

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

屏東縣原住民的西醫及傳統醫療態度之探討：
以風險社會理論為觀點

Attitudes towards Western Medicine and Aboriginal
Traditional Medicine in Pingtung Aborigines from the
Theoretical Perspective of Risk Society

指導教授：辜美安 博士
陳秋媛 博士

研究生：鄭渝儒

中華民國 100 年 6 月

南 華 大 學

自然醫學研究所

碩 士 學 位 論 文

屏東縣原住民西醫及傳統醫療態度之探討：

以風險社會理論為觀點

Attitudes towards Western Medicine and Aboriginal
Traditional Medicine in Pingtung Aborigines from the
Theoretical Perspective of Risk Society

研究生：鄭渝儂

經考試合格特此證明

口試委員：

許甘霖
高凌光

連秋媛

指導教授：

解球

連秋媛

系主任(所長)：

連秋媛

口試日期：中華民國 100 年 6 月 17 日

誌謝

感謝所有協助我問卷發放及回收的屏東縣原住民國小、國中及高中校長們與全體受訪者們及屏東基督教醫院梁子安醫師，有您們的熱誠幫助，使我的論文能圓滿完成。

論文成果更要大大感謝我的兩位指導教授的肯定，陳秋媛老師在我寫作的起承轉合，給予系統性的指導，讓我更清楚論文的重要核心，讓我更有信心完成論文。由衷感謝我的論文指導教授辜美安老師，經常在寫作的過程中，以亦師亦友的角色，給予支持與激勵，並提醒我、鼓勵我，讓我在研究學習期間與對論文寫作結構的思維成長許多，將會是我三年來最深刻的記憶。

感謝齊偉先老師在研討過程，啟發我的社會學想像力，讓我擁有充沛的知識學習研究方法。更要感謝成功大學公衛所許甘霖老師願意擔任我的口試委員，不吝給予指正。感謝林俊宏老師在初審時的建議，也感謝南華大學自醫所全體老師們及自醫所 96 級與 97 級的同學們、摯友們，在二年專討的課程中給予許多的指教，豐富我的知識也增廣我的見聞。感謝宜蓉為自醫所盡心盡力及玉芬貼心協助。亦感謝陳淼和老師曾開設中醫基礎概論之課程，是我就讀南華大學自然醫學研究所的始原。

感謝我親愛的父母親一路栽培、忍耐與包容，大姊與我愛及愛我的人，皆在我求學的過程與心靈給予極大的支持與資源，幫助我完成心中的夢想，將此喜樂分享給我的家人。

若此研究有小小貢獻，願將此成果獻給賜給我智慧及引領著我、眷顧著我的神—大自然萬物。

鄭渝儒 2011/7/21 於台灣

摘要

過去有關原住民健康的研究主要集中於環境、經濟、政策及醫療資源，鮮少以社會制度的角度進行探討。科技發展及社會現代化令人們對危機和風險的感知越來越強烈，原住民在面對疾病帶來的風險時，求醫取向是如何？風險的感知與西醫和傳統醫療的態度是否有關？本研究之目的為透過風險社會理論，藉以瞭解原住民對西醫療法態度和傳統醫療態度之相關因子。以橫斷式問卷調查及立意取樣法，對屏東縣原住民進行面對面訪談。收案對象為原住民身分的教職員、高中學生及門診病人。共發出問卷 210 份，回收有效問卷 182 份。問卷內容包括研究對象基本資料、自我健康狀況測量表、西醫療法的態度量表、傳統醫療的態度量表、風險社會知覺量表及第一時間的求醫取向。複迴歸分析的結果顯示風險社會知覺越高、家庭每月平均收入超過 60,000 元的屏東縣原住民，對西醫醫療的認同度越高，而年齡越大者，對西醫醫療的認同度越低。此外，風險社會知覺越高者亦對傳統醫療的認同度越低。至於與風險社會知覺相關的獨立因子方面，則有性別及教育程度。另外，屏東縣原住民不同疾病症狀的求醫取向，主要為「看西醫」，其次為「改變生活型態」及「傳統醫療」。

建議衛生單位在策劃和推動原住民族健康策略時，可參考風險社會知覺理論，進一步了解原住民的醫療態度，並協助醫病溝通，促進傳統醫療與主流醫療有效整合。

關鍵字：西醫療法、傳統醫療、風險社會、屏東縣原住民

Abstract

Previous studies on the health of aboriginals in Taiwan have been focused on the environment, economics, policies, and medical resources. Few studies have explored the topic from the perspective of social institution. The advent of science and technology along with modernization of the society has increased the perception of crisis and risks. How do aboriginals make their choices when they have to face the risk of diseases? Are there any associations between risk perception and their attitudes towards western and traditional medicine? The main objective of this study was to investigate factors associated with attitudes towards western medicine and traditional medicine among aboriginals, using the framework of "risk society" . A cross-sectional survey design with purposive sampling method was used to interview aboriginals in Pingtung county. Participants were aboriginals recruited from the staff members and students from schools, and out-patients

from a hospital. A total of 182 valid questionnaires were obtained from 210 participants interviewed. The questionnaire included basic demographic information of the participants, self perceived health status, attitude towards western medicine, attitude towards traditional medicine, perception of risk society, and the preference of medical treatment. Results from multiple linear regression analysis showed that a greater perception of risk society was directly associated with a positive attitude towards western medicine, an average monthly total family income above 60,000 dollars, and inversely with an older age. In addition, a greater perception of risk society was inversely associated with a positive attitude towards traditional medicine. In terms of the factors associated with the perception of risk society itself, sex and education level were the significant independent factors. Furthermore, use of western medicine followed by changes in lifestyle and use of traditional medicine were the preferences of medical treatment by the study participants. Results from this study suggested that the

framework of risk society can be used to guide the planning and promotional efforts of aboriginal health strategy. It may help to understand the attitudes of aboriginals towards health and medicine, and thereby improving doctor-patient relationship and the integration of aboriginal traditional medicine into the mainstream medicine.

Keywords: western medicine, traditional medicine, risk society, Pingtung aborigines

目次

中文摘要	i
英文摘要	iii
目次	vi
表次	x
圖次	xi
第一章 緒論	1
1.1 研究背景	1
1.2 研究動機	4
1.3 研究目的	7
第二章 文獻探討	8
2.1 台灣原住民族	8
2.1.1 台灣原住民族起源	8
2.1.2 台灣原住民族身分	8
2.1.3 台灣原住民分佈	9
2.1.4 台灣原住民的傳統醫療文化	12
2.1.5 現代醫療對台灣原住民傳統醫療的衝擊	15

2.1.6 台灣原住民的健康與疾病	18
2.1.7 屏東縣原住民	22
2.2 風險社會的相關理論	25
2.2.1 風險	25
2.2.2 風險社會理論概述	26
2.2.3 不確定的風險與知識	29
2.2.4 失靈的專家系統	31
2.2.5 個人化和建制化	32
2.2.6 自我的反思性學習	34
2.3 健康、疾病與醫療風險	35
2.3.1 醫療與風險	36
2.3.2 健康與風險的因子	38
2.3.3 就醫取向與風險知覺	39
第三章 研究方法	42
3.1 研究架構	42
3.2 研究對象及取樣方法	44
3.3 研究工具	46
3.4 資料處理與分析	52

第四章 研究結果	55
4.1 基本資料描述性統計分析	55
4.2 屏東縣原住民西醫療法態度量表得分之相關因子	61
4.3 屏東縣原住民傳統醫療態度量表得分之相關因子	65
4.4 屏東縣原住民西醫療法態度量表得分之多因子複迴歸分析..	68
4.5 屏東縣原住民傳統醫療態度量表得分之多因子複迴歸分析..	70
4.6 屏東縣原住民風險社會知覺之相關因子分析	72
4.7 屏東縣原住民的求醫取向	74
第五章 討論	80
5.1 研究對象的基本資料	80
5.2 屏東縣原住民西醫療法態度之相關因子	80
5.3 屏東縣原住民傳統醫療態度之相關因子	83
5.4 屏東縣原住民風險社會知覺之相關因子	87
5.5 屏東縣原住民的求醫取向	88
第六章 結論與建議	91
6.1 結論	91
6.2 研究限制及建議	92
參考文獻	95

附錄	106
附錄 A 研究對象來源	107
附錄 B 受訪同意書	108
附錄 C 問卷	109
附錄 D 風險社會知覺量表使用授權書	118

表次

表 2.1	屏東縣設有原住民部落 9 鄉的原住民族群分布.....	24
表 3.1	問卷量表之信度分析表	48
表 4.1	基本資料描述性統計	58
表 4.2	屏東縣原住民西醫療法態度量表得分之相關性分析	63
表 4.3	屏東縣原住民傳統醫療態度量表得分之相關性分析	67
表 4.4	西醫療法態度量表得分之多因子複迴歸分析	69
表 4.5	傳統醫療態度量表得分之多因子複迴歸分析	71
表 4.6	風險社會知覺量表得分之多因子複迴歸分析	73
表 4.7	屏東縣原住民的求醫行為	76

圖次

圖 2.1	台灣原住民族群分布	11
圖 3.1	研究架構圖	43
圖 3.2	研究樣本取樣	45

第一章 緒論

1.1 研究背景

在台灣社會中，原住民的生活環境與經濟條件因素，屬於較為弱勢與邊緣化之族群，相較原住民健康與醫療既可能會與台灣一般民眾有所差異。根據 2009 年內政部統計顯示，原住民除零歲平均餘命為 70.1 歲，男性為 65.8 歲，女性為 74.6 歲。原住民族兩性零歲平均餘命較全體國民少 8.9 歲，其中男性少 10.3 歲，女性少 7.7 歲（內政部社會司，2011）。

原住民除零歲平均餘命比台灣一般民眾較低外，男性與女性的零歲平均餘命差距亦較台灣一般民眾之差距為大。原住民的男性與女性的零歲平均餘命差距為 8.9 歲，而台灣一般民眾的零歲平均餘命差距為 6.3 歲。此外，原住民總死因年齡標準化死亡率為每 10 萬人 143.6 人，約為一般國民的 1.8 倍。由此可知，原住民健康狀況的特徵是零歲平均餘命較低，而死亡率較高（內政部社會司，2011）。

若比較 2008 年原住民族與非原住民族的粗死亡率，原住民族以事故傷害（每十萬人口 67.8 人）、慢性肝病及肝硬化（每十萬人口 67.6 人）及高血壓性疾病（每十萬人口 25.0 人）為前三大高於非原

住民族倍數的死因，分別為 3.3 倍，2.3 倍及 1.7 倍（行政院原住民族委員會，2010）。

全民健保自實施以後，全國民眾的就診率皆在九成左右，而 2008 年原住民族亦不例外。但原住民族的門住診就診率較低全國低 5.1%，2008 年原住民族門住診就診率為 85.6%（行政院原住民族委員會，2010）。

實施全民健康保險以後，確實有助於改善原住民的健康狀況，但是，在科學技術發達的今日，要如何有效協助原住民在理解主流西方醫學的同時，還能保有對原住民傳統醫療的輔助療法？並且理解主流西方醫學與傳統醫療的銜接過程及其藉以風險相關知識，能助於提升原住民的健康與輔助醫療。

由於風險自遠古年代就一直存在人類的生活中，從對抗大自然帶來的危險開始，至今日隨著現代化社會產生的人為風險，風險為人類所帶來的不安感事實上是從未間斷。科學發展及進步，曾一度給人一種人定勝天的錯覺，並誤以為人類最終可藉理性的力量完全掌控風險。可惜，結果剛好是相反，隨著科技高速前進以及發展中的全球化，人類擁有更多選擇，然而需要面對的風險反而越來越多，並且超出現有科技所能預計的範圍。

人類在制度化的科技時代生活，被科技、經濟及文化快速發展的科技社會所操控。醫學知識及醫療系統的發展，加上現代社會專業醫療分化體制的轉折，在沒有其他醫療選擇的情況下，自然地對現有的醫療體系擁有高度的信任感。可是，近年來所發生的嚴重急性呼吸系統綜合症 (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)、鳥禽類流行性感冒 (禽流感) 及人類豬型流感的傳染病肆虐全球，造成人心的不安感，使全人類徹底體驗疾病在全球化所帶來的風險，病毒迅速地在全球擴展與傳播，引起大眾對現代醫學的反思，同時開始有許多聲音質疑專家的權威性。

檢視在主流西方醫學衝擊下，原住民之傳統醫療有何轉變？本研究嘗試以社會學的角度，瞭解影響原住民使用西醫療法與傳統醫療的因素。

1.2 研究動機

今日人們對風險的感知越來越增強，但是，對於疾病的恐懼感並沒有隨著科技的增長而完全消失，也由於近期有許多新的疾病的出現，造成人們心理有著潛在的危機，並且每個人皆可能會有生病的機會，當面對生病危險的時候，將會採取什麼策略，是值得探討的議題。

人類從 17 及 18 世紀啟蒙之後，一直在為自己建構一個可確定性的社會。科學化醫療的發展，表面看似是加強人類控制周遭環境及疾病的能力，實質上仍存在很多無法掌握的盲點。20 世紀公共衛生的發展確實有效控制多種疾病，尤其是在傳染病及工作安全相關的傷害方面的貢獻，提升生活質素並且延長人類平均壽命。但是，取而代之的慢性疾病，例如高血壓症，科學化的主流醫療只能對症狀作控制式的處理，卻沒辦法對疾病本身作根本的治療。加上藥廠的商業考量，令大眾漸漸對科學化的醫療感到無法預期結果的不確定性 (Blech, 2005/2006)。主流西方醫學的發展確實有效控制多種疾病發生之機率，然而我們如何預防進步的科技，其可能帶來的風險？

從內政部統計顯示，原住民的健康確實較一般民眾差，然而政策也是因素之一。原住民健康與醫療狀況，不能不理會社會發展的趨勢，對於原住民健康與醫療狀況而言，提升人們對風險的感知能力及

教育之輔導即可能改善或解決人們在生活上之問題。因此，風險社會的發展對原住民的健康與醫療狀況造成哪些影響，原住民的健康與醫療又應如何因應風險社會的發展，亦是值得探討及關注的議題。

在台灣社會中，原住民現階段雖然已受到尊重，但就人數與政策的照顧因素而言，是屬於邊陲地帶。因此，本研究想理解原住民傳統醫療體系相對主流西方醫療體系是較為薄弱的醫療體系，然而原住民的醫療認知是如何？

此外，在醫療專業體制下，原住民文化中之傳統醫療要如何在主流的西方醫學中，作為輔助的角色？這一點應可從近年輔助與替代醫療之興起得到支持。一項美國的全國性調查，發現 38.3% 的成年人在過去 12 個月內曾使用過輔助療法 (Barnes et al., 2008)。國內方面，多篇調查輔助療法使用情況的研究亦顯示過去一年曾使用輔助療法的盛行率由 75.5% (丁志音、2003) 至 95.8% (林寬佳等、2009) 不等。

原住民本身擁有一套與自身文化語言相近之傳統醫療，他們面對疾病帶來的風險時，是否因而有不同的想法及求醫取向？並且在風險社會中，如何協助原住民理解主流西方醫療的同時，又能選擇貼近自己文化語言的傳統醫療照護？

目前文獻中仍未有相關的研究。因此，本研究以問卷調查方式，採用德國社會學家 Ulrich Beck 於 20 世紀 80 年代所提出的「風險社會」架構，瞭解屏東縣原住民對西醫療法及傳統醫療的態度，並探討與此兩類醫療的相關因子。藉以思考原住民醫療使用的轉變過程及原住民傳統醫療的未來發展。

1.3 研究目的

主要研究目的：

透過風險社會理論，探討屏東縣原住民對西醫療法態度和傳統醫療態度之相關因子。

具體研究目的：

1. 探討屏東縣原住民西醫療法態度之相關因子。
2. 探討屏東縣原住民傳統醫療態度之相關因子。
3. 探討屏東縣原住民風險社會知覺之相關因子。
4. 瞭解屏東縣原住民對不同疾病症狀的求醫取向。

第二章 文獻探討

2.1 台灣原住民族

2.1.1 台灣原住民族起源

台灣原住民族是泛指在 17 世紀前，就已經住在台灣及其周邊島嶼上的人民。台灣原住民族的起源，到目前有兩派的說法。其一主張台灣原住民族的發源地是位於島外，目前的推斷是中國大陸東南沿海，年代方面約為 16 世紀（Wen et al., 2004）。另一較新的說法則是根據遺傳學及語言學分類，認為台灣就是南島（Austronesia）民族的發源地，該字是沿自拉丁文字的字根南面意思的「australis」與希臘文島嶼意思的「nêsos」所合組而成。南島語系民族是指分布在東南亞中南半島和馬來半島上，以及印度洋中和太平洋島嶼的族群，總人口數約有二億。地域東至南美洲，西至非洲東岸，北起台灣，南至紐西蘭。

2.1.2 台灣原住民族身分

原住民族在清朝時被稱為「番族」，在日治時代稱為「高砂族」（Takasago），民國時期又將原住民族分為「山地同胞與平地山胞」，

直到 1994 年「原住民」正名成功，山胞改為「原住民」，後改稱為「原住民族」。

台灣法規中包含一項「原住民身分法」的條文，目的為認定原住民身分及保障原住民權益，並將原住民分為「山地原住民」與「平地原住民」。前者是指「台灣光復前原籍在山地行政區域內，且戶口調查簿登記其本人或直系血親尊親屬屬於原住民者」。而後者是指「台灣光復前原籍在平地行政區域內，且戶口調查簿登記其本人或直系血親尊親屬屬於原住民，並申請戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所登記為平地原住民有案者」。當原住民與非原住民結婚後，原住民的身分並不因此喪失，而非原住民一方並不會取得原住民身分（法務部，2008）。

2.1.3 台灣原住民分布

台灣原住民原先廣泛分布在台灣山區，並且聚集成為部落。截至 2011 年 3 月，台灣原住民人口數為 514,345 人，較上年同月增加 7,851 人，佔台灣人口數的 2.22%。其中平地鄉原住民 132,099 人，佔原住民總人口 25.7%、山地鄉原住民 162,252 人，佔原住民總人口 31.6%，都會區原住民 219,994 人，佔原住民總人口 42.8%（行

政院原住民族委員會，2011)。原住民平均年齡為 32.5 歲，較總人口之平均年齡 38.1 歲少 5.6 歲。原住民性比例逐年降低，於 2010 年底為 96.4，即全體人口的男女比例為 96.4 名男性比 100 名女性（內政部統計處，2011）。

就縣市別言，原住民人口數以花蓮縣(17.7%)最多，台東縣(15.6%)次之，第三為桃園縣 (11.6%)，第四為屏東縣 (11.1%)。而百分比在 0.1 及以下者為金門縣 (0.10%)、澎湖縣 (0.06%)、連江縣 (0.03%) (行政院原住民族委員會，2011)。原住民人口佔該區人口比例則以台東縣最高 (34.8%)，花蓮縣次之 (26.8%)，屏東縣居第三 (6.5%) (內政部統計處，2011)。圖 2.1 為台灣原住民族群在台灣的主要分布。

目前法定原住民族計有 14 族 (表 2.1)，根據 2010 年底內政部統計，以族別作分類，阿美族 187,763 人 (36.6%) 佔最多，排灣族次之 (17.6%)，泰雅族居第三 (15.9%)，三族合計佔原住民總數超過 7 成 (內政部統計處，2011)。以上三族在各縣市的分布而言，阿美族設籍在花蓮縣多，台東縣次之，新北市居第三。排灣族設籍屏東縣最多，台東縣次之，高雄市居第三。泰雅族：設籍桃園縣最多，新竹縣次之，宜蘭縣居第三 (內政部統計處，2011)。



附圖 2.1 台灣原住民族群分布

資料來源：行政院原住民族委員會

(<http://www.apc.gov.tw/portal/docList.html?CID=6726E5B80C8822F9>)

2.1.4 台灣原住民的傳統醫療文化

文化是指一個社會的整體知識、信仰與常規。原住民在台灣擁有悠久的歷史，亦有其獨特的傳統文化。而醫療現象並不純粹是醫學或護理的範疇，它與傳統社會對健康和疾病的認知是息息相關。整體而言，原住民的傳統醫療概念，不論是台灣原住民或國外如澳洲原住民，致病的真正原因皆認為是超自然力量的介入，生病是因違反了祖靈的訓誡。雖然西方醫療已經傳入台灣多年，但原住民文化對疾病特有觀念仍被族人保留下來，原因可能是原住民的健康信念可以提供病患一個可接受的解釋，從而協助他們面對疾病和死亡（Maher, 1999）。

台灣原住民各族皆有其不同的文化及語言特性，而族群間的文化差異則可影響他們的健康。原住民傳統醫療乃是原住民文化體系的重要一部份，其功能是引導文化中的個體利用自身認為合理且容易接受的方式維持本身的健康，此社會文化也影響著原住民對疾病的認知與處理方式。

例如泰雅族的祖靈觀念（Gaga 或 Gaya）及蘭嶼雅美（達悟）族的惡靈觀（anito）（許木柱，2006）。根據阿美族民間學者黃

貴潮 (1989) 的研究，宜灣阿美族人將疾病分為「神為疾病」、「特殊疾病」、「人為疾病」、及「靈件疾病」等四類。

阿美族人以「Adada」形容他們對疾病核心的概念，它涵蓋有形或無形的生理和心理疾病。對於病癥的認知，則著重於疼痛、疲勞、虛弱、臉色、身體瘦弱等的描述。至於病源方面，主要為祖靈、鬼神 (kawas)、靈 ('adingo)、符仔 ('edaw · lakaw) (簡美玲，2003)。張淑美 (2005) 研究花蓮縣里漏社阿美族人，發現他們的認為疾病是散佈在家人、生活環境，或甚至無形的自然環境中，且人與人或去世祖先、神靈間關係的好、壞，也是影響疾病的因素。

杓日羿·吉宏 (2001) 研究指出，賽德克太魯閣族人的傳統醫療是以祖靈信仰為規範的思維核心，而形成疾病的因果觀念。然而，族人對病因的解釋和診斷的醫療觀點，認為疾病的發生與成員的福祉、保護以及發生不明病因或異常的事件，都可能和沒有遵守祖靈的訓誡有關，並且相信觸犯祖訓可能株連全部的家人甚至全部的族人。因此，在觸怒祖靈的推論下，慰藉祖靈以求赦罪就成為必須舉行的醫療儀式。

基於這樣的疾病文化觀，治療方法當然會以儀式治療為主，例如，花蓮縣里漏社的阿美族巫師 (Cikawasay) 以儀式行為治療族人

的疾病。巫師透過儀式，對不明疾病給出似乎合理的推論，並透過對儀式中器具、祭品、生活及食物禁忌遵守，說明疾病構成的因素及避免再犯的行為（張淑美，2005）。陳俊男（2008）將阿美族的 59 種疾病的症狀及醫治方法進行整理，對「神為疾病」和「特殊疾病」主要是請巫師醫治，對「人為疾病」則有採用野生植物醫治，例如下痢（piyas）可用野苦瓜（kakorot）醫治。可是，依靠自然環境特有的植物藥材的自然療法也同時顯露出原住民傳統醫療的侷限性，這些植物主要是針對頭痛、腹痛、毒蛇咬傷等問題。

布農族人的觀念中，認為人（bunun）包括三個部分，第一部分是外在的身體部分（logbo），從母親處得來。第二部分是精靈（hanido），一個在左肩，一個在右肩。第三部分是代表一個人的意志與自我（is-ang），使人具有決定性，並維持左、右肩精靈的平衡關係。當有外來的精靈侵入一個人的身體，而無法被這個人的精靈逐出時，這個人便會生病，只有等侵入的精靈被逐出後，病人才能復原。

屏東縣原住民以排灣族居多（詳見表 2.1）。根據孔吉文和鄭惠珠（1994）對原住民社會醫療觀的研究，排灣族對病的定義相當廣泛，認為任何的疾病與傷害都視為生病，並且將生病的原因解釋為超自然

的因素使然。然而，排灣族人認為超自然世界與人類世界是同時空的實質存在，人死後就在另一個不為人所知的地方過著他們的生活，同時在冥冥中看顧著子孫。但是，若族人違犯部落的禁忌，就會遭受受傷和生病等災害的懲罰。此外，更有一些在部落外面凶死的人，他們死後會徘徊人間並到處為害，甚至令人生病。解救的方法就是尋求巫師的力量贖罪或驅趕厲鬼。所以，巫師的實際任務可以說是治病，而亦因此，「病」的意義可稱得上相當廣泛。生病的原因絕少看待為生理上的因素，而幾乎全是超自然的原因所致。至於補救的方法，則依病症的輕重而定。對輕微的病症，巫師會以類似按摩的方法把體內致病物從病人的頭頂擠到腳拇指，再擰出拋棄。而對一些因為侵犯鬼神所產生的病症，則以殺豬獻神以贖罪除病。

綜合以上所述，原住民傳統醫療的疾病觀會受到族群文化的影響，而治療方法是以儀式為主，並且分為巫醫和禱告的超自然療法以及草藥知識的自然療法。原住民社會的醫療觀念是一個社會文化與自然環境環環相扣的社會整體醫療觀。

2.1.5 現代醫療對台灣原住民傳統醫療的衝擊

雖然原住民的傳統醫療在西方醫療進入前早就存在數千年，但隨

著社會變遷以及面臨現代化的衝擊，同時原住民傳統醫療與健康問題也受到考驗。西方醫學傳入台灣的初期，是以民教衝突及傳教士宣教為基督宗教與醫療結合的開始。由於，原始醫療的本質與傳統社會文化之信仰有密切關係，而西方醫療的傳入也使原住民對傳統疾病知識的改觀。

在台灣醫療尚未發展前，外國的基督教團體藉由醫療傳道，將西醫傳入台灣。當時較為著名的有南部馬雅各、中部盧嘉敏、蘭大衛與北部的馬偕，分別在北中南三地設立醫館。英國長老教會在 1865 年派遣馬雅各來台灣宣教，從此展開傳道與醫療的工作。一開始馬雅各傳教並不順利，雖然幫助台灣人民解決疾病的痛苦，卻也引發傳教醫療與傳統文化的衝突。由於，當時台灣人民很排斥外來的西醫，認為西醫的療效遠不及中醫，甚至傳出西醫是殺人、挖取人心肝、眼睛和剖腦製藥的謠言，再加上仇視與反對異國文化的侵入，因此發生人民拆毀教會的衝突事件（蔡友蘭，2001）。

陳永興（1996）的研究指出，日本政府為改善山地醫療期間，也因當時原住民強力反抗日軍，為了馴服原住民，日本政府在山地鄉設置公醫，負責診療與衛生工作，同時也達到監視與教化之目的。其中，影響山地原住民醫療較深的是，1871 年馬偕深入山地鄉間從事

醫療傳道服務，尤其以拔除牙齒疾病、治療牙痛和瘧疾最為著名。

在此之前，原住民生病大多仰賴巫醫以及草藥治病，根據馬偕的經驗，同時說服原始傳統醫療的迷信與偏見。後來，又實施公醫制度，確實有效改善當時落後山地醫療衛生的窘境。然而，19 世紀現代西方醫學能成功進駐台灣的因素，不盡然是因為治療的成果。傳教士為了贏得當地人的信任，透過福音書中耶穌治病的範例，宣傳教義手段和儀式，作為西方醫療體系全面移植台灣的前提，同時傳統醫療受到西方文化思想的威脅。

在日本統治期間，殖民政府引進西方醫療體系，希冀這一套醫療體系可以改善台灣的衛生及解決傳染病的肆虐。殖民政府以國家權力主導的手段，推行衛生政策並且擴張衛生體系，從政策的制訂到讓醫學與公共衛生知識普及化，可以看成為一個醫療強權的過程，以行政組織管理國民健康狀況的公共衛生政策，強制要求台民接受西方醫療，建立一套單一的醫療體系，嚴禁民俗療法、巫術及密醫的使用（劉士永，2006）。當然，不同醫療文化的接觸，必定產生巨大的衝突。

台灣為日本明治維新後第一個殖民地，但當時的台灣有「瘴癘之地」著稱，除非可以克服台灣之疾病，否則無法擴張其帝國勢力。因此日本不得不將公共衛生觀念引進台灣，並以國家力量與西方醫學觀

念掃除疫病。其中一項就是開始由警察行政管理衛生事務，疾病被政府訂定為社會潛在的危機。在 1893 年內務省移由警察部管轄，警視廳官制加上衛生事項，此一手段為日本受到德國的影響，以國家行政權強力介入之衛生警察制度（丁文惠，2008）。劉士永（2006）亦指出，細菌理論有效控制住鼠疫、霍亂及瘧疾之台灣三大急性傳染病，使台灣社會確實接受西醫為準則的主因之一。既然西方醫療有效處理一直無法對付的傳染病，是什麼原因引起當時對西方醫療的對抗心理？

原始傳統醫療的看法一般認為疾病是與違反社會規範和超自然力量有關，其治療方法是經驗的世代傳承。因此，每個社會都有一套屬於自己對疾病的認知，以及預防疾病的知識，包含社會對健康、疾病與醫療關係的認定。不同醫療系統各有其理論以解釋病因、症狀和治療方式，而這些理論與解釋，皆與其歷史社會文化背景有關連。此外，解剖驗屍、隔離及火化措施等西方醫療手段，與傳統觀念相違背（董惠文，2004）。

2.1.6 台灣原住民的健康與疾病

平均餘命是一個反映醫療及死亡率變化之具體指標，平均餘命係

指當年各年齡層人口，依當年的死亡率，按生命表函數換算後，預期尚可存活的年數，而零歲平均餘命即等於平均壽命。根據 2009 年內政部統計顯示，原住民除零歲平均餘命為 70.1 歲，男性為 65.8 歲，女性為 74.6 歲。原住民族兩性零歲平均餘命較全體國民少 8.9 歲，其中男性少 10.3 歲，女性少 7.7 歲（內政部社會司，2011）。

原住民除零歲平均餘命比台灣一般民眾較低外，男性與女性的零歲平均餘命差距亦較台灣一般民眾之差距為大。原住民的男性與女性的零歲平均餘命差距為 8.9 歲，而台灣一般民眾的零歲平均餘命差距為 6.3 歲。此外，原住民總死因年齡標準化死亡率為每 10 萬人 143.6 人，約為一般國民的 1.8 倍。由此可知，原住民健康狀況的特徵是零歲平均餘命較低，而死亡率較高（內政部社會司，2011）。

事故傷害多年以來是名列台灣原住民重要死因的前兩名，在 2002 年之前，更是多年的死因榜首。謝淑芬（1994）等分析 1971 年至 1990 年台灣地區的意外災害，發現山地鄉男性事故傷害死因排行前三名為機動車及道路意外、自殺、溺水，而山地鄉女性事故傷害前三名死因則為自殺、機動車及道路意外、非藥物意外中毒。山地鄉不論在總意外災害及各死亡別意外災害的標準化死亡比皆為台灣地區的 2 至 3 倍以上。

根據行政院原住民族委員會原住民十大死因及人口資料報告顯

示，2008 年原住民族十大死亡原因依序為：(1) 惡性腫瘤、(2) 心臟疾病、(3) 慢性肝病及肝硬化、(4) 事故傷害、(5) 腦血管疾病、(6) 肺炎、(7) 慢性下呼吸道疾病、(8) 糖尿病、(9) 高血壓性疾病、(10) 敗血症。比較原住民族男性、女性前十大主要死因，其中惡性腫瘤皆居首位，心臟疾病、慢性肝病及肝硬化及腦血管疾病則居於男女第二至第五順位之間。至於排灣族的前三大主要死因分別為 (1) 惡性腫瘤、(2) 腦血管疾病、(3) 事故傷害。若依據縣市別分析，屏東縣原住民族的前三大主要死因分別為 (1) 惡性腫瘤、(2) 慢性肝病及肝硬化、(3) 腦血管疾病 (行政院原住民族委員會，2010)。

進一步探討惡性腫瘤的類別，2008 年原住民族死亡人數中，前三大主要癌症死因分別為 (1) 氣管、支氣管和肺癌、(2) 肝和肝內膽管癌、(3) 胃癌，排序在男女性相同。(行政院原住民族委員會，2010)。在排灣族，前三大主要癌症死因分別為 (1) 肝和肝內膽管癌、(2) 氣管、支氣管和肺癌、(3) 口腔癌 (行政院原住民族委員會，2010)。

若比較 2008 年原住民族與非原住民族的粗死亡率，原住民族以事故傷害 (每十萬人口 67.8 人)、慢性肝病及肝硬化 (每十萬人口 67.6 人) 及高血壓性疾病 (每十萬人口 25.0 人) 為前三大高於非原住民族倍數的死因，分別為 3.3 倍、2.3 倍及 1.7 倍 (行政院原住民族

族委員會，2010)。

由於全國性戶役政資訊系統自 2000 年起才附有原住民身分註記欄位，因此若要了解比較早年原住民的各死因死亡率唯有依靠行政區域劃分上，原住民比例較高的山地鄉來作為原住民人口的「族群替代指標」，另外，族群人口數量較多的族群，例如排灣族，則以其主要分佈的山地鄉，三地門、瑪家、泰武、來義、春日、獅子及牡丹鄉作為族群替代指標。以此方法計算下，山地鄉人口的與飲酒相關的死因中，慢性肝病及肝硬化的粗死亡率從 1971 -1980 年的每十萬人口 33.3 人增至 2001 - 2005 年的每十萬人口 108.3 人；惡化情形尤為劇烈的為痛風，在同一期間上升 36.5 倍。而排灣地區的情況亦類似 (陳慈立，2006)。

全民健保自實施以後，全國民眾的就診率皆在九成左右，而 2008 年原住民族亦不例外。但原住民族的門住診就診率較低全國低 5.1%，2008 年原住民族門住診就診率為 85.6%。就診率的計算為當年曾就醫人數除以年中人口數×100。若將 2008 年原住民族健保門診按西、牙、中醫分別觀察，西醫就診率為 83.1%，牙醫為 28.0%，中醫就診率則僅為 21.3% (行政院原住民族委員會，2010)。西醫門診就診件數，不論為男性或女性原住民，皆以呼吸系統疾病佔率最高。至於中醫就診率，最高者為損傷及中毒，就診率達 10.1%，其中

男性為 10.2%，女性為 10.0%。中醫就診率次高者則為骨骼肌肉系統及結締組織之疾病，第三高者則為徵候、症狀及診斷欠明之各種病態。

綜合而言，原住民的健康無論在平均餘命或疾病死亡率的重要公共衛生指標上，都存在比台灣整體健康情狀較差的現象。雖然台灣的整體公共衛生條件隨經濟快速發展而有顯著改善，加上 1995 年台灣開始實施全民健康保險。可是，根據對原住民及非原住民平均餘命持續出現差距，原住民的健康問題應不能單從診斷或治療上就可以解決，應納入考慮部落文化、心理及經濟等因素，從著重預防入手才可拉近與台灣一般民眾平均餘命的差距（Wen et al., 2004）。

2.1.7 屏東縣原住民

本研究的取樣地區為屏東縣設有原住民部落之鄉。屏東縣共有 33 個鄉、鎮和市，而設有原住民部落的包括三地門鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、霧臺鄉及滿州鄉共 9 個鄉。其中，除滿州鄉屬於「平地原住民鄉」外，其餘 8 個鄉均屬「山地原住民鄉」。

屏東縣內以排灣族所佔的原住民人口比例最高 (38,216 / 44,734 = 85.4%)。此外，屏東縣內的排灣族原住民人口為全台灣排灣族原住民人口的 42% (行政院原住民族委員會，2011)。排灣族祖先的發祥地為大武山。排灣族的宗教觀為超自然與多神祇的信仰。

表 2.1 屏東縣設有原住民部落 9 鄉的原住民族群分佈

原住民 族群	屏東縣設有原住民部落之 9 鄉								
	滿州 鄉	三地 門鄉	霧臺 鄉	瑪家 鄉	泰武 鄉	來義 鄉	春日 鄉	獅子 鄉	牡丹 鄉
總計	2180	7211	2921	6233	4936	7472	4593	4597	4591
阿美	199	40	12	43	24	34	16	33	256
泰雅	9	19	2	32	9	35	4	18	8
排灣	1958	5744	196	5408	4778	7089	4523	4323	4197
布農	7	45	11	13	19	27	20	23	15
魯凱	4	962	2686	618	11	12	6	5	4
卑南	0	9	0	8	3	4	0	1	2
鄒	0	3	2	1	2	5	0	2	1
賽夏	1	1	0	4	0	3	0	1	0
雅美	0	2	0	0	0	0	0	0	0
邵	0	1	0	0	0	0	0	0	0
噶瑪蘭	1	0	0	0	0	0	0	0	0
太魯閣	1	5	1	4	1	5	4	0	3
撒奇萊雅	0	0	0	0	0	0	0	0	0
賽德克族	0	1	0	1	0	0	0	0	0
尚未申報	0	379	11	101	89	258	20	191	105

資料來源：行政院原住民族委員會 2011 年 3 月原住民人口數統計資料，<http://www.apc.gov.tw/portal/>

2.2 風險社會的相關理論

2.2.1 風險

「風險」英文字的使用法與西班牙或葡萄牙語相似，意指駛入未標明的水域。它本來所指的是空間，後來被轉用在指時間，例如在計算投資的可能結果，現在一般可用在指任何不確定的狀況。風險的觀念在中世紀時並未出現，直到 16 和 17 世紀西方探險者進行遠洋的海陸貿易才出現（Giddens，1999/2001）。由此可見，在傳統的用法上，風險可以理解為自然災害所造成的客觀危險。

風險的核心概念就是或然率和不確定性。一件未來的事情，假如其結果已經是百分之百肯定，就不需要用風險的概念來進行預測估算。風險概念的興起，是與以未來為導向的社會密不可分。在傳統文化之下之所以沒有風險的概念，是因為一切發生的事情，皆可用運氣和神祇精靈的意思來解釋（Giddens，1999/2001）。當然，直到今日，魔法和命運等的迷信觀念仍廣泛存在東西方的社會，不乏深信不疑的追隨者。

雖然表面上從風險的角度看來，人們理應選擇風險最低的行為。然而，愛刺激和愛冒險也是人類的天性，因此才會欣然接受例如攀山

和飆車等存在一定風險的冒險行為。接受風險就正是在資本主義藉著計算未來得失大小而運作，創造現代經濟財富的來源。可是，隨著現代化和全球化所帶來的複雜性，本來企圖把風險用制度將之控制，但是，結果並不如預期。從工業革命與全球氣候變遷，到抗生素之濫用、核電站與核污染及生物技術的憂慮等可見一斑（伍旭升，2002）。

今日社會與工業革命前的社會，或是更早期的社會相比，不能否認源自大自然的風險如洪水、飢荒或瘟疫等，經由科技的發展，在富裕地區已近絕跡。可是，另一方面，同時亦因科技發展的現代化，創造出無法駕馭的「人為風險」(manufactured risk)，這樣的現象可以說是風險的轉移（Giddens，1999/2001）。亦因此出現以不同角度企圖為這種現象進行詮釋，例如統計學、精算學、人類學、文化學及社會學，其中一個具有洞察力和學理性的主要流派就是風險社會理論（楊雪冬，2006）。

2.2.2 風險社會理論概述

「風險社會」一詞發展於 20 世紀 80 年代的一個概念，主要是由德國社會學家烏爾里希•貝克（Ulrich Beck）對現代化所產生社會結構的鉅變及其帶來危機所始創之理論。由工業社會的「簡單現代

化」，進階到所謂的「第二現代」，也稱為「反省性的現代化」。現代化的演變過程，是由工業社會之社會變遷為風險社會，而非進入後現代社會（孫智辰、郭俊巖，2010）。風險社會理論是一種重視制度面向的社會學批判性理論，其認識論基礎是反思的現實主義。貝克的《風險社會：通往另一種現代化之路》(*Risikogesellschaft, Auf dem weg in eine andere Moderne*)一書於1986年在德國出版，英文版(*Risk Society: Towards a New Modernity*)於1991年出版，1999年他再出版了另一本英文版論著《世界風險社會》。風險社會理論透過「反身性」(*reflexivity*)的「自我對質」(*self-confrontation*)，期望喚醒現代人對科學和現代化的反省，通過理解當前社會現象及其本質，政策制訂者在策劃制度時便可有所依循。

從啟蒙運動興起後，科學取代宗教成為主導，人們樂觀的相信科學將會帶領人類不斷進步，亦同時有效控制原本威脅人類的自然災害。可是，科學的發展及其對生態及環境的「副作用」似乎已超出它本身所能控制的範圍，增加風險，可稱得上是現代化的反撲。換言之，「人為」所造成的災害比傳統的大自然災難來得嚴重，成為主要威脅生命財產的風險根源（孫智辰、郭俊巖，2010）。

而風險社會理論在這方面就能闡明三個尖銳的問題，即可持續性

的經濟增長、無處不在的有害技術以及還原主義科學研究的缺陷。由於沒有能夠找到有效控制「制度性控制」的手段，也沒有認識到還原主義科學的局限性，因此造成整個社會因為科技威脅而惶恐不安（王小鋼，2007）。風險社會理論則在這樣的環境下，令人們認識到對社會秩序的假設需要適當對制度提出質疑，以及社會進步信念等集體觀念也需要反思。

貝克對風險的概念作 8 點總結：(1) 風險既不等於毀壞也非對安全的信任，而是虛擬的現實；(2) 它是一種具有威脅性的未來變成了影響當前行為的參數；(3) 它既是對事實也是對價值的陳述；(4) 它是人為製造出來的不確定性，並暴露了政府控制風險能力的匱乏；(5) 它是關涉知識和無意識/非知識（unawareness/non-knowledge）的某種特殊的綜合；(6) 它同時具有全球性與本土性；(7) 日常的認識遮蔽了危險的傳播和活動，因此知識和風險的潛在影響之間存在差距；(8) 風險社會的概念消除了自然與文化之間的差異（周戰超，2005；王小鋼，2007）。

隨著科技發展而來的高度工業、資訊化與政治、經濟和社會的全球化，人類的生命情境從傳統社會帶入現代化社會，尤其是現代化社會對大自然環境的破壞，激發大眾對現代化的反思。工業社會的技術

經濟發展的後果，不僅帶來人為危難與社會不平，同時衍生難以預測的未知風險，風險徹底滲透到人類生活、社會體系、政治經濟結構的各環節（Beck, 1999/2004）。相對貝克，另一位英國社會學家紀登斯（Anthony Giddens）對風險社會有較為正面看法，他認為只要把風險控制得宜，積極冒險是一個有活力的經濟體系及有創新社會所必需的核心要素（Giddens, 1999/2001）。

本研究採用吳慎慎（2003）把風險社會分為四個面向的模式進行分析，四個面向為（1）不確定的風險與知識、（2）失靈的專家系統、（3）個人化和建制化及（4）自我的反思性學習。以下為該四個面向的內涵加以說明。

2.2.3 不確定的風險與知識

貝克認為在風險社會中，不明的和無法預料的後果是歷史和社會的主宰力量（王小鋼，2007）。他提出反省式現代化是以自我對質，以副作用的觀點，說明第二現代全球化社會發展所產生的副作用給人類帶來的風險，指出「非知識」的後果問題比知識更值得作為現代性之探討。在此，貝克所指的「非知識」就是我們沒有辦法知道的知識。人類的知識是藉由科學實驗操作和理性邏輯的演繹不斷的累積，得知的

知識並不是線性的增加，當人類獲得的知識愈多，反而知道屬於非知識的事物會愈多。可是，這些非知識卻是被忽略，或是被當作是統計數據下可以容忍的範圍，結果是引發非意圖的後果，造成不確定的風險並威脅到人類的生存（Beck, 1999/2004）。

貝克對「非知識」進一步分析為一種潛在可能的「知（識）」及「未知」的形式。它可解釋為幾個類型：（1）對風險知識選擇性的接受或傳遞；（2）知識的不確定性本質；（3）對事物之知識誤解或錯誤判斷；（4）無能去知（包括已知道或受到壓力而無能力去知）；（5）無意欲去知；（6）真正無（未）知，其可表現為「不知的無知」（unknown unawareness）（Beck, 1999/2004）。

由於對安全、穩定的追求，構成人類心理需求的一個重要層次，傳統社會有不少機制便應運而生，幫助人們處理生活中的不確定性，如巫術、風水、占卜和宗教儀式等，皆是以人為努力來降低風險發生機率的動機與期望。但另一方面，自西方啟蒙時代以來，理性主義興起，漸漸將風險的成因、結果和控制方式，都藉助科學知識來加以計算和規劃。可是，科技與知識發展過度複雜化，使得非知識因素造成無法預期的副作用後果。科學的專業化越高、科學實踐之間所面臨的複雜性就越大，因而科學結果的不可計算性也就越強。因此，貝克主

張人們應從傳統的科學觀走出，認識到科學本質的不確定性，認清其副作用是越來越無法預見和評估，傳統的控制觀也不復回來（Beck, 1986/2004）。

2.2.4 失靈的專家系統

傳統社會中人際組織的互動關係建立在人對人的信任。然而，紀登斯稱現代社會的制度性機制為「專家系統」(expert systems)，現代社會的運作相當仰賴專家系統，專家系統生產關於生活世界各方面的資訊以提供大眾參考，並以此為日常生活的重要依據，因此人們的信任對象也從過去的個人信任轉向系統信任，專家系統成為一般公眾安全感的主要來源（Giddens, 1991/2005）。

專家知識所提供的資訊、建議、警告等在傳播上不僅範圍廣，而且速度快。生活在這樣的環境條件下，人們不再是單純的或是習慣性的遵循世代沿用的傳統知識技能。然而，專家系統的信任與一般人與人之間的信任不同。人與人之間的信任是建立在熟識的關係上，但是，專家常常不是生活中所熟識的人，因此，信任專家並非信任專家本人，而是對其所代表的系統有信心。如同病人面對就醫選擇時，往往是相信一個醫療機構下的所有醫護人員，而並非依照長期醫生與病

人之關係所培養出來對某一位醫師的信任。這種從對人的信任轉變成對系統的信任為主之人際互動方式乃是現代化的一大特色 (Giddens, 1991/2005)。

雖然專家可以在嚴格控制變項的實驗室中準確預計結果，但人類社會不是密閉空間、專家知識在日常生活的應用上，仍然充滿了大量不確定性與及不穩定性。因此，可以說專家系統將人類帶入一個實驗的環境中，但此一實驗卻超出人類所能控制的能力範圍內 (Giddens, 1999/2001)。此刻所擁有的知識是否會在下一刻被否定，是無法預知。此外，不同立場的專家往往持有不同的意見與主張，使專家系統無法建立在一個不變的基礎上。而且隨著專家系統變得越來越專門化，領域劃分越來越細。一個人可以在某個領域作為專家，但是在其他的生活領域中，他就和一般人同樣無知 (楊雪冬，2006)。亦是此等原因造成現代人漸漸對所謂專家意見抱持懷疑的態度。

2.2.5 個人化和建制化

貝克以「個人化」(individualization) 與「建制化」(institutionalization) 說明當前全球化風險社會個人生命的處境。現代性取代傳統支配的規範，給予人們的生活意義和社會認同所參照

的架構。傳統的知識、信仰和引導規範失去了意義，造成社會和個人生活的不確定性，喪失自我安全感，使得人們必須重新尋找自我生存的意義和社會的價值。這種從舊有的傳統規範中解放，到失去原有傳統的安全感，再重新建構生活意義的歷程，貝克稱之為個人化的歷程，是個人與新的社會化模式。

貝克(1994)個人化的論點包含(1)抽離化(disembedding): 傳統主導的社會脈絡及提供的社會形式和承諾消失了，個人從舊有的社會形式與聯繫中解脫；(2)不穩定(loss of stability): 傳統的知識、信仰和指引的規範失去了意義，導致傳統安全感喪失。(3)重新整合(reintegration): 意義改變，重新建構，產生新的社會聯繫和承諾 (Beck, 1986/2004)。

雖然個人化是新的社會化歷程，然而，新型的社會整合必然的挑戰就是如何重新建立制度。當代社會個人化趨勢看似個人擁有自由自主的選擇，負擔自己選擇生活方式的責任。但是，因為個人與社會之間是存在著制度依賴的關係。社會結構的力量可以透過政治，經濟，教育，職業和消費等機制，間接操縱每一個人的標準生命進程。因此可見，愈是高度現代化的社會，個人的自主性愈是受到限制。所謂個人化只是把人從傳統社會的模式走向重新整合的社會機制而已

(Beck, 1986/2004)。在重新整合的過程中，被結構受制約於新的社會現實和新的社會文化，使個人的生存狀態處於：(1) 顯得愈來愈沒有穩定的集體意識參照點或文化生活的定點；(2) 愈是個人化就愈建制化和標準化；(3) 個人對制度依賴市場、法律、教育、職業的情況愈高，制度更容易約束與控制個人。

2.2.6 自我的反思性學習

當前全球化風險社會中，知識不確定，專家系統失靈，個人化和建制化的生活模式使得生命情境變得多元且複雜，每一個人的日常生活常被影響。面臨現代化社會，反而需要自覺的生活方式、個人需要不停的學習、不斷的轉化並主動積極在自身的日常生活中反思判斷。這也就是風險社會概念中，現代化社會缺乏自我反思和獨立思考的能力。

貝克指出為了個人自我的生存，必須發展以自我為中心的世界觀，重視自我、社會和世界的關係 (Beck, 1986/2004)。貝克認為我們再也沒有可靠的知識，因為在風險社會裡，風險不再是可以透過知識預測或計算而得，更值得探討的是「非知識」的問題。當個人的選擇性與決定性的負擔增加時，個人必須要對其風險有更多的知覺、

反省與學習才能適應面對的危險與不確定性（孫智辰、郭俊巖，2010）。

綜上所論，現代化的步伐不但會繼續往前，隨著全球化的漫延，人們所需要面對的風險只會與日俱增，加上不確定的知識，難於值得信賴的專家及社會機制的間接操縱，今日人們必需進行反思性的學習，以化解複雜多變的生命情境，尤其是每一個人生存的每一刻所必然面對的健康與疾病問題。

2.3 健康、疾病與醫療風險

生活在文明社會的人類，一方面享受科技文明所帶來的物質方便，但隨之而起的風險，已經超越人類知識的極限，再無法有效預防「非線性複雜系統」(nonlinear complex systems) 互相影響下所帶來之不確定性。從歷史上三次的大型核能事故，分別為發生於 1979 年美國三哩島核電廠、1986 年烏克蘭車諾比核電廠及 2011 年日本福島縣核電廠的化學及物理性浩劫，到基因重組技術對環境及生物所造成的災難，顯示出不論如何設置訓練有素的技術人員和管理系統，依然是無法避免高度複雜和緊密相依的系統所帶來的意外風險及災難 (Perrow, 1999/2001)。現代的複雜醫學程序和醫學器材，例如

電腦控制劑量的放射性儀器當然也不例外。加上近年不斷在世界各地出現的新興疾病對人類的威脅，例如愛滋病、嚴重急性呼吸症候群、非洲依波拉病毒，甚至是基因變種的流行性感冒病毒，在造成人心惶惶的同時，亦引起部份人對現代主流醫學的反思。

2.3.1 醫療與風險

現代醫學是否有改善人類整體的福祉仍有討論的空間，但世界人口快速增加的因素，為嬰兒死亡率的下降及平均壽命的上升卻是不容置疑。1800 年的世界人口約為 9.78 億人，兩百年就人口就增加超過 6 倍，達到超過 68 億。嬰兒死亡率及平均壽命的改變則是由於營養和生活環境的改善，加上對傳染病的有效預防及治療。但是，貝克亦質疑現代醫學所帶來的大量「慢性病」。這樣的情況部份可歸咎於現代醫療診斷技術的發展，造成一些根本無法治療的所謂「慢性病」。甚至可以說，醫學就是在創造出一些病理狀況，而這些狀況的定義就是等同它們將永遠不可治癒（Beck, 1986/2004）。

台灣地區死亡率降低與壽命的增長，部份也可歸因於西方醫藥技術的發展和介入。醫藥科技的進步和醫療服務的普及化，促使人們對科學的倚賴。但是，隨醫療技術快速進步，出現了無法可以預期的後

果，事實上，所有醫療行為都帶有風險。就如赫胥黎在 1932 年發表的《美麗新世界》中所說：「醫學已經進步到不再有健康的人」。

醫療化 (medicalization) 是社會體制的一種權力運作，它不斷把更多的行為和狀態被定義為醫療問題，且需要以醫療方式來解決。醫療取代如法律和宗教的社會制度監控社會上的偏差行為。但是，在過程中，醫學為了鞏固它的權力，侵入許多非醫學的生活領域。近年已經出現對現代醫療及其相關產業提出質疑，例如生產醫療化、停經期症候群、勃起功能障礙等「賣藥先賣病」的社會現象 (Blech, 2003/2004 ; Blech, 2005/2006)。因此，當人們面臨個人的健康問題時，在缺乏醫療專業知識的侷限下，加上社會體制的操縱，根本無法確定他們所面對的醫療風險。

顧忠華 (2001) 的研究指出，現代社會制度是以專家系統為基準，但由於專業理性化後，不同觀點與立場的專家持有不同的意見，使專家系統無法建立在一個穩定的基礎上。在此情況下，往往未能提出對風險範圍的有效管理與責任的保證，因此，在社會上構成失去對專家信任的危機，亦造成科學上的風險盲點。因此，失靈的專家系統會加劇風險的不確定性。

醫療專業技術的風險，信任與責任都和健康風險感知有密切關

係。風險社會意指科技風險，高科技可能帶來的高風險，要我們瞭解科技是一種潛在的危險，進一步反省現代化科技可能帶來的風險。因此，除了有需要加強大眾對醫療風險知識的認知外，更有必要提高大眾對「醫療化」的壟斷進行反省。貝克亦提醒過往「健康」和「疾病」的觀念已經從它本有的自然性，淪為醫療制度下所操控的一個概念 (Beck, 1986/2004)。

2.3.2 健康與風險的因子

風險概念的意涵包括人們主觀意識的心理狀態，所以安全及穩定的追求，是構成人們心理需求的一個重要層次。顧忠華 (2001) 指出傳統社會中，為幫助人們處理生活不確定性，出現如宗教儀式、巫術、占卜及風水等的機制，它們的內在意涵都是祈望藉人為的努力，降低發生風險的機率。

由於科學技術的進步，人類越來越無法預測技術的後果，如同風險社會中，專家系統的失靈，可能帶來的衝擊是造成人類自我的危害。貝克指出，危險的來源不再是無知，而是知識，科技已經成為潛在的危險。貝克亦指出人類要預防本身製造出來的意外後果，也就是副作用的問題。副作用原本被認為是可以利用知識加以預測與控制，

並且降低問題發生的機率，如今可能嚴重威脅到人類的生存。然而，透過計算，人類也許可以知道風險發生的機率，但人類還是無法知道風險究竟會在何時發生（顧忠華，2001）。

隨著現代專業體制下，專家系統成為科學知識與科技應用的指導者亦是人們生活知識的指標。周桂田（2008）研究指出，專業知識民主化使科技決策過程之專業知識的權威性經常造成風險決策的困境，一方面缺乏多元、透明的決策程序，另一方面往往嚴重忽略、掌握與理解社會風險感知與價值，而造成社會高度的不信任。因此，為避免專業壟斷，擴大科學審查成為民主化專業知識重要的實踐。

即使是在多元的專業知識下，對於科技風險不確定性問題，會因不同社會價值與風險知覺之多樣性而有差異，如果能發展風險決策並且納入多元性、多層次性與多樣性之治理規範，在此多元性的評估也能提供不同觀點的解釋。因此，無論是在知或行的層面，都需要進行深刻的自我反省，盡量減低風險發生的可能性。

2.3.3 就醫取向與風險知覺

無論社會如何轉變，傳統亦是該社會文化的一部分。傳統社會中，不同族群都有相異的疾病觀念和醫療基礎。對原住民而言，傳統

醫療是貼近於該族群的文化習性，其功能象徵引導文化中的個體，理解自身認為最合理、最容易接受的方式來維持身體健康。但是，對於現代醫療專業化的發展，影響原本對醫療知識的認知，人們在面臨選擇就醫取向的同時，如何在日常生活與不確定性的風險因子中，建立自我認同的信任機制？

尋求幫助行為的社會心理模式強調自我覺察的重要性，尤其是個人察覺自己是否有能力維持正常的社會角色。然而，個人的家庭及社會族群，會影響個人知覺的過程。個人是透過與其他人的互動與接觸來處理自己的疾病，並且獲得醫療問題以及情緒方面的支持。個人及社會如何面對健康問題也反映出該族群及社會的文化、常規及價值觀。一般民眾身體狀況、心理因素和社會環境以及他們對於疾病特徵的認知與定義、疾病的危害等，都會造成民眾尋求醫療照護的選擇之不同治療方式，健康並非只是一個生物學的議題，它牽涉到的因素更包括社會、文化、政治及經濟的方面（Cockerham, 2001/2002）。

張荳雲（2002）的研究提出求診的風險模型，意指個人在醫療照護的使用會因人口特質和社會經濟地位而有所差異。性別與年齡可預測其求醫與求助行為。男性與年輕人較不常有求助、求醫行為；而女性及年長者較常有求助、求醫行為。

張珣 (1983) 研究認為不同個人特徵會影響求醫的方式。性別上，女性比男性容易找醫療者；男性嚴重時才會找醫療者。年輕的女性會選擇到西藥房或看西醫；中年的婦女則會兼尋求民俗療法、秘方或中醫。中年婦女會尋求民間各種療法，可能是因為她們對生命的經驗與生病的經驗較為豐富。在社會經濟地位方面，經濟收入較高的家庭，其就醫的機率比較低經濟收入的家庭高。

至於在西醫和傳統醫療的就醫取向方面，馬維駿 (2007) 的研究發現西醫醫療是目前太魯閣族部落主要的醫療體系。徐菁莘 (2007) 的研究亦發現西醫醫療提供快速解決疼痛的方式。在泰雅族部落裡，西醫的運用以急性病為主。曾妤珊 (2008) 的研究顯示，原住民在醫療的認知和使用上都較傾向於實證療法的方式。陳芬苓和徐菁莘 (2008) 的研究發現桃園縣復興鄉泰雅族人使用的醫療服務目前以西醫療法為主。

綜合以上所述，有關個人就醫取向及風險知覺，個人會以自身的生命歷程，或者自己和別人患病的經驗去檢視自己的就醫選擇。面對現代社會疾病的複雜性，人們要學習自我覺察，透過決策來評估風險、抑制風險，同時尋求各種途徑來防止就醫風險的發生。

第三章 研究方法

3.1 研究架構

本研究為橫斷式問卷調查，採立意取樣法，以結構式問卷發放選取屏東縣的原住民族群填寫，探討其對傳統醫療與西醫療法的態度，並透過風險社會理論，瞭解傳統醫療態度與西醫療法的態度的相關因子。研究架構如圖 3.1。

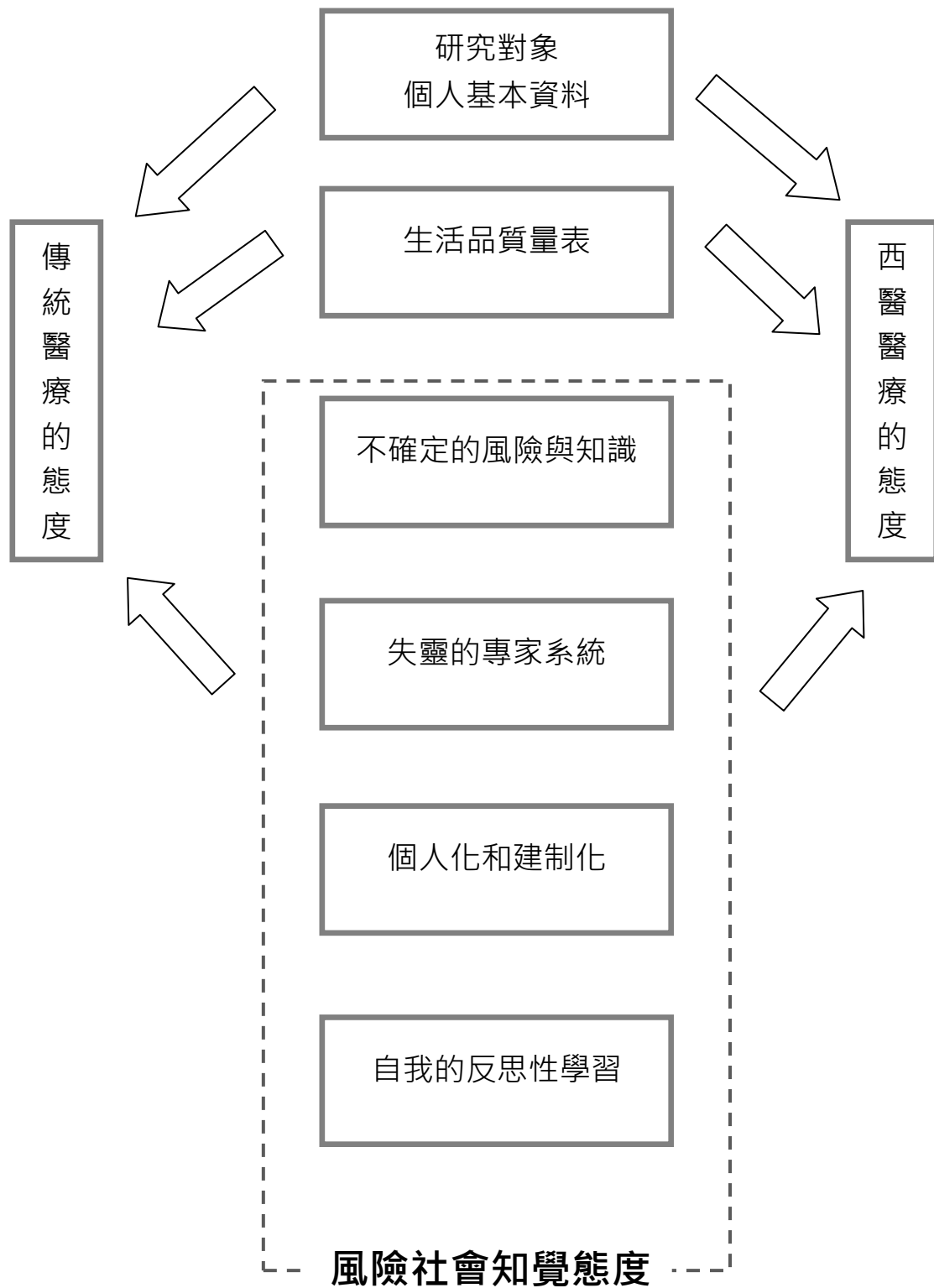


圖 3.1 研究概念架構圖

3.2 研究對象及取樣方法

本研究採立意取樣法，根據研究者對群體的了解作出判斷，並配合滾雪球方式，以有目的性的抽樣方式選取研究對象 (圖 3.2)。研究對象的來源分別為學校及醫院門診兩類 (附錄 A) 共包括 3 類：屏東縣原住民身分的教職員、高中學生及門診病人。首先，以立意抽樣方式從屏東縣 9 個設有原住民部落的鄉之中選取 6 個人口數目較多的鄉，再於每 6 個鄉中選取共 11 間國小及 1 間國中，選取原住民身分的教職員為研究對象。另外，於來義鄉一所高中，選取原住民身分的高中學生共 55 人。最後，於屏東基督教醫院所設的原住民特別門診，在獲得院方同意後，向原住民身分的病患進行訪問。

問卷施測期間為 2010 年 3 月份，問卷施測前，由研究者加以說明問卷內容及目的，並經由受訪者本人詳閱問卷受訪同意書 (附錄 B)，簽章同意後，開始進行問卷之填寫。填寫過程中，不限制填答時間。共發出問卷 210 份。

問卷回收後，皆以編碼方式處理相關資料與分析，與本研究相關問卷肯定妥善保管，僅供學術研究之用途，個人資料絕對保密不對外公開，確保受訪者權利及隱私。研究過程中，受訪者若有欲退出本研究時，將尊重其意願，可自由決定，不需提供任何原因。

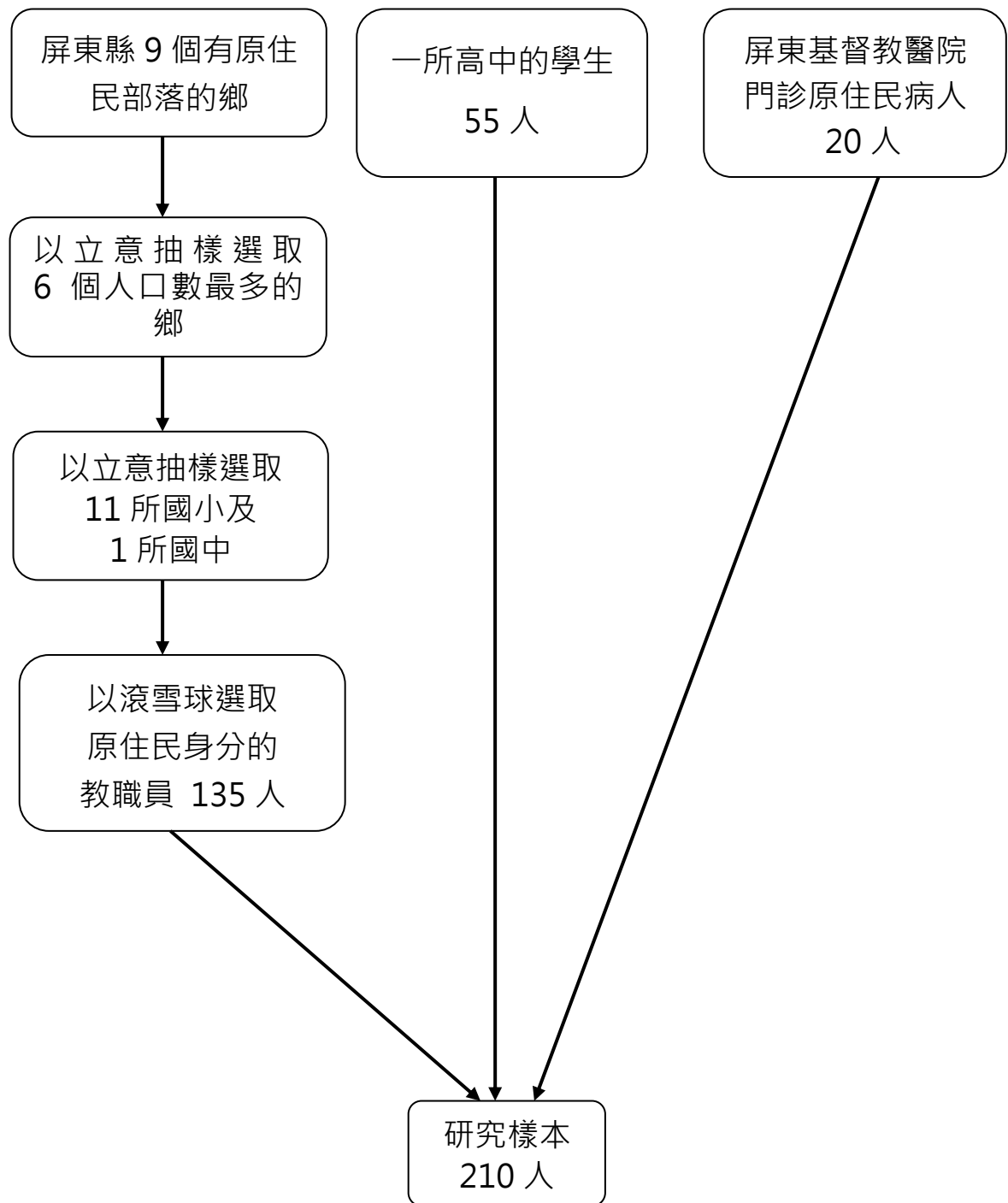


圖 3.2 研究樣本取樣

3.3 研究工具

本研究以結構式問卷為資料收集工具，問卷內容包括基本資料、生活品質量表、西醫療法的態度、傳統醫療的態度、風險社會知覺及第一時間的求醫取向共 6 個部份。本研究將風險社會知覺量表分為「不確定的風險與知識」、「失靈的專家系統」、「個人化與建制化」以及「自我反思性學習」等四個構面，各構面內所有問題參照吳紋青之研究(2005)(附錄 C 及附錄 D)。「不確定的風險與知識」定義為：對風險產生的後果、知識變換的速度、高科技的風險、日常生活的風險及風險不確定性的知覺狀態。「失靈的專家系統」是對專家的依賴、專家意見、政策和政府官員公佈的檢查標準的知覺狀態。「個人化和建制化」是對風險的焦慮、擁有自主權、選擇生活型態、無形規範、選擇增多也增加風險的知覺狀態。「自我的反思性學習」則是對現今社會需要學習能力的知覺狀態，包括適應社會改變的能力、提升風險察覺的能力、面對風險的基本態度及精神、不停學習的能力及風險的相關知識。

因考量受訪者對風險社會知覺相關因子問題的理解度、題目設計及問題措詞的運用，均會影響答案的信度及效度，正式問卷施測前，先隨機選取各五個原住民高中生及五個大學生進行預試問卷填寫，針

對問卷內容過度艱深之字彙詞句作為修正的參考，再與指導教授討論後修改問卷內容及順序編排。

西醫療法的態度及傳統醫療的態度之間卷量表，參考康翠秀 (1996) 之間卷內容改編而成 (附錄 C)。問卷自編部份包括基本資料及第一時間的求醫取向，其他問卷量表參考資料 (表 3.1)。依據 De Vellis 的觀點認為 Cronbach's alpha 值介於 0.65 至 0.70 之間是最小可接受值；在 0.70 至 0.80 之間，表示相當好；在 0.80 至 0.90 之間表是非常好 (吳明隆，2000)。本研究所使用之量表，西醫療法的態度量表的 alpha 係數只達 0.48，顯示該量表的內部一致性偏低，代表量表可能含有多個向度。至於，SF-8 生活品質量表、傳統醫療的態度量表和風險社會知覺總量表的 alpha 係數皆達 0.79 以上，表示該 3 個量表具有相當好之內部一致性信度。

表 3.1 問卷量表之信度分析表

問卷內各部份量表	Cronbach's alpha 係數
SF-8 生活品質量表	0.86
西醫療法的態度量表	0.48
傳統醫療的態度量表	0.79
風險社會知覺總量表	0.91
風險社會知覺：不確定的風險與知識	0.69
風險社會知覺：失靈的專家系統	0.69
風險社會知覺：個人化及建制化	0.85
風險社會知覺：自我反思性學習	0.92

本問卷編製共有七個部分需要進行計分，計分方式採用李克特量表 (Likert scale) 五點型式呈現，正向題的題項計分時，給予 5、4、3、2、1 分；而反向題的題項計分時，則分別給予 1、2、3、4、5 分，並將問卷中反向計分的題項重新編碼。其內容分述如下：

(一) 基本資料：包含性別、年齡、身高、體重、教育程度、婚姻狀況、職業種類、原住民身份、族別、宗教信仰、每月家庭平均收入、是否加入全民健康保險共 12 題。

(二) 生活品質量表 (SF-8 Health Survey)：本研究採用英文版本之量表，翻譯為中文版本之量表，其 Cronbach's alpha 值 0.86。總共有 8 個問題的問題卷，主要評估對自我健康狀況的感覺及心理感受而影響生活品質。第 1 和第 4 個問題計分由 1 到 6 分為反向題，其餘的題目為 6 分到 1 分的正向題。過去一個月內自覺健康狀況，分數越高，表示自覺健康狀況越好。

(三) 西醫醫療的態度量表：總共 15 題。因為量表內的題目是屬於正向題或是反向題並無過去研究的文獻可依，因此，該量表內的 15 題的題目以因素分析檢定，並把要萃取的因子數目固定為兩個。所得之結果為兩個分別代表西醫

療法的優點及缺點的因素。優點包括題號 3、5、6、8、9 及 12 共 6 題，缺點包括題號 1、2、4、7、10、11、13、14 及 15 共 9 題。繼而將代表缺點的 9 題設為反向題重新編碼，再將所得的 15 題的得分加總。分數越高，表示對西醫療法的認同度高。最低總分得分為 15 分，最高總分得分為 75 分。

(四) 傳統醫療的態度量表：總共 14 題。反向題的處理亦如西醫療法的態度量表。因素分析的結果顯示代表傳統療法的因素分別優點的題號 1、2、3、5、6、8、9、10、11、12、13、14 共 12 題及缺點的題號 4 和 7 共 2 題。代表缺點的 2 題設為反向題重新編碼，再將所得的 14 題的得分加總。分數越高，表示對傳統醫療的認同度高。最低總分得分為 14 分，最高總分得分為 70 分。

(五) 風險社會知覺量表的内容分述如下：

(1) 不確定的風險與知識，共 10 題。其中第 10 題為反向題。分數越高，表示風險社會知覺高。最低總分得分為 10 分，最高總分得分為 50 分。其內涵包括：風險產生的後果 (問卷第五部分第 1 題)、知識變換的速度 (第 2 題)、高科技的風險 (第 3、

4、5 題)、日常生活的風險(第 6 題)、風險不確定性的知覺狀態(第 7、8、9、10 題)。

(2) 失靈的專家系統，共 10 題。其中第 1、6、7 題為反向題。分數越高，表示風險社會知覺高。最低總分得分為 10 分，最高總分得分為 50 分。其內涵包括：專家依賴(問卷第六部分第 1、2 題)、專家意見(第 3、4、5、6、7、8 題)、政策和政府官員公佈檢查標準的知覺狀態(第 9、10 題)。

(3) 個人化與建制化，共 10 題。分數越高，表示風險社會知覺高。最低總分得分為 10 分，最高總分得分為 50 分。其內涵包括：風險的焦慮(問卷第七部分第 1 題)、擁有自主權(第 2、3、8、10 題)、選擇生活型態(第 4、5 題)、無形規範(第 6 題)、選擇增多也增加風險的知覺狀態(第 7、9 題)。

(4) 自我的反思性學習，共 10 題。分數越高，表示風險社會知覺高。最低總分得分為 10 分，最高總分得分為 50 分。其內涵包括：適應社會改變的能力(問卷第八部分第 1 題)、提升風險察覺的能力(第 2、9 題)、面對風險的基本態度及精神(第 4、6 題)、不停學習的能力及風險的相關知識(第 3、5、7、8、10 題)。

(六) 風險社會知覺量表整體總分：

以風險社會知覺量表中的 (1) 不確定的風險與知識、(2) 失靈的專家系統、(3) 個人化與建制化、(4) 自我反思性學習共四個面向的分數加總。分數越高，表示整體風險社會知覺高。最低總分得分為 40 分，最高總分得分為 200 分。

3.4 資料處理與分析

本研究收集所得問卷：(1) 個人基本資料、(2) 生活品質量表、(3) 西醫醫療的態度量表、(4) 傳統醫療的態度量表、(5) 風險社會知覺量表和 (6) 第一時間的求醫取向，進行資料檢查除錯，資料經整理、譯碼及建檔後，以 SPSS 12.0 for Windows 套裝軟體進行統計分析，以次數分配檢查是否有遺漏資料及輸入錯誤，進行資料正確性之檢定。並依本研究目的及變項性質，選擇適當統計方法進行資料分析。

變項當中含多個選項者，首先重新編碼，合併為二元類別變項，編碼後的類別如下：

教育程度：(高中及以下) 與 (大專及以上)

婚姻狀況：(已婚) 與 (未婚、離婚、其他)

族別：(排灣族) 與 (魯凱族及其他)

宗教信仰：(基督教及天主教) 與 (佛教、道教及其他)

家庭每月平均收入：(60,000 元及以下) 與 (60,000 元以上)

1. 以描述性統計分析個人基本資料、生活品質量表得分、西醫療法態度量表得分、傳統醫療態度量表得分、風險社會知覺量表得分 (包含「不確定的風險與知識」、「失靈的專家系統」、「個人化與建制化」和「自我反思性學習」四個面向)。類別變項以次數分配及百分比顯示，連續變項以平均值±標準差和最小值、最大值顯示。
2. 西醫療法態度量表得分及傳統醫療態度量表得分，分別以斯皮爾曼等級相關係數 (Spearman rank order correlation coefficient) 與個人基本資料、生活品質量表得分及風險社會知覺量表得分 (包括風險社會知覺的四個面向) 進行分析。
3. 以多因子複迴歸分析 (multiple linear regression analysis) 逐步選擇法 (stepwise selection) 探討西醫療法量表得分及傳統醫療態度量表得分的獨立因子。納入模型考量的變項包括：性別 (二

元變項)、年齡(連續變項)、體重(連續變項)、教育程度(二元變項)、婚姻狀況(二元變項)、學生身份(二元變項)、原住民身份(二元變項)、族別(二元變項)、宗教信仰(二元變項)、家庭每月平均收入(二元變項)和風險社會知覺整體態度得分(連續變項)。

4. 以多因子複迴歸分析逐步選擇法探討風險社會知覺量表得分之顯著獨立因子。納入模型考量的變項包括：性別(二元變項)、年齡(連續變項)、體重(連續變項)、教育程度(二元變項)、婚姻狀況(二元變項)、學生身份(二元變項)、原住民身份(二元變項)、族別(二元變項)、宗教信仰(二元變項)及家庭每月平均收入(二元變項)。

5. 以次數分配及百分比顯示受訪者若在面對疾病時的求醫方式，疾病及症狀共 11 種，包含感冒、慢性肝炎、腸胃炎、憂鬱症、糖尿病、高血壓、肝癌、氣喘、痛風、帶狀性皰疹及膽結石。至於求醫方式共分為 6 類，包括自行購買西藥、看西醫、看傳統醫療、改變生活型態、不處理及其他。

第四章 研究結果

本研究於 2010 年 3 月至 2010 年 5 月間進行，共向 210 位對象發放問卷，回收 192 份，扣除填答不完整者，總計有效問卷 182 份，有效問卷回收率為 86.7%。研究對象的戶籍分別為三地門鄉（35 人）、瑪家鄉（23 人）、泰武鄉（26 人）、來義鄉（55 人）、春日鄉（36 人）、獅子鄉（7 人）。

4.1 基本資料描述性統計分析

表 4.1 為本研究之問卷填答者之基本資料描述性統計，其中 70 名為男性（38.5%），112 名為女性（61.5%）。年齡層分布以 31 至 40 歲最多，計 55 人（30.2%）；其次為 21 至 30 歲共 33 人（18.1%）；接著依序為 20 歲及以下共 31 人（17.0%）；41 至 50 歲共 32 人（17.6%）；51 至 60 歲共 22 人（12.1%）；61 歲及以上共 9 人（4.9%）。

教育程度方面，以大學及以上程度者最多（58.8%），其次為高中（職）共 51 人（28.0%），接著依次專科共 18 人（9.9%），國中 2 人（1.1%），國小共 4 人（2.2%），沒有不識字的填答者。

婚姻狀況方面，已婚者共 110 人 (60.4%)，未婚者共 64 人 (35.2%)，離婚者有 4 人 (2.2%)，有 2 位勾選「其他」項目 (1.1%)，但未註明婚姻狀況為何，亦有 2 位沒有回答此題 (1.1%)。

職業類別方面，以教職人員較多，計 94 人 (51.6%)，其次依序為學生 32 人 (17.6%)，公職 21 人 (11.5%)，醫護 8 人 (4.4%)，農林漁牧 5 人 (2.7%)，商業 4 人 (2.2%)，待業中 3 人 (1.6%)，其中勾選其他項目者有 14 人 (7.7%)，亦有 1 位沒有回答此題 (1.1%)。

原住民身份 (以戶口名簿為主) 中，屬於山地原住民者有 169 人 (佔有作答者之 92.9%)，屬於平地原住民者有 9 人 (4.9%)，亦有 4 位沒有回答此題 (2.2%)。

族別中，屬於排灣族者有 158 人 (86.8%)，屬於魯凱族者有 17 人 (9.3%)，其他族群者有 7 人 (3.8%)。宗教信仰方面，以信仰基督教者最多，114 位 (62.6%)，天主教 37 位 (20.3%)，佛教 3 位 (1.6%)，道教 1 位 (0.5%)，有 24 位勾選「其他」項目 (13.2%)，亦有 3 位沒有回答此題 (1.6%)。

在家庭每月平均收入部分，收入高於 10 萬元及以上者計有 37

人 (20.3%)，其次 4 萬至 6 萬元者有 34 人 (18.7%)，低於 2 萬元及以下者有 30 人 (16.5%)，6 萬至 8 萬元者有 29 人 (15.9%)，2 萬至 4 萬元者有 27 人 (14.8%)，8 萬至 10 萬元者有 18 人 (9.9%)，亦有 7 位沒有回答此題 (3.8%)。

全民健康保險部分，大部份填答者均有加入全民健康保險，共 173 位 (95.1%)，沒有加入者有 4 位 (2.2%)，亦有 1 位沒有回答此題 (0.5%)。

連續變項包括生活品質量表得分、西醫療法態度量表得分、傳統醫療態度量表得分、風險社會知覺量表得分及其四個面向的得分，以平均值±標準差及最小值和最大值顯示。西醫療法態度量表得分的變異係數 (coefficient of variation, CV) 為 10.4% ($4.2 \times 100 / 40.5$) 比傳統醫療態度量表得分的變異係數之 11.5% ($5.4 \times 100 / 47.0$)，顯示兩者的態度而言，受訪者的態度的差異性頗為接近。

表 4.1 基本資料描述性統計

項目	人數	百分比
性別		
男	70	38.5
女	112	61.5
年齡 (歲)		
20 及以下	31	17.0
21-30	33	18.1
31-40	55	30.2
41-50	32	17.6
51-60	22	12.1
61 及以上	9	4.9
教育程度		
不識字	0	0
小學	4	2.2
國中	2	1.1
高中 (職)	51	28.0
專科	18	9.9
大學及以上	107	58.8
婚姻狀況		
已婚	110	60.4
未婚	64	35.2
離婚	4	2.2
其他	2	1.1
遺漏	2	1.1

表 4.1 (續) 基本資料描述性統計

項目	人數	百分比
職業類別		
學生	32	17.6
農林漁牧	5	2.7
教職	94	51.6
公職	21	11.5
醫護	8	4.4
商業	4	2.2
工業	0	0
待業中	3	1.6
其他	14	7.7
遺漏	1	0.5
原住民身份 (以戶口名)		
平地原住民	9	4.9
山地原住民	169	92.9
遺漏	4	2.2
族別		
排灣族	158	86.8
魯凱族	17	9.3
其他	7	3.8
宗教信仰		
基督教	114	62.6
天主教	37	20.3
佛教	3	1.6
道教	1	0.5
其他	24	13.2
遺漏	3	1.6

表 4.1 (續) 基本資料描述性統計

項目	人數	百分比
家庭每月平均收入 (元)		
20,000 及以下	30	16.5
20,001-40,000	27	14.8
40,001-60,000	34	18.7
60,001-80,000	29	15.9
80,001-100,000	18	9.9
100,001 及以上	37	20.3
遺漏	7	3.8
是否有加入全民健康保險		
有	173	95.1
無	4	2.2
遺漏	1	0.5
生活品質量表得分 ^a	173	16.7±5.4 (8, 36)
西醫醫療態度量表得分	167	40.5±4.2 (30, 49)
傳統醫療態度量表得分	167	47.0±5.4 (35, 64)
風險社會知覺量表得分	172	88.0±13.7 (51, 121)
「不確定的風險與知識」得分	172	23.4±4.2 (12, 35)
「失靈的專家系統」得分	172	25.1±3.8 (15, 34)
「個人化與建制化」得分	172	21.8±4.6 (10, 32)
「自我反思性學習」得分	172	17.8±5.3 (10, 32)

註：^a 平均值±標準差 (最小值、最大值)

4.2 屏東縣原住民西醫醫療態度量表得分之相關因子

以 Spearman 等級相關係數了解屏東縣原住民西醫療法態度量表得分與個人基本資料、生活品質量表得分及風險社會知覺量表得分 (包括「不確定的風險與知識」、「失靈的專家系統」、「個人化與建制化」和「自我反思性學習」四個面向的得分)。結果顯示風險社會知覺量表總分得分與西醫療法態度量表得分呈正相關 ($r=0.203$, $P=0.009$), 代表風險社會知覺越高者, 對西醫療法的認同度越高。而且, 風險社會知覺的兩個面向與西醫療法態度量表得分呈正相關, 分別為「個人化與建制化」的 ($r=0.155$, $P=0.041$) 和「自我反思性學習」的 ($r=0.303$, $P < 0.001$), 代表此兩個面向的知覺越高者, 對西醫療法的認同度越高。其他未達顯著的變項之結果詳見表 4.2。

以上分析再以性別分別進行分析, 了解以上顯著的相關是否亦出現於男性和女性的研究對象。在男性方面, 風險社會知覺量表總分得分亦與西醫療法態度量表得分呈正相關 ($r=0.287$, $P = 0.022$), 其四個面向只有「自我反思性學習」與西醫療法態度量表得分呈正相關 ($r=0.356$, $P=0.003$), 代表此面向的知覺越高者, 對西醫療法的認同度越高。而在女性方面, 亦只有「自我反思性學習」與西醫療法態

度量表得分呈正相關 ($r=0.233$, $P=0.016$)。其他未達顯著的變項之
結果詳見表 4.2。

表 4.2 屏東縣原住民西醫療法態度量表得分之相關性分析

變項	Spearman 等級相關係數 (P 值)		
	全體	男性	女性
性別	0.119 (0.120)	不適用	不適用
年齡 (歲)	-0.142 (0.062)	-0.208 (0.093)	-0.086 (0.381)
體重 (公斤)	0.115 (0.139)	-0.076 (0.547)	0.022 (0.823)
教育程度	-0.028 (0.717)	-0.096 (0.443)	0.025 (0.800)
婚姻狀況	0.023 (0.762)	0.032 (0.799)	-0.016 (0.868)
學生或非學生身份	0.047 (0.536)	0.041 (0.744)	0.018 (0.858)
原住民身份	0.114 (0.139)	0.035 (0.783)	0.179 (0.068)
族別	-0.053 (0.490)	-0.060 (0.634)	-0.105 (0.279)
宗教信仰	-0.098 (0.203)	-0.067 (0.591)	0.004 (0.969)
家庭每月平均收入	0.062 (0.428)	-0.065 (0.603)	0.152 (0.128)
生活品質量表得分	-0.027 (0.726)	0.106 (0.401)	-0.079 (0.433)
風險社會知覺得分	0.203 (0.009 [*])	0.287(0.022 [*])	0.120 (0.229)
不確定的風險與知識	0.091 (0.242)	0.098 (0.439)	0.064 (0.518)
失靈的專家系統	0.122 (0.115)	0.141 (0.261)	0.083 (0.404)
個人化與建制化	0.155 (0.041 [*])	0.183 (0.141)	0.116 (0.233)
自我反思性學習	0.303 (<0.001 [*])	0.356 (0.003 [*])	0.233 (0.016 [*])

註：年齡、體重、生活品質量表得分、風險社會知覺得分、不確定的風險與知識、失靈的專家系統、個人化與建制化、自我反思性學習共 8 個變項原為連續變項。家庭每月平均收入為 6 個等級的排序變項。其餘性別、教育程度、婚姻狀況、學生或非學生身份、原住民身份、族別、宗教信仰共 7 個變項為二元(binary)變項。

* 代表 P 值小於 0.05 的相關係數。

4.3 屏東縣原住民傳統醫療態度量表得分之相關因子

以 Spearman 等級相關係數了解屏東縣原住民傳統醫療態度量表得分與個人基本資料、生活品質量表得分及風險社會知覺量表得分 (包括「不確定的風險與知識」、「失靈的專家系統」、「個人化與建制化」和「自我反思性學習」四個面向的得分)。結果顯示風險社會知覺量表總分得分亦與傳統醫療態度量表得分呈負相關 ($r=-0.181$, $P=0.019$)，代表風險社會知覺越高者，對傳統醫療的認同度越低。風險社會知覺的四個面向中，只有「自我反思性學習」與傳統醫療態度量表得分呈負相關 ($r=-0.176$, $P=0.020$)，代表此面向的知覺越高者，對傳統醫療的認同度越低。其他未達顯著的變項之結果詳見表 4.3。

以上分析再以性別分別進行分析，了解以上顯著的相關是否亦出現於男性和女性的研究對象。在男性方面，風險社會知覺量表總分得分亦與傳統醫療態度量表得分呈負相關 ($r=-0.284$, $P=0.022$)，代表風險社會知覺越高者，對傳統醫療的認同度越低。風險社會知覺的四個面向中，「個人化與建制化」($r=-0.251$, $P=0.038$) 及「自我反思性學習」($r=-0.283$, $P=0.018$) 與傳統醫療態度量表得分呈負相

關，代表此兩個面向的知覺越高者，對傳統醫療的認同度越低。其他未達顯著的變項之結果詳見表 4.3。至於在女性方面，風險社會知覺量表總分和風險社會知覺的四個面向中，對傳統醫療的認同度皆未達顯著的相關。

表 4.3 屏東縣原住民傳統醫療態度量表得分之相關性分析

變項	Spearman 等級相關係數 (P 值)		
	全體	男性	女性
性別	-0.061 (0.419)	不適用	不適用
年齡 (歲)	0.107 (0.158)	0.182 (0.135)	0.050 (0.608)
體重 (公斤)	-0.036 (0.646)	-0.035 (0.776)	0.054 (0.593)
教育程度	0.042 (0.577)	0.010 (0.934)	0.057 (0.559)
婚姻狀況	-0.073 (0.342)	-0.087 (0.477)	-0.047 (0.639)
學生或非學生身份	-0.019 (0.798)	0.061 (0.616)	-0.059 (0.551)
原住民身份	0.002 (0.981)	-0.092 (0.461)	0.058 (0.560)
族別	-0.021 (0.781)	-0.185 (0.127)	0.053 (0.589)
宗教信仰	-0.016 (0.838)	0.079 (0.519)	-0.071 (0.473)
家庭每月平均收入	0.107 (0.169)	0.087 (0.475)	0.124 (0.220)
生活品質量表得分	0.149 (0.053)	0.136 (0.270)	0.149 (0.138)
風險社會知覺得分	-0.181 (0.019 [*])	-0.284 (0.022 [*])	-0.122 (0.221)
不確定的風險與知識	-0.126 (0.100)	-0.110 (0.376)	-0.128 (0.196)
失靈的專家系統	-0.103 (0.183)	-0.084 (0.500)	-0.091 (0.362)
個人化與建制化	-0.097 (0.201)	-0.251 (0.038 [*])	-0.005 (0.957)
自我反思性學習	-0.176 (0.020 [*])	-0.283 (0.018 [*])	-0.103 (0.297)

註：見表 4.2

4.4 屏東縣原住民西醫療法態度量表得分之多因子複迴歸分析

在以上二節，以 Spearman 等級相關係數了解屏東縣原住民對西醫療法量表得分及傳統醫療態度量表得分的相關因子，其統計結果相等於單變項簡單線性迴歸分析的結果，在本節，則以多因子複迴歸分析了解西醫療法量表得分的獨立因子，下一節則分析傳統醫療態度量表得分的獨立因子。結果顯示，風險社會知覺得分、年齡及家庭每月平均收入三項為顯著獨立因子。風險社會知覺得分越高者，對西醫療法的認同度越高 ($P=0.001$)。年齡越大者，對西醫療法的認同度越低 ($P=0.001$)。家庭每月平均收入超過 6 萬元者，對西醫療法的認同度越高 ($P=0.020$)。其他因子皆未達顯著進入最後的迴歸模型。

表 4.4 西醫療法態度量表得分之多因子複迴歸分析 (N = 149)

變項	迴歸係數	標準化 迴歸係數	P 值
風險社會知覺得分	0.082	0.257	0.001
年齡	-0.886	-0.285	0.001
家庭每月平均收入	1.697	0.197	0.020
常數	33.24		<0.001

註：多因子線性複迴歸分析 (逐步選擇法) 中納入模型考量的變項包括：性別 (二元變項)、年齡 (連續變項)、體重 (連續變項)、教育程度 (二元變項)、婚姻狀況 (二元變項)、學生身份 (二元變項)、原住民身份 (二元變項)、族別 (二元變項)、宗教信仰 (二元變項)、家庭每月平均收入 (二元變項)、風險社會知覺整體態度得分 (連續變項)。

4.5 屏東縣原住民傳統醫療態度量表得分之多因子複迴歸分析

本節以多因子複迴歸分析了解傳統醫療態度量表得分的獨立因子，結果顯示只有風險社會知覺得分 ($P=0.020$) 為顯著獨立因子。風險社會知覺越高者，對傳統醫療的認同度越低。其他因子皆未達顯著進入最後的迴歸模型。



表 4.5 傳統醫療態度量表得分之多因子複迴歸分析 (N = 151)

變項	迴歸係數	標準化	P 值
		迴歸係數	
風險社會知覺得分	- 0.077	-0.189	0.020
常數	53.72		<0.001

註：見表 4.4。

4.6 屏東縣原住民風險社會知覺之相關因子分析

為進一步了解風險社會知覺的相關因子，本節進一步以多因子複迴歸進行分析。結果顯示，性別 ($P=0.034$) 及教育程度 ($P=0.042$) 為風險社會知覺量表得分之顯著獨立因子。男性的風險社會知覺量表得分較女性的為高。教育程度為大專及以上者的風險社會知覺量表得分較高中及以下者為低 (表 4.6)。

表 4.6 風險社會知覺量表得分之多因子複迴歸分析 (N = 156)

變項	迴歸係數	標準化 迴歸係數	P 值
性別 (女=0、男=1)	4.631	0.168	0.034
教育程度 (高中及以下=0、大 專及以上=1)	-4.712	-0.161	0.042
常數	89.16		<0.001

註：多因子線性複迴歸分析 (逐步選擇法) 中納入模型考量的變項包括：性別 (二元變項)、年齡 (連續變項)、體重 (連續變項)、教育程度 (二元變項)、婚姻狀況 (二元變項)、學生身份 (二元變項)、原住民身份 (二元變項)、族別 (二元變項)、宗教信仰 (二元變項)、家庭每月平均收入 (二元變項)。

4.7 屏東縣原住民的求醫取向

為了解屏東縣原住民的求醫取向，問卷探討受訪者若他本人或親友患有不用的疾病或出現不同的症狀時，會採取哪一類醫學治療。疾病症狀共有 11 種，包括感冒、慢性肝炎、腸胃炎、憂鬱症、糖尿病、高血壓、肝癌、氣喘、痛風、帶狀性皰疹及膽結石。至於求醫方式，共有六種，包括自行購買西藥、看西醫、看傳統醫學、改變生活型態、不處理及其他。結果顯示「感冒 (含發燒)」以「看西醫」佔 79.7% 最多，其次為「改變生活型態」佔 9.9%。「慢性肝炎」以「看西醫」佔 80.8% 最多，其次為「改變生活型態」佔 10.4%。「腸胃炎」以「看西醫」佔 85.2% 最多，其次為「改變生活型態」佔 6.0%。「憂鬱症」以「看西醫」佔 54.9% 最多，其次為「改變生活型態」佔 34.1%。「糖尿病」以「看西醫」佔 79.7% 最多，其次為「改變生活型態」佔 12.1%。「高血壓」以「看西醫」佔 79.1% 最多，其次為「改變生活型態」佔 11.5%。「肝癌」以「看西醫」佔 86.3% 最多，其次為「其他及使用超過一種治療」佔 6.0%。「氣喘」以「看西醫」佔 78.0% 最多，其次為「改變生活型態」佔 8.8%。「痛風」以「看西醫」佔 74.2% 最多，其次為「改變生活型態」佔 14.3%。「帶狀性皰疹」以「看西醫」佔 91.2% 最多，其次為「其他及使用超過一種治療」佔 3.8%。

「膽結石」以「看西醫」佔 90.1%最多，其次為「改變生活型態」佔 3.8% (表 4.18)。

從以上結果可見，不論是該 11 類型疾病及症狀的哪一種，填答者的主要求醫行為均為「看西醫」，其次為「改變生活型態」。而「看傳統醫療」的比例偏低，從最低的腸胃炎之 0.5%到最高的氣喘之 5.5%，均為個位數的求醫選擇方式。

表 4.7 屏東縣原住民的求醫行為 (N = 182)

項目	人數	百分比
感冒 (含發燒)		
自行購買西藥	5	2.7
看西醫	145	79.7
看傳統醫療	4	2.2
改變生活型態	18	9.9
不處理	1	0.5
其他及使用超過一種治療	9	4.9
慢性肝炎		
自行購買西藥	1	0.5
看西醫	147	80.8
看傳統醫療	8	4.4
改變生活型態	19	10.4
不處理	1	0.5
其他及使用超過一種治療	6	3.3
腸胃炎 (拉肚子)		
自行購買西藥	11	6.0
看西醫	155	85.2
看傳統醫療	1	0.5
改變生活型態	11	6.0
不處理	2	1.1
其他及使用超過一種治療	2	1.0

憂鬱症

自行購買西藥	1	0.5
看西醫	100	54.9
看傳統醫療	4	2.2
改變生活型態	62	34.1
不處理	1	0.5
其他及使用超過一種治療	14	7.7

糖尿病

自行購買西藥	1	0.5
看西醫	145	79.7
看傳統醫療	5	2.7
改變生活型態	22	12.1
不處理	0	0
其他及使用超過一種治療	9	4.9

高血壓

自行購買西藥	1	0.5
看西醫	144	79.1
看傳統醫療	5	2.7
改變生活型態	21	11.5
不處理	0	0
其他及使用超過一種治療	11	6.0

肝癌

自行購買西藥	1	0.5
看西醫	157	86.3
看傳統醫療	3	1.6
改變生活型態	9	4.9

不處理	1	0.5
其他及使用超過一種治療	11	6.0

氣喘

自行購買西藥	3	1.6
看西醫	142	78.0
看傳統醫療	10	5.5
改變生活型態	16	8.8
不處理	0	0
其他及使用超過一種治療	10	5.4
遺漏值	1	0.5

痛風

自行購買西藥	3	1.6
看西醫	135	74.2
看傳統醫療	7	3.8
改變生活型態	26	14.3
不處理	0	0
其他及使用超過一種治療	11	6.0

帶狀皰疹

自行購買西藥	2	1.1
看西醫	166	91.2
看傳統醫療	4	2.2
改變生活型態	3	1.6
不處理	0	0
其他及使用超過一種治療	7	3.8

膽結石	1	0.5
自行購買西藥	164	90.1
看西醫	2	1.1
看傳統醫療	7	3.8
改變生活型態	0	0
不處理	8	4.3
其他及使用超過一種治療		

第五章 討論

5.1 研究對象的基本資料

本研究向 182 位屏東縣原住民進行問卷調查，從受訪者的教育程度可知研究樣本並不能代表屏東縣原住民的母體群，研究樣本的其中一個來源是學校的教職員，因此教育程度較高。雖然另外的一個研究樣本來源是醫院門診病人，但因只佔全體人數的 9.5%，所以對本研究的發現，應該採用較為審慎的態度，結果可視為教育程度達高中及以上的原住民對西醫療法及傳統醫療的態度。教育程度在高中以下者的情況，仍需未來以針對該群組的研究再作探討。

5.2 屏東縣原住民西醫醫療態度之相關因子

隨著社會變遷，現代工業化的快速發展，科學知識的複雜化，風險的無所不在，人們對風險的知覺也會隨著環境而改變。由於風險對人們而言，是一種感覺、知覺，所以實際上風險不易量化。然而，原住民經歷傳統與現代醫療轉折，從個體化的立場來看風險社會知覺，個人是憑藉著生命的歷程、對自己身體的知識、對於健康體系的文化

經驗以及對健康制度的認知而建構出來。除了這些因子之外，風險代表一個全球化的狀態，從原住民經歷傳統與現代醫療的轉折，重新檢視醫療問題之風險知識，藉以協助時代交替後，對風險知識在不同層面的認知。

人們對知識的不確定性是一種心智狀態，主要是對未來有許多不同預期的評估過程，並且也是一種對於現有知識與新資訊的計算方式。而我們所察覺的風險，通常是主觀的評估，認為處於危害的情況下，可能會造成的傷害。

在相關性分析發現受訪者的風險社會知覺越高者，對西醫療法的認同度越高。以男女性分別進行分析，卻發現風險社會知覺得分與西醫療法態度量表得分的顯著相關性只有出現在男性身上。在風險社會知覺的四個面向方面，「個人化與建制化」與「自我反思性學習」得分越高，對西醫療法的認同度越高。但是，女性的風險社會知覺，只有「個人化與建制化」與西醫療法的態度有關。整體而言，屏東縣原住民的風險社會知覺越高者，對西醫療法的認同度越高。

當數據以多因子複迴歸分析，與西醫療法呈顯著的獨立因子除了

風險社會知覺得分外，年齡及家庭每月平均收入亦被納入複迴歸模型。年齡越大者對西醫療法的認同度越低之結果，推估應是年齡較大的原住民對傳統療法較為認識及有較多經驗，面對疾病時，未必只會使用西醫療法。年輕一代不一定承傳到年長者對傳統醫療的認同。這點是值得關注原住民傳統文化者的注意，若原住民傳統醫療不及時作出承傳保育的工作，在不久的將來可能因失去對其正面的看法而消失在原住民族的文化裡。至於家庭每月平均收入超過 6 萬元者，對西醫療法的認同度越高的結果，有可能是與西醫療法的費用有關，收入較低者可能認為西醫療法的花費較高。

屏東縣原住民對西醫療法態度與風險社會知覺的相關性亦可能與社會制度的信任有關。從台灣醫療以西醫為主體的醫療制度來看，制度是規則系統和認知的基礎，由於信任本質是理性或計算的結果，傳統文化價值可能對於信任的建構扮演著重要的角色。社會組織的建立和過程，是對制度的信任，所有的互動有了依循的準則，社會秩序得以維持。從美國 19 世紀後，對制度信任的建構歷程來看，國家、專業和科層組織形式是制度信任的主要因素（張苙雲，1998a）。例如，國家介入醫療制度的權力，以專業制度和專業能力系統性的深入

民間，專業知識受到人們的肯定，同時人們也遵守著專業的倫理。因此，人們對經實證檢驗的醫療技術有較高的信任感。即使信任是建立在未曾遇見的事情上，如何有把握相信對方不會背叛或加害，並且還願意將自己放在可能受害甚至無益的風險中，對此而言，如果信任是對未來的風險評估之應對，它將會面臨時序性的考量。

西醫療法態度量表中的個別題目分析發現西醫已普遍在大眾的醫療認知中獲得認同，可以說西醫的普及是從社會認同轉為個人認同，也說明無論種族區別，對於選擇醫療的標準，一般民眾亦可從文化與社會學習而來。同時，填答者亦有超過一半同意西藥的副作用大，不能多吃，是否已間接顯示原住民的醫療知識亦傾向社會認同與目前醫療趨勢？

5.3 屏東縣原住民傳統醫療態度之相關因子

19 世紀的台灣社會，對西醫是全然陌生的療法，同時也是新興台灣醫療照護制度的建立。1865 年以前，除了傳統醫療之外，台灣民眾沒有多少人認識或接觸西醫和以生物醫學為基礎的疾病處理知識。既然早期西醫並不存在，國家更是無介入與設立專業制度的可能

性。從西醫引進台灣社會建立聲望，得到民眾信賴的歷程中，我們觀察到兩種不同的信任機制，一是對醫療者本身的信任；另一則是為醫療實踐的規範和組織的信任。

本研究在相關性分析發現屏東縣原住民只有在風險社會知覺得分與傳統醫療的認同呈現顯著負相關。風險社會知覺整體越高者，對傳統醫療的認同度越低。在風險社會知覺的四個面向中，只有「自我反思性學習」正呈顯著負相關。以男女性分別進行的相關性分析，顯著負相關只有出現在男性身上。女性的傳統醫療態度量表得分與所有分析的因子並無顯著關係。當數據以多因子複迴歸分析，發現只有風險社會知覺得分為顯著負相關的獨立因子。

風險社會知覺整體越高者，對傳統醫療的認同度越低。亦可看為風險社會知覺整體越低者，對傳統醫療的認同度越高。推論對傳統醫療的認同度越高者，較缺乏對風險社會知覺的認知，尤其是在「自我反思性學習」的面向。根據「自我反思性學習」面向的內容，有推論傳統醫療的認同度越高者，較不喜歡擁有較多的自主權和在混亂中尋找定義等，因此無意願尋求傳統醫療以外的醫療，只單一性地認同傳統醫療。

原住民傳統疾病觀念是一個社會文化與自然環境環環相扣的社會整體醫療觀，不屬於實證醫療的範圍內。在社會環境中，當人們的健康持續受到威脅，醫療已經無法提供一種治療方法時，個人為了適應較為健康的生活型態，自我控制成為影響健康行為的選擇之一。對原住民而言，傳統醫療是貼近於該族群的文化習性，其功能象徵引導文化中的個體，理解自身認為最合理、最容易接受的方式來維持身體健康。

目前西醫醫療是主流的實證醫療，亦經由科學實證與專家知識所驗證，然而，信任是個人建構自我及身份認同的基本條件，過去在傳統社會中人際組織的互動關係建立於人對人的信任。而紀登斯稱現代社會的制度性機制為專家系統，現代社會的運作相當仰賴專家系統，專家系統生產的相關生活資訊以提供大眾參考，也成為日常生活重要的依據，因此人們的信任對象從過去對個人信任轉向系統信任，並且是對其代表的系統有信心，也是人們安全感的主要來源。

當前全球化風險社會中，知識的不確定，專家系統的失靈，個人化和建制化的生活模式使得生命情境變得多元且複雜，影響著每一個人的日常生活。自我是歷史和文化的建構，因此，個人主義化的自我

觀點受到社會認同的挑戰，當個人選擇的可能性和決定的必要性增加，風險也隨之提高，且風險會改變人們的意識和行為亦是一種有風險的自由。在風險社會中，個人要有自我反思和獨立思考的能力，才能預防人類本身製造出來的意外後果，也就是副作用的問題，並且應變專家系統可能失靈帶來的衝擊。

傳統療法態度量表中的個別題目分析發現傳統醫療能調養全身，同時兼具心靈的療效一題，認同與不認同之填答者各佔總人數的一半，此數據卻與張淑美（2005）探討花蓮縣里漏社阿美族傳統醫療儀式社會心理功能不相同。該研究發現傳統醫療儀式及其社會心理功能，能獲得心理的滿足與慰藉。本研究在訪談中得知，他們認為傳統醫療是否能調養全身與是否兼具心靈的療效是兩個層面之問題，因為他們不認為傳統醫療能調養全身，但對於是否具有心靈的療效，卻有所保留，所以可能是造成研究結果無法辨識心靈功能之療效的因素。

族群中個人與群體的社會知覺，在經驗與社會化過程中學習，且會得到對事物一般預期的形式存在，因此，而賦予我們某些預測與控制社會生活的能力。從傳統社會到現代社會，在社會發展下，疾病的

因果論亦是成為特定社會文化脈絡的歸因，人們會從中學習自我與身分認同、受到偏見與意識型態之影響。雖然醫療在社會中，根據張苙雲（2002）的研究顯示，台灣民眾對醫療體系具有多元化的認知和複向求診的傾向。但是，目前西醫療法乃是現代性的主流醫療，因此，人們對醫療的認同仍會依循主流醫療之價值觀為基準。

當代多元醫療現象可以說是資本主義商業發展的其中一個結果，商業發展及市場策略已滲透到社會各領域，並影響整個社會的經濟結構，其背後的運作原因具有濃厚的政治、經濟、文化和社會整體組織之脈絡。醫療化顯然已是社會體制的權力運作。

5.4 屏東縣原住民風險社會知覺之相關因子

本研究發現屏東縣原住民男性的風險社會知覺得分顯著比較女性為高。此項結果可能是兩性對疾病的態度不同，也可能是面對的疾病的性質有異，男性因意外事故而受傷或死亡比女性為高，男性亦較有可能是因職業上的需要而面對某些危險。雖然女性比男性較常生病或較願意承認她們有生病，但男性死亡率卻較高。根據張苙雲（2002）研究兩性的健康，其差異不但源於男女有別的生理機制，

也是因為男女的性別角色 (gender role)、性別身份 (gender identity) 和生活型態不同。女性較容易生病，可能是對身體的不適較為敏感之故，也較願意將不適表達出來。

整體上，男性的死亡率較高，而女性的發病率則較高。換言之，男性較少生病但壽命較短，女性則生病較多但壽命較長。由於男性所要面對疾病的結果——死亡的代價極高，因此可能因此而提升他們對風險社會的知覺。

至於教育程度為大專及以上者的風險社會知覺量表得分較高中及以下者為低。一般認為教育程度越高可能有助於提升風險社會知覺。然而，教育一方面能提升人們對社會現象是否合理或專家見解是否正確的分析及質疑能力，在另一方面，又同時誘導人們盲目信任科學。因此，教育與風險社會知覺的微妙關係，可能並非只靠「教育程度」一個變項便能有效反映它在風險社會知覺的意涵，而是需要針對教育程度背後所代表的概念的深入研究才能了解兩者的關係。

5.5 屏東縣原住民的求醫取向

本研究亦發現屏東縣原住民族群在感冒、慢性肝炎、腸胃炎、憂鬱症、糖尿病、高血壓、肝癌、氣喘、痛風、帶狀性皰疹及膽結石共 11 類型疾病症狀的求醫方式，主要為「看西醫」，其次為「改變生活型態」，而看「傳統醫療」的比例偏低。張苙雲（1998b）的研究中，台灣地區民眾求醫行為的特色，大致上是以西醫為主之多元就醫模式。發現一般人的求醫習慣，對於不舒服的處理方法是反映每個人對疾病症狀的了解、感受和本身存在的思考。因此，對症狀的產生和症狀的性質之詮釋，應該與會選擇哪一種解除疾病的方法有關。張苙雲（2002）的研究顯示，即使是複向使用不同的醫療系統，尤其是急性病，使用西醫的比例佔 80% 以上。

參照國內原住民族群對醫療的使用態度的研究，台灣北部都會區的原住民的就醫行為，選擇看西醫居多（許敏靖，2002）。然而，馬維駿（2007）的研究發現太魯閣族部落目前的求醫取向以西醫療法為主，皆與本研究的結果相似。選擇西醫療法的原因也可參考徐菁莘（2007）在泰雅族人對疾病看法的研究，由於西醫療法能提供快

速解決疼痛的方式，因此在泰雅族部落裡，西醫的運用以急性病為主。曾妤珊（2008）的研究指出，原住民無論在醫療的認知和使用上都較傾向西醫療法的方式。且陳芬苓和徐菁苹（2008）的研究中，桃園縣復興鄉泰雅族人使用的醫療服務，目前是以西醫體系為主。而張如珠（2007）採用國家衛生研究院之「民國九十年國民健康訪問調查個人問卷資料庫，探討 30 個山地地區居民的醫療服務利用因素。研究結果發現，西醫門診利用方面，行業別、收入、罹患心臟病、肺部疾病、高血壓及目前健康狀態為顯著因子。但中醫門診利用方面則只有肺部疾病及高血壓是顯著因子。

人們的求醫行為會根據其身體不適或感覺不健康而定，文化脈絡會影響人們認定的醫療類型。在人類社會中，均有一種社會認可的醫療程序。風險社會中，風險會改變人們的意識和行為，然而，信任是影響人們選擇醫療的方式。

第六章 結論與建議

6.1 結論

本研究的主要目的是透過風險社會知覺理論，探討屏東縣原住民對西醫醫療態度和傳統醫療態度之相關因子。綜合多因子複迴歸分析的結果發現風險社會知覺越高者、家庭每月平均收入超過 6 萬元者，其對西醫醫療的認同度越高，而年齡越大者，對西醫醫療的認同度越低。至於傳統醫療的認同度方面，風險社會知覺越高者，其對傳統醫療的認同度越低。未來研究可繼續採用風險社會理論進行更深入的探討。

至於屏東縣原住民風險社會知覺本身之因子方面，本研究發現男性的風險社會知覺較女性的為高，這樣的結果可能是由於兩性對疾病所抱持的態度有所不同，也可能是面對的疾病的性質有異所致。而教育程度為大專及以上者的風險社會知覺量表得分較高中及以下者為低，此結果可能是教育一方面能提升人們對社會現象是否合理或專家見解是否正確的分析及質疑能力，在另一方面，又同時誘導人們盲目信任科學。因此，教育與風險社會知覺的微妙關係，可能並非只靠「教

育程度」一個變項便能有效反映它在風險社會知覺的意涵，而是需要針對教育程度背後所代表的概念的深入研究才能了解兩者的關係。

屏東縣原住民族群面對不同疾病症狀，在第一時間會選擇的求醫方式，主要為「看西醫」，其次為「改變生活型態」，而看「傳統醫療」的比例偏低。以目前是西醫體系為主的社會來說，結果均為預計之內，亦與過去在國內原住民族進行之研究結果相同。未來研究可從風險社會的知識和信念，預測人們對醫療的期望和傳統的規範，是否可能歸納出健康和疾病在文化中的歸因，值得加以探討。

6.2 研究限制及建議

台灣地區原住民族群文化多元，本研究的結論無法推論到屏東縣原住民以外的原住民。未來之研究對象可擴及至其他原住民族群，依照各原住民族群的文化相同性及差異性，歸類出屬於原住民族群整體所面臨的風險及相關因子。此外，本研究採用方便取樣方法，研究對象普遍教育水準較高，因此，在推論及應用本論文結果時，應抱謹慎態度。

其次，國內研究原住民傳統醫療的文獻較少，針對原住民族傳統

醫療的相關研究，由於尚未被納入正統醫療的體制中加以定義，目前只是籠統將不同種類的原住民傳統醫療，合稱為傳統醫療，這樣的合併是否能真正有效捕捉原住民傳統醫療的多樣性，仍需要更深入的研究。

此外，本研究以橫斷式設計，並沒有時序性，未能確定相關因子的因果關係。問卷是調查過去曾發生的事情，回憶偏差可能影響結果。問卷中某些涉及態度的題目可能出現「社會期許」或「社會讚許」(social desirability) 效應之干擾，尤其是在要面對面向訪員回答，可能影響研究的真實性。所謂社會期待效應就是個人為了獲得一般人的認同和肯定，在填答問卷時隱瞞真相，強調自己正向的特質並隱藏負向的特質，以塑造出社會大眾所期望的形象。未來研究可加入測量社會期許效應的問卷工具，例如「社會期許量表-17」(Social-Desirability Scale-17, SDS-17) (Stöber, 2001) 進一步瞭解社會期許效應在原住民及風險社會各面向的影響程度。

本研究使用風險社會知覺理論為研究架構，此理論源於德國社會學者貝克觀察 20 世紀 80 年代時的西方社會現象所得之結果，是否能全面涵蓋東方社會現象，仍有待更多的研究支持。然而，已經有國

內研究應用風險社會理論協助成人教育事業的發展 (黃瀟儀, 2005 ; 陳美君, 2003) 及思考高科技政策的發展 (鄭培滄, 2001)。

根據本研究結果, 建議公共衛生相關單位, 參考影響西醫療法態度和傳統醫療態度之相關因子, 並配合原住民族群文化的需要, 思考如何整合西醫及傳統醫療, 亦可對族群的傳統療法的安全性及療效進行有系統的研究, 同時提供適切的衛教予原住民, 協助他們瞭解主流醫學的思考模式, 提升原住民族群的健康狀況。

參考文獻

中文文獻

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。

丁文惠 (2008)。臺灣日治時期瘧疾防治之推行。 *人文研究學報*，42 (2)，75 - 89。

內政部社會司 (2011)。98 年原住民簡易生命表提要分析。2011 年 4 月 15 日，取自：

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Life/T04-analysis.html>

內政部統計處 (2011 年 1 月 15 日)。一〇〇年第三週內政統計通報 (99 年底原住民人口概況)。2011 年 4 月 15 日，取自：

http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=4952

孔吉文、鄭惠珠 (1994)。消失的原住民醫療文化及其危機。 *山海文化雙月刊*，(5)，120-129。

王小鋼(2007)。貝克的風險社會理論及其啟示。《河北法學》，25(1)，
6 - 10。

伍旭升(2002)。《百年科技利弊》。香港：三聯。

行政院原住民族委員會(2011)。《100年03月縣市原鄉都會比例》。
2011年4月15日，取自：

[http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=940F95
79765AC6A0&DID=0C3331F0EBD318C2D84A7D36800771
79](http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=940F9579765AC6A0&DID=0C3331F0EBD318C2D84A7D3680077179)

行政院原住民族委員會，2010。《97年原住民族人口及健康狀況統計
年報》。2011年4月15日，取自：

[http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=217054
CAE51A3B1A&DID=3E651750B40064673C6B323550CF7D
4A](http://www.apc.gov.tw/portal/docDetail.html?CID=217054CAE51A3B1A&DID=3E651750B40064673C6B323550CF7D4A)

杳日羿·吉宏(2001)。《泰雅族東賽德克群傳統醫療概念，原住民傳
統醫療 VS 現代醫療(頁 57-106)》。台北市：財團法人台灣原住
民文教基金會。

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 。

吳明隆 (2000)。 *SPSS 統計應用實務* 。台北市：松崗。

吳慎慎 (2003)。 *教師專業認同與終身學習：生命史敘說研究* 。未出
版之博士論文，國立台灣師範大學社會教育研究所，台北市。

吳紋青 (2005)。 *國小家長風險社會知覺與學習動機取向關係之研
究：以嘉義市為例* 。未出版之碩士論文，國立中正大學成人及繼
續教育研究所，嘉義縣。

周戰超，(2005)。當代西方風險社會理論研究引論。於薛曉源、周
戰超， *全球化與風險社會* 。北京：社會科學文獻出版社。第 1 -
35 頁。

周桂田 (2008)。 *新興科技與風險治理* ，民主深化與國家發展學術研
討會。台北：國立政治大學國家發展研究所。

法務部全國法規資料庫 (2008)。 *原住民身分法* 。2011 年 4 月 15

日，取自：

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?Pcode=D0130>

001

徐菁苹 (2007)。 *台灣原住民疾病認知與治療行為之研究—以桃園縣復興鄉泰雅族為例*。未出版之碩士論文，私立元智大學資訊社會學研究所，桃園縣。

馬維駿 (2007)。 *花蓮縣太魯閣族的傳統醫療*。未出版之碩士論文，私立慈濟大學原住民健康研究所，花蓮市。

孫智辰、郭俊巖 (2010)。風險社會下災變事件對社會工作人力教育影響之初探。 *非營利組織管理學刊* (8)， 30-51。

張如珠 (2007)。 *影響山地居民醫療服務利用的相關因素探討*。未出版之碩士論文，私立亞洲大學健康管理研究所，台中市。

張苙雲 (1998a)。從不穩定的口碑到主要的求醫場所：台灣西醫的制度信任建構。 *人文及社會科學研究*， 8 (1)， 161—183。

張苙雲 (1998b)。 *逛醫師的邏輯：求醫歷程的分析*。 *台灣社會學刊*，

21, 59-87。

張苙雲 (2002)。 *醫療與社會：醫療社會學的探索*。台北市：巨流。

張珣 (1983)。台灣漢人的醫療體系與醫療行為：一個台灣北部農村的醫學人類學研究。 *中央研究院民族學研究所集刊*，(56)，29-58。

張淑美 (2005)。 *花蓮縣里漏社阿美族傳統醫療儀式社會心理功能之研究*。未出版之碩士論文，私立慈濟大學人類學研究所，花蓮市。

許木柱 (2006)。無形與有形——台灣原住民的兩大療法。 *台灣醫療四百年*。台北市，經典雜誌。第 20 - 25 頁。

許敏靖 (2002)。 *台灣北部都會區原住民醫療資源利用情形及其相關因素分析研究—以汐止花東新村等社區為例*。未出版之碩士論文，私立台北醫學大學公共衛生學研究所，台北市。

陳永興 (1996)。被遺忘的原住民醫療。 *台灣史料研究*。台北市：財團法人吳三連台灣史料基金會。

陳芬苓、徐菁苹 (2008)。心與靈的健康觀與疾病觀—以現代泰雅族原住民為例，*台灣公共衛生雜誌*，27 (5)，411-420。

陳俊男 (2008)。阿美族研究文獻回顧。*台灣原住民研究論叢*，4，135-160。

陳美君(2003)。貝克(Ulrich Beck)社會理論及其對成人教育的影響。*社教雙月刊*，117，29 - 40。

陳慈立 (2006)。酒的商品化與原住民飲酒行為及其相關健康問題：一個政治經濟學的歷史分析。未出版之碩士論文，國立成功大學公共衛生研究所，台南市。

康翠秀 (1996)。台北市北投區居民對傳統醫療的知識、信念行為意向與其醫療服務利用之相關研究。未出版之碩士論文，國立陽明大學公共衛生學研究所，台北市。

曾妤珊 (2008)。他者與主體—台灣原住民醫療健康論述之研究。未出版之碩士論文，國立台灣師範大學台灣文化及語言文學研究所，台北市。

黃貴潮 (1989)。宜灣阿美族的傳統 adada 觀念。 *臺灣風物* , 39
(2) , 125 - 140 。

黃瀟儀 (2005)。 *從風險社會理論析論我國高等回流教育的問題與對
策*。未出版之碩士論文，國立中正大學成人及繼續教育研究所，
嘉義縣。

楊雪冬 (2006)。 *風險社會與秩序重建*。北京：社會科學文獻出版社。
第 9 - 43 頁。

董惠文 (2004)。 *行政監控與醫療規訓：談日治初期傳染病的防治*。
未出版之碩士論文，私立南華大學應用社會學系暨社會學研究
所，嘉義縣。

劉士永 (2006)。新的疾病與衛生標準 - 以痢疾與結核病的防治為
例， *台灣醫療四百年*。台北市：經典雜誌。第 104 - 113 頁。

蔡友蘭 (2001)。 *十九世紀末西方醫療體系傳入台灣遭遇之抵抗與衝
突 - 從馬雅各教案事件談起*。未出版之碩士論文，私立台北醫
學大學醫學研究所，台北市。

謝淑芬、劉碧華、潘碧珍、章順仁、葛應欽 (1994)。原住民非故意性及故意性意外災害之死亡型態分析。高雄醫學科學雜誌， 10， 367-378。

簡美玲 (2003)。阿美族人的疾病經驗與童年生活：文本的閱讀、結構、主題。慈濟大學人文社會科學學刊， 2， 1 - 48。

顧忠華 (2001)。第二現代—風險社會的出路。台北市：巨流。

鄭培滄 (2001)。我國發展高科技政策之研究--貝克風險社會理論的觀點。未出版之碩士論文，國立暨南國際大學公共行政與政策學研究所，南投縣。

Bartley, M. (2009) 。健康不均理論，概念與方法(李妙純、江心怡、徐惠蘋、賴紅汝譯)。台北市：五南。(原著出版於 2003)

Beck, U. (2004) 。風險社會：通往另一個現代的路上 (汪浩譯)。台北市：巨流。(原著出版於 1986)

Beck, U. (2004) 。世界風險社會 (吳英姿、孫淑敏譯)。南京市：南京大學。(原著出版於 1999)

Blech, J. (2004)。 *發明疾病的人：現代醫療產業如何賣掉我們的健康*
(張志成譯)。台北市：左岸文化。(原著出版於 2003)

Blech, J. (2006)。 *無效的醫療：拆穿用藥與手術的迷思*(李中文譯)。
台北市：左岸文化。(原著出版於 2005)

Cockerham, W. C. (2002)。 *醫療社會學*(朱巧艷、蕭佳華譯)。台北
市：五南。(原著出版於 2001)

Denney, D. (2009)。 *面對風險社會*。(呂奕欣、鄭佩嵐譯)。台北市：
韋伯文化。(原著出版於 2005)

Giddens, A. (2005)。 *現代性與自我認同*(趙旭東、方文譯)。台北市：
左岸。(原著出版於 1991)

Giddens, A. (2001)。 *失控的世界：全球化與知識經濟時代的省思*。(陳
其邁譯)。台北市：時報。第 24 - 55 頁。(原著出版於 1999)

Perrow, C. (2001)。 *當科技變成災難：與高風險系統共存*。(蔡承志
譯)。台北市：商周文化事業。(原著出版於 1999)

英文文獻

Barnes, P. M., Bloom, B., Nahin, R. L. (2008). Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *National Health Statistics Reports*, (12):1-23.

Maher, P. (1999). A review of 'traditional' aboriginal health beliefs. *Australian Journal of Rural Health*, 7(4):229-36.

Stöber, J. (2001). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17): Convergent validity, discriminant validity, and relationship with age. *European Journal of Psychological Assessment*, 17:222-232.

Wen, C. P., Tsai, S. P., Shih, Y. T., & Chung, W. S. (2004). Bridging the gap in life expectancy of the aborigines in Taiwan. *International Journal of Epidemiology*, 33(2):320-327.

WHO (World Health Organization) (2002). *WHO Traditional*

Medicine Strategy 2002-2005. Geneva, Switzerland. 取自：

http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/

附錄

附錄 A 研究對象來源

附錄 B 受訪同意書

附錄 C 問卷

附錄 D 風險社會知覺量表使用授權書

附錄 A 研究對象來源

地點	研究對象來源	問卷數量 (N=210) n (%)
三地門鄉 三地村	三地國小	20 (9.5)
三地門鄉 賽嘉村	賽嘉國小	6 (2.9)
瑪家鄉 佳義村	佳義國小	14 (6.7)
瑪家鄉 北葉村	北葉國小	12 (5.7)
瑪家鄉 三和村	瑪家國中	4 (1.9)
泰武鄉 武潭村	武潭國小	14 (6.7)
來義鄉 望嘉村	望嘉國小	7 (3.3)
來義鄉 丹林村	來義國小	10 (4.8)
來義鄉 古樓村	古樓國小	10 (4.8)
來義鄉 古樓村	來義高中	55 (26.2)
春日鄉 七佳村	力里國小	10 (4.8)
春日鄉 古華村	古華國小	18 (8.6)
獅子鄉 內獅村	內獅國小	10 (4.8)
屏東市	屏東基督教醫院	20 (9.5)

附錄 B 問卷受訪同意書

我們邀請您參加本研究，此份同意書提供您本研究相關資訊。

計畫名稱	台灣原住民對傳統醫療的認知與醫療利用				
執行單位	南華大學自然醫學研究所				
研究生	鄭渝儒	電話	□□□□□□□□	E-mail	□□□□□□□□@gmail.com
指導教授	辜美安	電話	05--□□□□轉□□□□	E-mail	□□□□@mail.nhu.edu.tw

一、計畫問卷的名稱：台灣原住民對傳統醫療的認知與醫療利用
二、邀請您參加本研究 南華大學自然醫學研究所碩士班學生鄭渝儒正在進行一個問卷調查研究。我們邀請您在充分了解有關的資訊後參加這個研究。
三、研究的描述 這是一份有關原住民對傳統醫療的認知與醫療利用的問卷調查。研究之目的是希望探討原住民對醫學的認知與原住民對族內傳統醫療的態度及醫療利用的相關因子。請您盡量依照真實的情況來作答，提供我們作為日後研究的參考。
四、受訪者之權益及保護 (一) 本問卷所收集的資料僅供學術與研究用途，所有個人資料將絕對保密，敬請安心回答。 (二) 您參加這項研究完全是出於自願，您有充裕的時間來決定是否願意參加。任何時候只要您不想繼續參加，都可自由決定退出，不必提供理由。 (三) 若您對於參與此研究有任何疑問，您可與研究生、指導教授或本所的研究倫理委員會之行政助理聯絡，聯絡電話：(05)272-1001 分機 2641，傳真：(05)242-7195， E-mail：nhs@mail.nhu.edu.tw
五、簽章 您已詳細瞭解上述研究，有關本研究的疑問亦獲得詳細解釋。同意並自願參與本研究。 受訪者：_____ (簽名) 日期：__99__年__月__日 研究生：_____ (簽名) 日期：__99__年__月__日 指導教授：_____ (簽名) 日期：__99__年__月__日

本同意書一式二份，雙方完成簽署後，各執一份留存。

附錄 C 問卷

編號：-----

第一部分：基本資料

1. 性別：男性 女性

2. 年齡：20歲以下 21~30歲 31~40歲 41~50歲
51~60歲 61歲(含)以上

3. 身高：_____公分

4. 體重：_____公斤

5. 教育程度：不識字 小學 國中 高中(職) 專科 大學及以上

6. 婚姻狀況：已婚 未婚 離婚 其他(請填寫)_____

7. 職業種類：學生 農林漁牧 教職 公職 醫護 商業
工業 待業中 其他(請填寫)_____

8. 原住民身份(以戶口名簿為主)：平地原住民 山地原住民

9. 族別：排灣族 魯凱族 其他(請填寫)_____

10. 宗教信仰：基督教 天主教 佛教 道教 其他(請填寫)_____

11. 每月家庭平均收入：20,000元以下 20,001~40,000元
40,001~60,000元 60,001~80,000元
80,001~100,000元 100,001元以上

12. 是否有加入全民健康保險：有 無

編號：.....

第二部份：自我健康狀況

1. 整體而言，在過去的四個星期內，你覺得自身健康狀況如何？

非常好 很好 好 尚可 差 非常差

2. 在過去的四個星期內，身體健康方面的問題，限制了多少你進行日常體能活動(如行走或爬樓梯)？

完全沒有 稍微 普通 相當多 無法進行日常體能活動

3. 在過去的四個星期內，是否因為你的身體健康狀況，而造成多少在進行日常工作(在家及在家以外)上的困難？

完全沒有 稍微 普通 相當多 無法進行日常工作

4. 在過去的四個星期內，你身體上有多少的疼痛？

完全沒有 非常輕微 輕微 中度 嚴重 非常嚴重

5. 在過去的四個星期內，你的體力狀況如何？

非常好 好 普通 不好 非常不好

6. 在過去的四個星期內，因為你的身體健康狀況或情緒問題，限制了多少你參與平常與家人或朋友的社交活動？

完全沒有 稍微 普通 相當多 無法參與社交活動

7. 在過去的四個星期內，你曾多少受到情緒問題的困擾(例如焦慮，沮喪或煩躁)？

完全沒有 稍微 中度 多 非常多

8. 在過去的四個星期內，你進行平常的工作、學校活動或其他日常活動中，有多少程度是因為個人或情緒的問題而造成阻礙？

完全沒有 稍微 普通 相當多 無法進行日常活動

您對西醫療法的態度為何？	請勾選				
	完 全 同 意	同 意	普 通	不 同 意	完 全 不 同 意
1. 您認為西醫只能治標不能治本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您認為西醫治療時只能針對單一患病部位， 無法兼顧全身及心靈的健全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您認為西醫對急性病的療效最有效	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您認為西醫對慢性病的療效較差	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您認為西醫的素質較平均，而其他醫學 (例如中醫、傳統療法)較參差不齊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您認為西藥的副作用大，不能多吃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您認為西藥沒有副作用，可以多吃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您認為看西醫是因為治療方法簡單	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您認為西醫較具有科學根據	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 您認為西醫的檢查、診斷具有傷害性， 容易有後遺症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 您認為西醫的檢查、診斷會侵犯到隱私	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 您認為西醫的診斷較準確	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 您認為西醫的醫療費較貴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 您認為西醫師對病情解說較草率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 您認為西醫師在與病人交談時，態度較高傲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您對原住民族內傳統醫療的態度為何？	請勾選				
	完全同意	同意	普通	不同意	完全不同意
1. 您認為族內傳統醫療能治標也能治本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您認為族內傳統醫療能調養全身，同時兼具心靈的療效	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您認為族內傳統醫療對急性病的療效最有效	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您認為族內傳統醫療對慢性病的療效較差	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您認為族內傳統醫療是最好的治療，而其他醫學(例如中、西醫)較沒療效	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您認為族內傳統醫療沒有副作用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您認為族內傳統醫療的治療方法太麻煩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您認為族內傳統醫療具有科學根據	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您認為族內傳統醫療的治療方法沒有傷害性，也不具後遺症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 您認為族內傳統醫療的治療方法不會侵犯到隱私	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 您認為族內傳統醫療較西醫準確	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 您認為族內傳統醫療的醫療費較合理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 您認為族內傳統治療者(巫師)對病情解說較詳細	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 您認為族內傳統治療者(巫師)在病情上，較能懂得族人所表達的意思	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您對今日社會的風險與知識的態度為何？	請勾選				
	非常 認同	認 同	尚 可	不 認 同	非 常 不 認 同
1. 風險產生的後果是不分國界、性別和職業的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 今日知識的變換速度很快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 科學技術伴隨著無法預期的危險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 高科技帶來無法掌握的風險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 以科學知識來作決策的依據，是不安全的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 日常生活(食、衣、住、行)的風險增加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 大眾討論的結果能呈現真實情況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 科學研究的結果能呈現真實情況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 風險沒有時空限制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 學習或知識可以持久不變	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您對今日社會專家或權威的感覺為何？	請勾選				
	非常 認同	認 同	尚 可	不 認 同	非 常 不 認 同
1. 專家的話都是對的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 依賴專家是一種冒險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 專家的建議有時會互相矛盾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 專家的建議有時可以讓我們提早得知(躲避)風險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 專家不一定知道如何減低風險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 專家一定知道如何有效處理風險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 專家可以完全預知風險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 風險評估是專家及各團體間利益妥協的結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 政策趕不上真實情境的變化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 專家或政府官員公佈的檢查標準不一定是安全的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您對現代人的看法為何？	請勾選				
	非常 認同	認 同	尚 可	不 認 同	非 常 不 認 同
1. 對風險有比較多的焦慮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 擁有較多的自主權	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 可以自由選擇生活型態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 沒有固定的生活規範	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 在混亂中尋找定義	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 表面很自由，但還是有無形的規範	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 選擇增多，也增加了風險和負擔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 家庭關係的民主化是趨勢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 越依賴制度(教育、法律、職業...)，越容易被控制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 必須規劃自己	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您認為現代人需要學習或具備的是什麼？	請勾選				
	非常 認同	認 同	尚 可	不 認 同	非 常 不 認 同
1. 適應環境改變的能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 提升風險察覺的能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 勇敢面對生命中的問題及困境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 面對風險的基本態度及精神	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 不停學習的態度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 合理懷疑的精神	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 風險的相關知識	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 私人領域(家庭、兩性...)的知識	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 跟著流行走，容易被商業利益所利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 教育可以幫助人們認識風險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

假設您或您的親友有下列情況時，第一時間您會建議採取哪一系列的醫學治療？	請勾選					
	自西 行藥 購 買	看 西 醫	看 傳 統 醫 學	改 變 生 活 型 態	不 處 理	其 他
1. 感冒(含發燒)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 慢性肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 腸胃炎(拉肚子)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 憂鬱症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 肝癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 氣喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 痛風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 帶狀性皰疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 膽結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

本問卷到此結束，請再次檢查有無遺漏，感謝您的協助！

附錄 D 風險社會使用量表授權書

《風險社會知覺量表使用授權書》

授權對象： 南華大學自然醫學研究所辜美安博士及其所指導研究生鄭渝儒。

授權工具： 風險社會知覺量表。

授權方式： 在授權時間與範圍內得無償使用。

授權範圍： 探討台灣原住民對族內傳統醫療的現況及對醫學認知與醫療利用之研究。

授權權利： (1) 作為申請人的碩士研究問卷工具；
(2) 提供申請人論文及學術期刊發表的使用；
(3) 獲得該量表在使用之相關協助。

授權義務： 提供授權人該量表執行經驗與研究結果（限該量表部分）。

授權時間： 自 2010 年 3 月 10 日至 2012 年 3 月 9 日。

授權人：吳紋青 老師

 (簽名)

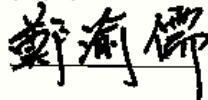
E-mail

電話： 隱私內容

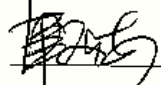
地址：嘉義市民族路215號

日期：2010年3月10日

申請人：鄭渝儒

 (簽名)

申請人：辜美安

 (簽名)

E-mail

電話： 隱私內容

地址：南華大學自然醫學研究所

日期：2010年3月10日

※請同時簽署兩份授權同意書，分別由授權者與申請者留存備查。