

心平氣和看「醫療化」

台北榮民總醫院 家庭醫學部 郭文華

杏林隨筆·心平氣和看「醫療化」

近年醫界有「五大皆空」的感嘆，主流刊物也不時以「人力吃緊」與「醫界崩壞」為標題，檢討繁重科別無人申請，醫事人員超時工作，專業自主性下降，或者動輒遭遇糾紛，影響照護品質等問題。以2015年八仙塵爆來說，大量傷患的處理凸顯醫護人員的無私奉獻後面，緊急照護的應變能力確實有提升空間。雖然如此，從十幾年前的邱小妹事件以來，大眾媒體的討論多半集中在個人的便宜行事與不周全判斷，忽略醫療體制的結構性效應。

這些對醫療的不信任，呼應近五十年來人文學界對醫界造成「醫療化」(medicalization)的質疑。所謂醫療化簡單來說，是醫療專業將過去不屬於是醫療的生活照護領域納為服務範圍，用生物醫療(biomedicine)的方式理解與處理，並排除接受治療者，甚或是其他專業的加入與討論。比方說以往生產不算是醫療活動，婦女在家生產，由鄉里婦女或助產士協助。但現在絕大多數的生產都在醫院，由婦產科醫師處理，方式也從自然產轉移到醫療團隊更能掌控的剖腹產。因此，2014年婦女新知基金會曾拋出「生產計畫書」構想，鼓勵孕婦與醫療團隊討論，讓生產過程更加人性溫柔，並希望衛福部納為醫院評鑑項目。但此舉果不其然引起醫學會反彈，認為生產計畫書干擾醫療行為，造成醫病關係緊張。兩者針鋒相對，這個構想也就不了了之。

確實，「不對等」與「不信任」是瞭解醫療化爭論的關鍵。一些學者從「身體自主」的角度，認為醫療化讓受治療者與醫事團隊處於不對等的地位。一些學者以「專業壟斷」

的觀點，認為在醫療化過程中醫師藉由證照發放、資格取得、技術使用與政策方向取代其他專業，減少受治療者的選擇機會。一些學者採取「知識建構」的立場，指出生物醫療藉由醫療化排擠其他治療知識，特別是民眾支持的傳統療法或民間療法，從而阻絕照護的整體性(holism)與多元性(plurality)。總之，1970年代發軔於歐美，在反威權反體制氛圍下產生的醫療化批判並不全盤否定現代醫療的貢獻，也不盡然主張回歸過去。這些批評不但孕育兼具批判與政策意義的醫療社會學(medical sociology)與機構取向的公共衛生與醫務管理，也深化醫界對於自身專業的反省。

相較於歐美，台灣早期對醫療化的認識與反省侷限於醫學教育，以專業品格與社會反思的方式呈現。例如《當代醫學》很早就介紹文化批評者伊里奇(Ivan Illich)的《醫療報復》(Medical Nemesis: the Expropriation of Health)與「醫源病」(iatrogenic disease)的概念，此外也有受到社會主義思潮影響，譯介納瓦羅(Vicente Navarro)批判資本主義醫療的作品。這些人物與觀念固然對部分醫師的職業生涯有許多啟示，但究竟還未在本土紮根，累積充分的研究成果。

就筆者粗淺的觀察，臺灣嚴肅地對待醫療化，是在醫學史、醫療社會學、醫療人類學與科技與社會研究(science and technology and society studies)的研究者學成服務後，作為關心的學術課題而開展，至今不過十數年。這些人當中固然有接受過醫療訓練或具備醫學專科



Ivan Illich, 1926-2002



Vicente Navarro, 1937-

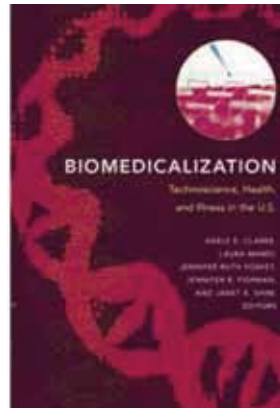
資格，或者有長久的生病經驗，可以深入臨床情境者，但也有不少研究者來自人文或社會科學，但關注健康與現代社會的複雜互動。雖然出身與訓練不同，這些學者關注與思考的對象不侷限於專業教育，也不針對醫師，而是追究現代體制下醫療知識、技術、體制與操作的各種轉變，也就是醫療社會學者克拉克（Adele Clarke）與其學生所提出的「生物醫療化」（biomedicalization）現象。

生物醫療化不是只在「醫療化」前面加上字首「生物」（bio），換湯不換藥。在《生物醫療化》（Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.）一書中，克拉克標舉1980年代中期生物醫療化在各領域裡發展的關鍵過程（key processes）。這些領域包括：

- （1）生物醫學的政治經濟面向。（2）健康、風險（risk）與監控（surveillance）的聚焦。
- （3）生物醫學的科學與技術特質的凸顯。
- （4）生醫知識與資訊在生產、傳播、吸收與管理上的轉型。（5）生物醫學下身體與其所導致新身份的轉變（比方說重大傷病）。將醫



Adele Clarke



《生物醫療化》書影

療化用更周延的生物醫療化概念取代，並不是因為醫療的影響比過去更大更深。相反的，在過去醫療社會學、公共衛生與醫務管理的基礎上，生物醫療化的分析架構不但更能掌握「作為社會一部份的醫療」的現況，更能引導跨學科對話，具體提出建議，解決問題。

雖然生物醫療化在主流學界具有開創性的意義，但是否適用於尚未產生足夠實證研究，社會團體對醫界仍無法信任的臺灣，則需要重新思考。正如社會學者，也是腎病政策專家的林文源提醒的，如果只是單純將臺灣視為後進社會，一味將醫療化這類「先進」的分析概念囫圇吞棗地引進臺灣，不但沒有辦法釐清問題，反而製造更多謎團，於事無補。在這個意義下，由國內有志學者所譯介的第一本關於醫療化的專著《社會醫療化：論人類境況如何轉為可治之症》（The Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders，由許甘霖、成令方、徐碧卿、陳志軒、曾凡慈、胡郁盈、尤素芬、郭文華、邱大昕翻譯，許甘霖校訂，2015年巨

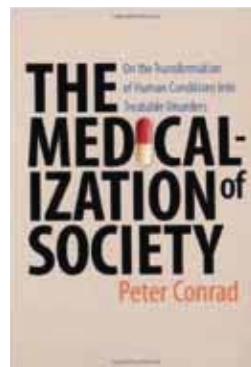
流出版，以下簡稱《社會醫療化》）具有特別意義。它以醫界理解的方式介紹醫療化，用具體案例說明醫療專業在當前的複雜處境。

《社會醫療化》的作者康拉德（Peter Conrad）任教於新英格蘭的布蘭戴斯大學（Brandeis University），長年耕耘社會偏差疾病（如過動症、癲癇），也從這個角度切入醫療化，帶著學生從疾病個案下手分析其方式、過程與型態。相較於任教於同系的前輩，也是第一個提出醫療化是社會控制的概念的社會學家左拉（Irving Zola），康拉德更強調醫療商業化與醫療知識，特別是診斷分類的擴張與項目的細分化。此外他也追蹤藥物的開發與使用，瞭解醫療人員徘徊在藥廠與消費者之間，堅持專業分際的困境。

《社會醫療化》有三個部分。第一部份簡要勾勒醫療化概念在美國的興起、特徵與變化。具體而言，過去「第一波」醫療化聚焦在醫師，以專業壟斷與競爭為討論主軸，但晚近醫療化（或者說生物醫療化）則將關照擴展為醫療體制，主軸也有所差異，包括保險公司、藥廠與健康廣告。第二部分由延伸（extension）、擴展（expansion）、提增（enhancement）與延續（continuity）等面向，以案例討論醫療化的型態與趨勢。比方說，作者用診斷擴展（diagnostic expansion）的概念追蹤所謂「成人過動症」（attention deficit hyperactivity disorder, adult）是如何從藥物使用與社會期待中產生，而第五章「延續」則以同性戀為例，跳過DSM將它列為疾病的醫療化過程，聚焦同志在「去醫療化」後的複雜處境，指出醫療化的動態性與「再醫療化」的可能。第三部分從醫療與社會的趨勢



Peter Conrad, 1948-



《社會醫療化》英文本書影

看醫療化的後續，特別是生物科技、消費者與管理式照護等三項超越過去醫療團隊的醫療化推手。藉由分析這些轉變，作者指出醫療化的兩面性：醫學常模（norm）本身是社會控制的文化形式，但它也給予現代人對健康的期望與合宜行為的指引。在醫療化下愈來愈多個案成為「社會問題」，召喚更多的組織性、社會導向的醫療改革。

許多人或許認為《社會醫療化》不夠「學術」，論述上不如醫療專業的經典《醫療專業》（Profession of Medicine: a Study of the Sociology of Applied Knowledge）謹嚴，概念上不像《生物醫療化》那樣創新，但筆者不這樣認為。作為長年研究醫療化的總結，這本書不賣弄理論，而是以清晰的文筆，充實的案例，邀請更多人關心這個概念。在健保飽受質疑，醫病關係劍拔弩張之際，《社會醫療化》示範醫療化的實證研究如何進行，更給予人文學者與醫界建立信任，心平氣和討論醫療化的起點。危機就是轉機，希望醫療化不再是單方面指責醫界的抽象口號，而是激發思考醫療體制，引領跨界改革的核心概念。🇹🇼