

# 把疾病帶回來？

## 病患實作中的多元疾病客體化

林文源\*

國立清華大學通識教育中心

社會學已發展多種患病研究取徑，分析疾病的社會面。在近年跨界整合趨勢中，批評者指出「患病社會學」忽視疾病的特性、臨床指標與實務規範，因此倡議「疾病社會學」。本文回應此倡議，但進一步提出批判，指出問題不在於患病與疾病的區分與結合，也不能只帶回生物醫療的疾病。本文藉由科技與社會研究的實作本體論，以及相關客體化實作分析取徑，尤其是邊界客體與多重疾病概念，對稱分析多元醫療實作的疾病客體化，包括生物、中醫、偏方、超自然醫療體制，如何促成慢性腎病、證型、對應與超越疾病客體，以及各種交會模式。本文帶回多元客體化實作，藉此反省現有理論分析的限制，提出正視本地多元醫療—社會現實的社會學。

關鍵詞：疾病、患病、科技與社會研究、邊界客體、疾病客體化

---

台灣社會學第33期（2017年6月），頁1-62。DOI: 10.6676/TS.2017.33.01

收稿：2015年8月29日；接受：2017年3月31日。

\* 第一及通訊作者。通訊地址：30013新竹市光復路二段101號通識教育中心教育館308室；  
Email: wylin1@mx.nthu.edu.tw。

## Bring Disease Back In? Exploring Modes of Disease Objectification in Patients' Practices

Wen-yuan Lin

*Center for General Education, National Tsing Hua University*

Medical sociologists have developed various paradigms for the social analysis of illness. Critics highlight that the sociology of illness reduces disease into social categories and ignores the specificity of diseases, clinical indexes, and practical norms and call for a sociology of disease. This paper critically follows the initiative without following the divide and convergence between disease and illness and bringing only disease back in. Drawing from practical ontology and studies of objectification practices, especially those of boundary and multiple disease objects, from science, technology, and society studies, this paper explores the multiple disease objects and modes of objectification symmetrically. By examining kidney patients' multiple medical practices that interfere with each other, this study shows that we cannot bring the biomedical chronic kidney disease back in without taking multiple disease objects and modes of objectification into account. The conclusion examines the agenda of this approach, with a reflection on the specificity of existing theoretical tools, and proposes a sociology that faces multiple medical practices in a specific medico-social context.

*Keywords: Disease, Illness, Science, Technology and Society Studies (STS), Boundary object, Disease objectification*

## 一、疾病：在生理與社會之間

從社會學奠基以來，包括 Emile Durkheim 的《自殺論》、Herbert Spencer 的《社會學原理》、Edwin Lemert 的《社會病理學》或 Karl Marx 與 Friedrich Engels 的資本主義批判，都綜合規範、制度、生理、心理與物質環境等因素分析個人與社會病態 (Gerhardt 1989: xi-xxix)。二十世紀中葉起，為建立社會學旨趣與自主性，例如從「醫療中的社會學」(sociology in medicine) 轉型到「醫療社會學」(sociology of medicine)，學者藉由區隔疾病 (disease) 與患病 (illness) 拓展研究典範，發展「患病社會學」(sociology of illness，以下簡稱 SI) (Straus 1957)。近年來，批評者結合科技與社會研究 (Science, Technology and Society Studies，簡稱 STS) 觀點，呼籲「把疾病帶回來」，並且倡議「疾病社會學」(sociology of disease，以下簡稱 SD) (Timmermans and Haas 2008)。

這兩度的理論轉折有助於反思本地與國際研究趨勢，尤其是在多元醫療面向。國際主流醫療與社會學一般以生物醫學為正統，將非生物醫療視為殘餘或新興現象，稱為補充與另類療法 (complementary and alternative therapies) 或醫療文化與信仰 (Schneirow and Geczik 2005; Goldner 2004; Barry 2006; Saks 1994; Quah 2010)。近年來，主流醫療回頭正視傳統醫療資源 (洪慧容、王秀紅 2004; Kinsel and Straus 2003; Falcone 2002; Shmueli et al. 2011; Duffy et al. 1995; Baer 2010; Goldstein 2000)，甚至世界衛生組織也積極發展運用策略 (WHO 2013)。

然而，從本地經驗來看，這些區分並不適當。台灣有普遍且根深蒂固的多元醫療 (丁志音 2003; 張珣 1989; 林富士 2005; 侯毓昌等 2006; 晷日羿·吉宏 2013)，多種世界觀與身體感密切融入社會生活

(張珣 2010, 2011)，民眾也習慣並用多元醫療(林寬佳等 2009)。<sup>1</sup>

本文呼應SD倡議，但立基本地現實提問：SD帶回哪種疾病？只帶回疾病是否足夠？結合疾病與患病是否足以容納在地現實？本文立基於台灣的多元醫療現象，由病患實作出發，藉助STS的「實作本體論」(practical ontology)取徑，提出客體化模式交錯的分析以帶回多元「疾病客體」(disease objects)，希望有助於理解本地現實，並且積極反省現有理論分析工具、案例，甚至實證科學體制與實作本體論的理論限制。

## 二、從患病到疾病的社會學

環繞著疾病的心理、社會與文化面向，社會學致力於拓展患病的社會分析，至少有四種主要典範，包括：(1)結構功能論提出維繫結構功能的「病患角色」(sick role)(Parsons 1951: Ch.7, Ch.10)；(2)互動論以微觀、行動的結構化，界定長期的患病／偏差意義與認同，如發展「患病軌跡」(illness trajectory)等架構(Strauss et al. 1985)；(3)批判與衝突論以結構宰制指出患病處境的劣勢與不平等，如女性主義批判父權醫學結構(Ehrenreich and English 1973)、馬克斯主義政治經濟學批判(Navarro 1981)；(4)建構論典範吸納上述養分，由認識論(擴張病理類屬、標籤化疾病)(Freidson 1988[1970])、制度(專業擴權與宰制)(Illich 1975; Zola 1972)、論述與互動(社會定義與協商)(Conrad and Schneider 1985; Waitzkin 1991)檢討疾病的社會建構(林文源 2014b)。這些典範以不同方式區隔疾病與患病，見諸許多重要理論命題，例如 Eliot Freidson 的經典標籤化 (labelling process) 命題說：

---

1 台灣並用多元醫療的比例與日本 76%接近，但高於英國(2.6-33.8%)、澳洲(48.5%)、加拿大(15-19.8%)、美國(9.4-62%)，但各國、各種調查的標準與療法種類不一亦有差異(林寬佳等 2009; Ernst 2000; Harris and Rees 2000)。林寬佳等人(2009)的調查有幾個數字值得思考：若包含身心靈調和、體能活動等為 85.65%，扣除則為 76.4%。若以過去一年內用於治療者則遽降為 38.1%(2009: 64)。但該調查未包含非生機飲食或有機飲食的食療。田野研究中發現，受訪者常以「顧身體」、「吃保養」或「對什麼(例如，循環、顧腰子)很好」而使用食療。

當醫生將某種人類狀況診斷為患病，他藉由診斷改變此人的行為：將患病的意義指派於疾病，一種社會狀態被新增到此生物生理學 (biophysiological) 狀態。在此意義下，醫生創造患病……而此患病狀態在分析上與經驗上是不同於疾病的。(Freidson 1988[1970]: 223)

批判醫療宰制的 Ivan Illich 同樣指出病患面對醫療專業霸權的處境，已形成一種迷思：

病患面對的是生物學解釋中的投入／產出計算，疾病不再屬於他，變成某種機構事業的原料。他的狀況被一套他無法理解的語言（按：醫療術語）所形成的抽象規則所詮釋，他必須學習理解那個醫生奮戰中的陌生事物，但也僅止於醫生需要病患合作時的範圍內。醫生奪去了語言，病患被剝奪了其焦慮的意義世界，而這在迷思化語言中更為惡化。(Illich 1975: 170)

此外，爲了強調不同於醫療觀點的「疾病歷程」(course of illness)，Anselm L. Strauss 等互動論學者將醫療工作的社會學分析定位於「患病軌跡」：

對擁有知識的醫療、護理、技術人員來說，……*疾病歷程*同時是常識與專業意義下的詞。相對於此，*軌跡*……不只用來指涉病患的疾病在生理面向上的開展，而且指在此歷程中的整體工作組織，加上對參與此工作與組織者的影響。  
(Strauss et al. 1985: 8，斜體為原文強調)

這個「定義」新疾病的標籤化過程一開始就奠基於預設疾病（屬於自然實在的真正疾病）與患病（屬於社會建構的被標籤化疾病）的

本體論差異 (Eisenberg 1977)。藉由疾病 vs 患病、醫療 vs 互動、生物生理學 vs 社會狀態的區分，SI 有些致力於批判患病的建構，將各種疾病還原為社會性的患病，有些則檢視過於化約的疾病與醫療視野，指出必須拓展更多「非醫學」（亦即社會的）議題的思考空間。迄今，此預設仍有一定影響，例如最近建構論主要推動者 Peter Conrad 回顧醫療知識與定義建構時說：

醫療化研究證實……醫療知識並不必然是因自然而客觀被給定，而經常是規範設定的製造者與利益團體所建構、發展的。(Conrad and Barker 2010: s76)

面對 SI 豐富的患病研究成果，近年有批評者提醒，這些區隔疾病面的取徑似乎有「生化恐懼症」(bio-phobia) 之嫌，恐被社會面蒙蔽 (Freese et al. 2003)。批評指出，無視醫療的物質性、技術性與疾病本身的存在，在分析上會導致：(1) 忽視對臨床來說最重要的疾病特性與技術特質 (Casper and Berg 1995)，例如，對於病患與臨床專業而言最重要的是「何種疾病」，但 SI 卻比較關注患病體驗、互動、制度、權力等一般性議題 (Rosenberg 2007)；(2) 只關心社會面，幾乎不關心疾病最重要的生理面向（如疾病相關的指數）與研究的相關性 (Shostak 2003)；(3) 偏重主觀心理意義，有時甚至化約為病患滿意度，而非客觀的結果（如療效），使研究遠離實務需求 (Heritage and Maynard 2006)。

為了呼應這些質疑，Stefan Timmermans 與 Steven Haas (2008) 呼籲把疾病帶回來。他們指出醫療社會學旗艦期刊 *Sociology of Health and Illness*（簡稱 *SHI*）從 1997 到 2006 年的 387 篇相關文章中，高達 79% 的研究沒有探討疾病特定屬性。例如，無論是阿茲海默症、高血壓、後天免疫不全症候群等都混為慢性病，而以相似社會概念解釋。他們認為，以相似概念類比討論各種疾病議題，而無視疾病的生物面與臨床狀態，是以「概念煉金術」(conceptual amalgamation) 對疾病與

患病進行「本體論的格式塔轉換」(ontological gestalt switch)。這雖然有助於闡述患病的社會建構，卻迴避疾病是否存在、忽略疾病指標、臨床療效等議題，使疾病喪失具體分析意涵，減損社會學做出更大貢獻的機會 (Timmermans and Haas 2008: 663-664)。

本地也有類似現象。國內的相關研究發表較分散，研究者統計主要期刊及一份醫療社會學相關主題的期刊論文，迄今有 99 篇與醫療相關。<sup>2</sup> 扣除書評、回應與導讀後，剩 85 篇。再扣除 45 篇非關特定疾病或患病，以及 6 篇公衛與醫學介紹後，剩餘的 34 篇社會學分析中只有 10 篇深入醫療技術、知識與疾病實務。<sup>3</sup> 如此，本地約 70%，略低於 *SHI*。<sup>4</sup>

針對這個問題，Timmermans 與 Haas 結合 STS 觀點提出綜合實作、臨床與結構結合、互動三面向的方案。首先，跟隨 Annemarie Mol 的實作研究，他們指出如何在人文社會學者分析中帶回疾病：

將疾病視為臨床實體，同時批判地質疑臨床工作者對疾病的概念。她（按：指 Mol）的方法包含檢視疾病類屬如何被施以作用，並反過來促成行動。與其煩惱動脈硬化症是否真實，她致力於觀察動脈硬化症是什麼 (*is*)：這個疾病存在，並且研究其存在的內涵。（Timmermans and Haas 2008: 665；斜體為原文強調）

其次，他們認為社會建構論一味偏重社會關聯，以及臨床醫療只

2 包括《台大社會學刊》、《中國社會學刊》、《台灣社會研究季刊》、《人文及社會科學集刊》、《台灣社會學刊》、《台灣社會學研究》、《台灣社會學》與《人文社會與醫療學刊》。

3 分別為〈台灣癌症患者的身體經驗〉、〈編排風險〉、〈社會建構論、批判實在論與行動者網路理論觀點下的身體與社會〉、〈彈性病況〉、〈發現「遲緩兒童」〉、〈醫用者的運籌行動〉、〈漂移之作〉、〈腹膜透析隱形實作與軌跡〉、〈醫療化理論的後進國批判〉與〈醫療化的實作本體論〉。

4 其他學科或刊物不必然有患病與疾病的區隔。所有學術討論都有其脈絡與辯論焦點，*SHI* 與本文主要檢視（英美文獻為主的）醫療社會學，而提出此區隔，其他學科應另行檢視。

看生理因果，都不恰當。例如糖尿病在社會人口層次因收入、教育、種族／族裔差異有明確的風險差異；肥胖等問題與居住環境、健康政策及知識傳播有關，甚至受商業競爭、消費、飲食習慣等結構層次的影響。這些外部因果關係可以補充著重生理機轉的臨床研究無法看到的個體差異 (Timmermans and Haas 2008: 666-668)。因此，他們建議：

要了解因果的影響……需要一種社會學式關注社會制度與其他結構面向的視野……（例如）臨床的糖尿病研究受到根本限制，因為他們並未處理社會建構的消費、生活風格、行為模式，在其中顯現的個人問題與社會群體間的極大差異。同理，過去將糖尿病視為經驗現象的傳統社會學研究，對社會世界所具現的物質過程提供太少見解。糖尿病的差異將只能經由包含疾病與其相近生化路徑的研究以及整合人類健康的研究，同時視為生物學與社會現象的社會學所理解。  
(Timmermans and Haas 2008: 667)

最後，他們批評醫療社會學忽視臨床療效與規範性期望 (Rosengarten et al. 2004)，甚至全然否定醫療的正面意義 (Illich 1975)，減損研究可能有的貢獻。他們建議正視多種規範的互動與意涵：

毋須正當化醫療提供者的權威或誇大治療的成功。對這些力量的批判性評估是必須的，但這種分析應該將介入的整體健康目的納入考量……儘管芝加哥學派的工作社會學（按：如上述 Strauss 的互動論取徑）並未聚焦在工作的規範面向，但提供了研究規範如何在實作中達成的一般的方向。醫療與公衛志在以多種在地與跨區域的方式提升健康，但規範可能相互衝突……專業與病患為同樣目標競逐，但他們的行動卻顯示優先性的差別。當規範進入實作而具體實現時，可能抵觸、分化、轉移或並存於衝突、合作或緊張關係中。因此，



規範點出健康照護介入有哪些多重目的的重要問題。

(Timmermans and Haas 2008: 671)

上述建議要帶回哪種分析呢？根據 Timmermans 與 Haas (2008: 671-672) 指出的大方向：不是要否定患病社會學，而是要強調長期被忽略的社會與自然的互動；更不是要遵從臨床醫療的標準與指標，而是要探詢社會與疾病整體相互影響的多重機制、過程與路徑。他們呼應 STS，指出「科學是以其他方式行使政治」，帶回疾病可以打開醫學事實的黑箱，並在更加理解與介入實務知識後，進一步理論化存在具體社會生活，但過去卻遺落在學科間的精彩片段。

綜觀 SI 的成果與 SD 的挑戰，本文探究「帶回疾病」的潛力。如同 Brian Wynne (2007: 101-104) 勉勵 STS 學者跳脫被設定的科技客體，進而探討如何雙向介入模糊科技客體的建構。本文認為「帶回疾病」宣言拓展視野，但未充分發揮 STS 的精髓。相較於 SI 的社會化約與增生，此宣言提出三種視野，但這些視野是並列或互動的多重機制、過程與路徑？或是它們也存在抵觸、分化而有緊張關係？拓展視野後如何結合這些視野與既有洞見？帶回疾病如何避免落入 SI 極力區隔的生物醫療化約？甚至，要如何進一步理論化可能仍遺落在患病與疾病區分，但存在醫療現實的精彩片段？進而，反觀在地現實，不少非生物醫療實作仍被區隔於文化、信仰解釋，SD 要如何安置這些其他的多元？最後，這個理論轉折是否有助於定位在地現實？

本文認為問題不只在於患病與疾病的區分和結合，也不能只帶回生物醫療的疾病。從實作的角度來說，問題根源在於一開始預設的疾病與患病區隔。無論是 SI 或 SD，甚至生物醫療的觀點，其實都呈現部分現實與影響，因此，要正視這些取徑的成果，但避免無止盡地反覆「區分」、「化約」、「增生」、「帶回」或「補充」，我們必須重新思考：要以什麼方式帶回什麼疾病？

本文基本思路如下：(1) SI 批判生物醫療化約，已對思考社會、心理現實拓展相當洞見；(2) 在 SI 的基礎上，倡議將疾病帶回來的 SD

有正視物質與臨床現實的正面意義；(3) 倡議整合不應是加總「社會互動、心理與文化」的患病分析，以及「物質、臨床與生理」的疾病分析，因為先行區隔再帶回，結合（生物醫療）的「物質、臨床與生理」與（其他醫療面向）的「社會互動、心理與文化」，並無助於解決疾病與患病的區隔。

本文以下不偏重也不迴避生物醫療，改以實作歷程與疾病客體的交錯，由更廣義、對稱的實作本體論取徑，從廣義的疾病客體化過程，帶回多元醫療客體化與實作體制，以更精確掌握在地脈絡。

### 三、研究方法與資料

本文主要採用長期追蹤西醫院 A 的 70 位病患觀察與訪談資料。2011 年 2 月到 5 月間，於門診衛教區域，臨床衛教觀察 97 人次，並長期追蹤 9 位慢性腎病（chronic kidney disease，簡稱 CKD）病患到 2013 年中。2014 年 4 月到 2016 年 7 月間，長期追蹤 61 人，臨床觀察 262 人次，訪談 333 人次。根據病患使用多元療法的主要特質差異，長期追蹤的病患，除生物醫療外，還使用其他三類醫療：(1) 中醫藥 52 人；(2) 偏方 65 人（食療 62 人、儀器與保健食品 52 人、物理性活動與體能治療 31 人）；(3) 超自然醫療 20 人。因臨床上有高比例糖尿、高血壓病患併發腎病，因此實作上且有高度相關性。以下呈現訪談與衛教觀察之資料中，引用稱謂簡化如下：病患姓氏、關係（呂、呂妻）、研究者（研）、衛教師（衛）、觀眾（觀）、主持人（主）。

受訪病患外的相關脈絡來自以下資料：1980 年到 2015 年的腎病、糖尿病與相關中醫、另類醫療報導、機構及制度文獻。研究者 2007 年起參訪全台各地院所並蒐集機構資料與作法，參與／觀察多元療法，如中醫、草藥、直銷、廟宇及道場活動；2007 年起訪問慢性腎病與糖尿病防治政策參與者、其他院所相關執行者、中醫師／專家，以及 2010 年起參與觀察相關政策委員會。

## 四、從多元醫療文化到多元疾病客體

多元醫療涉及面向甚廣，至少包括多元療法的社會基礎、理論與實作、多元療法交會、與生物醫療體制互動，以及病患參與的實作歷程等。這些面向包括臨床醫學關心的效用安全性評估，公衛關心的使用趨勢、分布與衛生體系的關係，護理研究探討整合於照護的可能性，或是人文社會研究著重病患使用經驗、使用的意義，對生物醫療的挑戰，以及對病患主體性及認同的影響等，各學科因不同關注已有豐富研究（林文源 2014a: 167-173）。

### （一）多元醫療文化

本研究聚焦於病患參與多元實作中的疾病客體化。對此，1970 年代 Arthur Kleinman (1980) 對台灣多元醫療的比較文化考察是重要參照點。Kleinman (1980: 27-35) 以脈絡化的醫療解釋模式（explanatory models，簡稱 EMs），批判獨尊科學化與生物醫學模式的研究，發展中國家模仿已發展國家的理想化專業模式，以及將醫療視為獨立於社會、時間與文化脈絡之外的作法。他特別強調台灣多元文化脈絡下的醫療體系交會，並將本地醫療系統區分為日常（popular sector）、民俗（folk sector）與專業（professional sector）部門等，以 EMs 闡述不同理解脈絡中的醫療部門與特質。在涉及多元臨床現實（另類指標）、社會現實（社會條件與臨床因素的關聯）與另類臨床規範（禁忌、信仰）的民族誌基礎上，Kleinman 以象徵建構取徑提出同心圓式的現實觀點，釐清臨床與社會現實的多重現實架構，例如乩童、中醫等醫療情境的多元互動與 EMs (Kleinman 1980: 71-118)。

本地研究者從兩種基本方向發揮 Kleinman 的研究成果。一是以醫療相對於文化的架構，維持生物醫療與其他醫療的區隔，定位不同現實。例如張珣受 Kleinman 影響由西醫、中醫與民俗醫療的實然分工現象（張珣 1989: ch.1, 8），強調另類醫療儀式與疾病的文化相對性（張

珣 1989: ch.3,6,7,9,10)。這取徑試圖由科學理性正當化其他醫療，討論「傳統醫療的理性觀」（張珣 1989: ch.2），對於如何對稱地思考生物醫療的文化脈絡則較少著墨。二是從多元交會出發，凸顯多元「醫療—社會體制」如何共構患者的患病生涯，成為多元醫療現實。例如蔡友月(2009)運用分析達悟族人精神受苦的社會根源及療癒，檢視在地祖靈信仰、基督神學與生物醫療的交錯，指出祖靈、基督神學與生物醫療，並非正統與另類、科學與文化，而是三種體制關係。

研究者田野中的觀察比較接近後者。從多元醫療—社會體制共構醫療現實的角度來說，各種醫療現實並非屬於不同文化、EMs 或體制，而是同一歷程。因此，問題不只是分析多元文化、EMs 或疾病／患病，而是思考多元醫療歷程中疾病以哪些樣態成為現實？

## （二）從文化到實作

根據 STS 的對稱視野，本文通稱各種醫療實作所促成的疾病為「疾病客體」。STS 的對稱性分析，較為著名的有愛丁堡學派提出的「強綱領」(strong program)與行動者網絡理論 (actor-network theory，簡稱 ANT)。對稱分析在 STS 發展的核心起點是：不預設使用不同分析架構區分能正確認識事物本質的知識與無法認識事物本質的錯誤信仰，致力於以對稱架構釐清知識與事物的普世化與穩定化過程。由 ANT 發展的實作本體論是其中一種取徑，不同於一般本體論預設世界的本質存在與規律，實作本體論關注經驗過程中多元、異質的實作如何在具體脈絡中黑盒化 (black-boxed) 特定客體，因而促成 (enact) 特定現實實現或消失 (Latour 1987)。這種取徑與一般致力於社會政治批判的差異，在 STS 有許多爭論 (林文源 2007, 2010)。其關鍵在於，實作本體論者不預設非人與人、自然與社會、行動過程與後設分析的二分，而是主張在同一現實中思考異質混雜的實作如何發揮作用 (Latour 1988c)，這牽涉到分析架構焦點在於認識論或本體論面向，以及研究者的自我期許 (林文源 2017)。

挪用 Bruno Latour (1987) 的名言，被視為已經客觀存在的生理疾

病 (already disease) 是經由疾病實作 (disease in action) 實現。由此取徑探討疾病，許多研究揭示生物醫療體制如何促成疾病成為在地醫療現實 (Prout 1996; Law and Singleton 2003; Moreira 2000)。以 Mol (2002) 的動脈硬化症實作誌 (praxiography) 為例，動脈硬化並非一種疾病，而是在不同場域的多重存在，包括：在問診行走測驗的痛、教科書中的圖表、病理實驗室中的動脈切片、都卜勒 (Doppler) 檢查中的低血壓、放射科動脈內視鏡的管壁影像、超音波檢查的血流影像、會診的報告、動脈內膜切除術 (endarterectomy) 中被切開的腿，以及動脈氣球擴張術中的血管等等。多重動脈硬化症在各場域間的轉換並不平順，各種存在狀態也無法拼湊為一個動脈硬化症：它們是部分連結的關係，有時相互協調、有時衝突、有時包含彼此，有時只是並存卻永不相遇（圖 1 為示意圖）(Mol 1999; Mol and Law 1994)。

不同於預設疾病為實存、穩定的現實，認為各種患病闡述只是觀點差異，只有疾病是唯一現實的實在論立場，Mol 的實作誌展示生物醫療預設的單一動脈硬化症的疾病客體本體論地位，其實是多重區域實作與連結所促成。這是「多於單一但卻少於多數」的多重疾病 (disease multiple)，原因是這種虛擬的單一疾病客體既非單一客體與現

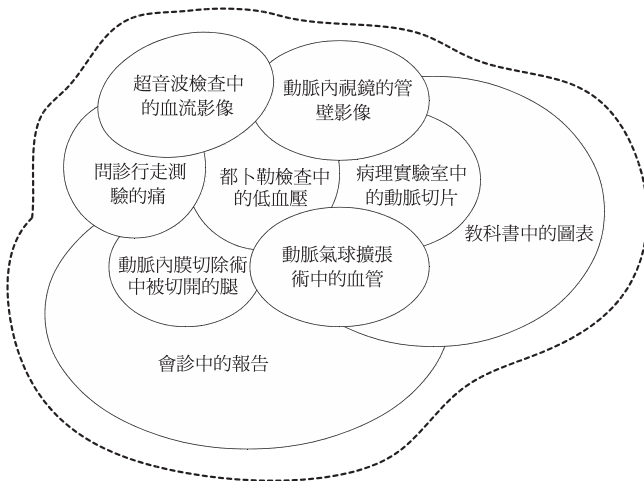


圖 1 生物醫療實作所促成的動脈硬化症

實，也非數個客體與現實，其單一與穩定性並非天生自然或始終如一，而是連結各場域的異質實作（包含觀點與論述）介入，所產生的虛擬客體 (virtual object)。Mol 十分精要地解釋：

如果現實（按：例如疾病）不先於實作而存在，而是實作中的一部分，現實本身便不能成為評估實作的標準……因為每個事件，無論如何實用地看，會將某種「東西」（某種疾病、病患）轉為活生生的現實 (lived reality)，並因此取消另一種現實。這是我的哲學故事：本體論 (ontology) 並非在事物秩序中被給定，而是在日常、每日的社會物質實作中，眾本體論 (ontologies) 被產生、維持，或放棄而萎縮。（Mol 2002: 6；斜體、引號為原文強調）

由此觀點，不應預先區分疾病自身或患病自身 (disease itself or illness itself)，疾病不只關於生理與物質，患病也不只存在社會、心理與文化領域，兩者都是在相互關聯的實作中實現的特定客體。這種區隔雖在研究實作中被促成：SI 拓展患病或對其他醫療的社會文化分析，偏重其他多元實作面向所促成的社會客體 (social object)，而 SD 呼籲帶回的疾病，偏重探討生物醫療實作促成的生化客體 (bio-objects) (Vermeulen et al. 2012)，但兩者在病患歷經的現實中，其實是彼此混雜連結而成的。

### （三）客體化實作

生物醫療促成的生化疾病客體，如同 ANT 指出，當年由牛頓運動定律從劍橋移動到非洲 Garbon，靠著異質網絡的穩定性與一致性，黑盒化為擬似 (as if) 普世性「移動的不變」(immutable mobile) (Law 1986; Latour 1988a)。Mol 跟著動脈硬化症（而不只是病人）檢視穿梭醫院實作情境，指出單一生物醫療體制不是黑盒化單一疾病，而是在實作連結中促成似乎單一，但實為多重的疾病客體。Mol 的進一步突

破在於指出，所謂單一網絡形成的不變客體，既不單一也不是不變，而是由各個充滿衝突與變動的在地網絡促成的「移動的變動」(mutable mobile) 形成虛擬單一性 (virtual identity)<sup>5</sup> (Law and Mol 2001)。因此，所謂單一疾病本體論或生物醫療也非單一、穩定的，必須仰賴不斷協調多元異質實作，才能形成疾病客體與生物醫療的虛擬單一普世性。

這種實作疾病客體觀同樣適用於一般認為具有確切致病客體（細菌、病毒）的疾病。這牽涉三個層次。首先，實作本體論取徑要挑戰的，正是被現代科學觀點所純化的，所謂實存的致病客體 (Latour 1993)。事實上，上述對動脈硬化的某些實作，目的正是尋找實存的致病因素：例如外科手術室，是爲了切開動脈移除阻塞動脈的斑塊，但這實作從屬於促成整體動脈硬化單一性的一環。從實作本體論角度而言，「實存」、「本質」與「客體」是經過抹去混種與衝突後的純化結果，而非事實的根源 (Latour 1987, 1993)。細菌或病毒仰賴各種檢驗方式與器材中介，其存在一致性在已經被黑盒化的實作連結中才能穩定。這種必須經由實作去檢視、反思所謂被預設爲單一本質化的存在，是實作本體論的核心。Latour (1993: 201-206) 因此提出「可變本體論」(variable ontology) 說明所謂被發現的事物本體論地位，是在本體論幾何學的位移中，不斷隨混種實作所穩定的狀態而變動。

其次，問題甚至不在於客體本身，而是該如何連結。Latour (1988a) 的巴士德研究指出，巴士德在各種在地實作脈絡中，經由各情境的實作協調、轉換，弭平衝突與不一致，微生物最終才能持續維持虛擬 (virtual) 單一性的本體論地位。Latour (1983) 因此強調經由穩定「微生物—巴士德」網絡的聯盟，微生物才能穩定展現作用，而身爲「微生物的巴士德」(Pasteur of microbes) 才成爲最終代言人。在特定「微生物—巴士德」網絡穩定後，微生物客體獲得擬似單一性與巴士德成爲代言人而能「舉起全世界」。

甚至，客體的不同存在模式帶有不同後果。Mol (1999) 比較促成

---

5 意指其實是多重且不一致的存在，卻被誤爲單一，因此以虛擬單一性稱之。

兩種不同貧血問題與知識的實作，是針對擬似明確客體的實作本體論研究。她指出流行病學的統計常態分布，強調區辨不同人口特質，促成血色素值做為劃分人群類屬的生物基礎。但在只關心個體的病理學，則著重比較個體與健康狀態時的差異，因此這可形成個人區隔，但對區別男性、女性群體沒有助益。在此，能在血液分析與顯微鏡下實際觀察到的紅血球看似同一客體，卻有不同影響，促成不同現實。

最後，實作本體論的根本原則是，我們永遠無法直接確認本體，任何疾病／事物都需經過實作中介。只要進入實作，必然牽涉到多重中介實作所促成的各種客體或事物（可能環繞病原體，可能是感受或功能障礙，也可能是量表或其他）如何形成連結、斷裂與衝突。亦即，實作本體論者不將本質與經驗過程、形上學 (meta-physics) 與現實、病原體與功能、行動與脈絡、自然與社會二分，主張探討同一現實的「形下學」(infra-physics) (Latour 1988b)。因此，關鍵在於檢視實作在何種脈絡下如何（交互）作用與造成何種後果。

#### （四）邊界客體

據此，如果客體位於多元實作交會間，那麼在多元交錯影響的本體論歷程 (ontological passage) 中，事物很難穩定、單一地黑盒化，而往往是灰盒化 (grey-boxed) (Fujimura 1992)，可能成為帶有多重旨趣的多社會世界行動者介入的多重轉變 (translation)，而形成邊界客體 (boundary object) (Star and Griesemer 1989)。甚至，在日常生活、臨床、知識建構及政策過程中，可能成為永不穩定的液態客體 (fluid object)，持續在跨界漂移實作中進行本體論位移 (de Laet and Mol 2000；林文源 2006)。

這些觀點相當適用於本地多元醫療現實下，體制不是各自獨立，而病患並用多元醫療的情形。這些多元體制如何交錯影響呢？其中多體制形成的疾病客體又是如何呢？這是本文立基在地現實，推進疾病客體化的進一步思考。台灣的多元醫療現實中，病患穿梭於多元醫療體制，顯然不是單一體制，疾病客體也並非維持單一或特定體制內的



多重性。相較於上述多為實證科學與生物醫學的案例，本研究嘗試追隨在地由生物醫學主導，但混雜多元中醫、偏方與超自然醫療的體制，對稱地追溯此現實中的多重主軸進行探索。

關於多元交錯如何協調而並存的問題，相較於黑盒化、灰盒化、液態客體或多重疾病客體，邊界客體概念與本文最為相近。Susan Leigh Star 與 James R. Griesemer 針對博物館建立過程的類型學研究指出，在缺乏一致共識情形下，多方人馬協調各自獨特視野與標準化方法，是在多重社會世界 (social worlds) 間打造邊界客體的過程。她們指出：

邊界客體具有足夠的彈性以調適多重應用時的在地需求與限制，但又夠堅固，足以維持跨場域間的共同一致性。它們在一般應用時只有稍稍結構化，但在單獨應用時卻高度結構化。它們在不同社會世界具有不同意義，但它們的結構卻有足夠共通性，能在不只一個世界中被認出。(Star and Griesemer 1989: 393)

在狹義定義上，Star (2010) 以資訊相關實作案例，強調因為涉入者、介入方法、時機等異質性的協商因素不同，邊界客體有四種常見構成類型：(1) 資料庫型 (repositories)：所有異質資料以標準化的方法被分門別類安置在一起，藉此可以充分避免異質性帶來的緊張與衝突；(2) 理念型 (ideal type)：藉由高度抽象化的過程，將具體的異質性與差異細節剝離，藉此模糊抽象性以適應任何具體情境；(3) 疊合界線型 (coincident boundaries)：具有一樣的邊界但內涵不同的客體，能夠因為一致的邊界而共存；(4) 標準化型 (standardized forms)：在不同工作群體中建立標準化的溝通方法，藉此協調、一致化差異，也就是所謂的「移動的不變」。

但在廣義定義上，類似實作本體論方向，Star 強調邊界客體概念的廣義宗旨是：

一項客體是人們對其行動或與之行動的東西。它在物質面是源自於行動，而非來自一種預先設定的事物或「物性」(‘thing’-ness)。邊界客體同時是時間性的、以行動為基礎、從屬於檢視與在地調整，且分布於這些所有面向之中。(Star 2010: 603)

如此，邊界客體概念從 Star (2010: 602) 所說「一種能讓不同群體在缺乏共識時一同工作的安排」方向出發，在 Star 研究多方參與和協調的資訊基礎建設案例上，發展包含：詮釋彈性、資訊及工作歷程需求與安排的結構，以及量身訂做的使用等關鍵議題。因此，就狹義界定而言，邊界客體不見得適用其他非資訊實作案例。然而，若以廣義界定下，以行動為基礎藉由劃定邊界，於在地調整中連結或協調「物性」的方向，邊界客體強調的詮釋彈性、工作需求與安排，以及量身訂做等面向，仍有助於拓展實作本體論視野與啟發性。

## 五、多元醫療體制

根據上述洞見，本文以實作交錯的客體化角度檢視各種疾病客體化與交會類型。長期追蹤的 70 名病患中，除 3 位外（一位初訪後去世未及確認），共使用兩百餘種療法。根據療法的主要特質差異，本文歸納四種體制與客體：生物醫療的 CKD、中醫的證型、偏方的對應及超自然的超越疾病客體；除了 CKD 為當前生物醫療標準化名稱，其餘都以客體化特質命名。

因涉及多元體制，先說明實作本體論的原則與方法。首先強調，實作本體論觀點強調跟隨行動中介與連結，發展田野與論述，因此研究者視野是用於闡述事物實作連結，而非另做解釋或後設架構 (Latour 1988b)。此外，對稱性分析是指主軸與重點的對稱性，並非不可能達成的、無止盡的全面對稱。如同愛丁堡學派的認識論分析強調因果解釋對稱性，行動者網絡理論強調人與非人的對稱，本文脈絡的分析對

稱性是多元醫療與分析觀點的對稱，因此不是各自獨立分析多元醫療，也不因醫療體制或對象而使用不同解釋架構，更不預先區分「疾病分析」（例如生物醫療的CKD強調血液檢驗、指標與生物機轉），或患病分析（如一般對宗教等超自然醫療研究強調民俗認知、文化、身體感或社會結構〔丁人傑 2013；林富士 2005〕等），因此也不將患病與疾病面向加總，例如將臨床指標加上社會結構。

本文轉向實作歷程對稱地定位多元醫療與疾病客體。本文不孤立不同醫療或不同臨床與社會面向，以面對腎病問題使用多元療法的實作與病患經驗為焦點，藉由經驗性的實作場域、解釋模式、病患如何參與實作、實作中的規範與療效預設等一致架構，分析各種醫療體制所促成的疾病客體，並且進一步比較體制交會與客體化模式。

本研究分析的具體方法是將訪談、觀察、報導、論述等都定位於實作情境，藉此篩選與精煉資料和相關實作詮釋。一方面，本文希望將SI與SD對社會臨床現實的洞見在實作歷程中重新定位，而非機械性地區分與加總。另一方面，即使是一般被視為較抽象的中醫或超自然醫療，亦由病患參與實現的相關疾病客體為根據，再輔以必要的背景資料討論，例如以下馬光亞或禪修論述。這些不必然為本研究受訪者的直接體驗，但亦是該類醫療相關場域的實作，因此做為背景說明。

### （一）擴張與馴化：生物醫療的CKD

2002年之前台灣腎臟醫學界以蛋白尿(urine total protein)與肌肝酸(creatinine)檢驗指數異常的腎炎理解腎病，主要為藥物治療。然而，這些檢驗數值容易受到當下生活與身體狀態影響，不具絕對意義，加上當時台灣社會無論是政策、醫療專業或民眾都關注洗腎問題，甚少在意慢性腎病。2002年從美國引入的CKD架構與腎絲球過濾率(eGFR)指標後，在臨床上能精確呈現腎臟的線性、不可逆惡化，以 $eGFR=100-80$ 、 $79-60$ 、 $59-40$ 、 $39-20$ 、低於20，分為CKD 1（最輕微）到5期（瀕臨腎衰竭）。CKD架構經過專業、社會與政策動員，

迅速在 2011 年建立全國性防治體制。

體制上，CKD 迅速在社會、臨床與病患生活中落實，主要有兩大機制。首先是體制擴張：政策面上 CKD 與洗腎連結，成為挽救「新國病」的腎臟專業、健保體制與社會的重大議題，因此投注資源進行社會動員。社會面上則根據流行病學的調查與估算，得出台灣有高達七百餘萬人的潛在慢性腎病人口，因此官方與院所不斷動員社會論述，讓大眾認識 CKD 並參與篩檢，以診斷／轉化高風險群為 CKD 病患。其次是臨床馴化：從不確定的腎炎與檢驗數值，到能夠被具體化為線性病程的 CKD 認識架構，生物醫療的腎病不只仰賴醫師臨床經驗或病患危機意識，而是將篩檢出的病患納入長期衛教個案管理，並運用各種策略讓病患的「無病無痛」成為能夠被比較、預期與強化回饋控制的 CKD 客體，進行自我長期監控（林文源 2012，2015）。

臨床衛教是實現 CKD 客體化的關鍵場域與體制基礎，以下的衛教實作充分展現這一點。

呂先生有三十餘年的高血壓病史，十年前發現腎炎但未持續追蹤。五年前開始長期咳嗽，西醫無法解決，轉看中醫三年多後痊癒。當時 CKD 維持一定水平，後來因為聽說吃藥對腎臟不好，中西醫都停藥。

2011 年初他感到不適、嘔吐，再次就診時已是 CKD 第四期。從此他相當積極配合回診，也四處尋求解決方法，甚至同時看兩家西醫雙重確認，並請任職美國的醫學博士協助確認用藥。以下是 2011 年中的一次紀錄。

衛：跟你說這次的報告，指數（按：eGFR）比上次退步一點……。

呂：分數是？

衛：這次 11，上一次 11 點多。

呂（失望）：……是肉吃太多？

衛：看這樣子……肉的部分應該是沒有超過才對，因為尿

素氮的部分並沒有超過……所以應該是腎臟它本身疾病的進展……可是這次磷沒有降耶……。

呂（訝異）：磷？

衛：對啊，你已經一頓吃兩粒了，對不對？鈣片<sup>6</sup>你喜歡用咬的對不對……。

呂：對，之前教的……咬碎。

衛：我們試試看，不要用咬的，磨粉好不好？……粉喔，可以比較均勻地分配到你的每一個食物。

呂妻：……敲碎了以後放到飯裡面？

衛：……可以把一部分撒在你的飯上，然後把飯拌均勻……另外一部分，你可以放個小碟子，像沾胡椒粉。

呂：你意思是說不讓它集中……。

衛：我們先試試，雖然比較難吃……。

呂妻（安慰地拍拍呂先生）：不會啦！

（討論有無吃水果。略）

衛：……水果就可以拿來當作點心。

呂妻：蘋果可以嗎？

衛：蘋果可以啊，你可以去買小顆的。

呂：現在有那個感覺……有一點太甜。

衛：你不用怕吃甜，你可以吃甜，除非是你不愛吃。

呂：不是，現在水果都很甜。

衛：沒關係，你根本沒有血糖的問題……。

（討論討論烹調熱量與蛋白質）

衛教師拿出營養衛教食譜說：這個可以讓你參考一下他怎麼做的，像這個他是用冬粉，其實啊他裡面沒有肉，他裡面就是放一些清淡的，紅蘿蔔啦……。

呂妻：我加肉絲下去炒，他不吃肉就可以了嘛？

---

6 腎功能異常無法代謝食物中的磷，須使用鈣片結合。

衛：可以啊。

呂妻：一點點啦，口味比較不單調。

衛教師指著天婦羅食譜說：這個，是比較有變化的做法啦，就是用青椒……然後裹粉去炸。

呂兒二（指著熱量標示，質疑）：你這些總共 620 大卡。

衛：……是連旁邊這個葡萄乾……。

呂兒二：他已經超過一餐的量……。

衛：所以這個葡萄乾，我就不建議，因為這鉀離子也比較高，然後它旁邊還有一點蘋果……。

呂妻：蘋果也炸的嗎？

衛：沒有啦，它是用沙拉啦。如果沙拉要吃的話，一樣就是……。

呂妻：蘋果他本來很會吃，吃一個可以嗎？

衛：小顆的，不要大顆的。

呂妻：不然四分之一啦。

呂：這樣子冷冷的就不喜歡……。

（討論哪些食物不能吃）

呂妻：真的他每次去給我找資料……可憐喔，吃那兩三樣而已，怎麼辦？

衛指著營養標示建議：像這個米苔目也是一樣用炒的，這個熱量就夠。然後旁邊啊，它的鉀和磷都是綠燈，所以代表它不高。

呂妻：是不是要多一點油？

衛：對，油可以多一點，他就比較不會餓。

如同對話所示，這不只針對病患，更連結到家屬在相關生活、飲食、運動中的爭執、挫折與協調。爲了讓這類互動更順利，更正確地控制病況，有些病患會記錄每日生理與飲食，積極參與自我規訓，希望能更標準地、有效地掌控 CKD（如圖 2 的記錄）。衛教師反覆教導



客體。

## （二）隱形與彈性：中醫藥的證型客體

然而，田野中不只有 CKD。即使在生物醫療的陣地內，無論是醫師、衛教師或病患都不斷提到其他醫療，例如同屬於正式體制的中醫（李丞華等 2004；侯毓昌等 2006）。儘管有健保給付，且台灣近十年來都有近三成人口使用（中央健康保險署 2015a），本研究受訪者也有約八成使用，但中醫藥經常受到生物醫學貶抑，禁止病患使用，媒體也經常報導中藥造假、摻西藥（郝雪卿 2012；黃玉芳 2013；陳麗婷 2014），2002 年「馬兜鈴酸中藥」事件更形成中醫藥「缺乏科學根據」、「危險且有害」的社會論述（中國時報 2002）。

因此，儘管多數病患在訪談時會提到使用經驗，但在門診與衛教時，只有極少數病患向西醫請教中醫治療。少數如謝先生說「不用說，西醫一定不喜歡人家說吃中藥」外，病患經常提到「西醫治病有針對性，中醫是整體調理」等二元區分，所以，多數都傾向隱瞞或毋須多談。然而，儘管廣泛使用中醫藥，多數病患卻不求甚解，例如以下謝先生的經驗：

謝先生有十餘年高血壓問題，有一次檢查發現腎炎，並顯示一顆腎臟萎縮。2012 年開始被納入 CKD 個案管理，但是看到同事看中醫調身體有用，在同事推薦下也開始看中醫。問及中醫如何解釋腎病他並不清楚，只說：「同事就推薦……朋友腎臟病吃了有效。我也拿檢驗報告給中醫師看，他把脈、開藥粉我就吃……已經看了一年多。」

除了對於中醫缺乏理解，更大問題在於病患的不對稱評價。病患常常因為不了解中醫藥原理，有多種理解方向，甚至即使中醫發揮療效也無從確定。例如以下鐘女士的例子：



鐘女士是十七年的糖尿病患，不但長期看西醫，也積極嘗試各種食療、運動、刮經絡，也曾看過中醫。當後續問及相關想法時，她說：「我不敢再嘗試……我有去給中醫看，可是沒有什麼效果。」

（討論中西醫差異）

研：中醫有解釋嗎？

鐘：……對啊，她只是說腎水比較稀，中醫都這樣的。我是看糖尿病啊，怎麼會是腎……我們也搞不懂啊，對啊。就我吃沒有什麼改善……。

研：有回去跟醫生反應嗎？

鐘：我有跟他反應，她說不會啊……（轉而提到中藥問題）至少我們西醫就是說，他因為他有科學的吧，所以他都會，藥名是什麼治什麼，副作用什麼，都會告訴我們一清二楚啊，那你中藥所有的藥材都磨粉，在一起我們就不知道哪一種藥我們不能吃，對啊，哪一種我們可能會過敏，那真的不敢去嘗試啊。很多啊，有時候報章雜誌寫某某人吃到中藥，原來中藥裡面又攪的是什麼東西，很多這樣的。所以我怕，也比較慎重。

然而，後續訪談她卻提到曾因為（西醫解釋）糖尿病導致膀胱無力尿道發炎。吃西藥卻導致低血糖，後來自行買經絡書籍，嘗試每日刮膀胱經而治癒。但她並不認為這與中醫藥有關。

在中醫文獻與本研究相關田野都顯示，不但病患對中醫的理解相當多樣，中醫的確有許多流派，理論架構更在長期流變中變化 (Scheid 2007)。相較於 CKD 的「移動的不變」，中醫的腎病可說是因時因地，不斷混種、轉化的「移動的變化」 (Lei 2014a; Scheid 2002; Zhan 2009)。但是從大方向來看，不同於生物醫學，中醫多數共享五臟生剋、陰陽辨證的病理認識論與證型思維。不同於生物醫學已經標準化

的指數化客體模式，中醫的不同流派各有診斷與分析重點，其中一種是以相關臟腑證型關係理解腎病，例如以台灣一位著名的中醫師的觀點為例：

中醫診治腎臟炎，不但從腎治腎，有時要從肺治腎，有時要從脾治腎，病如是從外邪得來，治其外邪，病如是因內臟虧損，補其內臟，方法是辨證論治。（馬光亞 2011: 75）

因此，腎病問題的機轉可能是「濕濁內阻，升降失常」、「脾腎兩虛，寒濕內蘊」、「脾失健運，腎陽衰敗」、「腎虛水虧，肝風內動」或「邪陷心肝，血熱風動」等不同證型下的臟腑生剋造成（馬光亞 2002: 298-300），即使外邪侵犯也是如此，例如：

咽喉炎，細菌跑到腎臟，引起腎臟炎，病不在腎，治肺為根本之治，如因檢查小便有多量蛋白質，用藥利小便，或服用皮質素，是徒損其腎，最後必會使腎臟萎縮而功能衰竭。（馬光亞 2011: 78）

這種證型思維也見諸病患經驗，如高女士說「中醫說整體調好，糖尿病會改善」，有腎病與糖尿病的陳女士認為自己是「腎水不足，所以需要補氣」，施先生的中醫告訴他要「治腸胃處理腎的問題」，戴女士提到糖尿病與「腎水」（腎陰）相關。這些中醫師藉由臨床解釋說明各種臟腑失調以促成（中醫意義下的）腎病，而不只是（西醫的）腎臟問題，<sup>7</sup>也呼應病患「中醫調理（整體臟腑），西醫針對（疾病）」的常識。

在此，將這種證型思維的中醫腎病稱為證型客體。這種複雜、因人而異的證型客體化方式，不可能如 CKD 一般地標準化，造成在臨

---

7 中醫藥的腎、肺、脾指經絡：腎經、肺經與脾經，不同於生物醫學專指單一臟器。

床、社會與政策實作上的不同樣態。一方面，田野中各種跡象顯示中醫藥實作在面對生物醫療實作下，成為幾種意義下的隱形客體。首先，概念基礎上，在缺乏相關教育制度的連結下，不同於生物醫療標準化的簡單線性指標，病患難以理解中醫藥的辯證身體觀與世界觀。其次，處於生物醫療與實證科學環繞的當代世界，病患經常以生物醫療本體範疇（腎臟）理解中醫腎病證型，並以生物醫療檢驗數值來評估中醫藥效果，因此對於腎病牽涉其他器官感到不可思議。最後，許多中醫藥的理解與實作（包括上述的刮經絡），已自然而然地融入日常生活而隱形。田野中可以發現，相較於近十年浮現的 CKD，簡單地理解體質「寒熱」、食物「冷燥」證型早已融入日常生活，而牽涉時令節氣的燉補等實作，對日常身體觀與世界觀有深遠影響。例如楊陳女士認為自己體質「虛冷」才有腎病，因此平常避免吃「太寒」的食物，也會燉煮杜仲、粉光麥、枸杞、紅棗和豬龍骨的「顧腎湯」進補。但她不信任中醫藥，也不認為這些是中醫。

除了隱形，當我們對稱地檢視，卻也看到充滿彈性變化的中醫腎病。隱形與彈性看似落差極大，卻可能是一體兩面。面對生物醫療霸權，似乎正是中醫藥無所不在地彈性融入生物醫療各層面才得以存在，但也因此看似幾乎隱形。這顯示中醫藥在近代遭逢生物醫療與科學挑戰時，往往不斷強化本身的科學化、現代化連結，以重新協商其價值與正當性（林昭庚 2004；葉永文 2013；Hsu 2011；Kim 2006, 2007；Lei 2014b；Lei et al. 2012；Pritzker 2014）。儘管從二元對立的分析邏輯可以說西醫宰制中醫，但相較於生物醫學標準化霸權，這種模糊並存也展現中醫獨特證型客體的關聯性 (correlative) 思維模式。在此意義下，中醫以極大的彈性與西醫連結 (Lin and Law 2014)。例如，中醫師的教育培訓修習西醫課程，臨床上病患也都提到中醫會看她們的檢驗報告，但西醫卻往往不懂中醫。

除了在醫療體制內的彈性吸納與轉化，更進一步地，幾乎所有病患，包括積極使用中醫藥者在內，都以生物醫學的對立面理解中醫藥。例如，楊陳女士說「西藥治病，中藥調體質」、鄧女士說「西藥

快，中藥慢」，莊先生說「西藥（藥效）刺激性強，中藥沒刺激性」，江女士說「西醫治標，中醫治本」等。甚至某些貶抑的二分，如鐘女士「西醫才科學」、戴女士「真正的病看西醫，中醫看小病」，或郭先生「中醫偏預防不算治病，西醫才是治療」等。包括上述隱形於日常理解的自我照顧跟保養，在這些二元對立間，無論何種評價或理解，中醫藥同樣藉由對立於西醫藥的角色，充滿彈性地側身於主流西醫藥體制內。<sup>8</sup>

如此，儘管有政策支持，證型客體孤立而勉強安身於實證科學的邊緣。在現有醫療—社會實作中，面對無法理解其世界觀與思維模式的病患時，此客體極難充分實現，往往藉由對立或連結生物醫學而存在。因此，相較於病患對 CKD 的精細記錄與檢視，在病患充滿誤解地參與促成證型腎病歷程中，往往使此客體若隱若現，看似隱形卻又彈性、無所不在地與 CKD 共存。當與生物醫療交會時，證型腎病即使無力且不想挑戰 CKD 霸權，卻不會完全消失，而是展現彈性，沈默地與 CKD 並存。使用中醫藥的病患則更加多元地促成這隱形又彈性的客體，或許因為如此，如下所示，這極易促成中醫藥更為液化變形，遠離正式體制而偏方化。

### （三）部分連結的寄生：偏方的對應客體

相較中西醫，偏方是無所不在，影響力難以估計的非正式體制。在此指稱的偏方較為廣義，包括：多種治療與保健方法，例如宣稱特定療效的草藥與食療；個人或組織所推廣改善身體整體或特定疾病狀態的活動與方法，例如排毒或氣功；在藥房、藥妝店、市場、傳銷、媒體等管道販售的保健儀器和食藥產品等。田野中有超過九成受訪者曾使用過，例如以下的呂先生：

8 本文審查人曾提問，反過來來說，若擴大整體社會脈絡，或許是中醫藥身體觀與世界觀對整體社會生活（不限於醫療）有較大影響，而生物醫療只是突兀地鑲嵌其中的客體化模式？儘管這有跡可尋，例如衛教師有時不自覺引用中醫藥常識（病患說吃青菜太寒，則建議加薑炒）。但這個推論超出本研究的資料範圍，需要未來進一步研究證實。

呂先生進入 CKD 第五期後，他與家人更為憂心。回去找中醫師，但醫師說「為什麼拖到都是紅字才來找我」表示無能為力。再從熱心親友、商業管道蒐集更多訊息與治療方法。除了保健食品，包括多種「快洗腎的人吃好了」的不知名草藥、「肝腎有問題的朋友親身證實」的秘方，到鮮採鹿茸、蒸香蕉、燉胡瓜幼苗、荔枝核燉豬腰等偏方都一一嘗試。他們半信半疑，不斷搖擺、取捨各種療法。基本心態不外乎是：不到最後關頭，不放棄任何希望。

儘管呂先生的經驗看似極端，但多數病患的確間歇地在生物醫療與各種偏方體制間搖擺。可以想見有更多未進入 CKD 體制者，是以這些偏方自療。

偏方經由口耳相傳、見證與推銷而不斷流傳，很難找到根源，但影響力不亞於正式體制，甚至更為全面（施靜茹、何祥裕 2009；陳信利、何炯榮 2012）。雖然種類繁多，但這些方式共通地訴諸直覺感受的「問題」或「欠缺」，對應到特定單一解決方案（例如補氣、補腎），輔以某些親朋好友的見證或祖傳的效果保證，做為客體化疾病或相關問題的基礎（修瑋瑩 2015）。本文取其直接對應問題與療效的特徵，稱之為「對應」式腎病客體。

這種對應客體化機制的最大特徵是片段地連結既有體系的常識。例如來自生物醫療：使用酵素改善因細胞營養下降而導致的疾病（張先生、莊女士）；來自科技：睡電療床（陳先生、戴女士）或穿負離子衣物增強血液循環（劉先生）；或是來自中醫，例如呂先生嘗試過的「小嬌娘家」（原始見證人的台中親戚）秘方：

新鮮的荔（枝）子七粒，打碎後用紗布包紮，再買一副豬腰，切成薄片，去除白筋洗淨後與荔子一起放在碗公內，加上第二次洗米水兩碗，一起放在電鍋中蒸。大約蒸半小時，然後一次把湯喝完。（陽光的博客 2014）

關於這個偏方，研究者自 1996 年從事相關研究開始就不斷聽聞，目前已經由網路流傳到中國。根據中醫師訪談，這是片段借用中醫藥理並混雜常識而成的偏方，他推論或許是取「荔枝性熱」、「吃腰補腰」，以及洗米水性潤（傳統上稱為「米泔」，用於炮製中藥時去燥性而中和藥性）。

這種片段連結、挪用的狀況，本文稱為寄生。根據受訪者的實作經驗，這些知識上的寄生或許不足以支持其存在，畢竟，偏方不但缺乏專業化與制度化，且社會論述對其詐欺高齡者、假冒中藥、摻雜有害西藥等問題質疑不斷（施靜茹、何祥裕 2009；陳信利、何炯榮 2012）。多數病患也知道「醫生不會贊成」，臨床上也經常受到禁止，但這些都無法阻止病患「試試看」、「（親友）有人吃了有效」、「（草藥）是天然的沒關係」，甚至認為是「最新科技／研究」而不斷嘗試。

如果不從被騙、無知等欠缺模式理解，那麼，偏方是如何廣泛、堅韌地存在，甚至禁而不絕呢？因為其知識內容如此廣泛，甚至於隨意，本文先從場域角度切入，呈現偏方促成腎病客體的獨特脈絡——日常生活。相較於生物醫療或中醫，除了少數病患是到「某某老師」或無執照「中醫」處求診外，多數偏方往往缺乏明確的醫療場域，經常是在各種商業管道、大眾傳播或日常生活中交流與進行。「人情世故」是偏方腎病客體重要的寄生處，首先，從以下許楊女士的矛盾案例，可以一窺其複雜狀態：

近九十歲的許楊女士有三十年高血壓、二十年腎臟病史，十年前又發現糖尿病。近幾年她開始養成一個習慣，每天清晨散步後，前往住家附近聽健康說明會。她知道自己有腎臟病不能亂吃藥，因此不願意吃中藥，因為「人好好的，沒事幹嘛看中醫」，只嘗試喝土芭樂茶、檸檬，以及說明會推銷的水果醋來降高血壓與血糖。

她表示說明會的產品都是健康「食品」，所以沒關係。例

如，「水素」可以「活化細胞、排毒、讓消化變好」，「麴寶」可以「清血油」，「力沛素特」可以「顧肝」等。主持人也叮嚀：「產品必須跟醫院的藥一起吃，不能只吃保健食品。」因此，許楊女士不隱瞞衛教師自己長期使用健康食品，衛教師則屢勸她多吃可能傷腎臟。但她幾乎未間斷服用，卻又說「因為擔心腎臟負荷不了」，因此買很多卻只吃四種。

這些矛盾，直到最近幾次訪談才更為明瞭。許楊女士是先生去世後開始聽說明會，她說家人都出門一個人很寂寞，生活也沒有事情做。每天走去二十分鐘，聽講三十分鐘，走回二十分鐘已經成為她每天的習慣。

這較為正面地解釋為何多是高齡者使用這些偏方，也呼應對賣藥電台的研究發現，顧客職業以家庭主婦、藍領階級、自由業為多，處於相對封閉的環境，以及渴求生活樂趣、資訊和人際關係的族群等觀察（陳瑞芸 2009: 122-129）。

偏方促成的疾病客體如何對病患成真？因為限於表述能力以及多數偏方本身缺乏明確解釋，受訪者難以表達如何接受與理解。因此以下以賣藥節目的實作進行分析。除了類似的大街小巷與病患之間的傳銷與說明會，電視與廣播台的保健節目更全面深入大眾生活，兩成受訪者有收看／聽的習慣。

以某個有四個全天播放，形式為遊戲、唱歌、聊天等的台語電視節目為例，某次一小時節目的橋段如下，老祖宗的智慧：介紹淮山、薏仁等療效與秘方；健康小常識：介紹飲食的藥食同源與烹飪方法；健康動動腦：以健康問題或各單元知識做益智測驗；美麗教室：介紹最新美容醫學報導與正確美容方法。除了節目間不斷穿插各種食藥品廣告的單向宣傳，更邀請聽眾撥打專線聊天與訂購。主持人在互動中經常認出聽眾（不排除為節目安排），寒暄問候時不斷連結問題與產品功效，彷彿另類集體衛教。

主持人介紹產品（畫面上有一鍋補湯與產品）：腎臟主管膀胱，腎臟顧好，你的骨頭好很多，痠痛就減少了。人家說的氣血，通則不痛，吃我們的長春丸，絕對讓你誇獎。我們是中藥，顧腎臟沒有人吃西藥的。腰子主骨、腰子主膀胱，你如果真的要顧腎臟，要吃我們的長春丸，因為中藥裡面還有加鹿茸，所以這個男人吃了更好，腰骨更有力，體力也好，讓你水準保持到老，吃到老養到老……現在冬天吃保養身體，這一瓶是最好的，有操有拼，吃了最好，吃中藥都不怕副作用……。

如果冬天到想要燉補，我們長春丸是百分之百純中藥。你要燉也可以，像這樣燉整鍋的藥燉排骨，我們會附藥單給你，教你怎麼燉……我們長春丸有十六味珍貴的中藥材……裡面有顧腎的成分，有鹿茸，你可以直接這樣燉，燉起來就是藥燉排骨。燉的時候，這藥味純，你就知道燉的是什麼東西，十六味讓我們的腎氣充足……吃這一瓶幫你解決很多問題，讓你不用吃一大堆西藥。毋免，吃這罐就好了……全家大小都可以吃。

（主持人介紹今天搭配其他藥品的特惠組合與優惠價後，請觀眾 Call In）

觀一：良良好，一組大的……一天早晚吃兩次，原本痠痛的腰已經不會痠了……。

主：陳大哥，你好。你吃這個還有什麼差。

觀一：現在晚上比較不會那麼常跑廁所……。

主：頻尿就是膀胱不好，膀胱不好的主因就是在腰子，所以腎氣足晚上就比較不會那麼頻尿，再來常常腰痠痛，就是腎氣不足，常常要彎腰無力的人，要吃我們的長春丸，要吃多久？一罐大組的還沒吃完，就有感覺了……現在科技，中藥效果很快，生物科技做的中藥……安全、快、又有效。吃到老、勇到老……。



觀二：……冬天怕冷，如何燉煮？

主：你內行。燉補的說明單會和長春丸一同寄去……純中藥才敢推薦燉補，也可以泡藥酒喝。吃中藥補底氣，怕冷身體不好就是要吃中藥。

（略）

觀七：你好，我要大組……有糖份（糖尿病）可以吃嗎？

主（認出聲音）：朱哥，你好……現在的人最怕吃很多藥，台灣很多人在洗腎，很多媽媽說我有糖尿病可以吃嗎？你如果有糖尿病更加要吃佳味長春，因為有糖尿病的人一定腎氣不足，我們一些大哥為什麼男人會軟腳，很簡單會軟腳就是腎臟不好，腎臟敗就會軟腳，腳無力撐不久……照顧腰子這罐沒效的話，我就不知道要你吃哪一罐了。

（略）

觀十：良良，要一組。現在……（月經）有比較順……。

主（認出聲音）：感謝淑珍姊，專程從屏東打到這裡，女性朋友要吃，氣血會通順，手腳不冰冷。先生要勇健，太太也要……。

如果院所衛教是客體化 CKD 的關鍵，那這類互動無疑是偏方客體化的重鎮。結合許楊女士的案例，這種常識性連結與對應，可以呼應既有研究的觀察：這種建立在雙方「博感情」的交易，使經濟資本、文化資本、社會資本都相對貧乏的聽眾，除了購買藥品，更依賴賣藥電台提供的資訊、娛樂與關懷等，同時獲得精神寄託與維護身體健康等社會支持（陳瑞芸、馮國豪 2012；盧鴻毅、徐薇筑 2016）。

進一步深入認知層面，偏方體制的疾病客體化過程，絕大多數缺乏明確病因說明，往往借用片段的中西醫概念（寒熱或其他疾病機轉等），以問題對應治法（產品）的簡單形式存在。在上述案例中，由一個中醫的理論核心（腎氣、腎主骨、膀胱與腎的關聯），外擴到全

家大小的怕冷、腰痠、軟腳、體力、房事、頻尿、糖尿病、腎臟的保養與治療等，在不同脈絡下與高貴滋養（有鹿茸）、現代化（科技）、有效／信譽（賣三十年）、無副作用（純中藥非西藥）、見證（常客重複訂購）等因素連結，建立產品的客觀性與可理解範疇，以間接促成偏方疾病客體無所不包的存在感。相較於單一因果解釋且有明確範圍的 CKD 客體、多因複雜辨證的證型客體，偏方的客體化寄生在其他醫療知識的片段中，不斷衍生部分連結進而穩定。

當然，病患自己也會進行片段連結，有些甚至更為多元。例如融會中西醫與各種醫療知識的陳女士，會自行到中藥房配藥治療與保養，到醫學大學聽社區健康講座，更參與「原始點」的熱能治療。偏方方面，她認為自己從糖尿病演變到腎病造成「腎水不足」，所以一方面使用藥草「鷄腳刺」，另一方面購買人參膠囊、桂格活靈芝等健康食品「補氣」。然而，在多次訪談中「氣」與「腎水」的關係對她而言，就是一種直接對應，例如：服用補氣食藥品補腎氣，腎氣足腎水就足。不像前文中的中醫辯證，並沒有複雜的機轉。

此外，更為重要的是認知的社會基礎。不同於生物醫療與中醫藥必須跨越理解專業知識的障礙，由診間向生活積極拓展，偏方體制的連結源自病患生活、以病患常識為基礎，這使其客體化成為具有擬似天生自然的基礎與優勢。而這些理所當然的常識，往往更進一步由擬似（上文 Call In 互動顯示主持人與觀眾都相當熟識，或下文黃女士與電台藥師）或是真實親友關係，更為加強。因此受訪者中不少人都曾經有被介紹偏方的經驗，某些公眾人物更是如此，例如熱心里民經常介紹草藥給擔任里長的朱先生。在新科技出現後，受訪者中有十位左右經常使用群體通訊（如 Line）與親友分享偏方或保健之道，這種「健康文」也是所謂的「長輩文」的大宗，內容經常呈現偏方的單一對應模式（圖 3）。

那麼這些密切結合生活的偏方腎病客體如何與生物醫療交錯呢？首先，或許因為經常被斥為不科學，偏方經常借用生物醫療，病患也經常運用檢驗驗證療效，有些偏方甚至積極寄生於客觀性與說服力

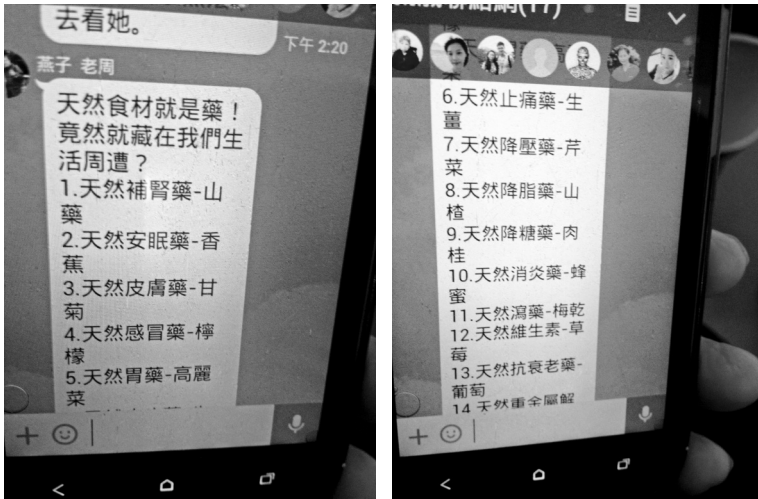


圖3 陳女士 Line 的健康文

中。張先生加入兼職的酵素直銷公司，藉由與在地檢驗所的特約關係，以特惠價格使用「補充細胞營養酵素」（圖4），並以會員身分前往檢驗，看「自己離健康多遠」。另外，本研究追蹤的病患有十分之一使用某傳銷健康公司產品，該公司經常宣傳「國際認證」，更以見證者統計證實多種療效（健康焦點信息網2016）。張先生強調：

什麼什麼總對出來，然後它需要沒有紅字的，但是它這一個定一個標準就是應該最健康的標準，它有一個多少到多少嘛！你超了多少就要紅字，他們一般（生物）醫學裡面……會規定一個理想的。所以還要吃這個，降到那個標準……。……我算健康，但是它（報告）不理想啊，他要我降到，吃了這個以後（膽固醇）要降到80。

如圖4，宣傳中連結德國、瑞士研發製造（先進）、酵素（天然、非化學、不傷身體）、細胞與能量（科學）、各種認證（安全），以及具體檢驗與統計（有效），偏方以來自科學與生物醫學的片段「客觀性」，構成一套有意義的說詞，促成受訪者理解與參與。



次來看看我還有沒有降，一定會再降！」

第三訪時，她提到介紹妹妹吃葛根後，糖化血色素從十幾降到七，妹妹很感謝。她強調，原本建議吃西藥後喝半碗就可以，自己和妹妹改良成當開水喝，再加上飲食控制「效果會嚇嚇叫」。

2015年初第四訪，她在其他中藥房買到另一種「不是化學再製」的葛根。雖然價錢高許多，但她覺得天然葛根的降血糖效果比白色的更好，且可以重複煮三次。其間也試過秋葵水，但不如葛根有效。她不斷告訴研究者，訪問到有誰降不下來，就推薦他買來吃，但「不能告訴醫生！」醫師有問才講。

第五訪，因報告血糖指數還是高，她表示上次看完診，去賣葛根的中藥店詢問葛根是否有問題，並電話詢問藥師。藥師表示土黃色是野生的，沒問題。

第六訪，她表示上次指數沒降反升，已停用葛根。這幾個月嘗試鄰居介紹的南非葉有效，又降下來。

2015年底第七訪，她表示「吃太多藥很累」，且朋友因為只吃南非葉最近已經洗腎，所以放棄南非葉。她認為「偏方都只是一開始有效」認為應該「聽醫生的話就好」。

2016年初第八訪，她透露有位藥師鄰居的太太親身嘗試紅薑黃有效，她會再嘗試。

第九訪，她表示在美國的姊姊吃薑黃已經吃到指數五點多，正常了。

第十訪，她表示正嘗試二姊介紹的香菜煮水喝。

其間，她提到曾收驚、請師父抓鬼，拿降血壓中藥帖請藥房製藥丸、家人介紹食療，購買各電台的健康食品方式控制血壓，也嘗試禪坐消共業。此外，每當回診遇到里長（上述朱先生），她都積極交流偏方心得。

多數病患在參與 CKD 體制時同時進行類似偏方循環。這些偏方能夠如此迅速被接受，前提是表面來看相對易懂的常識。生物醫療通常連結到實驗室、生化科學體制，甚至政府法規等龐大體制，中醫除了正式體制，還有各流派傳統與典籍；CKD 客體建立須動員龐大衛教團隊以求穩定，證型客體牽涉複雜深奧的辯證論治；但偏方疾病客體的常識對應，卻極為簡易地由信任權威、聊天、親身經驗等簡單方法連結與理解。然而，或許正因為容易，因此從未穩固存在。如衛教師觀察，對病患整體而言，在一批批病患的好奇與期望中，成為「一波波的流行」。對個別病患而言，則是聽說某物有效就試看看，檢驗無效、不喜歡（如不好吃）或發現有副作用（如太寒）則放棄。

因此，搖擺而部分連結的偏方客體相當發散且脆弱，不但受到正式體制否定，在社會論述上充滿負面報導，往往仰賴個別病患在片段資訊下自行摸索嘗試。然而，如此脆弱的偏方卻因單純易懂而生生不息，藉由寄生在正式醫療、人情世故與常識間，不斷衍生連結、形成對應，提供病患無窮希望與信心。結果，除非在被證偽、破獲時、這種寄生在其他醫療知識與病患生活的客體甚少與 CKD 體制正面抗衡，卻也從未遠離。偏方醫療與時俱進、隨遇而安地衍異寄生，並就地客體化。

#### （四）區隔但借用：超自然醫療的超越客體

最後一類是超自然醫療體制，也屬於非正式體制，但亦十分廣泛，包括風水流年、廟宇藥籤、科儀化解、禱告祈求、修密法、道法或禪修等，近年研究指出仍有 13.9% 的使用比例（丁志音 2003）。本研究追蹤的病患近三成使用，其中四位用於腎病。

台灣的超自然醫療研究並不少，從本文脈絡來看，其中與疾病相關儀式、禁忌的探討，如體現業障、報應或沖煞，都顯示另類世界觀與身體感如何促成超自然疾病客體（丁人傑 2013: 559-607；張珣 1989: 79-89，2010，2011；晁日昇・吉宏 2013）。田野中觀察到的超自然醫療，有針對疾病或整體狀態兩種主要形式。前者如乩童、收驚或求

神佛，針對具體問題提供解決方法，後者則較少以特定問題為主，以投入超越世界，轉變整體的身心潛能為主。儘管在一般認知中，宗教醫療在現代社會已逐漸沒落，事實上某些新興的禪修、修道法與念經等，在都會區中產階級間逐漸興盛。儘管同樣強調超自然的超越性因果關係，甚至神靈力量介入的神奇變化，後者更強調轉變心靈層次，甚至是解決另一世的問題（林富士 2005）。在此先討論這類型如何與其他體制交會。

首先是借用關係。例如篤信密宗的施先生請示師父腎病問題，得到「聽西醫的說法即可」的指示，蔡女士到廟宇藥籤，然後借用中藥方治療（魯兆麟 1998；顏美智、蘇奕彰 2014）。目前官方禁止藥籤，因此廟宇並未公開提供，但仍可私下獲得（陳柏勳、楊仕哲 2016）。研究者 2016 年前往南部某寺廟以腎病研究名義求藥籤，廟方再三探詢介紹人是誰，並表示目前不提供，最後在確認非官方身分後才告知如何求取。當時有另一組夫妻前來求籤。求籤過程為研究者稟告藥王大帝研究意圖，擲筊獲神明同意，確認藥方序號後，廟方提供藥籤本供抄寫（圖 5）。研究者拿藥籤到附近中藥店抓藥時，藥房並不意外，顯示求籤者並不少。但因本籤組成多為草藥與食品，藥房沒有販售，便指引研究者前往附近雜貨店與青草店購買。此案例顯示，儘管超自然醫療是超越世俗而存在，但因其客體化機制借用世俗醫療體制，因此受到世俗變化的影響。

然而，借用並非化約。超自然醫療並不能化約為世俗醫療或單看其理性觀（張珣 1989: 15-25），如以下案例顯示遠不只如此：

陳女士有十餘年高血壓與糖尿病史，家人也有許多疾病。除了生物醫療，她並用中醫與多種偏方，此外也相當借重神明協助，尤其是與其家庭有密切淵源、治病靈驗的某王爺廟。如文化局網頁介紹「王爺均定期附乩救世，多年來一些信士之疑難雜症據說均在王爺神術醫治下痊癒，因此王爺之神威乃遠近馳名」。

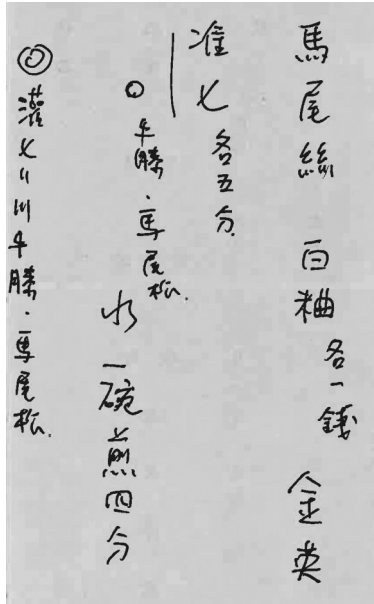


圖 5 藥王廟藥籤

儘管陳女士說不能洩漏太多神明如何治病，否則會有問題，但多次訪談中陸續提到許多經驗。她認為身為陳家人與宮廟之間有不可切割的緣分，且一生只能對宮廟奉獻。陳女士公公的父親，於日據時期擔任此宮廟乩童，但她小兒子與女兒不到廟裡幫忙，因此精神狀態出問題。

關於親身經歷神明協助的事蹟，她說她曾在廟裡幫忙法事到凌晨，過勞導致血壓升高，廟內乩童請神明處理後便下降。她也表示因身體狀況無法每天在廟內幫忙，僅能一週去幾次，但不能不去，「盡量一家大小都要當義工，不做……就沒辦法睡覺啊！」她透過常年來無數次印證，不去一定會出事。因此，為了自己與家人，她誠心協助廟中一切瑣事，她丈夫已固定每日擔任義工。

陳女士表示，神明對她一家非常關照，並透過乩童指示如何照顧身體。有次神明降駕，呼喚其夫詢問：「有沒有在顧身



體啊？」當下陳女士心想等大兒子一家從台北回來再燉補全家吃，但神明／乩童當場兇起來：「不買來吃，不趕快吃！還這樣慢吞吞不急！」陳女士便以神明透過乩童開的十全大補湯，替家人燉補。

最近一次訪談時，陳女士提到她前陣子與丈夫吵架暈厥住院。期間，她感應到王爺、某地方神、觀世音菩薩等五尊神明與她對話。目前身體不好、行走不便，會恍神，因此出院迄今還無法到廟內詢問神明是否能給予指示。

儘管上例中神明同樣借用中醫（十全大補湯），事實上多數受訪者極力區隔超自然醫療與世俗醫療。這或許是因為超自然現象無法以當代實證科學解釋，且超自然醫療頻繁傳出騙財、騙色、恐嚇與偽藥爭議（聯合晚報 1996；饒磐安、葉俊甫 2003；蘇位榮 2012；林宛諭 2014；蘋果日報 2015；賈寶楠 2012）。在這種氛圍下，田野中完全沒有受訪病患在臨床衛教提及使用超自然醫療。有宗教信仰的病患則在受訪時經常回應「我不迷信」，釐清「純」信仰與迷信的差異。使用超自然醫療者，也意識到此問題，多數類似陳女士低調行事，說：「有的人他信，有的人不信，我們信的人就秘密，我們有需要這樣。」少數如禪修的沈先生則認為「禪修也沒有說不要吃藥，光靠禪定就好」，兩者領域不同，「有加無減」，彼此不衝突，因此不需要特別徵詢醫護。

在借用與區隔之間，超自然醫療經常遊走於世俗與超越界而顯示效果。例如，下例中沈先生參加的禪修：

四年前，沈先生在公司健檢發現肌酸酐指數異常，確診為CKD開始治療，也曾看過中醫。因為工作忙碌無法完全遵照衛教規定，控制不佳，而中醫要抓藥、煎藥過於麻煩也停止。

2013年因為工作身心疲累，朋友介紹他到道場禪修，每週兩

晚每次 2-3 個小時。他感覺靜坐修練對身體調養和定力有幫助。他不認為這是宗教信仰，只是覺得生活忙亂需要靜心而參加。

他自認參與不到一年，還在學習階段。從一開始的靜坐 10 分鐘，慢慢加長時間，訓練專注。沈先生認為這樣也能調養身體氣息與睡眠。道場教導守戒律、改脾氣、忍辱，並宣導病痛是祖先或自己前世業障顯現於此世，透過禪修可免去這些輪迴。很多人分享改善疾病的經驗，他則覺得原本疲勞的身體，靜坐完會很有精神。

沈先生參加的是頗具規模，遍布全台有五十餘處道場、上百相關組織的禪修機構。沈先生不是爲了疾病而接觸禪修，他說真正的精神是「佛心印心，見性成佛」。禪修機構的官方「修行次第」說明則有開悟、清淨、禪定、智慧、圓滿與解脫等階段（財團法人釋迦牟尼佛救世基金會 2012）。研究者在參與觀察中發現，道場教導靜坐、宣導禪法與分享心得時，儘管強調細緻調適身心狀態的禪定修行，期望藉此法門入定，突破凡俗生理與心理層次等開悟而解脫的面向；但在道場分享時間常見的治癒疾病的見證與宣傳中，仍不斷連結到如何改善心智、身體或財富，例如靠心靈修行消除業障、由病因解脫等。除了見證，該組織的參與者經常公開宣揚禪修療效（黃金龍 2014；簡坤忠 2017），其中包括獲總統抗癌鬥士獎章者與 2016 年的副總統參選人（禪天下 2017；符芳碩 2015）。

類似的例子並不少，例如基督教陳女士受洗、禱告希望發生如友人經歷的療效，楊女士藉由親近佛教道場與念經讓自己身心平靜、穩定血壓，江女士則認為「身體病痛這種就是因果，多念佛經彌補一下」。因爲這種超自然的疾病客體化在訪談中難以呈現，以下藉由沈先生同門修習者的見證，來進行討論。

張小姐在例行健檢後發現腎功能異常，吃藥對她來說根本沒

用，指數還是不斷上升，就連醫生都說：「從沒看過升得這麼快的。」2013年8月，她試圖調整生活步調，但腎臟指數依然往上飆升。醫生說：「下個月如果還繼續升高，就要準備洗腎了。」

張小姐說她的體質很特殊，就算跑了兩圈操場也不怎麼流汗。可是禪修多年的同事介紹她進行禪修，才體驗禪坐十分鐘，不僅手心冒汗，而且全身發熱。這讓她覺得很不可思議，下課後立刻報名參加正式課程。「第一堂課，我很認真地依照師父的指示練習呼吸，當下並沒有什麼感覺；可是第二堂課，我就可以感受到脈輪的轉動了。」張小姐說：「但我很著急，如果下次健檢的指數又再升高，就非洗腎不可，所以我就問朋友該怎麼辦。」

朋友再推薦禪師開示如何專注體內脈輪、開啟能量的專書。朋友說：「妳在看書的時候，要與師父印心，就像師父正在為妳上課一樣。」張小姐依言照做，果真看到書上講到哪個脈輪，體內的那個脈輪就跟著跳動。就在快到中秋的某天晚上，張小姐在家裡禪定，突然感受到一股非常大的磁場能量，一道光束從頭頂下來，源源不絕地直沖向腎臟，兩腎劇痛。

坐了一個多鐘頭後，她才上床睡覺。躺在床上時，她仍然感覺腎臟很痛，因為這道光束的能量依然繼續沖洗她的腎臟。整整一夜，她都感覺到體內的氣在流動，讓她無法入睡。雖然如此，她第二天的精神卻非常好。自此之後，每天都很認真地禪定，早午晚各坐一次。9月底指數下降，不但如此，牙齒和唇色也回復正常，看起來就像是個健康的正常人。（財團法人釋迦牟尼佛救世基金會2014，經過研究者匿名與刪減）

儘管連結到超越性的神明、業障、脈輪的客體化，明顯更加遠離

世俗醫學或實證科學的因果機制。<sup>9</sup> 但如同前文所示的檢驗指數促成超越的客體化時，也借用俗世方法。甚至在醫療之外，上述禪修組織有工科教授信徒與其領袖合著研究論文，證實脈輪禪定對自閉症防治、健康促進與腦力開發的功效。如此一來，超自然醫療與世俗醫療存在動態的緊張關係。儘管這些場域的教化或原則往往強調病痛為人際社群關係、身心合一特質、個人命運、神靈等超自然體現，而與世俗醫療區隔。然而，如見證所示，吸引病患參與的仍是如何連結病因、療效與降低指數。因此超自然醫療的疾病客體化仍無法超脫凡塵，須借用世俗體制才得以實現。

儘管無法以實證知識驗證，超自然醫療的超越性客體在儀式情境與組織中穩定發展，而依照超越性邏輯提供的奇蹟見證與療效，成為支持病患投入的重要動力。儘管面對社會論述與臨床爭議和壓力，但如陳女士說「需要的信」與「沒需要的不信」，相當清楚地區隔世俗與超自然世界。但在客體化機制上，一方面借用世俗體制，因此受到世俗變化的影響，另一方面則強調獨立於世俗的超越性，以保有區隔。在當代社會中，這些超越性的疾病客體似乎註定如此，因為當其與「不信的」世俗法律、醫療與科學正面交會，往往就是爭議的開始。

## 六、多元疾病客體化

如果不切割病患的醫療實作脈絡，多元醫療現實中任何醫療體制都不是獨立的。回應 Timmermans 與 Haas 的幾項期望，當我們進入本地臨床醫療，同時帶回 CKD 與各種疾病客體時，不但看到各自特定性（實作場域、解釋模式），其物質性也不限於生物醫療的生化指標，而有病患參與的各種實作與解釋模式，也有各自臨床規範與療效

9 儘管靜坐、禪定、脈輪等未必直接與宗教或神靈相關，但實作本體論以實作情境中的認知與建構為基礎，如同偏方的借用與挪用，這些異質元素已在宗教實踐中被拼裝為受訪者參與的超自然現實。

意義。多元醫療體制相互交會而影響彼此的客體化，彙整如表 1。<sup>10</sup> 以下釐清經驗與理論意涵。

### （一）多元疾病客體

借用狹義邊界客體的界定，可對這些疾病客體做初步區分。雖然 CKD 歷史短暫，客體化機制觸及的病患看似有限，但目前生物醫療在正式體制與社會論述上具有霸權地位。結合實證科學的生物醫療因權威與正當性，將中醫藥隱形，拒斥偏方與超自然醫療，且其生化指標幾乎成為所有病患評價其他療法的判準。因此，雖然 CKD 的部分面向，尤其是檢驗數值，是能不變地移動於生物醫療各場域的標準化霸權客體。然而與其他並存體制交會時，CKD 則被彈性挪用、寄生與借用。若借用 Star 的狹義定義，CKD（的腎功能與指數概念）在中醫被病患套用而改變中醫邊界，卻被置換入辯證內涵成為疊合界線客體；在偏方與超自然醫療，更是被剝離各種具體差異及內涵，只剩做為理解病況進展的理念型客體。

中醫藥的證型腎病有更多變化。不但中醫有多流派發展，加上大眾片段促成證型客體的複雜世界觀與身體觀，此客體無法標準化，往往融入各種脈絡而彈性變化。複雜的證型客體面對 CKD 時表面上似乎隱形，卻往往在體制、臨床與社會生活中，留下彈性地不斷位移而關聯生物醫療的蹤跡，更不用說在偏方、超自然醫療與衛教。考量中醫多學說、多流派發展，以及當代病患與中醫師經常借用的生物醫療

10 審查人曾提問多元醫療的療效問題。事實上，療效的證明也是多重體制中介與競逐。即使如最重視證據的生物醫療，數年來我蒐集數種相關官方與學會數據，但數據牽涉到蒐集管道、樣本界定與估算等複雜問題，往往呈現CKD計畫大方向上有幫助，但細節陷入多重詮釋且經常不一致。政策相關會議中，腎臟醫學會極力宣稱執行CKD相關計畫的效果，正逐漸減低透析人數。許多國內外小樣本研究（例如單一院所數十人樣本之比較）也呈現類似效果。但這些研究樣本數低、有不少並未控制比較群體，且在CKD典範下腎臟是不可逆的損壞，因此這是延緩而非治療。此外，與療效相關的疑慮是CKD的指數定義問題，有些在邊界的個案毋須治療卻被收案，有些可能需要治療卻未收案，這是另一個複雜問題（林文源 2012）。此外，若要對稱地思考多元醫療，無法直接比較療效，因為這往往牽涉到標準選擇。如上所述，中醫、偏方與超自然都以各種不同方式中介其療效之「證明」，但在一般以生物醫學為尊的判準下，往往直接被斥為迷信、不科學或無統計意義。

表 1 多元疾病客體化模式

客體化模式	實作場域	解釋模式	病患參與實作	實作中的規範與療效預設	體制交會
生物醫療的 CKD	<ul style="list-style-type: none"><li>• 政策</li><li>• 社會宣導</li><li>• 院所衛教</li><li>• 檢驗</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 生化機制</li><li>• 線性病程</li><li>• 生物醫學檢驗的絕對指標數值</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 吃藥</li><li>• 遵循衛教</li><li>• 嚴格計算控制的自我規訓：運動、檢測、飲食</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 針對性、長期自我控制</li><li>• 被視為理所當然</li><li>• 無效則歸咎病患</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 正式體制</li><li>• 擴張與馴化</li><li>• 主流認識、互動與制度現實，被其他體制吸納、寄生與借用</li><li>• 似乎具霸權地位，檢驗指標成為衡量其他醫療的基準</li></ul>
中醫藥的證型	<ul style="list-style-type: none"><li>• 政策</li><li>• 院所</li><li>• 中藥房</li><li>• 密醫</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 陰陽五行</li><li>• 五臟生剋</li><li>• 多理論流派的複雜世界觀與身體觀</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 吃科學中藥或制備水藥</li><li>• 整體調養</li><li>• 以部分理（誤）解的概念轉變飲食</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 被對立於生物醫療的二元理解</li><li>• 經常結合檢驗驗證</li><li>• 一知半解，無效則歸咎中醫藥</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 正式體制</li><li>• 二元化的隱形與彈性</li><li>• 對立於生物醫療被否定，或關聯性地理解與誤解</li><li>• 片段地深入日常生活，彈性吸納生物醫療，因而隱形卻無所不在</li></ul>
偏方的對應	<ul style="list-style-type: none"><li>• 親友日常網絡</li><li>• 傳播媒體</li><li>• 商業據點</li><li>• 密醫</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 片段挪用中西醫與科技常識</li><li>• 見證者經驗</li><li>• 單一、直接對應的「問題—解決方案」</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 對應單一問題的解決方案</li><li>• 間斷、搖擺地自行摸索</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 常識性的自我認定效果</li><li>• 經常結合檢驗驗證</li><li>• 姑且一試，無效則拋棄</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 非正式體制</li><li>• 不具認識、互動與制度正當性</li><li>• 片段連結地寄生於中西醫與科技體制</li></ul>
超自然的超越	<ul style="list-style-type: none"><li>• 宗教或儀式場合</li><li>• 部分借用世俗醫療</li><li>• 身心靈體驗</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 超越性的病因與治療</li><li>• 超越性解釋與力量介入</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 信仰與否</li><li>• 借用俗世醫療方法中介與見證</li><li>• 區隔信者與不信者</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 狹義地改善俗世問題</li><li>• 廣義的超越性改變</li><li>• 體驗為主，有時借用檢驗驗證</li><li>• 效用牽涉信仰是否堅定</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 非正式體制</li><li>• 多數不具世俗認識、互動與制度正當性，必須區隔於世俗的超越世界</li><li>• 借用世俗體制佐證或治療</li></ul>

理解與實作，證型客體幾乎從一開始就是保持模糊抽象，而彈性適應情境，在當代則成為更為隱形的理念型。

偏方與超自然醫療部分則非屬正式體制，卻與其若即若離。偏方實作簡化地吸收生物醫療、科技或中醫藥的片段知識，連結日常問題，因而片段、隨遇而安地寄生，促成（看似）簡單、有效的各種對應式客體。因為不具社會論述或體制正當性，經常寄生於其他知識與技術做為認知基礎，加上同樣寄生於人情世故等社會互動的特質，偏方客體化幾乎無所謂邊界問題，因此雖然從未穩固卻也永不消失。類似狀態也發生在超自然醫療，但最大差異是超自然醫療強調「信 vs 不信」、「超越 vs 世俗」的區隔，以超越世俗理解與預設為促成超越性客體的基礎。然而病患的世俗期望使這些超越性須借世俗醫療才得以具體存在。在此意義下，這兩種高度爭議性的疾病客體，有相當不同的狀態：偏方不斷衍異並就地寄生，超自然醫療同樣不斷借用世俗醫療，卻嚴格區隔彼此做為存在基礎。但兩者同樣難以納入邊界客體的狹義界定中。

總而言之，經驗研究上，本文正視本地病患實作與臨床醫療，不只帶回在生物醫療疆界內相對穩定、移動的不變的標準化 CKD。進一步探索多元醫療體制的彈性關聯、寄生與借用，更看到多種疾病客體化與交會中，不斷滲透而變形的疆界（圖 6）。理論上，我們首先看到狹義邊界客體概念不盡然與本研究的發現相容。

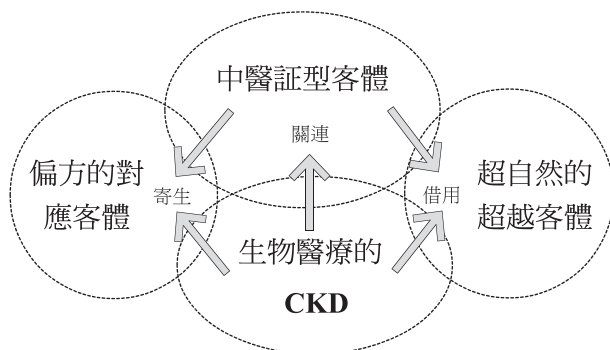


圖 6 多元醫療體制交錯

## （二）從邊界客體到疾病客體

若放回廣義的邊界客體定義，這些疾病客體都是人們對其行動或與之行動，而各具不同影響與應用範圍的邊界客體，以下進一步深化其中理論意涵。第一個關鍵是從邊界客體到疾病客體。上述討論顯示，源自研究資訊實作的邊界客體狹義界定，與在此的疾病客體有以下差異。首先，是案例類型。儘管 Star 強調「一種能讓不同群體在缺乏共識時一同工作的安排」啟發對多元醫療的思考，但多元醫療的疾病客體案例值得我們省思原始界定邊界客體的劃界方式，所突出的各種「資料庫型」、「理念型」、「疊合界線型」、「標準化」次類型，不但凸顯資訊案例特質，更凸顯特定的當代科技與知識模式，例如，強調獨特的界線、資料、抽象化等實作特質與實作場域的認知樣貌，以及程度不一的標準化的問題意識。這與生物醫療有親近性，但不是其他醫療體制的重點。

其次，強調不同的並存動態。邊界客體的狹義定義中，跨場域間達成共同一致性與共通性是重要過程，但疾病客體間卻有許多難以達成協調，甚至拒斥的部分。在各種疾病客體間，例如雖然高度標準化的 CKD 的腎功能概念與檢驗界定經常被其他醫療挪用，且中西醫經常被寄生，但多種醫療間難以標準化、協調與聯盟。面對多元疾病客體，許多力量企圖讓這種多元分崩離析，例如法律與檢警起訴超自然醫療、科學拆穿各種偏方騙人與無效、生物醫療駁斥中醫，而其他醫療也常強調生物醫療治標或西藥吃久傷身等問題，排斥生物醫療。簡而言之，在這些多元體制與客體間，標準化只是少數，劃界並非普遍有效，客體形構也非單一，而體制間並未結盟，反而常見禁止、挪用與寄生。<sup>11</sup> 這種動態關係差異或許源自研究現代科技的邊界客體案例關注劃界，而本文混雜多元醫療體制的疾病客體關注跨界。非為共同性與一致性努力的多元實作，所達成的跨體制動態平衡，充分彰顯不

11 審查人指出，從不同觀點來看或許是中醫加入科學化，因此類似與生物醫療結盟。但在本地脈絡中，儘管有時學院中醫強調現代化與科學化，並吸納生物醫療訓練與知識，但反過來生物醫療主流仍不承認中醫藥。這種單向影響難說是結盟，較似霸權。



限於單一、現代醫療體制所凸顯的不同動態並存關係。

最後，從劃界到跨界，兩者聚焦在不同實作者。邊界客體與疾病客體都從實然的現象發問：為何缺乏共識仍能維持相對穩定？在邊界客體研究強調各系統的專業實作如何在差異中協調，一同工作。然而，在多元疾病客體案例中，各體制之間不相容甚至彼此否定，但仍然並存，這是由另一群跨界使用者——病患——所達成。<sup>12</sup> 儘管有各種否定、禁止與拆穿，病患源源不絕穿梭與連結各種醫療體制的實作，使多元體制得以維持並存。這些跨界的病患並不屬於任一體制，也不企圖轉變、標準化體制，只是為求療效而持續在多元醫療位移 (Lin 2013)。這或許是由於這些體制共同的交集是病患身上的疾病而不得不然，但無論如何，相較於強調劃界與協調的專業、系統面實作，這些跨界使用者的實作，值得進一步理論化。

更為廣義來說，這些討論都牽涉到客體性。實作本體論的虛擬客體原始案例強調生物醫療體制內促成的虛擬單一性，這也較適用於思考生物醫療的 CKD 如何成為客觀存在。然而，對其他客體而言，即使如中醫這種有較明確的理論架構，其邊界並不明顯也難以單一化。因此，這些疾病客體並未達成單一性，反而比較類似不斷混種卻甚少純化的類客體 (quasi-object) (Latour 1993; Zhan 2009)。

由這些反省，本文的疾病客體案例有助於拓展對「邊界客體」與其可能性條件的反省。當 Star (2010) 認為需要排除「什麼不是邊界客體」時，我們可以理解其焦慮，但可更積極地正面定義。或許對照本文的疾病客體化，我們可以將廣義定義的邊界客體保留為一種啟發式概念，但符合 Star 狹義定義的是其中一種類型——資訊客體。本文的疾病客體則是另一種。更明確地說，Star 原案例的狹義邊界客體其實是「實證科技領域中，多元資訊體制共同協調下的資訊客體」。如此，我們毋須囿於狹義的邊界客體定義，可以更為開放地思考：哪些實作？哪些實作者？進行哪種劃／跨界方式？達成哪種協調或並存可

12 雖然在某些狀態下（例如偏方）有些病患本身就是使用者兼見證者，甚至成為某種專業推動者。

能性？形成哪些客體性？探索其他多元並存客體化競逐案例。

### （三）從實證科學客體到多元體制

相較於 STS 專注現代科技體制下的客體，本文的案例深入多元體制，進一步提供第二個理論關鍵。在現有 STS 多數研究中，如 ANT 追溯事物如何在單一網絡中被黑盒化、生物醫療如何協調多於單一但卻少於多數的多重疾病實作；社會世界理論探討多世界間如何折衝結盟；而邊界客體概念凸顯如何溝通進而穩定多場域並存等，都是現代科學、技術與生物醫療的案例。

本研究凸顯要理解在地動態關係必須正視理論概念的脈絡。如同前文的討論，經由重劃腎病邊界與標準化而實現 CKD 的生物醫療體制，致力於以科學、法律等霸權破壞體制並存時，中醫師、親友、商人、宗教推廣者，以及病患自己的實作，以充滿彈性、陽奉陰違，甚至來者不拒地滲透、挪用與誤用等策略維繫多元體制。結果，生物醫療與這些實作交會時也不斷變形、重整邊界，甚至被工具性地策略應用而模糊本體地位。如此，既有理論凸顯單一體制的黑盒化、多重性或標準化、協調與聯盟案例，都是實證科技與醫療體制的實作案例。相較之下，本研究凸顯概念化本地現實脈絡必須正視多元體制交會與多元客體化。

由此，將目光焦點由多於單一但卻少於多數的某個生物醫療疾病客體，移到多元體制的多元疾病客體時，除了正視不同於生物醫療的實作與客體化，也須注意多元體制與交會模式的歷史脈絡與轉變。例如，本地生物醫療的腎病客體化從原本在洗腎體制下被視而不見，到健保體制下逐漸重視「腎炎」的預防保健，一直到 2002 年開始轉向引入 CKD 做為解決方案。其他體制，如對比 Kleinman 與張珣、蔡友月，以及丁人傑 (2013) 重訪 David Jordan 的保安村等數十年間醫療變遷的研究，以及中醫藥在本地百年以來持續因應各種政治、教育、科技與專業變遷而發生的轉變，都顯示在地多元醫療體制狀態持續變化。如何不限於當前實證科學化的知識體制，對稱地重構多元體制交

會與轉變，是正視多元體制的進一步議題與挑戰。

#### （四）理論化在地現實

最後一個理論關鍵是，依此脈絡反省案例、概念工具、理論化等面向，我們要如何評價實作本體論？如上述檢討，實作本體論的對稱性分析有其理論根源與脈絡，如同愛丁堡學派將社會帶入科技分析，ANT 將物質帶進社會分析，這些對稱方法都試圖顯示如何以同一架構納入原本分析中的他者，藉此拓展視野。看似集其大成的實作本體論，則強調將所有元素帶入實作過程加以分析。在此方向下拓展的社會學研究，如同 Latour (2005) 由異質中介與連結角度提出的「連結社會學」(sociology of association)，已經不再是偏重互動、結構或論述等單一面向，將有助於以異質連結納入多元洞見，重新界定實作中浮現的社會。

上述討論顯示，無論是 SD 或 SI 的思考與批判基礎，多為區隔或預設源自西歐北美的現代化生物醫療，而 STS 的客體化案例也都來自實證科學實作。在現有理論語言與分析的基礎下，本文儘管跟隨病患實作，但病患以及研究者的分析語言多數仍只能應用實證知識（的客體化架構）探討中醫藥、偏方與超自然，亦有隱形中醫藥思維的嫌疑，遑論超自然醫療，例如藥籤與禪修等。由社會學常見以「誰的多元觀點」思考詮釋的多義性，結合上述反省，若後設地反省實作本體論架構時，我們必須更為警覺非實證知識的多元醫療觸及的體制、邊界、客體性等問題：實作本體論分析跟隨何種實作體制、本體意義或哪種對稱性？我們帶回多元醫療後，能否仍以實證研究架構理解呢？要正視多元脈絡的認識空間必須發展哪種分析工具？而這將如何改寫我們的認識與研究方式？

因此，正視「把疾病帶回來」的呼籲不是排列組合疾病與患病，而是開啓思考我們現有架構與分析的反省，這是更積極地以本地脈絡對稱化實作本體論的探索。本文目前已經觸及這些問題，對於後續研究或可提供一點線索。例如，現有 STS 已經由西歐、北美案例發展的

對話脈絡中，反思「對稱性」、「實作」與「本體論」等分析工具，本文則將這些議題放置在超越實證科學的本地脈絡中，檢視反省「邊界客體」、「（實證科學）客體」等概念，更為積極提出多元體制面向。這可以反思現有實作本體論的視野疆界，進一步推動後殖民對稱性 (postcolonial symmetry)：由本地多元醫療體制變遷脈絡為基礎，或由另類體制（如中醫或原住民醫療）的場域、概念與實作基礎，探討生物醫療與其他醫療體制如何與其交錯 (Law and Lin 2017; Lin 2017; Lin and Law 2014)。希望這有助於探討：如何更為全面地重新發展／正視在地的醫療社會學架構？如何以另類架構理解實證知識的實作？如何以在地經驗拓展另類存在與認識方式的空間？這些由在地多元醫療現實所啓發的重要理論問題。

## 七、結論

本文跟隨帶回疾病的倡議，提問：要以什麼方式帶回什麼疾病？不再限於患病與疾病的分合，本文正視在地醫療現實帶回多元疾病客體化與其動態交會。本文對稱地將疾病與患病、多元醫療體制視為發生於具體在地脈絡中，病患參與而實現的醫療現實，以及相互交會的客體。

本研究肯定帶回生物醫療的 CKD，同時指出如何進一步深化。本文跟隨實作本體論，藉由呈現生物醫療、中醫藥、偏方與超自然醫療等實作中促成的各種疾病客體與交會模式，凸顯多種模式的疾病客體如何在各種醫療體制實作與交會中實現與變化。本文期望這種取徑，不但有助於融合 SI 與 SD 的洞見，納入更廣義的醫療實作，也有助於重新正視在地多元醫療脈絡。

這是轉向多元醫療的社會學。轉向多元醫療現實，隱含著以同一歷程的實作正視多元疾病客體化的現實，必須兼容並蓄地納入各領域研究發現的多元機制、過程與路徑，並在經驗現實中檢驗其實現模式與影響。如此不但有助於發現遺落在現有理論區隔之間，但存在本地

社會生活的具體經驗，也有助於重新開啓醫療社會學的理论空間，藉由正視多元醫療如何成為社會學的研究對象與啓發，以反省現有分析工具、案例，甚至實證科學體制與實作本體論的理论限制。這將是漫長的探索，但對擁有多元族群、移民與知識資產的本地社會是根本且重要的醫療—社會議題。本文嘗試提出初步方向，期待後續研究進行深化。

誌謝：本文為科技部計畫「醫療治理建構中的公眾科技理解」、「反思醫療社會學」與「打造疾病、治理社會」所累積的成果，研究者感謝田野受訪者與機構願意提供時間、資料與經驗，讓本研究得以完成；感謝張君熒、吳晨音、許雅筑、陳宜君在田野訪談、資料蒐集與整理，以及許雅筑、陳宜君、李貞錚在完稿過程的協助。本文初稿曾發表於台灣社會學會年會，感謝吳嘉苓、邱大昕、蔡友月、林宗弘等師友的評論與建議。最後，感謝《台灣社會學》審查人與編委會給予詳細與建設性評論，讓本文有機會更為精進。

## 參考文獻

- 丁人傑，2013，《重訪保安村：漢人民間信仰的社會學研究》。台北：聯經出版社。
- 丁志音，2003，〈誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用〉。《台灣公共衛生雜誌》22(3): 155-166。
- 中央健康保險署，2015a，《全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽—104年版》。台北：衛生福利部中央健康保險署。
- ，2015b，「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商會議 104 年第 3 次會議資料」。台北：衛生福利部中央健康保險署。
- 中國時報，2002，〈馬兜鈴酸 有腎毒性〉。中國時報，34 版，6 月 14 日。
- 咎日羿、吉宏，2013，《黏繫、滑離與巫醫當代書寫：太魯閣族傳統醫病儀式及其民族植物世界》。花蓮：古典書局。
- 李丞華、周穎政、陳龍生、張鴻仁，2004，〈全民健保中醫門診利用率及其影響因素〉。《台灣公共衛生雜誌》23(2): 100-107。DOI: 10.6288/TJPH2004-23-02-02
- 林文源，2006，〈漂移之作：由血液透析病患的存在與行動談社會本體論〉。《台灣社會學》12: 69-140。

- ，2007，〈論行動者網絡理論的行動本體論〉。《科技、醫療與社會》4: 65-108。
- ，2010，〈由非現代政治的難題到在地策略：評《我們未曾現代過》〉。《台灣社會研究季刊》80: 393-416。
- ，2012，〈醫療化理論的後進國批判：以台灣慢性腎病治理的知識、專業與體制轉變為例〉。《台灣社會學》24: 1-53。DOI: 10.6676/TS.2012.24.1
- ，2014a，〈看不見的行動能力：從行動者網絡到位移理論〉。台北：中央研究院社會學研究所。
- ，2014b，〈對稱化醫療社會學：STS 對健康、醫療與疾病研究的啟發〉。《科技、醫療與社會》19: 11-72。
- ，2015，〈醫療化的實作本體論：台灣慢性腎病衛教實作的體制分析〉。《台灣社會學刊》57: 85-127。
- ，2017，〈醫療的政治性：從社會、認識到本體論政治與在地醫療實作本體論政治的研究題綱〉。《科技、醫療與社會》，出版中。
- 林宛諭，2014，〈癌症藥詐騙 賀一航等人上當 騙患者注射活化細胞藥 反誤病情 海撈數千萬〉。聯合晚報，A10 版，6 月 11 日。
- 林昭庚，2004，〈《台灣中醫發展史》〉。台北：中華民國中醫師公會全國聯合會。
- 林富士，2005，〈醫者或病人：童乩在臺灣社會中的角色與形象〉。《中央研究院歷史語言研究所集刊》76(3): 511-568。
- 林寬佳、陳美麗、葉美玲、許中華、陳逸倫、周碧瑟，2009，〈輔助與替代療法之使用及其相關因素之全國性調查〉。《台灣公共衛生雜誌》28(1): 53-68。DOI: 10.6288/TJPH2009-28-01-06
- 侯毓昌、丁漢祥、曾韻潔、謝一紅、黃仲諄，2006，〈一般外科癌症患者對另類療法使用情況之研究——以某區域醫院外科門診患者為例〉。《中醫藥雜誌》17(1&2): 25-33。
- 施靜茹、何祥裕，2009，〈醫院大鏢客 賣藥劫肥羊 專挑落單老人 行騙四部曲 一搭一唱二人組 相中老婦人 帶到中藥房 隨便三瓶就要七萬六〉。聯合報，A9 版，12 月 22 日。
- 洪慧容、王秀紅，2004，〈以實證為依據運用互補療法於癌症病患之照護〉。《長庚護理》15(2): 192-199。
- 修瑞瑩，2015，〈母買藥丸，給兒補氣；男學生腎衰竭就醫，馬兜鈴惹的禍〉。聯合報，B2 版，4 月 14 日。
- 財團法人釋迦牟尼佛教世基金會，2012，〈悟覺妙天禪師開示印心佛法修行次第〉（<https://www.buddhachan.org/2012/03/truth/3380/>，取用日期：2014 月 11 月

26 日)。

——, 2014, 〈禪修讓我逃脫洗腎命運〉 (<http://theworldchan2014.pixnet.net/blog/post/89321216-%E5%A4%A9%E4%B8%8B%E5%A5%BD%E8%AE%9A%E7%B3%BB%E5%88%97%EF%BD%9C%E7%A6%AA%E4%BF%AE%E8%AE%93%E6%88%91%E9%80%83%E8%84%AB%E6%B4%97%E8%85%8E%E5%91%BD%E9%81%8B>, 取用日期: 2014 年 11 月 26 日)。

郝雪卿, 2012, 〈中市抽檢國術館, 半數中藥沒過〉。中央社, 3 版, 12 月 6 日。

馬光亞, 2002, 《中醫如何診治腎病》。台北: 九思出版社。

——, 2011, 《台北臨床三十年》。台北: 知音出版社。

張珣, 1989, 《疾病與文化: 台灣民間醫療人類學研究論集》。台北: 稻鄉出版社。

——, 2010, 〈當代臺灣道教的醫療儀式: 以台北市保安宮的祭解儀式為例〉。《漢學研究學刊》創刊號: 82-118。

——, 2011, 〈日常生活中「虛」的身體經驗〉。《考古人類學刊》74: 11-52。DOI: 10.6152/jaa.2011.06.0002

健康焦點信息網, 2016, 〈為什麼人人都要喝諾麗複合果汁(腎結石、子宮肌瘤、糖尿病會員分享)〉 (<http://www.112seo.com/article-976306.html>, 取用日期: 2016 年 5 月 17 日)。

符芳碩, 2015, 〈妙天加持 徐欣瑩號稱坐擁 10 萬黨員〉 (<http://newtalk.tw/news/view/2015-11-18/66909>, 取用日期: 2015 年 12 月 7 日)。

陳信利、何炯榮, 2012, 〈現況 雲林老人亂買藥 一年花 16 億〉。聯合報, A3 版, 6 月 2 日。

陳柏勳、楊仕哲, 2016, 〈在地醫療的技術文本及其轉變——嘉南地區之藥籤〉。《科技、醫療與社會》23: 77-136。

陳瑞芸, 2009, 《「空中藥房」: 醫療消費文化之場域分析》。台北: 國立政治大學新聞學系碩士論文。

陳瑞芸、馮國豪, 2012, 〈「空中藥房」場域隱藏的權力關係與利益〉。《人文與社會學報》2(10): 65-95。

陳麗婷, 2014, 〈中藥摻西藥 治咳嗽變月亮臉 兩成中藥含西藥〉。聯合晚報, A7 版, 7 月 9 日。

陽光的 BLOG, 2010, 〈治療腎病的秘方大公開〉。([http://blog.creaders.net/bensonkung/user\\_blog\\_diary.php?did=61701](http://blog.creaders.net/bensonkung/user_blog_diary.php?did=61701), 取用日期: 2016 年 5 月 17 日)。

黃玉芳, 2013, 〈非看不可 1 食補藥補中西合璧 當心沖剋反效果〉。Upaper, 2 版, 12 月 10 日。

黃金龍，2014，〈多年能量氣場研究經驗：印心禪法對健康的造化與影響，不可思議！〉（<http://goveduchan.pixnet.net/blog/post/125179631-%E5%A4%A%E5%B9%B4%E8%83%BD%E9%87%8F%E6%B0%A3%E5%A0%B4%E7%A0%94%E7%A9%B6%E7%B6%93%E9%A9%97%EF%BC%9A%E5%8D%B0%E5%BF%83%E7%A6%AA%E6%B3%95%E5%B0%8D%E5%81%A5%E5%BA%B7%E7%9A%84%E9%80%A0>，取用日期：2014 年 11 月 26 日）。

葉永文，2013，《台灣中醫發展史：醫政關係》。台北：五南圖書公司。

賈寶楠，2012，〈ELMO 布偶賣百萬 神棍家族騙近億〉。聯合報，A8 版，2 月 10 日。

蔡友月，2009，《達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦的社會根源》。台北：聯經出版公司。

魯兆麟，1998，《大龍峒保安宮保生大帝藥籤解》。台北：台北保安宮。

盧鴻毅、徐薇筑，2016，〈現代「王祿仔仙」賣啥膏藥？分析賣藥電視節目所提供的社會支持〉。《傳播與社會學刊》37: 127-159。

禪天下，2017，〈抗癌鬥士以禪修逆轉生命奇蹟〉（<https://www.buddhachan.org/2017/02/witness/health/5914/>，取用日期：2017 年 2 月 20 日）。

聯合晚報，1996，〈宗教掃黑 台省北市同步動作 姚高橋通令調查 北市府動員里幹事訪查轄區神壇寺廟負責人背景 省民政廳則下令各縣市清查違規事項〉。聯合晚報，02 版，10 月 12 日。

簡坤忠，2017，〈別盡說忙 入病房才想修行〉（<https://www.buddhachan.org/2017/01/witness/health/3988/>，取用日期：2017 年 2 月 20 日）。

顏美智、蘇奕彰，2014，〈台灣廟宇藥籤之中醫文獻初探〉。《中醫藥雜誌》25 (Special Edition): 275-293。DOI: 10.3966/101764462014122502015

蘇位榮，2012，〈白雲前妻藉三太子「A 錢」紫衣緩刑〉。聯合報，A9 版，7 月 10 日。

蘋果日報，2015，〈《蘋果》踢爆 荒誕「龍王」誣改運 搓乳畫咒拐 60 女〉。蘋果日報，4 月 20 日。

饒磐安、葉俊甫，2003，〈自稱密宗法師 夫妻詐財騙色 施法收費 3 到 8 萬，性侵害還要陪喝花酒、查扣名冊〉。聯合報，B1 版，4 月 19 日。

Barry, Christine Ann. 2006. "The Role of Evidence in Alternative Medicine: Contrasting Biomedical and Anthropological Approaches." *Social Science & Medicine* 62(11): 2646-2657. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.025

Baer, Hans A. 2010. "Complementary and Alternative Medicine: Processes of Legitimation, Professionalization, and Cooption." Pp. 373-390 in *The New Blackwell*



- Companion to Medical Sociology*, edited by William C. Cockerham. Malden, MA: Wiley-Blackwell. DOI: 10.1002/9781444314786.ch17
- Casper, Monica J. and Marc Berg. 1995. "Constructivist Perspectives on Medical Work: Medical Practices and Science and Technology Studies." *Science, Technology and Human Value* 20(4): 395-407. DOI: 10.1177/016224399502000401
- Conrad, Peter and Kristin K. Barker. 2010. "The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications." *Journal of Health and Social Behavior* 51: S67-S79. DOI: 10.1177/0022146510383495
- Conrad, Peter and Joseph W. Schneider. 1985. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- de Laet, Marianne and Annemarie Mol. 2000. "The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology." *Social Studies of Science* 30(2): 225-263. DOI: 10.1177/030631200030002002
- Duffy, Nancy, Carolyn D. Foster, RuthAnne Kuiper, Joyce T. Long, and Lynn D. Robison. 1995. "Planning Nursing Education for the 21<sup>st</sup> Century." *Journal of Advanced Nursing* 21(4): 772-777. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1995.21040772.x
- Ehrenreich, Barbara and Deirdre English. 1973. *For Her Own Good: 150 Years of the Experts' Advice to Women*. London: Pluto Press.
- Eisenberg, Leon. 1977. "Disease and Illness: Distinction Between Professional and Popular Ideas of Sickness." *Culture, Medicine and Psychiatry* 1(1): 9-23. DOI: 10.1007/BF00114808
- Ernst, Edzard. 2000. "Prevalence of Use of Complementary/Alternative Medicine: A Systematic Review." *Bulletin of the World Health Organization* 78(2):252-257.
- Falcone, Dorothy Anderson. 2002. "Complementary and Alternative Therapies in Nursing, 4<sup>th</sup> Edition." *Critical Care Nurse* 22(5): 89-90.
- Freese, Jeremy, Jui-chung Allen Li, and Lisa D. Wade. 2003. "The Potential Relevance of Biology to Social Inquiry." *Annual Review of Sociology* 29(1): 233-256. DOI: 10.1146/annurev.soc.29.010202.100012
- Freidson, Eliot. 1988[1970]. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fujimura, Joan H. 1992. "Crafting Science: Standardized Packages, Boundary Objects, and 'Translation'." Pp. 168-211 in *Science as Practice and Culture*, edited by Andrew Pickering. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gerhardt, Uta. 1989. *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of*

- Medical Sociology*. London: Macmillan.
- Goldner, Melinda. 2004. "The Dynamic Interplay between Western Medicine and the Complementary and Alternative Medicine Movement: How Activists Perceive a Range of Responses from Physicians and Hospitals." *Sociology of Health & Illness* 26(6): 710-736. DOI: 10.1111/j.0141-9889.2004.00415.x
- Goldstein, Michael S. 2000. "The Growing Acceptance of Complementary and Alternative Medicine." Pp.284-297 in *Handbook of Medical Sociology*, edited by Chloe E. Bird, Peter Conrad, and Allen M. Fremont. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Harris, Philip and Rebecca Rees. 2000. "The Prevalence of Complementary and Alternative Medicine Use among the General Population: A Systematic Review of the Literature." *Complementary Therapies in Medicine* 8(2): 88-96. DOI: 10.1054/ctim.2000.0353
- Heritage, John and Douglas W. Maynard. 2006. "Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research." *Annual Review of Sociology* 32 (1): 351-374. DOI: 10.1146/annurev.soc.32.082905.093959
- Hsu, Elisabeth. 2011. *Innovation in Chinese Medicine*. New York: Cambridge University.
- Illich, Ivan. 1975. *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.
- Kim, Jongyoung. 2006. "Beyond Paradigm: Making Transcultural Connections in a Scientific Translation of Acupuncture." *Social Science & Medicine* 62(12): 2960-2972. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.053
- . 2007. "Alternative Medicine's Encounter with Laboratory Science: The Scientific Construction of Korean Medicine in a Global Age." *Social Studies of Science* 37(6): 855-880. DOI: 10.1177/0306312707076600
- Kinsel, Jane F. and Stephen E. Straus. 2003. "Complementary and Alternative Therapeutics: Rigorous Research is Needed to Support Claims." *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 43: 463-484. DOI: 10.1146/annurev.pharmtox.43.100901.135757
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healer in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Latour, Bruno. 1983. "Give Me a Laboratory and I will Raise the World." Pp. 141-170

- in *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science*, edited by Karin Knorr-Cetina and M. Mulkay. London: Sage.
- . 1987. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- . 1988a. *Irreductions*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- . 1988b. *Pasteurization of France*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- . 1988c. “The Politics of Explanation: An Alternative.” Pp. 155-176 in *Knowledge and Reflexivity: New Frontiers in the Sociology of Knowledge*, edited by Steve Woolgar. London: SAGE Publications Ltd.
- . 1993. *We Have Never Been Modern*, translated by Catherine Porter. Harlow, England: Longman.
- . 2005. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. New York: Oxford University Press.
- Law, John. 1986. “On the Methods of Long Distance Control: Vessels, Navigation and the Portuguese Route to India.” Pp. 234-263 in *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?*, edited by John Law. London: Routledge & Kegan Paul.
- Law, John and Annemarie Mol. 2001. “Situating Technoscience: An Inquiry into Spatialities.” *Environment and Planning. Part D, Society and Space* 19(5): 609-621. DOI: 10.1068/d243t
- Law, John and Wen-yuan Lin. 2017. “Provincializing STS: Postcoloniality, Symmetry and Method.” *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal* 11(2): 211-227. DOI: 10.1215/18752160-3823859
- Law, John and Vicky Singleton. 2003. “Allegory and Its Others.” Pp. 225-254 in *Knowing in Organizations: A Practice Based Approach*, edited by Davide Nicolini, Silvia Gherardi, and Dvora Yanow. New York: M. E. Sharpe.
- Lei, Sean Hsiang-lin. 2014a. *Neither Donkey nor Horse: Medicine in the Struggle over China's Modernity*. Chicago: University of Chicago Press.
- . 2014b. “Qi-Transformation and the Steam Engine: The Incorporation of Western Anatomy and Re-Conceptualisation of the Body in Nineteenth-Century Chinese Medicine.” *Asian Medicine* 7(2): 319-357. DOI: 10.1163/15734218-12341256
- Lei, Sean Hsiang-lin, Chiao-ling Lin, and Hen-hong Chang. 2012. “Standardizing Tongue Diagnosis with Image Processing Technology: Essential Tension between Authenticity and Innovation.” Pp. 105-121 in *Integrating East Asian Medicine into Contemporary Healthcare*, edited by Volker Scheid and Hugh MacPherson.

- Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Lin, Wen-yuan. 2013. "Displacement of Agency: The Enactment of Patients' Agency in and beyond Haemodialysis Practices." *Science, Technology & Human Values* 38(3): 421-443. DOI: 10.1177/0162243912443717
- . 2017. "Shi (勢), STS and Theory: Or What Can We Learn from Chinese Medicine?" *Science, Technology & Human Values* 42(3): 405-428. DOI: 10.1177/0162243916671202
- Lin, Wen-yuan and John Law. 2014. "A Correlative STS: Lessons from a Chinese Medical Practice." *Social Studies of Science* 44(6): 801-824. DOI: 10.1177/0306312714531325
- Mol, Annemarie. 1999. "Ontological Politics: A Word and Some Questions." Pp. 74-89 in *Actor Network Theory and After*, edited by John Law and John Hassard. Oxford: Blackwell Publishers.
- . 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- Mol, Annemarie and John Law. 1994. "Regions, Networks and Fluids: Anaemia and Social Topology." *Social Studies of Science* 24(4): 641-671. DOI: 10.1177/030631279402400402
- Moreira, Tiago. 2000. "Translation, Difference and Ontological Fluidity: Cerebral Angiography and Neurosurgical Practice (1926-45)." *Social Studies of Science* 30(3): 421-46. DOI: 10.1177/030631200030003004
- Navarro, Vicente. 1981. "The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Resources in Latin America." Pp. 15-36 in *Imperialism, Health and Medicine*, edited by Vicente Navarro. London: Pluto Press.
- Parsons, Talcott. 1951. *The Social System*. New York: The Free Press.
- Pritzker, Sonya E. 2014. "Standardization and Its Discontents: Translation, Tension, and the Life of Language in Contemporary Chinese Medicine." *East Asian Science, Technology and Society* 8(1): 25-42. DOI: 10.1215/18752160-2406196
- Prout, Alan. 1996. "Actor-Network Theory, Technology and Medical Sociology: An Illustrative Analysis of the Metered Dose Inhaler." *Sociology of Health & Illness* 18(2): 198-219. DOI: 10.1111/1467-9566.ep10934726
- Quah, Stella. 2010. "Health and Culture." Pp.27-46 in *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, edited by William C. Cockerham. Malden, MA: Wiley-

Blackwell.

- Rosenberg, Charles E. 2007. *Our Present Complaint: American Medicine, Then and Now*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rosengarten, Marsha, John Imrie, Paul Flowers, Mark D. Davis, and Graham Hart. 2004. "After the Euphoria: HIV Medical Technologies from the Perspective of their Prescribers." *Sociology of Health & Illness* 26(5): 575-596. DOI: 10.1111/j.0141-9889.2004.00406.x
- Saks, Mike. 1994. "The Alternative to Medicine." Pp. 84-103 in *Challenging Medicine*, edited by Jonathan Gabe, David Kelleher, and Gareth Williams. London: Routledge.
- Scheid, Volker. 2002. *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis*. Durham, NC: Duke University Press.
- . 2007. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. Seattle, WA: Eastland Press.
- Schneirow, Matthew and Jonathan David Geczik. 2005. "Alternative Health and the Challenges of Institutionalization." Pp. 366-377 in *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, edited by Peter Conrad. New York: Worth Publishers.
- Shmueli, Amir, Ira Igudin, and Judith Shuval. 2011. "Change and Stability: Use of Complementary and Alternative Medicine in Israel: 1993, 2000 and 2007." *The European Journal of Public Health* 21(2): 254-259.
- Shostak, Sara. 2003. "Locating Gene-Environment Interaction: At the Intersections of Genetics and Public Health." *Social Science & Medicine* 56(11): 2327-2342. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00231-9
- Star, Susan Leigh. 2010. "This is Not a Boundary Object: Reflections on the Origin of a Concept." *Science, Technology & Human Values* 35(5): 601-617. DOI: 10.1177/0162243910377624
- Star, Susan Leigh and James R. Griesemer. 1989. "Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39." *Social Studies of Science* 19(3): 387-420. DOI: 10.1177/030631289019003001
- Straus, Robert. 1957 "The Nature and Status of Medical Sociology." *American Sociological Review* 22(2): 200-204. DOI: 10.2307/2088858
- Strauss, Anselm L., Shizuko Y. Fagerhaugh, Barbara Suczek, and Carolyn L. Wiener. 1985. *Social Organization of Medical Work*. London: Transaction Publishers.
- Timmermans, Stefan and Steven Haas. 2008. "Towards a Sociology of Disease."

- Sociology of Health and Illness* 30(5): 659-676. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2008.01097.x
- Vermeulen, Niki, Sakari Tamminen, and Andrew Webster. 2012. *Bio-Objects: Life in the 21st Century*. London: Ashgate.
- Waitzkin, Howard B. 1991. *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal With Social Problems*. New Haven: Yale University Press.
- WHO. 2013. *WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023*. World Health Organization.
- Wynne, Brian. 2007. "Public Participation in Science and Technology: Performing and Obscuring a Political-Conceptual Category Mistake." *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal* 1(1): 99-110. DOI: 10.1007/s12280-007-9004-7
- Zhan, Mei. 2009. *Other-Worldly: Making Chinese Medicine through Transnational Frames*. Durham, NC: Duke University Press.
- Zola, Irving. 1972. "Medicine as an Institution of Social Control." *The Sociological Review* 20(4): 487-504. DOI: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x