的，放諸四海皆準的醫療觀念與行為。西方的醫療觀念與行為經由現代學校教育早為我們熟稔，醫療人類學盡力探討的是非西方的醫療觀念與行為，用它來與西方的醫療觀念與行為作比較研究。醫療人類學有3個基本假定是人類學家在從事醫療行為研究時，共同具有之認知（Foster and Anderson 1978）：

- 一、疾病是生活中共同的事實，每個社會均有疾病。
- 二、對疾病之看法，是因不同社會而有不同看法，並非絕對的、客觀的。
- 三、對疾病之看法，與該社會之社會文化有密切關係。

疾病是凡人類社會均有的，人類生活於自然環境中，不能適應自如的因素均可發而為疾病，如不適宜之氣溫、氣壓、空氣、水源。但是否將這些身體之不適視為疾病，則因社會而異。亦即引起人體不適之感覺，並非必為疾病。例如在菲律賓的熱帶雨林區中，濕熱的氣候適合各種感染菌之生長，當地土人對皮膚病非常注意，其對皮膚病之分類因此非常仔細，種類多達200多種。然而在非洲沙漠，乾燥氣候減少了皮膚病的感染機會，土人對引起病感的皮膚病小心處理，其它之皮膚感染均不視為須加以治療之病。雖如此，每個社會之差別，只在疾病種類之多少，並無一社會無疾病之定義或認識。在土著社會，每個巫師兼行處理的除了部落中宗教事物外，絕大部份便是部落成員的病痛問題。然而，雖均有疾病之認識，其認識態度，對疾病之分類，對健康與疾病之分野與定義，對疾病之命名、診斷、病因解釋、治療方式、預後根據、預防方法卻因社會而異。這一整個對疾病的處理過程，人類學家稱之為醫療體系。不同的醫療體系，其對疾病之認知、解釋、處理方式便不同。

這套醫療體系包括了醫療觀念與醫療行為。與「文化」相同的，醫療體系也是相對的、後天的、學習的、可改變的而不是絕對的、唯一的、普遍的。此即，所謂的「醫療相對論」。一個人如果在成長過程，習得了某一套醫療觀念與行為，便使他以後一生，對疾病與健康有了一套固定的知識。這套知識，如同宗教信仰般，指導著他對生病之態度與處理方法，說其宗教信仰，因為醫療觀念也是一種信仰，你相信它時，

整個人身心便完全配合它行動。稱其為信仰，也意謂著生病並非絕對客觀之人體器官功能的問題，而是參雜有很強的心理的、主觀的感受在。稱其為信仰，亦指其可以轉信，改變原來之信仰，而接受新的一套，雖然信仰的改變比較難，比較慢，但仍是是可以改變的。

前述醫療體系包括觀念與行為兩部份。「觀念」層次的部份，如：

一、對健康與疾病之分野與定義：

一般人對健康之定義，並非醫學上重視的「健康為身體的、心理的、及社會的一種完全安寧幸福的狀況，不僅是沒有疾病或衰弱而已。」而是身體沒有病痛，吃得下、睡得著便是健康；一般人認為疾病必是有異常之病痛、出血、人倦、不食、不睡等等。另外有些癥象雖異於平日身體狀況，但一般人卻不稱之為疾病。例如臺灣漢人觀念中，小兒出麻疹並非病，因為出麻疹是每個小兒必經的身體轉變過程，出完麻疹，小兒可抽骨長高，是邁向生長的必經階段。至於是病痛，但其嚴重性是否到達要吃藥，看醫生的程度？抑或觀察幾天，休息幾天即可？又有差異。

二、對疾病之認知：

當病痛不屬於平常身體應有之情況，當病痛引起人體不適，不能從事平常的工作，影響個人生活了，個人認為是非常之情況，社會上其他人也認為是不應該有的現象，則認為此人處於非常之情況了。對疾病的認知與敏感度，當然與該社會之醫藥水準有密切關係，在醫藥不發達之社會，不應有之出血，可能不被警覺到，不為人所認知。如血便或女子陰道不正常出血等，也就不被以為是病。

三、對疾病之命名：

有些病痛，已被該社會之人所認知，但尚未發展出一套處理方法，尚未給與名稱，尚未對此病痛有充分瞭解與把握。因此對疾病的命名，或說是診斷時能給病人的病痛一個病名是很重要的，表示醫者熟知此種病痛，此病痛亦有別人患過，此病痛可加以處理醫治，而非不知名的絕症。也因此一個醫療體系越發達，其對病痛之命名也越詳細。

四、對疾病之分類：

不同社會對疾病之分類標準或分類之粗細有不同，前述皮膚病在菲律賓的分類可多達200多種，在非洲沙漠區則僅10餘種。分類標準可依身體系統而分，例如區分內分泌系統、腦及神經系、消化系、皮膚及性病；可依病因而加以區分，例如物理性病因引起之病、化學性病因之病、寄生體病因之病、原因不明之病；而臺灣民間疾病分類還可有依服藥方式來作分類，如煎煮方的、外敷膏藥、推拿按摩的等等；蘇門答臘的Rejang人則依年齡、性別來區分疾病種類。

五、疾病之病因解釋：

並非如西方醫學以細菌感染，器官功能失調，遺傳等來解釋疾病原因。很多社會之醫療觀念中，以鬼神超自然力作為病因之解釋，以個人行為不正當遭受處罰，以遭別人施加巫術為病因，以個人命運中一定時機合該遭不幸等等來解釋疾病之因。這類病因常解決的是「為什麼」生病的疑問，而不是西方醫學中解決「什麼」是疾病的疑問。「為什麼是我生病？」「為什麼是這個時候生病？」的疑問在一般社會來說大於病變形成原因的疑惑。因此大部份社會之病因亦多針對病人之疑惑而提出解釋，而非針對醫者處理疾病之立場來提出解釋。

以上是屬於醫療體系中觀念的部份，另外，「行為」的部份如：

一、對疾病之診斷：

診斷之方式與工具有如中國傳統中醫之望聞問切，有西醫之聽診、觸診、問診、叩診、驗血、驗尿等病理檢查及組織檢查來判斷疾病；有土著社會之利用占卜、託夢、神明附身等，其中占卜種類又有很多種。

二、治療方式：

有草藥、有靜坐、有宗教化解、有驅鬼避邪、有淨身、有作巫術、有懺悔、亦有開刀、開頭術等等。治療方式大都針對病因解釋，以去除病因為主。因此宗教性之病因其治療方式亦都偏向宗教性儀式治療。土著固然也有草藥，外敷內服等實際治療方式，但此一部份僅佔治療過程

之小部分，大部份均針對病人心理作去邪、化解、除疑之儀式。

三、預防方法：

亦是以避開致病因為主，如平時端正個人行為操守，敬奉神明，遵守社會道德規範，禁食某些食物，補身補藥之使用等等，而比較少是強調環境衛生，飲食清潔，水源潔淨等。

以上所述醫療體系，其觀念與行為均會因其所處社會之不同，而有不同，每一套醫療體系其內之組織與理論均相當圓融，給與當地人一個對付疾病之最佳方式，幫助社會中的每一個人於自然生態環境中生存並維持下去，每個社會長久以來，各自發展出的那套醫療體系必有其價值與實用性，為社會成員所遵守，代代相傳。因此，醫療人類學家認為世界上每一個文化內之醫療體系均有其值得保存或學習之處，也均值得研究，而以之來與西方的現代生物醫學體系作對比，提供參考。臺灣的民間信仰內，所含有的一些醫療觀念與行為，也因此是值得我們注意的。

叁、人類學家如何研究民俗醫療

民俗醫療的研究是醫療人類學（Medical Anthropology）的一部份。民俗醫療的定義，同樣的也可以有狹義與廣義兩個。狹義的是：「非西方科學的、土著（當地人）自行發展出來的一套固定而完整的信仰與行為，包括對疾病的認知、命名、分類、病因解釋、治療、預防等過程。」在這個定義下，著重的是一般俗民大眾不成文的、口耳相傳的、非專業性的醫療知識和行為，諸如臺灣民間的草藥方、家庭內傳承的秘方及產婆、先生媽等人的知識等。廣義的民俗醫療則可包含宗教醫療。亦即西醫、中醫以外，民眾使用的醫療均可涵蓋在內，包括宗教與非宗教的。那麼一般常見的乩童、扶乩、乩姨、觀落陰、算命、看相、卜卦、收驚、道士、風水、抽詩籤、抽藥籤、拜神、符水等均可謂民俗醫療（張珣1989：95）。

民俗醫療逐漸被學界人士注意是近10多年之事。以往在醫學史，或

一般歷史的研究中，只著重成文的、有系統的主流醫學思想，而忽視俗民大眾零碎散漫、不成文的醫藥信仰。西方醫學史在介紹世界各地、非西方的醫學思想時，也偏重當地的主流醫學，如中國醫學、波斯醫學、印度醫學、埃及醫學等，而不涉及當地的俗民醫學。在追溯西方醫學史時，亦僅注意學者的、學院的、圖書館裡的、醫院裡的醫學發展，而不提民眾的醫藥觀念的演變。事實上，民俗醫療應該是最初步、最基本的人類醫療信仰與行為，應該是各文化主流醫學思想的起源。追溯民俗醫療如何蛻變成後來的成熟的醫學思想，應該是一件有意義的工作。

現代醫學院的教育中，當然是以具備完整思想體系的西方醫學教育為主，民俗醫療不登大雅之堂，當然不被紀錄。至於醫療社會學，或是公共衛生學，或是衛生教育學等學科，雖然會注意到一般民眾的醫療行為，但是這些學科是從醫療專家立場，或從政府衛生決策的立場，來看民眾的醫療行為，多數是抱有想要改善、輔導、教育民眾醫療行為的目的，對於民俗醫療也是採取忽視的態度。對比起來，醫療人類學因為其學科宗旨即在「理解非西方文化與醫療，以提供西方文化與醫療借鏡」，不從西方醫療本位來檢討民俗醫療，反而企圖深入地從當地人本位，來理解當地人的醫療觀念與行為。因此，可以同理心的態度來研究民俗醫療。醫療人類學家會發問，學院醫學與民俗醫學之間如何互動，民眾如何接受學院醫學的觀念？如何配合學院醫學的要求？學院醫學在推行時碰到什麼阻礙？學院醫學如何輔導民眾的醫藥觀念？這些也都是相當有價值的研究，醫療人類學家可以居中替民眾與醫生擔任溝通交流的工作，讓醫療專家理解民眾的行為，也讓民眾理解自己的醫療行為。

那麼，民俗醫療既然是不成文的、口耳相傳的信仰與行為，人類學家如何研究？人類學家便以自己的口耳去尋找、訪問、觀察、記錄、撰寫、並嘗試建構出民眾的那套習以為常、不見經傳的知識。這一套收集資料的方法就稱作「田野調查法」（Fieldwork Study）。因此，人類學家關心的主題一向是文化裡的俗民文化（folk culture），而非精緻文化（refined culture），注意的是社會上的俗民大眾（folk）而非知識份子（elite）。如果把文化傳統分大傳統（great tradition）與小傳統（little

tradition），一般的歷史學家、政治學家、法律學家、經濟學家研究的是大傳統，是成文的、高級的、修飾過的、主流的、正統的文化現象；而人類學家感興趣的則是稗官野史、市井小民、粗糙的、不入流的小傳統文化現象。此乃因為人類學這門學問成立之初，便是研究世界各個原始民族、初民部落（primitive tribe），於歐美文明來說是少數民族，是邊緣地區，是末梢文化。等這些原始民族經過歐美文明的洗禮與衝擊，日漸現代化，西化後，人類學家便轉移陣地，研究本國文化中的少數民族、次文化、小傳統等，用來反映當權份子、主流文化，並且反省文化走向。舉凡俗民大眾的一切生活習慣、信仰觀念均在人類學家的研究範圍內，包括宗教信仰、禮俗儀式、輿論訴訟、鄉民社會組織、經濟交易行為、生產活動、兒童養育等。而俗民大眾對疾病的處理、對健康的定義等這套醫療觀念與行為的研究，也就成為醫療人類學家興趣所在了。

肆、臺灣多元醫療體系的歷史與現況

臺灣的民俗醫療目前累積的研究著作並不是很多，但是也有一些些的成果。大部份中外學者均同意臺灣目前的醫療體系（medical systems）是多元的，至少是三套醫療體系並存的：傳統中醫、西方醫學、與民俗醫療。三套醫療各自成其一家之說，各有其病因論、病名、分類、診斷、治療、預後、預防的方法。因此，稱臺灣有多元（三元）醫療體系。而這三元醫療體系在臺灣並存是有其歷史原因的。

歷史上，臺灣歷經不同政權更迭，醫療政策各有所重，自16世紀明代漢族移民與荷蘭殖民臺南開始的文字記錄，即有西醫師與漢醫師來臺。加上島上族群多元，多支的南島民族與後來移入的漢族各有其醫療信仰與行為，原住民多數採取超自然信仰與草藥治療，漢族也盛行宗教與巫術醫療，因此，形成目前多元複雜的醫療觀念與作法。要瞭解當下臺灣民眾的醫療諸面貌，有必要介紹傳統上的醫療變遷與過程。

臺灣居民多來自閩粵，所以一般俗民醫療的信仰與習慣也多承襲

閩粵遺風。《臺灣府志·風俗志·氣篇》即有記載：「南北淡水均屬瘴鄉……北淡水之瘴，瘠黝而黃，脾泄為瘡，為鼓脹；蓋陰氣過盛，山嵐海露鬱蒸，中之也深，又或睡起醉眠，感風而發，故治多不起，要節飲食、薄滋味，慎起居…。」（轉引自白榮熙1995：17）而《諸羅縣志·風俗志·漢俗篇》又載：「俗尚巫，疾病輒令禳之。又有非僧、非道，名客仔師〔即紅頭司公〕，攜1撮米，往占病者，謂之米卦，稱說鬼神，鄉人為所愚…。」（轉引自白榮熙1995：17）足見當初即有道教等之宗教醫療人員替民眾治病。移民開發過程中歷經渡海的危險，及登陸後開疆闢土，漢人與原住民爭地，到後期定居後的族群械鬥，漳泉客劃地分居等時期，宗教一直是移民的憑依來源。醫療上也因當時醫藥缺乏而或是民眾自行處理（如文中提的節飲食、薄滋味、慎起居），或由宗教人員（紅頭司公）行米卦來處理。

清代臺灣漢人的醫療方式有中醫與民俗醫療，原住民有超自然與自然兩種醫療法。明末清初來臺的中醫，很少見於文獻記載，只有沈佺期與沈光文兩人比較有名。中醫師人數到清代已經增多，醫療水準也提高，而且也出現一方著作。其中被後人熟知的有清代中葉的胡焯猷與徐麟書，還有清代末葉的黃玉階與黃守乾幾位。（劉士永2006：34）

黃玉階（1850 - 1918）臺灣臺中人，1882年由臺中遷居臺北開業，1895年臺北流行霍亂，黃玉階為人看診並於全臺印發《霍亂吊腳痧》千冊。並與日治政府合作成立「黑死病治療所」自任所主任，遏止傳染病流行。（劉士永2006：34）

黃守乾，本名鹿港，人稱鹿港乾，是當時臺北另一知名中醫，其於用藥兼用針灸。日本治臺初期被聘為艋舺傳染病院主任醫師，治癒鼠疫病人甚多。（劉士永2006：34）

因為傳統藥房與中醫數目不多，家庭或個人均需自行備有膏丸丹散。1697年，郁永河由福建來臺採硫磺，便攜帶有友人致贈的「丸散藥及解毒辟癘之方」。另外國家無力廣設醫藥院所，私人施藥懸壺濟世往往被視為善舉，而非今日視其為密醫。例如新竹明善堂於1869年設立之石碑，上有一條款：「每年逢5、6、7等月，製造藥茶、藥丸施

送，以祛暑疫」。（劉士永2006：36）

1684年清廷在臺灣3縣（鳳山、臺灣、諸羅）設立養濟院，以撫養貧病孤苦之人。1764年在臺南府城設立普濟堂，同年在彰化縣城設立留養局。這些官立機構主要是救濟貧窮無依之人。值得注意的是1736年，在彰化設立的養濟院則是專收痲瘋病人，是清代少數具有照顧疾病功能的單位。至於專司醫藥者僅有劉銘傳設立之官醫局與官藥局。但是依照現有史料，無法斷定其醫療能力與品質（劉士永2006：36）

另據（清）吳子光（士興）著《一肚皮集》描述：「林元俊（康熙年間）、徐厥纘（乾隆年間）、吳廷慶、吳象賢（均道光年間）、許一壺、廖維禎等，最著名的醫生也。如此正式醫生之外，有接骨師，專治療骨折外傷病症。在臺灣針灸師甚罕有也。有民間青草先生，熟識在地生產青草生藥數種，多至數百種，對外傷、皮膚病、腫物，塗藥或煎湯服用，治療內科病症。在多數寺廟印製備數10種處方藥籤，供應信徒祈願，禱告自己病症，托神選擇處方之一，攜往藥店買藥服飲之。對婦人之嬰兒分娩，有助產經驗之先生媽，以不完全消毒方法，施行助產工作及嬰兒疾病。其他道士、巫師、童乩，以巫術從事治療工作。」（轉引自杜聰明 1959：491）

1897年，日本政府對全臺從事傳統醫療的人員作一統計，共有1,070人。其中博通醫書，講究方脈者29人；以儒者從事醫療者91人；自稱操祖傳秘方行醫者97人；稍有文字修養，從醫家傳習若干方劑者829人（陳勝崑1982：121）。西方醫學傳入臺灣也相當早，1865年英國蘇格蘭長老教會派遣James L. Maxwell及C. Douglas來臺於臺南行醫。是臺灣西醫學傳入之先鋒，但遭受官府及百姓之懷疑與反對，時常有民教衝突事情發生。1877年馬偕醫師在北臺灣行醫，先後在五股坑、和尚洲、新店、三重埔、雞籠、大龍峒、錫口（松山）建立佈教所並行醫（陳勝崑1978：129）。以民眾傳統信仰濃厚及排斥西洋教的情況下，西醫的使用機會有限。

1895年日本統治臺灣，1895年6月於臺北設臺灣病院，1897年設臺灣人醫師養成所，1899年成立臺灣總督府醫學院。是日人全面推行

西醫政策之始。日人大力推行西醫企圖建立一套單一的醫療體系。嚴禁民俗醫療及密醫之使用。嚴格考核中醫。1901年舉行1次中醫師合格資格考試，應考者2,126人。考試及格者1,097人，未經考試即給與許可者650人，考試不及格，給與同情許可者156人，共計2,003人，於翌年由各地方廳頒給醫生資格許可證，之後即不再舉行考試亦不再頒發新許可證。所以，其後中醫師們因死亡老廢等，逐年減少，1945年全臺僅30 - 40個合法中醫師（杜聰明1959：495，陳勝崑1982：121）。

但日人想在臺灣建立一套單行的可做為一個國家現代化指標的西醫制度，並未被光復後由中國大陸來的國民政府承繼下來。國民政府基於國情需求，解除日人對中醫及密醫之禁令，同時也未嚴禁一些傳統民俗醫及密醫之執業。這些政策使臺灣有多元醫療體系並行，只是公家機關或公立醫學院只推行西醫，但中醫及民俗醫也獲得生存空間（Unschuld 1976：302）。1958年創設中國醫藥學院於臺中。80年代，許多醫學院也相繼成立中醫學系，大型綜合醫院也設立中醫部門應診，1996年，公勞健保也補助民眾尋找中醫治療，更多的中醫診所也成立。目前僅有民俗醫療尚未被正式接受，當務之急應該是針對常用之宗教醫療進行學術研究，給予專業認證，期能建立良莠區分標準，逐漸淘汰不合格之宗教醫療者。

1970年代末來到臺灣進行醫療人類學先導觀察的美國人類學家，凱博文（Arthur Kleinman）即發現臺灣的醫療方法琳瑯滿目，五花八門出乎他意料之外，極端吸引他進行研究，究竟這麼多的醫療方法都有顧客或病人在使用嗎？這麼多的醫療方法是如何競爭與生存的呢？這麼多的醫療方法是如何傳承並延續下去的呢？病人如何從中決定使用哪一種醫療方法呢？他走在臺北街道上可以看到大型西醫院，西醫診所，西藥房，中醫診所，中藥房，接骨診所，龍山寺附近有名的青草藥鋪巷道，臺北新公園裡面排隊擺攤的算命鋪，許多公園裡面晨起練氣功太極拳的民眾，臺灣大學後門幾家乩童神壇，景美新店地區許多新興宗教的道場也有氣功醫療服務等等，充分說明臺灣除了中西醫體系之外，還有很大區塊的民俗醫療與宗教醫療。

凱博文觀察到的各種醫療方法到今日我們一樣可以看到，絲毫不減少，反而有更多民俗醫療者，可以比1970年代更為公開地張貼招牌，例如「專治飛蛇」、「祭解補運」等等招牌，筆者在臺灣各地觀察到比以前更多的這類招牌。這麼多的民俗宗教醫療都有病人或顧客嗎？筆者認為即使顧客不比中西醫生的顧客多，至少足以讓這些從業人員存活下去。而他們是如何競爭與生存的呢？多數民俗宗教醫療是靠口碑來吸引顧客，因此他們也有其一定的技術與療效，才足以競爭。民俗宗教醫療是如何傳承並延續下去呢？他們有其師徒制來傳承並教育下一代接棒人。雖然缺乏國家經費的補助或正式學院教育的傳承，但是民間有興趣者，有才能者，靠著使命感與微薄的經費，讓民間知識傳承下去。我們從民間武打師傅「彰化阿乾師」的傳記，可以看到這一類的知識傳承方式（謝庭輝、林美容2007）。

臺灣民眾偏愛多元醫療方法，除了上述歷史成因之外，在截長補短的功能差異上，中、西、民俗醫（宗教醫）3者之所以可以鼎足而立，各有其擅長，可以說明了其原因。民間咸信「要人也要神」。3者對疾病的說明和處理有上、中、下3個層次。在民眾觀念中，一個人會生病有其一連串身體、心理、心靈之運作過程。人先有行為不正或觸犯神明的行為，才導致身心不平衡，才容易使外界有害之物質侵入體內，繼而引發肉體上的病痛。西醫負責的是肉體上病痛的去除，中醫擅長在恢復體內陰陽平衡與陰陽的協調，而民俗宗教醫則在與鬼神談判，以去除最根本的致病因。

至於通常有病時，民眾如何判斷找尋那一種醫療方式呢？依據筆者的田野調查來說，輕的急性病例如感冒，或腸胃炎，通常找西醫。重的急性病例如車禍，或腦膜炎，也是找西醫。慢性病例如皮膚病、糖尿病等的病人，通常找中醫。而疑難雜症或中西醫都無法根治的病，就會去找民俗醫。找西醫時，病人期待的是1、2天之內趕快痊癒，他們會要求醫生打針，以迅速獲得改善。找中醫時，病人期待大約一個星期左右可以獲得改善，他們會要求吃藥或針灸。找民俗醫時，病人可以等待長一點時間，有時甚至延長到一個季節之後，端視民俗醫的說明。例如，有

些民俗醫生會解釋說「需待來年開春才會痊癒」，病人通常可以理解痊癒的時間需要配合個人命運的轉變時期。

除了依照病情輕重來決定醫療方式之外，1980年代，凱博文，歸納還有以下幾個因素判準：1、症狀的類型及嚴重度，2、疾病發展過程，3、對該病的病因觀，4、對已作過之醫療方式的評價，5、病人的年齡、性別、職業、教育、家庭結構、病人在家中地位等等（Kleinman 1980）。筆者在臺北縣深坑鄉的田野調查中，除了印證凱博文的判準之外，還加上6、病人家庭的社會經濟地位，7、病人的人際關係網絡及意見團體，8、對3種醫療法之知識，9、居住城市或鄉村的位置地點，以及住家附近醫療院所的便利可接近性等因素（張珣1989）。

疾病的類型也可以決定就醫方式，例如骨折、脫臼或跌打損傷，民眾已經有固定的想法，認為骨折或骨頭損傷一發生時，應該先看西醫，打針消炎止痛，擦藥包紮防止感染之外，多數認為還需要找跌打師傅接骨、矯正或按摩。這種日積月累的老舊觀念便是民俗醫療存在的原因。再如車禍發生之後，緊急送往西醫院急診，等日後外傷痊癒，事主多半會去寺廟找道士或法師祭解補運，化解看不見的凶神惡煞或霉運，這也是宗教醫療存在的原因。根據臺灣公共衛生學界的研究，近年來臺灣民眾有了一種新的多元醫療複合使用的方式出現。亦即，先找西式醫療院所，使用科學新式儀器診斷出疾病之後，再去找中醫治療。民眾認為西式醫療的侵入性治療，例如開刀，會破壞病人身體，而中醫的治療比較溫和而又治本（Shih 2008）。

因此，筆者以為民間對於疾病與身體的許多潛藏的信仰與深層的觀念，是民俗與宗教醫療存在的原因。西醫或政府公共衛生部門不能僅是一味地宣導現代醫療與衛生觀念，企圖以新的觀念取代舊有的觀念，而應該理解民眾舊有的觀念，從舊有的觀念鬆綁移除，才有可能接納新的觀念。至於哪些觀念應該移除？哪些觀念可以保留？筆者以為還需要醫界與學界更多的研究與討論。

目前新舊醫療觀念雜陳，可以說，臺灣民眾的求醫行為擁有極大的自由度，病人可以自我決定選擇哪一種醫療方式。壞處是，民眾自我

負責其後果，好處是，對比起世界上許多國家而言，這是相當難得的醫療多元選擇。例如，英國民眾受限於國家補助的公醫制度，僅能選擇固定醫生。美國政府不鼓勵民俗醫療，民眾無法公開尋求民俗醫療。在澳洲，部分民俗醫療雖然合法，但是從業人員並不多見，民眾不方便尋求就醫。第三世界國家諸如中國、印度反而可以實行「整合醫療」，亦即，將傳統醫療與現代醫療整合，讓民眾有多元的醫療選擇機會與自由（Singer and Baer 2007：147）。這反而是最近醫療界亟欲理解的現象，以求減少醫療壟斷或醫療資源浪費的弊端。

由於世界上多數國家的健保制度都傾向於保障現代醫療，國家公立的醫療教育制度也是教授現代西方生物醫療，國家衛生政策也多數掌握在現代醫學教育訓練出來的醫師群手中，導致民眾就醫多數前往現代醫療體系。現代醫院裡面的就醫流程，醫療方法的決定，醫師與病人的關係，醫師對待病人的態度，醫院裡的管理政策等，都是以醫師為尊，其他護理人員或醫院行政管理人員，甚至是病人，都以醫師之命令為首。在宗教醫療或傳統醫療，鼓勵的是「團隊合作」，病人的配合意願與求生意志是療效有無的重要因素，醫師的助手或護理、行政人員更是醫師能夠執行有效治療的基礎與背景。因此，講求整體相關人員的團隊配合，遠遠優勝於醫師獨大的現代醫療方式。

由於國家法律上執行並補助現代西式醫療，造成現代西式醫療在全國醫療資源上，或是全民醫療費用上的壟斷與佔有。其他醫療方法，無論是中醫，民俗醫療，或宗教醫療，在取得國家合法地位過程上，教育經費補助上，研究經費支援上，在證照考試制度上，在社會上的公開廣告或爭取客源上，種種方面均無法與西式醫療競爭。由於國家給的教育與訓練的資源豐沛，造成西式醫生的訓練與教育比其他醫療方法的從業人員的訓練來得優良而健全，惡性循環，讓其他醫療方法的從業人員更無力與西式醫生競爭。使得西式醫療壟斷的局面無法有鬆脫的可能。

而在「醫療資願浪費」上來說，許多民眾即使是小小的感冒傷風也要到西式醫院就醫，即使是平日在飲食習慣或運動習慣上可以改善的小毛病，都依賴醫療院所，「看醫生吃藥」便成為許多民眾偷懶的藉

口。不必要的看醫生與吃藥，造成醫療資源的浪費。其次，臺灣在「洗腎」與「剖腹生產」的統計數字上，佔了全球最高比率，是因為臺灣民眾與西式醫療制度雙方勾結造成的資源浪費。再者，西式醫療教育機構與醫療院所內，不斷地創新技術，開發或購買新的醫療儀器，開發新的藥品，許多儀器其實是閒置的，或是未充分使用的。所以，過度依賴儀器，或過度添購儀器，忽略醫師本人的技術與經驗，忽略病人本人的自我良好習慣，都是造成現代西式醫療浪費資源的原因。

回過頭來說，在一元醫療獨大的社會，不容許其他醫療方式存在的社會，其「醫療壟斷」與「醫療浪費」的情形更為嚴重。例如澳洲社會，國家為了降低醫療投資，減少國家健保制度長期負債的負擔，開始思考如何有限度地開放、補助、考核另類醫療，包括澳洲原住民族的巫術醫療。讓另類醫療來平衡過度膨脹的西式醫療（Singer and Baer 2007：149）。澳洲政府近年的政策與作法，更值得臺灣學界注意傳統民俗醫療的存廢問題。

伍、「收驚」：民間信仰的魂魄觀念

在臺灣五花八門的民俗醫療法中，本節先舉最常見的收驚法，來說明民眾的民俗醫療觀念，以及民俗醫療從業人員如何滿足民眾的醫療需求。其次，在下一節，則舉例說明民間信仰中，身體有「陰」與「陽」兩個互相對照影響的說法，疾病的醫治也因此要陰陽兼治。

我們常可聽到憂心忡忡的母親向收驚婆訴說：「小兒吐奶、拉綠便、夜啼不止」。有的更進一步說「小兒陰陽顛倒，日夜反轉，白天睡，晚上哭，看著空中哭，或哭聲淒厲等」。輕則可能一兩天，重則可延續數天不止。有這些症狀的小兒，一般民眾毫無疑問會說小兒受到「驚嚇」（得驚）。得驚的原因很多，常見的，譬如看到黑影、凶狗、或聽到狗突然吠的聲音、或打雷聲、關門聲、人吆喝聲、或是如小兒跌倒、從床上跌落等。人們相信這些突如其來的影像或聲響使小兒身上

的三魂七魄受到驚嚇，而有部份魂魄跑到體外。跑到體外的魂魄好似貪玩的小孩一般，不認識路回家，越走越遠，有的滯留在某地不回小孩身體，有的嚴重的，則可能被惡魔吃掉或拘提而無法回來。小兒身體由於少了部份魂魄，處於不安穩狀態，所以才有不吃奶、夜啼、拉綠便的症狀。若長期魂魄不回來肉體，則小兒會有更嚴重症狀，例如不認父母、對空中傻笑等。

得驚的小兒，輕則找收驚婆收驚，重則要請道士收魂（張珣 1993，1989）。簡單的收驚儀式可於一般人家中進行，只要有供奉神明的公廳神桌前，燃3枝香拜神佛，呼叫小兒名字，請神佛保佑之。再於小兒頭中央以香揮12下，收驚人一邊用力跺腳，一邊念咒：「娃仔不驚，豬狗驚，吃百二（歲），好餵飼」，再於小兒胸前，用香揮12下，同樣用力以腳跺地，再念咒語1遍。再於小兒背後，以香揮12下，以腳跺地並念咒。再將3枝香，插於神佛香爐中。接著，以1小碗盛水，拍打一些上述3枝香的香灰於水碗中，將碗於香枝上繞3圈，並念咒：「勿驚、勿嚇、好睏、好飼」。然後給小兒喝3口水。再以手指沾水，拍於小兒頭中央、胸前、背後。並跺腳，同時念咒「娃仔不驚，豬仔狗仔驚，吃百二，好餵飼」。將水碗中的剩水倒於水溝，勿倒於地面上，以防止人踐踏之。

收驚婆、米卦婆、金錢卦的命卜師，甚至閩山派的道士等專業人員，均各有一套為小兒以及為大人收驚的方法，簡繁不一，但目的均是將病人走失的三魂七魄找回，並安置於病人體內以恢復正常。驚嚇的症狀及治療法不只見於臺灣的調查，在歷代文獻上，華北與華南各地均有。可說是中國文化中普遍的一個「文化症候群」（cultural syndromes）。它帶有豐富的漢人對魂魄的觀念，魂魄與身體的結合關係等。得驚的病人不只外表身體症狀引人注意，而需加以治療，也經由收驚儀式來調整病人的家庭與人際相處模式。亦即，得驚的人通常也是需要受到特別關照的人。在西方醫學來看，小兒的得驚可以是輕的急性腸炎，或幼兒的交感神經系統尚未發育穩定，而大人的得驚，則多數可視之為精神官能症（neurosis）。西醫的處理方法可以使用藥物，而完全不涉及宗

教或靈魂等層面。因此，民俗療法中的收驚法，以及針對「驚嚇」發展出的症狀識別、病因解釋等，便充滿了中國本土的人情與信仰。

小孩容易受到驚嚇，這個不只是臺灣民間的觀念，香港地區在1970年代也還可見到相同的醫療觀念與方法。女人類學家Marjorie Topley在香港調查，發現香港民俗相信出生未滿100天的嬰兒，最容易受到驚嚇。驚嚇有輕、重二種區別，而會引起小孩驚嚇之物有：看到昆蟲、老鼠，或平常不常有的動物；或是這些動物爬到小孩身上，引起驚嚇。或是突來的巨大聲響，如打雷聲、關門聲、汽車喇叭聲等。其他還有如小孩自己跌倒、從床上跌落等等原因（Topley 1970）。

Topley的調查發現預防小孩驚嚇的方法之一，是給小孩繫帶玉佩，或任何金銀鍊子，以鎮邪、去邪，及去驚。因為人們相信小孩在出生未滿100天之前，其靈魂與肉體尚未完全結合妥善，很容易受驚嚇而使魂魄離開身體，或受到震盪。受驚的症狀最常見的是哭鬧，以及身體因為「驚嚇」而處於虛冷的狀態。輕的驚嚇僅僅是引起體內的不平衡，造成小孩沒胃口，不吃食，脾氣壞，額頭稍熱，吵鬧不已。治療方法大都是看醫生醫療，還不需要儀式的醫療。或是家人餵以保嬰丹，這是一種珍珠粉；較少見的是以純金或純銀煮水給小孩喝，金是五行之一，是人體內重要成份之一，能增強人的精力與智力。有的婦女則用西藥給小孩退燒。有的則直接找西醫治療（Topley 1970）。

重的驚嚇是小孩的魂魄離開了身體，或是身體被惡魔強佔，引起體內不平衡而致病。所以，要藉由宗教儀式來召回小孩靈魂或驅走惡魔。至於什麼情形是失魂？或是被惡魔強佔住？則完全要由道士等專家來決定。對應的方法是道士以咒語命令小孩靈魂回來。Topley看到的例子，是揮動道袍，輕拍床鋪，以口水擦在小孩額頭，以咒語命令貓狗豬等動物離去，雷、雨、邪神、鬼怪等離去，玉皇大帝來保佑，然後，將靈魂重新安好於小孩體內。經過這些儀式以後，如果依舊沒效呢？小孩會被帶回道士的神壇住處問明原委，可能的情形便是小孩靈魂不想回來，原因是這家人不會照顧小孩，曾有小孩死過，或是這家人父母與小孩的八字對沖等等。那麼，便得經由一道宗教上的收養儀式，來使親生父母

得以繼續撫養自己的親生小孩，或是將小孩過繼給神明作義子（Topley 1970）。

受驚在西方醫學來說，可說是驚嚇引起的焦慮（depression），而在中國文化給予了不同的解釋，中國文化預設了一套異於西方的靈魂論，相信靈魂與身體是可以分開的，而玉佩可用來連繫靈魂於肉體。另外，在人們觀念中，也有惡魔侵占人的身體，惡魔抓走「八字輕」小孩的靈魂，小孩的八字與父母的八字可能對沖，小孩的死亡可能是因為父母錯誤的行為等。有的父母由於內疚，加上早先已經具有這些信仰，所以會判斷他們的小孩是受驚了。甚而在舉行過儀式後，仍然覺得小孩尚未脫離惡魔困擾，自己也作一個「大拜懺」或「祭解」的儀式，來表示深重的懺悔。意即，小孩受到驚嚇，連帶地，大人也要反省，也要進行儀式治療。

這一套受驚處理過程的文化象徵意義是，首先，必須小孩體內之靈魂外逸，成為四處遊蕩的魂魄，才需要進行儀式治療。而這種情形的遊魂是不正常的，不像人死後之靈魂，可離開身體，來往於宇宙之間。受驚嚇而離開之遊魂，應該進行宗教收魂儀式，以使之再回到體內正常的位置。這套受驚的文化象徵，也可以用人類學家Arnold Van Gennep（1960）的「通過儀式」（rite of passage）的理論來說明，「通過儀式」有3個階段，分離——中介轉換——再結合，1個人原先的社會位置經過「通過儀式」之後，可以轉換成新的社會位置。此處，親子之間可能有相處困難，經由收驚儀式，讓親子關係重新磨和，調整出1個新的相處位置。

在這套受驚的醫治過程中，我們可以看到背後的中國哲學對平衡和諧的要求。不只是人體內要平衡，人在社會關係中，也要力求平衡，有確定的地位，才知道如何應對，萬物應在其應有的地位上，不可混亂失調。例如，往往在發生瘟疫的時候，或是天災人禍時，人們會認為是社會的不平衡，不和諧造成的，而要求當政者改善社會現況，或領導人要改過自新，以恢復人與天之間的和諧。

陸、「栽花換斗」：民間信仰的身體觀念

理解了「驚嚇」以及其宗教治療方法「收驚」之後，我們要再提供民間有關對「陰／陽」身體的信仰。美國女人類學家Emily Ahern教授在臺北縣三峽地區做田野調查，發現當地人認為每個人有兩個身體，一個是陽間看得到的身體，另一個是在陰間看不到的身體。一般人自己看不到陰間的身體，必須等身體有病去尋求神媒治療時，神媒進入陰間才會看到陰間身體的樣貌。陰間的身體也要修補，陽間的身體才會健康。當地人相信：1、身體的冷熱兩種成分一定要維持平衡，2、陽世間的人體與陰間的身體有相對應的關係。首先，身體內的冷熱元素要達到平衡，民間相信藉由每日攝取的食物（例如多數的蔬果類是冷的，多數的肉類是熱的），以及由日常活動（例如結婚喜慶活動是熱的，喪葬探病活動是冷的）的冷熱平衡，來達到身體內的冷熱平衡（Ahern 1975：92）。

其次，關於「陰／陽」兩個身體，民間信仰相信人在陽間有一個可見的肉體，在陰間則有一個看不見的肉體，以樹或房子的形狀存在。二者是聲氣相通，互相影響的。三峽地區有些神媒可以行「關落陰」儀式，幫村民到陰間去看看死去的親人，也可以照顧陰間的房子或樹木。房子的屋頂等於人的頭，牆等於人的皮膚。因此，如果陰間的屋頂破了，或是漏水，或牆破了吹風，則陽間的身體也會相對應的頭痛或皮膚染病。一個人如果病了，除了看醫生治療陽間的身體。另外，也可以請神媒到陰間，為病人修補陰間的房子或樹木，如此一來，身體才會真正的痊癒（Ahern 1975：94）。

民間這種陰陽兩個身體的觀念一直到今天仍然存在，康詩瑤在臺南臨水夫人媽廟觀察並詳細記錄了廟中紅頭師（司）公為婦女執行的「栽花換斗」儀式，說明了民間信仰中如何藉由處理陰間的身體來使陽間的身體可以受孕。紅頭師（司）公是民間「法教」的神職人員，執行「紅頭」巫術，與道教分庭抗禮，擅長咒語，措辭頗多為俚俗，因而比道教更能與民間底層民眾溝通接近，為婦女服務。執法時頭纏紅巾而被稱為

「紅頭師」，能為民眾執行延壽、補運、治病、驅魔等等儀式，本文第四節《諸羅縣志·風俗志·漢俗篇》載：「俗尚巫，疾病輒令禳之。又有非僧、非道，名客仔師〔即紅頭司公〕」，即為法教之神職人員。顯見其在臺灣醫療歷史上源遠流長，至今日仍被人使用。

臺南臨水夫人媽廟的紅頭法師可以為婦女執行許多儀式，諸如祭解補運、求子、久年不孕、換花、梗花叢、梗4柱、祭流霞、斬桃花、做16歲等，均牽涉到背後陰陽兩個身體的信仰。此處，筆者僅以「栽花」、「換斗」兩個儀式來說明。由於臺灣北部比較難以觀察到完整而又專業的「栽花」、「換斗」儀式，因此要引用康詩瑀（2006）的描述來進行分析。

臨水夫人在民間信仰來說，是專管百花橋的女神，百花橋上滿滿的花苞，1個花苞代表1個嬰兒，白花代表男孩，紅花代表女孩，臨水夫人因此掌握有生育小孩，以及生男或生女的力量。漢人社會至今仍偏好生男以傳宗接代，因此許多婦女或是不孕，或是極欲生男，均會來求臨水夫人。臨水夫人有36婆姐、花公、花婆、顧花童子等助手，幫忙其照顧花宮與花橋，讓花苞與種子健康以孕育未來降生到陽間人類的生命。

法師執行的儀式「栽花」或「栽花叢」意指婦女的身體尤其是子宮孱弱，無能力孕育子女，必須捨棄舊有的花叢，進行儀式重新培植1株新的花叢，才能恢復懷孕能力。與「栽花」儀式有關的是「梗花叢」儀式，意指婦女懷孕能力不佳，月事不順，排卵不正常，子宮不易受孕，容易流產等等，必須以法事儀式加以增強花叢健康以受孕。「梗」閩南語，意指「支撐」或「維持」。另外，「換花叢」，或「換斗」儀式，指婦女已經懷孕，但是欲變更胎兒性別，多數信徒是欲將女胎變更成男胎。此儀式需在孕婦懷孕未滿4個月之前進行才有效，4個月之後，胎兒男女性別已經固定，無法變更。

上述儀式進行中，會使用到「芙蓉花」盆花，以象徵婦女身體或子宮。以長板凳綁上黑布，下置七星燈（七盞蠟燭）象徵百花橋。法師念咒語「正月梗花梗竹桃……2月梗花真正好……」等。儀式最後，法師詢問信徒，若將來要懷孕1男1女，則剪下1朵白花，1朵紅花，交給信

徒回家收藏在衣櫃或隱密處，再剪下1朵紅花，1朵白花，插在信徒頭髮上，交代其配戴3天，等花乾枯之後再丟棄。法師再念栽花咒，「12月栽花是年……石榴開花能結子」唸完，以紅布包住芙蓉花盆，令信徒帶回家中臥房照顧12天之後，將其移出室外並繼續照顧。

我們可以看到臺灣民間小法儀式所蘊藏的身體觀念，陽間婦女的身體在陰間有1株對應的花叢，花叢若被黃蜂螞蟻蝴蝶等咬食或侵害，則婦女無能懷孕，若花叢土壤不肥，或雜草叢生，則婦女身體亦不健康。百花橋上的花苞象徵嬰兒身體，花苞日漸長大，健康強壯成為花朵，象徵婦女懷孕成功，生產出嬰兒。

更早之前，蔡佩如（2005）也以同一廟宇的「換花」儀式做分析，「民間俗信女人是1株花，男人是1棵樹，生長在臨水夫人管轄的百花橋或花園裡面，花叢與樹叢的榮枯影響凡人的健康」（122頁）。民間俗語說女人有孕是「有花」，生兒育女叫「開花」。對於儀式中的花朵，蔡佩如直接說「作為女人本命的花叢與代表子女的花朵」（117頁），筆者要在此進一步深入討論。Emily Ahern說的陰陽兩個身體，與蔡佩如說女人「本命」，所指同一件事，亦即，民間相信人有看得見與看不見的兩個存在，一個是陽間的身體，一個是陰間的存在物。「本命」的說法是民間法師等專業人士的專有名詞。「本命」與一個人的生辰八字有關，「命底」有無子女，有多少子女，都是已經命定的。

「本命」之說，筆者在臺北市保安宮調查道士的祭解儀式時，發現道教或道法二門兼學的道士，認為人的生病或健康完全受到「本命」來決定。因此，生病時，除了看醫生吃藥之外，還要請道士法師等儀式專家進行修補「本命」的儀式，才能完全痊癒。「本命」與一個人出生時的星辰位置有關，可以說道法二門的「本命理論」，衍生自先秦早期漢人的星象學說，所形成的一套複雜的「星命論」，宇宙天體的運行與位置會影響到人的生命與身體安危，其中尤其以北斗七星為重要指標（張珣 2007）。「栽花換斗」的「斗」，或是道教重要的「拜斗」儀式，重視的均為北斗七星的決定力量。後期道教發展出一套北斗七星與12生肖對應的計算方式，每一個人按照其生肖即可找到對應的「本命星」。

而關於祭解儀式的「本命」理論，許麗玲（1999）也有精闢的分析。在祭解儀式所用的紙錢中，有一種「陰陽本命錢」。民間信仰不但處理看得見的身體健康，也處理看不見的本命，不但處理本命，還進一步區分本命為陰陽兩部分。「陽本命」是生辰八字，碰上了太歲及其統屬的神煞，就會出現「陰本命」。這一套複雜的本命理論還需要進一步研究，但是已經昭示我們，民間信仰的宗教儀式醫療，不是迷信荒誕的動作，而是有著謹慎的思考邏輯。

柒、結論：醫病也醫命

前述，臺灣民間流行的俚語「要人也要神」。意思是一個人如果生病了，除了看醫生吃藥，還要請神明幫忙，把導致身體生病的原因去除，才是徹底的醫治好疾病。這句話背後是民間信仰中，深層的，一般人不容易解釋的「身體觀」（包括魂魄觀以及本命觀），以及「疾病觀」、「健康觀」等，3者之間呈現理性的邏輯因果關係，而使民眾的求醫行為可以被部分地理解。「身體觀」指的是人的身體不是只有表面看得見的肉體，還有一個看不見的身體，在現代醫學或宗教學來說，可以是指心靈，或精神意識層面的部分，在民間信仰則以房子或樹木來象徵。與這樣的身體觀連結的「疾病觀」相信人之所以會生病，可以是看得見的外傷或傳染，也可以是看不見的心理挫折、焦慮、悲傷等情緒，或甚至是人際關係惡化破裂等等，這些難以言喻的原因，以「陰間的身體」來象徵，卻因為有神明來指示，使病患改善其工作或家庭人際關係，改善其人生觀、情緒或生活方式，而使病情減緩。因此，民間信仰的「健康觀」指的是人的可見（陽）與不可見（陰）的身體均要達到平衡。可見的身體固然要衣食住行加以照顧妥當，不可見的身體也要依靠平時行善、拜神，以及待人處事和諧來加以照顧。因此，民間信仰的民俗醫療，不是只是一套醫療方法，更是一套涵蓋個人身、心、靈3方面均照顧到的信仰體系。

本文由醫療人類學角度，說明如何從「文化」的立場來看醫療行為與觀念，讓讀者可以理解，無論是我們對於「健康」或「疾病」的看法，都是成長過程中從社會文化理學習來的，都是相對的一套觀念，不一定有絕對的是非對錯真假虛實。其次，本文說明了如何研究一個社會的民俗醫療，其方法與注意事項。接著，本文再以臺灣的多元醫療體系為例，陳述此多元醫療體系有其歷史成因，而目前臺灣仍然是多元醫療體系並存的局面。這樣的局面並不一定有害，反而讓民眾有更多醫療選擇，也讓民眾對於自身的健康與疾病有更多的自主能力。

目前，澳洲政府在施行多元醫療政策上是世界上最為前進的國家，澳洲政府承認並補助各種族群的醫療體系，包括現代生物醫療、歐洲傳統的自然療法、中醫與澳洲原住民的宗教醫療方式，都是民眾可以合法使用的醫療方法，而且可以自設學校傳承其知識傳統（Singer and Baer 2007：130）。臺灣政府應該正式面對底層民眾的醫療行為，不應該視而不見，讓民俗醫療或宗教醫療自生自滅。學界可以擔任中介角色，進行學術專業的深度研究，提供政府考察評比，以良幣驅逐劣幣的方式，逐漸讓民眾理解有益的民俗或宗教醫療，譴責錯誤或不學無術的民俗醫療者魚目混珠。

最後，本文以筆者往年的民俗宗教醫療田野調查所獲之資料，加上其他學者的相關著述，以「收驚」儀式治療，來說明民間信仰的魂魄觀念左右著一個人的身體健康，以及「栽花換斗」儀式，說明民間信仰的陰陽身體或陰陽本命觀念影響一個人的身體與疾病能否被治癒。雖然，一般人無法清楚地說出這些觀念，並不表示他們沒有這些觀念，或不受這些觀念影響。當然，這些觀念與儀式是專門知識，是民間信仰儀式專家的專業知識。只要中西醫療有缺陷之處，有不足之處，民眾即會尋求其他醫療，這麼一來，便與民俗宗教醫療專家有了接觸，這套知識或觀念便可能被學習到，不是經過清楚的文字教材，而是經過耳濡目染。因而，經過1、200年，《諸羅縣志·風俗志·漢俗篇》載：「俗尚巫，疾病輒令禳之。又有非僧、非道，名客仔師〔即紅頭司公〕」及其所從事的收驚祭解補運儀式，仍然存在。

參考書目

白榮熙

- 1995 《重修臺灣省通志・政治志・衛生篇》。南投：臺灣省文獻委員會。

杜聰明

- 1959 《中西醫學史略》。高雄：高雄醫學院。

陳勝崑

- 1978 《近代醫學在中國》。臺北：當代醫學。
1982 《醫學心理與民俗》。臺北：健康世界。

康詩瑀

- 2006 〈臨水夫人信仰的儀式活動：以臺南臨水夫人媽廟為例〉，
《民俗曲藝》154：133 - 200。

許麗玲

- 1999 〈臺灣民間信仰中的補春運儀式〉，《中研院民族所資料彙編》13：95 - 129。

張珣

- 1989 《疾病與文化》。臺北：稻鄉出版社。
1993 〈臺灣漢人收驚儀式與魂魄觀〉，收錄於黃應貴編《人觀、意義與社會》，頁207 - 232。臺北中央研究院民族學研究所出版。
1996 〈民俗醫療與文化症候群〉，《歷史月刊》96期，頁50 - 54。
2007 〈民間寺廟的醫療儀式與象徵資源：以臺北市保安宮為例〉，《新世紀宗教研究》6：2 - 27。

劉士永

- 2006 〈中醫的衰微與科學化：清代與日治時期的臺灣漢醫〉。收於《臺灣醫療四百年》，頁34 - 36。臺北：經典雜誌出版。

蔡佩如

- 2005 〈花、女人、女神：臺南市臨水夫人媽廟換花儀式的性別意義〉，《民俗曲藝》149：115 - 174。

謝庭輝、林美容

- 2007 一代武師羅乾章：阿義堂師祖阿乾師及其武術傳承。臺北：臺灣古籍出版有限公司。

Ahern, Emily

- 1975 “Sacred and Secular Medicine in a Taiwan Village : a Study of Cosmological Disorders,” in A. Kleinman ed. *Medicine in Chinese Cultures*. Pp 91~113. Washington D. C. National Institutes of Health DHEW Published.

Foster, George and Barbara G. Anderson

- 1978 *Medical Anthropology*. New York : John Wiley & Sons. Inc.

Kleinman, Arthur.

- 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley : University of California Press.

Kleinman, Arthur ed.

- 1975 *Medicine in Chinese Cultures*. Washington D. C. National Institutes of Health DHEW Published.

Shih, S F, Lew-Ting CY, Chang HY, Kuo KN

- 2008 “Insurance covered and non - covered complementary and alternative medicine utilization among adults in Taiwan,” *Social Science and Medicine* 67 : 1183 - 89.

Singer Merrill and Hans Baer

- 2007 *Introducing Medical Anthropology : A Discipline in Action*. New York : Altamire Press.

Topley, Marjorie

- 1970 “Chinese traditional ideas and the treatment of disease : two examples from Hong Kong,” *Man* (N.S) 5 : 421 - 437.

Unschuld, P. U.

1976 “Social organization and ecology of medicine in Taiwan,” in
C. Leslie ed. *Asian Medical Systems : A Comparative Study*,
pp300 - 316. Berkeley : University of California Press.

van Gennep, Arnold

1975 [1960] *The Rites of Passage*. Translated by M. B. Vizedom &
G. L. Caffee. Chicago : University of Chicago Press.

It needs both visible body and invisible fate to be cured :
symbolic healing in Taiwanese folk medicine

Hsun CHANG

Institute of Ethnology, Academia Sinica

Abstract

This paper interprets cultural relativism from the perspective of medical anthropology, and then move to the explanation of medical relativism. Then, medical pluralism in Taiwan is described with its historical background and its present situation. The fifth and sixth sections of this paper are the demonstration of two popular symbolic healing rituals in Taiwan, soul calling -back ritual and flower changing ritual. The former ritual is to show the notion of soul and fate in folk beliefs, the latter ritual is to explicate the notion of body in folk beliefs. Finally, this paper urges the government and the academic world to concern the development of folk medicine in Taiwan.

Key Words : cultural relativism, medical relativism, symbolic healing, soul calling-back ritual, flower-changing ritual.

「醫病也醫命」：
民俗宗教的醫療行為及其概念

臺灣文獻

第六十二卷第一期