

行政院國家科學委員會專題研究計畫 期中進度報告

醫療全球化與在地專業化：以台灣地區安寧緩和療護運動 的社會學分析為例(1/2)

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC94-2412-H-343-002-

執行期間：94年08月01日至95年07月31日

執行單位：南華大學生死學研究所

計畫主持人：魏書娥

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 95 年 6 月 1 日

國科會專題研究計畫期中報告

醫療全球化與在地專業化：

以台灣地區安寧緩和療護運動的社會學分析為例(1/2)

一. 前言

安寧緩和療護的相關研究在其發源地英國和宣揚理念的實驗性醫療實踐密切相關，由於跟英國現代醫療保險制度的結合，不再只是停留在十三世紀以降，完全依附在基督教會慈善義舉下的宗教行動階段。擺脫傳統宗教形象的安寧緩和療護理念融入了現代醫學的疼痛緩減科技，更重新建立起病人非「病」是「人」的人文主義醫療哲學系統，因而不論是醫學、護理學或是英美醫療社會學界都一致視為新社會運動的範例之一(Abel, 1986)。是項新社會運動，透過醫療專業人員之間在理念探討的學術交流與實踐經驗的交換觀摩層面，都已經出現了雷同經濟、政治、文化等領域的全球傳散效應。

關於各領域全球化的過程及其社會衝擊，社會科學界自1990年代以來已累積了相當豐碩的研究成果。醫療領域作為社會分化下一個次領域，也是順應全球化邏輯衍生的新現象，似乎也正加入人員、資本、知識、貨物跨界流動的全球化過程。如果源自英國的現代安寧緩和療護作為一套批判傳統西方醫療模式的理念，其團隊實踐模式在不同的國度與區域運作時，仍會傾向因應當地的醫療制度、健康保險體制與社會安全的價值系統等條件，去發展其在地化的具體制度類型以及照顧模式。那麼，支撐醫療全球化的在地專業機制是什麼？台灣社會經歷的醫療全球化如果定位在安寧緩和療護的醫療實踐和其背後聯結的醫療制度以及專業知識系統，那麼它有哪些不同於英國發源的在地專業化機制，可以提供「全球化的文化後果」相關研究作為一項在地經驗的新參照？

二. 研究目的

首先，1990年代至今十六年光景，台灣社會的安寧緩和療護運動日益壯大，2000年隨著立法通過「安寧緩和醫療條例」開始進入制度化階段。2000年以前，在醫療實踐場域紛紛增設安寧病房共有17家住院安寧病房，擴大提供安寧居家療護，經衛生署核定的試辦單位計有25家(1996年起)，組織成立安寧相關專業團體諸如安寧照顧基金會(1990年成立)、康泰醫療教育基金會(1983年建立，1993年始成立癌症防治組)、蓮花臨終關懷基金會(1994年成立)、台灣安寧照顧協會(1995年成立)和安寧緩和醫學學會(1999年成立)等實際執行安寧團隊成員的教育訓練工作，以及制定專科醫師的甄審辦法。2000年以後，更積極加入亞太安寧醫療學會(APHN)成為創始會員國之一(賴允亮，2002)。但是，早期相關研究成果多是直接來自醫療實踐場域的治療方案與照顧模式的反思和修正，因此也多集中在醫學和護理學領域的討論，例如賴允亮(1995, 2002)、賴明亮(1999)、陳慶餘、邱泰源(1996)、鍾昌宏(1983)、陳健文(2003)、許禮安(1999)等醫師，趙可式(1999)、林瓊玲(1995)、胡文郁(2004)等護理學者等。來自社會科學觀點的分析除了余德慧等人以詮釋現象心理學角度切入，強調發展臨床靈性照顧模式之相關研究成果以外，只有2002年吳庶深和張立中等人受安寧照顧基金會委託執行的研究案成果出版品〈台灣安寧療護運動之研究〉。因此，社會學在分析台灣現行醫療領域內的理念與制度變動方面的探究其實還有相當大的空間加以發

揮。

其次，由於人員與知識流動隨著科技進步而往來密切的客觀條件，現階段被正式納入醫療行政規劃與健康保險給付試辦的安寧緩和療護運動，已不能自限於以台灣社會內部發生的單一事件的局部觀點分析，我們應該主動擴大到「全球化的文化後果」層面來觀察。過去英、美醫療社會學者以及可能在研究議題上涉及的死亡學者和老年學者，觀察台灣社會的安寧緩和療護運動多停留在理念同質性擴張的層面，至於新理念著床過程的制度條件，安寧緩和醫療實踐場域遭遇的文化差異，安寧團隊成員的專業化實踐在交錯的醫（護）病關係、醫（護）家屬關係、病家關係以及安寧團隊內部的各色專業關係網絡中面臨的挑戰，何時而且以何種方式介入關係網絡才不會干擾自然死亡的過程等，都不是藉用其他社會的經驗與事例能夠邏輯推論出來的，因此，安寧緩和療護知識系統在台灣社會不論是醫療制度層面，或是醫療專業實踐層面都需要進一步透過社會學以文化全球化觀點來深入分析。

因此，從文化全球化角度切入，本研究試圖把在台灣社會現階段正日益茁壯的安寧緩和療護運動，作為觀察醫療知識系統全球化對特定地方社會既有的醫療體制帶來的社會衝擊，以及分析專業知識系統在脫離發源地的特定社會中進行專業化紮根的文化與制度脈絡條件。本研究的重要性包括實踐層面和學術研究層面兩者：在實踐層面，根據幾次先驅研究的小型訪問，發現現有積極推動安寧緩和療護的幾家教學型醫院對於安寧團隊成員組織以及臨床照顧模式的看法不盡相同，主要在於「靈性照顧」、「臨終生活品質」和「以病人為中心」的詮釋有別，未來可能牽涉到不同安寧模式的競合發展趨勢以及安寧資源的配置，值得深入觀察，作為日後正式納入健保給付項目的參考；在學術研究層面，台灣社會內部日益浮現的安寧多元模式對於文化全球化論述膠著在同質化或是異質化、普遍的或是特殊的、霸權的或是策略的等爭辯當中，可能可以提供不同於在消費議題或是經濟、政治、宗教議題的研究視野。對台灣的社會學研究而言則是結合醫療社會學、文化社會學與死亡社會學的新分析議題。

具體而言，本研究把九〇年代以降台灣社會的安寧緩和療護運動當作一個全球在地化過程與機制的個案進行分析。也就是說，將九〇年代以降台灣社會的安寧緩和療護運動放置在「全球化的文化後果」觀點下檢視，並將藉由援引過去未受重視的醫療領域實踐經驗，重新思考文化全球化的可能論述與形式。本研究參照 Holton(2000)以及 Frank 和 Stollberg(2004)的分析架構，界定醫療全球化的文化後果指涉的是醫療知識系統全球化過程在台灣當地社會引發的醫療專業實踐同質化現象、兩極化現象或是混同化現象。

三. 文獻探討

現代安寧緩和療護運動的相關研究主要來自緩和醫學的疼痛緩減方案、護理學界的靈性照顧反思，其中最具代表性的就是現代安寧緩和療護哲學奠基者，St. Christopher 安寧院的創建人，Cicely Saunders 醫師，她自 1958 年到 1967 年的所有發表作品經醫療社會學者 David Clark(1998)摘要整理成一份完整的出版文獻報告 'The annotated bibliography of the publications of Cicely Saunders'，其中可以找到許多 Saunders 醫師關於安寧療護原則的代表作，以及針對安樂死與癌末病患照顧等基本觀點的重要論著，這些早期作品她主要發表在醫療專刊 *Nursing Times* 和各醫院或是安寧院出版的專刊；八〇年代以後其主要發表在醫療專刊 *Journal of Chronic Disease*、*Palliative Medicine*、*Medical News*...等或是散見於與他人共同編輯的專書導言，例如，*The management of terminal malignant disease*(1993)、*hospice care on the international scene*(1997)和 *Oxford textbook of Palliative medicine*(2004)等。另一方面，在觀察現代安寧緩和療護運動的社會影響與社會意義的相關研究有從社會運動角度探

討現代安寧緩和療護者以 Emily K. Abel(1986) 和 Wall(1986)為代表；社會學角度的分析與詮釋主要集中在醫療社會學者 Clive F. Seale(1991, 1998, 2002)、William Phipps(1988)以及 R. Fulton 和 G. Owen(1981)以癌末或是重症病患的新醫療照顧方式探討臨終階段社會互動與死亡意識變遷的現代意義。另一方面，持批判觀點的學者們諸如，David Clark(1991)、J. Dooley(1982)以及 Nicky James 和 David Field(1992)則認為安寧緩和療護作為一種新社會運動，或是一項維持臨終階段死亡尊嚴的新照顧方式，其實蘊生著內在矛盾與制度困境。

關於現代安寧緩和療護運動的國際傳散成果，Cicely Saunders 和 Robert Kastenbaum(1997)共同編輯的 *Hospice care on the international scene* 可以算是集大成者，包括歐、美、亞、非、澳洲等地各個社會的發展與限制都有客觀數據與醫療實踐成果方面的分析。台灣社會的分析非常簡略只處理到馬偕醫院成立第一座安寧病房，並未單篇繼續深入分析 1990 年代以後的蓬勃發展情形，也完全看不見在地醫療實踐的豐富進展，事實上，台灣地區的安寧緩和療護運動在 1990 年成立第一個安寧緩和療護非營利組織，中華安寧照顧基金會以來，即開始邁入組織化階段，在 1999 年成立第一個安寧緩和療護專業學會，緩和醫療學會，安寧緩和療護運動開始樹立專業權威，制定一套為期兩年的緩和醫學專科訓練與認證制度，並且承擔審核出十六個緩和療護專業的訓練單位，執行安寧緩和療護服務提供的專業訓練工作(Doyle, 2005: 6-7)。另一方面，國家衛生行政系統的呼應方面，2000 年已隨著立法通過「安寧緩和醫療條例」，安寧緩和療護運動正式開始進入制度化階段(魏書娥，2004)。

四. 研究方法

本研究是兩年期的計畫案，第一年側重探討安寧緩和療護原則及其知識系統，採用文獻整理法，首先，以半年時間集中蒐集與安寧緩和療護、文化全球化、醫療全球化、以及田野訪查研究方法相關的國內外文獻，加以研讀、匯整、分類與分析。

第一年的探討重點也包括以社會學觀點，重建台灣地區的安寧緩和療護運動組織化、專業化與制度化過程。本研究採用深度訪談法以及持續分析比較法。以半年時間執行實地田野訪查，進一步蒐集一手資料的訪問對象包括醫政機構（例如衛生署醫事處、國健局、中央健保局）、專業團體（例如緩和醫療學學會、緩和護理學會）與相關非營利組織（例如康泰醫療教育基金會、蓮花臨終關懷基金會、台灣安寧照顧協會、中華安寧照顧基金會）等。每次訪問並且同時蒐集該機構或團體建立的相關文件檔案。

深度訪談法是藉由半結構式開放問卷進行的一對一訪談，每次約進行五十到七十分鐘，並且徵得受訪者同意錄音，再將錄音檔轉譯成逐字稿，再經受訪者確認文本無誤，才作為資料分析文本，後續也可能視資料的完整性需要再行補充面對面或是書面訪談；持續分析比較法主要集中在文本資料的分析過程，是一個持續成長的過程，每個階段在一段時間後轉換到下一個階段，而在整個分析的過程中，前面階段保持運作，並提供下一階段的連續發展，直到分析結束為止。訪談資料每次訪談結束即刻由助理轉譯為逐字稿，再經研究計畫主持人校閱修訂後寄請受訪對象確認內容，最後在根據安寧重要概念範疇與發展歷程整理成文稿，並且進行重要概念範疇分析，並作為進入醫療實踐場域訪問的根據。

研究倫理則以尊重受訪者意願為主要考量，先行以非正式方式徵詢受訪可能性，再進一步寄發正式公函邀請受訪，訪談資料完全匿名處理，以避免不必要的較量或是誤會。每次訪談也會請受訪者簽署受訪同意書，並致贈微薄禮品以為答謝撥冗受訪

五. 分析與討論

本研究計畫案預計第一年透過文獻資料分析法完成 Cicely Saunders 醫師安寧緩和療護

理念的整體性理解，以及國內外社會學論述對於現代安寧緩和療護運動的社會影響分析與批判，甚至其文化意涵的定位；並且透過田野訪查法分析安寧緩和療護專業進入台灣社會的組織運作、學術研究溝通方式與制度勢力的發展。

台灣安寧緩和療護運動的組織化和制度化

由於台灣的安寧緩和療護運動作為現有醫療體制的反動，已經不再適用採取殖民醫療史觀，將之視為帝國強權殖民引入的西方現代性醫療，也不適用宗教醫療史觀，將其附屬在基督教宣教過程的神蹟見證。脫離被迫接受或是不得不接受新醫療行為的階段，台灣社會開始主動引介安寧療護理念(陳正克，2000)或是出現安寧療護行動(杜明勳，1998)都始於八〇年代，屬於零星卻未曾中斷努力的現象，進入九〇年代由馬偕醫院率先成立安寧病房之後各醫院紛紛起而效由，主要是教會醫院和公部門醫院投入以及相關非營利團體的組成共同形塑運動集結階段的面貌。台灣地區的安寧緩和療護運動在 1990 年成立第一個安寧緩和療護非營利組織，中華安寧照顧基金會以來，即開始邁入組織化階段，其後又陸續分別在 1993 年康泰醫療教育基金會成立「癌症防治組」、1994 年成立蓮花臨終關懷基金會，以及 1995 年成立台灣安寧照顧協會。此外，在 1999 年成立第一個安寧緩和療護專業學會，緩和醫療學會，2005 年還陸續成立緩和護理學會。

這些逐漸擴大的民間醫療行動新思維明顯地促成了進入二十一世紀之際醫療行政的變革與醫療法規的增訂，甚至改寫了過去醫療體制的極端理性化趨勢。國家衛生行政系統的呼應方面，2000 年 5 月已隨著立法通過「安寧緩和醫療條例」，正式開始進入制度化階段。此後，衛生署初步與擴大審核健保給付試辦醫院的安寧居家療護業務，2006 年健保給付試辦計畫則擴大到安寧病房業務，以及安寧緩和醫學學會甄審第一批安寧緩和醫學專科醫師，安寧照顧基金會陸續開辦「安寧照顧訓練課程」這些發展已經匯聚成一股新興的社會力量，也是新醫療實踐與體制的勢力。對社會學研究而言，已經由零星的個人關懷提升到醫療團體以及整體社會問題層次，是一個值得透過社會學想像去釐清進入經濟全球化階段的台灣醫療領域的社會事實。

對照台灣社會的經濟體制捲入全球化過程，可以發現八〇年代也正是台灣經濟體進入國際分工體系與全球市場交易網絡的年代(瞿宛文，2003：136-138)，產業結構已轉行為傾向以服務業為主要生產活動類型，國民所得普遍呈現穩定增長，因而家庭消費支出也大幅提升明顯朝向擺脫局限於基本生活需求而擴張看得見的醫療、交通與通訊和教育文化等項目的消費支出(魏書娥等，2003)。雖然，進入經濟全球化過程，並不一定自動等同其他生活領域也開啓了全球化機制，但是累積一定程度的經濟資本之後才能談得上有條件滿足社會日益重視的醫療保險需求，尤其是癌症醫療保險需求。普遍的癌症醫療消費支出在另一方面也回應來自醫療實踐場域的自我反思行動，彼此在臨終醫療介入的人文主義反省，在科技宰制人類命運的客觀環境下，重新找尋善終條件的議題，共同激盪出現代安寧緩和療護運動。歸結上述討論，本研究指涉的「安寧知識系統的制度化」界定在「安寧緩和醫療條例」立法通過前後不同安寧團隊與相關醫療行政機構的互動方式與歷程；而「安寧知識系統的組織化」界定在安寧專業團體與非營利團體透過教育訓練組織運作，以及在安寧團體與醫療行政單位之間進行溝通協調，並且和國際相關專業團體往來合作的變化歷程。

安寧緩和療護原則和全球安寧知識系統

目前在全球各地方興未艾，並且澎渤進展中的現代安寧緩和療護運動源頭，也就是 1967 年誕生於英國 Sydenham 的 St. Christopher 安寧院(hospice)背後的安寧緩和療護哲學。這套哲學富有濃厚的實踐基礎，脫胎自現代安寧照顧理念奠基者 Cicely Saunders(1918-2005)當

初動心起念的「500 英磅傳奇」(Saunders, 1976a; 1997)。就 Mauss (1975) 社會運動自然發展階段論來看，現代安寧照顧運動的發微階段純粹是個人際遇和其身處英國醫療體制兩者相互作用的表現。安寧照顧哲學起初並未清楚地被 Saunders 當作是一項符合社會學意義的運動加以推行，反而比較像是 Saunders 個人病痛、志工服務體驗與自我實踐交織而成的非意圖後果，其中還充滿著虔誠的宗教承諾。是宗教信念督促她不斷自我挑戰，一路從護士、社工、志工到醫師扮演過安寧照顧團隊裡許多吃重的角色 (Saunders, 1997: 4-5)。更在不斷轉換社會角色的過程裡，得到來自病人與其家屬的諸多正面回饋，因而堅定投身安寧照顧工作的自我期許，同時喚醒與凝聚了癌末病患及其家屬對安寧照顧的社會期待。

St. Christopher 安寧院的創建，堪稱 Cicely Saunders 的個人關懷主題擴充為社會公共論題的里程碑，也是現代安寧照顧運動的集結階段。她擔任醫師職務之餘，更致力於建構安寧照顧的哲學理念，而且是藉由她個人的專業訓練與志工服務的經驗反雜，在長期實踐的過程中不斷修正與綜合而成的原則。這些原則正因為是來自照顧場域的經驗法則抽象的成果，因而不是牢不可破的無限上綱，正因為是由下而上的經驗累積與擴展，因而保有無限彈性去適應各地與各式照顧單元必須面臨的醫療資源與文化差異。安寧緩和療護哲學脫胎自 Saunders 親身照顧四十歲的猶太癌末病患經驗，淬煉出「開放」(openness)、「心靈結合」(mind together with heart) 與「善終」(deep concern for the freedom of each individual to make his or her own journey toward their goals)¹ 等核心價值 (Saunders, 1997: 4)，此後始終環繞其上開展出越見細密且便於操作的安寧照顧基本原則。1997 年 Saunders 在《國際現場的安寧照顧》一書就明白揭示彙整三十年工作經驗所得的「安寧緩和療護」七大基本原則 (Saunders, 1997: 5-7)：

1. 把疼痛與症狀控制的技術分析呈現為整體的痛。(全人)
2. 釋放整體疼痛經驗需要投入跨科技的團隊，而且促使一個人能以他或她個人的方式去面對所發生的事。無論在家、在安寧院或是在醫院，在免除疼痛、喘息以及其他受苦形式的出現或是威脅之處都能取得這種釋放。(全隊、疼痛緩解)
3. 極盡可能地維持病人或是其家屬在身體舒適上的品質，甚至轉化他們自身內在價值的關係與可能性。(全人、生活品質)
4. 全「家」，不論其本質如何，在病人生病期間與其後以及喪慟當中，都是照顧（而且常是照顧團隊）的焦點和單元。(全家、全程)
5. 幫助臨終是孤身奮鬥者沉重的負擔，雖然有些人已經藉由他們的技巧和策略改變醫院的整體氣氛。我們大部分人還是需要工作團隊的支持，而同儕團體也應該準備好彼此襄助，以便去調適他們預期會遭遇的情緒苦悶。(全隊)
6. 紀錄、分析與適當的研究能使緩和療護在許多不同條件組合下被接受。(全程)
7. 追求意義不僅是病人及其家屬面臨的挑戰。作為個人也作為一個照顧團隊而言，許多工作者都感覺必須去尋找答案，或者更常是必須去發展與問題共存的準備。(全隊)

以此基本原則為例，我們可以清楚看到原先在安寧緩和療護哲學裡聚焦在「整體性疼

¹ 原文直譯應該是「深切關懷每一個體完成走向自身目標之旅的自由」，在此轉譯成「善終」是參照 Philippe Ariès (1974) 在《西方死亡態度》中記載的基督教脈絡裡的「善終」由來，他認為這個觀念的發展和聖經裡「最後的審判」訓示在俗世的歷史實踐經驗密切相關。當上帝的角色由裁判者轉為旁觀者，任命天使和撒旦一決勝負決定人死後的方向，以等待最後就贖，隨後更世俗化到病床上瞬間的人生回顧，損益善惡，人生旅程的隱喻便透顯出善終觀念的建立。參見頁 38-9.

痛」(total pain)相關的安寧緩和療護實踐，進入台灣醫療場域被轉譯現在幾乎人人琅琅上口的四全概念。靈性層面的「疼痛緩解」、提升病人及其家屬的「生活品質」，以及隱藏在其背後的「以病人為中心」宗旨等實踐層次的基本原則，呼應前述「開放」、「心靈結合」與「善終」等核心價值，呼籲扭轉現代醫療化過程的高度理性化發展趨勢，重新藉著「視病猶親」的醫療倫理，將病人的疼痛經驗從完全強調生理疼痛的觀點，擴張到心理、社會甚至靈性層面的整體性疼痛，找回病人非「病」是「人」的根基。綜上所論，本研究指涉的「全球安寧知識系統」界定在 Cicely Saunders 脫胎自實際療護經驗，綜合轉化而來的安寧緩和療護哲學理念，尤其是她歸結定論的七大原則。

六. 結論與建議

由於這次繳交的是兩年計畫的期中報告，研究計畫尚未完全執行完畢，因而尚未能提出最終結論與建議。不過，對照整個文獻資料蒐集的結果，有幾項初步結果值得繼續觀察。

首先，安寧緩和療護運動的發微和集結跟受到安寧緩和療護理念啓蒙的醫療與護理專家們的努力不無關係，因而再台灣也跟再英國類似，這項新社會運動是來自醫療體制內的自省勢力，這股勢力反對傳統西方醫學的化約式生物學觀點，並且試圖調整醫療體制內部以醫師為首的階層化結構。

其次，興起於醫療專業人員個別的自省運動，在台灣社會所發揮的影響層面尚未普及化成為集體接受的醫療態度，必須藉由各種管道與方式廣為鼓吹，使得這項新社會運動可能仍侷限在都市中產階級知識份子的特定醫療行為，因為到現階段各種安寧緩和療護的推廣教育仍然背負著以培訓醫療專業人員為主的任務取向，在專業人力資源不夠充沛的先天限制下，只能發揮在醫療體制內部以及相關領域內的理念宣導作用，都市以外，所得有限以及教育程度較低等的基層社會大眾恐怕較難接觸到安寧理念，更不要說接近安寧療護相關資源了。

最後，台灣社會的安寧緩和療護運動所具有的中產階級性格，比起爭取基層群眾的認同，較順利取得了來自國家衛生行政與健康保險政治的支持，雖然安寧療護在國家行政系統內部也曾面臨醫療抑或福利的尷尬處境，但是，終究在安寧前輩們的理念宣揚下，說服政治精英，正視新社會醫療需求的發展趨勢，呼應民間專業團體的筆路藍縷，主導相關醫療法規的制定，推動醫院與居家各項設置標準，以及規劃檢核制度，並且納入社會安全體系的一環，試辦病房與居家的全民健保給付。安寧緩和療護運動在台灣社會的發展脈絡，是中產階級知識份子說服政治精英主導，由上而下地逐步建立起安寧緩和療護服務提供系統的制度化過程，不同於英國經驗由中產階級知識份子訴求一般民眾認同，藉由組織基金會、志工參與以及私部門醫療服務提供等由下而上的草根方式。

七. 參考文獻

中文部分

杜明勳(1998)。〈安寧療護之起源與發展〉。《臨床醫學》，42: 392-396。

吳庶深等(2002)。〈台灣安寧療護運動之研究〉。財團法人中華民國安寧照顧基金會委託研究案(二)，1999-2000。

邱泰源(2001)。〈癌症末期疼痛的控制〉。《當代醫學》，28(12): 。

林瓊玲(1995)。〈安寧照顧訓練第六期基礎班課程摘要報導－各種症狀之護理〉《安寧照顧基金會會訊》，12: 25-28。

林姿妙(2006)。《台灣地區安寧緩和療護志工課程規劃之研究》。(學生畢業碩士論文)

姜安波(1995)。〈安寧照顧訓練第六期基礎班課程摘要報導－重症醫療倫理綜論〉《安寧

照顧基金會會訊》，12: 9-20。

陳健文等(2003)。〈家庭會議在安寧病房的實施情形〉。《台灣家醫誌》，13(1): 31-39。

陳正克(2000)。〈探索台灣的安寧緩和〉。《安寧照顧會訊》，39: 41-48。

許禮安(1999)。〈安寧療護的理想組織〉。《安寧照顧基金會會訊》，9: 32。

黃耀祖(1995)。〈安寧照顧訓練第六期基礎班課程摘要報導－安寧照顧中各種症狀之處
理〉。《安寧照顧基金會會訊》，12: 21-22。

趙可式(1999)。〈安寧療護的起源與發展〉。《北市衛生雙月刊》，45: 8-13。

賴允亮(2002)。〈臺灣安寧緩和醫療〉。《內科新知》，4(3): 30-39。

-(1995)。〈安寧照顧訓練第六期基礎班課程摘要報導－台灣安寧照顧的現況與展望〉。《安
寧照顧基金會會訊》，12: 3-8。

賴明亮(1999)。〈考察英國安寧療護機構有感－以醫學教育者之觀點〉。《醫學教育》，3(1):
96-101。

鍾昌宏(1983)。〈安寧院之介紹〉。《台灣醫界》，26(4):37-8。

魏書娥(2004)。〈安寧緩和療護的社會學分析〉。投稿中。

魏書娥、蔡春燕、李美玲(2003)。〈消費結構與消費排擠〉。投稿中。

魏書娥、許煌汶、林姿妙(2004)。〈安寧緩和療護理念的原則與醫學根源〉。《安寧療護》，
9(4): 407-416。

魏書娥、林姿妙(2006)。〈心理師與社工師在安寧緩和療護團隊中的角色關係－以某醫學中
心安寧團隊的歷史經驗為例〉，《生死學研究》，嘉義：南華大學生死學研究所（兩位匿
名審查）。（四月已接受刊登）

英文部分

Abel, E. K. (1986). The hospice movement: institutionalizing innovation. *International
Journal of Health Services*, 16: 71-85.

Albrow, M. (1997) *The global age: state and society beyond modernity*. Cambridge: Polity Press.

Castells, M. (1996) *The rise of network society. (The information age: economy, society and
culture, vol. I.)* Oxford: Blackwell.

Clark, D. (1998) 'The annotated bibliography of the publications of Cicely Saunders', *Palliative
Medicine*, 12: 181-193.

-(1991) 'Contradictions in the development of new hospices: a case study', *Social Science and
Medicine*, 33(9): 995-1004.

Dooley, J. (1982) 'The corruption of hospice', *Public Welfare* spring, pp.: 35-39.

Doyle, D. (2005) 'Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-specialty of general
medicine', *Journal of Royal College of Physicians of Edinburgh*, 35: 199-205.

Doyle, D. et al (2004) (Eds.) *Oxford textbook of palliative medicine*. New York: Oxford
University Press.

Frank, R. (2002) 'Integrating homeopathy and Biomedicine: medical practice and knowledge
production among German homeopathic physicians'. *Sociology of Health and Illness*, 24(6):
796-819.

Frank, R. & Stollberg G. (2004) 'Conceptualizing hybridization: on the diffusion of Asian
medical knowledge to Germany'. *International Sociology*, 19(1): 71-88.

Fulton, R. & Owen, G. (1981) 'Hospices in America'. In: Cicely Saunders et al. (Eds.) *Hospices:
the living ideas*. London: Edward Arnold.

- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge, UK: Polity Press.
- (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge, UK: Polity Press in association with Basil Blackwell,
- Holton, R. (2000) 'Globalization's cultural consequences'. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 570: 140-52.
- James, N. & Field, D. (1992) 'The routinization of hospices: charisma and bureaucratization'. *Social Science and Medicine*, 34(12): 1363-1375.
- Saks, M. (1992) 'The paradox of incorporation: acupuncture and the medical profession in Britain'. In M. Saks (Ed.) *Alternative medicine in Britain*. Oxford: Clarendon.
- Saunders, C. (1997). Hospices worldwide: a mission statement. In: Dame Cicely Saunders & Robert Kastenbaum (Eds.), *hospice care on the international scene*. New York: Springer Publishing Co., pp: 4-5.
- (1976, July). Care of the dying-1: The problem of euthanasia. *Nursing Times*, 1: 1003-1005.
- Seale C. (1998) *Constructing death: the sociology of dying and bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (1991) 'A comparison of hospice and conventional care', *Social Science and Medicine*, 32(2): 147-152.
- Saunders, C. & Kastenbaum, K. (1997) (Eds.) *Hospice care on the international scene*. New York: Springer Publishing Co.
- Tomlinson, J. (1999) *Globalization and culture*, Cambridge: Polity Press.

七. 附錄：發表刊物名稱、卷期及出版日期。

1. 魏書娥、林姿妙 (2006)。〈心理師與社工師在安寧緩和療護團隊中的角色關係—以某醫學中心安寧團隊的歷史經驗為例〉。《生死學研究》，嘉義：南華大學生死學研究所（兩位匿名審查）。（四月已接受刊登）

八. 計畫成果自評

研究的重要性

本研究的重要性包括實踐層面和學術研究層面兩者：在實踐層面，根據幾次先驅研究的小型訪問，發現現有積極推動安寧緩和療護的幾家教學型醫院對於安寧團隊成員組織以及臨床照顧模式的看法不盡相同，主要在於「靈性照顧」、「臨終生活品質」和「以病人為中心」的詮釋有別，未來可能牽涉到不同安寧模式的競合發展趨勢以及安寧資源的配置，值得深入觀察，作為日後正式納入健保給付項目的參考；在學術研究層面，台灣社會內部日益浮現的安寧多元模式對於文化全球化論述膠著在同質化或是異質化、普遍的或是特殊的、霸權的或是策略的等爭辯當中，可能可以提供不同於在消費議題或是經濟、政治、宗教議題的研究視野。對台灣的社會學研究而言則是結合醫療社會學、文化社會學與死亡社會學的新分析議題。

研究人員參與的方式

本研究計畫案執行過程中，研究助理參與的方式包括，一方面由計畫主持人拜訪官方機構如醫事處之後，再指派研究助理前往蒐集相關的檔案資料，並且分類建檔；另一方面由主持人帶領研究助理一同參與相關機構與組織以及安寧團隊的訪談工作，其後由助理整

理訪談資料，並且轉成譯逐字稿，因此研究助理們可以從中學習到正式學術研究過程的相關步驟。

此外，在第一年的研究過程中帶領研究助理出席相關論題的研討會，例如中研院民族所舉辦的第三屆台灣「本土心理治療學術研討會」，學習心理治療在台灣社會的在地化機制，並且觀摩在公開學術討論場合的理性論辯與意見交流，預計六月亦將參與安寧照顧協會主辦的「安寧緩和學術研討會」。

研究成果的發表

第一年計畫尚未執行完畢，但是本研究計畫助理林姿妙，早於 2003 年由本研究計畫主持人擔任論文指導，開始進行她的碩士畢業論文「台灣地區安寧緩和療護志工課程規劃之研究」研究過程，並於 2004 年帶領她先後進行六家醫院安寧團隊的社工師訪談，自 2005 年八月加入本研究計畫，擔任兼任助理工作，並且與我共同在南華大學生死學研究所舉辦的第五屆「現代生死學理論建構」學術研討會，發表〈心理師與社工師在安寧緩和療護團隊中的角色關係—以某醫學中心安寧團隊的歷史經驗為例〉，藉由在研討會上共同提出論文發表，研究助理可以藉此認識相關領域的研究人員，除了豐富他們的思考深度以外，還能掌握學術研究的發展動向，對於他們自己的碩士論文研究工作也有所幫助，對於研究計畫的主持人而言，則是暫時將一個相關課題系統化成一個與研究主題扣聯的小主題，並持續思考此小主題與其他子題的關聯。這篇研討會發表論文隨後經《生死學研究》期刊進行兩位匿名審查通過，於 2006 年四月接受刊登。林姿妙的碩士論文也撰寫完畢，並將於 2006 年六月五日舉行論文口試，已列在前述第六項「參考文獻」內，以茲備查。

研究內容與原計畫相符程度

本研究第一年的執行過程主要集中在文獻資料的蒐集與整理，以及官方機構和相關團體的訪問。研究議題焦點則是醫療體制、衛生行政制度與社會安全制度條件對台灣安寧緩和療護運動發展的影響與限制，對照先前提出的研究計畫書，大體相符，並未偏離。

達成預期目標情況

本研究案已蒐集研究需要的相關文獻資料，正在分類建立電子檔案，預計第一年計畫執行完畢即可初步完成。相關文獻的討論已於九十三學年度第二學期起，連續三學期分別在研究所開設相關課程，包括「死亡議題與醫療化專題」、「死亡議題與現代性專題」、「現代醫療與生死議題專題」等課程開始進行，九十四學年度第二學期將繼續在大學部與研究所分別開設「醫療與社會」和「醫療與社會專題」等課程。田野訪談的部分目前也在積極進行中，惟官方機構的訪談常要涉及正式公文往來，屢有延宕，目前也逐一克服困難，預計七月結案之前應可完成第一階段的訪談，並且陸續由臨時助理完成逐字稿的整理工作。整體而言，第一年的研究過程應可按照原計畫書規劃進度順利完成。

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫
期中進度報告

醫療全球化與在地專業化：

以台灣地區安寧緩和療護運動的社會學分析為例(1/2)

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 942412H343002

執行期間： 94 年 8 月 1 日至 95 年 7 月 31 日

計畫主持人：魏書娥

共同主持人：無

計畫參與人員： 林姿妙、廖錦庭、蔡璧娟、廖明昭、楊于瑱

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

- 赴國外出差或研習心得報告一份
- 赴大陸地區出差或研習心得報告一份
- 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
- 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、
列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

執行單位：南華大學

中 華 民 國 九 十 五 年 五 月 二 十 六 日